GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

PUBLIÉ

SOUS LES AUSPICES DU MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

RÉDACTEUR EN CHEF : LE DOCTEUR A. DECHAMBRE

TOME I — 1853-1854

PARIS

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON

PLACE DE L'ÉCOLE DE-MÉDECINE

M DCCC LIV

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat à vue sur Paris. Affranchir lettres et paquets.

TOME I. PARIS, 7 OCTOBRE 1853. N° 1.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 6 octobre 1853.

A NOS CONFRÈRES.

C'est la prétention de la plupart des journaux à leur apparition, de venir offrir au corps médical mieux et plus que les autres recueils passés, présents et même futurs; d'avoir une doctrine à eux, une méthode à eux; un cadre, une distribution de matières, des moyens d'information, un personnel, des adhésions dont il n'y a pas eu encore d'exemples. Ils seront plus complets; ils apporteront à l'œuvre plus d'indépendance et de lumières; ils défendront mieux les intérêts matériels et moraux de la profession; ils auront les yeux d'Argus et la sagesse de Minerve; ils seront parfaits.

De telles illusions viennent ou de l'inexpérience ou de l'amour-propre : bien pardonnables chez les uns, parce qu'ils ne tardent pas à s'en corriger, bien innocentes chez les autres, parce qu'elles ne font de tort qu'à eux-mêmes. En réalité, quelque couleur qu'on affiche, sous quelque formule qu'on s'abrite, on n'invente rien. On ramasse, en fait d'idées, des instruments usuels dont on se sert avec plus ou moins de force ou de dextérité; et quant à l'exécution matérielle de l'entreprise, on a promis tant de choses qu'on est bientôt forcé d'en rabattre une bonne part.

C'est assez dire que nous ne prétendons pas venir combler une lacune dans la presse médicale, ni faire une concurrence spéciale et directe à aucun de ses organes. Sorti momentanément du journalisme pour des motifs dont le public n'a que faire, mais qui ne tiennent ni à un caprice, ni au besoin d'une autre position; invité à prendre la direction scientifique d'une publication conçue en dehors de lui, et qui se présentait avec toutes les garanties d'une entreprise durable, sérieuse et honnête, celui qui écrit ces lignes a accepté la tâche offerte, purement et simplement. Avec l'aide de collaborateurs tous connus, aimés du public, et dont le dévouement sympathique lui est aussi précieux qu'il lui sera utile, il la commence aujourd'hui avec résolution, mais sans préoccupation d'autrui, sans intention hostile envers qui ou quoi que ce soit, attaché à son œuvre, et ne se proposant que de bien faire pour son propre compte.

On n'induira pas de ce qui précède que la *Gazette hebdomadaire* entend se conduire au hasard et rassembler pêle-mêle, dans un éclectisme complaisant, les produits les plus disparates du travail contemporain. Nous espérons, au contraire, que son caractère sera d'autant mieux défini qu'il sera dégagé du vague et de l'arbitraire où se tiennent trop souvent ceux qui ont l'ambition plus haute. Expliquons-nous.

Que doit vouloir un journal? Uniquement être vrai, et c'est en effet le désir de tous. Or, peut-on rester dans le vrai en arborant une doctrine ou une méthode exclusives?

FEUILLETON.

A propos d'un premier numéro.

A tous ceux qui ces présentes verront, salut! Cet emploi d'une formule à l'usage des puissants de la terre paraîtra sans doute un peu libre de la part du feuilleton. Et, en bonne conscience, dans la position où nous sommes, ayant à gagner les bonnes grâces de ce redoutable seigneur qui a nom *Le public*, il nous siérait de prendre la plus révérencieuse attitude et la forme de langage la plus inclinée. Mais que trouver qui vaille pour la clarté ces simples paroles : « Salut à ceux qui verront.... le premier numéro de ce journal ! » Comment exprimer plus ingénieusement les secrètes intentions de notre politesse ? Quelle plus délicate manière de découvrir le fond de notre cœur ? *Salut!* Le mot dit tout et la chose est assurément le plus efficace préliminaire de toute requête. C'est une longue suite de *révérences* qui faillit perdre Agnès. L'hôte perfide d'Orgon avait commencé par le *saluer* et lui offrir de l'eau bénite. « Cet homme-là, dit le personnage de l'*Aulularie*, sait que j'ai de l'or, voilà pourquoi il me *salue* d'un air gracieux. » Et ainsi dans tous les temps et dans tous les pays. Conformément donc à cette saine tradition, nous vous envoyons à travers l'espace, très chers confrères, nos plus cordiales, nos plus empressées, nos plus insinuantes, nos plus obséquieuses salutations. Nous vous les envoyons par les bons génies qui flottent dans l'air, par tous les vents du ciel, par tous les échos de la terre, et même par les facteurs de la poste. Vous voilà prévenus. Si à votre réveil, dans la correspondance du jour, se glisse un paquet oblong proprement enveloppé, c'est la GAZETTE HEBDOMADAIRE qui vient vous faire son compliment. Si quelque phénomène étrange se passe autour de vous, si vous entendez des voix dans la solitude, si vous vous sentez agacer par une main invisible, si des visions tourmentent votre sommeil, si votre sonnette carillonne toute seule, si la bûche du foyer s'écroule obstinément, n'ayez aucune frayeur: la GAZETTE a conjuré les puissances surnaturelles qui viennent la rappeler à votre souvenir.

Au demeurant, elle n'a rien dans sa personne qui soit positivement désagréable au premier abord. On vous en a dit là haut quelque chose, avec la retenue qui convient en pareil lieu ; mais le feuilleton, qui a ses privautés, prendra la liberté d'y ajouter plusieurs particularités et réflexions de son cru.

On sera, par exemple, bien aise d'apprendre ce que valent les vingt-quatre colonnes auxquelles le journal est, comme on le dit à l'atelier,

On le peut, si la doctrine et la méthode sont bonnes et toutes les autres mauvaises. Sinon, non. Or, nous le demandons après mûre réflexion, nous le demandons au nom de l'observation et de la pratique, car il y faut cette condition, y a-t-il aujourd'hui quelque part, à Paris ou à Montpellier, en France ou dans le reste de l'Europe, une doctrine qui soit l'expression rigoureuse et adéquate des faits, et de tous les faits? Quant à nous, nous ne le croyons pas. Nous ne croyons pas, par exemple, avec les vitalistes purs, que la machine humaine, nous entendons organique, soit mue par d'autres forces que le monde physique; mais nous sommes loin de subordonner, avec les organiciens, tous les désordres fonctionnels à la lésion matérielle de l'organe. Nous ne pouvons accepter du vitalisme la théorie des causes finales et intelligentes; mais nous sommes sincèrement convaincus que les réactions de l'organisme contre les agents morbifères doivent être un objet de méditation pour le praticien et souvent imitées dans leurs procédés. Au-dessous de ces régions, où la spéculation philosophique peut se donner carrière, et où viennent se heurter, dans ce qu'ils ont de plus dogmatique, le vitalisme et l'organicisme, il est un terrain plus solide, mieux éclairé, plus accessible, où il est plus sûr de descendre dès qu'il s'agit de pathologie et de thérapeutique. En ce qui concerne les méthodes, même erreur, mêmes dangers dans l'esprit d'exclusion. Il y a des questions qui ne peuvent se vider que par un calcul numérique; ce sont celles où, de l'effet connu à la cause cherchée, et *vice versâ*, il n'existe pas de rapport logique qui satisfasse immédiatement l'esprit, ni une série de caractères qui en manifestent le rapport sensible. Il y a des questions qui peuvent se juger avec un seul fait; c'est quand la cause et l'effet se répètent réciproquement et se traduisent l'une l'autre en caractères visibles. Ainsi, des méthodes à procédés différents peuvent vivre côte à côte, s'entr'aider pour l'édification de la science médicale, et la lutte qu'on voudrait établir entre elles serait une sorte de guerre civile.

Dans un tel état de choses, quelle tâche doit se donner un journal qui aspire, non à gouverner l'opinion, mais simplement à l'assister, autant qu'il est en lui, dans le discernement de la vérité? Se placer, dès l'abord, au centre de la difficulté, c'est-à-dire en face des faits; à mesure que les faits passent devant lui, les reconnaître, les peser, les compter au besoin; chercher leur signification à l'aide, non de telle ou telle méthode exclusivement, mais de la méthode appropriée; en faire ressortir, s'il se peut, le sens doctrinal, à quelque école qu'il se rapporte; mais surtout s'appliquer à en déterminer la valeur, au point de vue de l'étiologie, du diagnostic et du traitement. Cela, qu'on se le persuade bien, est un peu plus difficile que d'imaginer un système, que d'imposer à des faits, qui n'ont pas la parole pour le moment, des lois contre lesquelles ils ne tardent pas à se révolter. Quelques exemples plus dociles, façonnés pour la circonstance, entretiennent d'abord l'illusion; on croit que tout va s'aplanir, et puis la montagne se dresse plus haute et plus infranchissable que jamais. Nous ne disons rien là qui ne soit de l'histoire. Dans les sentiers compliqués de la médecine, principalement par les raisons que nous venons de dire, ce sont les plus aventureux qui sont le plus tôt forcés de s'arrêter en chemin. Qu'on nous permette de ne citer que Broussais.

Nous avons encore un autre motif de réserve. Ceux qui sont attentifs au mouvement de la science contemporaine, et qui prennent la peine de le suivre hors de leur pays, savent qu'elle est en train de recueillir, dans des voies naguère inexplorées, avec des instruments de plus en plus perfectionnés, une foule de matériaux qui tendent à déplacer beaucoup de problèmes en médecine et à les asseoir sur des bases plus assurées. La chimie, la physique, la microscopie apportent journellement à l'anatomie, à la physiologie, à la pathologie un contingent de curieuses observations. La médecine sort enfin de l'isolement où on l'a tenue pendant tant de siècles, au milieu des autres divisions de la connaissance humaine; elle franchit ses vieilles barrières et va puiser, dans le contact des sciences voisines, une force et une fécondité nouvelles. Dans son propre domaine, elle établit entre ses divers départements, jadis trop séparés, de nombreuses communications. L'anatomie et la physiologie prêtent davantage à la pathologie. La pathologie elle-même rassemble de plus loin et relie plus fortement les éléments de son unité; elle interroge d'un même regard toutes les espèces animales; et ce que l'anatomie a réalisé avec tant d'avantage, elle s'applique à le faire à son tour : la *pathologie comparée* est une des conquêtes de notre temps, dont la France et l'Allemagne peuvent surtout revendiquer l'honneur. Que sortira-t-il de ce grand travail? pour quel édifice tant de matériaux, amas encore confus, mal éclairé, chancelant, où le bon et le mauvais ne se discernent pas sans peine? C'est ce qu'il est impossible de dire. Mais si, ni des variations dans le nombre des globules, ni les transformations de la cellule primitive, ni telle ou telle particularité d'anatomie microscopique ne

---

imposé. La salle du festin est vaste, la carte variée ; mais que peut-on servir sur une table de cette dimension ? Ouvrez les oreilles, ô affamés ! *cent mille lettres* par numéro ; tel est le menu. Comme vous n'avez pas l'intention de passer un mot, une virgule, jugez des délices qui vous sont réservées. Vous portez les yeux sur le titre en ouvrant vos volets, et à travers les mille impressions du jour, vous arrivez à la signature du rédacteur en chef juste au moment d'éteindre votre lampe. On ne saurait imaginer une journée mieux remplie ; celui qui soutiendrait le contraire serait assurément de nos ennemis. Pour éviter toute fatigue, on a adopté et fondu *ad hoc* un excellent caractère, ce qui, au physique comme au moral, ne gâte jamais rien. Nous défions qui que ce puisse être sur le *petit-canon*, le *gros* et le *petit-romain*, le *saint-Augustin*, le *cicéro*, le *petit-texte*, etc. Notre *gaillarde* a une désinvolture particulière ; il n'y a rien à redire à l'œil de notre *mignonne*, et la *nonpareille* est chez nous à la hauteur de son nom. Pour peu qu'on y prenne garde, on sera en outre frappé de la science avec laquelle la *force de corps* des caractères a été variée, distribuée, combinée, de manière à laisser le moins de *blanc* possible, à ne pas *chasser* outre mesure, sans jeter néanmoins la confusion dans les *interlignes*. Ainsi, on a satisfait à la fois à l'avidité du lecteur et aux exigences de l'art.

Le papier n'est pas non plus sans mériter une légère mention. Tout expert qui voudra le prendre entre le pouce et l'index y reconnaîtra immédiatement la force unie à la finesse, vrai symbole de ce que nous voudrions pouvoir mettre dans les élucubrations qu'il sera chargé de transmettre au lecteur. Ajoutez, sans discontinuer le rapprochement, qu'il se fait remarquer par sa blancheur. Nous ne croyons pas nous tromper en disant que la Gazette hebdomadaire est en ce moment le plus blanc des journaux. S'il y a erreur, nous sommes tout disposés à nous rétracter. Toujours est-il que nous le sommes assez (blancs) pour donner, jusqu'à nouvel ordre, un démenti à ceux qui, en vue d'attaques possibles, nous disaient, suivant une locution vulgaire, que nous ne l'étions pas du tout. Ce mauvais jeu de mots est bien tout ce que méritent des gens de si mauvais augure. Mais une innovation incontestable dans l'espèce des journaux hebdomadaires aura certainement frappé tous les yeux. Il arrive trop souvent que les feuilles pliées à la hâte se déforment dès qu'elles sont entre les mains ; les plis changent de lieu et de direction, les feuilles chevauchent les unes sur les autres, se mettent en éventail, et l'on n'a bientôt plus dans les doigts qu'une sorte de jeu de cartes. Pour qu'on n'ait aucun prétexte de ne pas feuilleter le présent recueil nuit et jour, *nocturnâ et diurnâ manu*, on a eu la prudente attention de le *piquer* solidement.

sont toute la médecine, on peut assurer néanmoins qu'il y a là nombre d'éléments que les doctrines n'ont pas prévus et d'où peuvent sortir des déterminations scientifiques fort inattendues. Tout au moins est-il probable qu'ils enlèveront un jour à la plupart de ces doctrines une grande partie de leur intérêt et toute espèce d'à-propos. Il n'y a, dès lors, pour un esprit pratique, qu'un rôle à prendre : observer attentivement ces faits, les comparer, les contrôler, enregistrer les applications de divers ordres auxquels ils conduisent, et attendre.

Un dernier mot sur ce sujet pour éviter toute méprise. En combattant l'esprit d'exclusion, nous ne repoussons pas les principes; c'est ce qui ressort même nécessairement des déclarations précédentes. Ayant des principes arrêtés, nous ne pouvons trouver mauvais qu'on en fasse le sujet d'un exposé dogmatique. Bien plus, afin de n'être pas taxés d'irrésolution sur des matières si importantes, c'est notre intention, dès que l'occasion s'en présentera, de développer les principes qui nous guident, doctrine ou méthode, dans le jugement des faits particuliers. Nous disons seulement que, n'étant attachés particulièrement ni à telle méthode, ni à telle doctrine, et croyant reconnaître dans toutes une portion de vérité, toute la difficulté est pour nous dans un travail d'élimination qui ne peut être exposé en quelques pages. Dès lors, nous n'avons pas de drapeau à élever au début de notre entreprise, et le meilleur prospectus, le plus véridique, sera dans la série même de nos numéros.

Il ne nous reste plus qu'à faire connaître le plan et la composition du journal.

Chaque numéro, dont on a ici un *spécimen*, comprend 12 pages (24 colonnes) in-4° d'impression, en caractère compacte. Il se compose de :

1° *Un article critique sur une ou plusieurs questions à l'ordre du jour* (1). — Il y a, pour ce genre d'articles, des sources nombreuses. Les plus importantes, sans doute, sont l'Académie de médecine et l'Académie des sciences de Paris; aussi y puiserons-nous abondamment. Mais nous les laisserons de temps à autre, plus souvent peut-être qu'on ne le fait généralement, pour des sociétés moins célèbres, la Société de chirurgie, la Société de médecine, la Société médico-psychologique, la Société de biologie, etc., quelques Sociétés ou Académies de province et de l'étranger, où ont lieu souvent, sans un retentissement proportionné à l'importance du sujet et au talent des orateurs, les discussions les plus intéressantes. En dehors des corps savants, nous nous emparerons des questions qui, à tort ou à raison, dans les livres, dans les journaux, dans l'enseignement, auront pris assez d'importance pour occuper l'attention publique. Les *épidémies* et *constitutions médicales* seront signalées et étudiées dans cette partie de notre cadre.

2° *Deux mémoires originaux.*—Ces mémoires seront associés, dans chaque numéro, de manière qu'ils répondent à deux des dix catégories suivantes : 1° pathologie médicale ; 2° pathologie chirurgicale ; 3° thérapeutique médicale ; 4° thérapeutique chirurgicale ; 5° anatomie ; 6° physiologie ; 7° hygiène ; 8° médecine légale ; 9° physique et chimie médicales ; 10° médecine vétérinaire. De temps à autre, quand surgira quelque part une question grave, intéressant plus particulièrement l'hygiène ou la thérapeutique, et trop peu connue du public médical, au lieu de la reléguer dans les articles critiques de la première division, nous nous proposons d'en faire un exposé aussi substantiel et aussi clair que possible, afin que le lecteur sache bien d'abord de quoi il s'agit. Il sera temps après de lui faire connaître notre opinion particulière. Pour rendre notre pensée plus claire par un exemple, si nous avions tenu la plume quand la question de la surdi-mutité s'est présentée devant l'Académie, nous aurions aimé à en retracer les phases successives, et à montrer dans quels termes elle se présentait maintenant à la discussion.

3° *Une revue de la presse médicale française et étrangère.* — Des circonstances spéciales nous ont permis tout récemment de nouer sur place des relations avec les directeurs de presque tous les journaux d'Allemagne et d'Italie. De ce côté déjà les envois nous arrivent déjà. Nos mesures sont prises pour qu'il en soit de même des journaux de Belgique, d'Angleterre, d'Amérique et d'Espagne. Notre mouvement d'échange sera donc considérable, et nous posséderons à peu près tout ce que produira l'incessant travail de la presse. Pour tirer le meilleur parti de cet immense amas de matériaux, nous aurons soin de contracter nos analyses, de manière à n'y faire entrer que l'essentiel. Nous n'y admettrons de longues observations que dans des cas où l'intérêt résidera précisément dans les détails du fait. Comme en dépit de toutes les combinaisons, il serait tout à fait impossible d'analyser, même succinctement, tous les travaux, nous donnerons à la fin de chaque numéro un *Bulletin de la presse*, où seront mentionnés le *titre* et la *conclusion* (s'il

(1) Cet article est remplacé aujourd'hui par le programme.

Ainsi retenu et consolidé dans toutes ses parties, il est à l'épreuve de tout transport et de là lecture la plus acharnée.

Enfin, nous est-il possible de nous taire sur le coût de tant d'avantages si précieux ? Cinquante-deux fois 100,000 lettres, *total* 5,200,000 lettres ; *item* 624 pages grand in-4° d'un papier fort, fin et blanc, de plus piqué, comme il a été dit, le tout pour la somme de 24 francs : c'est de la munificence pure. Éditeur et rédacteurs ont rivalisé pour faire fléchir aussi bas que possible leur intérêt devant celui du public. O splendeur de la profession ! Dans les étroites limites où se balance le prix des journaux de médecine, il y a pour elle cherté ou bon marché — une différence de quelques francs — et cette différence est réellement sensible à la bourse du praticien ! Qu'ainsi soit donc. La baisse du prix des journaux, politiques et scientifiques, est d'ailleurs en harmonie avec la diffusion du travail et des connaissances. La GAZETTE HEBDOMADAIRE n'y va pas mesquinement. Pour peu elle donne beaucoup. Avec son cadre varié, la multiplicité des sources d'instruction qu'on a pu voir dans le programme, on la comparerait, avec un peu de hardiesse, à cette déesse que l'ingénieuse fiction des anciens représente couverte de mamelles. Approchez, excellents confrères, elle est prête à vous verser le lait de ses méditations — un lait que vous êtes priés de ne comparer au lait d'ânesse que sous le rapport de la salubrité —par cette mamelle ou par cette autre, par les travaux originaux, par la revue de la presse, par la bibliographie, etc., selon les goûts. Il ne s'agit que de payer.

Dans cette tâche multiple du journal, le feuilleton est surtout préoccupé de ce qui le concerne particulièrement. Et c'est trop naturel. Causeries, philosophie, littérature, législation, dans leurs rapports avec la médecine, voilà, comme on dit, beaucoup de fagots pour un seul dos. Notre confrère Rabelais était plus sage, qui, pour tirer Panurge de perplexité en un point fort simple, lui donnait pour conseils, avec le docteur Rondibilis, un philosophe, un légiste et même un théologien. Mais le feuilleton se rassure aisément. Il habite dans la partie basse du journal un territoire propre, entièrement séparé du reste par une longue barre transversale qui lui sert, pour ainsi dire, de défense naturelle. Le public est averti que cette région est absolument interdite à Hippocrate; qu'on y peut rencontrer en revanche Platon ou Aristote, Cujas ou Merlin, plus ou moins défigurés ; qu'on y répète les bruits de la place publique; qu'on y parle enfin de tout, excepté de médecine proprement dite. Après un avertissement de ce genre, si le curieux lecteur s'obstine à franchir la barrière susdite, ce sera à ses risques et périls, et dès lors il aurait mauvaise grâce à se plaindre. Voilà surtout ce qui fait notre tranquillité.

y en a une) des mémoires originaux contenus dans les publications qui nous seront parvenues depuis le numéro précédent. Ce sera une ressource utile pour ceux qui s'occcupent de recherches scientifiques.

Nous avons voulu que les travaux dont nous pourrons donner l'analyse parviennent le plus promptement possible à la connaissance du lecteur. Par suite de dispositions particulières, la revue de la presse *ne sera jamais postérieure de plus de trois semaines ou un mois* à l'arrivée au bureau des journaux analysés.

4° *Un compte rendu des sociétés savantes.*—Rapports, lectures, discussions, nous ne négligerons rien. Nous ne promettons pas, en général, de reproduire longuement les discours; mais nous les analyserons scrupuleusement. Au reste nous n'avons pas, à cet égard, de règle fixe. Nous ferons selon l'importance du sujet.

5° *Une revue des livres* ou *bibliographie.*— Sans jamais délaisser la critique qui, dans la juste appréciation du mot, donne à la presse sa valeur, et en même temps sa dignité, nous nous attacherons plus spécialement, dans le compte rendu des livres, au genre analytique. Trop souvent, pour s'épargner la peine de lire un ouvrage, on se borne à l'envisager par quelque côté général, dont on fait le texte unique ou de son blâme ou de sa louange. Une œuvre de longue haleine mérite mieux que cela. De plus, une analyse détaillée et exacte est, si nous ne nous trompons, le premier besoin du lecteur, pour qui le journal doit un peu remplacer une bibliothèque.

Toujours pour permettre de suivre pas à pas le mouvement scientifique, comme nous avons donné un *Bulletin de la presse*, nous donnerons un *Bulletin bibliographique*. Mais ici nous ne nous contenterons pas de mentionner les livres déposés au bureau, *nous annoncerons les principaux d'entre ceux qu'éditera la librairie médicale, sans distinction de source ni de pays.*

6° *Un feuilleton.*— A des intervalles indéterminés, mais qui ne dépasseront pas un mois, nous donnerons, sous le titre de *Lettres médicales*, une revue des événements, grands ou petits, qui pourront intéresser le monde des médecins; œuvre légère, futile, si l'on veut, et pourtant indispensable; — indispensable, parce qu'elle est une sorte de *diverticulum* où peuvent se placer une foule de menus faits, d'anecdotes, qu'on ne saurait admettre décemment sur le territoire propre de la science, et qui excitent pourtant la curiosité autant et plus que beaucoup de choses sérieuses; — indispensable encore, faut-il le dire, parce qu'elle a sa justification dans la constitution de la nature humaine qui travaille et se repose, pleure et rit alternativement.

Les autres feuilletons seront consacrés à la philosophie, à la littérature, à la législation et à l'organisation médicales.

7° *Des nouvelles.* — Nous espérons qu'un collationnement exact des feuilles périodiques et le zèle de nos correspondants nous permettront de les donner exactes, et en temps opportun.

Les sept divisions que nous venons de passer en revue seront fixes et invariables. De plus, la plupart des numéros en renfermeront une huitième, intitulée *Revue clinique*. Nous comptons donner une revue au moins deux fois par mois; mais on comprendra aisément que cela ne soit pas entièrement livré à notre discrétion. Un tel genre d'articles ne peut être instructif qu'autant qu'il a pour texte des observations douées d'une signification *spéciale* à un titre quelconque, étiologique, séméiotique, thérapeutique, etc. Or, de telles observations ne sont pas aux ordres d'un journal. Ce que nous pouvons dire seulement, c'est que les deux confrères chargés de cette portion de la rédaction, l'un pour la médecine, l'autre pour la chirurgie, offrent toutes les garanties nécessaires de talent et d'activité.

Tel est notre programme. Il impose une lourde tâche à ceux qui ont entrepris de le remplir avec conscience; mais en même temps, et par cela même, il est de nature à surexciter le zèle, à enfler le courage. La difficulté peut abattre; elle peut relever. Un ancien l'a dit : *Ingenium mala sæpè movent.*

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA PRÉTENDUE SUBSTITUTION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE A LA VARIOLE, DEPUIS L'INTRODUCTION DE LA VACCINE, par le docteur Barth, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Beaujon.

Dans la lutte incessante de l'art contre la maladie, la vaccine apparut à la fin du siècle dernier comme une merveilleuse découverte, et fut accueillie bientôt comme un des plus grands bienfaits de la science.

En préservant de la variole, elle diminuait d'une manière no-

Néanmoins, on peut compter que nous y apporterons le même soin qu'en tout le reste. Dans un genre particulièrement périlleux, celui des *Lettres médicales*, où il est difficile de traverser les événements du jour sans coudoyer les personnes, nous ferons en sorte de ménager les susceptibilités légitimes. Fontenelle était si discret qu'il n'osait dire à l'oreille que Fréron était un polisson. Nous serons pour le moins aussi discrets que Fontenelle. Quoi qu'en ait pensé Voltaire, il reste encore en deçà de ces limites un assez vaste champ pour la chronique permise. Plusieurs de nos rédacteurs ne sont pas absolument novices en ces matières délicates. Ce qu'ils ont commencé ailleurs, ils le continueront ici. Quand l'intérêt général paraîtra l'exiger, ils découvriront librement les plaies de notre profession; ils les cacheront pieusement quand elles n'affecteront que le caractère des individus. Les travers d'esprit, les petits défauts de nature, sont peut-être ce qui commande le plus de délicatesse. Le gros charlatanisme est une sorte d'ulcère calleux et fongueux qui ne redoute pas les cautérisations les plus énergiques : le travers est un vrai *noli me tangere*, très sensible et très irritable. On se contentera de le chatouiller du bout de la plume. Et puis, on ne sera pas attentif qu'au mal, comme y porte souvent la malignité de notre nature; le bien sera, au contraire, signalé, divulgué, avec empressement. Quant à ceux qui seraient disposés à supprimer toutes les difficultés du genre en retranchant le genre lui-même, nous ne leur dirons qu'un mot. Il est et a toujours été dans les besoins de l'esprit public; il a donné à la littérature des chefs-d'œuvre; il a doté l'histoire, sous la forme anecdotique, des renseignements les plus précieux sur les mœurs, les coutumes, les causes secrètes, souvent très petites, des plus grands événements. Sans prétendre à tant de gloire, la causerie médicale peut donc au moins revendiquer son droit à l'existence.

C'est assez pour une première fois. On nous pardonnera ces propos décousus. C'était le rôle du feuilleton de s'occuper des petits détails. *De minimis curat.* Un autre jour il essaiera d'être plus du goût des gens sérieux.

— Dans la séance publique annuelle de l'Académie de médecine qui aura lieu cette année, mais dont le jour n'est pas encore fixé, le secrétaire perpétuel, M. Dubois (d'Amiens), doit prononcer l'éloge d'Orfila.

— C'est M. Bouchardat qui prononcera le discours de rentrée de la Faculté de médecine. Deux éloges seront prononcés par l'honorable professeur, celui de Royer-Collard et celui de Richard.

table la mortalité du jeune âge, et semblait appelée, en se généralisant, à faire, peut-être, disparaître un jour un des plus grands fléaux de l'humanité.

Dans ces dernières années pourtant, les bienfaits de cette préservation ont été révoqués en doute, et il s'est rencontré quelques hommes qui n'ont vu dans la vaccine qu'une déception et n'ont pas craint de la dénoncer comme un don funeste.

M. Carnot, trouvant dans les résultats de ses recherches statistiques la preuve d'un notable accroissement, depuis le commencement de ce siècle, dans la mortalité proportionnelle du jeune âge, en attribue la cause à une augmentation correspondante de diverses affections gastro-intestinales, et notamment de fièvres typhoïdes, qui se seraient singulièrement multipliées depuis la pratique des vaccinations; et la vaccine n'arracherait ainsi à la mort un certain nombre de victimes dans l'enfance, que pour livrer, dans l'âge adulte, une proie plus nombreuse à la destruction.

M. le docteur Bayard, adoptant ces idées, attribue formellement cette progression de la mortalité de la jeunesse à l'influence de la fièvre typhoïde qui, depuis l'usage de la vaccine, aurait pris la place de la variole; et, pour expliquer cette prétendue substitution, au point de vue de la pathogénie, il soutient que la fièvre typhoïde n'est autre chose qu'une variole interne qui reprendrait après la puberté la part de victimes soustraites dans l'enfance aux ravages de la petite vérole.

Ce sont là des questions de la plus haute importance et dont la solution exigerait d'autres preuves que quelques inductions statistiques contestables et des interprétations plus ou moins spécieuses.

Et d'abord les chiffres mêmes de M. Carnot sont infirmés, en partie au moins, par les relevés statistiques de M. Ch. Dupin. Puis l'accroissement de la mortalité proportionnelle dans l'âge adulte n'est-il pas une conséquence inévitable de la diminution des décès dans l'enfance? et ce déplacement de la mortalité, proclamé comme un désastre, est-il autre chose qu'un fait naturel, si la part du tribut fourni par le premier âge de la vie, avant l'introduction de la vaccine, est répartie sur les diverses périodes suivantes.

Mais nous laissons à d'autres le soin d'élucider la question purement statistique, et pour en revenir au point de vue pathogénique, est-on bien fondé à dire que la fièvre typhoïde a remplacé la variole supprimée par la vaccine, et n'est elle-même autre chose qu'une variole interne?

En d'autres termes, la fièvre typhoïde est-elle une maladie récente, née depuis la découverte et l'application de la vaccine, ou bien les fièvres dites *typhoïdes* seraient-elles, depuis cette époque, devenues plus fréquentes et plus meurtrières?

Ces fièvres n'ont de nouveau que leur nom; elles ont existé concurremment avec la variole, bien longtemps avant l'inoculation et la vaccine, et on les retrouve dans la plupart des anciens traités sous des dénominations variées comme leurs formes symptomatologiques. A toute époque, comme le démontrent les statistiques de quelques auteurs du siècle dernier, elles ont été nombreuses et meurtrières; et, si l'on réunissait tous les décès enregistrés autrefois sous les noms de fièvres *inflammatoires*, *bilieuses*, *muqueuses*, *putrides*, *adynamiques*, *ataxiques*, en y joignant un certain nombre de *fièvres cérébrales*, affections diverses en apparence et semblables par leurs caractères anatomiques, on trouverait un chiffre égal à celui des victimes que fait aujourd'hui la fièvre typhoïde.

En supposant même que les fièvres dites typhoïdes fussent depuis quelques années plus nombreuses et plus meurtrières, est-ce bien à l'influence de la vaccine qu'il y a lieu d'attribuer ce résultat funeste? Pour faire admettre entre ces deux faits simultanés une relation positive de cause à effet, il faudrait autre chose que des affirmations et des hypothèses; et ce n'est point résoudre la question que de soutenir, sans preuves, que la fièvre typhoïde est une variole interne.

A côté de quelques analogies entre ces deux affections, telles que la fièvre et les modifications subies par le sang, que de différences dans l'étiologie, dans les principales manifestations pathologiques et dans les accidents consécutifs. Ici, un caractère contagieux des plus manifestes, soit par l'air ambiant, soit au moyen d'un virus dont personne n'a jamais nié l'existence; là, une transmissibilité rarement évidente et absence d'un contagium inoculable. Ici, une éruption pustuleuse avec tendance régulière à la suppuration et à de larges collections purulentes dans la convalescence; là, formation d'eschares gangréneuses de l'intestin, suivies d'ulcères avec tuméfaction des ganglions mésentériques, gonflement de la rate, engouement pulmonaire et tendance à la gangrène de la peau. — Que si l'on voulait voir de véritables pustules dans le développement des follicules isolés de l'intestin, ce serait commettre une erreur qu'excuserait à peine un faux air de ressemblance.

Si, abandonnant cette prétendue identité de deux maladies qui n'auraient entre elles qu'une différence de siége, on soutient que la fièvre typhoïde a remplacé la variole, on soulève ici l'une des questions de pathogénie les plus ardues, celle de l'antagonisme entre diverses espèces morbides; et cette question dont la solution exigerait les recherches les plus suivies et les plus consciencieuses, on la tranche selon les besoins de la cause, par une assertion dénuée des preuves nécessaires pour lui donner l'apparence de la vérité.

Au lieu d'affirmer que la variole constituait jadis une immunité contre la fièvre typhoïde, ne vaudrait-il pas mieux déterminer rigoureusement par des faits authentiques si la fièvre typhoïde est, aujourd'hui, plus bénigne ou plus rare, proportion gardée, chez les sujets atteints de la variole que parmi ceux que la vaccination a préservés de toute éruption varioleuse? D'autre part, si l'une des deux affections remplaçait réellement l'autre, le fait d'une fièvre typhoïde antérieure ne devrait-il pas à son tour préserver d'une variole consécutive?

Eh bien, en jetant un coup d'œil autour de nous, en étudiant, à ce point de vue, ce qui se passe à l'hôpital Beaujon, nous trouvons depuis la fin du mois d'août seulement, dans une division de cinquante-deux lits, quatre malades non vaccinés et portant les traces de la variole, qui ont eu des fièvres typhoïdes plus ou moins graves. Nous en donnons ici l'observation sommaire pour qu'il n'y ait aucun doute sur le véritable caractère de la maladie.

Obs. 1re. — Galion (Joachim), dix-sept ans, cordonnier, bien constitué, non vacciné, atteint de la variole à l'âge de onze ans, en a conservé des traces très évidentes sur la face.

Vers le 20 août, prodromes ordinaires des affections fébriles aiguës, un peu d'angine; les jours suivants dévoiement, insomnie; à son entrée, prostration, fièvre moyenne (pouls 90), céphalalgie, langue collante, persistance de la diarrhée; le 31, taches rosées bien marquées; traitement par les boissons gommées, les laxatifs, etc.; amélioration graduelle. Sort convalescent le 8 septembre.

Obs. 2e. — Druan (Eugénie), âgée de dix-huit ans, non vaccinée, a eu, vers l'âge de sept mois, une variole intense, qui a laissé sur la figure des traces encore visibles. Dans les derniers jours d'août 1853, céphalalgie, frissons, courbature, anorexie, bientôt suivie d'insomnie, de dévoiement, et toux légère; à son entrée, face injectée, stupeur, chaleur élevée, accélération du pouls (110), sifflement d'oreilles, agitation, taches rosées lenticulaires, plus tard apparition de sudamina; traitement par le citrate de magnésie, les antispasmodiques; amélioration rapide; convalescence le 15 septembre 1853.

Obs. 3e — Fernat, vingt-deux ans, sellier, tempérament sanguin, bien constitué, non vacciné; à l'âge de six ans variole intense, dont il porte des traces nombreuses et profondes. Admis le 31 août, il est malade alors depuis huit jours: au début frissons, céphalalgie, courbature, un peu d'angine; bientôt après dévoiement sans coliques, bourdonnements d'oreilles, étourdissements.

A son entrée, épistaxis légère, langue blanche, villeuse, épaisse; chaleur fébrile, pouls 78, développé (gomme, limonade éméto-cathartique).

Le 2 septembre chaleur intense, épistaxis très abondante, pouls 82 (limonade, glace, fomentations froides, sinapismes aux membres inférieurs).

Les jours suivants aggravation rapide: stupeur, délire intense, agitation, langue sèche, lèvres et dents encroûtées, ballonnement du ventre, selles fréquentes, involontaires, taches rosées bien caractéristiques, soubresauts des tendons, pouls s'élevant graduellement à 100 et 110 (antispasmodiques, sulfate de quinine, glace sur la tête, révulsifs sur les membres inférieurs).

Le 8, délire, affaiblissement, sueur gluante, pouls petit, frémissant (200 pulsations par minute), spasme universel des muscles, rétention des urines. Mort dans la soirée.

A l'autopsie, développement considérable des follicules intestinaux, plaques de Peyer très saillantes avec eschares et ulcérations partielles; ganglions mésentériques gonflés, rouges, ramollis; rate volumineuse, molle; sang fluide dans le cœur et les gros vaisseaux.

Obs. 4e. — Pretat (Marie), dix-neuf ans, domestique, non vaccinée; variole intense à l'âge de huit ans, laquelle a laissé des traces assez nombreuses et profondes.

Entrée le 9 septembre, malade alors depuis quatre ou cinq jours: au début, frisson, fièvre, courbature, anorexie, un peu d'angine, pas de dévoiement.

Le 10, fièvre plus intense que ne le comporte une simple rougeur de la gorge, langue sale, villeuse (éméto-cathartique, suivi d'un purgatif le 13). Cependant la fièvre persiste, toujours intense (pouls 108); dévoiement spontané le 16 et les jours suivants, céphalalgie, insomnie, prostration des forces, chaleur élevée, épistaxis, taches rosées lenticulaires...... Aujourd'hui 20 septembre la maladie n'a pas encore perdu de son intensité.

Voilà donc en moins de trois semaines quatre exemples de fièvre typhoïde observés chez des individus marqués des stigmates de la variole, et nous voyons succomber celui d'entre eux qui portait les cicatrices les plus profondes.

D'autre part, en remontant un peu plus haut, nous trouvons dans le même service un plus grand nombre de malades qui, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde bien caractérisée, ont été pris d'une éruption varioleuse plus ou moins intense, selon que les sujets étaient aptes à recevoir la contagion dans toute sa puissance, ou qu'ils avaient été modifiés par une vaccine antérieure.

Chez les deux premiers, dont nous donnons ici l'observation sommaire (d'après les notes recueillies journellement par M. Trastour, notre interne), ce n'est qu'une *varioloïde légère*, et chez celui des deux qui a succombé, l'éruption nous a paru, en outre, partiellement avortée en raison même de l'état de maigreur où le malade était parvenu. Il en a contracté le germe d'un de ses voisins de lit, atteint de la variole.

Obs. 5e. — Guignard, vingt et un ans, tailleur, malade depuis le 11 janvier, retenu au lit depuis le 22. Au début, malaise, frissons, fièvre, céphalalgie, courbature; les jours suivants plusieurs épistaxis; à son entrée, le 26, injection des téguments, chaleur élevée, accélération du pouls, céphalalgie intense, insomnie, épistaxis. Boissons acidules, purgatifs légers; dévoiement qui persiste pendant plusieurs jours. Bientôt après, diminution graduelle de la fièvre, suspension des selles, retour du sommeil et de l'appétit; convalescence dès les premiers jours de février.

Le 7, frissons suivis de chaleur, fièvre, injection de la peau; le 9, apparition de papules rosées sur le tronc, sur la face et sur les membres, peu nombreuses, mais prenant peu à peu le caractère d'une éruption varioleuse très bénigne; en même temps diminution de la fièvre; amélioration rapide et prompt rétablissement. Sort guéri le 28 février.

Obs. 6e. — Schmutz, dix-neuf ans, journalier, constitution robuste, tempérament sanguin; entré le 16 février 1853, mal portant depuis trois semaines, alité depuis huit jours; au début, céphalalgie, courbature, fièvre, suivie bientôt de dévoiement. A son entrée, face injectée, chaleur intense (pouls 92), langue sèche, stupeur, somnolence, selles fréquentes, ballonnement du ventre. Le 23, évacuations involontaires (pouls 104), langue noire, sèche, oppression, toux, crachats muqueux, râles sibilants, persistance de la fièvre.

Amélioration dans les premiers jours de mars. Le 5, pouls à 110, exsudation pultacée dans la bouche, douleur assez vive au-devant de l'articulation scapulo-humérale droite; le 6, fluctuation évidente, ponction; issue d'une cuillerée de liquide visqueux, filant, occlusion immédiate de la plaie avec le collodion. Le lendemain on voit paraître sur la poitrine de petites saillies papuleuses, qui se multiplient les jours suivants, et se montrent également sur la face et sur les membres. Ces papules se développent lentement, s'élargissent un peu et prennent tardivement et partiellement la disposition ombiliquée des pustules varioliques; en même temps la fièvre diminue, mais le dévoiement reparaît, accompagné de douleurs sur le trajet du côlon.

Pendant que les pustules se dessèchent, une nouvelle exsudation pultacée reparaît dans la bouche; elle cède à l'emploi du borax; mais le dévoiement augmente, résiste à tous les astringents (opium, bismuth à haute dose, lavements à l'acétate de plomb), puis s'accompagne de vomissements. Le malade maigrit, se dessèche, s'épuise et succombe le 18 mars, quarante jours après le début de la fièvre typhoïde. A l'autopsie, vers la fin de l'intestin grêle, ulcérations typhoïdes cicatrisées, de couleur ardoisée, ganglions mésentériques correspondants d'un rouge noirâtre, revenus à leur volume ordinaire; rate peu volumineuse, ferme, foncée en couleur.

Gros intestin criblé d'ulcérations folliculaires plus nombreuses vers le rectum, la plupart petites, arrondies, à bords décollés, avec ramollissement des portions intermédiaires de la membrane muqueuse, et épaississement du tissu cellulaire sous-jacent.

Pas de tubercules dans les poumons.

L'examen de l'épaule droite fait constater au-dessous de l'aponévrose du muscle deltoïde une cavité remplie par une exsudation fibrineuse, à parois injectées et ne communiquant pas avec l'articulation de l'épaule, qui ne présente aucune trace d'altération.

Dans l'observation suivante, il s'agit d'un individu vacciné pris, dans la convalescence de la fièvre typhoïde, d'une *varioloïde prononcée*, avec éruption pustuleuse considérable.

Obs. 7e. — Clotrier, vingt-deux ans, menuisier, fortement constitué, vacciné, habituellement bien portant, admis le 29 juin 1853. Début le 20 par frissons, malaise, courbature, anorexie, céphalalgie, insomnie, diarrhée. A son entrée, peau chaude, pouls 88, s'élevant peu à peu à 100 et 108, redoublé; langue sèche, plus tard brune; ventre ballonné, taches rosées lenticulaires très nombreuses, persistance du dévoiement, râles sibilants des deux côtés en arrière. Amélioration vers le 15 juillet; sort guéri le 4 août. Revenu le 9, pour un peu de malaise, avec fièvre et dyspepsie, il sort le 25. Rentre une seconde fois le 31 août, malade alors depuis deux jours. Le 1er septembre, apparition sur la face, le tronc et les membres, de saillies rouges, qui se multiplient, se développent et prennent le caractère des pustules varioleuses, mais différant entre elles par la forme, le volume et la rapidité de leur évolution, les unes arrondies, plates et légèrement ombiliquées, les autres moins larges, plus saillantes, irrégulièrement coniques et rapidement purulentes. La fièvre reste modérée; la dessiccation, commencée le 7, est complète le 9, et le malade quitte l'hôpital le 16 août en pleine convalescence.

Le sujet de la dernière observation est un jeune homme non vacciné, et chez lequel nous voyons, à la suite de la fièvre typhoïde, une *variole grave* se développer avec tous les caractères qui lui sont propres.

Obs. 8e. — Jacob (Pierre), seize ans, fumiste, non vacciné; entré le 16 juillet. Il y a neuf jours, à la suite d'un bain froid, lassitudes, douleurs de tête; le lendemain, obligation de se mettre au lit, fièvre, dévoiement, perte de sommeil. Le 17, prostration des forces, stupeur de la face, parole lente, peau chaude, pouls 96 à 100, bourdonnements d'oreilles, étourdissements, ventre ballonné, taches rosées, râles ronflants dans la poitrine. Les jours suivants, injection de la conjonctive, quelques soubresauts par instants, sudamina nombreux; à partir du 22, diminution de la fièvre; amélioration progressive du 25 au 30 et entrée en convalescence.

Le 11 août, il ne restait plus qu'un peu de faiblesse, lorsqu'il fut pris de courbature, fièvre, céphalalgie, douleurs lombaires, quelques nausées le 13; apparition, le 14, de papules qui se développent, se multiplient, et forment peu à peu une éruption de variole bien caractérisée par un grand nombre de pustules larges, rondes, aplaties, blanchâtres, légèrement ombiliquées, qui deviennent purulentes le 21, avec redoublement de la fièvre et gonflement des poignets, se dessèchent du 25 au 30, en formant de larges croûtes qui se détachent lentement.

Nous ne voulons point insister davantage sur les conséquences qui découlent de ces faits. Ils sont trop peu nombreux pour en tirer aucune conclusion absolue. Mais que des recherches persévérantes soient faites à ce point de vue, que ces observations se multiplient et que les résultats en soient rassemblés et soigneusement analysés, en tenant toujours compte du nombre relatif des individus variolés et de ceux qui ont été soumis à la vaccine, et l'on décidera, mieux que par des assertions téméraires, la question de l'affinité ou de l'antagonisme de la variole et de la fièvre typhoïde; on verra si la vaccine est réellement une cause d'accroissement de la mortalité, et s'il y a un motif sérieux à l'anathème si imprudemment lancé par quelques hommes contre un moyen préservatif d'une affection hideuse et meurtrière qui n'épargnait aucun âge, et que La Condamine appelait en 1754 (1) « une maladie affreuse et cruelle qui détruit, mutile ou défigure un quart du genre humain. »

(1) *Mémoire sur l'inoculation*, lu à l'Académie des sciences, le 24 avril 1754.

Sur le traitement de l'ongle incarné, par M. le docteur L. Gosselin, chef des travaux anatomiques et agrégé à la Faculté de médecine.

Ceux qui ont présents à la mémoire les nombreux modes de traitement qu'on a imaginés pour l'ongle incarné vont s'effrayer sans doute et croire que j'ai ajouté un procédé nouveau aux cent dont parle M. Velpeau dans sa *Médecine opératoire* (tome I[er]). Qu'ils se rassurent : l'opération que j'ai adoptée n'est pas nouvelle ; je veux faire connaître seulement à quelles indications elle satisfait, et pourquoi elle guérit plus sûrement que la plupart des autres.

Quoique l'origine et le mode de formation de l'ongle incarné ne soient pas toujours faciles à saisir, et qu'en particulier on ait de la peine à bien expliquer pourquoi cette maladie occupe plus souvent le bord externe du gros orteil que l'interne, il est cependant certains points de l'étiologie qu'on peut comprendre. Dans l'état normal, le sillon cutané qui doit loger le bord externe de la portion libre de l'ongle est formé par une peau assez épaisse et assez doublée d'écailles épidermiques pour ne pas se laisser entamer par ce bord. En même temps, l'ongle n'est que modérément recourbé, et son axe est parallèle à celui de l'orteil, de telle sorte que, dans la station verticale, la peau ne vient pas presser assez fortement contre lui pour s'y déchirer. Mais, dans quelques cas, ces dispositions normales sont modifiées : ou bien c'est la peau qui est trop mince pour résister au bord de l'ongle, soit parce qu'elle est vicieusement organisée, soit parce qu'en coupant l'ongle trop obliquement, le malade a mis lui-même ce bord en contact avec un endroit où le tégument n'est plus aussi solide ; ou bien c'est l'ongle qui est trop recourbé ou trop incliné vers un des bords, ce qui rend la pression plus grande pendant la marche ; ou bien encore il se forme au niveau du bord unguéal une pustule, une phlyctène qui met le derme à nu et le rend plus facile à irriter.

Quel qu'ait été d'ailleurs le mode de développement, l'excoriation une fois produite ne se cicatrise pas parce que l'ongle est un corps étranger qui l'entretient et fait bourgeonner les chairs.

Après les modifications qui sont survenues, cet ongle se trouve en réalité trop large et les chairs sont trop abondantes, double condition qu'il ne faut pas oublier lorsqu'il s'agit de choisir un mode de traitement, et que la plupart de nos auteurs classiques ont trop souvent perdue de vue.

Les uns se préoccupent surtout du soin de relever le bord de l'ongle et de le séparer des chairs fongueuses, en interposant entre ces parties un corps plus ou moins épais, tel qu'un tampon de charpie, une plaque de fer-blanc, une lame de plomb ou un petit instrument spécial. A cette simple indication, chacun reconnaît les procédés de Fabrice d'Aquapendente, Desault, Boyer, et de MM. Vésigné, Labarraque, etc.

Les autres se préoccupent exclusivement de l'ongle. Celui-ci est implanté comme une épine au milieu des parties molles ; enlevez l'épine, dit-on, et le mal disparaîtra. Ici les modifications sont nombreuses. Tantôt, à l'exemple de Dionis, on coupe seulement le bord de l'ongle ; tantôt, à l'exemple de Dupuytren, on arrache toute la moitié qui correspond à la maladie ; tantôt, comme M. Velpeau, on arrache l'ongle tout entier. Il en est qui cherchent seulement à l'éloigner des parties molles malades, en lui faisant éprouver une perte de substance du côté opposé (Guillemot) ou sur son milieu (Faye).

D'autres veulent qu'on fasse plutôt attention aux parties molles ulcérées, et qu'on les fasse disparaître en enlevant tout le bourrelet cutané qui correspond au bord de l'ongle. Dans ce but, Brachet et Lisfranc employaient le bistouri, MM. Wanderback et Levrat-Perroton donnent la préférence aux caustiques.

D'autres, enfin, pour donner plus de sécurité à l'opération, enlèvent tout à la fois et l'ongle et les parties molles. Pour cela, ils arrachent d'abord l'ongle et détruisent ensuite les fongosités avec le fer rouge (Larrey), ou bien ils enlèvent le bourrelet et l'ongle d'un seul coup de bistouri, ainsi que le pratiquent surtout MM. Gerdy et Baudens.

Je reconnais que tous ces moyens peuvent réussir, et que tous ont donné des guérisons définitives ; mais plusieurs d'entre eux, et en particulier les plus usités, exposent à des récidives et obligent les malades à subir, au bout d'un temps plus ou moins long, un nouveau traitement. Personne ne contestera qu'il en soit fréquemment ainsi, après les pansements avec la charpie et les autres corps étrangers. Outre que ces pansements sont quelquefois douloureux et ne conduisent qu'avec lenteur à la guérison, celle-ci ne reste solide qu'à la condition que les malades marcheront peu, et auront la précaution d'interposer de nouveau de la charpie aussitôt qu'une inflammation, si légère qu'elle soit, viendra à se développer. Ce mode de traitement réussit enfin, lorsque les fongosités ne sont pas très considérables, que l'affection est encore récente, et que les malades ont le temps et la facilité de se soigner. Lorsque ces conditions se rencontrent, et on ne les trouve que chez les personnes aisées, chez les femmes surtout, j'y ai recours volontiers. Mais lorsque le mal est ancien, que les fongosités sont abondantes, que les malades ne peuvent pas donner un long temps à leur traitement, ou qu'ils sont obligés de marcher beaucoup immédiatement après leur guérison, toutes conditions qui se rencontrent surtout chez les individus de la classe ouvrière, il faut s'attendre à des récidives ; j'en ai observé un bon nombre d'exemples sur les malades de nos hôpitaux.

Tout le monde convient aussi que l'arrachement, méthode si simple dans son exécution, aujourd'hui que la douleur est affaiblie ou supprimée par le chloroforme, si simple dans ses suites, qui ne demandent pas plus de huit ou dix jours de repos, est assez souvent suivi de récidive. J'en connais également plusieurs exemples, et c'est après en avoir été témoin sur deux malades que j'avais opérés moi-même au début de ma carrière, que j'ai renoncé à cette méthode. En effet, au bout de deux ou trois mois, l'ongle est repoussé ; il a la même largeur, la même forme et la même direction qu'auparavant. Les fongosités ont disparu, il est vrai, et les ulcérations sont cicatrisées ; mais les parties molles que vient rencontrer la portion libre de cet ongle nouveau sont dans les mêmes conditions organiques ; le bourrelet est trop gros, comparativement à la largeur de l'ongle, et appuie toujours trop fortement contre ce dernier ; tôt ou tard une irritation nouvelle a lieu, et les fongosités se reproduisent. On peut dire que ce n'est pas là un grand inconvénient, et qu'un second arrachement y remédiera ; on peut ajouter même, en se fondant sur des observations exactes, qu'après trois ou quatre arrachements, l'ongle finit quelquefois par ne plus repousser, ou bien par repousser, à cause de la fatigue de l'organe sécréteur, avec des dimensions plus petites qui le rendent moins nuisible. Mais on comprend, de reste, qu'il est fâcheux de condamner les malades à se faire ainsi traiter plusieurs fois, et que la nécessité de subir l'arrachement d'un ongle de temps en temps est pour eux, même avec le secours du chloroforme, chose assez désagréable.

Parmi les autres modes de traitement, il en est qui exposent moins à la récidive que les précédents ; mais on leur a trouvé d'autres inconvénients qui les ont fait justement abandonner par la plupart des chirurgiens.

Ainsi l'ablation de la totalité de la matrice unguéale, telle que la faisait quelquefois Dupuytren, en vue d'empêcher la reproduction de l'ongle, donne certainement une guérison radicale. Mais cette opération commence à devenir sérieuse ; pour la bien exécuter, il faut faire une perte de substance assez étendue, à cause de la profondeur du repli dermique ; il faut que la plaie soit profonde et rapprochée de l'articulation phalangienne, ce qui expose celle-ci à s'enflammer. M. Gerdy, pour enlever du même coup l'ongle et les chairs, est obligé de faire également une perte de substance assez étendue, dont la cicatrisation est lente. Les caustiques donnent, comme les opérations qui précèdent, des guérisons solides ; mais leur application est douloureuse ; il faut du temps pour que l'escarre tombe et que la réparation ait lieu : six à sept semaines au moins, et souvent plus, sont nécessaires. C'est pourquoi, malgré la préférence qui leur est accordée par quelques chirurgiens, ils ne sont pas généralement adoptés.

Pour satisfaire à toutes les exigences, il faut, dès qu'une opération est jugée indispensable, en chercher une qui donne sans

danger une guérison prompte, comme fait l'arrachement, et une guérison radicale, comme font les derniers procédés dont je viens de parler. Elle ne peut conduire sûrement à ce but qu'en changeant les conditions anatomiques de la petite région malade, de la manière suivante : Diminution de la largeur de l'ongle, diminution du volume du bourrelet cutané. L'opération qui satisfait le mieux à toutes ces indications est celle dans laquelle on arrache l'ongle, et on enlève ensuite une petite languette de peau, comprenant en arrière la partie latérale de la matrice unguéale, en avant une portion du bourrelet et des fongosités.

Je l'exécute de la manière suivante, en supposant que la maladie corresponde au côté externe. Le patient étant bien endormi, je commence par arracher l'ongle, suivant le procédé le plus habituel, celui auquel M. Velpeau donne la préférence, c'est-à-dire que, la lame cornée étant préalablement coupée dans son milieu avec des ciseaux, je saisis ensuite chacune des moitiés avec une pince à disséquer, et je l'enlève. Dans un second temps, je fais en arrière du bourrelet, avec le bistouri, une petite incision transversale, large de trois ou quatre millimètres, et assez profonde pour atteindre le cul-de-sac formé par la matrice de l'ongle à la jonction de sa partie transversale avec sa partie latérale. De l'extrémité externe de cette incision j'en fais partir une autre antéro-postérieure que je conduis jusqu'à la partie antérieure du bourrelet ; puis saisissant avec une pince le bord libre de ce dernier, je dissèque la peau d'arrière en avant jusqu'au fond du cul-de-sac dermique et jusqu'aux fongosités, et j'en détache une bandelette, large de quatre à cinq millimètres, sur la partie interne et inférieure de laquelle se trouvent en arrière une portion de la matrice de l'ongle et en avant les fongosités elles-mêmes. Au lieu d'enlever toute la peau de la partie latérale de l'orteil, comme Brachet, Lisfranc, MM. Gerdy et Baudens, je me contente d'en ôter assez pour diminuer la largeur de l'organe sécréteur de l'ongle et l'épaisseur du bourrelet en rapport avec la portion libre de ce dernier ; j'obtiens ainsi une plaie beaucoup plus petite, et dont la cicatrisation est plus rapide.

Les suites sont aussi simples que celles de l'arrachement ordinaire ; la petite plaie se cicatrise en même temps que le derme sous-unguéal se dessèche. Les fongosités, qu'on doit avoir la précaution de cautériser au bout de quelques jours, ne tardent pas à s'affaisser et à disparaître ; au bout de huit jours, le malade peut se lever ; au bout de dix ou douze, tout est cicatrisé. Plus tard, l'ongle repousse ; mais il est moins large qu'avant l'opération, parce que la partie externe de son organe sécréteur a été enlevée. Son bord ne s'avance pas autant vers les parties molles ; celles-ci d'ailleurs sont moins abondantes et ne pressent pas autant contre le nouvel ongle. Il est donc très difficile que l'incarnation se reproduise. J'ai fait plus de douze fois cette opération, et je n'ai pas entendu parler de récidives. J'ai revu souvent, et je suis à même de revoir de temps en temps, cinq de mes malades opérés actuellement depuis plusieurs années. Trois d'entre eux avaient été traités en vain pendant longtemps par l'introduction méthodique et bien faite de la charpie sous l'ongle ; un autre avait subi une première fois inutilement l'arrachement simple. Tous les cinq ont une vie active et marchent beaucoup, et cependant l'incarnation ne reparaît pas. J'ai pu constater sur eux, plusieurs fois, cette diminution de l'étendue transversale de l'ongle, qui est un des points principaux de l'opération.

J'ai eu raison de prévenir que cette opération n'était pas nouvelle. D'abord il est probable que les partisans de l'arrachement exclusif ont été conduits à la pratiquer plusieurs fois, lorsque, trouvant des fongosités très saillantes et prolongées en arrière, ils jugeaient convenable de les détacher avec le bistouri. Ensuite, MM. Baudens et Gerdy, lorsqu'ils enlèvent d'arrière en avant, comme d'un coup de serpette, le bord de l'ongle et les parties molles, arrivent à un résultat semblable à celui que je veux atteindre. Enfin lorsque Larrey porte le fer rouge après l'arrachement, lorsque MM. Wanderbach et Levrat-Perroton appliquent des caustiques sur le bourrelet cutané correspondant à l'incarnation, ils obtiennent encore ce que je cherche à obtenir, savoir un ongle plus étroit et des chairs moins abondantes. Mais je diffère de tous ces auteurs sous deux rapports : 1° J'insiste plus qu'eux sur cette double indication, et je prouve, par des faits observés longtemps après l'opération, que l'ongle repoussé est en effet plus étroit qu'autrefois ; 2° je fais une perte de substance beaucoup moins large, moins exposée aux accidents inflammatoires et plus prompte à cicatriser. En effet, MM. Baudens et Gerdy, pour compléter sûrement leur opération, sont obligés d'enlever un assez grand lambeau qui va jusqu'au voisinage de l'os et même de l'articulation. La plaie est large et lente à se cicatriser. J'ai vu à l'hôpital de la Charité plusieurs malades chez lesquels elle n'était pas fermée au bout de six et sept semaines ; j'en ai vu une chez laquelle l'articulation phalangienne s'était enflammée par voisinage. La cicatrice enfin est assez étendue pour que les pressions de la chaussure ou de l'orteil voisin l'excorient de temps à autre, et obligent le malade à s'arrêter pour quelques jours. Dans l'opération que j'exécute, la plaie est petite, se dessèche promptement, et donne une cicatrice trop étroite pour se déchirer facilement. J'attribue également les guérisons données par les caustiques à ce qu'ils détruisent la partie interne de la matrice de l'ongle ; mais la guérison est beaucoup plus lente qu'à la suite de l'opération avec le bistouri telle que je la propose.

On se demandera sans doute s'il ne suffirait pas d'enlever la portion d'ongle correspondant à l'incarnation et de laisser l'autre moitié. Peut-être en effet cela suffirait-il ; mais je craindrais que le bord de la portion d'ongle restante n'irritât le derme et n'entretînt l'inflammation, ou que l'ongle ne repoussât pas assez régulièrement. D'ailleurs, puisque nous supposons le malade endormi, je ne vois aucun inconvénient à tout arracher.

III.

REVUE DES JOURNAUX.

De quelques unes des conditions qui ont de l'influence sur la vitesse du cours du sang, par M. E. Hering.

Les travaux de M. Hering, professeur à l'école vétérinaire de Stuttgard, sont bien connus des physiologistes. C'est lui qui, en 1828, publiait, dans le troisième volume du journal de physiologie de Tiedemann et Gmelin (*Zeitschrift für Physiologie*, Heidelberg), un Mémoire sur la vitesse du cours du sang, bientôt suivi, dans le tome V de ce recueil, d'un travail sur le même sujet, intitulé : « Recherches sur le rapport qui existe entre la fréquence du pouls et la vitesse du sang. » Le Mémoire que publie aujourd'hui M. Hering est donc la continuation d'études déjà anciennes. A la connaissance approfondie du sujet, il joint une grande habileté d'expérimentation. Nous croyons que nos lecteurs nous sauront gré de leur donner une analyse un peu détaillée de ce Mémoire qui touche à la pathologie autant au moins qu'à la physiologie.

Toutes les expériences de M. Hering ont été faites sur des chevaux. C'est là une condition avantageuse. Le cheval occupe parmi les animaux à double circulation un rang élevé dans la série, et il est peu d'animaux domestiques sur lesquels l'expérimentation soit plus simple. On n'a besoin, en effet, ni de l'attacher ni de le maintenir, pour pratiquer les injections et les saignées exploratrices qui constituent, ainsi que nous allons le voir, la méthode opératoire de M. Hering. Le cheval est d'ailleurs un animal d'une taille telle, que les quelques onces de sang qu'on lui retire pendant l'expérience sont sans influence notable sur l'accomplissement régulier des phénomènes circulatoires.

Le procédé de M. Hering consiste à injecter dans le sang un liquide qui n'ait point d'action nuisible sur l'animal et qui, circulant avec le sang, puisse être recherché sur un autre point du cercle circulatoire. Le liquide employé est le cyanoferrure de potassium dont les moindres traces peuvent être décelées par un sel de fer. M. Hering ouvre une veine jugulaire, puis il y introduit et y fixe une canule à robinet surmontée d'un petit entonnoir dans lequel il verse 30 grammes environ de liquide. Celui-ci descend par son propre poids dans la veine, en l'espace de 2 à 5 secondes. L'opérateur ferme le robinet un peu avant que l'enton-

noir soit vidé, pour s'opposer à l'entrée de l'air dans les veines et aux accidents qui en sont la conséquence. Aussitôt que la solution du cyanoferrure de potassium entre dans la veine, un aide placé du côté opposé de l'animal reçoit dans des verres, qu'il change de 5 en 5 secondes, le sang qui coule par la veine jugulaire du côté opposé préalablement ouverte. Le sang est reçu ainsi dans 10 à 12 verres d'épreuve, et l'expérience dure par conséquent de 50 à 60 secondes. Les verres contiennent chacun de 15 à 30 grammes de sang; ils sont numérotés, puis abandonnés à eux-mêmes pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps la coagulation du sang est achevée. On prend alors successivement dans chaque verre quelques gouttes de sérum et on les essaie sur une feuille de papier blanc à l'aide d'un sel de fer qui décèle la présence du cyanoferrure de potassium, là où il existe, par la formation du bleu de Prusse.

Dans ses premières expériences (1828-1833), M. Hering avait établi que le sang met de 25 à 30 secondes à parcourir le cercle entier de la circulation, c'est-à-dire à passer d'une veine jugulaire dans le cœur, de là dans les capillaires des poumons, des poumons au cœur, du cœur aux organes, et des capillaires des organes au point de départ de la veine jugulaire (ou à celle du côté opposé, ce qui est la même chose). C'est en effet seulement dans le sérum des portions de sang d'épreuve extraites entre la 25e et la 30e seconde qu'on commençait à apercevoir la teinte bleue produite par les sels de fer. Les expériences de M. Hering furent contestées, non pas dans leurs résultats, mais tout au moins dans leur interprétation. Plusieurs physiologistes firent remarquer en effet que l'écoulement de sang par un vaisseau ouvert pouvait avoir contribué à accélérer la vitesse du cours du sang chez les animaux en expérience.

Dans ses nouvelles recherches l'auteur commence par répondre à cette objection, et il le fait par des expériences. Au lieu d'ouvrir dès l'abord la veine jugulaire du côté opposé à l'injection et de laisser couler le sang d'épreuve dès le commencement de l'expérience, il ne pratique cette ouverture que 20 secondes après l'injection. Le cyanoferrure de potassium apparaît dans le sang, tantôt dans le premier flot de liquide, tantôt seulement au bout de 5 secondes; d'où l'auteur conclut que l'influence qu'exerce sur la vitesse du cours du sang l'écoulement de ce liquide par une ouverture de vaisseau est si minime, qu'elle peut être envisagée comme nulle. On pourrait encore ajouter, d'après les chiffres mêmes de l'auteur, que l'ouverture d'un vaisseau ralentit plutôt qu'elle n'accélère la vitesse du sang dans ses canaux.

Vitesse de la circulation dans les capillaires. — Pour estimer le temps que le sang met à parcourir le réseau des capillaires, voici comment M. Hering dispose l'expérience. Après avoir pratiqué une ouverture à l'*artère* du métatarse d'un cheval sur un des membres postérieurs, et une autre ouverture à la *veine* correspondante sur le membre postérieur du côté opposé, il injecte sa solution de cyanoferrure de potassium dans la veine jugulaire préalablement disposée à cet effet. Aussitôt l'injection faite, on recueille séparément le sang de l'artère et celui de la veine du métatarse par doses fractionnées, de 5 en 5 secondes. Or, le ferrocyanure de potassium apparaît dans le sang de la *veine* 5 secondes environ après s'être montré dans celui de l'*artère*, d'où M. Hering conclut que le sang emploie 5 secondes à traverser le réseau capillaire, auquel on doit joindre toutefois le bout de l'artère et le bout de la veine qui surmontent ce réseau. Il faut admettre aussi que la vitesse de la circulation est exactement la même dans les deux membres postérieurs. C'est d'ailleurs ce qui résulte des expériences de l'auteur, car lorsqu'il recommençait l'expérience au bout de quelques semaines sur le même animal, en ouvrant la veine sur le membre où il avait précédemment ouvert l'artère, et réciproquement, la différence se traduisait dans le même sens et de la même quantité.

Influence des pertes de sang sur la vitesse de la circulation. — Déjà dans les expériences précitées, nous avons vu que l'ouverture d'un vaisseau pendant les 60 secondes de l'expérience, et la perte de sang (en moyenne d'une livre à une livre et demie) qui en était la conséquence, n'avaient point d'influence marquée sur la vitesse du cours du sang.

M. Hering retire huit livres de sang à quatre chevaux, puis il injecte sa solution; il retire encore dans les verres d'épreuve 1 livre 1/2 de sang de la jugulaire comme précédemment; cependant le sang a mis de 25 à 30 secondes à parcourir le cercle de la circulation. Les pertes de sang moyennes n'altèrent donc point sensiblement la vitesse de la circulation. Sur deux autres chevaux, M. Hering retire rapidement sur l'un 16 livres de sang, et sur l'autre 25 livres. Le pouls, qui était d'environ 40 pulsations par minute, monte rapidement à 80 et 100 pulsations, la respiration s'accélère également. La vitesse du cours du sang, estimée suivant le procédé ordinaire, est ici manifestement augmentée. Le sang parcourt le cercle circulatoire en 15 à 20 secondes.

Influence de la fréquence du pouls sur la vitesse de la circulation. — M. Hering accélère le pouls des chevaux qu'il doit mettre en expérience, en leur injectant préalablement dans les veines 4 grammes de teinture de colchique étendue dans 16 grammes d'eau. Ou bien il applique son procédé à des chevaux atteints de maladies aiguës avec fièvre. L'auteur a fait sous ce rapport un très grand nombre d'expériences qui l'ont amené à des chiffres à peu près identiques avec ceux qu'il a trouvés chez les animaux à l'état normal.

Influence de la respiration sur la vitesse du cours du sang. — Des expériences de M. Hering il résulterait que l'influence de la respiration sur la vitesse du cours du sang aurait été exagérée par les physiologistes. M. Hering se range à l'opinion de Volkmann qui regarde cette influence comme insignifiante. Sur des chevaux dont les mouvements respiratoires étaient accélérés au point que de 12 ou 14 par minute (état normal), ils étaient montés à 60 et 70, le sang mettait 30 secondes à parcourir le cercle de la circulation. La vitesse du cours du sang n'était donc point accélérée. Sur d'autres chevaux, au contraire, dont les mouvements respiratoires étaient abaissés au point de n'être plus que de 6 par minute, la vitesse du sang n'était point diminuée, car il parcourait l'arbre circulatoire en l'espace de 25 à 30 secondes.

De tous les faits contenus dans ce mémoire et appuyés sur 45 vivisections de chevaux, on peut conclure que c'est un point acquis à la science, à savoir que le temps que met le sang à parcourir le double cercle de la circulation (en traversant le système capillaire pulmonaire et le système capillaire général) doit être évalué en moyenne chez le cheval à 1/2 minute, et qu'en outre les causes qui peuvent modifier la vitesse du cours du sang sont peu nombreuses et n'agissent que dans des limites extrêmement restreintes. (*Archiv für physiologische Heilkunde von Vierordt. Heft ausgegeben*, 15 januar 1853. Stuttgard, page 112.)

Anomalies des valvules aortiques constituant une cause de leur maladie, par le docteur Peacock.

Le but de l'auteur est, comme l'indique le titre du travail, de montrer de quelle manière les anomalies congénitales ou *vices de formation* des valvules peuvent devenir le point de départ d'altérations susceptibles de troubler, pendant la vie extra-utérine, l'acte circulatoire; mais il saisit en même temps l'occasion de présenter une classification des anomalies des valvules aortiques, classification sinon nouvelle dans son principe, au moins assez bien adaptée aux faits connus pour que nous en disions quelques mots.

Les anomalies des valvules aortiques peuvent être rangées en deux groupes principaux, suivant qu'il y a excès ou défaut de formation. Dans le premier cas, on trouve quatre valvules; tantôt elles sont toutes d'égale dimension, tantôt la quatrième est rudimentaire. Cette anomalie par excès ne semble en rien troubler leurs fonctions.

Dans les anomalies par défaut, on peut compter trois variétés principales. Tantôt il y a fusion de deux valvules en une seule : les surfaces contiguës de deux valvules adhèrent entre elles, se confondent, puis la cloison commune disparaît par atrophie. Le plus souvent cette double valvule est plus grande que la valvule normale, d'autant plus, suivant l'auteur, que l'époque de la fusion est moins reculée. Tantôt on trouve deux valvules très développées avec une troisième rudimentaire; celle-ci semble avoir été entravée dans son développement par un obstacle quelconque. Tantôt enfin, et c'est la

variété la plus rare, la fusion a réuni les trois valvules en une seule. Il en résulte une espèce de diaphragme membraniforme qui entoure l'orifice aortique, présentant au centre une ouverture à peu près triangulaire. Généralement on y trouve sur trois points la trace de l'ancienne séparation.

Les affections auxquelles peuvent conduire les vices primitifs de formation sont, d'après M. Peacock : 1° L'*inflammation valvulaire*. Pourquoi? Parce que les anomalies sont elles-mêmes le résultat d'une inflammation survenue pendant la vie fœtale, et que l'inflammation tend à la récidive, en vertu d'une loi particulière. Toute réserve faite sur cette loi, on a encore quelque peine à comprendre comment une phlegmasie peut augmenter, chez le fœtus, le nombre des valvules, en leur laissant, en partie du moins, leur forme régulière. 2° L'*insuffisance*. Supposez, dit l'auteur, deux valvules, dont une double par fusion; l'orifice aortique se développe, et les valvules le suivent; mais au niveau de la fusion des deux valvules existe une cloison intermédiaire inextensible; elle ne suivra donc pas la marche des tissus ambiants; d'où un retrait relatif qui forme un orifice triangulaire au moment de l'abaissement des valvules, c'est-à-dire une insuffisance. Ce mécanisme est au moins plausible. 3° Un renversement de la valvule fusionnée. Cette valvule se développe, mais le milieu de son bord libre atrophié n'est pas suffisamment soutenu par les attaches éloignées; sous l'effort du sang, elle tend, par ce bord, à se placer au-dessous du niveau de l'autre, et insensiblement survient un renversement complet.

(*Monthly Journal*, mai 1853.)

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

Mortalité. — Lettre de M. H. Carnot, transmise par voie ministérielle.

Structure de la rétine humaine. — M. le prof. Kœlliker présente en son nom et au nom de M. H. Müller, de Wurtzbourg, une note sur ce sujet. Les auteurs étudient successivement dans la rétine : 1° les bâtonnets et les cônes; 2° la couche des corps nucléiformes; 3° la couche de substance grise; 4° l'épanchement du nerf optique; et 5° la membrane limitante. (*Comm.*, MM. Serres, Flourens, Milne Edwards.)

Nouvelle substance dans le corps humain. — Suivant le professeur Virchow, de Wurtzbourg, le corps humain renfermerait une substance donnant lieu aux mêmes réactions chimiques que la cellulose végétale. (*Comm.*, MM. Serres, Flourens, Pelouze.)

Monstruosités. — M. Courty adresse un mémoire ayant pour titre : « Absence complète du vagin, de l'utérus, des trompes et des ovaires chez une femme dont la vulve et les mamelles étaient bien conformées. (*Comm.*, MM. Serres, Is. Geoffroy-Saint-Hilaire.)

Académie de Médecine.

PROCÈS-VERBAL DE LA SÉANCE DU 4 OCTOBRE 1853.

Correspondance.

1° Envoi par M. le ministre de l'agriculture et du commerce de quatre pièces : *a*. Instruction populaire rédigée par M. le docteur Grand-Boulogne, pour les habitants de l'île de Cuba, au sujet du choléra. (Renvoyé à la *Commission du choléra*.)— *b*. Rapport de M. le docteur Fromentel sur une épidémie de fièvre typhoïde à Charentenay. (*Commission des épidémies*.) — *c*. Rapport de M. le docteur Brouillet sur une épidémie de fièvre typhoïde à Gesté. (*Commission des épidémies*). — *d*. Certificat en faveur d'un remède. (*Commission des remèdes nouveaux*).

2° Mémoire de M. Heyfelder sur un cas d'ablation de la mâchoire inférieure. (*Commissaires :* MM. Huguier et Larrey.)

3° Réclamation de M. Chassaignac, au sujet de la dernière communication de M. Maisonneuve. (*Commissaires :* MM. Piorry, Velpeau et Larrey.)

4° Note additionnelle sur les épidémies qui ont régné à Clamecy, en 1853, par M. Heulard d'Arcy. (*Commission des épidémies*.)

5° Note sur les feuilles de frêne administrées contre le rhumatisme, par M. Larue. (*Commissaires :* MM. Grisolle et Requin.)

6° Note relative à la formule d'un sirop de castoréum, par M. Lebrou, pharmacien. (*Commission des remèdes nouveaux*.)

7° Envoi de deux instruments nouveaux pour la transfusion du sang, par M. Mathieu. (*Commissaires :* MM. Lecanu, Depaul et Poiseuille.)

8° M. Andriot demande et obtient l'autorisation de retirer un travail.

9° Trois Mémoires relatifs au prix Nadaud.

Rapports et Mémoires.

Huile de proto-iodure de fer. — M. Caventou, en son nom et au nom de MM. Grisolle et Guibourt, lit un rapport sur une huile de proto-iodure de fer présenté à l'Académie par M. Gille. Ce pharmacien a cherché le moyen d'administrer *extérieurement* le proto-iodure ferreux sous une forme commode et qui assurât la parfaite conservation du médicament. La commission approuve la composition pharmaceutique; elle fait ses réserves quant à l'application clinique.

Eaux sulfureuses contre les accidents consécutifs de la syphilis. — M. Gibert lit un rapport sur un mémoire de M. Pégot, médecin aux eaux minérales de Bagnères-de-Luchon. M. Pégot, dont l'expérience spéciale date déjà de dix années et s'appuie sur 87 observations, a porté surtout son attention sur deux faits : 1° l'action *révélatrice* qu'exercent les eaux thermales sur l'économie des sujets jadis affectés de syphilis; 2° l'influence *curative* dont jouissent les mêmes eaux administrées méthodiquement contre la syphilis consécutive. Cette double influence a été signalée par Bordeu, et mise à profit par Cullerier, Biett, Alibert. Suivant M. Pégot, les eaux sulfureuses ne sont pas par elles-mêmes antisyphilitiques; ce sont des adjuvants propres à combattre la *cachexie*, à mettre en lumière une syphilis *larvée*, à favoriser l'action des remèdes spécifiques, ou à en préparer le succès; elles conviennent surtout aux individus affaiblis, chez lesquels les mercuriaux seraient impuissants ou nuisibles. M. Pégot cite à ce sujet une observation remarquable. L'eau sulfureuse est administrée seule en bains, en boisson, en lotions, en injections tant que dure l'état cachectique, puis concurremment avec les spécifiques quand les accidents consécutifs de la syphilis sont devenus attaquables par les mercuriaux ou l'iodure de potassium.

M. Gibert ne partage pas l'opinion de l'auteur sur la vertu préservative et curative de la salivation attribuée aux eaux sulfureuses; les faits cités à l'appui de cette opinion ne lui paraissent pas démonstratifs. Il ne croit pas non plus, avec M. Pégot et d'autres médecins, qu'un individu traité de syphilis, et chez lequel une cure sulfureuse thermale ne réveille aucun des accidents de la maladie, puisse être désormais regardé comme parvenu à une immunité complète. Enfin, M. le rapporteur ne consent pas à donner, avec M. Biett et autres, la préférence au proto-iodure de mercure sur les autres préparations mercurielles. Ce médicament ne peut être administré que sous forme pilulaire; tantôt il passe sans être absorbé, tantôt il détermine de graves accidents buccaux et intestinaux. M. Gibert a coutume d'employer le sirop de *deuto-iodure ioduré*. Il rappelle à cette occasion qu'il n'a jamais vu le *sublimé* déterminer la salivation.

Le rapport se termine par des propositions résumant les considérations précédentes. — *Conclusions :* Lettre de remercîments. Dépôt honorable aux archives.

Discussion. — Une discussion s'engage principalement sur l'assertion de M. Gibert, relative au défaut d'action du sublimé sur les gencives.

M. *Velpeau* a vu plusieurs fois de *magnifiques* salivations suivre l'emploi du deutochlorure de mercure, alors même que les ma-

lades n'avaient été soumis antérieurement à aucun traitement mercuriel, ni interne, ni externe.

MM. *Moreau* et *Lagneau* déclarent croire, comme M. Gibert, à l'existence des syphilis latentes ou larvées. Ce dernier rappelle qu'on les voit apparaître à la suite d'émotions violentes, des grands mouvements organiques, à l'époque de la ménopause, par exemple. Il est de l'avis de M. le rapporteur, relativement à l'action du sublimé. Quand l'administration de cette substance a été suivie de salivation, c'est sans doute que les malades avaient fait usage en même temps, ou peu auparavant, d'autres préparations hydrargyriques. Le mercure, d'ailleurs, en très petite quantité, peut exercer sur les gencives une action appréciable.

M. *Velpeau* reproduit son opinion et cite un fait particulier qui est actuellement sous ses yeux. Il rappelle que, d'après les recherches de M. Mialhe, il n'y a jamais qu'une très petite dose de sublimé qui agisse sur l'économie, alors même qu'on en administre de grandes quantités, et cite un cas dans lequel la salivation a suivi la simple cautérisation d'un ulcère avec le nitrate acide de mercure. La question de *quantité*, soulevée par M. Lagneau, n'a donc pas l'importance qu'il lui attribue.

M. *Collineau* rappelle que le degré de sensibilité des malades à l'égard du mercure est très variable, et que l'idiosyncrasie joue ici un grand rôle. Après une courte réplique de M. *Lagneau*, M. *Requin* prend la parole, et déclare que, suivant le précepte de ses maîtres, au nombre desquels il compte M. Lagneau lui-même, il a adopté le bichlorure de mercure comme la meilleure préparation; mais il ne peut accorder à ce médicament une innocuité absolue. Prudemment administré, il produit *rarement* la salivation; mais il y a des exceptions évidentes. Si M. Lagneau n'en a pas rencontré, c'est peut-être que les malades, se voyant pris de salivation, sont allés consulter un autre médecin.

M. *Ferrus*, dans sa pratique militaire, n'a jamais vu le bichlorure produire la salivation, au milieu de circonstances qui auraient dû en favoriser le développement, telles que le froid.

M. *Gibert* se réfère à ce qu'a dit M. Lagneau. Il répète qu'il n'a jamais vu de salivation consécutive à l'emploi *exclusif* du sublimé.

Les conclusions sont adoptées.

CHOLÉRA. — M. *Thomas* lit un résumé des observations recueillies dans des voyages et déjà exposées dans des lettres envoyées de Saint-Pétersbourg, Moscou, Amsterdam et Bruxelles.

CAUTÉRISATION DU VAGIN. — M. *Debeney* lit un travail où il cherche à démontrer que le procédé de cautérisation du vagin, présenté comme nouveau à l'Académie par M. Becquerel, est ancien et condamné par l'expérience; que l'expérience a, au contraire, prononcé sur l'excellence de la cautérisation par la voie liquide. L'auteur expose deux modes de cautérisation. (*Comm.*, MM. Depaul et Huguier.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'emploi du chloroforme et de ses différentes applications, par le docteur A. YVONNEAU, médecin des épidémies et membre du conseil d'hygiène publique de l'arrondissement de Blois. — Broch. in-8° de 85 pages.

Les exigences d'un premier numéro, dont le programme a envahi une portion considérable, ne nous permettent de donner sur cette brochure que de courtes indications. Aussi bien, elle n'est pas de celles qui doivent être analysées en détail, n'étant elle-même qu'une sorte d'analyse ou de résumé raisonné de ce qui a été dit d'important sur la matière.

Après une courte introduction où il adopte, pour l'interprétation des cas de mort par le chloroforme, la théorie de l'asphyxie mécanique, — théorie qui aurait besoin elle-même d'être expliquée, et ne nous paraît pas embrasser tous les faits, — M. Yvonneau étudie successivement : 1° les avantages de l'anesthésie dans les opérations; 2° l'emploi thérapeutique du chloroforme en inhalation; 3° les différents agents anesthésiques succédanés du chloroforme; 4° l'anesthésie locale; 5° l'administration du chloroforme par les voies digestives.

L'auteur fait une part très large à l'emploi chirurgical du chloroforme. Il a rassemblé avec soin les cas dans lesquels la suppression de la douleur a pu être utile au diagnostic, au traitement, à la pratique des opérations, à la terminaison de l'accouchement. Les moins connues de ces applications sont celles qui concernent le diagnostic des maladies réelles ou simulées. On conçoit tout de suite comment la résolution musculaire et l'abolition de la sensibilité peuvent être une condition favorable pour reconnaître certaines lésions, et nous trouvons racontée ici l'histoire d'un malade chez lequel M. Nélaton n'avait pu prononcer entre l'existence d'une entorse ou celle d'une fracture de la malléole externe, avant que le sommeil chloroformique lui eût permis de recourir au moyen de diagnostic qu'il enseigne, à savoir, le *ballottement du pied*. Le bégaiement simulé, suivant M. Bougarel d'Évreux; l'épilepsie simulée, suivant M. le docteur Fix; d'autres feintes encore, peuvent être aisément déjouées par l'emploi des anesthésiques. En ce qui concerne l'obstétrique, nous avions craint, à un certain endroit du livre, que l'auteur n'eût trop généralisé une pratique adoptée par quelques accoucheurs; nous ne sommes même pas bien convaincu qu'il y apporte une réserve suffisante; mais par places nous trouvons des correctifs qui ont peut-être le tort de révéler quelque incertitude dans les vues, mais qui sont de nature à rassurer sur les habitudes pratiques de l'auteur.

On lira avec intérêt le chapitre consacré à l'emploi thérapeutique des inhalations de chloroforme. La plupart des applications heureuses qu'a enregistrées la science sont mentionnées; elles ont trait à la toux spasmodique, à l'asthme, à la toux qui survit si souvent aux bronchites, au hoquet, à l'aphonie nerveuse, à l'angine de poitrine, au *delirium tremens*, au tétanos spontané, à l'éclampsie, à la chorée, aux convulsions, au spasme vésical, etc. Nous nous permettrons seulement une remarque. Il eût été à désirer que M. Yvonneau ne se fût pas cru obligé d'accepter tels quels tous les résultats annoncés de l'inhalation chloroformique. Trop souvent, il se contente de rappeler les travaux publiés, de mentionner les opinions ou les faits, sans ou presque sans critique. Ce défaut (car c'en est un), est d'autant plus sensible que le peu d'étendue de la brochure n'a pu comporter de longs développements, et ainsi le lecteur est tout à la fois privé du jugement de l'auteur et des moyens de s'en faire un. Nous appliquons principalement notre observation aux passages qui concernent l'emploi du chloroforme dans la *pneumonie*, le *choléra-morbus*, le *typhus fever*. Mais, en revanche, l'auteur a soin le plus souvent de bien spécifier le caractère de l'affection contre laquelle le remède passe pour avoir été utile. Le succès d'un remède est toujours dû à des conditions particulières qu'il importe de déterminer. Par exemple, les anesthésiques peuvent rendre des services dans la dysménorrhée; mais il y a dysménorrhée et dysménorrhée, et M. Yvonneau a soin de rappeler qu'il s'agissait, dans les cas cités, de la forme nerveuse.

On peut appliquer ce que nous venons de dire aux chapitres qui concernent l'anesthésie locale et l'administration du chloroforme à l'intérieur. On trouvera partout un résumé fidèle et impartial des faits connus, toujours un peu trop nus dans l'exposition et un peu complaisamment acceptés.

A. D.

VI.

NOUVELLES.

— Une grande illustration vient de s'éteindre. M. Arago a succombé dimanche dernier. Ce malheur, prévu depuis longtemps, n'en aura pas moins un grand retentissement.

— L'Académie de médecine vient de perdre en M. Cornac un de ses membres les plus assidus et les plus considérés, un des continuateurs les plus zélés de la tradition académique, un des champions les plus ardents du règlement. Au dehors, il personnifiait, pour ainsi dire, la dignité médicale.

— Concours. Le concours pour la nomination aux places d'élèves internes des hôpitaux et hospices civils de Paris, et pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine et en chirurgie, s'ouvrira le mercredi 26 octobre prochain. — Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 8 octobre inclusivement.

Le concours pour la nomination aux places d'élèves externes s'ouvrira le vendredi 4 novembre prochain. — Les inscriptions seront reçues jusqu'au mercredi 19 octobre.

Le concours pour les prix à décerner aux élèves internes ouvrira le lundi 7 novembre prochain. — Les inscriptions seront reçues jusqu'au samedi 22 octobre.

— Le conseil général du Rhône vient d'émettre, pour la seconde fois, le vœu : « qu'une Faculté de médecine soit promptement établie dans la ville de Lyon. »

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux.

Bulletin général de thérapeutique. — 30 septembre 1853. — Excitation électro-cutanée dans l'angine de poitrine, par *Duchenne*, de Boulogne (sera analysé). — Traitement de la rétroversion et de la rétroflexion par le redressement avec la sonde et l'emploi du pessaire en caoutchouc combinés, par *Valleix* (sera analysé). — Action chimique du perchlorure, du persulfate et du perazotate de fer sur les principes fibro-albumineux du sang, par *Burin du Buisson* (sera analysé).

Union médicale, n° 118. — Parturition, métrite; rupture de la matrice et de l'estomac. (Extrait de la chronique des hôpitaux de Madrid, par *Pietra-Santa*. La rupture des organes est attribuée au ramollissement des parois par suite de la phlegmasie.) — Expériences sur l'absorption cutanée dans le bain, par *Homolle* (non terminé).

Gazette des hôpitaux, n° 117. — Revue clinique des hôpitaux.

Moniteur des hôpitaux, n° 119. — Revue clinique de Paris et des départements.— Désintoxication des champignons vénéneux, par le docteur *Cadet-Gassicourt* (rappelle le procédé de M. Gérard et en soutient l'efficacité).

C. Chr. Schmidt's Jahrbuecher der in- u. auslænd. gesamm. Medicin, Red., von Dr *Richter* u. Dr *A. Winter*, Leipzig, 1853, numéros 7, 8, 9. — Revues analytiques de tous les travaux de médecine allemande et étrangère.

Archiv fuer phys. Heilkunde (*Thérapeutique physiologique*), von Vierordt, Stuttgard, XIIe ann., 1er fasc. — La vitesse de la circulation du sang, par *Hering*. (v. pl. haut l'*Analyse*). — Sur une méthode exacte d'analyse du sang, par *Zimmermann* (sera analysé.) — 2e fasc. Rech. sur l'endosmose, par *Buchhain* (sera analysé). — Parasites de la peau, par *Gudden* (sera analysé). — Miasmes et contagions, par *Th. Clemens* (sera analysé). — Infl. des nerfs sur les vaisseaux de la langue, par *Schiff*.

Allgem. Medicin. Central-Zeitung, von *Posner*. Berlin, XXIIe ann., numéros 76.— Des nerfs et des ganglions dans les anim. supér., par *Remak*. Numéro 77. — De la coïncidence de l'exophthalmie avec l'hypertrophie du corps thyroïde et celle du cœur, par *Naumann*.

Deutsche Klinik, von *Goeschen*, Berlin, numéro 39 (24 septembre). — De l'état de l'appareil du goût chez les diabètes, par *Falk*. — *Feuilleton* : De la jeune chirurgie à Paris.

Wiener Medicinische Wochenschrift. — Numéro 39 (24 septembre). — Amas de tumeurs caverneuses dans un membre infér. ; leur structure, par *Schuh*. — Sur l'ophthalmie dite égyptienne, par *Frisch*.

Association medical journal, nos 36 et 37. — Térébenthine dans le purpura, par *W. Smith*. — Acide gallique dans le purpura, par *Grantham* (voir l'analyse de ces deux travaux). — Traitement des maladies chroniques par les bains d'air comprimé, par *Poyser* (vanté dans toutes les maladies chroniques des voies respiratoires. Considérations sur le mode d'action). Pathologie de la phthisie, par *C. Black* (détails purement anatomiques). — Arsenic contre les morsures du serpent, par *B. Travers* (analysé). — Opération de hernie étranglée, par *J. Himton*. (L'étranglement ne datait que de trente heures, et l'intestin était gangrené. La couleur bleue n'indique pas toujours qu'on est arrivé dans le sac.)

Gazetta medica (Lombardia) nos 36, 37 et 38. — Chorée électrique, par G. Morgant (non terminé). — De la hernie cérébrale, par *P. Vannoni* (étude des différentes causes de hernie; application à des faits particuliers). — Tétanos, suite de plaie au pied, par *L. Ripa* (guérison par l'atropine). — Rétrécissement de l'anus, par *Andrea Manengo* (sera analysé).

Gazetta medica (Toscana) nos 35, 36 et 37. — Remarques sur une opération césarienne pratiquée par le docteur Gherardi, par *Caifassi*. (L'issue funeste de l'opération vient surtout de ce que les matières s'épanchent dans l'abdomen, et de ce que l'on comprend le péritoine dans la suture des parois.) — Fistule vésico-vaginale, par *Zanobi* (voir l'analyse). — Plaie tranchante, intéressant le tendon d'Achille, par *Arrighetti* (réunion des deux bouts par une suture). — Développement de vers dans l'oreille d'une maniaque, par *Andrea* (profonde tristesse ; otite violente).

Cronica de los hospitales (Madrid), 8 sept. 1853. — Chloroforme dans les accouchements, par *R.-F. Capdevila*. — 24 sept. — Ex. rais. des moyens thérap. proposés pour le traitem. de la tuberculisation pulmonaire, par *R. Villargoitia* (suite).

Livres.

Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale, par le docteur *E. Gintrac*, prof. de clin. int. et dir. de l'Éc. de méd. de Bordeaux, etc. 3 vol. in-8, de XLIV-2,206 pages — Chez Germer Baillière. 21 fr.

De la chlorose chez l'homme, par le docteur *J. Uzac*. Gr. in-8 de 8 feuill. et demie. — Chez J.-B. Baillière. 3 fr.

Des modifications de la température animale, sous l'influence des médicaments ; recherches expérimentales suivies d'applications à la pathologie et à la thérapeutique, par les docteurs *A. Duméril*, *Demarquay* et *Lecointe*. In-8 de 12 feuill. et demi.— Chez Labé.

Du charlatanisme médical et des moyens de le réprimer, par *G. Piogey*, doct. en méd., etc. In-8 de 72 pages.—Chez Victor Masson. 1 fr. 50 c.

Eaux minérales des Pyrénées. — Recherches comprenant l'étude de l'action thérapeutique, la constitution chimique de ces eaux, et la comparaison des ressources que les principaux établissements des Pyrénées offrent aux médecins, par *E. Filhol*, prof. de chimie à l'Éc. de méd. de Toulouse, etc. Grand in-18 de XVI-540 pages, 6 tableaux et 3 planches. — Chez Victor Masson, et Feillès, Chauvin et Ce. 5 fr.

Hydrothérapie générale. — Du véritable mode d'action des eaux de mer en particulier, des eaux thermo-minérales et de l'eau simple en général, par le docteur *A.-H.-A. Dauvergne*, méd. de l'hôp. de Manosque, etc. In-8 de XXVI-432 pages. — Chez Labé. 6 fr.

Nouveau traité de matière médicale, de thérapeutique et de pharmacie vétérinaire, suivi : 1° d'un formulaire raisonné, magistral et officinal; 2° d'une pharmacie légale, ou analyse des dispositions législatives concernant l'exercice de la pharmacie vétérinaire ; 3° d'un tableau du prix approximatif des médicaments à Paris, Lyon et Toulouse, par M. *F. Tabourin*, prof. de phys., chim., mat. méd. et pharm. à l'Éc. imp. vétér. de Lyon, etc. 1 vol. in-8 compacte, de VIII-832 pages et 82 fig. dans le texte. — Chez Victor Masson. 10 fr.

Mémoire sur la présence du sucre dans les urines et sur la liaison de ce phénomène avec la respiration, par *Alvaro-Reynoso*. In-8 de 40 pag. — Chez Victor Masson. 1 fr. 50 c.

Quelques mots sur l'anesthésie, par *H. Larrey*. In-8 de 8 pages. — Imprimerie de Plon.

Traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations, par *P. Briquet*, méd. de l'hôp. de la Charité, agr. hon. de la Fac. de méd. de Paris, etc. In-8 de 566 pag. — Chez Victor Masson. 7 fr.

Credé, C.-S.-F. Klinische Vortræge über Geburtshülfe (*Leçons cliniques sur les accouchements*), 1re partie. Gr. in-8, Berlin. L'ouvrage complet. 16 fr.

Kehrer, F., Das Blut in seinen krankhaften Verhæltnissen (*Études pathologiques sur le sang*). Ein Beitrag zur Pathogenie. In-8. Giessen. 6 fr.

Schneemann, C. Die Fetteinreibungsmethode in ihren Heilwirkungen gegen Scharlach- und Masernkrankheit (*Des frictions avec la graisse contre la fièvre scarlatine et la rougeole*). Gr. in-8, Hannover. 6 fr. 75 c.

Heusinger, C.-F. Recherches de pathologie comparée. 2 vol. in-4, cart. Cassel. 40 fr.

Beitræge zur Geburtskunde und Gynækologie (*Recherches sur l'obstétrique*, etc.). Publié par F.-W. Scanzoni. 1er fascicule. 4 fr.

Litzmann, C.-C.-Th. Das shræg-ovale Becken, mit besonderer Berücksichtigung seiner Entstehung in Folge einseitiger Coxalgie (*Du bassin oblique-ovalaire par suite de coxalgie d'un côté*). Gr. in-fol., Kiel. 8 fr.

Bellingham. A treatise on diseases of the heart (*Maladies du cœur*). Dublin. In-8. 8 fr.

Bennett. Lectures on clinical medicine. Nos 1 à 8 en livraisons. Edimbourg. 22 fr.

Van Oven. The decline of life in health and disease being an attempt to investigate the causes of longevity. (*Recherches sur les causes de longévité*). London. In-8. 14 fr.

Wilde. Practical observations on aural surgery and the nature and treatment of diseases of the ear (*Maladies de l'oreille*). Avec planches. London. 17 fr.

Mahony. A pathological and practical treatise on epidemic cholera ; its history, causes, various forms, and treatment. In-12. London. 7 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'Ecole-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 14 OCTOBRE 1853. N° 2.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

L'administration de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, *pour être assurée de pouvoir toujours donner à chaque partie de son cadre, notamment à la Revue de la presse médicale nationale et étrangère, un développement suffisant, a décidé qu'un supplément de 8 colonnes serait joint au numéro ordinaire, tous les quinze jours. Avec cette addition, le nombre moyen des colonnes par numéro sera de 28 au lieu de 24, et le nombre des lettres de 126,000 au lieu de 100,000.*

Le premier supplément paraîtra avec le n° 4. — Le prix reste fixé à 24 francs.

I.

Paris, ce 13 octobre 1853.

DES MESURES HYGIÉNIQUES PROJETÉES A L'OCCASION DU CHOLÉRA.

Depuis quelque temps, on se préoccupe beaucoup du choléra de Londres, des mesures hygiéniques prises en vue d'atténuer ses ravages, et de ce qu'il y aurait à faire en France si le fléau venait à franchir le détroit. Un membre du conseil supérieur d'hygiène, M. le docteur Mêlier, a été envoyé en Angleterre pour y étudier sur place l'ensemble de précautions dont le *General Board of Health* a vanté si hautement, en 1849 comme dans son instruction du 20 septembre dernier, l'entente et l'efficacité. Il y a lieu encore d'espérer que la philanthropique prévoyance de l'administration restera sans objet; mais elle se justifie assez par l'état présent des choses, pour qu'on se préoccupe de ce qui en doit sortir.

Comme nous le disons dans un autre endroit de ce journal, le conseil supérieur n'a pris encore ou ne montre pas de plan arrêté; mais il est clair qu'il s'inspirera de la Grande-Bretagne. Là, en effet, on réalise depuis longtemps ce que la science a conseillé chez nous; on applique, dans un système harmonique de mesures préventives, les données qu'on croit les plus certaines sur l'étiologie et les symptômes prémonitoires du mal épidémique. Quel est donc ce système?

On peut le caractériser en quelques mots. Il suppose la notion acquise d'un certain nombre de causes capables, non d'engendrer le choléra, mais d'en faciliter l'invasion et le développement : par exemple, les miasmes des cimetières, des égouts, des étangs; l'encombrement, une alimentation insuffisante, etc... Il affirme, en outre, que, dans la presque totalité des cas, la scène s'ouvre par une diarrhée indolente, d'apparence bénigne, n'ayant pas seulement la valeur d'une prédisposition, mais constituant déjà un premier degré de choléra ; que si l'on peut se rendre maître de cet accident pro-

FEUILLETON.

Considérations sur l'enseignement de la médecine en France.

M. le docteur de Pietra-Santa, auteur d'une brochure sur l'*Enseignement médical en France et en Toscane*, a publié sur le même sujet, dans la *Patrie* du 20 septembre dernier, un nouveau travail où il veut bien, en des termes d'une bienveillance excessive, faire appel à mon opinion. Le passage qu'il reproduit, uniquement relatif aux avantages d'une école complémentaire d'enseignement médical, est tiré d'un article assez étendu, écrit précisément à l'occasion de la brochure de M. de Pietra-Santa, et dans lequel j'essayais de faire ressortir les difficultés d'une application du système toscan à la France ; j'entendais à la France médicale actuelle, avec le mécanisme actuel de son enseignement, son programme d'études actuel, la constitution et la répartition actuelles de ses corps enseignants. L'étudiant toscan passe cinq ans à l'université de Pise, où il parcourt successivement toutes les branches de la science médicale, et acquiert tous les grades jusqu'au doctorat. Reçu docteur, il s'en va à Florence, où se trouve l'école *complémentaire* ou de *perfectionnement*. Là, dans un même établissement, l'*Arcispedale* (archi-hôpital) *di Santa-Maria-Nuova*, il trouve réunis amphithéâtres, cliniques, musées, salles de dissection, bibliothèque, jardin botanique, laboratoire de chimie et de physique. Après deux ans de stage pendant lesquels il lui a fallu revoir toute la médecine théorique et pratique, il est admis aux examens de la *matricola* ou du libre exercice. Or, tout en reconnaissant ce qu'il y a de bien conçu, de complet et d'harmonique dans un tel système, je faisais remarquer que, transplanté en France, il y serait incompatible avec le fonctionnement des institutions en vigueur; que, par exemple, l'école complémentaire, avec toutes les sources et tous les moyens d'instruction qu'elle comporte, devrait siéger dans un grand centre de population, à Paris, sans doute, c'est-à-dire à côté d'une faculté qui a déjà besoin et qui use des mêmes ressources dont il faudrait doter l'école; que deux enseignements de ce genre, l'un primant l'autre, dans une même localité, entraîneraient de nombreux et graves inconvénients; qu'il y aurait nécessité de déloger la Faculté ; qu'il fallait voir d'ailleurs jusqu'à quel point cette sorte de dédoublement du degré supérieur de l'enseignement médical pouvait s'allier avec l'existence de nos écoles préparatoires. J'ajoutais, pour n'être pas injuste envers notre pays, qu'il avait fourni lui-même plus d'un rouage important au système toscan ; qu'il s'était préoccupé autant que Pise et

dromique, on coupe le mal à sa racine, et l'on prévient l'explosion de ces foudroyants symptômes qui font déplorer l'impuissance de l'art. Il est si vivement à souhaiter que toutes ces croyances reposent sur un fondement inébranlable, qu'on se sent disposé à se montrer à leur égard de bonne composition. Sur aucun point d'ailleurs, nous n'avons, pour notre part, à élever de contradiction formelle. Mais il nous semble qu'on ne s'enquiert pas assez de la mesure dans laquelle l'état actuel de la science permet de se fier aux rassurantes promesses du système préventif.

Si l'on ouvre les rapports du *General Board*, rien de plus clair que l'influence de certaines conditions hygiéniques sur le développement du choléra; rien de plus rationnel, rien même de plus efficace que les moyens employés pour enrayer l'effet en supprimant la cause. Le travail présenté en 1849 aux deux chambres, par MM. Ashley, Edwin Chadwick et Southwood Smith, est, sous ce rapport, d'une lecture pleine d'attrait. Une maison de travail, placée sous le vent d'une fabrique d'engrais artificiel, est décimée par l'épidémie; on ferme la fabrique, et l'épidémie s'éteint aussitôt. Un canal mis à sec laisse, exposée au soleil, une couche épaisse de vase; le choléra sévit avec rage aux alentours; l'eau est ramenée dans le canal, et *immédiatement* la santé publique cesse d'être troublée. Ailleurs, c'est la propreté introduite d'autorité dans les maisons, ou le blanchiment des murs à la chaux, qui ont des effets évidents et rapides. A de telles assurances, il n'y a rien à objecter. On reste sans défense devant des convictions profondes, raisonnées, alléguant des faits positifs et nombreux, paraissant enracinées dans le corps médical de la Grande-Bretagne, défendues d'ailleurs par les hommes les plus versés dans les questions d'hygiène publique, tels que M. Grainger ou M. Sutherland. Il faut d'ailleurs avouer que l'action délétère des conditions locales, en temps d'épidémie cholérique, n'a pas encore été étudiée en France avec la suite qu'y ont mise les médecins anglais. Mais enfin, nous aussi, nous avons passé par deux épidémies. Si les précautions prises par l'administration ne peuvent être comparées sans injustice au système méthodique de l'administration anglaise, le mal épidémique lui-même s'est chargé de nous donner certains enseignements; il nous a appris qu'il pouvait se jouer de la richesse comme de la misère, de l'air libre comme de l'air confiné, de la sécheresse comme de l'humidité. Sans nier donc que l'hygiène ait à intervenir efficacement dans ces tristes circonstances, et même en reconnaissant que, sur certains points, le résultat de l'observation a été le même dans les deux pays, il est impossible de ne pas remarquer que les éléments scientifiques sur lesquels repose la conviction des médecins anglais, et qui leur inspirent tant de sécurité, n'avaient pas paru jusqu'ici bien solidement constitués.

Relativement à la valeur de la diarrhée prodromique, nous le disons volontiers, il serait à nos yeux puéril de rechercher si elle a ce caractère d'indéfectibilité que quelques personnes lui attribuent. MM. Briquet et Mignot l'ont cherchée en vain sur une assez forte proportion de cholériques, à l'hôpital de la Charité. Mais ce n'est là qu'une faible exception, quand on la rapproche des résultats obtenus sur d'immenses échelles. En Angleterre, dans l'épidémie de 1849, le conseil supérieur de santé signalait la diarrhée prodromique *dans la grande majorité des cas*. Cette année, il semble renchérir encore sur cette proportion. Le fait général est donc acquis, et l'on ne peut qu'être flatté de voir nos voisins en rapporter la première constatation à une origine française, et l'attribuer, comme c'est justice, au rédacteur en chef de la *Gazette médicale*. Voilà une base positive pour un traitement préventif. La diarrhée étant le préliminaire presque obligé du choléra, il importe de la combattre dès son apparition. Rien de mieux jusque-là. Mais n'estime-t-on pas trop haut le bénéfice qu'on prétend tirer de la découverte? Nous en avons grand'peur, et ici nous nous adressons au *General Board*, comme à ceux qui s'en inspirent ou qui l'ont inspiré. On dit, on imprime qu'on fait avorter presque à coup sûr le choléra en arrêtant la diarrhée prodromique, et que la suppression de la diarrhée n'offre pas elle-même de difficultés sérieuses. Quant à nous, nous éprouvons des scrupules, et nous les exposerons en toute humilité.

C'est un des caractères des épidémies d'offrir, à côté de formes accentuées et complètes, certains traits isolés, certaines ébauches qui, tout en accusant un fond morbide identique, se distinguent néanmoins par leur bénignité relative. Le choléra ne fait pas exception. A côté de la forme algide, se groupent, et en très grand nombre, des diarrhées. C'est ce qui existe en ce moment même à Newcastle et à Gateshead. Or, la plupart de ces affections guérissent d'elles-mêmes. Il est impossible d'en douter pour peu qu'on ait pris la peine de s'enquérir des faits, comme nous n'y avons pas manqué il y a quatre ans. Dès lors, sur quoi fonde-t-on la prétention de se rendre aisément maître de l'accident prodromique? Comment sait-on s'il était réellement *prodromique*, c'est-à-dire s'il constituait le phénomène ini-

---

Florence d'élever pour les médecins le niveau de l'éducation, de la rendre en même temps plus pratique, et avait réalisé sous ce rapport, depuis vingt ans, d'importantes améliorations.

Ces remarques, on le voit, n'étaient pas la condamnation de ce qui se pratique au delà des Alpes; elles n'impliquaient pas l'impossibilité permanente d'une application à la France; elles montraient seulement que cette application ne pourrait être tentée sans un remaniement considérable de nos institutions. Si je dis maintenant que, depuis l'article dont il s'agit (juillet 1852), m'étant demandé sous quelles conditions pourrait être installé chez nous un système excellent en soi et déjà éprouvé, je suis arrivé à reconnaître les mêmes nécessités que M. de Pietra-Santa, à concevoir les mêmes changements, à imaginer les mêmes créations; si je dis cela, on comprendra aisément que je tienne à constater une communauté de vues, restreinte d'abord aux principes, et qui s'étend aujourd'hui à la pratique. Toutefois, je ne viens pas répéter l'article de la *Patrie*. Mes vues sur la réforme de l'enseignement portent au delà de la question actuelle; elles comprennent la création d'une école de perfectionnement; mais, de plus, elles en suivent les conséquences dans l'organisation future des facultés; elles touchent à des besoins d'un autre ordre, à des retranchements, à des additions désirables dans le programme des études; elles s'éclairent enfin de considérations spéciales. En sorte que ce que je voudrais ici, ce serait moins examiner la manière dont le système toscan pourrait être adapté à la France, qu'indiquer plus généralement les imperfections de l'enseignement français, et montrer comment il devrait être remanié, en faisant de l'institution supérieure de Florence la base fondamentale de cette grande innovation (1).

L'enseignement médical de France se donne dans vingt et une écoles préparatoires et trois facultés. Sur les cinq années d'études, deux peuvent être passées dans les écoles préparatoires.

Des examens dits *de fin d'année* ont lieu après la première, la seconde et la troisième année d'étude. Les deux premiers peuvent être passés dans les écoles préparatoires. Les examens *probatoires* auxquels les élèves ne sont admis qu'après la seizième inscription (à la fin de la quatrième année) sont au nombre de cinq, non compris la *thèse inaugurale*, qui conduit droit au doctorat.

(1) Il y a plus d'un an qu'un haut fonctionnaire me demanda sur ces questions, pour la communiquer à M. le ministre de l'instruction publique, une note qui fut remise en effet et se trouve sans doute encore dans les bureaux. C'est cette note qui sert de texte aux considérations suivantes.

tial d'une attaque de choléra, ou s'il n'avait d'autre signification que celle d'une affection intercurrente? Si l'on pouvait défalquer du nombre total de ces diarrhées celles qui se guérissent spontanément, combien en resterait-il? Et sur ces dernières, qu'on suppose ouvrir la scène cholérique, combien resteraient rebelles au traitement et conduiraient à une attaque caractérisée? Voilà ce qu'on ne sait ni ne peut savoir au juste. On dit bien : Mais un très petit nombre seulement des diarrhées traitées ont abouti au vrai choléra. Soit. Mais combien y aboutiraient parmi celles qui ne seraient soumises à aucun traitement? Là est toujours la question. Est-ce à dire que la médication préventive soit absolument ou même habituellement inefficace? En aucune façon. Les chiffres relevés par le *General Board* nous semblent même prouver très explicitement le contraire. Notre prétention ne va qu'à combattre les exagérations. Ajoutons que, si l'accident réellement prodromique résiste plus souvent qu'on ne croit, il peut aussi disparaître sans prévenir une attaque foudroyante de choléra. Indépendamment du témoignage direct de l'observation, nous invoquerions volontiers le désaccord qui règne sur la médication à suivre parmi ceux-là même qui croient le plus aux avantages du traitement préventif. Les uns vantent surtout l'opium. C'est, selon M. Briquet, le remède héroïque, pourvu qu'on l'emploie *largâ manu*. D'autres, au contraire, affirment en avoir vu des effets désastreux et n'ont confiance qu'aux purgatifs. N'est-ce pas là une preuve que la diarrhée prodromique, elle aussi, déjoue en certains cas toutes les méthodes?

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Observation d'anévrisme poplité traité par l'injection de perchlorure de fer. — Réflexions sur cette nouvelle méthode de traitement, par A. Lenoir, chirurgien de l'hôpital Necker, etc.

Je n'ai jamais eu de goût pour la *chirurgie expérimentale*, et, à l'hôpital comme ailleurs, j'ai toujours préféré la tranquillité de conscience du praticien responsable de ses œuvres, et l'intérêt bien entendu de mes malades, à la gloire que le novateur ou le savant peuvent recueillir, en signalant au public médical une voie encore inexplorée de la thérapeutique des maladies. Mais si je ne suis pas de ceux dont la pratique est une expérimentation continuelle de procédés nouveaux ou de substances médicamenteuses inusitées, je ne suis pas non plus de ceux qui repoussent toute innovation ; et quand une méthode de traitement ou un procédé opératoire se produisent dans la science et se recommandent à l'attention des hommes de l'art, si le raisonnement me les montre plus efficaces dans leur action et moins dangereux dans leur application ou dans leurs suites que ceux que j'avais employés jusque-là, je les étudie pour les soumettre à l'épreuve de la clinique. Cette épreuve me donne-t-elle la certitude que la méthode ou le procédé opératoire dernier venu dans la science en est le meilleur ou le plus inoffensif, je l'adopte alors et m'y tiens jusqu'à nouveau progrès. Il m'arrive bien souvent, dans cette étude, de reconnaître que des moyens nouveaux, ou simplement reproduits sous des noms nouveaux, quoique démesurément vantés par leurs auteurs, ont moins de valeur ou en ont tout juste autant que ceux qu'ils ont la prétention de remplacer. Ceux-là, je les abandonne, car la chirurgie, qui fait *autrement* sans faire *mieux*, n'est pas plus de mon goût que sa digne émule, la chirurgie expérimentale.

Guidé par ces principes, j'ai, dans ces derniers temps, dirigé contre un anévrisme poplité une méthode de traitement qui a été récemment signalée par le regrettable Pravaz. Quoique dans ce cas la méthode ait échoué et que mon malade ait succombé aux suites de son application, cependant, comme son emploi était ici presque exclusivement indiqué, et comme elle me paraît, malgré son insuccès, avoir des avantages incontestables sur les autres méthodes recommandées jusqu'à présent dans la cure des anévrismes, je n'hésiterais pas à l'employer de nouveau ; mais l'occasion de cette seconde épreuve pouvant ne pas se présenter de sitôt dans ma pratique, j'ai pensé qu'en publiant cette observation et en la faisant suivre de l'exposé de quelques-unes des difficultés que j'ai eu à surmonter dans le cours du traitement, je ferais quelque chose d'utile pour ceux de mes collègues qui voudraient mettre en usage ce nouveau moyen de produire la coagulation du sang dans les poches anévrismales. Cette note n'a pas d'autre but.

Voici d'abord cette observation telle qu'elle a été prise par un de mes internes, M. Oscar Masson. Je garantis l'exactitude des détails qui y sont consignés.

Le 10 février 1853 est entré au n° 7 de la salle Saint-Pierre (hôpital Necker), pour y être traité d'une tumeur du jarret, un homme âgé de soixante-deux ans, Polonais de naissance, journalier de profession, ayant presque toujours été employé à conduire ou à soigner les chevaux, et nommé André Lizoski.

Cet homme, d'une taille au-dessus de l'ordinaire, maigre, paraissant plus âgé qu'il ne l'est réellement, a toujours été employé à de rudes travaux ; il a servi autrefois dans un corps à cheval, puis a successivement rempli l'état de postillon et de palefrenier ; il était encore palefrenier au moment où il est entré à l'hôpital.

La Faculté de Paris a 26 professeurs et 24 agrégés en exercice ; celle de Montpellier, 17 professeurs et 14 agrégés ; celle de Strasbourg, 14 professeurs et 9 agrégés.

Chaque école préparatoire doit avoir 6 professeurs titulaires et 2 professeurs adjoints. Mais cette règle a été faussée presque partout, et l'on ne compte qu'un petit nombre d'écoles qui soient restées dans les prescriptions de l'ordonnance de 1840. Aucune n'a moins de 6 professeurs, mais beaucoup en ont davantage. Dans une ville de province où le nombre des chaires est considérable, relativement au personnel médical, l'ambition du professorat est naturellement très répandue. Pour la satisfaire dans ses expressions les plus légitimes et aussi pour répondre à des services rendus, on a souvent augmenté le nombre des chaires ou doublé les titulaires d'une chaire spéciale. En ce moment, les *Annuaires de médecine* comptent plus de 160 professeurs d'écoles préparatoires au lieu de 126, chiffre normal. Quant aux adjoints, leur nombre n'a pas augmenté, par la raison bien simple qu'ils ont fourni le supplément de titulaires et ont été remplacés dans la mesure voulue. Ajoutez que chaque école est, en outre, nantie de chefs des travaux chimiques et anatomiques, parfois aussi de chefs de clinique. Ce n'est pas tout. Il y a dans beaucoup d'endroits des professeurs *suppléants*, outre les adjoints, voire même des professeurs *sans spécialité* (et probablement sans traitement). Il est telle école où l'on trouve réunis professeurs titulaires, professeurs adjoints, professeurs suppléants et professeurs sans spécialité, sans compter des professeurs honoraires.

Or, il est curieux de rechercher pour quelle proportion d'élèves fonctionne une machine aussi considérable et aussi compliquée. Sur environ 2,300 élèves aujourd'hui en cours d'études dans toute la France, les écoles préparatoires n'en renferment, en chiffres ronds, que 750 (pas même le tiers). La Faculté de Paris en absorbe à elle seule plus de 1,300 (1). Cette inégalité de répartition entre les grands centres et les écoles de province a cela de particulièrement grave, qu'elle tend à s'accroître. A l'époque du projet de loi Salvandy, en 1847, sur 1,875 élèves en cours d'études, 823 (pas loin de la moitié) appartenaient aux écoles préparatoires (*Exposé des motifs*). Les 1,052 élèves des Facultés se distribuaient ainsi : à Paris, 800 ; à Montpellier, 175 ; à Strasbourg, 77. D'où l'on peut conclure que la masse des élèves en médecine se concentre de plus en plus

(1) Je fais usage des chiffres relevés l'année dernière pour la note remise au ministre, dont il a été question plus haut : les légères variations qu'ils ont pu subir ne peuvent être ici de grande conséquence.

Il ne se rappelle pas avoir eu de maladies graves ; il est seulement sujet à des attaques d'oppression qui se dissipent après un ou deux jours de durée ; il est du reste peu intelligent, et l'on obtient difficilement de lui des réponses précises.

Au moment où il entre dans le service, une tumeur occupe la région poplitée du côté droit. Cette tumeur, uniformément arrondie, du volume d'un œuf de poule environ, remplit exactement le creux du jarret ; elle est dure et s'affaisse difficilement sous la main qui la comprime. En appliquant les doigts sur cette tumeur, on trouve qu'elle est pulsatile et que ses pulsations sont isochrones aux battements du cœur. Si on l'embrasse avec la main, elle soulève celle-ci en donnant à l'observateur la sensation d'un véritable mouvement d'expansion.

Si l'on vient à comprimer l'artère fémorale sur un point quelconque de son trajet, on suspend complétement les battements de la tumeur.

En appliquant dans le creux du jarret l'oreille, munie ou non d'un stéthoscope, on constate l'existence d'un bruit de souffle non continu, se produisant pendant la diastole artérielle. Ce bruit de souffle se retrouve sur toute la longueur de l'artère fémorale ; très intense au niveau de l'anneau du troisième adducteur, il diminue d'intensité à mesure qu'on approche de l'arcade fémorale.

On sent facilement les pulsations de l'artère crurale sur toute la longueur de cette artère ; mais elle roule sous le doigt comme une artère ossifiée ; on la maintient assez facilement comprimée en appuyant sur elle avec les doigts, au niveau de l'arcade fémorale, et à la partie moyenne de la cuisse, mais si l'on se sert d'un compresseur à cet effet, on ne parvient que momentanément à suspendre la circulation dans son intérieur ; car au bout de quelques instants les battements, un instant suspendus dans la tumeur, y reparaissent comme avant la compression.

Le membre inférieur n'est ni augmenté de volume, ni œdématié ; le malade accuse la sensation de battements dans le jarret ; ces battements lui causent une douleur sourde, peu intense quand il est en repos ; d'ailleurs pas de douleurs, pas de fourmillements dans le reste du membre qui est seulement un peu engourdi. Les mouvements d'extension et de flexion de la jambe sur la cuisse sont conservés ; cependant la flexion portée au delà de l'angle droit est un peu douloureuse ; la marche est gênée et bientôt suivie de fatigue qui oblige le malade à se reposer. Les veines superficielles de la jambe et de la cuisse sont notablement dilatées. L'artère radiale donne aux doigts la sensation d'une artère ossifiée ; rien d'anormal dans les bruits ni dans les battements du cœur ; seulement la matité précordiale est un peu plus étendue qu'à l'ordinaire.

Le malade assure que le début de son mal ne remonte pas à plus d'un mois ; il s'en est aperçu à la gène qu'il éprouvait en marchant, et il a constaté tout de suite l'existence d'une tumeur dans le creux du jarret ; il est certain de n'avoir pas reçu de coup dans cette région, et attribue l'apparition de sa maladie à une marche forcée. Le médecin qui l'a vu avant son entrée à l'hôpital lui a conseillé le repos et l'application de cataplasmes.

Après avoir reconnu l'existence d'un anévrisme poplité, M. Lenoir songe au traitement qu'il emploiera. L'ossification partielle de l'artère fémorale lui semble devoir faire rejeter dans ce cas l'application de la ligature par la méthode ordinaire. On exposerait par elle le malade aux dangers d'une hémorrhagie consécutive.

La compression est le traitement qu'il essa iera d'abord. Il se sert pour la pratiquer du compresseur de Dupuytren, qu'il applique successivement au niveau de la partie moyenne de la cuisse, puis sur le pubis au niveau de l'arcade fémorale. Mais ce compresseur ne suspend la circulation que pendant quelques instants ; l'artère lui échappe, probablement à cause de sa facilité à rouler par suite de son ossification. Au compresseur de Dupuytren M. Lenoir substitue le compresseur de Signorini, au moyen duquel il suspend, pendant un temps un peu plus long, la circulation dans l'artère fémorale ; le malade garde ce compresseur pendant deux ou trois heures chaque jour, non sans se plaindre beaucoup. Quand j'arrive pour le lui retirer, je le trouve chaque fois pâle, baigné de sueur, accusant de vives douleurs, et me suppliant de le délivrer. Chaque fois je constate, avant d'enlever l'appareil, que les battements se sont reproduits dans la tumeur.

Au bout d'un mois de ce traitement, rien n'était changé dans l'anévrisme quant à ses battements, et son volume avait même augmenté. On s'aperçut alors qu'en plaçant la jambe dans la demi-flexion sur la cuisse, on suspendait les battements dans le creux poplité ; cependant dans cette position le bruit de souffle y persistait et s'entendait avec plus d'intensité qu'à l'ordinaire, au niveau de l'anneau du troisième adducteur ; à ce même endroit, on constatait alors une augmentation de volume, et la main appliquée sur la tumeur y percevait des battements presque aussi forts que ceux perçus dans le creux du jarret lorsque la jambe était étendue ; peut-être que le kyste anévrismatique était alors seulement déplacé par la flexion de la jambe ? Néanmoins cette position devant nécessairement gêner le cours du sang dans l'intérieur de celui-ci, la jambe fut fixée dans la position demi-fléchie, appuyant sur un coussin par sa face externe.

Elle resta pendant un mois dans cette position. Au bout de ce temps on étend la jambe, et l'on explore la tumeur. Pas la moindre amélioration, si ce n'est cependant que l'on constate un développement remarquable des artères collatérales péri-articulaires. Ce développement est surtout notable pour une artère placée au côté interne du genou.

Ainsi la compression avait échoué. La flexion de la jambe sur la cuisse, maintenue pendant un mois, n'avait pas produit le résultat qu'on en attendait ; la ligature semblait devoir être rejetée à cause de l'ossification de l'artère. Les succès obtenus par M. Pravaz au moyen des injections de perchlorure de fer dans les anévrismes faisaient grand bruit à ce moment. S'il était un cas où cette méthode parût applicable, c'était bien celui-là où la compression avait échoué, où la ligature n'était pas praticable. M. Lenoir arriva donc, par exclusion, à essayer contre cet anévrisme les injections de perchlorure de fer.

La première injection fut faite avec la seringue de M. Pravaz, le 19 mai 1853, en présence de MM. Giraldès, Lallemand, Marjolin, etc. Le malade étant couché sur le ventre, on ponctionna la tumeur au niveau de sa partie moyenne en se rapprochant du point où l'artère s'abouche supérieurement dans le sac anévrismal ; le trocart retiré, quelques gouttes de sang veineux sortirent par la canule. La compression étant faite, on adapta à la canule une seringue dont le piston se meut au moyen d'une vis (chaque demi-tour de la vis donnant issue à une goutte de liquide). On pousse sept gouttes. La compression est maintenue pendant dix minutes après l'injection, et interrompue une fois pendant ce temps pour savoir si les battements avaient cessé ; ils étaient aussi forts. Au bout de dix minutes, on sépare la petite seringue de la canule ; celle-ci laisse écouler quelques gouttes d'un liquide qui semble du perchlorure de fer à peu près pur. Les battements n'ont pas cessé. La canule retirée, on porte le malade à son lit ; la jambe est placée sur un coussin, légèrement fléchie et couchée sur le côté externe. Le lendemain et les jours suivants, rien de nouveau ; pas de diminution appréciable dans les battements, bien que le malade déclare que, pour lui, ils sont moins forts.

31 *mai*. — Nouvelle tentative faite au lit du malade, en présence de

---

dans les Facultés, principalement à Paris, et goûte de moins en moins l'avantage, que leur laissent les écoles de province, de s'épargner un grand déplacement au début de leurs études. L'une des principales causes de ce mouvement est sans doute dans l'extrême facilité des communications.

Donc aujourd'hui, pour 750 étudiants répartis dans les écoles préparatoires, plus de 200 professeurs, tant titulaires qu'adjoints, tous rétribués, les premiers à 1,500 fr., les seconds à 1,000 fr. (1). Ce n'est pas *quatre élèves* pour un professeur, en négligeant l'armée des suppléants, des disponibles, des chefs de travaux, etc....

Les inconvénients d'un tel état de choses sont palpables. Encombrement d'élèves dans la Faculté de Paris, pénurie dans les établissements de province : deux excès opposés, également fâcheux, également préjudiciables aux intérêts les plus élevés de la jeunesse médicale.

A. Dechambre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Si quelques professeurs ne sont pas rétribués, ce que j'ignore, on n'y peut voir une justification de l'arbitraire, mais seulement une anomalie de plus.

Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Bailleux, méd.-major au 17e de ligne ; Froussard, aide-major de 1re classe à Lille ; Forteau, méd.-major au 9e bat. de chasseurs à pied ; Nicolas, aide-major de 1re classe à l'armée d'Italie.

— Si nous sommes bien renseignés, l'administration de l'assistance publique a demandé au ministère de la guerre de mettre à sa disposition, en cas d'invasion du choléra, un certain nombre de casernes-postes pour y évacuer les infirmes et les convalescents des hôpitaux, et rendre ainsi un grand nombre de lits disponibles pour les cholériques.

La même administration, qui a l'intention depuis longtemps d'étendre le système des secours à domicile, avancerait, sans doute, dans cette occurrence, la réalisation de ses idées philanthropiques.

Quant aux mesures d'hygiène à prendre à Paris et dans les départements, le conseil supérieur n'a pas encore de plan arrêté. Nous savons seulement qu'il compte utiliser largement les conseils d'arrondissements.

— Deux confrères distingués, MM. Irons et Malcombe, sont au nombre des victimes du choléra à Newcastle.

MM. Giraldès et Lustreman. On pratique dans la même séance deux ponctions suivies de deux injections : l'une très près du lieu de la première opération, et le malade étant couché sur le ventre ; l'autre à la partie la plus élevée et la plus interne de la tumeur, la jambe étant demi-fléchie sur la cuisse et le malade couché sur le dos. On injecte en tout seize gouttes de liquide, et tout se passe dans cette opération comme dans la première. Les résultats n'en sont pas plus favorables, quoiqu'on ait employé cette fois des instruments qui donnent plus de précision et de sûreté à la manœuvre.

18 *juin*. — M. Lenoir se décide à une nouvelle injection ; elle est faite en présence de MM. Giraldès, Galtier et des élèves de l'hôpital. Il doit opérer avec du perchlorure de fer envoyé de Lyon par M. Burin-Dubuisson, et la seringue dont il va se servir, fabriquée par M. Charrière, est de verre, afin qu'on puisse voir si le liquide ne passe pas au-dessus du piston. M. Lenoir pénètre dans la tumeur, en se rapprochant le plus possible du lieu où l'artère s'abouche dans le sac ; la tige du trocart enlevée, il s'écoule par la canule un peu de sang veineux. On déplace légèrement cette canule en la poussant plus avant, et l'on en voit bientôt sortir un véritable jet peu élevé, mais saccadé, d'un liquide vermeil qui, à n'en pas douter, est du sang artériel. Un aide fait la compression, le jet s'arrête aussitôt, et au moyen du long tube de la seringue introduit dans la canule, M. Lenoir injecte six gouttes de perchlorure de fer ; la compression est maintenue pendant cinq minutes, après quoi on la supprime ; les battements se reproduisent aussitôt, et la canule participe d'une manière visible aux mouvements du sac.

Nouvelle injection de six gouttes du liquide coagulant, après avoir débouché la canule (laissée en place) au moyen de la tige du trocart introduite dans son intérieur. La compression est faite pendant cinq minutes ; on la supprime de nouveau, et les battements reparaissent aussitôt. On enlève enfin la canule et l'on applique sur la piqûre un morceau de diachylon. La canule enlevée, un peu de perchlorure s'écoule par son orifice supérieur ; en y introduisant le trocart, on en fait sortir un long caillot très ferme et filiforme.

(Pendant l'injection, un peu de perchlorure est remonté au-dessus du piston, de sorte qu'il n'en est pas entré 12 gouttes dans le sac.)

24 *juin*. — Depuis la dernière injection, c'est-à-dire depuis six jours, le malade n'avait pas éprouvé de douleur dans la tumeur ; il trouvait que les battements étaient beaucoup moins forts ; mais, pour M. Lenoir, il y avait peu de différence dans leur intensité. Hier au soir, 23 juin, le malade a éprouvé tout à coup une douleur sourde dans le jarret, et a été pris successivement de frisson, de chaleur et de sueur. Pendant la nuit, la douleur n'a fait qu'augmenter, malgré un cataplasme.

Ce matin, le malade se plaint beaucoup ; la région poplitée est chaude, tendue, très douloureuse à la pression ; les battements y sont beaucoup moins forts ; le bruit de souffle est aussi intense et s'entend dans la même étendue. Le pouls est fort (120 pulsations) ; la peau très chaude et sèche ; gémissements continuels ; les veines superficielles de la jambe et de la cuisse sont plus distendues qu'à l'ordinaire. Une des artères collatérales articulaires, placée au côté interne du genou, bat comme une radiale.

Prescription : Saignée de 2 palettes ; cataplasmes et frictions mercurielles sur la tumeur ; limonade, diète.

25 *juin*. — La saignée a coulé un peu en bavant ; le caillot est volumineux, non rétracté, recouvert d'une couche épaisse de couenne verdâtre. Hier au soir, la peau était moins chaude, le pouls à 104 ; ce matin, les douleurs sont vives, les battements presque entièrement suspendus, le bruit de souffle plus faible ; la tumeur est toujours chaude, tendue ; le pouls est fort et fréquent ; 124 pulsations.

Prescription : Diète ; limonade, 3 pots ; 20 sangsues sur le côté interne de l'articulation du genou ; cataplasmes.

26 *juin*. — Les sangsues ont toutes pris, et leurs piqûres ont beaucoup saigné. Le malade a dormi dans la journée d'hier et un peu pendant la nuit. La tumeur est moins chaude, toujours aussi tendue ; on ne sent plus du tout les battements. J'applique l'oreille sur la tumeur sans rien entendre. La jambe droite est un peu œdématiée ; le malade dit qu'elle est engourdie ; il sent bien quand je la pince. Peau naturelle ; pouls moins fort, toujours fréquent ; 120 pulsations. Le malade a devant moi une envie de vomir.

Prescription : Cataplasmes et frictions mercurielles ; diète ; limonade, 3 pots.

27 *juin*. — Même état, si ce n'est un peu moins de tension dans la tumeur. Le malade ne va pas à la selle.

Prescription : Lavement ; limonade vineuse.

Le soir, le pouls est plus faible, mais aussi fréquent. Les douleurs sont plus vives, la jambe plus fortement œdématiée ; faiblesse extrême ; délire tranquille.

Le malade meurt dans la matinée du 28, après la visite ; au moment de la visite, nous l'avions trouvé dans le même état que la veille au soir.

30 *juin*. — *Autopsie*. — M. Lenoir procède lui-même à la dissection. Il découvre l'artère fémorale à partir du triangle de Scarpa ; arrivé au niveau de la tumeur, il dissèque la peau avec le plus grand soin, et constate un épanchement dans le tissu cellulaire sous-cutané, qu'on peut attribuer peut-être aux sangsues, mais qui cependant existe aussi au côté externe du membre. On trouve aussi du sang épanché dans les interstices des muscles qui entourent le sac, et M. Giraldès en découvre jusque dans la jambe, au niveau du mollet, sous les muscles jumeaux et soléaires.

La tumeur est recouverte par les muscles biceps, demi-membraneux, jumeaux, dont les fibres amincies et infiltrées de sang noir adhèrent intimement au sac ; elle est, en outre, entourée d'un tissu cellulaire graisseux très abondant, également infiltré de sang, dont on l'isole le mieux possible ; le nerf sciatique et ses divisions sont appliqués sur la tumeur, et un peu aplatis par la distension qu'ils ont subie.

La veine fémorale au niveau de la tumeur est aplatie, presque imperméable au sang et très difficile à isoler. Au-dessus de la tumeur, elle est remplie d'une sanie couleur lie de vin qui ne remonte pas, du reste, dans les veines du bassin.

L'artère fémorale au-dessus de la tumeur présente des plaques nombreuses d'ossification qui justifient le diagnostic porté pendant la vie.

La tumeur elle-même est dure, semble fortement distendue par des caillots, recouverte d'une paroi infiltrée, et assez mince quand on a enlevé les fibres musculaires et le tissu cellulaire qui la doublaient, très mince dans la partie de sa surface extérieure qui est appliquée contre l'articulation dont elle était séparée par un tissu cellulaire graisseux, abondant, et dont il a été difficile de l'isoler sans produire quelque solution de continuité. Elle présente, dans le reste de son étendue, une épaisseur plus grande et une consistance assez marquée.

Quant à l'intérieur de la poche anévrismale, elle est remplie assez exactement par un magma sanguin, adhérent aux parois, plus résistant à son centre qu'à sa circonférence, et d'une couleur lie de vin.

Examen de la cavité thoracique. — Adhérences anciennes de la plèvre, surtout à droite. Plusieurs bulles d'emphysème sous la plèvre pulmonaire, principalement au niveau de la face diaphragmatique des deux poumons.

Le péricarde contient quelques cuillerées de sérosité ; il est très épaissi, et présente sur ses deux feuillets les altérations d'une péricardite ancienne ; fausses membranes épaisses, grisâtres et chagrinées. Le cœur, un peu hypertrophié, présente à tous ses orifices des concrétions calcaires, très prononcées au niveau des valvules sigmoïdes de l'aorte. L'aorte est dilatée au niveau de sa courbure, et remplie dans toute sa longueur de larges plaques d'ossification.

Résumons cette observation en peu de mots.

Voilà un homme âgé de soixante-deux ans, usé par la fatigue et par la misère, qui porte un anévrisme poplité, sans complication appréciable de maladies du cœur ou des gros vaisseaux autres qu'un commencement d'ossification des parois des principales artères, si fréquent chez les vieillards. On ne peut traiter cet anévrisme par la compression, à cause des douleurs que l'application de ce moyen détermine, et à cause de la difficulté qu'on éprouve à fixer le tube artériel induré sur un plan résistant : il présente cette circonstance rare, mais déjà signalée par Monteggia, que les battements de la tumeur du jarret sont interrompus, ou peut-être seulement masqués par la flexion de la jambe sur la cuisse, et l'on maintient le membre dans cette position pendant un mois, sans que par elle, ainsi que par la compression de l'artère sur la branche horizontale du pubis, on obtienne d'autres résultats que de faire développer quelques branches collatérales autour du genou. Enfin, ce qu'on sait aujourd'hui du mode d'action des ligatures fines appliquées sur des vaisseaux ossifiés porte à penser qu'il eût été dangereux de traiter cet anévrisme par une ligature faite dans le lieu d'élection, et d'après la méthode ordinaire : il eût fallu lui appliquer le procédé de Scarpa, c'est-à-dire étreindre l'artère entre deux rouleaux de diachylon et un fil plat ; mais MM. Manec et Amussat ont montré, par des expériences sur de gros animaux, que cette manière d'agir produisait la destruction par gangrène d'une certaine étendue du tube artériel, des abcès dans la gaîne du vaisseau et des hémorrhagies consécutives. Ce procédé, malgré les succès qu'il a eus dans les mains de M. le professeur Roux, est aujourd'hui assez généralement regardé comme dangereux. J'ai donc pu dire avec quelque raison, dans une des conférences cliniques dont ce cas intéressant a été le sujet, que si la méthode par injection de perchlorure de fer dans la poche anévrismale n'existait pas, il faudrait l'inventer pour

e malade que nous avions à traiter; car cette méthode était peut-être la seule qui lui fût applicable. C'est elle, en effet, que j'ai préférée, et l'on a pu voir avec quelle prudence j'ai procédé à son exécution. Je savais que dans deux opérations faites en province, et dont les résultats avaient été communiqués à l'Institut, on avait guéri des tumeurs anévrismales par l'injection de vingt gouttes de perchlorure de fer; mais on avait, dans ces deux cas, dépassé le but qu'on doit se proposer d'obtenir par la méthode nouvelle. On avait, en effet, produit la fonte purulente de la poche au lieu de la simple coagulation du sang contenu dans son intérieur. La dose élevée à laquelle on avait de prime abord porté la solution du sel ferreux me parut être la cause de cette fâcheuse terminaison, et je pris toutes les précautions possibles pour l'éviter. Je résolus donc de n'injecter d'abord que cinq ou six gouttes du liquide coagulant, et d'augmenter graduellement le nombre de ces gouttes suivant l'effet qu'elles produiraient, l'indication à remplir ici n'étant pas, comme l'a très bien dit Pravaz, d'arrêter brusquement le cours du sang dans la tumeur anévrismale, mais d'y déposer un élément de solidification qui serve de noyau à l'agrégation des couches albumineuses successives. Ce mode de procéder à l'opération exigeait, dans le fonctionnement des instruments, une rigueur mathématique que je ne rencontrais pas dans ceux qu'on avait employés jusqu'alors; ce fut une première difficulté que je surmontai bientôt.

L'appareil de Pravaz, que mon collègue le docteur Giraldès m'avait prêté, se compose : 1° d'un trocart d'acier, dont le volume est celui d'une aiguille ordinaire; ce trocart est renfermé dans une canule de platine, dont une des extrémités taraudée est munie d'un pas de vis; 2° d'un corps de seringue de platine aussi, plus petit encore que celui de la seringue d'Anel, et dans lequel le piston marche au moyen d'un pas de vis. Quand l'instrument est rempli de liquide, chaque demi-tour imprimé aux oreilles qui terminent la tige de ce piston fait sortir une goutte par le bout de la canule. Enfin, le corps de seringue offre lui-même en bas un pas de vis saillant qui est reçu dans celui de la canule du trocart.

La manière de se servir de cet appareil dans la nouvelle opération de l'anévrisme est très simple : on ponctionne le sac avec le trocart muni de sa canule, puis on retire la tige qui remplit celle-ci; et si l'on est tombé dans le courant sanguin, ce dont on est averti par l'écoulement saccadé d'un liquide vermeil, on adapte le corps de la seringue à la canule du trocart, au moyen du pas de vis dont ils sont munis l'un et l'autre, et l'on fait descendre le piston, en tournant entre le pouce et l'index la tige qui le supporte, autant de fois qu'on veut introduire de gouttes de perchlorure de fer dans la tumeur. Rien de plus facile à exécuter.

Cet appareil, toutefois, ne me donnait pas toute la précision d'action dont j'avais besoin. On conçoit, en effet, que lorsqu'on a adapté l'un à l'autre le corps de la seringue remplie du liquide coagulant et la canule remplie de sang artériel, il faut tourner un nombre de fois indéterminé la tige du piston pour substituer le premier de ces liquides au second dans toute l'étendue de la canule; car cette substitution se fait plus ou moins facilement, suivant la longueur et la densité du caillot que le perchlorure produit dans la canule elle-même en se mêlant au sang qu'elle contient, et quelquefois même il arrive que la résistance que ce caillot oppose à l'introduction de la solution du sel de fer dans la poche anévrismale est si grande, que cette solution passe en tout ou en partie par-dessus le piston, dans la portion vide du corps de la seringue. Dans l'un et l'autre cas, on ne peut donc avoir que des données approximatives sur la quantité du liquide qu'on injecte.

J'ai paré au premier de ces inconvénients, en faisant adapter au corps de la seringue de Pravaz une canule aussi longue, mais un peu moins volumineuse que celle de son trocart, et destinée à s'introduire dans l'intérieur de celle-ci, quand la tige en est ôtée. Avec cette canule, remplie du liquide coagulant jusqu'à son extrémité, je porte dans le courant sanguin de la poche anévrismale le persulfate de fer, sans craindre de coaguler avec lui le sang renfermé dans la canule du trocart, ou, si cela avait lieu, je détruirais bien vite avec elle le caillot qui se serait formé.

J'ai paré au second de ces inconvénients, celui de faire refluer à son insu, au-dessus du piston, le liquide qui doit pénétrer dans l'anévrisme, en me servant d'un corps de seringue de verre, matière qui, bien qu'assez épaisse, laisse voir ce qui se passe dans l'intérieur de l'instrument. Au moyen de ces petites modifications faites à l'appareil de Pravaz, j'ai pu exactement compter le nombre de gouttes que je voulais injecter.

Mais une autre difficulté s'est souvent présentée, qu'il ne m'a pas été donné de surmonter aussi facilement : c'est celle de faire arriver l'extrémité du trocart dans la colonne sanguine qui traverse la poche anévrismale, et sur laquelle il importe d'agir exclusivement. J'ai plusieurs fois éprouvé cette difficulté à chacune des tentatives d'oblitération du sac que j'ai faites chez mon malade : je piquais la tumeur du jarret sur ses côtés ou sur l'une ou l'autre de ses extrémités, et souvent il m'arrivait de ne pas voir sortir une goutte de sang par la canule; alors j'étais obligé ou de déplacer l'extrémité de l'instrument, ou de refaire une autre ponction, manœuvre qui, si elle était fréquemment répétée, pourrait amener à elle seule l'inflammation et la suppuration de l'anévrisme : j'ai pensé que, dans cette circonstance, je faisais pénétrer mon trocart dans l'épaisseur d'une substance fibrineuse stratifiée à l'intérieur du kyste sanguin, comme on en voit fréquemment dans les anévrismes volumineux et anciens des gros troncs artériels. Peut-être que cette difficulté ne se rencontrera que dans certains cas; mais dans celui que j'ai eu à traiter, elle a été assez grande et assez répétée pour que je me demande s'il ne conviendrait pas mieux, en pareille circonstance, de faire l'injection coagulante dans la portion d'artère placée immédiatement au-dessus ou au-dessous du sac anévrismal, que de la faire dans le sac lui-même. En agissant ainsi, on aurait le triple avantage de n'avoir besoin d'injecter qu'une petite quantité de perchlorure, d'agir sur une partie d'artère saine et dont les rapports anatomiques n'ont subi aucun changement, enfin d'obtenir le même résultat, c'est-à-dire l'oblitération de la tumeur anévrismale, par stagnation du sang dans son intérieur.

Une dernière difficulté de l'opération, que l'expérience m'a fait connaître aussi, dans ce cas, c'est d'éviter de ponctionner avec le trocart des organes importants à ménager, placés dans le voisinage de la poche, tels que les veines et les nerfs d'un certain calibre : on a vu dans l'observation qui précède, qu'une seule altération organique pouvant rendre compte de la mort prompte de mon malade a été rencontrée à l'autopsie, c'est l'inflammation de la veine poplitée et le séjour dans son intérieur d'un liquide sanieux et purulent. Je me suis demandé, depuis, si cette inflammation ne s'était pas développée à la suite d'une des piqûres que j'ai faites à l'anévrisme. Je comprends d'autant mieux qu'il en puisse être ainsi, que la veine poplitée était aplatie et intimement adhérente à la tumeur du jarret; qu'elle était presque imperméable au sang, et, par conséquent, sans que rien puisse indiquer sa présence à l'opérateur dans un point quelconque du voisinage de l'anévrisme.

Je regarde cette difficulté comme bien plus importante à signaler et plus difficile à surmonter que celles qui précèdent; on me pardonnera de les avoir exposées avec quelques détails : c'était le seul moyen, je crois, de les faire éviter aux chirurgiens qui seraient comme moi tentés de mettre de nouveau à l'épreuve une méthode qui est appelée à rendre de grands services, et par l'extrême simplicité de son exécution, et surtout par l'application qu'on peut en faire à des cas considérés aujourd'hui comme au-dessus des ressources de l'art et par leur siége et par leur volume.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

SENSATION DU GOUT CHEZ LES DIABÉTIQUES, par le docteur FALCK (de Marburg) (1).

J'ai souvent interrogé les diabétiques, dans les intervalles du repas, alors qu'ils étaient à jeun, sur la nature de leurs sensations gustatives. Je n'ai trouvé que très rarement des malades qui accusaient un goût douceâtre rappelant le goût du sucre. La plupart du

(1) Traduit du *Deutsche Klinik*, n° 39, 24 sept. 1853.

temps les malades répondaient ne rien ressentir de particulier, ou bien ils avaient la bouche acide. En essayant les liquides de la bouche chez les sujets qui accusaient un goût acide, à l'aide du papier de tournesol, je me suis facilement convaincu que cette sensation se rapportait toujours à la présence d'un acide. Chez ceux qui disaient ne ressentir aucun goût, le papier de tournesol n'était point rougi, et la liqueur de Frommherz ne décelait point non plus la présence du sucre dans les liquides de la bouche. Dans ces cas, la salive était toujours neutre ou alcaline. Enfin, dans les cas très rares où les diabétiques ressentaient un goût sucré dans la bouche, on pouvait avec sûreté annoncer qu'il y avait du sucre dans la salive, et le mettre en évidence à l'aide de la solution de sulfate de cuivre et de tartrate de potasse.

Ces faits et ces expériences, ainsi qu'on peut le voir, ont une certaine valeur. Il en résulte, indubitablement, que le *sang sucré* des diabétiques, en contact dans la trame des tissus avec l'appareil du goût, ne détermine en aucune façon la sensation du goût sucré sur les nerfs de la gustation. Il en résulte encore, indubitablement, que les nerfs du goût ne perçoivent la saveur sucrée que lorsqu'il existe du sucre dans l'*intérieur de la cavité buccale*, de même que la perception de la saveur acide n'a lieu que lorsqu'il existe un acide dans la bouche.

Ces faits et les conséquences qui en découlent ne sont pas en harmonie, il faut l'avouer, avec les opinions de Dupuytren et de M. Magendie, qui ont conclu, de leurs expériences, que la sensation spéciale du goût pouvait être déterminée sur les nerfs de la langue aussi bien par le sang qui circule au milieu d'eux que par les liquides de la cavité buccale. Nous nous trouvons donc forcés, ou de considérer les expériences des physiologistes français comme des preuves insuffisantes, ou tout au moins de rechercher d'où vient la contradiction.

Avant tout, et c'est là précisément la réponse à la question que nous nous sommes proposée, il s'agit de rechercher quelles sont les preuves à l'aide desquelles les observateurs que nous venons de citer ont établi le rôle du sang dans les phénomènes de la sensation du goût.

Dupuytren et Magendie, ayant injecté du lait dans les vaisseaux de plusieurs chiens, remarquèrent qu'après l'injection les animaux se léchaient les lèvres avec leur langue, comme si un liquide agréable avait été introduit dans leur gueule. L'interprétation de ces expériences fut que la partie sapide du lait, c'est-à-dire le sucre de lait, circulant avec le sang, était entrée en contact avec les nerfs du goût et avait éveillé en eux la sensation du goût sucré, tout à fait comme si la dissolution du sucre de lait avait affecté les nerfs de la gustation par l'intérieur même de la bouche.

Si cette interprétation était exacte, si elle était seulement vraisemblable, il serait bien surprenant que les nerfs du goût des diabétiques ne fussent pas affectés par l'impression sucrée, le sucre de diabète (glucose) contenu dans le sang des diabétiques ayant un goût sucré plus prononcé que le sucre de lait. On pourrait d'ailleurs se demander si le mouvement de la langue chez les chiens mis en expérience n'était pas plutôt en rapport avec le passage du sucre dans les liquides de la bouche par l'intermédiaire des glandes salivaires. Mais je vais plus loin, et je considère ces mouvements de la langue chez le chien comme un accident fortuit. En effet, dans ces derniers temps, j'ai souvent, en présence de mes auditeurs, injecté dans les vaisseaux du chien des dissolutions de sucre de canne, de sucre de lait ou de glucose; et malgré toute l'attention que nous avons apportée à cet égard, il ne nous pas été donné d'observer le moindre mouvement de la langue ou des mâchoires, qui ait pu nous faire penser à une influence quelconque exercée sur les nerfs du goût.

Supposons maintenant que la sensation *subjective* du goût ait pu être observée réellement. Il ne serait possible alors d'expliquer l'absence de goût sucré chez les diabétiques, dont le sang contient du sucre, que par une sorte d'habitude qui aurait émoussé la sensation. Mais s'il en était ainsi, comment expliquer les faits bien constatés dans lesquels les diabétiques ressentent réellement le goût du sucre, lorsque celui-ci est parvenu dans la bouche par les voies salivaires? Comment expliquer encore que des dissolutions très étendues de sucre de canne, de sucre de lait ou de glucose, introduites dans la bouche des diabétiques, sont reconnues par eux, alors même qu'on leur cache la nature du liquide qu'ils prennent?

Ce qui précède ne permet pas de mettre sur le compte de l'habitude l'absence des sensations *subjectives* du goût chez les diabétiques. Maintenant si nous sortons du domaine pathologique pour entrer dans celui de la physiologie pure, nous pouvons nous demander si l'existence des sensations subjectives du goût est réelle.

Lorsqu'on fait la revue des arguments invoqués par les physiologistes pour démontrer l'existence des sensations subjectives du goût, on peut non seulement se convaincre facilement de la faiblesse et de l'inconsistance de ces arguments, mais encore constater que les arguments qui s'élèvent contre l'existence de ces sensations ont été passés sous silence. Parmi ces arguments contraires, je signalerai les suivants : 1° Le défaut de perception gustative, chez l'homme sain, du sang renfermé dans les vaisseaux de la langue, tandis que tout homme perçoit tout de suite le goût du sang placé dans la cavité de la bouche. Il est bien connu que beaucoup de personnes reconnaissent par le goût, au milieu de la nuit et sans le secours de la vue, soit un saignement de gencives, soit une hémoptysie. 2° Les faits déjà souvent mentionnés, à savoir, que la présence du sucre dans le sang ne détermine point chez les diabétiques la sensation du goût sucré, tandis que tous les diabétiques reconnaissent la présence du sucre dans les dissolutions sucrées, alors même qu'elles sont très étendues d'eau.

Qu'il nous soit permis maintenant d'ajouter encore quelques remarques sur les sensations *objectives* du goût chez les diabétiques. Ainsi que je m'en suis souvent assuré, les nerfs du goût chez les diabétiques réagissent sur les substances sapides introduites dans la bouche sensiblement de la même manière que chez les personnes saines. Des expériences faites à l'aide de dissolutions sucrées ou acides étendues m'ont montré que la sensibilité du goût des diabétiques est vive pour le sucre et les acides. Des expériences avec le tannin, le sulfate de cuivre et le sulfate de fer ont appris que les diabétiques ressentaient l'effet des substances comme les personnes saines. En se servant du *cucumis dipsaceus* et du *cucumis prophetarum* (Linné), on s'est assuré que les diabétiques ont aussi le goût très sensible pour les substances amères.

Je crois donc pouvoir résumer les résultats de ce travail, en ce qui concerne l'état de l'appareil du goût chez les diabétiques, dans les deux conclusions suivantes.

Conclusions. 1° Les nerfs du goût, chez les diabétiques, réagissent sur les substances sapides introduites dans la bouche, sensiblement de la même manière que chez les personnes saines. 2° Les nerfs du goût, chez les diabétiques, ne réagissent point sur le sucre contenu dans le sang (celui qui circule dans la langue), parce que, en général, le goût n'est pas capable de percevoir des sensations *subjectives*.

III.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur le développement des globules du sang, par le docteur J. Moleschott.

Les expériences de M. Moleschott ont consisté à enlever à des animaux, tantôt le foie, tantôt la rate, tantôt ces deux organes en même temps, puis à comparer le sang pris dans les vaisseaux d'animaux sains avec celui des animaux de même espèce placés dans des conditions anormales. Les recherches de l'auteur ont dû naturellement porter sur des animaux capables de résister pendant un certain temps à de pareilles mutilations. M. Moleschott a choisi les grenouilles, animaux faciles à se procurer, et dont les globules sanguins (les globules du sang de l'homme ont $0^{mm},006$ de diamètre; les globules du sang de grenouille $0^{mm},02$) se prêtent mieux, par leur volume, à l'observation microscopique, laquelle, dans les recherches de M. Moleschott, constitue le principal moyen

d'analyse. M. Moleschott a sacrifié dans ses recherches plus de 300 grenouilles. Sur ce nombre un tiers n'a pas survécu au delà de trois jours aux mutilations, et dans les deux autres tiers beaucoup ont vécu huit jours ; très peu ont résisté jusqu'au quatorzième.

M. Moleschott commence par rechercher le rapport qui existe dans le sang de la grenouille saine, entre la quantité des globules *rouges* et celle des *globules blancs*. Le procédé employé par lui, pour déterminer ce rapport, est aussi celui qui lui a servi dans toutes ses autres expériences. Il consiste à prendre une gouttelette de sang dans le cœur, à placer cette gouttelette sur la lame de verre d'un microscope et à compter tous les globules blancs et rouges qui s'y rencontrent. Avec un grossissement de 450 diamètres, cette numération n'offre pas de sérieuses difficultés. Or, après un grand nombre d'épreuves de ce genre, on arrive à établir que les globules blancs sont aux globules rouges :: 1 : 8.

Sur des grenouilles privées de leur foie, la proportion des globules rouges, comparée à celle des globules blancs, n'est plus la même. Il résulte de 133 observations microscopiques, que dans ces conditions le rapport :: 1 : 8 devient :: 1 : 2,2, c'est-à-dire, en d'autres termes, que les globules rouges ont considérablement diminué.

Sur des grenouilles privées de leur rate, et qui conservaient leur foie, la proportion des globules rouges est au contraire un peu augmentée. En effet, la proportion des globules blancs aux globules rouges, au lieu d'être :: 1 : 8, devient :: 1 : 9.

M. Moleschott tire de ces faits la conclusion, que le foie a une action directe sur le développement des globules colorés du sang, et la rate une action contraire. Ces résultats se trouvent tout à fait en harmonie avec les expériences faites sur les animaux supérieurs en 1847 par M. J. Béclard, et par M. Kölliker en 1849.

Lorsque M. Moleschott enlevait et le foie et la rate à ses grenouilles, le rapport entre le chiffre des globules blancs et celui des globules rouges était le même que sur les grenouilles privées seulement du foie. Le fait se conçoit aisément. Dans l'un et l'autre cas l'organe formateur avait disparu.

Dans une autre série d'expériences, M. Moleschott établit que les pertes de sang les plus abondantes sont loin d'avoir sur la proportion des globules rouges contenus dans le sang la même influence que l'excision du foie. En effet, en retranchant le train postérieur de l'animal, et en déterminant une hémorrhagie abondante, le rapport entre les globules rouges et les globules blancs dans le sang restant de l'animal est sensiblement le même qu'à l'état normal.

Si le foie est l'organe dans lequel les globules incolores se transforment en globules colorés, ce n'est pas son unique fonction. Organe de sécrétion digestive et excrémentitielle, il joue encore dans la formation du sucre un rôle que les travaux de MM. Bernard et Lehmann ont mis hors de doute.

M. Moleschott, si nous avons bonne mémoire, était, il y a dix ans, un des élèves les plus distingués de l'université d'Heidelberg, et c'est sous la direction de Tiedemann et sous celle de M. Bischoff, qu'il a appris à observer. Il a dernièrement publié un volume estimé, qui porte pour titre : « *Physiologie de la nutrition dans les plantes et les animaux.* » Ses travaux méritent, à tous égards, de fixer l'attention des physiologistes. Dans les expériences dont nous rendons compte en ce moment, il cherche à établir que les grenouilles auxquelles on a enlevé le foie, et dans le sang desquelles les globules rouges ont diminué, que ces animaux, dis-je, sont dans un véritable état chlorotique. Nous livrons ce point de vue aux pathologistes. Est-il vrai qu'il y aurait dans la chlorose une lésion de la fonction du foie, en vertu de laquelle celui-ci ne transformerait plus d'une manière complète les globules incolores en globules colorés? (*Müller's Archiv*, 1853, p. 73.)

L'arc sénile est-il un indice de la dégénérescence graisseuse du cœur? par M. Haskins.

Le docteur Schön, de Hambourg, avait déjà indiqué que l'altération connue sous le nom d'*arc sénile* consiste dans la dégénérescence graisseuse d'une partie de la cornée. M. Edwin Canton a adopté la même opinion ; de plus, il a cherché à démontrer (*the Lancet*, du 11 mai 1850), que cet état de la cornée coïncide toujours avec une transformation graisseuse du cœur.

Pour vérifier ce qu'il peut y avoir de fondé dans cette idée singulière, M. Haskins a examiné attentivement, depuis trois mois, tous les sujets qu'il a vus présenter l'arc sénile à un certain degré. Mais sur douze individus, deux seulement offraient quelques symptômes qu'on pût rapporter au cœur, et un seul avait une altération organique de ce viscère. Des dix sujets restants un était phthisique, un autre névralgique, un troisième paralytique, le quatrième n'avait pour toute maladie qu'une indigestion; les six derniers étaient parfaitement bien portants.

On pourrait objecter que l'autopsie, seul moyen infaillible de contrôle, a manqué. Mais cependant l'absence totale de symptômes cardiaques établit bien au moins une forte présomption en faveur de l'intégrité de l'organe. De plus, M. Canton affirme que le développement de l'arc sénile est toujours en raison de l'étendue de la dégénérescence graisseuse du cœur. Il serait donc bien étonnant, remarque avec raison M. Haskins, que tout symptôme de lésion du cœur eût manqué chez les sujets où l'arc sénile était très formé. Or, c'est précisément cette coïncidence qu'on n'a pu constater chez aucun des douze sujets soumis à l'examen.

Chaque praticien pourra aisément constater, par son observation journalière, ce qu'il y a de réel au fond de cette assertion, qui aurait pour résultat de le mettre en possession d'un moyen de diagnostic des plus simples. Ne fît-elle qu'attirer sur l'état du cœur son attention, la présence de l'arc sénile lui rendrait encore un service assez grand pour qu'il n'omette pas de donner par ses propres recherches, aux statistiques contradictoires de MM. Canton et Haskins, le poids qu'un nombre beaucoup plus considérable de faits peut seul leur apporter.

Les deux auteurs sont cependant d'accord sur ce fait, que l'arc sénile offre toujours sur l'un et l'autre œil une même étendue, un même degré de développement. (*Americ. journ.*, 1853, p. 107.)

Blessure de l'artère iliaque interne, faite par un instrument destiné à provoquer l'avortement, par M. Hayward.

Les accidents que les manœuvres abortives entraînent ont ordinairement une marche lente, un caractère chronique, un certain degré de curabilité. Une métrite, la prédisposition aux métrorrhagies, la leucorrhée, telles sont les conséquences les plus habituelles de ces criminelles tentatives ; tout au plus, une péritonite suraiguë vient-elle de temps en temps frapper d'une salutaire terreur les imprudentes qui ont le malheur d'obtenir qu'une matrone ou un médicastre cèdent à leurs prières. Ici l'exemple a été plus terrible encore ; car c'est presque instantanément que la patiente a succombé.

M. Hayward raconte qu'une femme mariée, âgée de trente-six ans, enceinte de six mois, s'adressa à un homœopathe qui, sur sa demande, se mit en devoir de la faire avorter. Elle succomba environ douze heures après l'opération. Le praticien fut mis en jugement.

L'autopsie, exécutée en présence de quatre docteurs, constata d'abord l'apparence exsangue du cadavre. L'abdomen, à peine ouvert, laissa échapper deux pintes d'une sérosité sanguinolente, dont le caillot couvrait la masse intestinale d'une couche de deux pouces d'épaisseur. La paroi postérieure de l'utérus offrait une ouverture du diamètre d'un cathéter ordinaire, qui s'étendait jusqu'à l'artère iliaque interne droite, laquelle était perforée à un quart de pouce au-dessous de son origine. L'ouverture du vaisseau aurait pu admettre une plume d'oie. Trois autres piqûres existaient à travers l'utérus dans une direction à peu près semblable. Toutes les quatre avaient leur point de départ au col de l'utérus ; de sorte qu'un stylet introduit par le vagin enfilait très aisément leur trajet.

Ce qui ajoute encore à l'intérêt de ce cas, c'est qu'aucune des ponctions n'avait atteint l'œuf. Les membranes étaient intactes, ainsi que le fœtus ; si bien qu'eût-elle survécu, la malheureuse

n'eût pas même obtenu la triste compensation des souffrances qu'elle s'était volontairement fait infliger.

(*American journ. of the medic. sciences*, 1853, p. 77.)

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1).

Académie de Médecine.

PROCÈS-VERBAL DE LA SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1853.

Correspondance.

1° Lettre du ministre du commerce, qui transmet à l'Académie les documents parvenus à son administration à la suite de l'enquête qui avait été prescrite dans les départements sur l'épidémie du choléra de 1849, d'après un programme donné par le comité d'hygiène publique. (*Commission du choléra.*)

2° Lettre du même ministre, qui transmet les rapports des médecins des épidémies du département du Nord sur les épidémies qui ont été observées dans ce département pendant l'année 1852. (*Commission des épidémies.*)

3° Rapport de M. Thouvenin sur les vaccinations opérées dans le département du Nord pendant l'année 1852. (*Commission de vaccine.*)

4° Lettre de M. Plouviez, de Lille, qui adresse l'énumération de ses travaux scientifiques, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. (*Commission des correspondants.*)

5° Travail de M. Duroy, intitulé : « Expériences et considérations » nouvelles pour servir à l'histoire thérapeutique de l'iode. » (*Comm.* : MM. Chatin et Gibert.)

6° Communication de M. Pingrenon, médecin principal à l'hôpital militaire de Dunkerque, relative à un cas de corps osseux mobile pédiculé à la région antérieure externe de l'articulation du genou gauche. (*Comm.* : MM. Larrey, Huguier et Robert.)

7° Mémoire relatif à la marche du choléra dans la subdivision de Mostaganem (Algérie), depuis son invasion jusqu'à sa terminaison en l'année 1851. (*Commission du choléra.*)

8° Lettre de M. Falconi, chimiste, relative à un procédé d'embaumement qu'il ne fait pas connaître. Il envoie seulement un flacon de la substance employée. (*Comm.* : MM. Chevallier, Caventou, Londe et Poiseuille.)

Rapports.

SYPHILIS LARVÉE. — *Discussion.* — M. *Ricord* demande la parole à l'occasion du procès-verbal. Il croit à la syphilis larvée, et même il n'est pas très sûr qu'on puisse éteindre définitivement la vérole, malgré les traitements les plus rationnels. Il a vu les accidents secondaires survenir trente ou quarante ans après l'accident primitif. Cela n'empêche pas que l'*incubation* de la syphilis ne soit ordinairement que de six mois environ ; et voici comment se concilient ces deux faits. Les accidents secondaires apparaissent dans la période de six mois, si la maladie, abandonnée à elle-même, suit son évolution régulière ; ils peuvent se montrer beaucoup plus tard, si un traitement mercuriel est intervenu. On peut donc dire qu'il n'y a jamais prescription pour la syphilis. Quant aux accidents tardifs qu'on a pu observer en l'absence d'un traitement mercuriel, ils pouvaient avoir été transmis héréditairement. M. Ricord a vu des individus nés de parents infectés présenter des symptômes de syphilis à *vingt, trente, quarante ans*, sans avoir jamais *contracté* la maladie par le contact, sans jamais avoir offert d'accidents primitifs.

L'emploi des eaux sulfureuses thermales peut fouetter la diathèse et amener la manifestation d'accidents latents ; mais ce n'est pas du tout pour cela que M. Ricord envoie ses malades aux eaux, quoi qu'en ait dit M. Gibert.

Enfin, relativement à l'action du sublimé sur les gencives, l'orateur est d'avis que ce médicament produit assez souvent la salivation. C'est là une question de dose et d'idiosyncrasie.

M. *Roux*, après avoir fait ressortir ce qu'il y a de désespérant dans cette doctrine, qu'on n'est jamais sûr d'être guéri malgré les médications les mieux appropriées, exprime l'opinion (et c'était aussi celle de Cullerier) que le mercure est impuissant contre la syphilis latente, et n'a d'action que contre les *manifestations* syphilitiques. Suivant lui aussi, les eaux sulfureuses peuvent faire apparaître au dehors une affection latente depuis plusieurs années.

M. *Velpeau* proteste contre la loi posée par M. Ricord, relativement à l'incubation. Il est convaincu, pour en avoir eu souvent la preuve démonstrative, que les accidents secondaires peuvent survenir un grand nombre d'années après l'accident primitif, sans que le traitement soit intervenu. Cela peut se prouver et se prouve par des faits, tandis que M. Ricord ne peut savoir le plus souvent si ses malades ont eu des accidents secondaires dans la période de six mois ; car il perd ses malades de vue avant cette époque. Quant à l'explication tirée de l'hérédité, elle est beaucoup plus improbable que celle qui est refusée par M. Ricord. Et quand, dans les trente ou quarante ans de santé apparente, il y a eu une gonorrhée, il est plus naturel d'y rapporter les accidents consécutifs.

M. *Gibert* repousse également les faits d'hérédité manifestés après trente ou quarante ans : cela lui paraît contraire à la raison et à l'observation. Il prend occasion de la discussion actuelle pour affirmer, comme il l'a toujours fait, l'existence de la blennorrhagie infectante. On dit qu'il existe un chancre urétral : qu'en sait-on ? Et puis, quand un chancre est visible au méat urinaire, ce qui n'est pas rare, il ne donne pas lieu à un écoulement blennorrhagique ; pourquoi les chancres plus profonds en produiraient-ils ?

Après quelques mots de M. *Lagneau* sur la salivation, M. *Ricord* répond aux objections de MM. Velpeau, Roux et Gibert. Il maintient ce qu'il a dit de l'incertitude où l'on est toujours d'une guérison complète. Si M. Velpeau a vu des accidents survenir longtemps après l'infection, c'est que les malades avaient subi un traitement mercuriel. M. Gibert n'a pas vu le chancre urétral ; c'est que le hasard l'a mal servi. Il se trompe en croyant que les écoulements dits blennorhagiques, et qui sont de nature à infecter, soient abondants. Cullerier, qui avait méconnu le chancre urétral, avait très bien vu que les gonorrhées qui donnent lieu à la syphilis constitutionnelle sont ordinairement bénignes, peu abondantes et non douloureuses. L'hérédité tardive de la syphilis est un fait ; elle n'est pas plus incroyable que la manifestation tardive après des accidents primitifs.

Sur une interpellation de M. *Bégin*, relative à l'influence des tempéraments sur l'aptitude à contracter la syphilis (influence considérable, suivant M. Bégin), M. *Ricord* répond qu'il n'y a pas plus à cet égard de *critérium* que pour la variole.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des rétrécissements du canal de l'urètre, par M. le docteur Y.-F. Reybard. — Un vol. in-8° de XXXI-600 pages. *Paris*, 1853, chez Labé, éditeur, place de l'École-de-Médecine.

La publication que nous annonçons est l'un des événements capitaux de l'année. Se créer une place d'élite dans la plus encombrée des spécialités, en urologie, pouvait paraître une entreprise chimérique. Fonder sur l'affection la mieux étudiée peut-être, sur les rétrécissements, une théorie entièrement neuve, devait sembler impossible ; vouloir faire prévaloir, pour leur cure, sur des méthodes simples, innocentes, universellement admises, une opération dont la seule description effraie les chirurgiens les plus exercés, c'était à coup sûr la témérité la moins prévue. M. Reybard a eu cette chance, et il a ces prétentions. Son livre, qui rappelle, — et dès la couverture même, — la plus forte prime académiquement adjugée à un inventeur, annonce, sur la nature et le traitement des strictures urétrales, des vues tellement exclusives que l'on ne peut pas plus se contenter à leur égard d'une mention sans commentaire que les passer entièrement sous silence.

Deux propositions fondamentales, la première étiologique, la seconde thérapeutique, expriment la doctrine et la pratique tout entière de l'auteur. Corrélatives, s'enchaînant logiquement entre elles comme le principe avec sa conséquence, établissant l'une les preuves, l'autre les applications de la découverte, leur analyse doit nous suffire pour apprécier celle-ci. Nous nous y tiendrons donc, négligeant pour le moment quelques questions incidentes, d'importance accessoire, qui rentrent moins directement dans le plan de l'ouvrage.

La *nature* du tissu morbide qui constitue les rétrécissements organiques était le premier problème à résoudre. On sait quelle anarchie règne sur ce point dans la science. Brides, valvules, carnosités, indurations, cicatrices, etc., sont des termes que tout le

(1) L'Académie des sciences n'a pas tenu séance le 3 octobre 1853.

monde emploie avec une confiance aussi absolue que si leur exactitude était démontrée par les faits. M. Reybard s'élève avec toute raison contre cette classification aussi arbitraire que confuse. A ses yeux, la substance qui constitue la partie coarctée est un tissu de nouvelle formation s'organisant aux dépens des produits plastiques que l'inflammation a attirés dans l'épaisseur des couches urétrales. Fibreux ou fibroïde, il a les principales propriétés des tissus de cet ordre. Aussi il jouit, comme les inodules, d'une rétractilité lente, presque indéfinie, par laquelle s'expliquent, et l'apparition des premiers symptômes à une époque éloignée de la phlegmasie urétrale qui en a été l'origine, et l'aggravation progressive, constante, de ces mêmes symptômes, malgré la disparition de la phlegmasie, leur point de départ originaire. Outre cette rétractilité, il en est une autre qui résulte de l'élasticité de ce tissu. C'est par elle qu'on voit un rétrécissement que la sonde vient de dilater perdre d'abord *instantanément* une partie, puis *au bout de quelque temps*, la totalité de la largeur ainsi acquise. M. Reybard distingue soigneusement ces deux effets, qu'il rapporte à deux attributions différentes du tissu fibreux.

On comprend déjà, et l'auteur les fait très explicitement ressortir, les conclusions à tirer de ces données. Si les strictures urétrales organiques ont effectivement une telle structure, une rétractilité si prononcée, leur guérison par la dilatation seule n'est qu'une illusion. On ne distendra jamais assez cet anneau fibreux pour lui faire perdre complétement son ressort; et malgré une amélioration temporaire, là, comme dans les cicatrices, l'inodule, par son évolution fatale, reproduira toujours la difformité et ses conséquences sur les fonctions urinaires. Sur un pareil tissu les sondes n'ont de prise ni comme fondant, ni à titre d'agent de suppuration, ni en le faisant résorber, ainsi que quelques uns l'ont cru possible, par une nouvelle inflammation surajoutée.

Cependant ces explications sur l'action des sondes ne sont inexactes qu'autant que la théorie de M. Reybard est non seulement vraie, mais la seule vraie; car elles deviendraient parfaitement admissibles, remarquons-le, si le rétrécissement, au lieu d'offrir cette texture spéciale, résultait simplement d'un engorgement chronique de la muqueuse urétrale et du tissu sous-muqueux. Aussi cette idée d'*engorgement*, d'*induration*, comme pouvant constituer la structure de quelques rétrécissements, est-elle l'une de celles auxquelles notre auteur déclare la guerre la plus acharnée. Il lui oppose et des vivisections, et des faits d'anatomo-pathologie clinique, et des considérations théoriques. Les deux premiers moyens sont, en effet, irréfutables; on en lira avec intérêt l'exposé dans l'ouvrage même. Soit sur les animaux affectés à dessein de rétrécissement par la cautérisation, soit aux autopsies qu'un hasard heureux lui a permis de rassembler au nombre de sept, on voit le développement du tissu fibreux à toutes ses phases, et l'on ne peut moins faire que de tomber d'accord avec l'auteur sur les qualités physiques et sur les propriétés physiologiques de cette formation nouvelle.

Mais en prouvant la réalité de cette disposition pathologique, ces recherches établissent-elles que, seule, elle est le point de départ de tous les rétrécissements? En démontrant la présence, comme origine étiologique, du tissu fibreux, démontrent-elles que l'autre origine, l'engorgement des parois urétrales, ne joue jamais le même rôle? Là, nous le croyons, est l'erreur de M. Reybard, erreur, du reste, commune à tous les inventeurs, propension si facile, qu'il n'y aurait à s'étonner que de ne pas les y voir céder. Examinons donc les choses de plus près.

Cette négation de l'induration urétrale, comme cause de rétrécissement, peut-elle se justifier par les vivisections de M. Reybard? Non; car il avait produit ces angusties artificielles par des cautérsations profondes. Il y a donc eu là un véritable travail de cicatrisation, c'est-à-dire formation d'un tissu éminemment rétractile, mais point du tout le procédé naturel par lequel un rétrécissement survient chez l'homme à la suite d'inflammations du canal, inflammations profondes, mais sans destruction des tissus.

Quant aux autopsies, très probantes, nous l'avons reconnu, tant qu'il ne s'agit que d'appuyer la réalité de la transformation fibroïde, elles n'ont pas davantage de valeur pour infirmer l'existence de l'induration. L'observation de M. Lallemand est un exemple bien tranché de ce dernier genre d'altération; et M. Reybard, qui a eu l'impartialité de la citer, ne trouve d'autre moyen d'échapper à la conséquence qui en résulte contre sa doctrine, que de la qualifier à trois reprises d'*exceptionnelle*.

Enfin, notre auteur ajoute à ces faits insuffisants des considérations qui lui paraissent péremptoires : « Si le rétrécissement, dit-il, était causé par la tuméfaction inflammatoire chronique des parois urétrales, les coarctations, au lieu de se développer et de s'accroître lentement, ne devraient-elles pas coïncider avec le moment même de la phlogose? Ne devraient-elles pas aller en s'effaçant à partir du moment où la résolution des membranes engorgées et abreuvées de fluide commence à s'opérer? Or c'est précisément le contraire qui arrive, puisqu'on sait que l'écoulement blennorrhagique, signe de la phlogose du canal à l'état aigu ou chronique, a presque toujours disparu au moment où la difficulté d'uriner vient révéler l'existence d'un rétrécissement. »

L'objection est pressante; elle paraît décisive. A notre avis, cependant, elle repose sur une généralisation forcée. Oui, sans doute, comme le dit M. Reybard, l'engorgement qui accompagne une phlegmasie aiguë suit invariablement, pour l'excès de volume qu'il donne aux organes, l'évolution de cette dernière, se développe, augmente, diminue et disparaît avec elle. Mais la formation des engorgements chroniques est-elle soumise aux mêmes lois? Ne voit-on pas, à chaque instant, dans l'économie, un reste d'engorgement aigu devenir lui-même le point de départ d'un travail essentiellement lent, essentiellement progressif, qui, dans tous les systèmes organiques, engendre des tuméfactions, des hypertrophies souvent considérables? Après une amygdalite aiguë, il y a résolution et restitution de la partie presque à son volume primitif : c'est pourtant alors, après plusieurs retours d'accidents inflammatoires terminés semblablement, qu'on le voit peu à peu grossir et acquérir sans douleur, sans aucun signe d'acuité, un volume parfois énorme. Nous pourrions prendre encore pour exemple la formation des granulations palpébrales, de certaines tumeurs mammaires, de quelques engorgements de la prostate; mais ce qui précède suffit, ce nous semble, pour démontrer :

1° Que lorsqu'un engorgement inflammatoire aigu se résout, si un point a résisté, il peut devenir ensuite le centre d'une phlegmasie chronique qui aboutit *graduellement* à l'augmentation de volume de la partie;

2° Que, dans ces cas, il existe nécessairement un certain laps de temps entre le moment où la phlegmasie aiguë s'est dissipée, n'a plus de symptômes apparents, et celui où la phlegmasie chronique a réalisé des effets qui soient appréciables par une altération des fonctions de l'organe.

N'est-ce pas là l'histoire fidèle, vraisemblable tout au moins, de l'évolution des engorgements urétraux? Et en quoi répugne-t-il d'admettre que, sous l'influence des efforts pour uriner, des congestions qui en résultent dans un point demeuré particulièrement phlegmasié, ce point de la paroi urétrale devienne le siége d'un épaississement, qui, y concentrant à son tour ces mêmes congestions, augmente de plus en plus, puisqu'il est incessamment lui-même cause et effet, agent et victime de ces afflux sanguins?

Nous avons montré où M. Reybard s'est laissé conduire par sa théorie trop exclusive. Nous pourrions attaquer plus directement cette théorie, signaler les analogies qui semblent la combattre, ou du moins la restreignent; demander, par exemple, à l'auteur pourquoi *son tissu fibroïde*, se formant dans l'urètre à la suite de la blennorrhagie, qui n'est qu'une inflammation, on ne le voit jamais se développer à la bouche, à l'isthme du gosier, aux narines, là où les phlegmasies sont pourtant toujours si communes et si tenaces. Nous lui demanderions notamment pourquoi on n'observe ni cette conversion fibreuse, ni les déformations que, selon lui, elle engendre à l'urètre, sur les paupières des enfants chez qui a sévi la *blennophthalmie* aiguë et chronique, non plus que sur le vagin de certaines femmes dont la vie n'est qu'une longue blennorrhagie? La même lésion ne devrait-elle pas produire les mêmes effets? Nous ne nous engagerons pas dans cette voie; car nous ne méconnaissons point l'exactitude de la description donnée par M. Reybard, non plus que l'étendue du service qu'il a rendu en étudiant ce genre

d'altération. Nous ne concluons donc absolument ni pour ni contre l'induration comme cause formatrice des rétrécissements. Nous avons seulement voulu faire voir qu'en l'admettant, on se rend tout aussi logiquement compte de leurs symptômes et de leur évolution que par l'hypothèse d'un tissu anormal, de production nouvelle. Nous avons surtout eu pour but de montrer jusqu'à quel point M. Reybard était en droit d'affirmer, comme il le fait, que « la formation de ce tissu est la *seule* condition à laquelle l'inflammation détermine les rétrécissements ! » (Page 94.)

Le chapitre consacré à la thérapeutique n'offre ni moins de développement, ni moins d'intérêt que le précédent. Du reste, le lecteur qui nous a suivi jusqu'ici peut en pressentir, du moins pour la partie critique, l'esprit et la portée ; car M. Reybard ne fait, à l'égard des méthodes rivales de la sienne, qu'appliquer les conséquences qui découlent des données exposées ci-dessus. Il condamne d'abord (et nous nous associons volontiers à la sentence) la cautérisation, quels que soient ses procédés et la durée de son action. Quant à la dilatation, ses idées sur la constitution anatomique et sur les propriétés physiologiques du tissu des rétrécissements font assez comprendre qu'il doit refuser à ce moyen la valeur d'un agent de cure radicale. La sonde ouvre la stricture, l'élargit momentanément ; mais la rétractilité ramène bientôt l'ouverture anormale à son étroitesse primitive. Les expériences multipliées de l'auteur prouvent que ce retrait est plus prompt et plus complet qu'on ne l'avait cru jusqu'à présent. Quel qu'ait été le volume de la sonde introduite, toujours, aussitôt après son extraction, on peut constater une persistance plus ou moins considérable du rétrécissement. Puis, au bout de quelques jours, la rétraction lente, insensible, a fait disparaître le reste du bénéfice obtenu. Sans doute toutes les augusties ne sont pas, au même degré, réfractaires aux corps dilatants. Aussi ce moyen, que l'auteur a perfectionné, mérite-t-il d'être conservé pour quelques cas particuliers. Mais cependant M. Reybard restreint beaucoup ses indications, et ne le conserve guère que pour amener le rétrécissement à un degré tel d'ouverture que l'urétrotomie devienne ensuite praticable.

C'est à cette méthode, on le sait déjà, que M. Reybard donne une préférence absolue ; c'est elle seule qui lui paraît capable de procurer la guérison radicale. Mais il distingue soigneusement entre les deux procédés selon lesquels on peut l'exécuter, entre la scarification ou section ne portant que sur le rétrécissement, et l'urétrotomie, ou section comprenant la paroi urétrale jusqu'au tissu cellulaire qui sépare le corps spongieux des téguments.

Cette distinction renferme en elle toute la pratique de M. Reybard. A ses yeux, il n'y a pas seulement entre ces deux manières d'opérer une question d'infériorité et de supériorité, un même but dont la première approcherait, que la seconde atteindrait plus complétement. Pour lui, un abîme les sépare ; car, tandis que l'urétrotomie guérit à coup sûr et radicalement, la scarification n'aboutit qu'à aggraver l'état morbide, qu'à augmenter le rétrécissement. Une pareille assertion exigeait des preuves. Voyons donc celles que M. Reybard a au service de sa cause.

Comme la scarification ne divise que le rétrécissement et *une partie* du tissu spongieux sous-jacent ; comme, après cette opération, on est toujours obligé de passer des sondes volumineuses pour entretenir la dilatation qu'elle a produite, voici comment M. Reybard raisonne. Le contact des sondes, s'exerçant alors sur le corps spongieux, partie vasculaire et très susceptible d'inflammation, y détermine en effet une phlegmasie. Celle-ci est tantôt faible et bornée à la plaie, tantôt plus intense, et envahit toute l'épaisseur du tissu spongieux dans toute la circonférence de l'urètre. Elle se termine ordinairement alors par suppuration et formation d'abcès qui s'ouvrent dans le canal. La phlébite, avec résorption purulente mortelle, est à redouter dans ces cas. Mais, quoi qu'il en soit de ces éventualités terribles, et à ne considérer que l'état local, faible ou forte, l'inflammation du corps spongieux amène toujours la récidive, et même l'accroissement ultérieur du rétrécissement, soit parce que les cellules de ce tissu, gorgées par les fluides inflammatoires, s'oblitèrent, contractent entre elles des adhérences, et se transforment en un tissu morbide qui s'atrophie comme une cicatrice, soit parce que ces cellules, détruites par la suppuration, sont remplacées par un tissu inodulaire dont on connaît les propriétés.

Si, au lieu de scarifier le point rétréci, on l'incise dans une longueur de 6 à 7 centimètres et à 4 ou 5 millimètres de profondeur, de manière à diviser, dans toute son épaisseur, *le corps spongieux* qui double l'urètre, des phénomènes bien différents vont suivre cette incision, qui constitue précisément le procédé de M. Reybard. Comme la solution de continuité pratiquée à la paroi urétrale est complète, il n'y a pas besoin d'en tirailler les bords avec violence pour les maintenir écartés. D'autre part, les corps dilatants ne portant plus sur le tissu spongieux, ne développent pas une irritation aussi redoutable. Ainsi la plaie parcourt ses périodes sous une excitation modérée ; elle ne suppure point ; ses bords se cicatrisent isolément ; une pellicule cicatricielle mince, très peu rétractile, se forme également entre eux. Par là un notable élargissement du canal est acquis et devient définitif.

Tel est le parallèle entre l'effet consécutif des deux procédés. Nous en avons emprunté le sens et les termes au texte même de M. Reybard. Hâtons-nous d'ajouter que l'expérience, au dire de l'auteur, a pleinement confirmé les prévisions de sa théorie : c'est une justice à laquelle il a droit, et nous la lui rendons d'autant plus volontiers, que l'analogie, s'il fallait l'écouter seule, nous inspirerait des conclusions toutes différentes. Nous avons, il n'y a qu'un instant, retracé de confiance, d'après M. Reybard, le portrait assombri des suites de la scarification, puis la riante peinture de celles de l'urétrotomie. Mais s'il veut en apprécier sûrement l'exactitude, nous ne demandons au praticien qu'une chose : c'est de rappeler d'abord dans sa mémoire le souvenir des opérations de scarification qu'il a faites ou vu faire, puis de lire ensuite attentivement la série des observations d'urétrotomie que M. Reybard a annexées à son ouvrage. Quelle innocuité d'une part, quelles convalescences simples et rapides ! Sont-ce là les phlegmasies intenses, les abcès, les phlébites, etc., dont on voulait nous effrayer ? Mais, par contre, que devient l'innocuité annoncée pour l'urétrotomie ? En lisant les résultats présentés par son défenseur lui-même, en voyant se succéder les frissons, les accès pernicieux, les défaillances, l'état déplorable (*sic*), le pouls filiforme, etc., on reste convaincu que, pour dresser d'après l'observation le tableau fidèle des accidents afférents à l'un et à l'autre procédé, il faudrait justement retourner le parallèle que la théorie se permettait tout à l'heure de vouloir nous dicter *à priori*.

Ainsi, l'urétrotomie profonde peut guérir, mieux que la superficielle. La raison nous l'apprend, l'expérience le confirme ; nous ne le nions point. Mais le secret en est dans l'étendue même de l'incision qu'elle pratique, et point du tout dans une prétendue immunité contre l'inflammation, et moins encore dans une aptitude spéciale, que les tissus sur lesquels elle porte lui conféreraient, à effectuer seule un élargissement permanent du canal. Des deux procédés, l'un donne un résultat physique, immédiat, plus satisfaisant, une ampliation du canal plus considérable que l'autre : voilà toute la différence entre eux. Maintenant cet avantage réel n'est-il compensé par aucun inconvénient ? C'est ce qu'il faut à présent examiner.

L'urétrotomie, telle qu'elle est enseignée dans ce livre, constitue une opération grave ; cela ne fait pas un objet de doute. Nous aurions mauvaise grâce à vouloir le démontrer à M. Reybard, car lui-même en convient implicitement. Une opération qui provoque des hémorrhagies sérieuses, des gangrènes par infiltration urinaire, des abcès pernicieux aussi intenses, dont les conséquences laissent parfois le malade *trente-six heures entre la vie et la mort* (obs. 14e de M. Reybard) ; une opération que l'inventeur lui-même n'ose pratiquer (obs. 36e) sur les sujets âgés et susceptibles, ne peut prétendre à passer pour l'une des innocentes conquêtes de la chirurgie. Tout n'a pas cependant été dit sur ce point, et nous sommes vraiment peiné d'avoir à suppléer ici au silence de l'auteur. Des cas de mort ont suivi l'application de sa méthode. Outre celui qui arriva devant les commissaires d'Argenteuil (et qui, sincèrement, ne lui paraît pas imputable), il y en a eu un second dans le service et entre les mains de M. Barrière, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en 1852, et un troisième à la Pitié, observé par M. Michon (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, sept. 1852). Pourquoi M. Rey-

bard n'a-t-il point discuté ces faits? Certes, la chose en valait cependant la peine, ne fût-ce que pour déclarer, selon la formule usuelle des inventeurs, que la mort *a résulté de causes étrangères à l'opération*. On aurait pu le croire; car ces revers échus à des chirurgiens fort distingués, il est vrai, ne chargent point la responsabilité personnelle de l'auteur. On aurait pu le croire, car il n'a pas cessé, et ne paraît pas être encore au bout, d'imaginer des perfectionnements à sa méthode, au fur et à mesure que de nouveaux échecs lui en sont venus révéler les côtés faibles ou dangereux. Mais au moins fallait-il qu'il prît la parole; car son mutisme, outre les soupçons désobligeants qu'il pourrait suggérer à des lecteurs connaissant moins bien que nous son caractère, risque au moins de faire penser à tout le monde que, s'il se tait sur ces cas de mort, c'est qu'ils ne sont peut-être pas les seuls, c'est que, tout au moins, il ne saurait comment s'y prendre pour faire absoudre sa méthode.

En résumé, la dilatation, aidée ou non d'une scarification préalable, guérit quelques rétrécissements, en entretient une foule d'autres dans un état très satisfaisant, à la condition de répéter tous les mois un cathétérisme, qui, dans ces circonstances, devient la manœuvre la plus aisée et la plus insignifiante. Nous souscrivons donc, et de grand cœur, à la sentence rendue par la commission d'Argenteuil, qui « *réserve l'opération de M. Reybard pour les cas de rétrécissements réfractaires aux méthodes jusqu'ici connues.* » Nous comprenons à merveille que M. Reybard en appelle de cet arrêt; nous reconnaissons même que, pour le faire casser, ou plutôt pour lui faire donner une interprétation plus large, il a tenté de louables efforts et rassemblé des considérations théoriques qui demandent à être pesées très sérieusement. Mais lorsqu'on passe de la théorie à l'application, il est bien permis à la main qui va opérer d'hésiter un peu plus que celle qui tenait la plume. Pour notre compte, malgré tout l'avenir de la méthode, malgré les sollicitations pressantes de l'auteur, nous attendrions encore quelques nouveaux perfectionnements à son manuel, avant d'oser, comme il le veut, l'employer d'emblée dans tous les cas de rétrécissement organique. Tout au moins serait-il nécessaire d'avoir obtenu d'abord l'assentiment du malade, qui, libre d'opter entre une *opération grave* qui guérit radicalement, et un traitement simple qui pallie le mal au prix d'un assujettissement, pourrait bien, sans méconnaître ses véritables intérêts, se décider pour le dernier. Et encore peut-on légitimement douter si l'assentiment même du malade suffirait pour sanctionner toujours une indication aussi générale de la *section reybarienne*. Séduit par la perspective d'une guérison sûre et prompte, il n'a pas qualité pour connaître, il pourrait se dissimuler les chances fatales qui, jusqu'à présent, en sont la compensation inévitable. C'est alors au médecin, gardien responsable de ce qu'il y a de plus précieux, de décider pour lui, et de refuser l'opération s'il pense que les dangers l'emportent sur la nécessité. Cette doctrine est celle de la saine chirurgie en pareille matière; et nous nous y rallions d'autant plus volontiers, que nous pouvons le faire, sans refuser aux ingénieux travaux de M. Reybard la justice qu'ils méritent, et sans nous mettre en désaccord avec le respectable arrêt académique qui les a récompensés.

P. Diday.

VI.

NOUVELLES.

Mutations dans le corps de santé militaire. — Sont désignés : MM. Chasles pour Versailles, Colonna pour l'armée d'Italie, Letertre-Vallier pour Cambrai, Rivoire pour Toulon, Morazzani pour Versailles, Bertherand pour Lille, Chailan pour Versailles, Corbès pour Belfort, Séré pour Perpignan, Maurel pour le 49e de ligne, Raoul pour le 4e, Pellerin pour le 6e hussards, Dimulle pour l'hospice du Gros-Caillou, Tison pour le Roule, Riégé pour Strasbourg, Chotard pour les Invalides, Lacipière pour Strasbourg, Meurice pour Alger, Piton pour Constantine.

— Le ministre du commerce, de l'agriculture et des travaux publics vient d'adresser une circulaire à tous les préfets pour les inviter à interdire l'usage des tuyaux de plomb, de cuivre ou de zinc dans les brasseries et dans les maisons de détail, la bière pouvant acquérir des propriétés toxiques par suite de son contact avec le plomb.

Choléra. — Le 7 octobre, il n'y a eu à Newcastle que 8 décès par le choléra, ce qui porte le nombre des morts à 1,460; le nombre des diarrhées traitées par les médecins visiteurs n'est pas moindre de 3,500. Il y a eu quelques cas suivis de mort à Walker et à South-Shields.

Depuis la première semaine du mois d'août, où le choléra a fait son apparition à Berlin, le nombre des cas a été de 1,151, dont 740 suivis de mort.

Le nombre des attaques, à Hambourg, a été de 531, dont 277 suivis de mort. Les cinq sixièmes des cas se sont montrés dans les quartiers bas et marécageux de la ville.

A Copenhague : attaques 7,325 et 4,082 décès.

A Stockholm, le nombre des cas a été de 4,078, et celui des décès de 2,424.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Gazette des hôpitaux. — No 119 (Cliniques). — No 191 (Cliniques). — No 120 (Clinique des hôpitaux).

Moniteur des hôpitaux. — No 120 (Clinique étrangère). — No 121. Mode d'action de la vératrine dans le traitement des rhumatismes (analyse d'un travail de M. Marotte). — No 122. Cliniques des hôpitaux de Paris et des départements.

Union médicale. — No 119. Sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde, par *Max. Simon*. (Les fièvres typhoïdes qu'on guérit par le sulfate de quinine sont-elles autre chose que les rémittentes de Sarcone?) — Expériences sur l'absorption cutanée dans le bain, par *Homolle* (sera analysé). — No 120. Vaccination préventive dans les hôpitaux, par *Hervieux*. (Propose de vacciner préventivement pour prévenir la transmission de la variole.) — Salivation produite par le deutochlorure de mercure, par *Rotureau* (observat.). — No 121. Visites préventives contre le choléra en Angleterre, par *A. Latour*.

Presse médicale belge. — No 42. Organisation médicale, par *Hubert Boens*. — Note sur un nouvel agent hémostatique et hémoplastique, par *Pétrequin*, de Lyon. (Le perchlorure de fer étudié comme hémostatique et comme hémoplastique.)

Association medical journal. — No 38. Stérilité chez la femme, par *W. Bayes*, (Etudie successivement, sous ce rapport, l'irritabilité de l'utérus, l'atonie, les causes morales.) — Cancer du côlon descendant et du rectum, par *C.-E. Reeves* (observ.). Traitement du rhumatisme chronique, par *Handfield Jones* (plusieurs observat.; emploi de l'iodure de potassium, du fer, du carbonate de potasse). — No 39. Faits et opinions sur la tuberculose, par *H. Ancell* (recherches statistiques). — Fièvre jaune d'Antigue en 1853, par *Nicholson*.

Gazetta medica (Lombardia). — No 39. Observation d'une gastro-entérite lente, qui, pendant les années 1850 et 1851, atteignit les ouvriers employés aux fortifications et aux travaux du chemin de fer de Vérone, par *Ant. Sissa* (non terminé).

Gazetta medica (Toscana). — Trachéotomie pratiquée pour deux affections aiguës du larynx, par *Salmoni*. (Il s'agit du croup; l'un des enfants a guéri.)

Giornale della r. accad. medico-chirurg., 1853. — No 27. Considération sur un cas *supposé* de morve chez l'homme, rapporté par le *Giornale di med. militare*, par *Lessona*. (L'auteur ne croit pas qu'il s'agisse de la morve.) — No 28. Accouchement : éclampsie, étroitesse du bassin, réduction de la tête par application du forceps; délivrance artificielle. Morceau de cuiller avalé par la malade et rendu par l'anus, par *Varalda*.

Cronica de los hospitales. — No 8. Traitement de la phthisie pulmonaire, par *R. Villargoitia* (examen raisonné des différentes méthodes). — Opération d'un cancer de la mamelle, par *Benavides*.

Livres nouveaux.

L'Ami des hommes, ou Exposé simple des moyens de conserver la santé et de prolonger autant que possible la durée de la vie. — Traité d'hygiène et de médecine appliqué à tous les âges de la vie, et mis à la portée de toutes les conditions sociales, par le docteur *Pétron*. Première partie. In-8 de 16 feuilles. Impr. de Plon.

Lettre sur la syphilisation, par le docteur *Auzias-Turenne*. 28 pages in-8. Chez tous les libraires.

Résumé de physiologie à l'usage des gens du monde et des personnes qui se destinent à l'étude de l'art de guérir; suivi d'un essai sur l'application des lois naturelles ou physiologiques à la santé, aux mœurs et à la législation, par *A. Piccioni*, d.-m. In-8 de 28 feuilles 1/4. Impr. de Fabiani, à Bastia.

Cours d'ophthalmologie enseigné à l'université de Gand, ou Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par *J. Van Roosbroeck*. Bruxelles, 2 vol. gr. in-8, de XVI-740 et 594 pages. 16 fr.

Dietetik der Schwangerschaft (*Hygiène de la grossesse*), von *O. Naegele*. Düsseldorf, in-16. 1 fr. 35

Die am haeufigsten vorkommenden Arten der Unterleibsbrueche (*Hernies abdominales les plus communes*), von *J. Reichel*. Leipzig, in-8. 2 fr.

Die Blatternkrankheit in Patholog. u. Sanitaetspolizeil. Beziehung (*La petite vérole au point de vue pathologique et de l'hygiène publique*), von *Ch. H. Luner*. Berlin, gr. in-8. 5 fr.

Die Falsche Drehkrankheit der Schafe, hervorgerufen durch d. Schafbremse (Oestrus ovus) (*Le faux tournis*), von Dr *Loeve*. Pasewalk, gr. in-8 avec 1 pl. 2 fr.

Notizen fuer prakt. Aerzte über d. neuesten Beobachtungen in der Medicin (*Dern. observ. de méd. prat.*), von *Grœwell*. Berlin, vol. V, prem. partie, gr. in-8. Le volume complet. 23 fr.

Specielle Veterinaer-Nosologie u. Therapie, von *L. Falke*. Leipzig, in-8. 3 fr. 75

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'Ecole-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 21 OCTOBRE 1853. N° 3.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

L'administration de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, *pour être assurée de pouvoir toujours donner à chaque partie de son cadre, notamment à la Revue de la presse médicale nationale et étrangère, un développement suffisant, a décidé qu'un supplément de 8 colonnes serait joint au numéro ordinaire, tous les quinze jours. Avec cette addition, le nombre moyen des colonnes par numéro sera de* 28 *au lieu de* 24, *et le nombre des lettres de* 126,000 *au lieu de* 100,000.

Le premier supplément paraîtra avec le n° 4. — *Le prix reste fixé à* 24 *francs.*

I.

Paris, ce 20 octobre 1853.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — SYPHILIS LARVÉE. — DURÉE DE L'INCUBATION.

Nil novi nec nove. Ainsi pourrait s'écrire d'avance le trop fidèle résumé de toute séance académique où s'agitent les dogmes fondamentaux de la syphilographie. A la vivacité de leurs défis, à l'ardeur qui leur fait saisir le moindre prétexte de rentrer en lice, ne jureriez-vous pas que l'ancienne ou que la jeune école a enfin conquis, de par l'expérimentation ou la logique, de quoi fermer pour toujours la bouche à ses adversaires? La carrière s'ouvre donc ; mais, hélas ! ce sont les mêmes champions qui, sur le même terrain, reviennent avec les mêmes armes se porter les mêmes coups. Puis, la lice fermée, que l'historien veuille enregistrer les résultats de la journée, il ne trouve à placer sur son bulletin qu'un seul mot : *Ajournement.*

Syphilis larvée, — voilà le drapeau autour duquel ont eu lieu cette fois les passes ordinaires, avec les dissidences prévues. Un homme peut-il garder une santé apparente dix, quinze ou vingt ans, puis offrir alors des symptômes constitutionnels? Tel était le problème incidemment déféré au jugement de la docte Compagnie.

Posée en des termes d'une simplicité aussi compréhensive, la question ne devait être douteuse pour personne. Sur le fait général, il y a donc eu entre les contendants un accord dont la vérité a pu un instant être tentée de se féliciter; mais on n'a pas tardé à s'expliquer, et la divergence a reparu.

Pour l'ancienne doctrine, l'évolution syphilitique n'a pas de lois précises. Vingt ans après l'accident primitif — vingt ans de santé irréprochable, — une jetée constitutionnelle peut vous surprendre, quel qu'ait été le traitement de l'affection locale.

Avec M. Ricord, au contraire, la progression de ce virus

FEUILLETON.

Mémoires d'un Bourgeois de Paris (1).

Le coup d'œil que nous nous proposons de jeter sur les *Mémoires d'un bourgeois de Paris* n'aura rien d'indiscret. Ils sont dus à la plume d'un confrère. A ce premier titre, nous avons bien quelque chose à y voir. Quel qu'en fût le contenu, y parlât-on uniquement de Mexico ou des affaires du schah de Perse, nous aurions encore le droit incontestable d'examiner comment notre confrère s'est tiré d'un genre d'exercice qui ne s'apprend pas à la clinique; mais notre curiosité trouve un appât direct et tout à fait légitime dans des récits de pratique médicale, des jugements portés sur quelques célébrités passées et présentes de la profession, des conseils aux ouvriers et aux gastronomes. Sur ce terrain le feuilleton peut hardiment et sans le moindre scrupule donner le bras au bourgeois de Paris.

Un mot d'abord sur l'entente générale et le ton de l'ouvrage.

En littérature, chaque genre a ses conditions, sa forme, son style, sa langue, qui n'ont rien d'arbitraire. Ces conditions peuvent varier sans doute dans la succession des temps; mais leurs variations mêmes, à mesure qu'elles se produisent, deviennent de véritables règles, parce qu'elles sont en harmonie avec l'état présent de la civilisation, et qu'elles ont, dans le milieu littéraire de l'époque, une place définie et rationnelle. Les *chroniques* et les *mémoires*, au temps de Villehardouin et de Joinville, étaient la forme propre de l'histoire. Les *légendes*, les *récits*, les *romans*, les *chansons*, les *sirventes* même du moyen âge, qui tous étaient en grande partie des formes historiques, avaient défiguré les événements par la fiction et par la satire. Les *mémoires* racontaient : c'était le progrès du temps. Mais à mesure que l'histoire s'est agrandie et constituée avec les caractères qu'on lui connaît, les *mémoires* et les *chroniques* ont dû changer de rôle. Ils sont devenus plus anecdotiques, plus confidentiels, et, pour employer une expression qui leur appartient, plus particuliers. Ils ne se sont plus mêlés aux grands événements que pour en montrer le dessous, aux personnages que pour les déshabiller, à moins que des conditions spéciales ne les aient mis en état d'apporter quelque lumière nouvelle. On a alors Saint-Simon, Tallemant des Réaux, l'œil-de-bœuf ou des mémoires historiques. En un mot, les historiens s'étant installés au milieu de la scène, il n'est plus resté aux chroniqueurs que de petits coins... ou la coulisse.

Or ceci nous conduit droit à une petite querelle que nous avons l'in-

(1) Par le docteur Véron. In-8°, t. 1er. Chez de Gonet, rue des Beaux-Arts, 6.

est, comme pour les agents semblables, soumise à des règles constantes. Diverses influences impriment, il est vrai, à sa marche des variations accidentelles ; mais on peut les renfermer dans une limite que l'observation ne dément jamais, en portant à six mois ou un an le maximum du temps que le germe infectant demande pour se trahir par des manifestations générales appréciables. Seul, l'effet des remèdes spécifiques administrés au moment de l'invasion pourrait retarder l'explosion constitutionnelle au delà de ces bornes. Et c'est à cette circonstance que tiendrait l'origine des syphilis larvées, des véroles à échéance indéfiniment retardée.

Eh bien! nous le disons avec assurance, sur ce point spécial, bien déterminé, c'est du côté de M. Ricord qu'est la vérité. L'expérience— nous entendons celle acquise depuis que l'attention a été éveillée sur ce fait, — dépose journellement en résultats d'une admirable consonnance en faveur de sa *loi d'incubation*, d'ailleurs pressentie déjà par Hunter, Nisbet, Vacca Berlinghieri.

Une objection sérieuse attend néanmoins cette doctrine (et l'honorable M. Velpeau s'est chargé de la formuler explicitement à l'Académie) : « Peut-on, dit-il, suivre tous les malades pendant le temps nécessaire pour s'assurer que l'éruption consécutive s'est faite à l'époque précitée? La plupart n'échappent-ils pas, au contraire, à l'observation un ou deux mois après l'apparition du chancre? » Rien n'est plus vrai; mais c'est justement pour ce motif que l'école de M. Ricord n'argue jamais de statistiques *a priori*. La vérification de son principe n'en devient toutefois ni plus difficile ni moins probante. Nous ne pouvons suivre les chancreux : nous en convenons; mais qui nous empêche d'aller attendre les constitutionnels? Or, si nous les retrouvons exacts à l'heure du rendez-vous; si, en les interrogeant, lors de la vérole confirmée, sur la date de leurs antécédents, nous ne sommes jamais forcés de remonter à plus de six mois pour rencontrer l'époque du chancre, cette démonstration n'équivaut-elle pas à celle qui résulterait de longues histoires prises depuis le commencement de l'infection? Ce travail n'est plus à faire. Des cliniciens compétents, M. Henri Lee, M. Bassereau, ont compulsé dans ce sens les observations passées sous leurs yeux; et c'est au nom, l'un de cent vingt-trois, l'autre de cent sept exemples d'évolution strictement déroulée selon les prévisions de M. Ricord, qu'ils ont pu conclure à la justesse de la doctrine. L'objection écartée, l'assertion n'en persiste pas moins. Mais la science, la pratique, la société, tous nos intérêts les plus chers et les plus respectables, engagés dans ce débat, doivent-ils donc se trouver compromis sans remède par l'inconciliable opposition qui sépare des maîtres également dignes de foi? Nous ne le pensons point. Plus nous regardons au fond de cette dissidence, plus nous la croyons entretenue par un simple malentendu. Ceci demande une courte explication.

En matière de syphilis, la latence doit s'entendre de deux manières et a sa place à deux phases bien différentes de la maladie. Elle existe d'abord entre le chancre infectant et la première poussée constitutionnelle. Plus tard, elle se retrouve entre les retours successifs des manifestations diathésiques. Or, l'expérience ne fait que confirmer l'induction la plus naturelle en nous révélant entre ces deux états une dissemblance tranchée sous le rapport de la fixité de leur durée. Car, pendant le premier, le virus agissant de toute sa force, doit subordonner les influences individuelles à sa spécificité propre, tandis que, dans le second, ces causes multipliées de variation ont eu le temps de modifier, d'affaiblir le principe morbide et d'altérer par conséquent la régularité observée à l'origine dans ses effets sur l'organisme.

C'est, nous en avons la conviction, faute d'avoir rigoureusement précisé la *situation syphilitique* des sujets exhibés à l'appui de chaque thèse, que les deux camps se sont trouvés, se sont crus, divisés par un abîme si profond. Ainsi, dans ses exemples de syphilis à long terme, M. Velpeau a probablement eu affaire à des cas de la seconde catégorie. Ces individus qu'il nous montre frappés de vérole constitutionnelle, quinze à vingt ans après l'accident primitif, en avaient eu vraisemblablement déjà quelque signe peu après le chancre, une roséole si aisément méconnaissable, quelques tubercules muqueux du gosier, dont le spécialiste a si souvent occasion de faire faire la découverte à d'insouciants malades. M. Velpeau, en qui nous aimons à personnifier, et qui représente si dignement dans ce qu'elle a de plus sensé, la doctrine ancienne, ne s'offensera pas de la confusion que nous mettons sur le compte de son école. Ne nous y autorise-t-elle pas par le laconisme, condition obligée, il est vrai, dans une discussion académique, des seuls faits qu'elle ait apportés jusqu'ici à l'appui de sa croyance?

De son côté M. Ricord, qui admet les incubations de dix, vingt, trente ans, les juge-t-il également possibles, également fréquentes avant la première poussée secondaire et entre deux récidives? Pour nous, sauf de rares, de très rares exceptions, ce n'est que dans ce dernier cas que nous croirions à un sommeil aussi prolongé de la diathèse. L'influence, toute réelle qu'elle nous paraît, du traitement spécifique

---

tention de faire à notre confrère le bourgeois. « Vers la fin de ma jeunesse, dit-il quelque part, j'avais vu les coulisses de la science, de la littérature, des arts et même les coulisses de l'Opéra. » Plus tard, il a vu les coulisses de la politique. Ceci étant, et songeant au titre du livre, on devait s'attendre à une suite de révélations, de mots à l'oreille, d'anecdotes peu connues, à des éclaircissements inattendus, à des redressements d'opinion, à des tableaux de mœurs, à des portraits nouveaux; le tout, bien entendu, dans les limites tolérées de l'indiscrétion. Sincèrement nous avons été trompé. Il y a bien un peu de tout cela dans le livre de M. Véron; il y en a même assez pour faire prévoir une plus grande richesse en ce genre dans les volumes à venir; mais on y rencontre trop de choses parfaitement connues, telles que l'entrée des alliés à Paris. Nous nous représentons un bourgeois de Paris debout devant la porte de sa maison, les mains dans les poches de son paletot, ou bien rôdant de ci et de là, le parapluie sous le bras, regardant, écoutant, interrogeant et disant son mot. Celui-là nous agréerait fort. Mais si les nouvelles qu'il nous débite sont prises dans le *Moniteur*, s'il nous fait un cours d'histoire, s'il nous répète sur un homme public ce que tout le monde en sait, fût-ce avec beaucoup d'esprit et de sens, nous regrettons un peu qu'il se donne tant de peine.

L'excuse est aisée à deviner. Les faits ou événements rappelés dans le volume sont contemporains de la première jeunesse de l'auteur. Cela est réellement fâcheux. Il est toujours fâcheux que la jeunesse remonte à une cinquantaine d'années. Mais quelle nécessité de faire entrer dans *ses* mémoires des événements publics dont on n'a su rien de particulier, uniquement parce qu'on était né à l'époque où ils se sont passés? Si l'on croit avoir quelque chose d'utile à en dire, la forme proprement historique est là, qui s'y prêterait beaucoup mieux. Et, pour dire notre pensée entière, en lisant les trois chapitres, ceux, par exemple, qui sont intitulés *la Restauration*, *le premier ministère de Louis XVIII*, on se persuade qu'une tentative de ce genre, de la part de notre confrère, ne serait pas sans chances de succès. Mais l'excuse de l'âge n'est même pas de mise en plus d'un endroit. Pour ne pas sortir de nos affaires, dans le chapitre de *la médecine au XIX^e siècle*, il est question des journaux de médecine actuels, de l'Académie impériale de médecine, et des orateurs du lieu. La table des matières aligne les noms de plusieurs confrères, et semble mettre quelque malice dans certains rapprochements. C'est de l'histoire toute moderne. Ouvrez pourtant le livre; rien que cinq ou six phrases, peu compromettantes, mais aussi de peu d'intérêt. Nous devons même le dire, le chapitre donne au public une idée peu exacte de nos sociétés médicales, quand M. Véron nous assure qu'il lit les comptes-rendus de bon nombre de ces

contemporain du chancre, ne saurait entraîner une telle différence dans la rapidité de la première invasion constitutionnelle. Du moins, les deux statistiques citées plus haut, et comprenant un total de 67 cas où le traitement fut institué de cette manière, ne nous montrent le début de la constitutionnelle, retardée par cette cause que d'un espace de temps variant de quinze jours à six mois. Il est vrai que M. Ricord met bon nombre de ces véroles en retard sur le compte de l'infection héréditaire. Mais en recueillant désormais les faits de cet ordre, il fera bien de prendre en considération la remarque de M. Velpeau sur le degré de confiance à ajouter en ce cas au dire des malades qui, une fois pareille jurisprudence établie, incrimineraient sans scrupule leurs ascendants plutôt que de confesser un écart de jeunesse. Cependant leur témoignage étant un élément, mais non le seul, qui puisse servir en semblable circonstance à la constatation de l'origine du mal, nous ne saurions accorder à l'argument, d'ailleurs très judicieux, de l'honorable professeur, la valeur d'une réfutation péremptoire.

Si notre principal but a été de présenter aux deux partis un moyen de conciliation, nous nous reprocherions cependant de terminer sans un mot de reconfort en réponse aux doléances spirituellement exprimées par M. Roux. Nous le ferons d'autant plus volontiers que le baume charitablement appliqué sur cette plaie vive par M. Ricord, ne nous fait rien moins que l'effet d'avoir été placé bien juste à la surface. La vérole déclarée, dit l'un, n'est-on jamais sûr d'en être guéri ? Si elle n'a pas paru dans les six mois, lui réplique-t-on, soyez sûr que vous ne l'aurez jamais. Pour satisfaire aux justes et pressantes exigences qui se cachent derrière la sollicitude du vénérable professeur, nous lui dirons donc, ce que son interlocuteur aurait aisément pu lui rappeler, que: un traitement bien fait lors de la première apparition constitutionnelle, atténue, s'il ne la prévient pas à coup sûr, la récidive future; que les rechutes successives, si, à leur tour, elles subissent une médication convenable, sont de moins en moins graves, s'éloignent graduellement, guérissent de plus en plus vite sous une dose minime et progressivement décroissante du remède; qu'enfin, lorsque les phénomènes ayant suivi ce cours, deux ou trois ans se sont écoulés sans que le sujet, examiné par un homme de l'art, ait offert le moindre signe suspect, il jouit alors contre des atteintes ultérieures d'une immunité aussi complète que celle conférée par la variole contre les chances d'en être frappé de nouveau. P. Diday.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE EXTERNE. — PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Testicule gauche engagé dans l'anneau inguinal; induration de l'épididyme a droite et hernie inguinale du même côté; absence d'animalcules spermatiques, par le docteur G. Piogey, vice-président de la Société médicale d'observation, lauréat de l'École de médecine.

Dans un mémoire sur les oblitérations spermatiques, inséré dans les *Archives générales de médecine*, 4e série, t. XIV, p. 408, et t. XV, p. 40, M. Gosselin a démontré, à l'aide de l'anatomie pathologique, d'expériences sur les animaux, et par l'étude microscopique des liquides contenus dans les vésicules séminales, l'épididyme ou les canaux séminifères, que les voies spermatiques s'oblitèrent comme les conduits des autres glandes.

Dans un second travail, également inséré dans les *Archives* du mois de septembre dernier, travail qui confirme ses recherches antérieures, M. Gosselin établit que l'induration, qui est la conséquence de l'épididymite blennorrhagique, est un obstacle à l'excrétion des animalcules spermatiques, laquelle, venant à exister des deux côtés, entraîne la stérilité sans s'accompagner de symptômes, généraux et locaux, susceptibles d'attirer l'attention du malade ou du médecin. Ce fait d'observation est important au point de vue de sa fréquence et de son influence sur la génération.

M le docteur Follin a publié, dans les *Archives générales de médecine*, 1851, 4e série, t. XXVI, p. 256, un mémoire intitulé : *Etudes anatomiques et pathologiques sur les anomalies de position et les atrophies du testicule.*

Par des études précises et exactes, cet observateur confirme l'opinion de Hunter, à savoir que les testicules retenus dans le ventre ou engagés dans l'anneau ne possèdent pas les qualités qui les rendent propres à la fécondation; dans ce cas, ils présentent sur le vivant une diminution très notable dans leur volume, et sur le cadavre, des modifications profondes dans leur structure; ils perdent l'aspect glandulaire pour revêtir l'apparence fibreuse ou graisseuse, les canaux séminifères s'atrophient, et leur produit sécrété est dépourvu de l'élément fécondant, les spermatozoaires. Les vésicules séminales correspondantes, comme dans le cas d'oblitération de l'épididyme ou du canal déférent, ont le volume normal ou sont distendues.

L'observation suivante est des plus intéressantes; elle présente la réunion des deux lésions décrites, l'une par M. Gosselin, l'autre par M. Follin; elle démontre, en outre, que la compression établie pour s'opposer à l'issue d'une anse intestinale est la seule cause probable de l'induration de l'épididyme : fait d'une haute portée

sociétés, nous ajoutons mentalement que c'est sans doute avec la distraction qu'entraînent les préoccupations d'affaires. « Dans les sociétés libres de médecine et de chirurgie, les praticiens racontent des faits,... chacun y produit son opinion, *toujours* basée sur des faits ou sur des autopsies : la discussion et la controverse *ne choisissent que des arguments pratiques*, ne sortent jamais des limites de l'observation et de l'expérience... Lorsque tous les faits, examinés, discutés, contrôlés dans ce conseil d'état, *sont assez nombreux pour fonder en médecine tonte une discussion, toute une législation*, ces nouvelles doctrines, ces nouvelles législations médicales *se produisent au sein de l'Académie de médecine*, qui décrète à son tour, rejette, amende ou vote les projets de lois. » Certes, les sociétés libres transformées en conseil d'État, et l'Académie impériale en corps législatif, ne peuvent qu'être fort reconnaissants au bourgeois de Paris; il serait fort avantageux, pour les médecins en général, que le monde les crût en possession d'une sorte de code. Mais l'intérêt *sacré* de la vérité (et pour le coup il faut qu'il le soit, *sacré !*) nous oblige à confesser qu'il n'en est rien. Force nous est aussi de déclarer que les sociétés libres sont loin de cette sagesse pratique dont on leur fait honneur, et qu'elles se permettent plus souvent que de raison des *doctrines* et des *législations* médicales. Une assez longue expérience de la chose nous permet d'en donner à notre confrère l'assurance la plus formelle.

Mais les pires choses ont leur bon côté. Si le regard du bourgeois de Paris n'a pas porté bien loin dans le domaine de la médecine; s'il est fâcheux que, docteur lui-même et, avec un juste orgueil, aimant à se parer de ce titre, il n'ait pas mis à profit ses nombreuses accointances avec un corps où il est regretté pour entrer plus avant dans la coulisse, nous sommes heureux, du moins, qu'il ait passé sous silence beaucoup de choses qu'il a pu voir sans beaucoup d'attention. La coulisse ! ah ! c'est là qu'elle est longue, étroite, sinueuse, tortueuse, obscure, pleine de recoins, de cachettes, de trappes, d'oubliettes, de piéges, de périls de toute sorte pour la morale, pour la santé publique, pour la dignité de la science et de la profession ! Rivalités de savants, rivalités de praticiens, que de ruses et d'embûches ! Il y en a eu, depuis une dizaine d'années, d'opiniâtres, de terribles, capables de durer *usque ad mortem*, et qui pourraient fournir de précieuses pages aux amateurs de scandale. Rivalités de journaux, voilà le plus beau ! C'est là que fleurit l'artifice dans son plus riche et son plus magnifique épanouissement ! chaque jour amène le sien. Le malheureux abonné, tiraillé, ballotté, ne sait où courir. Il est devant les rabais à peu près comme le vieux rat devant le bloc enfariné :

> Je soupçonne dessous encor quelque machine,

et nous ne serions pas étonné qu'il prît un jour le parti de se priver totale-

pratique, qui doit engager les chirurgiens à rechercher les modifications présentées par le canal déférent, lorsqu'il a été comprimé par la pelote d'un bandage pendant plusieurs années, et surtout pendant l'enfance.

OBS. — M. X..., âgé de trente ans, d'une faible complexion, marié depuis plus d'une année, nous consulte pendant le mois de septembre dernier, afin de savoir s'il peut avoir des enfants.

Né à Paris, et à terme, d'un père et d'une mère vivants et bien portants, élevé dans l'aisance, allaité pendant plus d'une année, vacciné, non variolé, M. X... n'a jamais eu d'hémoptysie, d'engorgement ganglionnaire. Il n'est pas sujet à s'enrhumer; il croit avoir eu la rougeole dans son enfance. Rarement alité jusqu'à douze ans, il est maladif, chétif, sujet à de fréquentes diarrhées qui surviennent sans cause appréciable. Un fruit, des légumes, de la salade, le moindre écart de régime déterminent un dérangement des fonctions intestinales. Pendant son séjour au collége, la santé s'améliore, mais il s'adonne à l'onanisme.

Les testicules restés dans l'abdomen jusqu'à quinze ans, s'engagent; celui de gauche s'arrête dans l'anneau inguinal, où il contracte des adhérences intimes, celui de droite descend dans le scrotum, entraînant avec lui une anse intestinale qui exige l'application d'un bandage pour maintenir l'intestin dans sa cavité naturelle. Premiers rapports sexuels à dix-huit ou dix-neuf ans, rares jusqu'à vingt-trois ans, époque à laquelle survient un écoulement peu abondant qui cesse en moins d'un mois par l'administration de tisanes et de sirops. On supprime le bandage après l'avoir porté quatre ans, et la hernie se reproduit en montant à cheval.

En 1847, après des rapports sexuels répétés deux ou trois fois chaque nuit pendant plusieurs semaines, une blennorrhagie se déclare et persiste trois mois environ à l'état aigu. Elle est traitée par le cubèbe, le copahu en opiat, par des injections de nitrate d'argent, de sous-acétate de plomb à doses caustiques et astringentes dont on ignore la composition exacte, ces médicaments étant prescrits et délivrés par le pharmacien.

Bien qu'il n'y ait jamais eu d'ulcérations sur le pénis, de taches à la peau, d'engorgement ganglionnaire inguinal, d'alopécie, de douleurs ostéocopes, on prescrit, pendant près de six mois, des préparations mercurielles à l'intérieur, liqueur de Van-Swieten, sirop de deuto-iodure-ioduré. Cette médication détermine une stomatite intense et la fongosité des gencives; alors on redouble la dose des préparations hydrargyriques, dans le but de combattre les prétendus accidents syphilitiques qui étaient le résultat de la médication intempestive.

En 1849, après deux années de durée, l'écoulement n'avait pas cessé. M. X. était tombé dans une mélancolie profonde; il éprouvait, disait-il, des bourdonnements d'oreilles, des chatouillements du nez; et de ce que les gencives persistaient à être fongueuses, l'haleine fétide au point de l'obliger à interrompre ses relations du monde, il était convaincu d'être atteint d'une syphilis constitutionnelle qui devait entraîner les accidents les plus graves. Dans une telle disposition d'esprit, M. X... avait souscrit un billet, s'élevant à la somme de mille francs, à un charlatan qui entretenait sa crédulité, et lui cautérisait le pharynx pour de prétendues ulcérations qu'il produisait et perpétuait par des cautérisations répétées deux fois par semaine.

M. X... nous consulte pour la première fois au mois de juillet 1849; il est d'une frêle constitution; il a la peau blanche, fine, presque diaphane; la physionomie régulière; la barbe et les cheveux noirs, soyeux, bien plantés et abondants; la poitrine est étroite, les muscles de la vie de relation peu développés, les formes sont arrondies, la taille est de 1 mètre 80 centimètres. Le moindre travail physique détermine de la fatigue, du malaise; la course est pénible, occasionne de l'oppression; il n'a jamais fait de gymnastique. Pusillanime, sans énergie, d'une intelligence ordinaire, non passionné, il a un caractère bizarre, et manque de spontanéité dans la pensée et l'exécution de ses projets.

État présent. Un léger suintement urétral persiste, les gencives sont fongueuses et saignent au moindre contact, les dents vacillent dans leurs alvéoles, l'haleine est d'une fétidité repoussante, la diarrhée est presque continuelle. Des injections astringentes, à doses progressivement croissantes, guérissent l'écoulement urétral en moins d'un mois; des gargarismes acides et astringents végétaux, au citron, au quinquina, etc., raffermissent les gencives, et l'haleine perd sa fétidité. Enfin, sous l'influence des préparations ferrugineuses et toniques, des bains de mer et de barèges factices, les forces reviennent, la diarrhée cesse. Depuis cette époque, les digestions et toutes les fonctions s'exécutent normalement, et il peut impunément se livrer à quelques écarts de régime.

Marié, M. X... accomplit les devoirs conjugaux plusieurs fois par semaine sans éprouver de fatigue.

Le 15 septembre 1853, l'examen des organes génito-urinaires donne les résultats suivants :

Le pubis est couvert de poils nombreux; le pénis, régulier, est d'un volume au moins ordinaire; le prépuce ne recouvre pas le gland, le jet d'urine est large sans être vigoureux; la peau du pli de l'aine est épaissie à l'endroit où appuie la pelote du bandage.

Le testicule droit, seul descendu dans le scrotum, est souple et régulier; il a, dans sa plus grande circonférence, 14 à 15 centimètres. L'épididyme, sans présenter d'hypertrophie, est dur, comme fibreux; le canal déférent, très facile à percevoir dans sa portion funiculaire, semble ne pas avoir la fermeté ordinaire, et il est difficile de le distinguer des autres éléments du cordon, au moment où il s'engage dans l'anneau inguinal, qui donnerait passage à l'anse intestinale, si l'on supprimait le bandage.

Le testicule gauche fait saillie sous les téguments de la région inguinale; aplati, légèrement atrophié, plus mou que l'état normal, il a contracté des adhérences dans le canal inguinal, et il est impossible de lui faire franchir l'orifice interne et l'orifice externe. A l'époque de la puberté, cette glande a été le siége de douleurs assez vives qui ont nécessité l'application de cataplasmes pendant quinze jours. Du côté droit, il n'y a jamais eu d'épididymite blennorrhagique ou d'inflammation d'une autre nature, pouvant expliquer l'induration constatée; cet organe n'est le siége d'aucune douleur, d'aucune tension pendant ou après le rapprochement sexuel. M. X... croit se rappeler, cependant, qu'à des époques indéterminées, et sans cause appréciable, cette glande était plus douloureuse et plus lourde qu'à l'ordinaire.

Le 18 septembre, un rapprochement sexuel a lieu; le liquide éjaculé a une odeur légèrement sulfureuse; il est laiteux et à peine visqueux; il est en si petite quantité, qu'il ne peut être réuni en collection. Le microscope y démontre des cellules épithéliales en très grand nombre, des cellules graisseuses jaunâtres et des granules moléculaires grisâtres; mais il est impossible d'y découvrir un seul spermatozoaire.

Le 16 et le 17, même résultat fourni par l'examen de produits provenant de rapports sexuels différents.

Le 23 septembre, après une continence de six jours, le liquide est plus abondant, plus visqueux; il a l'odeur *sui generis;* mais, au microscope, on ne découvre que des cellules épithéliales, des granules moléculaires et pas de spermatozoaires.

---

ment de journaux, afin d'être bien sûr d'en avoir pour son argent. Oui, merci au bourgeois de Paris de n'avoir pas ouvert toute grande, aux regards d'un public avide, la porte de notre ménage, et de n'avoir décoché contre la presse médicale que ce petit trait : « On écrit beaucoup trop en médecine. » — A qui le dites-vous?

On pourrait trouver, dans le livre même, le motif de cette honnête discrétion. M. Véron exprime en plus d'un endroit la haute idée qu'il se forme de la mission scientifique et sociale du médecin; il était naturel qu'il ne divulguât pas les misères dont souffre la profession tout entière. En ceci, notre confrère a montré autant de jugement que de bon goût. Quel est aujourd'hui le littérateur, qui, ayant comme M. Véron commencé sa carrière dans les hôpitaux pour la poursuivre à travers l'Opéra et la politique, n'eût cru se devoir à lui-même cette preuve d'esprit de se moquer un peu de la médecine? L'auteur est bien loin d'y songer. « J'aimais, dit-il, cette étude, cette pratique si émouvante de la médecine, et lorsqu'il fallut renoncer à continuer ces travaux qui n'avaient cependant pas été sans fruits, j'en éprouvai des regrets pleins d'amertume. » Dans un autre endroit : « L'étude de la médecine élève l'âme, donne de la force et de la virilité à l'esprit et au caractère, et inspire cette haute et courageuse philosophie qui ne saurait exclure ni les dogmes de la religion ni les élans de la foi. » Enfin, quand il crayonne à la hâte les figures de Portal, Dubois, Larrey, Boyer, Dupuytren, Récamier, Hippolyte Royer-Collard, quand il disserte sur les causes morales des maladies, quand il esquisse l'hygiène de l'ouvrier et de l'homme riche, on sent un esprit né pour comprendre la science médicale et un cœur fait pour l'appliquer.

Un mot d'éloge encore, non pour adoucir les innocentes critiques de tout à l'heure; elles ne sont pas de nature à agacer beaucoup cette fibre chatouilleuse que l'auteur avoue quelque part, mais pour constater un vrai mérite de style. M. Véron écrit un peu librement, même parfois avec le laisser-aller d'un amateur; mais il possède l'art de façonner son langage à l'objet dont il s'occupe, tour à tour grave et spirituel, suivant qu'il convient. Il a par intervalles des traits vifs, des tours heureux, et qui se fixent dans l'esprit, comme celui-ci : « Le moins habile des gardes du commerce est un Nemrod, j'allais dire un Robin des Bois; mais le garde du commerce ne chasse pas la nuit. » Il parle encore de ces marchandes de modes du temps de l'empire qui vendaient bon marché *tout ce qu'on voulait bien leur acheter*... Mais nous sortons un peu trop de notre spécialité, et c'est, si nous ne nous trompons, le bon moment pour finir.

A. DECHAMBRE.

L'observation précédente a donc pour sujet un homme de trente ans, d'une taille au-dessus de la moyenne, bien constitué, dont le système musculaire est médiocrement développé, non passionné, qui n'a pas fait d'excès prolongés de femme, qui accomplit sans fatigue, sans malaise, les fonctions de copulation. Ni les maladies dont il a été atteint, ni les traitements auxquels il a été soumis pour une affection qui ne présentait aucun symptôme syphilitique, ne peuvent nous servir à expliquer l'absence des animalcules spermatiques.

Plusieurs médecins, basant leur opinion sur les caractères extérieurs de la virilité, sur l'aspect des organes de la génération, sur la narration des circonstances qui accompagnent le rapprochement sexuel, ont assuré à M. X... qu'il possédait toutes les qualités nécessaires pour la fécondation. Consulté sur la même question, nous avons soumis le sperme à l'examen microscopique, afin de décider immédiatement si la cause apparente de stérilité dépendait du mari ou de la femme, et arriver à la solution de la question par voie d'élimination. Le liquide, examiné à quatre reprises différentes, à plusieurs jours d'intervalle, a donné des résultats négatifs constants et identiques, c'est-à-dire des cellules d'épithélium pavimenteux, des corpuscules grisâtres et des cellules graisseuses, sans un seul spermatozoaire.

Remontant ensuite de l'effet à la cause, cherchant à découvrir la relation qui existe entre la perturbation fonctionnelle et les lésions matérielles, nous avons reconnu que ce fait, en présentant à droite une induration de l'épididyme, et à gauche un testicule engagé dans l'anneau, confirmait les observations de MM. Gosselin et Follin.

Quelles sont les conditions particulières qui ont favorisé le développement de ces dispositions anormales?

L'induration épididymaire ne peut être attribuée à une inflammation développée sous l'influence des blennorrhagies antérieures, l'épididyme n'ayant jamais été le siége d'aucune tension, d'aucune douleur.

La compression établie sur la longueur du canal inguinal, pour s'opposer à l'issue de l'intestin, est la seule cause que nous puissions interpréter comme ayant déterminé l'induration de l'épididyme.

Nous ignorons complétement quel changement s'opère dans le canal déférent comprimé entre la pelote d'un bandage et la branche horizontale du pubis.

Quelles que soient les raisons que nous alléguions, elles resteraient à l'état de supposition, et leur valeur serait très minime dans la question. Mais nous demanderons quelque lumière à deux autres faits empruntés aux travaux de M. Gosselin. Il rencontre sur le cadavre d'un homme de vingt-cinq ans environ, une induration de l'épididyme et une atrophie du canal déférent, au niveau de la région inguinale, dans une étendue de 8 à 10 centimètres, en y comprenant les parties attenantes funiculaires et ventrales. Ne trouvant aucune trace d'opération sur le scrotum, il reconnaît qu'il est très difficile et même impossible d'expliquer l'oblitération et la disparition partielle du canal déférent, et cet observateur en conclut que le sperme, arrêté dans sa marche par l'oblitération du canal excréteur, s'est accumulé dans l'épididyme, et en a déterminé la dilatation et l'induration.

Disons pourtant que cette réflexion de M. Gosselin est plutôt la constatation du fait que l'explication de la cause.

La lésion de l'épididyme doit être postérieure à celle du cordon. En effet, la compression dans un point du canal déférent a dû agir comme dans le cas où M. Gosselin en a fait l'excision sur un chien. Lorsque l'animal fut sacrifié six mois après, on trouva l'épididyme dilaté et induré, sans qu'il y ait eu d'inflammation. La section d'une partie du canal déférent, ou une compression prolongée vers une partie de sa longueur, doit entraîner les mêmes lésions, la dilatation et l'induration de l'épididyme. Aussi regrettons-nous que, dans le fait rapporté par M. Gosselin, où le canal déférent était atrophié juste au niveau du canal inguinal, on n'ait pas recherché et noté s'il existait une hernie pour laquelle on aurait appliqué un bandage dans l'enfance.

Si notre opinion est fondée, l'application des bandages chez les jeunes enfants mérite une sérieuse attention. A une époque où les organes importants de la génération ont besoin d'être placés dans les conditions physiologiques les plus favorables pour accomplir les diverses périodes de leur évolution, époque à laquelle le canal déférent n'est pas formé d'un tissu dur et résistant comme dans la virilité, ce canal doit nécessairement s'oblitérer quand il est comprimé pendant plusieurs années entre la pelote et la branche horizontale du pubis.

Telle est la question que nous posons, et qu'on résoudra par des recherches anatomo-pathologiques sur les personnes qui auront porté des bandages pendant leur enfance.

En résumé, nous avons rapporté un exemple de stérilité chez l'homme, démontré par l'examen microscopique, et qu'aucun phénomène ne pouvait faire soupçonner.

Avant les travaux de MM. Gosselin et Follin, on savait, d'après les recherches de Hunter, de Swammerdam, etc., que le testicule est l'organe exclusif de la sécrétion fécondante. Spallanzani, MM. Dumas et Prévost, avaient prouvé, par leurs admirables expériences physiologiques, que le contact immédiat du produit du mâle avec l'œuf est indispensable pour l'accomplissement de la fécondation : on savait que les vésicules séminales, les glandes de Cooper, les follicules mucipares sécrètent un liquide destiné à s'ajouter au produit des testicules ; mais les médecins, dans la pratique, oublient trop souvent leurs études physiologiques ; ils jugent à tort de la fécondité chez l'homme, d'après l'inspection des organes, les désirs impétueux, le nombre de rapprochements sexuels auxquels on satisfait.

Comme il est démontré que des lésions occasionnent la stérilité, sans se traduire par des troubles fonctionnels susceptibles d'éveiller l'attention du médecin, il faut donc, lorsqu'un doute s'élève sur ce sujet, recourir à l'examen microscopique du liquide excrété. Si l'on ne découvre pas de spermatozoaires, il faut rechercher les lésions qui existent, pour établir, par l'appréciation de leurs combinaisons variées, leur signification exacte au point de vue de la reproduction de l'espèce.

Non seulement les voies spermatiques peuvent s'oblitérer comme les conduits des autres glandes, mais plus facilement et plus fréquemment en raison de la longueur du conduit unique que les animalcules sont obligés de parcourir, longueur qui est de 32 pieds pour l'épididyme, et de 1 pied environ pour le canal déférent, indépendamment des obstacles qui peuvent naître des flexuosités et des directions variées de ces conduits. Si une compression sur le canal déférent, une inflammation qui se propage à l'épididyme, entraînent la stérilité, on est conduit à se demander quel peut être l'effet d'une continence prolongée qui aurait déterminé une tension douloureuse par suite de la réplétion des canaux séminifères, comme on le constate à la suite de désirs incessants et longtemps comprimés.

En terminant, nous insisterons sur quelques réflexions générales. Les lésions qui entraînent la stérilité chez l'homme doivent être classées dans deux divisions : la première comprendra la stérilité confirmée avant l'époque de la puberté, lorsque les deux glandes n'ont jamais sécrété d'animalcules et n'en sécréteront jamais. Dans ce cas, quelle que soit l'altération, atrophie, déplacements, etc., elle s'accompagne d'un ensemble de symptômes qui sont constants. Par exemple, la voix conserve son timbre aigu, le tissu cellulaire graisseux l'emporte sur le tissu musculaire, les formes sont arrondies ; tous les caractères moraux, intellectuels et physiques qui caractérisent la virilité sont remplacés par ceux qui sont propres au sexe féminin.

Dans la seconde division, on classera les cas de stérilité confirmée produits après l'époque de la puberté, ou qui portent plutôt sur l'excrétion que sur la sécrétion des testicules. Alors l'absorption des animalcules spermatiques s'opère soit dans l'épididyme, soit dans les canaux séminifères ; les symptômes généraux n'existent pas, et la constitution, le tempérament ont pu arriver à leur complet développement, à leur maturité, sans ressentir dans leur évolution les effets fâcheux qu'entraîne l'atrophie ou l'absence des organes de la génération.

Un de nos clients, âgé de plus de soixante ans aujourd'hui, a

subi il y a vingt ans la castration complète pour des altérations cancéreuses des testicules. Les formes extérieures du corps n'ont subi aucune transformation; il a conservé sa vigueur, son énergie et son activité intellectuelle.

Si l'état de la science permettait d'apprécier les lésions, les vices de conformation, les perturbations fonctionnelles qui sont un obstacle à la fécondation de la part de l'homme, on verrait qu'il est cause de la stérilité beaucoup plus souvent que la femme.

Il est des cas nombreux où l'attention du médecin n'est éveillée par aucun symptôme et qui ne sont pas soupçonnés par ceux qui sont atteints de cette malheureuse infirmité, et n'éprouvant aucun trouble dans la succession des phénomènes qui s'opèrent pendant le rapprochement sexuel.

En présence d'une question aussi obscure et aussi complexe, appelé à porter un jugement entre deux personnes unies par les liens indissolubles du mariage, on devra, après s'être rendu compte de la position de l'utérus chez la femme, de la dilatation du col, etc., recourir à l'examen microscopique du sperme, afin de remédier à l'infirmité si elle est accessible à nos moyens thérapeutiques, ou apprécier, par la narration des antécédents, la cause probable de cette perturbation.

Moins l'infirmité offrira de chances de guérison, plus on devra apporter de réserves dans son jugement, dans la crainte de compromettre l'honneur et la dignité des familles. Mais, consulté par un jeune homme, on ne doit point lui déguiser la vérité sur une question aussi grave et aussi délicate.

PATHOLOGIE INTERNE. — HÉMATOLOGIE.

Mémoire sur les caractères de l'urémie (accumulation de l'urée dans le sang), par le docteur E. Schottin (de Kostritz, principauté de Reuss) (1).

Les troubles du système nerveux ont été souvent observés dans les rétentions partielles ou complètes de l'urine. La dégénération chronique des reins ou maladie de Bright nous fournit surtout le tableau le plus complet du dérangement des fonctions nerveuses, sans que jusqu'à présent, à ce qu'il me semble, on ait établi d'une manière bien nette quelles sont les causes, ou tout au moins les conditions, auxquelles sont liées l'apparition ou la cessation de ces désordres.

Souvent des lésions du côté des organes des sens, tels que la dureté de l'ouïe, des bourdonnements d'oreille, des éblouissements, quelquefois même un commencement d'amblyopie, des étourdissements, de la tendance au sommeil, trahissent le début d'une maladie de Bright, alors même que les malades n'ont encore ressenti aucun autre symptôme ni remarqué une diminution dans l'excrétion de leurs urines. D'où viennent ces troubles des sens qui accompagnent l'urémie? L'expérience nous apprend que l'injection de l'urée dans le sang des animaux, ou l'extirpation des reins, qui a les mêmes conséquences, ne sont pas suivies plus rapidement de symptômes menaçants que la simple ligature des veines rénales, d'où il résulte que l'organisme animal peut contenir dans le sang, et circulant avec lui, une quantité assez grande d'urée, sans en souffrir d'une manière notable. S'il est prouvé que l'urée ne détermine par elle-même aucune anomalie dans l'activité nerveuse, alors même qu'elle se trouve dans le sang dans des proportions bien supérieures à celles de l'état normal, il est dès lors permis de penser que ce principe (produit normal du sang, qui en renferme de petites proportions) se comporte dans le sang, pendant un certain temps au moins, comme une substance indifférente. Ne pouvant dès lors expliquer les symptômes cérébraux chez les urémiques par la présence de l'urée dans le torrent circulatoire, on les a attribués à la formation dans le sang de carbonate d'ammoniaque, transformation ultérieure de l'urée. Quelque séduisante que soit cette hypothèse, et bien que les expériences faites sur les animaux à l'aide d'injections de carbonate d'ammoniaque paraissent militer en faveur de la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque pour la production des accidents cérébraux de l'urémie, je ne puis cependant souscrire à cette manière de voir. De nombreuses observations sur les malades, et aussi les expériences sur les animaux, m'ont inspiré des doutes sérieux à l'endroit de cette théorie. Toutefois, avant de chercher à faire prévaloir une autre opinion sur la cause de l'apparition des symptômes nerveux, j'entrerai d'abord un peu plus avant dans l'étude de l'urémie, et j'étudierai quelques autres symptômes de cette maladie, leurs causes et leurs complications.

(1) Traduit des *Archiv fuer physiologische Heilkunde*, von *Vierordt*, livr. du 15 janvier 1853, p. 170.

Quoique le médecin ne soit pas appelé en général à formuler un diagnostic précis sur l'état pathologique d'un malade, d'après la seule inspection des symptômes extérieurs, cependant il se présente assez souvent des cas (principalement dans la pratique des hôpitaux) où il est nécessaire d'établir un diagnostic approximatif sur la connaissance des antécédents et sans qu'il soit possible de s'éclairer par l'examen de l'urine. Dans ces conditions, le diagnostic de l'urémie exige quelquefois un œil très exercé. Il y a plus; dans des cas rares, l'examen chimique et microscopique de l'urine, que l'on considère comme fournissant des signes infaillibles, ne suffit pas pour asseoir le diagnostic sur une base inébranlable.

En effet, de même qu'il arrive de temps en temps de rencontrer de l'albumine dans l'urine pendant le cours d'une fièvre typhoïde, sans y rencontrer toutefois des *cylindres fibrineux* (1), de même il peut arriver (le fait s'est présenté à nous) que l'urine sécrétée par un rein rempli de granulations ne renferme point de *cylindres d'épithélium*, et que cette condition importante fasse défaut pour la fixation du diagnostic.

Il y a plus. La présence d'une quantité, même assez considérable, de cylindres d'épithélium dans l'urine, qui pourrait faire croire à l'existence d'une affection caractérisée anatomiquement par des lésions pathologiques du côté des reins, et qu'à raison des désordres des organes des sens et de l'intelligence, on serait tenté de prendre pour signe d'urémie, se montre quelquefois accompagnée des mêmes symptômes dans le cours d'une phlébite utérine.

Au commencement de l'hiver de l'année passée, l'occasion s'est présentée à moi d'examiner, à diverses reprises, l'urine de femmes malades de suites de couches. Ces recherches microscopiques et chimiques ont été faites dans la maison générale d'accouchement de Vienne. L'urine de onze femmes nouvellement accouchées et atteintes de pyémie (pus dans le sang) et de phlébite utérine présenta six fois une quantité notable de cylindres d'épithélium. La quantité d'albumine contenue dans l'urine était tout à fait insignifiante, et dépendait, pour la plus grande partie au moins, des lochies mélangées au liquide urinaire. Relativement à la proportion des cylindres fibrineux, l'albumine ne se trouvait donc point dans les mêmes rapports qu'on observe ordinairement dans la dégénérescence graisseuse des reins. Quant à ce qui concerne les cylindres d'épithélium, ils n'avaient point l'apparence de parties de formation nouvelle. Ils se présentaient, pour la plupart, comme des cylindres colorés par un pigment foncé, ne se laissant point traverser par la lumière. On peut supposer que, dès l'époque de la grossesse, et par suite de changements de la circulation abdominale et des difficultés de l'excrétion de l'urine, l'épithélium des canalicules urinaires s'était épaissi, et qu'il ne s'était détaché pour être excrété que quand la fonction des reins avait repris son rhythme normal. On pouvait dans ce cas, d'autant mieux se laisser abuser et attribuer la présence de cette quantité considérable de cylindres fibrineux à la maladie de Bright, que les phénomènes de la pyémie aiguë ont une grande analogie avec les symptômes de l'urémie. Mais l'autopsie ne révéla aucun changement appréciable dans la constitution anatomique des reins; bien plus, il fut facile de constater, dans la plupart de ces cas, l'existence de la pyémie caractérisée par la décomposition des caillots sanguins placés à l'intérieur des vaisseaux, dans le foyer de l'inflammation. Les reins d'ailleurs ne présentèrent jamais de foyers secondaires.

(1) Les expressions de cylindres fibrineux et cylindres d'épithélium sont synonymes pour l'auteur. L'expression de cylindre fibrineux signifie vraisemblablement que la portion du plasma du sang qui s'organise pour former l'épithélium est la fibrine (partie coagulable), tandis que l'albumine reste à l'état liquide au milieu de l'urine, et est excrétée sous cette forme.

J'ai négligé, malheureusement, d'examiner l'urine des femmes enceintes et des nouvelles accouchées bien portantes; je ne puis, par conséquent, donner aucun renseignement sur le moment de l'apparition des cylindres fibrineux dans l'urine. Cependant je considère la formation de ces cylindres fibrineux comme un phénomène de la grossesse, et je pense que les changements qui s'opèrent chez la femme à la suite de l'accouchement en déterminent la séparation et l'excrétion.

Nous avons dit déjà qu'on avait attribué les accidents qui accompagnent la dégénérescence des reins dans la maladie de Bright à la transformation de l'urée, contenue dans le sang, en carbonate d'ammoniaque. Le fait capital de cette théorie est celui-ci : c'est que, tandis que l'injection de l'urée dans le système veineux des animaux n'est accompagnée d'aucune anomalie dans les fonctions nerveuses, l'injection du carbonate d'ammoniaque, au contraire, est suivie immédiatement des symptômes nerveux considérés comme caractéristiques de l'urémie. On ne peut le nier, les symptômes qui surviennent après l'injection du carbonate d'ammoniaque ont une grande analogie avec les phénomènes de l'urémie. Mais combien peu sont appréciables les changements de la masse du sang dans le début d'une fièvre typhoïde, d'un exanthème ou d'une pyémie aiguë, alors que les phénomènes qui accompagnent ces débuts sont de tous points semblables à ceux de la rétention de l'urine! Quoi de singulier à ce qu'une substance aussi différente des éléments du sang que l'est l'ammoniaque, substance qu'on ne rencontre dans aucun point de l'organisme animal, pas même dans la sueur au moment où elle est sécrétée, quoi de singulier, dis-je, à ce que cette substance entraîne, aussitôt qu'elle est injectée dans le sang, des phénomènes redoutables du côté du système nerveux? N'y a-t-il d'ailleurs que le carbonate d'ammoniaque qui, injecté dans les veines, détermine le groupe des symptômes qui accompagnent l'urémie, et d'autres substances chimiques ne causent-elles pas des accidents analogues lorsqu'on les introduit dans l'organisme vivant?

J'ai tenté quelques expériences par l'injection des sulfates salins dans les vaisseaux d'animaux vivants. Ces sels, on le sait, n'existent normalement dans le sang que dans des proportions insignifiantes. A cet effet, j'ai introduit dans les veines crurales de trois chiens une solution médiocrement concentrée de sulfate de soude et de sulfate de potasse. Les suites de l'injection furent les mêmes que si j'avais injecté du carbonate d'ammoniaque. Il n'y eut que l'expiration gazeuse de l'ammoniaque par les voies respiratoires qui fit défaut. Au reste, l'expiration de l'ammoniaque par les poumons après l'injection du carbonate d'ammoniaque dans les vaisseaux, n'a rien qui doive surprendre. L'ammoniaque, en sa qualité de substance volatile, doit être plus promptement excrétée par les poumons que par le tube digestif ou par les reins. On peut se convaincre facilement que d'autres substances également volatiles, telles que l'alcool et l'éther, apparaissent promptement dans les produits de l'expiration lorsqu'on en introduit une certaine proportion dans le tube digestif. Il résulte de tout ceci que les résultats de l'injection du carbonate d'ammoniaque chez les animaux ne peuvent fournir une explication suffisante sur l'origine des symptômes nerveux de l'urémie.

Pour expliquer les phénomènes nerveux de l'urémie par la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque, on s'appuie encore sur ce fait, savoir, qu'on trouve de temps en temps des malades qui, plongés dans un état comateux, présentent une expiration ammoniacale. Mais les recherches faites à cet égard dans les hôpitaux, à l'aide d'une baguette de verre humectée d'acide chlorhydrique et placée près de la bouche du malade, ces recherches, dis-je, ne peuvent fournir aucun résultat probant. En effet, aussitôt qu'une salle renfermant un grand nombre de malades n'est pas suffisamment ventilée, et c'est souvent le cas dans les salles de clinique, il se forme spontanément un léger nuage sur l'extrémité de la baguette de verre trempée dans l'acide chlorhydrique. D'ailleurs un grand nombre d'essais de ce genre m'ont convaincu que (le matin surtout alors que la bouche n'est pas nette), beaucoup d'autres malades, et aussi des personnes saines, font naître, par l'expiration, un précipité très notable sur une baguette de verre humectée d'acide chlorhydrique.

Considérant donc ce mode d'investigation à l'aide de l'acide chlorhydrique comme tout à fait insuffisant, j'ai cherché à arriver, par une autre méthode, à des résultats plus positifs. Cette méthode a consisté à placer devant la bouche du malade un papier rouge de tournesol, préalablement humecté à l'aide de l'eau distillée. Une suite de recherches que j'ai eu l'occasion de faire à Leipzig, à Vienne et à Prague, a fourni les résultats suivants.

Dans les salles de clinique de M. le professeur Oppolzer, à Vienne, se trouvait, à la fin de l'an passé, un jeune homme de dix-sept ans, atteint de fièvre typhoïde. Dans le cours de la seconde semaine de la maladie, survint pendant deux jours un état comateux. Le malade délirait de temps à autre, ne répondait point aux questions qui lui étaient adressées, tenait ses yeux à demi fermés sans fixer aucun objet, et avait la bouche continuellement ouverte, si bien que, par l'absence des mouvements de déglutition, il s'était formé, à l'aide de la salive accumulée, une couche épaisse sur les muqueuses de la bouche. Cet état durait depuis deux jours, lorsque je cherchai à constater la présence de l'ammoniaque dans l'air expiré. Le papier rouge de tournesol passa au bleu en peu de temps. Il n'y avait dans l'urine du malade ni albumine, ni cylindres fibrineux. Son état, d'ailleurs, ne tarda pas à s'améliorer, et il sortit guéri de l'hôpital.

Une femme nouvellement accouchée, de la Maternité de Vienne, et atteinte de pyémie, présenta, environ trente heures avant sa mort, un ensemble de phénomènes tout à fait semblables à ceux de l'urémie. La respiration avait lieu seulement par la bouche, largement ouverte, et la cavité buccale était couverte d'une couche épaisse de mucus et d'éléments d'épithélium. L'urine ne renfermait que des traces d'albumine, mais, en revanche, on y remarquait une grande quantité de cylindres d'épithélium. L'expiration était fortement ammoniacale. L'autopsie ne révéla aucune modification anatomique appréciable dans les reins.

J'observai aussi sur un individu atteint de tubercules pulmonaires, et pendant le jour qui précéda la mort, l'existence de l'ammoniaque dans les produits gazeux de l'expiration. Le patient était resté la bouche grande ouverte pendant tout le temps de l'agonie. A l'autopsie, on trouva des tubercules dans le poumon, avec une caverne de la grosseur d'une noix.

Voici un fait plus frappant. Il s'agissait d'une jeune fille atteinte d'angine tonsillaire. La déglutition était devenue difficile, et la salive séjournait longtemps dans la bouche. Comme j'examinais par hasard cette malade, je trouvai l'expiration fortement ammoniacale. Un examen plus approfondi m'apprit que presque toutes les grosses dents étaient cariées et remplies de mucus et de particules alimentaires. En outre, la cavité buccale était couverte d'un mucus épaissi et de cellules d'épithélium. Lorsque la malade prit le soin d'entretenir la propreté de la bouche, l'ammoniaque disparut dans les produits gazeux de l'expiration.

Dans l'asile général des aliénés de Prague, à l'époque où le médecin en chef, M. le docteur Fischel, faisait son cours théorique et pratique de psychiatrie, j'ai observé une jeune fille de vingt et un ans qui succombait à une manie chronique. La malade, d'une maigreur extrême, était étendue dans son lit sans pouvoir exécuter aucun mouvement. Sa langue était tout à fait sortie de sa bouche, et les tissus sous-jacents excoriés. La patiente, agonisante, avait la bouche grande ouverte, et l'on pouvait y remarquer une grande quantité de salive qu'elle ne pouvait plus avaler. La respiration commençait à être fétide L'expérience démontra la présence de l'ammoniaque. Il suffisait de laisser devant la bouche le papier rouge de tournesol pendant l'espace de cinq expirations pour le ramener complétement au bleu. Pendant les trois jours qui précédèrent la mort, les mêmes résultats se reproduisirent.

Si nous réunissons ces différentes observations, et si nous nous demandons quelle est la cause de la présence de l'ammoniaque dans les produits gazeux de l'expiration, il est certain que ces faits ne sont pas de nature à fournir la preuve de la formation de l'ammoniaque dans le sang et de son excrétion par la voie pulmonaire. Je crois, au contraire, pouvoir admettre que la présence de l'am-

moniaque dans les produits de l'expiration tient à la décomposition putride des sécrétions buccales, et aussi quelquefois à celle des particules alimentaires qui séjournent dans les intervalles des dents. J'ai fait remarquer, dans toutes ces observations, que les malades avaient la bouche largement ouverte. Par le passage continuel de l'air inspiré et expiré au travers de la cavité buccale, les liquides sécrétés se trouvent successivement desséchés, et les parties solides de la sécrétion, accumulées dans la bouche, ne tardent pas à se transformer, à l'aide de la chaleur et de l'humidité, en produits ammoniacaux.

Quant à ce qui concerne l'expiration de l'ammoniaque chez les malades qui présentent les phénomènes urémiques à la suite de désordres survenus dans la sécrétion urinaire, mes observations ne concordent nullement avec celles des auteurs. L'examen souvent répété, à des intervalles différents, de seize individus qui présentaient manifestement les symptômes de l'urémie, ne me révéla qu'une seule fois la présence de l'ammoniaque dans l'expiration. Le seul malade dans l'expiration duquel je pus constater la présence de l'ammoniaque, et encore en très faible quantité, était depuis longtemps dans un état de stupeur avec la bouche largement ouverte, et ses dents, ses gencives et ses lèvres étaient tapissées de croûtes épaisses de mucus. Ce malade mourut vingt heures après.

(La suite à un prochain numéro.)

(La suite à un prochain numéro.)

III.

REVUE CLINIQUE.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — SERVICE DE M. VELPEAU.

Tumeur adénoïde du sein; difficulté du diagnostic.

Il y a en ce moment, dans le service de M. le professeur Velpeau, une malade atteinte d'une de ces affections dont la connaissance, parmi les chirurgiens, date à peine de quelques années, et qui, sous le point de vue du diagnostic, du pronostic, mérite à tous égards d'appeler l'attention des praticiens. Il s'agit d'une tumeur du sein gauche, dont les proportions sont énormes; elle équivaut à plusieurs têtes d'enfants à terme. Avant d'insister sur les caractères de cette production pathologique, donnons d'abord quelques renseignements fournis par la malade :

Obs. — Cette femme a actuellement cinquante et un ans; elle est faible, amaigrie; la figure exprime la souffrance; à en croire ses propres affirmations, la tumeur a commencé à se développer il y a environ quatre ans, et cela au moment où des irrégularités se sont manifestées dans la menstruation. A son apparition, ou plutôt à l'époque où la malade s'est aperçue de son apparition, la tumeur était grosse comme un petit œuf, située à la partie supérieure et interne du sein. Plus volumineuse au moment des règles, et surtout lorsque la menstruation était peu abondante, elle n'a jamais occasionné de vives douleurs; elle n'a donné lieu qu'à une sensation de pesanteur. Depuis dix-huit mois, époque à laquelle est survenu l'âge critique, elle a subi un notable accroissement.

Cette tumeur, qui occupe la partie antérieure et gauche du thorax, s'étend à tout ce côté de la poitrine, sur laquelle elle repose par une base qui va de la deuxième côte à la sixième, de la partie latérale gauche du sternum à la partie moyenne des côtes. En d'autres termes, elle couvre par sa base tout le plan antérieur gauche du thorax, et comme sa partie moyenne a des dimensions plus considérables encore, il en résulte que, d'un côté, elle s'avance sur l'abdomen, tandis que, de l'autre, elle proémine du côté de l'aisselle et de la région dorsale du côté gauche. Son grand diamètre vertical équivaut à $0^m,36$, environ la longueur d'un avant-bras d'adulte. Le diamètre transversal répond à $0^m,30$; la circonférence du plus grand diamètre est de $1^m,20$; la circonférence, au niveau de la base, est de $0^m,75$ à $0^m,80$.

La tumeur est loin d'offrir une surface régulière; elle est, au contraire, bosselée; sa consistance diffère par places; dans certains points, elle présente à la pression des doigts une résistance qui tient certainement le milieu entre la dureté de certaines tumeurs squirrheuses et la mollesse ou la fausse fluctuation, que donnent certaines tumeurs encéphaloïdes. Ailleurs, c'est une élasticité et une fluctuation qui ne peuvent laisser le moindre doute sur l'existence de collections partielles et bien circonscrites de liquide.

La peau qui recouvre la tumeur offre un aspect fort remarquable; les vaisseaux capillaires, tant artériels que veineux, mais surtout les veineux, ont subi une dilatation par suite de laquelle la surface de la peau présente une apparence marbrée; vers la partie supérieure et interne, cette hypertrophie s'est étendue à quelques veines, qui présentent environ le calibre d'une petite plume d'oie.

On croira difficilement peut-être qu'avec une tumeur semblable la malade n'accuse que des souffrances médiocres, qu'elle ne se plaint que de quelques élancements et de chaleur à la partie externe, de quelques fourmillements dans le bras gauche.

Aucun engorgement de nature ganglionnaire dans l'aisselle du côté malade.

Qu'est devenu le sein au milieu de cette énorme production? Tout ce que l'on peut conjecturer, à cet égard, c'est qu'il est compris dans la masse pathologique. Il est, du reste, facile de reconnaître que le mamelon est étalé à l'extrémité inférieure de la tumeur, sans présenter cette rétraction bien connue que l'on aperçoit si souvent dans les tumeurs cancéreuses de la mamelle.

J'ajouterai qu'il s'est formé à la partie inférieure de la tumeur deux escarres superficielles qui ont été éliminées, et qui laissent actuellement écouler une sérosité abondante; que depuis deux jours une autre escarre paraît s'être formée à la partie moyenne et externe de la tumeur.

Au moment où nous relatons tous ces détails, la malade est dans un état général des plus graves; elle a été prise, il y a quelques jours, d'une fièvre intense; son pouls donne 130 pulsations, la peau est chaude, l'affaiblissement très marqué. Il est donc impossible de songer à entreprendre une opération chirurgicale aussi grave que celle de l'ablation de la tumeur.

L'observation précédente est un exemple fort remarquable d'une de ces tumeurs désignées sous des noms divers, mais sur la nature desquelles on paraît aujourd'hui s'accorder généralement. M. le professeur Velpeau les appelle *tumeurs adénoïdes*. A. Cooper leur donnait le nom de *tumeurs mammaires chroniques;* Muller, celui de *cystosarcomes;* Abernethy, celui de *mammary sarcoma*. M. Lebert et la jeune école anatomo-pathologique actuelle n'hésitent pas à les appeler *hypertrophies partielles de la mamelle*.

Peu importe la dénomination; l'essentiel est de bien distinguer ces tumeurs du sein du véritable cancer. Au point de vue anatomique, la distinction est très nette et très claire; il suffit, pour le montrer, de rappeler les caractères suivants :

Prenez une parcelle de tumeur adénoïde ou hypertrophique de la mamelle, portez-la sous le microscope, et examinez à un grossissement de 20 à 40 diamètres; vous reconnaîtrez la présence des éléments primitifs du tissu glandulaire, c'est-à-dire des culs-de-sac terminaux de forme arrondie ou ovoïde; à un grossissement plus considérable, vous apercevrez un épithélium arrondi ou cylindrique, à noyau rond ou ovoïde, pourvu d'un ou deux nucléoles punctiformes. Tout cela diffère essentiellement de la cellule caractéristique du cancer. Mais les instruments amplifiants ne sont même pas toujours nécessaires au diagnostic différentiel. La tumeur adénoïde a un aspect grenu; il est impossible, par la pression, d'en faire suinter un liquide lactescent semblable à celui du squirrhe; elle n'a pas la mollesse ni l'aspect fongueux ou vasculaire de l'encéphaloïde.

Si l'on désirait des détails plus étendus sur l'anatomie pathologique de ces sortes de tumeurs, nous renvoyons à l'excellent mémoire de M. le professeur Velpeau, inséré dans la *Revue médico-chirurgicale de Paris* (1851), ainsi qu'à la description de M. Lebert (*Traité du cancer*).

Mais les caractères anatomiques ne servent que la science. Il faut encore que la distinction entre une tumeur adénoïde et une tumeur cancéreuse puisse se faire sur la malade. Or, les éléments du diagnostic peuvent être puisés dans les considérations suivantes :

On consultera l'âge de la malade; le cancer du sein est rare avant trente ans; les tumeurs adénoïdes se rencontrent aussi bien chez les jeunes femmes qu'à une époque plus avancée de la vie. (Il n'est pas nécessaire de faire remarquer que la femme dont l'observation a été rapportée plus haut ne rentre pas dans la loi générale.) On a également signalé la coïncidence de certains troubles de la menstruation avec le développement de la tumeur, la lenteur de ses

progrès, relativement à ceux d'une tumeur cancéreuse ; l'absence d'engorgement des glandes lymphatiques du voisinage, l'absence de douleurs vives, le défaut de proportion entre l'altération générale de la santé et le développement ou l'ancienneté de la tumeur.

M. le professeur Velpeau a retracé les difficultés que le diagnostic présente dans certaines circonstances. Cette description s'applique si bien au cas de la malade qui est en ce moment à l'hôpital de la Charité, que nous empruntons à ce tableau les quelques lignes suivantes :

« A une période plus avancée, la tumeur adénoïde offre quelquefois un volume assez considérable, des bosselures assez notables, assez proéminentes pour que la peau qui les recouvre s'amincisse, rougisse, soit sillonnée de capillaires veineux, et leur donne la physionomie de certaines tumeurs encéphaloïdes. Il arrive même alors que des kystes de dimensions variables s'établissent dans une ou plusieurs des bosselures de la tumeur, au point de rendre un diagnostic précis à peu près impossible. Il n'en est pas moins vrai que, même dans ces cas exceptionnels, on peut encore, avec de l'habitude et de l'attention, distinguer la tumeur adénoïde, et des kystes proprement dits, et des tumeurs cancéreuses. Dans le cas de tumeurs présentant ces caractères, on reconnaît que, malgré leur ancienneté, la santé générale n'a nullement souffert, qu'elles conservent leur mobilité entière du côté de la glande, que les bosselures fluctuantes sont ordinairement multiples, que le tout n'en a pas moins pour base une masse élastique, concrète et inégale sous la peau. »

Nota. Depuis que ces détails ont été recueillis, M. le professeur Velpeau a pratiqué à la tumeur deux ponctions, au moyen d'un bistouri étroit. Il s'est écoulé une grande quantité de liquide sanguinolent par chacune des deux ouvertures, et la tumeur a perdu de son volume.

Tumeur et fistule lacrymales ; nouvelle méthode de traitement.

Il est peu de maladies chirurgicales dont la thérapeutique soit autant encombrée de méthodes et de procédés que la tumeur et la fistule lacrymales. C'est qu'en effet la plupart de ces méthodes, de ces procédés ne procurent qu'une guérison incomplète, une amélioration passagère. Une nouvelle méthode de traitement, que nous avons vu mettre en usage par M. le professeur Velpeau, mérite une mention dans cette revue clinique.

Il s'agit d'une femme âgée de vingt-trois ans, atteinte, depuis trois, d'une double tumeur lacrymale. Du côté gauche, la maladie est constituée par une véritable tumeur lacrymale ; à droite, il existe une ouverture fistuleuse, et cette ouverture est située au-dessus du tendon du muscle orbiculaire des paupières.

C'est l'excision des points et des conduits lacrymaux qui a été pratiquée de chaque côté à la malade. Cette opération est d'une exécution facile ; elle consiste à saisir entre les mors d'une forte pince le bord libre de chaque paupière, au niveau de la portion qui correspond au point et aux conduits lacrymaux, et à l'exciser au moyen de ciseaux solides. L'écoulement de sang est assez abondant et nécessite l'application de quelques boulettes de charpie au niveau de l'angle interne de l'œil.

Qu'adviendra-t-il de cette opération ? La plupart des malades opérés dans les hôpitaux échappent à l'observation au bout d'un temps en général fort court, et c'est là ce qui rend si difficile l'appréciation des diverses méthodes thérapeutiques appliquées. Toutefois, dans le cas actuel, il est permis, en se plaçant à un point de vue purement physiologique, de raisonner sur les suites probables de cette opération.

Nul doute que la soustraction des conduits lacrymaux ne tende à guérir la maladie ; mais supposez que la fistule lacrymale soit entretenue par une inflammation du sac lacrymal, l'ablation des conduits lacrymaux ne donnera qu'un résultat incomplet. Mais en admettant que la tumeur lacrymale disparaisse complétement, je demande ce que deviendra le produit sécrété par la glande lacrymale elle-même, c'est-à-dire ce que deviendront les larmes. Ne trouvant plus de voie d'écoulement à travers les conduits et les canaux lacrymaux, elles s'écouleront forcément sur les joues ; c'est donc un épiphora incurable qui aura été substitué à une tumeur ou à une fistule lacrymales.

Telles sont les prévisions de la physiologie ; mais il reste à savoir si l'expérience clinique est conforme à ces données. Eh bien, chose remarquable, et qui prouve une fois de plus combien il importe en médecine de ne pas se laisser guider par des vues conçues *à priori*, il ne semble pas que les faits se passent de cette manière. Nous avons vu, dans les salles de M. Velpeau, une malade qui a été opérée de la même manière, il y a quelque temps : interrogée plusieurs fois, elle a affirmé qu'elle n'était pas atteinte de larmoiement. Il semble toutefois que chez elle la tumeur lacrymale se soit reproduite en partie. FANO.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Influence anticharbonneuse des aphthes, par M. BARTOLI.

Le docteur Bartoli exerce à Veroli, où les affections charbonneuses règnent endémiquement. Au printemps de l'année 1852, il y observa une véritable épizootie d'aphthes, attaquant les bœufs, les chevaux, et sévissant particulièrement sur ceux de ces animaux habitant des lieux bas ou nourris dans des pâturages humides. La cautérisation, appliquée de bonne heure, en fit aisément justice. Quelques bêtes périrent cependant, mais un traitement irrationnel en fut la cause.

Pendant le même espace de temps, des aphthes affectèrent également, et en nombre presque incalculable, les sujets de l'espèce humaine, surtout les enfants. Quelques uns avaient eu des rapports avec les bestiaux malades ; mais, pour d'autres, la contagion ne pouvait certainement pas avoir eu lieu.

Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que, pendant toute la durée de cette influence épidémique si bien caractérisée, les cas de charbon, ordinairement fort nombreux dans ce pays, s'y présentèrent très rarement. D'où il est naturel de conclure, sinon à un antagonisme entre ces maladies, du moins à un certain degré de faculté de se substituer l'une à l'autre. Ceci est d'autant plus frappant, que sur quelques animaux, dit l'auteur, l'éruption occupait non seulement la bouche, mais les pieds, formant ainsi la transition entre l'affection aphtheuse et le charbon véritable.

(*Il Raccoglitore medico*, mai 1853, p. 410.)

De la pleurésie diaphragmatique, par le docteur Noël GUÉNEAU DE MUSSY.

Dans ce travail, qui est une sorte de monographie succincte de la pleurésie diaphragmatique, et où l'on a dû recourir à de nombreux emprunts, nous signalerons des remarques appartenant en propre à l'auteur, et qui tendent à fournir un élément de plus au diagnostic souvent obscur de la maladie : « Il est un point, dit M. Guéneau de Mussy, qui paraît comme le foyer principal de la sensibilité. Ce point est situé à un ou deux travers de doigt de la ligne blanche, à la hauteur de la dixième côte environ, ou assez exactement à l'intersection de deux lignes, dont l'une continuerait la direction de la partie osseuse de la dixième côte, dont l'autre prolongerait le bord externe du sternum..... Un autre phénomène, qui appartient au même ordre de symptômes, et qui n'a pas été généralement indiqué, c'est une sensibilité très vive entre les attaches inférieures du sterno-cléido-mastoïdien, sur le trajet du nerf phrénique. Une pression un peu forte est toujours douloureuse dans cette région ; mais dans la maladie dont je m'occupe, la sensibilité est beaucoup plus développée que dans les conditions normales ; et en comparant les résultats de la pression des deux côtés, on arrive à constater une telle différence qu'il ne reste matière à aucun doute. »

Ce dernier symptôme, s'il est confirmé par des recherches ulté-

rieures, et s'il est un peu constant, aura plus d'importance peut-être que les douleurs irradiées vers le cou et l'épaule. En effet, ces dernières douleurs, si elles s'expliquent assez bien en cas de pleurésie diaphragmatique ou d'affection du foie, par le rapport du nerf phrénique avec la quatrième paire cervicale, ont cependant, par leur mobilité et leur diffusion, quelque chose de vague, jouant aisément le rhumatisme, et dont le diagnostic n'ose pas souvent tenir grand compte. Au contraire, une douleur à la pression, fixée sur le trajet même du nerf phrénique, entre les attaches inférieures du sterno-cléido-mastoïdien, aurait une signification beaucoup plus précise. (*Arch. génér. de méd.*, sept. 1853.)

Emploi de la térébenthine dans le traitement du purpura, par le docteur W. Smith. — **Emploi de l'acide gallique dans le traitement du purpura hæmorrhagica,** par le docteur Grantham.

1° Le premier de ces mémoires renferme seulement deux observations dans l'une desquelles seulement on a administré l'huile de térébenthine. Il s'agissait d'une petite fille de quatre ans. La maladie était très aiguë. Après quelques jours d'anorexie et de constipation, survint de la lassitude et de la pesanteur dans les jambes, et, dès le soir, les membres inférieurs portaient trois larges taches rouges faisant relief sur la peau. Ces taches devinrent rapidement pourprées et molles, tellement que le toucher donnait la sensation d'un liquide sous-cutané. Le lendemain matin, elles prirent une teinte jaune, et disparurent bientôt; mais d'autres plus larges, plus saillantes, se montrèrent sur les jambes. En trois jours, l'enfant était devenue pâle et faible. Après une purgation, on eut recours à une mixture composée principalement d'huile de térébenthine et d'huile de ricin. « Les taches pourprées disparurent rapidement, dit l'observation, les garderobes devinrent abondantes, l'appétit excellent. »

Dans le second cas, rapporté par M. Smith, et relatif également à un tout jeune enfant, la maladie datait de trois ou quatre mois; les membres inférieurs portaient de larges *ecchymoses*, dont une de la grandeur d'un œuf, survenue à la suite d'un coup très léger. La moindre pression suffisait pour en produire. L'enfant avait eu plusieurs fois des hémorrhagies par le nez, et une fois par le rectum. Les gencives étaient saignantes. Le traitement consista d'abord en purgatifs, acide sulfurique dilué, sucre d'orange, de citron, etc. Il n'eut d'autres avantages que de diminuer un peu les épistaxis. On eut plus tard recours au *citrate de fer combiné avec l'acide citrique*. L'amélioration ne se fit pas attendre, et au bout de trois mois les taches cutanées avaient disparu. Il y eut, il est vrai, récidive, mais la guérison eut lieu une seconde fois par le même moyen.

2° Le mémoire de M. Grantham se compose de trois observations dans lesquelles des écoulements sanguins par le nez, les gencives, les voies respiratoires, urinaires, intestinales, se joignaient à des pétéchies et à des ecchymoses. Dans les trois cas, l'*acide gallique*, administré à la dose de 5 grains toutes les trois heures, a amené en quelques jours une amélioration très sensible, que la guérison n'a pas tardé à suivre. L'affection ne datait que de deux jours chez un malade, et de cinq jours chez un autre. L'époque du début n'est pas indiquée pour le troisième.

Le peu que nous avons rapporté des observations relatées par les auteurs suffit pour montrer qu'il s'agissait bien, dans ces cas, du purpura, et même pour quelques uns d'entre eux, du purpura hæmorrhagica. Tel était particulièrement le caractère des trois cas si rapidement guéris par l'emploi de l'acide gallique. A ce titre, l'essai thérapeutique de M. Grantham mérite d'être fortement encouragé, et nous tenions d'autant plus à le porter à la connaissance du public qu'il est tout à fait nouveau. Car jusqu'ici, si nous ne nous trompons, l'acide gallique n'a encore été administré que d'une manière générale contre les hémorrhagies passives, et non spécialement contre le purpura.

Quant au cas de guérison par la térébenthine, rapporté par M. Smith, on comprend qu'il ne puisse ajouter beaucoup à la valeur des expériences déjà tentées en Angleterre par M. Néligan, sur l'emploi de l'huile de térébenthine dans le purpura. M. Moore Néligan, qui avait déjà inséré un travail sur ce sujet dans le *Journal de médecine et de chirurgie d'Edimbourg*, vient d'y revenir avec une nouvelle insistance dans son *Traité des maladies de la peau*. La dose d'essence qu'il emploie d'ordinaire varie de 20 à 40 grammes, suivant l'âge du sujet.

(*Association Medical Journal*, 16 sept. 1853.)

Nouvelle méthode de plomber les dents, en détruisant le nerf à nu; par M. Hulliken.

L'opération du plombage, si efficace pour arrêter les progrès de la carie dentaire, ne supprime pas toujours les douleurs. Bien plus, elle aurait des inconvénients au lieu d'être utile, si on la pratiquait alors que la pulpe dentaire, mise à nu par les progrès du mal, est devenue sensible aux influences extérieures. Ses services sont donc fort limités. On a bien essayé de cautériser, de détruire préalablement le nerf pour permettre ensuite le plombage. Mais jusqu'à présent on agissait sur le nerf *dans la cavité même* creusée par la carie et l'on n'obtenait ainsi que des résultats incomplets et temporaires.

L'opération que M. Hulliken propose est, à vrai dire, une réminiscence des excisions de nerfs pratiquées dans le cas de névralgie. Elle consiste à aller diviser le nerf dans la racine même de la dent. On attaque, dit-il, cette racine à travers la gencive et la paroi externe de l'alvéole. La perforation doit être faite à 4 ou 5 millimètres au-dessous du bord libre de la gencive, et n'être pas plus large que le diamètre d'une aiguille à tricoter. On reconnaît par le sang qui s'écoule qu'on a coupé le cordon vasculo-nerveux qui porte à la dent ses éléments de vitalité. On peut dès lors plomber la cavité dentaire sans craindre qu'il en résulte de la douleur ou d'autres fâcheuses conséquences. « Quelles modifications physiologiques, ajoute l'auteur, sont effectuées par cette opération? Il n'est peut-être pas possible de l'expliquer d'une manière satisfaisante. Mais une expérience étendue prouve que la souffrance est et demeure abolie, que la dent conserve ensuite sa vie et sa coloration naturelle. »

M. le docteur Gardette, qui a fait connaître aux médecins ce procédé employé depuis plusieurs années déjà par l'inventeur, assure l'avoir mis à exécution depuis plus d'un an dans sa pratique, à diverses reprises, et toujours avec le plus grand succès.

Il y aurait, à coup sûr, besoin, pour pouvoir juger cette proposition, d'une mention plus étendue que celle que lui a donnée le journal dont nous l'extrayons. Sans renseignements plus précis sur le manuel opératoire, nous pouvons seulement dire, dès à présent, que si son efficacité est certaine, elle paraît achetée par de nombreuses difficultés et par quelques dangers. D'abord elle serait indubitablement restreinte aux dents à une seule racine. En second lieu, un instrument destiné à perforer un corps aussi dur que l'ivoire dentaire devrait être manœuvré avec une force bien capable de produire des lésions dangereuses dans les parties voisines, si la main de l'opérateur était peu sûre. La carie du bord alvéolaire, la dénudation des dents contiguës seraient les conséquences les plus à craindre. Aussi, et malgré les succès annoncés, devons-nous attendre sur le mode d'exécution de cette opération, d'ailleurs en principe très rationnelle, de nouveaux détails avant d'engager les praticiens à la répéter.

(*The Philadelphia Medical Examiner*, oct. 1852, p. 641.)

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Anthropologie. — M. Serres, professeur au Muséum, lit une note sur la paléontologie humaine. Il fait ressortir les difficultés de cette étude quant à la détermination de la race gauloise, la plus mélangée des races

européennes, la France étant de tous les pays de l'Europe celui dont le sol a été le plus sillonné dans tous les sens par des races étrangères. L'histoire ancienne de la France peut faciliter heureusement l'élimination des inconnues de ce problème, de sorte que l'on puisse prendre la race gauloise pour *criterium* des races humaines. M. Serres expose les résultats obtenus dans différentes fouilles dans le département de l'Yonne, afin de déterminer la fusion du type burgonde et du type indigène ; à Poudinières (Seine-Inférieure), où il a trouvé le type franc, le type scandinave, les femmes gauloises et les enfants issus de ces alliances ; à Précy-sur-Oise, où il a retrouvé le type gallo-romain, le type teuton et une variété du type mongol, etc. D'après M. Serres, c'est, en premier lieu, sur l'ensemble des dents et dans le contour des arcades alvéolaires, en second lieu dans la capacité relative des sinus maxillaires, sphénoïdaux, ethmoïdaux et frontaux, en troisième lieu dans les dispositions de la base du crâne, surtout dans les degrés d'ouverture de l'angle *méta-facial*, que sont fondées les déterminations probables des modifications des ossements des couches profondes comparés à ceux des couches superficielles. M. Serres annonce avoir visité à Villers-Saint-Sépulcre, canton de Noailles, des monuments druidiques auprès desquels des fouilles nouvelles, qu'il se propose de faire exécuter, permettront de rencontrer des squelettes d'origine gauloise authentiques, dont la science éprouve un si grand besoin pour l'étude passée et présente de notre race.

TRANSFUSION DU SANG. — M. Matthieu soumet au jugement de l'Académie deux nouveaux instruments pour l'opération de la transfusion du sang. (*Comm.* : MM. Roux, Velpeau.)

INSUFFLATION PULMONAIRE. — M. Plouvier adresse une note sur l'emploi thérapeutique de l'insufflation pulmonaire, dans certains cas où le jeu de la respiration est suspendu. (*Comm.* : MM. Andral, Rayer.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Correspondance.

1° Envoi par le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce, de trois pièces : *a*. Rapport de M. le docteur Leblanc-Bellevaux, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Nevers, sur une épidémie de fièvre typhoïde à Billy-Chevannes (Nièvre). —*b*. Rapport du docteur Payen sur une épidémie de fièvre typhoïde à Nouswiller (Moselle). — *c*. Rapport du docteur Jaubert, médecin inspecteur de l'établissement thermal de Gréoux (Basses-Alpes), pour l'année 1852.

2° Envoi par le ministre de l'instruction publique de deux pièces : *a*. Lettre du docteur Rémy, de Châtillon-sur-Marne, tendant à prouver que la vaccine, au lieu d'avoir engendré la fièvre typhoïde, est au contraire un préservatif de cette maladie. — *b*. Lettre de M. Girard, médecin à Montiérender, sur l'influence de la vaccine sur la population.

3° Mémoire de M. Ferrand, pharmacien à Lyon, sur les préparations pharmaceutiques d'aconit napel. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

4° Mémoire de M. A. Courty, chirurgien en chef de l'hôpital général de Montpellier, sur la cautérisation avec le fer rouge du col utérin pendant la grossesse. (*Comm.* : MM. Hervez de Chégoin, Jobert.)

5° Envoi par M. James Yearsley d'un instrument qu'il désigne sous le nom d'*acoumètre*, et destiné à constater le degré d'amélioration de l'ouïe obtenue par l'application du coton hydraté dans les cas de surdité accompagnée de perte de la membrane du tympan. (*Commission de la surdi-mutité.*)

6° Envoi par M. Zwarck d'un nouvel instrument qu'il nomme *hystérophore*, pour remédier à la chute de la matrice et des parois du vagin. (*Comm.* : MM. Hervez de Chégoin, Jobert.)

7° Mémoire de M. Larue sur la variole et la vaccine. (*Commission de vaccine.*)

8° Note de M. Leroy d'Étiolles, sur la guérison des névralgies du col de la vessie par la scarification et l'incision de cet orifice.

9° Réclamation de M. Boinet au sujet du travail de M. Durvy sur les propriétés antiseptiques, antivirulentes et fluidifiantes de l'iode.

10° Observation d'amputation de la langue dans une étendue de huit centimètres, suivie d'une guérison complète avec conservation de la parole, par M. Maisonneuve. (*Comm.* : M. Roux.)

11° Communication de M. Alexis Favrot au sujet d'un *sécateur trilame* de l'urètre. (*Comm.* : MM. Ségalas, Ricord.)

12° Mémoire de M. Gendrot, pharmacien à Rennes, sur la chimie pharmaceutique de la digitale pourprée. (*Comm.* : MM. Bouillaud, Bouchardat.)

13° Paquet cacheté déposé par le docteur Jorret.

14° Mémoire de M. A. Tessereau pour le prix Nadaud.

Rapports et Mémoires.

M. Lepelletier (de la Sarthe), membre correspondant de l'Académie, présente deux ouvrages, l'un entièrement terminé, l'autre en cours de publication, sur lesquels il donne quelques explications verbales.

Le premier est intitulé : *Du système pénitentiaire.*

Question importante, trop peu étudiée, selon l'auteur, et sur laquelle il appelle l'attention de l'Académie.

Le second a pour titre : *Nouvelle doctrine médicale ou biologique.*

CHOLÉRA. — M. Jolly donne lecture de la première partie d'un mémoire sur le choléra ; il s'occupe plus particulièrement, dans ce travail, de l'étiologie et de la propagation de la maladie, qui se ferait, suivant lui, par les rivières et les masses liquides. Nous en réserverons l'analyse pour le moment où l'auteur aura complété sa communication.

DE L'EMPLOI DU SEIGLE ERGOTÉ DANS LES ACCOUCHEMENTS. — M. Danyau lit successivement plusieurs rapports relatifs à des mémoires sur l'action du seigle ergoté.

A. Rapport sur des observations d'accouchements pratiqués de 1818 à 1853, suivies de quelques considérations sur l'emploi du seigle ergoté, l'usage du forceps et la nécessité de la version, par M. le docteur Tirel, de Brie-Comte-Robert. (*Comm.* : MM. P. Dubois, Depaul, Danyau, rapporteur.)

Après une appréciation détaillée des observations divisées en quatre séries qui font le sujet du mémoire de M. Tirel, M. Danyau passe à l'examen des conclusions que ce praticien en a déduites.

D'après M. Tirel, le seigle est un médicament trop dangereux pour l'enfant et pour la mère, pour qu'il soit administré parce que le travail ne va pas assez vite ou se ralentit, comme on le fait trop souvent. En elle-même, dit M. Danyau, cette proposition est trop absolue : les fâcheux résultats de l'ergot ne sauraient être niés, mais les bons résultats d'un usage modéré et intelligent ne peuvent être méconnus. Modifiée, la proposition pourra devenir vraie, mais non comme conclusion des observations de M. le docteur Tirel, qui ne prouvent pas du tout ce qu'il s'est proposé de démontrer.

Lorsque le travail se prolonge au delà de ses limites ordinaires, conclut encore M. Tirel, soit par faiblesse, soit par insuffisance des contractions utérines, une application du forceps ou la version, suivant les circonstances, est préférable à l'emploi du seigle ergoté. Si dans quelques circonstances l'application du forceps peut être substituée, si même elle doit être quelquefois préférée à l'administration du seigle ergoté dans le cas précité, on ne peut pas, suivant M. Danyau, en dire autant de la version, opération beaucoup plus compromettante pour l'enfant, et qui ne doit être pratiquée, les circonstances étant d'ailleurs favorables, que dans le cas d'urgence absolue, quand il n'est pas encore permis de songer à l'application du forceps.

M. Danyau ne critique pas moins la troisième conclusion de M. Tirel, qu'il trouve trop absolue ; ce n'est pas le temps écoulé, comme le veut M. Tirel, mais l'état de la circulation fœtale, qui doivent être des motifs déterminants d'action ou de temporisation nouvelle, dans les cas où le seigle ergoté aura été donné à doses suffisantes, et n'aura pas déterminé l'expulsion du fœtus.

Le rapporteur trouve encore trop exclusive, quoique parfaitement vraie, la quatrième proposition de M. Tirel, savoir : que l'utilité de l'ergot de seigle n'est clairement démontrée que dans les indications qui naissent de certaines hémorrhagies, ou qu'on voit surgir à l'occasion de quelques fausses couches.

Le rapporteur termine en disant que les faits cités par M. Tirel ne sont pas tous, à beaucoup près, heureusement choisis, et que ses conclusions, trop absolues ou trop exclusives, ne sont pas appuyées de preuves suffisantes ; il propose néanmoins d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur.

Ces conclusions sont adoptées.

B. Le second rapport de M. Danyau est relatif à un mémoire de M. le docteur Mérier, médecin de l'asile de Saint-Dizier.

M. le docteur Mérier croit le seigle ergoté menacé d'un abandon qu'il juge immérité ; il apporte quatre faits à l'appui de son opinion. Il établit les cas dans lesquels on peut recourir au seigle : 1° pendant le travail, à certaines conditions, maintenant bien reconnues, parmi lesquelles M. Danyau a été surpris de trouver, sans doute par erreur de rédaction, celle-ci : *que la tête de l'enfant ne soit pas arrivée au détroit inférieur du bassin* ; 2° après l'accouchement dans le cas de perte ; 3° dans les hémorrhagies qui succèdent aux fausses couches ; 4° pour la provocation d'un avortement reconnu nécessaire ou d'un accouchement prématuré.

Après avoir discuté les observations sur lesquelles M. le docteur Mérier a basé sa manière de voir, M. Danyau conclut que ses moyens de défense du seigle ergoté ne sont ni bien nombreux ni bien importants. Il ne fait pas entrer en ligne de compte deux observations relatives à des hémorrhagies, qui constituent des indications universellement acceptées ; il

reste deux cas, deux seulement, dans lesquels le seigle a été employé avec succès. Il faudrait sans doute un bien autre nombre de faits pour convaincre ceux qui conservent des doutes sur l'innocuité de l'ergot de seigle; mais M. le docteur Mérier se livre peu à la pratique des accouchements, et les occasions de multiplier ses succès, et peut-être aussi d'éprouver des revers, lui ont manqué. M. Danyau propose à l'Académie :

1° De remercier M. le docteur Mérier de sa communication ;

2° De déposer son mémoire dans les archives de la compagnie.

Ces conclusions sont adoptées.

C. M. Danyau lit encore un nouveau rapport sur un mémoire de M. le docteur Spitzer, de Marseille, ex-médecin en chef de l'hôpital militaire de Vienne (Autriche). M. Spitzer est de l'école italienne. Il regarde le seigle ergoté comme hyposthénisant. Toute son action, suivant lui, consiste dans la vertu qu'il a de réduire le calibre des vaisseaux sanguins, surtout des petits vaisseaux, particulièrement de ceux qui sont atteints de dilatation pathologique. Cette opinion exclusive le conduit aux plus étranges assertions. Ainsi, pour lui, la persistance du développement vasculaire de l'utérus devient, au terme de la grossesse, un état pathologique, état essentiellement favorable à l'action de l'ergot. Les contractions qu'il provoque tiennent uniquement à la réduction du calibre des vaisseaux utérins. Il ne faut pas en chercher la cause dans le resserrement de *prétendues* fibres musculaires. L'utérus, qui n'en contient pas plus que l'iris, est un organe purement érectile.

M. Danyau combat ces propositions avancées sans preuves, obscurcies ou rendues plus singulières par les développements qui les accompagnent. Il analyse rapidement les huit observations contenues dans le mémoire du docteur Spitzer et relatives à quelques cas où le seigle ergoté a été employé comme hémostatique. Le rapporteur s'élève avec force contre les considérations sur l'emploi du seigle ergoté dans la pratique des accouchements qui terminent le mémoire de M. Spitzer ; il qualifie ces considérations d'idées bizarres, d'erreurs, d'hérésies obstétricales monstrueuses et indignes d'occuper les moments de l'Académie. Il propose néanmoins d'adresser une lettre de remercîments à l'auteur.

D. M. Danyau fait un quatrième rapport sur un mémoire intitulé : *Observations en faveur du seigle ergoté*, par M. le docteur Chrestien de Montpellier. M. Danyau fait observer que ce n'est pas, à proprement parler, un mémoire, mais un recueil d'observations que M. le docteur Chrestien a adressé à l'Académie, voulant justifier par des faits, et non par des raisonnements, sa confiance dans un médicament qui n'a pas, suivant lui, d'influence fâcheuse sur la vie de l'enfant ni sur la santé de la mère, quand il est administré après une dilatation suffisante du col utérin, donnée dont le rapporteur fait ressortir tout le vague. M. Danyau examine d'abord la première catégorie des cas contenus dans le mémoire de M. Chrestien, ceux où le seigle ergoté a produit ou plus ou moins accéléré l'expulsion de l'enfant. Il fait à l'auteur le reproche de n'avoir pas tenu compte, dans plusieurs de ses observations, de la primiparité ou de la multiparité ; de n'avoir pas décrit le caractère des contractions utérines ; de n'avoir nullement indiqué si elles étaient exemptes de spasme, ou si le spasme, si redouté des praticiens, n'a pas les conséquences graves qu'on lui attribue. Le rapporteur n'est pas aussi convaincu que M. Chrestien de l'innocuité du seigle ergoté, et, pour justifier son opinion, il n'a pas besoin d'invoquer d'autres faits que ceux qui sont contenus dans le mémoire de M. Chrestien lui-même. Le rapporteur passe ensuite à l'examen de la seconde série de faits. Elle se compose de quatre cas, dans lesquels la poudre d'ergot a été administrée sans succès et qui ont exigé l'application du forceps. Deux fois l'enfant a été extrait mort ; mais dans un cas l'extraction avait été fort difficile, et cette difficulté suffit pour expliquer les résultats. Dans le second, le seigle avait déterminé des contractions terribles, bien qu'impuissantes. M. Danyau se demande si, dans ce cas, l'ergot n'est pas la principale cause de la mort de l'enfant, bien qu'au moment de l'application du forceps les battements cardiaques de l'enfant fussent encore sensibles. Dans ce cas, il y aurait trois enfants sur vingt auxquels le seigle ergoté aurait été funeste, dans les observations consignées dans le recueil de M. Chrestien. Le rapporteur dit avoir soumis à un examen sévère le recueil de M. Chrestien en raison de la position de l'auteur et de l'importance du sujet encore en litige parmi les accoucheurs. Il reconnaît néanmoins que, réduits à leur juste valeur, les faits dont se compose cette collection pourront recevoir un utile emploi dans quelque statistique future, et contribuer à la résolution d'une question que M. Chrestien s'est un peu trop hâté de trancher. Le rapporteur propose à l'Académie :

1° D'adresser une lettre de remercîments à l'auteur ;

2° De déposer son travail dans les archives de l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées, après une observation de M. *Cazeaux*, qui exprime le regret que, dans une question de cette nature, M. Danyau se soit contenté d'être historien plutôt que critique sévère. Il arrive chaque jour à l'Académie des mémoires pour réhabiliter l'ergot de seigle. Puisqu'on veut s'élever contre les praticiens qui en restreignent l'emploi, il est bon de formuler nettement qu'à l'Académie, les hommes placés à la tête de la science usent très peu de l'ergot pendant le travail lui-même. M. Danyau a démontré d'une manière heureuse combien sont peu probants les faits apportés à l'appui de l'emploi de l'ergot, mais il aurait dû, sans craindre de se répéter, formuler d'une manière plus nette son opinion personnelle, qui est d'un si grand poids, puisque de nouveaux arguments se produisent en faveur du seigle pendant le travail.

M. le docteur Robert-Latour lit une observation de péritonite suraiguë liée à une rupture d'un abcès ovarique dont la cavité péritonéale, traitée avec succès par l'enduit imperméable. (*Comm.* : MM. Dubois (d'Amiens), Poiseuille, Bérard et Grisolle, rapporteur.)

La séance est levée à cinq heures.

VI.

NOUVELLES.

CHOLÉRA. — Le choléra est à peu près terminé à Newcastle et à Gateshead. De même en Écosse et à Hambourg. Mais à Stockholm, l'épidémie continue. Le 4 octobre, on comptait en tout 4,263 cas de choléra et 2,552 morts. Il y a eu au moins 6,000 diarrhées, dont 440 seulement ont été suivies de choléra.

— Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Bailleux, médecin-major au 17e de ligne ; Froussard, aide-major de 1re classe à Lille ; Forteau, médecin-major au 9e bataillon de chasseurs à pied ; Nicolas, aide-major de 1re classe à l'armée d'Italie.

MM. Cazeneuve, directeur de l'École préparatoire de Lille ; Évrard, médecin du lycée de Saint-Omer, et Musard, médecin du bureau de bienfaisance de la même ville, viennent aussi d'être nommés chevaliers de la gion d'honneur.

— Le nouveau projet d'organisation du service médical des bureaux de bienfaisance de la ville de Paris a été approuvé par M. le ministre de l'intérieur pour être mis à exécution dès le 1er janvier. D'après une disposition de ce projet, les médecins des bureaux de bienfaisance, qui font aujourd'hui gratuitement ce service pénible, recevront désormais une indemnité pécuniaire.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

(Renvoyé au prochain numéro.)

Livres nouveaux.

GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, ou Résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées, par le Dr *Valleix*. 3e édition. — Tome I : Voies respiratoires, voies circulatoires, XVI-754 p. — T. II : Voies circulat., voies digestives, 768 p. — T. III : Voies digest., voies génito-urin., 780 p. — T. IV : Voies gén.-urin., système nerveux, 804 p.

Le tome Ve paraîtra au commencement de décembre.

Paris, chez J.-B. Baillière. Prix de l'ouvrage complet. 45 fr.

ETUDES PHILOSOPHIQUES sur l'instinct et l'intelligence des animaux. Strasbourg, chez Levrault. Gr. in-18. 3 fr.

MÉMOIRE sur les propriétés phys., chim. et médicales des eaux thermo-minérales hydrosulfureuses de Fonchauge (Gard), par le Dr *L. Montanari*. Montpellier, in-4 de 4 feuilles 1/2.

NOTE sur la suppression des quartiers de gâteux dans les asiles d'aliénés, par le docteur *Archambault*. Broch. in-8 de 30 pages. Chez J.-B. Baillière.

TRAITÉ DES POISONS, ou Toxicologie appliquée à la médecine légale, à la physiologie et à la thérapeutique, par le Dr *Ch. Flandin*. Tome II, VIII-552 pages ; tome III, 716 p. et 1 pl. 14 fr.

Le tome I a été publié en 1846.

TRAITÉ DES TUMEURS BLANCHES et des articulations, par le Dr *J. Crocq*. Bruxelles, 1853. 1 vol. gr. in-8, avec 10 pl. lith. 8 fr.

DIE NAHRUNGSSTOFFE, Grundlinien einer allgemeinen Nahrungslehre (*Doctrine générale d'alimentation*), von *F.-C. Donders*, trad. du hollandais par *P.-B. Bergrath*. Crefeld, gr. in-8. 2 fr.

DIE OPHTHALMOLOGIE vom naturwissenschaftl. Standpunkte aus bearbeitet (*L'ophthalmologie au point de vue de l'hist. nat.*), von *C. Stellweg* v. *Carion*, Freiburg. gr. in-8. 13 fr.

ELEMENTS OF PSYCHOLOGICAL MEDICINE, an Introduction to the Practical study of insanity ; adapted for students and Junior Practitioners, by *Daniel Noble*. In-8, 360 p. 10 fr.

CORRESPONDANCE. — A M. P. H., à Rive-de-Gier. Sera répondu par la voie du journal, dans la première *Lettre médicale*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER :
Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX :
A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
DE VICTOR MASSON
Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.
ON S'ABONNE
chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 28 OCTOBRE 1853. N° 4.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 27 octobre 1853.

MORTALITÉ DANS LA VILLE DE PARIS. — LES INHALATIONS ANESTHÉSIQUES DEVANT LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Les tables sur *la Mortalité dans la ville de Paris*, que dresse tous les ans M. Trébuchet, viennent d'être publiées pour l'année 1851. Des circonstances particulières, notamment le soin apporté au recensement de la même année, ont permis de les faire plus complètes, et, sous certains rapports, plus exactes que par le passé ; elles méritent donc une attention spéciale. Aussi nous proposons-nous d'en faire prochainement l'objet d'un article de quelque étendue. Pour le moment, nous nous bornons à reproduire, parmi les tableaux nombreux et compliqués dont ce travail se compose, ceux qui concernent la distribution des décès dans les divers arrondissements et quartiers de la capitale. Ceux qui connaissent les lieux remarqueront, au premier coup d'œil, que cette distribution n'est pas précisément telle que les présomptions de l'hygiène l'auraient supposé. Ils seront frappés, par exemple, du degré inférieur qu'occupe, dans l'échelle de mortalité, le quartier Saint-Marcel. Mais nous reviendrons sur ce sujet.

Voici les deux tableaux relatifs à la mortalité par arrondissements et par quartiers :

Décès à domicile par arrondissement.

ARRONDISS.	DÉCÈS	DÉCÈS s. 1000 h.	ARRONDISS.	DÉCÈS	DÉCÈS s. 1000 h.	ARRONDISS.	DÉCÈS	DÉCÈS s. 1000 h.
9e. . . .	1,180	25,32	7e. . . .	1,349	19,20	3e. . . .	1,070	16,58
8e. . . .	2,520	22,85	11e. . . .	1,241	18,46	4e. . . .	754	16,42
12e. . . .	2,053	21,73	5e. . . .	1,754	18,04	1er. . . .	1,646	15,34
6e. . . .	2,061	19,82	10e. . . .	1,788	17,85	2e. . . .	1,723	15,06

Décès à domicile par quartiers.

ARR.	QUARTIERS.	DÉCÈS	DÉCÈS s. 1000 h	ARR.	QUARTIERS.	DÉCÈS	DÉCÈS s. 1000 h
9	Cité.	497	44,28	8	Marais.	504	18,58
12	Jardin-des-Plantes .	573	28,51	5	Porte-St-Martin . .	737	18,43
8	Popincourt.	869	24,56	7	Arcis	216	18,31
8	Faub.-St-Antoine. .	485	24,15	11	Sorbonne	281	18,16
8	Quinze-Vingts . . .	662	23,95	1	Champs-Élysées . .	431	18,06
12	St-Jacques.	492	23,05	6	Porte-St-Denis . .	737	17,87
3	St-Eustache	218	22,75	2	Faub. Montmartre .	607	17,53
10	Invalides.	530	22,28	10	Monnaie.	415	17,52
4	Louvre.	255	21,42	5	Bonne-Nouvelle . .	257	16,89
6	Temple	805	21,00	10	S.-Thomas-d'Aquin	546	16,78
12	Observatoire. . . .	540	20,96	1	Roule	669	16,35
11	Palais-de-Justice. .	57	20,88	11	École-de-Médecine.	309	16,53
7	Ste-Avoie	433	20,24	12	St-Marcel	448	16,40
9	Ile-St-Louis	166	20,00	5	Montorgueil	274	16,22
9	Hôtel-de-Ville. . .	221	19,91	10	St-Germain	297	14,95
6	St-Martin-des-Ch. .	595	19,76	2	Palais-Royal	353	14,82
11	Luxembourg. . . .	594	19,62	4	Banque de France .	176	14,56
6	Lombards	312	19,51	2	Chaussée-d'Antin. .	508	14,04
5	Faub.-St-Denis . .	486	19,34	1	Tuileries.	143	13,57
7	Marché-St-Jean . .	317	19,13	2	Feydeau.	255	12,92
7	Mont-de-Piété . . .	383	19,07	3	Montmartre	170	12,09
4	Des Marchés. . . .	195	18,98	1	Place Vendôme. . .	403	12,04
3	Faub.-Poissonnière	607	18,96	4	St-Honoré.	128	10,98
9	Arsenal	296	18,89	3	Mail.	131	10,63

FEUILLETON.

Considérations sur l'enseignement de la médecine en France.

(Suite. — Voir le n° 2.)

Il ne m'appartient pas de caractériser le genre d'influence que peuvent exercer les séductions de la capitale sur une masse de jeunes gens nouvellement échappés à la discipline du collége, et très souvent disposés aux écarts de la politique et de la morale. Je le mentionne pourtant, parce qu'il est un des éléments de la question, élément considérable et qui doit être pesé dans les conseils du gouvernement. Mais j'insiste sur les conséquences qui touchent directement à l'instruction. Dans une Faculté comme celle de Paris, peu de rapports entre le maître et l'élève. Celui-ci n'est ni conseillé ni surveillé. L'appel nominal au commencement des leçons a dû être supprimé, parce qu'il était illusoire. Les chefs de clinique, les aides d'anatomie, les prosecteurs, les préparateurs de chimie, placés plus près de l'étudiant par leur âge et leur position, lui rendent sans doute d'incontestables services, et c'est là, pour le dire en passant, un des côtés par lesquels la France a devancé la Toscane dans le perfectionnement de l'éducation pratique ; mais ces guides officiels, ces espèces de moniteurs instruits et zélés, ne donnent pourtant d'avis qu'à ceux qui leur en demandent. L'école pratique de dissection et de chimie n'est pas obligatoire. En somme, pas de *direction* au sens strict du mot ; absence complète de discipline.

Cet abandon de l'élève à lui-même, à peu près inévitable dans un pareil milieu, a pour un de ses plus fâcheux effets, la faiblesse des études cliniques ; car c'est surtout au lit du malade que l'action du professeur devrait être directe et immédiate. L'encombrement ne permet qu'à un petit nombre de s'approcher des lits, de s'exercer à l'emploi des moyens physiques de diagnostic ; il oblige le professeur à prendre seulement quelques notes qu'il va ensuite commenter, loin des sujets d'observation, dans l'amphithéâtre de l'hôpital. Les élèves *internes* seuls sont en position d'acquérir un peu d'expérience, et il n'y en a guère qu'une centaine. On aurait beau multiplier les cliniques (qui sont déjà au nombre de neuf), le mal ne disparaîtrait pas entièrement, parce qu'il y en a toujours deux ou trois vers lesquelles le talent du professeur, ou l'engouement des élèves, ou la commodité du lieu, attirent la foule.

Dans les écoles préparatoires, le tableau change, mais peu avantageu-

---

Nous avons promis dans notre programme, quand une importante question de médecine et de chirurgie, ayant déjà passé par des phases diverses, serait agitée de nouveau dans la presse, dans les livres, dans l'enseignement, dans les sociétés savantes, d'en présenter un exposé général, substantiel et raisonné. Ainsi mis en présence de tous les éléments sur lesquels doit reposer la solution, le lecteur peut suivre avec plus de fruit la discussion nouvelle, et se former une opinion plus réfléchie. Une première occasion se présente de réaliser notre intention; une discussion sur les inhalations anesthésiques est pendante devant la Société de chirurgie. Provisoirement suspendue, elle doit être reprise dans quelques jours; c'est donc le moment d'intervenir, avec toute l'attention et l'impartialité que réclame une des plus hautes questions de la chirurgie.

Il y a sept ans, presque jour pour jour, que les habitués du grand hôpital de Massachusetts, à Boston, assistèrent, pour la première fois, à un merveilleux spectacle. L'inhalation d'une vapeur inconnue avait suffi pour rendre un malade insensible à la douleur d'une opération. Une découverte immense venait de s'accomplir, et le problème de l'anesthésie chirurgicale, vainement cherché depuis tant de siècles, était enfin résolu d'une manière définitive.

La nouvelle de cet événement fut accueillie en Europe avec un mélange d'étonnement, de crainte et d'admiration. L'étonnement ne fut pas de longue durée; des essais nombreux, répétés par une foule de chirurgiens, prouvèrent jusqu'à l'évidence que les inhalations d'éther anéantissaient temporairement la sensibilité. Le succès constant de ces premières expériences dissipa bientôt les craintes que plusieurs physiologistes avaient conçues à l'aspect d'un sommeil si voisin de la mort. L'admiration seule resta, et la découverte américaine, plus heureuse que tant d'autres, fut promptement acceptée dans tout le monde civilisé.

L'éthérisation devint le préliminaire indispensable de toutes les manœuvres opératoires. L'ouverture des abcès, l'avulsion des dents, la réduction des luxations ou des hernies, et même les simples épreuves du diagnostic, furent jugées dignes de la nouvelle méthode aussi bien que les grandes opérations sanglantes. Telle était la confiance qu'inspirait l'innocuité des anesthésiques, que les médecins, les étudiants, n'hésitaient pas à faire sur eux-mêmes des expériences fréquemment répétées, et cette confiance ne diminua pas lorsque l'éther eut cédé la place à un autre agent bien autrement énergique, bien autrement effrayant que lui, au chloroforme.

Ce fut pendant les derniers mois de l'année 1847 que le chloroforme fut introduit dans la pratique. Le règne de l'éther avait duré près d'un an, et, pendant cette période, la science n'avait inscrit contre lui que de timides accusations. Mais la question changea bientôt de face. Le chloroforme, en accomplissant de nouveaux prodiges, avait fait surgir de nouveaux dangers. On apprit que plusieurs malades étaient morts subitement en respirant les vapeurs de ce terrible anesthésique. L'inquiétude pénétra dans les esprits; l'opinion publique s'émut; et lorsqu'au mois de juillet 1848 M. Gorré, de Boulogne, adressa à l'Académie nationale de médecine la relation d'un fait malheureux survenu dans sa pratique, on reconnut qu'il était temps de soumettre les anesthésiques à une discussion sérieuse, d'en peser les dangers, d'en réglementer l'emploi. Une grande commission fut nommée à cet effet : M. Malgaigne, choisi comme rapporteur, rassembla tous les matériaux épars jusqu'alors dans la science, analysa les observations, compara entre eux tous les cas de mort, et présenta, au mois de novembre 1848, un remarquable rapport dont les conclusions, vivement attaquées et habilement défendues, furent adoptées presque textuellement par l'Académie. Nous croyons devoir reproduire ces conclusions, qui ont exercé une haute influence sur les destinées du chloroforme :

I. Le chloroforme est un agent des plus énergiques qu'on pourrait rapprocher de la classe des poisons, et qui ne doit être manié que par des mains expérimentées.

II. Le chloroforme est sujet à irriter, par son odeur et son action, les voies aériennes, ce qui exige plus de réserve dans son emploi, lorsqu'il existe quelque affection du cœur ou des poumons.

III. Le chloroforme possède une action toxique propre, que la médecine a tournée à son profit en l'arrêtant à la période d'insensibilité, mais qui, trop longtemps prolongée ou mise en œuvre à des doses exagérées, peut amener directement la mort.

IV. Certains modes d'administration apportent un danger de plus, étranger à l'action du chloroforme lui-même : ainsi on court des risques d'asphyxie, soit quand les vapeurs anesthésiques ne sont pas suffisamment mêlées d'air atmosphérique, soit quand la respiration ne s'exécute pas librement.

V. *On se met à l'abri de tous ces dangers*, en observant les précautions suivantes : 1° user du chloroforme bien pur, et à des doses qui ne soient pas exagérées; 2° s'abstenir ou s'arrêter dans tous les cas de contre-indication bien avérée, et vérifier avant tout l'état des organes de la circulation et de la respiration; 3° prendre soin, durant l'inhalation, que l'air se mêle suffisamment aux vapeurs du chloroforme, et que la respiration s'exécute avec une entière liberté; 4° suspendre l'inhalation aussitôt l'immobilité obtenue, sauf à y revenir quand la sensibilité se réveille avant la fin de l'opération.

VI. Enfin, il convient de n'administrer le chloroforme autant que possible que lorsque la digestion est achevée, pour prévenir des troubles du côté de cette fonction.

Ainsi, le chloroforme sortait victorieux de la lutte; il conservait le premier rang parmi les anesthésiques, et était maintenu sans arrière-pensée dans la pratique des opérations. Le rapport, il est vrai, le rangeait au nombre des agents toxiques, mais en ajoutant aussitôt, dans la cinquième conclusion, que des précautions déterminées mettaient à l'abri de tout danger. Comme conséquence

---

sement. Là des amphithéâtres déserts, des cours *pour mémoire*. Un alanguissement forcé de la vie scientifique y éteint à la fois l'émulation de l'élève et l'ardeur du maître. Le professorat n'y donne pas, le plus souvent, la moitié de la considération qui serait due au mérite intrinsèque du titulaire. Ajoutez que ces écoles, laissées entièrement à la charge des villes où elles sont ouvertes, vivant en partie de subventions bénévolement accordées par les hospices et les conseils généraux, sont dans la situation la plus précaire. Leur existence est perpétuellement mise en question. Le gouvernement sera un jour ou l'autre, s'il veut les conserver, obligé de les convertir en établissements d'État, et cette intention était même formellement annoncée en 1847 par M. de Salvandy. Mais à la charge des communes ou à celle de l'État, elles entraîneront toujours des dépenses hors de proportion avec le but et avec les résultats.

Tels sont les inconvénients inhérents au mécanisme même de l'institution, et auxquels s'appliquerait spécialement le remède proposé par M. de Pietra-Santa. Mais il en est d'autres, aux deux degrés de l'enseignement médical, qui réclament aussi une attention sérieuse.

Dans les Facultés, de hautes parties de la science sont absolument délaissées ou classées d'une manière vicieuse. L'*histoire de la médecine*, la *philosophie médicale* n'ont pas de chaires; c'est spontanément, et en détournant un peu le but de son enseignement particulier, qu'un zélé professeur initie en ce moment même les élèves au passé de la science qu'ils doivent cultiver toute leur vie. La pathologie générale, qui est la synthèse de toutes les notions acquises, fait partie du *troisième* examen. Il est bien vrai que, depuis 1846, les examens ne sont subis qu'après la seizième inscription, c'est-à-dire après quatre années d'études; mais, l'ordre des études étant le même que celui des examens, c'est conséquemment dans la troisième année que l'élève assiste ou doit assister au cours de pathologie générale. Je ne sais si l'on rétablira jamais la chaire de chimie organique récemment supprimée; mais il est bon de rappeler, à tout événement, que la chimie organique, qui est une des faces les plus importantes de la physiologie, était enseignée aux élèves de *première* année, en même temps que la pharmacie et par le même professeur. On apprenait la composition de nos tissus et de nos humeurs avant de savoir ce qu'est une humeur ou un tissu.

Dans les écoles préparatoires où le séjour est de deux ans, juste le temps fixé aux élèves des Facultés pour apprendre les sciences physiques, l'anatomie et la physiologie; dans ces écoles au sortir desquelles on doit commencer *ab ovo* l'étude de la pathologie interne et externe, on enseigne pourtant la médecine et la chirurgie théoriques et pratiques. On a en-

inévitable, quoique sous-entendue, il en résultait qu'à l'avenir chacun eût à se tenir sur ses gardes, et que, s'il arrivait malheur, l'opérateur en porterait seul la cruelle responsabilité.

La doctrine acceptée par l'Académie de médecine reposait sur l'analyse de huit cas de mort par le chloroforme, les seuls qui fussent alors connus. Plusieurs de ces observations étaient entourées d'obscurité; d'autres étaient relatives à des malades que leur état spécial plaçait avant la chloroformisation dans des conditions tout exceptionnelles. Celles qui restaient étaient trop peu nombreuses pour servir de base à une généralisation définitive. Mue peut-être par le désir louable de ne pas engager l'avenir, de ne pas déconsidérer les anesthésiques et de ne pas faire perdre à la science une de ses plus belles conquêtes, la commission, restée en face de trois faits seulement, avait comparé ce chiffre minime au chiffre énorme des individus soumis sans accident aux mêmes inhalations, et avait rendu un verdict d'acquittement en faveur du chloroforme.

Cette indulgence, au surplus, semblait pleinement légitimée par le résultat des expériences faites sur les animaux. Le chloroforme peut tuer les animaux de deux manières. Lorsqu'on l'emploie à doses exagérées, et mêlé à une quantité d'air insuffisante, il détermine une mort prompte qui s'accompagne de tous les phénomènes de l'asphyxie, et son action alors n'est nullement spécifique. Lorsqu'on l'administre au contraire à doses moins élevées, en se servant d'un appareil qui laisse pénétrer librement l'air atmosphérique, il est supporté sans danger pendant un temps assez long. Toutefois une inhalation suffisamment prolongée finit le plus souvent par entraîner la mort, et alors il faut bien admettre que le chloroforme exerce une action toxique sur l'économie, et principalement, il faut le croire, sur l'appareil central de l'innervation. Ainsi le chloroforme tue les animaux tantôt par *asphyxie* pure et simple, et tantôt par un *empoisonnement spécial*, qui ne se produit qu'avec une certaine lenteur.

Dès lors, il semble que, dans les cas malheureux recueillis sur l'homme, la mort devrait toujours se produire par l'un ou l'autre de ces mécanismes. Il n'en est rien cependant. Certes le chloroforme, imprudemment administré, n'épargnerait pas l'espèce humaine plus qu'il n'épargne les animaux; il n'est pas douteux que nos poumons ont besoin d'oxygène, et que notre système nerveux central ne saurait, sans danger de mort, interrompre ses fonctions d'une manière complète. Sous ce rapport, le roi de la création ne diffère pas de la plus humble des brutes, et il est évident que, dans certaines conditions déterminées, les vapeurs du chloroforme peuvent nous asphyxier ou nous empoisonner. Il ne s'agit plus que de savoir si les conditions existaient dans les cas de mort qui ont été publiés.

La question de l'empoisonnement doit d'abord être mise de côté. Aucun opéré n'est mort comme meurent les animaux soumis aux inhalations prolongées. En faisant abstraction de l'histoire d'Arthur Walker, cet apprenti droguiste qui fut victime de sa passion pour le chloroforme, et qui fut trouvé mort sur un comptoir, la face appliquée depuis vingt minutes sur un mouchoir imbibé de son liquide favori; en faisant, dis-je, abstraction de ce cas où la mort a pu aussi bien être la conséquence d'une asphyxie que d'un empoisonnement, on trouve que, dans les autres observations, la vie s'est éteinte d'une manière presque subite, à une époque peu éloignée du début de l'inhalation. Ce n'est donc pas à l'action toxique du chloroforme que la mort subite des opérés doit être attribuée, et c'est l'asphyxie qu'on doit invoquer si l'on veut appliquer à l'homme les résultats des expériences faites sur les animaux.

Que l'asphyxie ait pris une part active à la mort de quelques malheureux, c'est ce qui paraît fort probable; il serait même possible que cela eût eu lieu plus souvent qu'on ne l'a dit. Le chloroforme a trop longtemps été manié par des mains inexpérimentées pour qu'un pareil résultat puisse nous surprendre. Les dentistes, par exemple, ont certainement contribué, plus que pour leur part, à grossir le nécrologe du chloroforme. Allons plus loin, et accordons même, si l'on veut, que la mort des opérés ait été le plus souvent due à des manœuvres imprudentes ou maladroites. Il n'en restera pas moins un certain nombre de faits dignes de toute croyance, entourés de toutes les garanties désirables, accompagnés de détails suffisamment précis, et montrant d'une manière irrécusable que le libre accès de l'air n'empêche pas toujours l'action funeste du chloroforme.

Les faits de cette dernière catégorie, rares encore aujourd'hui, étaient rares surtout à l'époque où M. Malgaigne communiqua son rapport à l'Académie, et il était permis de se demander alors si ces faits, entièrement exceptionnels, entièrement différents de ceux qu'on observe sur les animaux, ne s'expliquaient pas plus aisément par une fâcheuse coïncidence que par une asphyxie ou par un empoisonnement dont on n'avait pas constaté les symptômes. (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1848, t. XIV, p. 244)

Or, depuis le jour où l'Académie adopta les conclusions du rapport, des faits du même genre se sont reproduits. Il n'est plus possible aujourd'hui de les expliquer par de simples coïncidences. Il est certain que le chloroforme a tué plusieurs opérés sans asphyxie et sans empoisonnement, et il est devenu nécessaire d'établir la théorie de ces morts subites, afin de chercher avec quelques chances de succès le moyen de les prévenir.

Dans la séance même où M. Malgaigne présenta son rapport, l'Académie avait reçu de M. Gosselin une courte note qui était de nature à faire réfléchir, quoique l'auteur n'en eût pas tiré du premier coup toutes les conséquences dont elle renfermait le germe. En injectant du chloroforme en nature dans les veines des animaux, M. Gosselin avait produit des morts foudroyantes, et l'observation directe lui avait montré que ce résultat était dû à la paralysie du cœur. La cessation brusque et primitive des battements du cœur constitue la *syncope*. Les animaux succombaient donc à une sorte de syncope artificielle, et M. Gosselin constatait dans sa troisième conclusion, qu'en pareil cas la soudaineté de la mort contrastait avec la lenteur assez grande des phénomènes qui accompagnent l'action du chloroforme sur les centres nerveux.

---

tendu sans doute que cet enseignement serait élémentaire. Mais qu'arrive-t-il? Que les professeurs, peu soucieux d'un privilége d'infériorité, ayant d'ailleurs le juste sentiment de leurs forces, ne consentent pas à le maintenir au-dessous de celui des Facultés. Et la semence qu'ils distribuent ne fructifie pas, parce qu'elle est trop forte pour le terrain qui la reçoit.

De tout ce qui précède, il suit qu'un bon système d'enseignement devrait avoir pour but :

De prévenir l'agglomération des élèves sur un seul point;

D'élever le niveau des études théoriques;

De fortifier les études pratiques.

Voici comment je l'entendrais pour mon compte. Il va sans dire que ce n'est ici qu'une vue d'ensemble, dont il resterait à régler beaucoup de détails.

Le moyen principal consisterait, comme le demande M. de Pietra-Santa, à créer des écoles *complémentaires* ou de *perfectionnement*, en multipliant les Facultés. Trois écoles de perfectionnement, dont une à Paris, une à Montpellier, une à Strasbourg; six Facultés dans le reste de la France, avec suppression des écoles préparatoires.

Les *Facultés* donneraient à la fois l'enseignement didactique et l'enseignement clinique, le second devant incessamment contrôler le premier. Cet enseignement serait à peu près tel que les élèves le reçoivent aujourd'hui; mais il serait réduit de cinq ans à quatre, au moyen d'une autre distribution des matières et de suppressions qui vont être spécifiées à l'instant. Cet espace de quatre années, le baccalauréat ès sciences étant exigé avant la première inscription, suffirait pour parcourir l'échelle modifiée des connaissances médicales.

Les *écoles de perfectionnement* donneraient l'enseignement *théorique* le plus élevé. On y créerait une chaire d'histoire de la médecine et de philosophie médicale; une autre d'anatomie générale et comparée. La chaire de pathologie générale y serait transportée des Facultés; celle de chimie organique, rétablie, passerait également aux écoles supérieures, en laissant au professeur de physiologie des Facultés le soin d'en enseigner les premières notions. Les écoles donneraient encore l'enseignement *clinique*, mais plus solide que dans les Facultés. Ici pas de chaires de pathologie didactique, mais seulement des chaires de clinique interne, externe et d'accouchement. Pas de leçons proprement dites sur les sciences physiques, l'anatomie descriptive, l'anatomie pathologique, la physiologie, les opérations, bandages et appareils; mais seulement des *démonstrations* et des *expériences* faites dans le laboratoire ou dans des amphithéâtres

Pour M. Gosselin, cette paralysie du cœur était due au contact direct de l'agent anesthésique avec la surface interne de l'organe. Or, à la suite des inhalations, la quantité de chloroforme qui pénètre dans le torrent circulatoire ne paraissant pas suffisante pour exercer sur les fibres musculaires une action stupéfiante, l'auteur ne crut pas devoir attribuer à la syncope les morts subites observées chez l'homme. Ceux des académiciens qui invoquèrent dans la discussion les expériences de M. Gosselin, gardèrent la même réserve; et l'on ne saurait les en blâmer, car cette action directe du chloroforme sur le cœur, réelle sur les animaux soumis aux injections veineuses, était au moins hypothétique sur les sujets soumis à de simples inhalations.

On ne donna donc aucune suite immédiate à l'idée de la syncope. Pour expliquer les morts foudroyantes, quelques personnes invoquèrent la *sidération nerveuse;* ce mot fit fortune, quoique, par le fait, il ne signifiât pas grand'chose.

Mais, lorsque plus tard les faits se multiplièrent, on fut frappé d'une circonstance remarquable. C'est que les cas de mort étaient surtout fréquents sur les malades chloroformés dans les conditions qui favorisent la production de la syncope. Les individus épuisés par des pertes de sang ou par toute autre cause, ceux qui étaient atteints d'une affection du cœur, ceux qui voyaient approcher avec terreur le moment de l'opération, enfin et surtout ceux qui étaient endormis dans la position verticale fournissaient un large contingent à la liste mortuaire. Avant les anesthésiques, la syncope n'était pas rare chez les opérés; plus d'une fois même elle avait été mortelle. Espérera-t-on que l'emploi du chloroforme soit de nature à empêcher la production de cet accident? Non, sans doute. Eh bien, qu'une syncope survienne pendant la durée de l'inhalation, n'est-il pas clair que les conditions d'anesthésie dans lesquelles se trouve le malade neutralisent l'efficacité de la plupart des moyens qu'on dirige habituellement contre la syncope? Et n'est-il pas admissible aussi que la diminution de la puissance nerveuse et le contact sur les parois cardiaques d'un sang qui renferme des vapeurs stupéfiantes seront de nature à prolonger l'inertie du cœur, et même à la rendre définitive? Ces idées, déjà répandues dans beaucoup d'esprits, furent exposées avec réserve par M. Bouisson, dans son excellent *Traité de la méthode anesthésique* (1850), et depuis lors la théorie de la syncope a pris de l'extension et gagné de nombreux partisans.

Or, il est bien possible au chirurgien de se mettre en garde contre quelques unes des causes qui provoquent l'apparition de cette syncope funeste; mais parmi ces causes il en est qui sont au-dessus de son pouvoir. Il en résulte que les précautions les plus intelligentes ne préserveront pas toujours les malades de ce péril imminent, et que le premier jugement de l'Académie de médecine laisse planer des soupçons immérités sur les chirurgiens à qui il arrive pareil malheur.

On le voit, il était nécessaire que la question fût reprise et débattue. Cette nécessité devenait plus pressante encore en vertu de circonstances toutes spéciales. La justice avait cru devoir intervenir dans une malheureuse affaire : deux cas de mort survenus presque coup sur coup avaient vivement impressionné l'opinion publique, intimidé quelques chirurgiens, et soulevé devant les tribunaux une grave question de responsabilité médicale.

C'est alors que la question du chloroforme fut portée devant la Société de chirurgie. Un rapport de M. Robert devint le point de départ de la discussion. Des opinions diverses se firent jour. Le débat s'agrandit insensiblement et finit par embrasser tout le champ de l'anesthésie chirurgicale, de telle sorte que le travail du rapporteur devint insuffisant, et que M. Robert fut chargé d'en présenter un second, plus complet que le premier.

Dans un prochain article, en attendant le second rapport, nous nous occuperons de la première phase de cet important débat, auquel la Société a déjà consacré un grand nombre de séances.

Paul Broca,
Agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE. — TÉNORAPHIE.

De la réunion des tendons anciennement divisés et isolément cicatrisés, comme moyen de rétablissement des mouvements, par M. le professeur C. Sédillot.

La section traumatique des tendons est une cause assez commune d'abolition des mouvements, et les exemples en sont particulièrement fréquents à l'avant-bras et à la main.

La perte de l'usage d'un ou de plusieurs doigts, qui en est le résultat, constitue une infirmité des plus regrettables, et nous avons vu prononcer un certain nombre de réformes pour des accidents semblables.

Si l'on jette un coup d'œil sur les ressources de la chirurgie relativement aux plaies des tendons, on remarque une différence tranchée dans la conduite des hommes de l'art, selon que la blessure est récente ou date d'une époque déjà éloignée. Dans le premier cas, personne n'hésite à réunir les extrémités des tendons divisés, et l'on obtient par la position, les bandages et les sutures, de très beaux succès. M. le docteur Missa s'est brillamment distingué dans cette voie. Le bout digital du tendon extenseur du médius,

particuliers, sous la haute direction du professeur et avec l'assistance d'aides nommés au concours. Ces démonstrations et expériences, dont le caractère général pourrait être déterminé par un programme, auraient toujours en vue l'application directe à la pratique médicale ou chirurgicale, à l'hygiène, à la toxicologie, à la médecine légale. Le séjour dans les écoles complémentaires serait de deux ans.

L'élève emporterait de la Faculté, après quatre examens et une thèse, le diplôme de docteur. Il n'obtiendrait le droit d'exercice qu'au sortir de l'école complémentaire, après des épreuves cliniques et expérimentales sur toutes les matières de l'enseignement.

La durée totale des études aurait été de six ans.

Notons, en passant, que depuis 1850, l'organisation de l'enseignement de la médecine militaire réalise une partie de ce système. Les jeunes gens reçus docteurs dans une Faculté sont astreints à un stage dans l'école de perfectionnement du Val-de-Grâce. Le stage n'est que d'une année; mais les études pour le doctorat ayant déjà employé, dans l'état actuel des choses, cinq ans, le sacrifice de temps est précisément égal à celui que je voudrais voir imposer à tous les élèves indistinctement. Dorénavant le stage des médecins militaires serait porté à deux ans comme celui des médecins civils. Au sortir des Facultés où les uns et les autres auraient été confondus, les premiers entreraient au Val-de-Grâce, les seconds dans une des trois écoles supérieures.

Quelques mots seulement sur les résultats les plus clairs de ce système.

Les jeunes gens, au sortir du collége, retenus pendant quatre ans loin des attraits de la capitale, n'ont plus de raisons de préférer une Faculté à une autre, Amiens à Lille, Bordeaux à Marseille, etc. Au lieu de se masser sur un seul point, ils se distribuent à peu près également entre les diverses parties du territoire. Ils fournissent, en moyenne, quatre cents élèves environ par Faculté, c'est-à-dire un nombre intermédiaire entre la pénurie qui nuit au prestige, à l'émulation, et l'encombrement qui met obstacle aux fortes études. La répartition de quatre cents jeunes gens entre les différents cours permet aisément le contact entre chaque professeur et ses auditeurs spéciaux; elle permet aussi une discipline paternelle également propre à garantir l'assiduité des élèves et à guider leurs efforts. La clinique peut être faite *au lit du malade*, sans préjudice, si on le veut, de la leçon à l'amphithéâtre de l'hôpital; chaque élève peut être individuellement exercé à l'emploi des moyens de diagnostic. Toutes les Facultés ensemble ne versent pas annuellement, dans les écoles complémentaires, plus de trois cent cinquante à quatre cents docteurs : soit, avec un stage de deux ans, de sept à huit cents en cours d'étude. Avec une division des

ayant été coupé avec perte de substance, M. Missa le fixa à l'extrémité supérieure également divisée du tendon extenseur de l'annulaire, et parvint à rétablir les mouvements du doigt par cette ingénieuse opération.

On prévient l'exfoliation et les adhérences vicieuses des tendons restés intacts, ou plus ou moins altérés, en les recouvrant avec soin par les téguments, et en combattant le développement de toute inflammation suppurative (1).

La chirurgie a montré moins de confiance et de hardiesse lorsque les plaies étaient anciennes, et que la perte des mouvements dépendait de la cicatrisation isolée et de l'interruption de continuité des deux bouts des tendons.

Les malades atteints de pareilles infirmités sont habituellement déclarés incurables, et cet aveu d'impuissance est d'autant plus regrettable qu'il n'est pas toujours fondé, comme l'observation suivante en offre la preuve.

Coup de sabre à la face postérieure et interne du tiers inférieur de l'avant-bras droit. Section du tendon extenseur des doigts annulaire et auriculaire. Cicatrisation rapide de la plaie. Impossibilité des mouvements d'extension et de flexion permanente des deux derniers doigts. Ténoraphie au bout de cinq semaines. Guérison parfaite.

Obs. 1re. — Le nommé Marot (Charles), brigadier au 4e régiment de cuirassiers, entra dans mon service le 11 janvier 1853.

Ce militaire, âgé de vingt-cinq ans, fortement constitué et d'une belle santé, avait reçu le 13 décembre 1852 un coup de latte (sabre droit terminé en pointe à double tranchant) au tiers inférieur de la face dorsale de l'avant-bras droit pendant que la main était placée en demi-pronation.

Au moment de la blessure, il n'éprouva du côté des doigts aucune sensation particulière, et il put même serrer la main d'un de ses camarades. Mais on constata bientôt que le pouce, l'indicateur et en partie le médius, avaient seuls conservé leur mobilité, tandis que les deux autres doigts restaient fléchis et ne pouvaient plus être spontanément redressés.

La plaie, traitée à l'infirmerie régimentaire par la réunion immédiate, l'immobilité et les réfrigérants, fut cicatrisée le septième jour sans avoir offert de complications ; mais la paralysie des doigts devint un obstacle à toute reprise de service, et le malade fut dirigé quelques semaines plus tard sur l'hôpital militaire de Strasbourg.

(1) En voici un exemple remarquable. Un ouvrier, âgé de trente-neuf ans, était occupé, le 6 juillet 1853, dans une fabrique des environs de Strasbourg, à pulvériser du bois de Campêche, lorsqu'il eut la main gauche saisie dans une machine et gravement blessée. Les téguments de la face dorsale avaient été découpés en plusieurs lambeaux, sur toute la hauteur du deuxième métacarpien. Les tendons extenseurs de l'index étaient à nu, à moitié divisés transversalement, et l'articulation métacarpo-phalangienne était ouverte. J'hésitai, en présence de ces désordres, à tenter la conservation du doigt. Je crus que la plaie articulaire et la section de près de la moitié de l'épaisseur transversale des tendons entraîneraient de graves complications et une consolidation par ankylose. Je conseillai au malade l'amputation comme moyen de guérison plus prompt et plus sûr, tout en lui déclarant qu'il n'était pas impossible de tenter la conservation du doigt, dont les mouvements resteraient probablement perdus. Notre blessé ayant préféré ce dernier parti, je dégageai les lambeaux cutanés qui s'étaient enroulés sur eux-mêmes, je les réunis par quelques points de suture au-dessus des tendons, qui se trouvèrent complétement cachés. Je prescrivis des irrigations froides continues avec une infusion aromatique, et le malade guérit parfaitement en assez peu de temps, et conserva tous les mouvements du doigt.

A la visite du 12 janvier 1853, on constate la perte complète des mouvements d'extension des doigts auriculaire et annulaire, incomplète du médius. Les deux derniers doigts soulevés retombent dans la flexion, et le malade est incapable de s'en servir.

On aperçoit au tiers inférieur et postérieur de l'avant-bras droit une cicatrice de 13 millimètres de longueur, de 4 millimètres de largeur, de forme allongée, légèrement déprimée, adhérente aux parties subjacentes et située à 23 millimètres de l'apophyse styloïde du cubitus.

Il était évident que les tendons extenseurs, divisés, s'étaient isolément cicatrisés. Les mettre à découvert et les réunir était la seule chance de guérison, et le malade réclamait instamment quelque opération qui pût lui rendre les usages de sa main et l'empêcher d'être réformé.

Le 29 janvier, en présence de MM. les officiers de santé Tabouret (1), Tisserand, Jourquet, Demanet, Quillaut et Ragu, le malade fut chloroformisé, et je pratiquai à 8 millimètres en dedans de la cicatrice une incision longitudinale de 6 centimètres d'étendue. La peau coupée et repoussée en dehors, je mis à nu un tissu cicatriciel, adhérent, continu à l'aponévrose, et par la dissection j'arrivai à découvrir les extrémités d'un tendon volumineux, séparées par un intervalle de 3 centimètres. Je devais m'attendre à trouver les tendons de l'extenseur commun et de l'extenseur propre du petit doigt également divisés ; mais, par une anomalie dont les exemples ne sont pas très rares, l'extenseur propre n'existait pas, et nous n'aperçûmes qu'un seul tendon dont la section avait suffi à paralyser les doigts.. Afin de lever tous nos doutes à ce sujet, je dégageai entièrement le bout digital du tendon d'une sorte de gangue fibreuse qui l'entourait, et en exerçant, comme je le fis à plusieurs reprises, des mouvements de traction de bas en haut sur cette extrémité tendineuse, on ramenait facilement les derniers doigts dans une extension complète. L'auriculaire et l'annulaire étaient plus fortement redressés que le médius.

Nous isolâmes alors le bout supérieur du tendon, enveloppé à cette hauteur de quelques fibres musculaires, et j'enlevai le tissu fibreux intermédiaire qui eût fait obstacle à l'affrontement du tendon, dont chaque bout fut rafraîchi avec des ciseaux.

Le renversement de la main en arrière suffisant à ramener au contact les deux extrémités tendineuses, nous les assujettîmes par un seul point de suture traversant le milieu du tendon. Un double nœud, fortement serré, fixa le fil dont un des bouts fut coupé ras, tandis que l'autre fut maintenu en dehors de la plaie pour être retiré en temps opportun.

Les téguments furent réunis immédiatement par trois points de suture entrecoupée. Les doigts, la main et le poignet furent placés sur des coussins élevés, et l'extension obtenue par la position et quelques simples jets de bande.

Le malade revient promptement à lui après la chloroformisation, aussi étonné que satisfait d'avoir été opéré pendant son sommeil.

Le 20, un peu d'agitation pendant la nuit, soif, pouls à 80 ; état local favorable, pas de gonflement. Même traitement.

21. Soif moins vive, pouls à 68. L'intervalle qui donne passage au fil de la suture tendineuse laisse échapper un peu de suppuration sanguinolente.

22. Gonflement de tout l'avant-bras ; rougeur érythémateuse, endolorissement. On enlève deux points de suture ; fomentation avec l'eau de sureau. Eau de Sedlitz, bouillon maigre.

(1) M. le docteur Tabouret, médecin aide-major de 1re classe, auquel je dois le nom de ténoraphie, donné à l'opération qui nous occupe, s'est livré à de nombreuses recherches sur ce sujet, et je suis heureux de lui en exprimer mes remercîments.

Facultés en circonscriptions, comme il en existe maintenant pour les écoles préparatoires, en attachant, par exemple, deux Facultés à chaque école supérieure, on assure entre les grands centres d'instruction médicale un équilibre qui, dans l'état actuel des choses, n'existe pas et ne saurait exister. Ne veut-on pas de circonscriptions? Paris ne peut toujours attirer, par année, qu'un nombre assez faible de jeunes gens, deux cents environ, déjà sérieux, déjà conscients de la dignité de leur profession. Une instruction solide les a préparés à pénétrer sans danger, sous une haute direction, dans les régions les plus élevées de la science ; il revisent en deux ans toutes les matières de l'enseignement qui, trop souvent, se chassent de la mémoire les unes les autres successivement ; ils acquièrent enfin l'expérience pratique que la plupart des docteurs d'aujourd'hui ne peuvent attendre que de la clientèle, — non pas à l'avantage des clients.

Si ces bases du projet étaient acceptées, il y aurait à rechercher quelles sont les six villes de France qui se prêteraient le mieux, par le nombre des hôpitaux, par le mouvement des malades, par la richesse des divers éléments d'instruction, laboratoires, jardins botaniques, collections, amphithéâtres, etc., à devenir le siége des Facultés. L'embarras ne paraîtra pas grand quand on se rappellera que deux Facultés fonctionnent depuis longtemps dans des villes de quarante à cinquante mille âmes. Il suffirait de quelques travaux d'appropriation dans des localités aujourd'hui en possession d'écoles préparatoires. J'ai nommé tout à l'heure Lille, Amiens, Bordeaux, Marseille. Je signale plus particulièrement Lyon, où le culte de la science se perpétue avec ardeur, et peut être si largement desservi ; Lyon qui, en ce moment même, par la voix du conseil général, appelle pour la seconde fois dans son sein une Faculté de médecine.

J'ose espérer que ces considérations ne porteront ombrage à personne. Loin de déprécier les professeurs des écoles préparatoires, je constate qu'ils n'ont pas, à un degré suffisant, l'emploi de leur mérite. La position de beaucoup d'entre eux ne serait pas atteinte, et pourrait être améliorée par le nouveau système : outre que la création de six Facultés rendrait immédiatement disponible un grand nombre de chaires, le corps d'agrégés, placé près de chacune d'elles ouvrirait un large débouché à de justes ambitions. L'agrégation près d'une Faculté, à la place d'une chaire de professeur dans une école préparatoire, ne passerait aux yeux de personne pour une dérogation.

A. Dechambre.

25. Le troisième point de suture a cédé pendant la nuit; beaucoup moins de tension et de gonflement, disparition de la rougeur; état général satisfaisant.

26. Moins de suppuration, le fil de la suture profonde est enlevé sans résistance; les bords de la plaie tégumentaire sont légèrement rapprochés.

Les jours suivants, malgré nos recommandations, le malade étend et fléchit alternativement, sans difficulté, les doigts précédemment paralysés; on distingue sous la peau les mouvements du tendon, la cicatrice se fronce, et la contraction musculaire se suit des yeux jusqu'à l'extrémité supérieure de l'extenseur commun des doigts.

Rien ne vint, dès lors, entraver la guérison; la main reprit sa force et ses usages, et le malade a quitté l'hôpital et repris son service.

Si l'on réfléchit aux particularités de cette opération, et qu'on en recherche les principales conditions de succès, on peut les signaler dans l'ordre suivant :

1° Les extrémités tendineuses doivent être dégagées de toute adhérence fibreuse de nature à compromettre le rétablissement des mouvements.

2° Le tissu cellulaire, qui sert d'enveloppe et de gaîne au tendon, sera ménagé avec soin, pour circonscrire les dangers et le siége de l'inflammation, et assurer la vitalité et l'intégrité du tendon.

3° Les extrémités tendineuses, précédemment divisées et isolément cicatrisées, seront rafraîchies et maintenues dans un contact permanent et immédiat, au moyen d'un ou de plusieurs points de suture, formés de fils très fins et assez serrés pour déterminer une prompte section des tissus intermédiaires.

4° La position et les bandages sont d'un grand secours, mais seraient insuffisants pour maintenir les tendons parfaitement affrontés. L'application permanente en est gênante, douloureuse, quelquefois insupportable, tandis que la suture n'a aucun de ces inconvénients, et donne des résultats beaucoup plus certains.

5° L'incision pratiquée pour découvrir et isoler les extrémités tendineuses, sera placée à quelque distance de la direction normale du tendon, afin que ce dernier soit ensuite complétement recouvert par la peau, et échappe plus sûrement à l'inflammation, aux adhérences et à l'exfoliation.

6° Le retour de la mobilité est quelquefois très prompt, comme le prouve notre observation; mais, dans le cas où des adhérences auraient eu lieu et feraient obstacle aux mouvements, on pourrait encore espérer la guérison, pourvu que la continuité tendineuse fût rétablie. Les exercices répétés, les douches, les massages, et surtout des incisions sous-cutanées propres à isoler le tendon, seraient des moyens auxiliaires d'une incontestable utilité.

7° La plaie tégumentaire sera réunie immédiatement, et l'on en préviendra la suppuration par les moyens les plus efficaces : position élevée du membre, absence de toute compression, fomentations légèrement aromatiques; diète, purgatifs répétés, etc.

Telles sont, croyons-nous, les principales règles de la ténoraphie tardive ou secondaire, et il n'était pas sans intérêt de rechercher quels étaient les enseignements de la science à cet égard, et à quels faits ils se rapportaient.

Les observations que nous avons recueillies sont fort rares, et semblent montrer combien la chirurgie s'est peu occupée de ce genre de lésions; nous n'en avons rencontré qu'un très petit nombre.

Nous les rappelons afin d'en montrer les analogies et les différences, et de fixer davantage l'attention sur l'importance d'une opération susceptible de remédier à la perte d'un membre, sans que le succès soit ici contrebalancé par aucun danger.

Obs. 2. — « M. de Priançon avait perdu l'usage du doigt indicateur de » la main droite, par suite d'une ancienne blessure de la face postérieure » de cette partie. Il apprit la manière heureuse dont Baupré avait » guéri (*plaie récente, suture tendineuse*), et vint me demander la même » opération. Je m'y refusai, les circonstances n'étant pas les mêmes ; il » insista, fortifia mes doutes, me donna son courage; je me rendis. Le » dos de la main fut fendu; j'y cherchai les deux bouts du tendon, séparés par un intervalle de près de deux pouces. Ils étaient arrondis et tuberculeux ; je les coupai pour en faire une plaie sanglante, je traversai » chaque bout du tendon avec une aiguille, les maintins rapprochés par un » fil, un bandage et une situation convenables. La guérison radicale, le » vingt-cinquième jour, fut une occasion de triomphe, pour M. de Priançon, pour l'art et pour son disciple. » (M.-A. Petit, *Mal. du cœur*, p. 320, Lyon, 1806.)

Obs. 3. — Notre illustre collègue, M. le professeur Roux, a eu la bonté de me communiquer le fait suivant, qu'il avait gardé inédit au milieu des précieuses collections dont l'art attend et réclame la publication.

C'est il y a vingt-cinq ans au moins : un Italien du nom de Ruffo, très fort pianiste, et en même temps compositeur, qui a donné plusieurs ouvrages à l'Opéra-Comique, me fut présenté ayant le doigt médius de la main droite continuellement fléchi et comme renversé sur la paume de la main. Ce doigt était complétement insensible. Cet état de choses était le résultat d'une section du tendon extenseur de ce doigt, qui avait été faite par un morceau de verre. Au moment de la blessure, on avait appliqué inutilement un appareil unissant et maintenu le doigt dans l'extension : la plaie de la peau s'était réunie ; mais il n'y avait point eu consolidation du tendon, et depuis près de deux années, M. Ruffo avait dû renoncer presque entièrement à ses occupations chéries : du moins son jeu sur le piano était des plus imparfaits.

Je me souvins de ce que j'avais lu dans un ouvrage de M.-A. Petit, de Lyon, qui contient un petit résumé de sa pratique à l'Hôtel-Dieu de Lyon pendant le temps de son service comme chirurgien-major.

M. Ruffo accepta la proposition que je lui fis de lui pratiquer la suture de son tendon, dont les bouts, qu'on sentait distinctement à travers une ancienne cicatrice, correspondaient un peu au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne. J'incisai verticalement cette cicatrice ; je reséquai les deux extrémités du tendon qui tenaient faiblement l'une à l'autre par un tissu membraneux, et qui étaient séparées par un intervalle d'un travers de doigt environ. Je les traversai par un fil au moyen d'une petite aiguille courbe ; elles furent mises facilement en contact, et je les y maintins en unissant les deux bouts de ce fil par deux nœuds simples. Je réunis la plaie, et je pus retirer le fil le dix-septième jour. Bien entendu que pendant tout le temps que la nature fut mise à même de consolider le tendon, le doigt fut maintenu dans une extension forcée, ou du moins aussi grande que possible.

La consolidation fut parfaite, et M. Ruffo put recouvrer le libre usage de tous les mouvements de la main, et reprendre ses exercices sur le piano.

Obs. 4. — Coup de sabre à la partie moyenne interne et postérieure de l'avant-bras droit. Guérison de la blessure avec perte des mouvements d'extension des deux derniers doigts de la main.

M. le docteur Dutertre conçut le projet de remédier à cette infirmité par l'opération suivante : deux incisions elliptiques circonscrivent la cicatrice tégumentaire qui était adhérente et avait 6 centimètres de longueur transversale, 16 millimètres de largeur, 8 millimètres d'épaisseur, et renfermait une petite esquille du volume d'un grain de chènevis provenant du cubital.

On peut dès lors constater que l'extenseur commun était partiellement divisé, tandis que la section de l'extenseur propre du petit doigt et du cubital postérieur était complète; un intervalle de 3 centimètres existait entre les fibres musculaires.

M. le docteur Dutertre rapprocha la peau et les muscles au moyen de points de suture enchevillée (petits morceaux de cuir carrés placés aux extrémités de chaque fil), mais n'affronta pas entièrement les parties, et laissa entre les lèvres de la plaie 2 centimètres environ d'écartement. Un appareil de renversement des doigts et du poignet, de l'invention de l'auteur, fut appliqué, et le malade recouvra, au bout d'un mois, la faculté d'allonger les doigts et d'étendre la main. (Dutertre, *Médecine opératoire*, Paris, 1816.)

Cette observation diffère de la nôtre sous plusieurs rapports :

1° Ce n'est pas une opération de ténoraphie qui fut pratiquée, car les sutures portèrent sur les fibres musculaires, dont les tendons se dégagent et s'isolent fort au-dessous de la partie moyenne du membre.

2° Les sutures comprirent la peau et les muscles, qui furent plutôt soutenus qu'affrontés, dans le but probablement d'en éviter la trop prompte section et de prévenir l'étranglement provenant du gonflement inflammatoire, tandis que nous avions mis dans un contact immédiat les bouts du tendon.

3° La cicatrice fut enlevée et les muscles réunis au fond de la plaie, ce que nous évitâmes en ménageant la cicatrice de notre malade et en détachant latéralement la peau, qui nous servit à recouvrir et à protéger le point de rapprochement des extrémités tendineuses.

L'opération de M. Dutertre n'a pas obtenu toute l'approbation

de Boyer, qui, sans nier la valeur de la suture, a cependant attribué au bandage la plus grande part du succès : telle est également notre opinion. Les fibres musculaires ne sauraient être ramenées au contact par de simples points de suture ; elles n'offrent pas une résistance suffisante et seraient sur-le-champ coupées. Mais si on les suppose doublées d'aponévroses ou de lames tendineuses d'insertion, on comprend très bien qu'elles obéissent à l'action des sutures, et, dans tous les cas, on pourrait en maintenir l'affrontement par la position et les bandages, ce qui nous paraît une indication capitale pour prévenir l'inflammation et obtenir une cicatrice de continuité indispensable au rétablissement des fonctions du muscle.

Obs. 5. — Un jeune homme eut le tendon d'Achille divisé par un coup de faux, et la marche devint impossible par suite de la cicatrisation isolée des deux extrémités tendineuses. Cinq mois plus tard, M. le professeur Syme tenta la guérison. Une incision pratiquée le long de la cicatrice permit d'enlever la substance fibreuse qui unissait les deux bouts du tendon et les faisait adhérer aux parties voisines. Deux points de suture ne comprenant pas la peau, maintinrent les surfaces tendineuses dans un contact parfait. L'appareil de J.-L. Petit pour la rupture du tendon d'Achille fut appliqué, et le malade recouvra complétement l'usage de son membre vers la sixième semaine. (*Archives de médecine*, année 1837.)

Ces exemples montrent l'utilité et l'importance de la ténoraphie dans le cas de perte de mouvements par section et cicatrisation isolée des tendons.

L'innocuité et les brillants résultats de cette opération inspireront à la chirurgie plus de confiance et de hardiesse, et contribueront à lui assurer de nouveaux succès.

PATHOLOGIE INTERNE. — HÉMATOLOGIE.

Mémoire sur les caractères de l'urémie, par le docteur Schottin (de Kostritz).

Suite. Voir le numéro 3.

Si nous nous demandons maintenant quelles conclusions on peut tirer de la présence de l'ammoniaque dans l'expiration des urémiques, quant à ce qui concerne l'essence ou la cause prochaine de l'urémie, nous devons reconnaître que ces conclusions sont absolument incertaines ; car l'expiration de l'ammoniaque peut tenir à des circonstances très diverses. En effet, il se peut, comme dans les cas précédemment cités, que l'ammoniaque se forme par la décomposition des sécrétions buccales ; il se peut que les glandes salivaires ou la membrane muqueuse de la bouche interviennent comme organes succédanés des reins et sécrètent de l'urée qui se transformerait ensuite dans la bouche en produits ammoniacaux ; il se peut que l'œdème des poumons intervienne, et que les liquides de l'infiltration, contenant de l'urée, se transforment dans le poumon lui-même en ammoniaque ; il se peut enfin que l'ammoniaque se produise dans le sang lui-même. S'il était établi que de temps à autre il peut se former une petite quantité d'ammoniaque dans le sang des malades atteints de la maladie de Bright, comme des auteurs l'ont signalé dans le cours de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, etc., il ne serait cependant pas encore prouvé par là que cette ammoniaque procède de la décomposition de l'urée.

On a parfois trouvé de l'ammoniaque en grande quantité dans l'estomac d'individus qui avaient succombé à la maladie de Bright, et l'on a cru fournir ainsi la preuve que la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque était la cause des symptômes urémiques. Mais si l'on songe que fréquemment les organes de la digestion viennent suppléer les organes urinaires, si fréquemment même qu'on trouve toujours alors un catarrhe de la membrane muqueuse, on comprendra aisément pourquoi, l'urée y étant sécrétée, on ne retrouve plus dans l'estomac (au bout du temps qui sépare le moment de la mort de celui où l'on pratique l'ouverture) que les produits de la décomposition de l'urée, c'est-à-dire le carbonate d'ammoniaque. La preuve tirée de la présence de l'ammoniaque, immédiatement après la mort, dans l'estomac des animaux chez lesquels on avait artificiellement déterminé les phénomènes de l'urémie, n'est pas de nature non plus à dissiper tous les doutes. Les conditions dans lesquelles l'urée, sécrétée par les membranes muqueuses et placée à leur surface, se transforme en carbonate d'ammoniaque, ont été peu étudiées et sont peu connues. De même, si l'on trouvait de l'ammoniaque dens les liquides d'un vomissement, on ne pourrait certainement pas en induire que l'ammoniaque contenue dans ces liquides a été séparée du sang à l'état d'ammoniaque.

Il nous est donc permis de regarder comme douteux les arguments mis en avant pour expliquer l'origine des symptômes urémiques par la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque dans le sang. Maintenant, quelles preuves peut-on fournir de la non-transformation de l'urée dans le sang en carbonate d'ammoniaque ?

Il arrive quelquefois, principalement dans la période urémique du choléra, alors que la sécrétion de l'urine par les reins est à peu près complétement suspendue, il arrive, dis-je, que la fonction sécrétoire des organes urinaires se trouve suppléée, quant à ce qui concerne la sécrétion de l'urée, par l'activité anormale d'autres organes. Ainsi, par exemple, la peau, dont l'activité est renfermée normalement dans la sécrétion de sels inorganiques et d'acides volatils, sécrète dans le stade urémique du choléra un produit que les chimistes les plus habiles n'ont jamais pu extraire du sang à l'état de pureté parfaite, je veux dire l'urée sous la forme cristalline, libre de toutes traces de carbonate d'ammoniaque.

Il serait vraiment incompréhensible que la peau, qui émet si facilement et si vite au dehors les substances volatiles, ne sécrétât pas de l'ammoniaque, s'il s'en trouvait dans l'organisme, alors qu'elle sécrète de l'urée. Il nous est quelquefois arrivé de trouver, dans la période urémique du choléra, la sueur privée de ses sels inorganiques ; ce fait n'a rien de surprenant : une grande partie des sels de l'organisme ayant disparu avec les pertes liquides qui caractérisent cette affection. Mais, quand nous trouvons seulement de l'urée dans la sueur (urée qui s'y est anormalement accumulée) ; quand nous songeons que l'urée n'est point une substance hétérogène au sang, la supposition que l'urée se transforme, dans le sein de l'organisme, en carbonate d'ammoniaque, devient de plus en plus improbable ; et comme nous verrons plus tard que d'autres organes succédanés des reins, tels que les membranes séreuses et les glandes salivaires, fournissent quelquefois, comme produits de leur sécrétion, de l'urée et non de l'ammoniaque, nous croyons que nos doutes sur la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque dans le sang ne sont point sans fondement.

En considérant l'urine d'une manière générale, comme un produit de sécrétions de l'organisme animal dans lequel apparaissent au dehors les métamorphoses ultimes qui s'accomplissent dans le sang, on peut dire encore que les recherches chimiques faites sur l'urine des malades atteints de la maladie de Bright parlent en faveur de la non-transformation de l'urée dans le sang. En effet, on n'a jamais trouvé, que je sache, dans l'urine des malades atteints de la maladie de Bright, de l'ammoniaque à l'état de liberté. En eût-on trouvé d'ailleurs, que cette rencontre ne pourrait pas être considérée comme une preuve de la transformation de l'urée en carbonate d'ammoniaque dans le sang, attendu que la présence de l'albumine dans l'urine de la maladie de Bright et que celle du mucus (1) suffisent pour expliquer cette transformation dans l'intérieur de la vessie ou dans l'intérieur des bassinets.

Il nous est donc permis d'admettre que l'urée ne se transforme point dans le sang en carbonate d'ammoniaque ; et si nous demandons quelle peut être la cause de l'apparition des phénomènes urémiques, il nous est permis aussi de considérer, comme un résultat acquis, que l'accumulation de l'urée dans le sang n'est pas de nature à faire naître les symptômes de l'urémie. Comme, d'un autre côté, les reins sécrètent non pas seulement de l'urée, mais aussi une quantité assez considérable d'autres principes, comme, par exemple, des acides et des matières extractives, il faut remarquer

(1) Chacun sait que l'urine, abandonnée à elle-même, à l'air libre, donne naissance à des carbonates d'ammoniaque par la transformation de l'urée sous l'influence du mucus vésical qui agit comme ferment azoté. (*Note du Rédacteur.*)

que ces matières peuvent jouer un rôle dans la production des symptômes de l'urémie. Tandis, en effet, que, dans le sérum du sang normal, le rapport de l'albumine aux matières extractives est : : 100 : 5, il m'est arrivé, dans un cas de dégénération graisseuse du rein à laquelle le malade succomba, de trouver ce rapport : : 100 : 40.

Dans les divers épanchements de sérosité, je pus constater chez ce malade un rapport semblable entre l'albumine et les matières extractives ; il m'arriva même de trouver sur un point que la quantité des matières extractives surpassait celle de l'albumine. Les matières extractives constituent donc un principe important dans le sang des urémiques et dans leurs épanchements séreux (des plèvres, du péritoine, du péricarde, etc.).

Si nous cherchons maintenant à expliquer les symptômes cérébraux qui accompagnent l'urémie, et si nous remarquons cette accumulation dans le sang de parties excrémentitielles (matières extractives) nous croyons pouvoir trouver la cause de ces accidents dans un retard des métamorphoses organiques, dans une lésion de l'endosmose et de l'exosmose, c'est-à-dire dans les rapports du sang avec les tissus, dont la cause générale est vraisemblablement une diminution d'oxydation du sang.

C'est un fait bien démontré que la combinaison de certains éléments avec l'oxygène est singulièrement accélérée par la présence des alcalis. Nous voyons que le sang à l'état normal est toujours un liquide alcalin, quoiqu'il rencontre, sur divers points de l'organisme, des liquides acides ; nous voyons que les acides organiques, qu'ils se soient formés dans le sang lui-même ou que, formés dans d'autres parties, ils y aient été apportés, que ces acides sont bientôt éliminés du sang, soit transformés en sels par l'alcali du sang, soit à leur état d'intégrité, sans que pour cela l'*alcalinité* du sang ait diminué Mais si le sang se trouve rempli d'urée, c'est-à-dire d'une substance qui n'a d'action ni sur le papier rouge de tournesol, ni sur le sirop de violette, si les divers acides, sécrétés normalement par les reins, se trouvent en partie retenus dans le sang, il résulte de là que l'alcalinité du sang, à laquelle paraissent subordonnés les phénomènes d'oxydation, que cette alcalinité devient à peine appréciable. On a signalé, comme un phénomène caractéristique de la maladie de Bright, l'augmentation de la cholestérine dans le sang. Le mode d'oxydation des corps gras dans le sein de l'organisme animal est encore assez obscur pour qu'il règne du doute sur l'origine de la cholestérine. Cependant l'augmentation de la cholestérine, substance pauvre en oxygène, paraît en rapport avec une diminution dans l'oxydation normale des principes du sang. L'occasion m'a manqué de faire des recherches sur la quantité d'oxygène renfermée dans le sang des urémiques.

(L'auteur rapporte ensuite quelques observations prises à Leipzig, au Jacob-Hospital, pour justifier les idées émises dans ce mémoire ; puis il continue ainsi qu'il suit.)

On a souvent observé que les anomalies du système nerveux ne font pas subitement irruption, mais qu'elles se développent peu à peu, et qu'elles s'évanouissent souvent bien plus rapidement qu'elles n'étaient survenues, quelquefois même tout à coup. La cause de cette différence d'apparition et de disparition me paraît être la suivante. L'accumulation anormale de principes organiques dans le sang s'opère d'une manière successive avant d'atteindre son maximum ; ces diverses phases d'accroissement se traduisent au dehors par les symptômes nerveux bien connus de l'urémie. D'un autre côté, comme l'organisme animal lutte pour rétablir les rapports normaux des principes constituants du sang, il arrive un moment où les organes succédanés du rein (dont la fonction est dérangée) entrent en jeu, et ces organes séparent du sang les principes qui s'y étaient accumulés en un espace de temps souvent beaucoup plus court. Les sueurs nocturnes abondantes, qui se montrent si souvent dans le cours de la dégénération chronique des reins, une sécrétion anormale de salive, des vomissements, un flux diarrhéique, une diurèse survenue sous l'influence des diurétiques, une transsudation rapide dans les cavités séreuses, telles sont, je le crois, les principales causes auxquelles il faut rattacher la prompte disparition des phénomènes nerveux.

III.

REVUE DES JOURNAUX.

De la syncope chez les enfants à la mamelle,
par le docteur Marotte.

M. Marotte, en signalant l'existence d'une syncope des enfants à la mamelle, comble-t-il, comme il le croit, une lacune des traités spéciaux ? Nous en doutons. Non pas que nous croyions les nouveaux-nés soustraits par privilége à la syncope ; mais tel n'est pas, à nos yeux, le caractère de l'affection observée chez les petits malades dont il rapporte l'histoire. Au premier accès, il est vrai, la mère crut que tous les accidents avaient consisté en une pâleur subite, la suspension du pouls et de la respiration, la résolution des membres ; c'est bien là en effet la syncope ; mais l'auteur fait lui-même remarquer que ces accidents terminaient seulement une scène plus longue et plus compliquée, ainsi qu'on put s'en assurer ultérieurement. L'enfant s'endormait après avoir teté ; au bout de quelque temps, il commençait à s'agiter, à rapprocher les jambes du tronc ; les yeux s'entr'ouvraient par intervalles, et laissaient voir parfois le globe oculaire tourné en bas ; la face se grippait, la respiration devenait faible, inégale. Ces accidents cessaient, puis se renouvelaient à intervalles inégaux et étaient enfin suivis d'une syncope plus ou moins complète. L'enfant ne se réveillait pas. Ajoutons que la crise se terminait quelquefois par des régurgitations de lait caillé et une garderobe copieuse ; que le lait de la mère était insuffisant ; qu'il avait fallu y suppléer par de la décoction de biscote ; que l'enfant était sujette aux troubles intestinaux et avait fréquemment la diarrhée ; enfin qu'elle était en pleine dentition.

Or, dans l'appareil de symptômes décrit plus haut, il nous est impossible de voir autre chose que des convulsions légères, terminées par un collapsus qui eût mérité le nom de *perte de connaissance* si l'enfant eût été éveillée. Et les circonstances au milieu desquelles se développaient les accès, le mauvais état du tube digestif, l'insuffisance du lait, l'explosion des accidents peu de temps après avoir teté, les vomissements et les garderobes qui les suivaient immédiatement, tout vient confirmer notre supposition. Les accès, dit l'auteur, survenaient toujours pendant le sommeil, et c'est dans le sommeil, en effet, que débutent d'ordinaire les convulsions. Il est vrai qu'il y avait collapsus à la suite des phénomènes convulsifs ; mais si c'est là la syncope que l'auteur a voulu signaler, il nous paraît évident qu'elle n'a été jusqu'ici méconnue par aucun praticien un peu versé dans la pratique des maladies des enfants. Nous engageons ce confrère distingué à poursuivre ses investigations du côté où il les a déjà portées, et nous pouvons lui garantir qu'il rencontrera la syncope des enfants plus fréquemment, et dans des circonstances plus variées, qu'il ne paraît le supposer.

(*Arch. génér. de méd.*, sept. 1853.)

Observation de charbon malin, par le docteur Martemmi.

Cette observation est rapportée avec beaucoup de détails, principalement dans le but de mettre en relief certains préceptes thérapeutiques.

1° Le charbon qui occupait le pénis était déjà bien caractérisé quand M. Martemmi visita le malade. A la partie externe et inférieure du prépuce se voyait une plaque ronde, ayant 2 centimètres de diamètre, faisant une saillie d'une ligne au-dessus de la peau, dure, brunâtre, entourée d'un cercle rouge et surmontée d'une pustule noire de la grosseur d'un grain de poivre. Tout le prépuce était rouge et tuméfié. La pustule fut ouverte avec la pointe d'une lancette et laissa voir une cavité noirâtre dans laquelle on enfonça un crayon de nitrate d'argent, en ayant soin de cautériser profondément. De plus, à quelques millimètres de l'aréole, on promena circulairement le caustique. Enfin huit sangsues furent appliquées sur les parties tuméfiées. Néanmoins, la désorganisation franchit rapidement la cautérisation circulaire. Mais une seconde, plus large, ayant été faite à une plus grand distance des limites

du mal, la gangrène s'arrêta juste au niveau de cette ligne. Et l'auteur en conclut que l'insuccès de la première cautérisation circulaire a dépendu de ce qu'elle avait porté sur des tissus trop voisins du centre du mal et déjà altérés. Cette vue est assurément juste en soi; mais le nitrate d'argent, *appliqué sur la peau*, nous paraît tellement impuissant à enrayer la marche du charbon malin, que nous doutons même de l'influence de la seconde cautérisation sur l'arrêt de la désorganisation. Conséquemment, si la première application, trop près de la pustule, nous paraît, comme à l'auteur, une circonstance défavorable au succès, nous n'oserions affirmer avec lui que la distance à laquelle a été faite la seconde application ait été pour quelque chose dans la limitation de la gangrène. Nous nous demandons pourquoi on n'a pas eu recours au caustique de Vienne ou, si l'on craignait dans cette région une action trop profonde, à un pinceau d'amiante imbibé d'acide sulfurique fumant.

2° Dans le cours du traitement, M. Martemmi a mis en usage des applications topiques de laudanum, de miel mêlé au jaune d'œuf, de créosote, et il a vu l'emploi de ce moyen suivi d'une aggravation sensible du mal : rougeur plus vive, douleur plus insupportable, gonflement plus étendu, etc. Au contraire, les lotions avec la décoction de quinquina, le pansement avec une pommade de sulfate de quinine ont paru très salutaires. Suivant l'auteur, les premiers topiques ont nui en rendant plus violente l'inflammation, *qui est l'essence de l'acte vital destructeur* dans l'anthrax malin et en la portant plus rapidement à son dernier degré, c'est-à-dire à la gangrène. Les préparations de quinquina ont par contre, heureusement modifié le travail pathologique, en vertu de sa propriété contro-stimulante. Et l'auteur, à cette occasion, repousse ce principe généralement professé hors de l'école italienne, que la gangrène appelle les excitants et presque jamais les antiphlogistiques.

Distinguons. L'élément primordial de la pustule maligne, quel qu'il soit matériellement, n'est pas de nature inflammatoire, mais de nature septique. La preuve, c'est que la gangrène survient presque d'emblée au centre et survient fatalement, alors même que la rougeur, la chaleur, tous les signes apparents de l'inflammation, sont très peu prononcés. Quelque chose a été déposé dans les tissus qui y éteint la vie, et la phlegmasie ambiante résulte de la nécessité d'une double élimination, celle du poison inconnu et celle de l'escarre. Quel doit être le rôle de la thérapeutique, après la cautérisation? D'aider le travail éliminatoire; nous entendons par là de le maintenir dans de justes limites, ni trop violent, ni trop faible. Il est très vrai que des médicaments trop excitants peuvent faciliter la formation de la gangrène; mais il ne l'est pas que des toniques bien gradués ne soient pas préférables le plus souvent à des antiphlogistiques, à des sangsues, par exemple. Dans le cas particulier, la créosote a pu nuire; mais si la médication quinique a été avantageuse, ce n'est certainement pas à titre d'antiphlogistique. L'eau de quinquina, en application externe, n'a jamais été un contro-stimulant, et l'on peut demander comment le sulfate de quinine qui, administré à l'intérieur, élève la température du corps (Demarquay et Aug. Duméril), peut, employé en topique, réduire l'inflammation d'une plaie. (*Giorn. de la R. accad. med.-chir.*, Torino, 1853, n° 227.)

De la hernie inguinale graisseuse, par M. Tigri.

Les recherches de M. Tigri paraissent avoir eu pour point de départ un cas de hernie inguinale graisseuse double, dans lequel il put constater anatomiquement la continuité du tissu adipeux, épanoui à l'extérieur, avec celui qui tapisse la fosse iliaque interne. Cette observation, se généralisant dans son esprit, lui a inspiré l'idée d'assigner à toutes les lipocèles inguinales la même origine, le même mode de production; et véritablement les considérations qu'il invoque à l'appui de cette thèse plaident assez fortement en sa faveur.

La lipocèle se voit le plus ordinairement chez les personnes offrant un certain embonpoint. On sait d'ailleurs que la fosse iliaque interne contient toujours une couche épaisse de graisse; que celle-ci est globuleuse ou configurée en lobules; qu'elle n'est retenue là en place que par un tissu cellulaire lâche, filamenteux, imprégné de sérosité et très susceptible, par conséquent, de permettre un déplacement.

D'autre part, la situation oblique de la fosse iliaque, les pressions en cent directions différentes que la substance adipeuse y éprouve à chaque instant, entre le plan musculeux qui lui sert de support et les mouvements des viscères abdominaux, tout explique, tout fait pressentir la locomotion de ce corps qui s'introduit ainsi facilement à travers le canal inguinal. Puis, une fois une de ses parcelles engagées, toute la masse l'accompagne peu à peu, sans compter que la partie qui fait saillie au dehors peut très bien, dans cette situation, devenir le siége d'une hypertrophie qui concourt directement à augmenter le volume de la hernie.

Diverses conditions, variables selon les individus, font comprendre pourquoi de semblables protrusions se forment chez quelques sujets et manquent sur d'autres. Ce sont : la laxité plus ou moins grande des liens celluleux, l'abondance de la graisse, la largeur de l'anneau inguinal profond, l'obliquité en avant de la fosse iliaque interne, le volume de l'épiploon, l'amaigrissement succédant à l'obésité (condition qui rend la graisse qui reste plus disposée à se déplacer), la constipation, la présence de l'S iliaque (cette cause explique le fait, constaté par M. Tigri, de la fréquence bien supérieure et du volume prédominant de la hernie graisseuse du côté gauche); enfin les professions, les habitudes, les divers mouvements.

De ces données (incontestablement justes en elles-mêmes, mais que nous eussions aimé à voir établies sur des faits plus nombreux), l'auteur déduit quelques préceptes diagnostiques. D'abord, on distinguera la lipocèle de la véritable hernie épiploïque, en ce que, dans la première, le canal inguinal n'a subi de changement ni dans ses parois, ni dans sa direction, ni dans ses ouvertures. S'il s'agit d'une lipocèle réductible, après l'avoir fait rentrer, engagez le malade à tousser; votre doigt, pénétrant dans l'anneau, n'y sentira pas ce choc qu'y produit alors le brusque abaissement de la hernie épiploïque. Enfin, arrivée à un certain développement, la masse graisseuse dont il est ici question se sépare quelquefois, par rupture du pédicule, de celle qui occupe la fosse iliaque interne. Le chirurgien trouvera là un signe précieux pour la différencier de l'épiplocèle; car, dans une hernie émanant réellement de la cavité abdominale, il ne sentira jamais aucune discontinuité dans la base de la tumeur. (*Annali universali di medicina*, avril 1853, p. 129.)

Méthode nouvelle et rapide de guérison des rétrécissements du rectum, par M. Manengo.

Ce traitement n'a guère de nouveau que son application aux rétrécissements organiques, car M. Récamier et son école en avaient déjà vulgarisé l'emploi contre les strictures spasmodiques de la terminaison du gros intestin. Il consiste à introduire de vive force, à travers la partie coarctée, les cinq doigts réunis en forme de cône et graissés. L'opération est douloureuse, mais elle guérit d'un seul coup; l'auteur l'affirme d'après son expérience ainsi que d'après celle d'un de ses collègues, M. Coffani.

Bien que les affections auxquelles il croit cette médication appropriée offrent tous les caractères des rétrécissements que nous sommes accoutumés à désigner sous la dénomination d'*organiques*, M. Manengo prend cependant le soin d'avertir que les dégénérescences squirrheuses échappent à son action, et que les altérations dépendant de la syphilis demandent à être combattues préalablement par les remèdes spéciaux usités en pareil cas.

(*Gazetta med. italiana, Lombardia*, 19 sept. 1853, p. 333.)

Opération de fistule vésico-vaginale, par le professeur Torrachi.

La fistule avait succédé, chez une femme de vingt-deux ans, à un accouchement difficile qui avait nécessité la craniotomie. Elle datait de deux mois. Le doigt constatait, à un demi-pouce de l'orifice urétral, une ouverture irrégulière dans laquelle le bout du doigt pouvait facilement s'engager. Une sonde introduite dans la vessie était sentie à nu dans le vagin, et en la faisant jouer dans la

cavité vésicale, on pouvait s'assurer que cette cavité était très étroite. Le spéculum laissait voir une ouverture longitudinale dirigée d'avant en arrière, à bords irréguliers et calleux, arrondie à ses extrémités. La muqueuse voisine était injectée et excoriée. Les bords de la fistule étaient peu sensibles. Après une consultation à laquelle assistaient les docteurs Gorri, Gabbrielli et Bagnoli, l'opération fut pratiquée de la manière la plus simple. Les bords de la fistule ayant été saisis et attirés à l'aide de petites pinces, puis avivés avec le bistouri, on fit passer à travers les bords successivement trois fils conduits par une aiguille de Deschamps, et on les noua séparément. Une sonde fut ensuite introduite dans la vessie et laissée à demeure; on la changea seulement tous les deux jours. Dans les premiers jours, il passa quelques gouttes d'urine entre les points de suture; le sixième, les fils furent enlevés. La cicatrisation était complète. La sonde fut retirée définitivement le huitième jour. La guérison ne s'est pas démentie.

Il est à regretter que l'auteur n'ait pas déterminé rigoureusement la longueur de la plaie fistuleuse. Il paraît pourtant certain, par les termes mêmes de l'observation, que, bien que commençant près de l'ouverture externe de l'urètre, elle se prolongeait jusque dans la vessie. Dans les cas de ce genre, le peu d'ancienneté de la fistule et la facilité d'y placer une suture bien régulière peuvent expliquer le succès d'un mode opératoire qui tant de fois a trompé les espérances des chirurgiens. (*Gaz. medic.*, *Toscana*, 1853, n° 36.)

Du développement anormal des deux reins chez un fœtus faisant obstacle à l'accouchement, étudié au point de vue obstétrical et anatomo-pathologique, par les docteurs A. Guilleton et L. Ollier.

Comme l'indique son titre, ce travail présente un double intérêt : 1° Au point de vue obstétrical, il fournit une nouvelle observation d'une cause de dystocie rare et encore peu connue qui peut devenir funeste à l'enfant et à la mère pendant le travail, par la raison qu'elle est d'abord difficilement soupçonnée, et que les moyens employés pour terminer l'accouchement ne sont pas calculés sur la nature de l'obstacle; 2° au point de vue de l'anatomie pathologique, il donne des détails précieux sur une maladie des reins encore fort incomplétement étudiée. C'est ce que va suffisamment faire ressortir l'analyse succincte de l'observation, trop intéressante pour n'être pas racontée avec quelques détails.

Obs. — Une femme âgée de trente-trois ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, chez laquelle quatre accouchements antérieurs n'avaient rien offert de particulier, était arrivée au terme d'une cinquième grossesse, qui n'était elle-même remarquable que par un développement du ventre beaucoup plus considérable que dans les grossesses précédentes.

Le 1er juillet 1853, à trois heures du matin, dans des efforts violents que la malade faisait pour aller à la selle, elle sentit un corps glisser dans le vagin; c'était un pied, qui se montra bientôt au-dehors. La sage-femme appelée reconnut la présentation d'un enfant vivant, dont les mouvements n'avaient pas cessé d'ailleurs d'être perçus par la mère. Ne pouvant amener l'autre pied, elle demanda l'aide d'un accoucheur qui, après quelques tentatives inutiles, jugea plus prudent de laisser agir la nature. Mais d'autres personnes de l'art ne tardèrent pas à être appelées; en vain tirèrent-elles sur le pied qui paraissait à la vulve, et sur l'autre cuisse encore renfermée dans la matrice. Après deux heures d'efforts infructueux on renonça à ces tractions, car les cuisses, violemment tiraillées, s'étaient détachées du tronc; une légère hémorrhagie eut lieu à cette période du travail. La femme, qui habitait à quelque distance de Lyon, fut conduite, dans cet état, sur une charrette, à l'hospice de la Charité, le 2 juillet à deux heures du matin. Le toucher fit reconnaître la présentation du siége, ainsi qu'une tumeur dure, volumineuse, peu élastique sur la paroi antérieure de l'abdomen du fœtus. Pendant qu'on réfléchissait au diagnostic de la tumeur et à la conduite à tenir, la malade fut prise de vives douleurs et accoucha naturellement, un quart d'heure après son entrée, d'un fœtus mort-né en deuxième position de siége. La délivrance fut également naturelle, la suite des couches heureuse, bien que compliquée d'abord d'une métro-péritonite assez intense.

La longueur du fœtus et le développement de ses différentes parties, sauf l'abdomen, sont ceux d'un enfant ordinaire à terme; mais le développement du ventre est considérable, et mesure 50 centimètres de circonférence. Le membre gauche a été arraché à l'union du col et de la tête du fémur, qui est restée fixée par son ligament à la cavité cotyloïde; du côté droit, on n'aperçoit que cette dernière cavité avec déchirure du sourcil cotyloïdien.

L'ouverture de la cavité abdominale n'amène aucun liquide. Le ventre est occupé entièrement par deux tumeurs énormes, partant des côtés et arrivant sur la ligne médiane. Ce sont les reins énormément développés. Lisses, polis, d'une couleur blanchâtre, ils offrent peu de résistance au toucher. Mesurés avec soin, leur épaisseur est de 7 centimètres, leur largeur de 10, leur hauteur de 15. Ces dimensions sont les mêmes pour les deux organes. Leur enveloppe extérieure est épaisse, d'une consistance fibreuse assez dense. Les calices sont à peu près du même volume que dans l'état normal. Le bassinet présente également une certaine capacité. On aperçoit distinctement la substance mamelonnée. On distingue aisément la couche corticale. L'artère rénale paraît trop volumineuse, comparée à celle d'un autre fœtus. L'uretère a été suivi de chaque côté jusqu'au bas-fond de la vessie; il a été facile de s'assurer que son calibre était perméable, en y introduisant une tige mince et flexible. La vessie, d'une capacité ordinaire, était saine également, et ne renfermait pas d'urine. Le canal de l'urètre était perméable dans toute sa longueur. Les reins eux-mêmes paraissent formés d'une substance cellulo-fibreuse renfermant un grand nombre de petites vésicules transparentes. Ces vésicules logées dans de petites cavités qui sont comprises dans la trame aréolaire, ont de 1 à 3 millimètres de diamètre. Elles ne sont pas complétement libres dans les loges qui les contiennent; en les énucléant avec soin on arrive souvent à retirer un pédicule filiforme, qui indique leurs rapports de dépendance avec les tissus voisins.

A l'examen microscopique on retrouve plus ou moins modifiés, mais non dénaturés, les différents éléments des reins. Le pédicule des vésicules blanchâtres, sans caractères déterminés à l'œil nu, paraît, à un faible grossissement, composé de deux ou trois vaisseaux. En soumettant à divers grossissements le kyste tout entier, on reconnaît une vésicule fermée de toutes parts, offrant une enveloppe propre. Si on la déchire, il s'écoule un liquide assez épais, renfermant quelques noyaux d'épithélium et un grande nombre de granules moléculaires agités du mouvement brownien.

Ainsi la tumeur renfermait, comme éléments principaux, des tubes urinifères et des vésicules closes; et les auteurs pensent, d'après les rapports des vésicules avec l'élément vasculaire de l'organe et sa disposition au milieu de la substance corticale, que l'élément hydatiforme se rattache aux glomérules de Malpighi. L'altération ne serait, en définitive, que l'hypertrophie hydatiforme de l'élément glandulaire de ces glomérules, sans formation d'un produit nouveau, mais avec exagération d'un élément normal.

Les tractions sur les membres inférieurs n'ont eu sans doute un résultat aussi fâcheux que parce qu'elles ont été tentées trop tôt avant que le col utérin fût entièrement dilaté et que la matrice eût toute son énergie expultrice? C'est ce que semblent démontrer la terminaison spontanée de l'accouchement après une longue expectation forcée et le développement de douleurs répétées et violentes. Si, au moment opportun, les tractions sur les membres inférieurs étaient restées infructueuses, on aurait eu au moins la ressource de chercher à se débarrasser de la tumeur, si la chose fût devenue nécessaire. Mais il faut dire que la ponction, même multiple, ne l'aurait pas affaissée sensiblement, et qu'on aurait été forcé probablement d'ouvrir largement le ventre et d'énucléer ou d'arracher les parties.

Dans l'opinion des auteurs, l'anatomie pathologique de la tumeur viendrait prêter un nouvel appui à l'opinion de plusieurs micrographes actuels, qui, tout en regardant comme suffisamment démontrée la non-continuité des tubes et des glomérules, reconnaissent à ce dernier élément une nature glandulaire. Suivant les micrographes, le rein contiendrait deux des formes élémentaires des tissus sécréteurs, le tube et la vésicule close; ce serait une glande intermédiaire qui tiendrait à la fois de deux formes bien tranchées; les tubes urinifères le rapprocheraient du testicule, en même temps que les vésicules closes le rendraient voisin des glandes vasculaires sanguines, thyroïde, rate, etc. (Voir *Comptes rendus de la Société de biologie*, décembre 1852.)

Disons enfin que la perméabilité des conduits de l'urine différencie complétement ce fait de ceux, plus ou moins analogues, déjà consignés dans la science. On ne peut pas ici expliquer la production et le développement de la tumeur par le refoulement du liquide urinaire. Si l'on avait eu soin d'analyser le contenu du kyste, peut-être y eût-on trouvé quelques éclaircissements pour la solution d'une question examinée par les auteurs, à savoir, si les vésicules appar-

tenaient à une production hydatique ordinaire, ou étaient le résultat de la dilatation des tubes urinifères.

(*Gazette médicale de Lyon*, 31 août 1853.)

Traitement de la morsure du serpent par l'arsenic, par M. Benjamen Travers.

Nous appelons l'attention sur un mode de traitement des morsures des serpents venimeux, vanté par des médecins très estimables de l'Amérique et de la Grande-Bretagne, M. Ireland, M. Russel, M. Travers, etc., et dont nous ne voyons pas que nos auteurs classiques fassent mention. Il s'agit du traitement arsenical. L'auteur de cette note, M. Travers, se borne à remettre en lumière cinq observations publiées par le docteur Ireland dès 1811, et qu'on trouvera, avec tous les détails nécessaires, à la page 136 du deuxième volume des *Transactions médico-chirurgicales*. La dose est de 1 grain d'*arsénite de potasse* (tel qu'il existe dans la solution de Fowler), répété toutes les demi-heures *jusqu'à ce que le malade commence à revenir à lui*. M. Ireland recommande la préparation suivante : *liqueur arsénicale*, 2 gros; *teinture d'opium*, 10 gouttes; mêlés à une certaine dose d'eau de menthe. On ajoute à ce mélange un peu de jus de limon, et on prend le tout pendant la légère effervescence qui se produit. Des hommes ont consommé six, sept, huit doses semblables, avant que l'action de l'arsenic sur les voies digestives se soit prononcée. Cinq malades, traités de cette manière, ont rapidement guéri.

On conçoit que nous n'ayons aucun moyen de contrôler des observations de ce genre; mais nous croyons devoir au moins les enregistrer. (*Association medic. journal*, 16 sept. 1853.)

Observations pratiques sur la vaccination, par M. Rasi.

La vaccine est encore plus redoutée par le vulgaire qu'on ne le présume. Les épidémies de variole, qui se produisent journellement, sont la triste preuve de la persistance de ce préjugé. Il y a donc quelque chose de profondément utile dans les efforts tentés en sa faveur. Or, les appréhensions des gens du monde se fondent moins sur l'inefficacité de l'opération, comme agent préservatif, que sur la crainte des maladies étrangères dont elle peut devenir la cause. Il y a donc opportunité à montrer que la vaccine peut, au contraire, en même temps qu'elle prévient la variole, guérir d'autres affections dont l'individu était alors porteur ; car ce supplément de démonstration va tout à fait à l'adresse des objections qu'on entend répéter avec le plus d'acharnement contre la découverte de Jenner. C'est ce point de vue que M. Rasi a entrepris d'éclairer, en rapportant les faits de ce genre qu'il a pu recueillir dans sa pratique depuis vingt ans.

Les maladies que M. Rasi a vues céder le plus souvent à l'influence du vaccin sont les croûtes de lait. Il en rapporte six observations relatives à des enfants de tout âge, depuis huit mois jusqu'à treize ans. L'effet de la vaccination fut, dans beaucoup de cas, remarquable par sa promptitude, et il a presque toujours été suffisant pour opérer la guérison. Quelques uns de ces malades avaient déjà été infructueusement soumis auparavant à divers traitements. Un entre autres, fils unique d'un médecin, portait sur toute la tête une éruption contre laquelle s'étaient épuisés les efforts dirigés depuis plusieurs mois par son père, avec une persévérance et un soin dont on se fait aisément l'idée. M. Rasi lui fit douze inoculations vaccinales. Dès que l'éruption eut parcouru son cours, les croûtes de la tête cessèrent de suppurer; au bout de vingt jours, au grand étonnement de ses parents, il était complétement guéri.

Peut-on croire que les boutons vaccinaux n'ont agi ici que comme dérivatifs? Il faudrait alors expliquer pourquoi la guérison n'a commencé que lorsque ces boutons étaient déjà passés.

L'auteur a obtenu un succès aussi frappant chez un enfant de six mois affecté de rachitisme, avec maigreur extrême, développement exagéré de l'abdomen, tête volumineuse. Il répugnait à le vacciner, doutant que l'opération pût être supportée par un enfant si affaibli. Mais les parents insistèrent, effrayés par la mort récente d'un enfant de leur voisinage, non vacciné, qui avait succombé à la variole. L'amélioration de sa santé, à partir de ce moment, fut surprenante. Quatre mois après, des changements si favorables étaient survenus dans sa constitution, qu'il en était méconnaissable.

M. Rasi raconte ensuite l'histoire d'une petite fille de trois ans, guérie d'une tumeur érectile de l'épaule droite au moyen de onze piqûres de vaccin à la périphérie. Cette tumeur avait le volume d'une noix.

Une enfant de vingt mois était allaitée par sa mère; celle-ci fut prise d'accès de fièvre tierce. Bientôt l'enfant présenta elle-même des accès de fièvre quarte, qu'on attaqua, mais vainement, par des lavements de quina, et des frictions à l'épigastre et sous les aisselles d'une pommade saturée de sulfate de quinine. L'insuccès de cette médication, la seule possible à un si bas âge, fit songer M. Rasi à la vaccination, qu'il pratiqua le premier jour d'apyrexie. Trois jours après, l'accès parut dans sa forme accoutumée : neuf des douze piqûres prirent. Le quatrième jour, un nouvel accès eut lieu; la fièvre quarte s'était transformée en quotidienne. Déjà les adversaires de la vaccination criaient que l'enfant allait succomber, puisque le mal avait empiré. Mais l'auteur, sachant au contraire que ce changement était des plus favorables, laissa les choses aller d'elles-mêmes. En même temps que l'éruption finit son cours normal, la fièvre disparut spontanément.

Pour ce dernier cas du moins, et malgré l'avis de M. Rasi, nous serions beaucoup plus disposés à expliquer la guérison par une perturbation que toute autre cause traumatique d'intensité pareille eût pu produire, que par une influence antipériodique spéciale due au virus vaccin.

(*Bullettino delle scienze mediche*, avril 1853, p. 225.)

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Amputation de la langue. — M. *Maisonneuve* communique une observation d'amputation de la langue dont voici l'extrait :

M. le docteur Z..., membre correspondant de l'Académie de médecine et président de la Société de vaccine, était, depuis un an environ, affecté d'un cancroïde ulcéré qui avait envahi toute la partie antérieure de la langue jusqu'au niveau des papilles caliciformes. La parole était presque entièrement abolie ; la mastication et la déglutition étaient devenues extrêmement difficiles, et le malade, réduit à se nourrir d'aliments liquides, était tombé dans un état d'amaigrissement extrême. De nombreuses médications, employées par les praticiens les plus éminents, n'avaient produit aucune amélioration, et les progrès rapides du mal menaçaient gravement la vie. Il ne restait plus d'espoir que dans l'ablation presque complète de l'organe ; elle fut pratiquée le 24 août par M. Maisonneuve, en présence de MM. les docteurs Larrey, Ricord, Richard, Alexis Favrot. M. Maisonneuve divisa d'abord sur la ligne médiane l'os maxillaire inférieur, dont les deux branches écartées laissèrent un libre espace pour manœuvrer dans l'intérieur de la bouche. La langue fut ensuite excisée presque transversalement au milieu des papilles caliciformes; la glande sublinguale fut, en outre, extirpée complétement; puis, après la ligature des vaisseaux, les parties molles de la lèvre et du menton furent rapprochées au moyen de la suture entortillée. Cette grave opération fut couronnée du plus grand succès. Malgré la mutilation qu'il a subie, le malade a conservé presque intact l'usage de la parole. (*Comm.* : MM. Roux, Velpeau.)

Tumeurs blanches des articulations. — M. *J. Crocq* envoie de Bruxelles, au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon, un traité des tumeurs blanches des articulations. (*Commission des prix de médecine.*)

Sécrétion du lait par les mamelles des enfants nouveau-nés. — M. *Nathalis Guillot* adresse à l'Académie un mémoire sur la sécrétion du lait par les mamelles des enfants nouveau-nés, phénomène entrevu déjà au XVII^e siècle, mais qui n'avait pas encore été l'objet de remarques précises.

Le phénomène de la sécrétion lactée chez les nouveau-nés a été observé

par M. *N. Guillot* chez trente-neuf enfants mâles et chez trente-quatre filles. Cet examen l'a conduit à reconnaître :

1° Que les mamelles des enfants sains des deux sexes sécrétaient du lait peu de temps après la naissance.

2° Cette fonction succède ordinairement à la chute du cordon ombilical; c'est du septième au douzième jour qu'on la voit commencer, pour se terminer après une durée de plusieurs jours. Elle est normale et n'appartient qu'à l'enfant sain.

3° Pendant la sécrétion, les glandes mammaires sont tuméfiées d'une manière très sensible.

4° Ce liquide peut être exprimé des mamelles par la pression; il peut alors sortir par gouttes, quelquefois par jet.

Cette sécrétion est un lait parfait, ainsi que M. *N. Guillot* s'en est convaincu par l'étude de ses caractères chimiques et microscopiques.

Hydrophobie. — M. *Niepce*, médecin inspecteur des eaux d'Allevard, transmet à l'Académie une observation d'hydrophobie, pendant laquelle s'est produit un curieux phénomène psychologique. Un habitant de la vallée de Graisivaudan, âgé de dix-sept ans et demi, atteint de crétinisme congénial, fut mordu le 10 mai dernier par un chien enragé. Ce malheureux, issu de parents goîtreux, offrait tous les signes extérieurs d'un crétinisme physique des plus complets. Son intelligence, non moins imparfaite que sa constitution physique, ne lui avait jamais permis d'apprendre à lire et à écrire. Quand l'hydrophobie se fut développée, ce crétin, qui ne répondait ordinairement qu'avec difficulté, en n'articulant difficilement que quelques mots, adressa alors fréquemment la parole à tous ceux qui l'entouraient et raconta les souffrances qu'il éprouvait. Dans les intervalles des crises, il appelait sa mère et son frère, leur témoignait par de vives caresses combien il les aimait et les priait de ne pas le laisser seul. La mort eut lieu le 2 août.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° Envoi par M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics de cinq pièces : — *a*. Rapport du docteur *Bolut*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Dôle, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Aubin, depuis le 2 octobre 1852 jusqu'au 15 janvier 1853 (*Commission des épidémies*). — *b*. Demande d'analyse d'une eau minérale, celle de la *fontaine Valère*, à Saint-Vallier (Vosges) (*Commission des eaux minérales*). — *c*. Demande d'avis sur des pilules de sulfate de quinine, de la composition du docteur *Rauzières*, à Montcuq (Lot) (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*).— *d*. Rapport des médecins de l'hôpital des cholériques, à Amsterdam, contenant un mode de traitement suivi en 1848 et 1849, et repris en 1853 dans cet établissement ; ce rapport, transmis par la voie du consul général de France à Amsterdam, est renvoyé à la *Commission du choléra*. — *e*. Tableau des vaccinations pratiquées dans le département de la Dordogne en 1852 (*Commission de la vaccine*).

2° Lettre de M. *Malgaigne*, qui demande un tour de faveur pour lire un travail sur l'emploi du perchlorure de fer dans les anévrismes. Après quelques brèves observations échangées entre MM. *Dubois* (d'Amiens), *Velpeau* et *Malgaigne*, la séance du mercredi 2 novembre est désignée pour cette lecture.

3° Note du docteur *Pitancier de Monsigni* relative à l'influence des gaz sur la production et le développement des maladies. (*Commission des succédanés du quinquina*.)

4° Lettre du docteur *Szokalski* sur une nouvelle méthode de traitement destinée à simplifier la thérapeutique des ophthalmies externes en général. Cette méthode, pratiquée, dit le docteur *Szokalski* dans les hôpitaux de Varsovie, consiste dans l'application d'une solution concentrée de nitrate d'argent sur les paupières fermées. (*Comm.* : MM. Roux, Velpeau.)

5° Observation de division complète du tendon d'Achille gauche par une bêche, suivie de guérison sans altération des mouvements du pied, transmise par le docteur A. Cattenat. (*Comm.* : M. Bégin.)

6° Réclamation de priorité de M. *Aug. Mercier* au sujet du procédé récemment communiqué à l'Académie par M. Leroy (d'Étiolles), pour la guérison des névralgies du col de la vessie par l'incision de cet orifice.

7° Réclamation de priorité de M. *Caudmont* pour le même sujet.

8° Mémoire sur les prodromes, le mode de transmission et le traitement du choléra asiatique, d'après quarante observations recueillies pendant l'épidémie de 1849, dans le canton de Villaines-la-Jubel (Mayenne) par le docteur *Desparquets*. (*Commission du choléra*.)

9° Envoi, par le docteur *Peuquer*, médecin à Brest, d'un cours manuscrit d'hygiène en 25 leçons, pour le prix Nadaud. Ce mémoire volumineux est accompagné d'une lettre de M. le maire de Brest, qui expose que M. *Peuquer*, chargé par la société médicale de Brest, et désigné par lui pour faire dans cette ville le cours d'hygiène populaire en 25 leçons fondé par M. Nadau, s'est acquitté de cette tâche avec une rare distinction, et de manière à produire les heureux résultats que pouvait en attendre le fondateur.

M. *Dubois* (d'Amiens) fait observer que, d'après une décision de l'Académie, le concours est fermé depuis le 15 octobre. Néanmoins, l'auteur ne pouvant avoir eu connaissance en temps utile de cette décision, le prix ne devant être donné qu'une fois, et en raison d'ailleurs de l'importance et de la valeur du travail, M. le secrétaire perpétuel propose, au nom des membres du conseil de l'Académie, de renvoyer le mémoire à la commission du prix Nadaud, qui présentera une proposition pour admettre ou non au concours le mémoire de M. Peuquer. M. *Londe* et quelques autres membres de la commission, parmi lesquels MM. *Chevallier* et *Gaultier de Claubry*, sont d'avis de maintenir la décision prise par l'Académie. M. *Malgaigne* appuie cette manière de voir, et déclare que l'Académie ne peut se déjuger sans créer un précédent regrettable. MM. *Duméril*, *Adelon*, *Cloquet*, *Moreau*, soutiennent une opinion contraire. M. *Nacquart* propose de renvoyer la question à l'examen de la commission ; enfin, après un débat confus, l'Académie décide, sur la proposition de M. *Velpeau*, que le concours restera ouvert jusqu'à ce que la commission ait fait son rapport.

Rapports et Mémoires.

M. *Piorry* lit, en son nom et au nom de M. *Cruveilhier*, un rapport sur un mémoire du docteur *Bouygues*, médecin en chef de l'hôpital d'Aurillac, intitulé *Observations de médecine et de chirurgie*.

La première observation contenue dans ce mémoire, dit le rapporteur, est relative à une jeune fille qui, voyant un homme tomber d'une fenêtre, en fut profondément émue, et éprouva un tremblement nerveux qui dura plusieurs jours, cessa et reparut lors de l'éruption des règles manifestée à quelques jours de là. Des accès de fièvre intermittente, qui se renouvelaient avec le type tierce, cessèrent sous l'influence du sulfate de quinine, et se manifestèrent de nouveau pendant onze mois à chaque retour de l'évacuation périodique. Combattus par l'administration des préparations de quinquina et d'arsenic, et par l'application d'un cautère rougi à blanc, les accidents ne cessèrent que pour se reproduire à chaque époque menstruelle, et ne disparurent complétement qu'à l'occasion de l'impression morale vive que causa à cette jeune fille la brusque arrivée d'un frère qu'elle aimait, et qui, depuis longtemps, était éloigné d'elle.

M. *Piorry* adresse à M. *Bouygues* le reproche de n'avoir pas indiqué si la malade habitait un pays marécageux, s'il existait ou non, chez elle, des névralgies intercostales à gauche ou si la rate était hypertrophiée.

La seconde observation a pour objet une opération de cancer volumineux, développé dans la lèvre supérieure; opération qui fut suivie d'un succès complet et sans que, depuis dix ans, il y ait eu de récidive. M. *Piorry* remarque à ce sujet que les tumeurs, dites carcinomateuses, de la peau et des lèvres sont bien loin de se reproduire constamment, et qu'il eût été à désirer que des recherches micrographiques eussent établi si la tumeur était formée de cellules cancéreuses ou seulement de cellules épithéliales.

La troisième observation a trait à une pustule maligne, développée à la face chez une jeune fille de sept ans, et qui fut négligée pendant deux jours, de sorte qu'elle fit des progrès rapides, perfora en vingt-quatre heures l'épaisseur de la joue, envahit l'os malaire et fut promptement suivie d'un état général, dont le symptôme principal consista dans l'apparition de phlyctènes contenant un liquide trouble et séreux. Toutes les parties nécrosées furent enlevées avec le bistouri, on fit des lotions avec le chlorure de soude, on toucha les parties malades avec l'huile animale de Dippel et on eut recours au cautère largement et profondément appliqué; l'os frappé de mort fut enlevé avec la scie et le mal fut arrêté dans sa marche. La cicatrice était établie au bout de deux mois. L'eau de Luce, le sirop antiscorbutique, des toniques complétèrent la guérison.

La quatrième et dernière observation se rapporte à des accidents épileptiques, qui s'étaient manifestés dès l'âge de quinze ans chez un jeune homme et que l'on considéra d'abord comme des crises hystériques. Ce jeune homme, entré dans la carrière militaire, devint officier; mais, ses attaques devenant plus fréquentes, il fut forcé de renoncer au service. Il fut extrêmement affligé de voir sa carrière interrompue et ses crises en devinrent plus rapprochées et plus redoutables encore. Un jour, pendant une attaque, il fit une chute sur un brasier ; le visage fut profondément brûlé, à ce point, dit M. *Bouygues*, que la tête ressemblait à une tête d'éléphant. Des soins immédiats et très convenablement appropriés empêchèrent les accidents cérébraux de se produire et finirent par amener la guérison. Mais ce ne fut qu'après le quatrième mois que la guérison

fut complète ; seulement les paupières et le nez étaient complétement détruits ; la face était hideuse. M. *Blandin* ne put trouver de moyens autoplastiques convenables pour diminuer cette difformité. Depuis cet accident, c'est-à-dire depuis 1840, il n'y pas eu chez ce malheureux d'attaque d'épilepsie.

M. *Bouygues* pense que, dans la première et dans la quatrième observation, ce sont des émotions morales qui ont amené la fièvre intermittente (dont il place le siége dans le système nerveux) et l'épilepsie elle-même. Tel n'est pas l'avis de M. *Piorry*, qui attribue les accès fébriles à une névralgie intercostale probable, et la disparition de l'épilepsie à la brûlure de la face. En terminant son rapport, il exprime le vœu, au nom de la commission, que des remercîments soient adressés à l'auteur, et que les observations dont il vient d'être fait mention soient insérées dans le *Bulletin* des séances de l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées.

Fistules pulmonaires cutanées. — M. *Bouchut*, médecin des hôpitaux, donne lecture d'un mémoire substantiel et étendu sur les fistules pulmonaires cutanées. Il examine successivement dans ce mémoire les différentes variétés de perforations pulmonaires en communication avec la surface externe de la peau, leurs causes, leurs caractères extérieurs, leur diagnostic, leur pronostic, leur traitement. Ce travail, basé sur l'analyse et la discussion de vingt-trois observations, dont la plupart ont été recueillies par M. Bouchut dans les auteurs, mais dont quelques unes lui sont propres, l'a conduit aux conclusions suivantes :

1° Il faut admettre l'existence des fistules pulmonaires cutanées.

2° Les unes sont complétement ouvertes à la surface de la peau, en rapport avec le poumon adhérent aux parois thoraciques.

3° Quelquefois la fistule, ouverte à l'extérieur, communique d'abord avec la cavité pleurale remplie d'air et de pus, et consécutivement avec le poumon perforé, plus ou moins écarté des parois thoraciques.

4° D'autres fistules pulmonaires extérieures sont incomplètes, ouvertes sous la peau, et forment des tumeurs molles, élastiques, fluctuantes : ce sont les fistules pulmonaires sous-cutanées.

5° Toutes ces fistules sont le résultat d'abcès déterminés par des corps étrangers venus de l'extérieur, ou d'empyème, de gangrène pulmonaire, d'abcès, d'hydatides et de tubercules du poumon.

6° Les fistules pulmonaires cutanées sont caractérisées par l'ouverture fistuleuse de la peau, à travers laquelle de l'air s'échappe sans cesse au moment de l'expiration et de la toux.

7° Les fistules pulmonaires sous-cutanées sont caractérisées par une tumeur molle, élastique et fluctuante, plus ou moins réductible, avec gargouillement sous les doigts et à l'oreille. Cette tumeur, quelquefois dilatée dans l'inspiration, est surtout expansive dans l'expiration et dans les effets de la toux.

8° Ces fistules sous-cutanées, formant tumeur, peuvent être facilement confondues avec les abcès intra-thoraciques et la hernie du poumon.

9° Les fistules pulmonaires cutanées peuvent donner lieu à de l'emphysème général du tissu cellulaire.

10° Ces fistules forment assez ordinairement une complication fâcheuse des maladies de poitrine ; mais quelquefois elles sont le moyen de salut institué par la nature pour amener la guérison des malades. (*Comm.:* MM. Bricheteau, Louis, Requin.)

Système pénitentiaire ; emprisonnement cellulaire. — M. *Pietra-Santa*, médecin-adjoint de la prison Mazas, lit un mémoire sur l'emprisonnement cellulaire. Il insiste dans ce mémoire sur l'insuffisance de visites moralisatrices, d'exercice physique, d'aération convenable, l'impossibilité du travail dans l'isolement de la cellule. Il résulte de l'étude consciencieuse de M. Pietra-Santa que l'emprisonnement cellulaire est définitivement condamné par l'épreuve déjà prolongée qui en a été faite dans la prison Mazas, instituée à grands frais pour l'application de ce système. Si l'état sanitaire a été généralement meilleur qu'à la vieille Force, prise par M. *Pietra-Santa* pour terme de comparaison dans ses recherches statistiques, et ce qui peut tenir à l'amélioration progressive et générale de l'hygiène et du régime des prisons en France, sous d'autres rapports l'isolement absolu a amené les plus déplorables conséquences. L'aliénation mentale s'est montrée de beaucoup plus fréquente à Mazas qu'à l'ancienne Force, et les suicides s'y sont multipliés dans une proportion considérable. C'est là le point capital du travail de M. *Pietra-Santa*, qui est une condamnation sévère et bien motivée du système cellulaire. (*Comm.:* MM. Ferrus, Villermé, Bégin.)

Anatomie pathologique. — M. *Velpeau* présente un exemple de calculs vésicaux, enkystés dans l'uretère et proéminents dans la vessie. Le calcul, du volume d'une noisette, a tous les caractères physiques des calculs d'oxalate de chaux. Le malade, qui en était porteur, est entré mourant à l'hôpital de la Charité et a succombé dans la journée. Ces calculs, dont on a contesté l'existence dans ces conditions, se rencontrent donc réellement, et c'est là un fait rare, si ce n'est unique, à joindre à ceux qui ont été publiés, s'il y en a.

Tumeur adénoïde du sein. — M. *Velpeau* présente ensuite à l'Académie une tumeur volumineuse du sein, pesant environ 6 kilogr. (Voir cette observation dans la Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, n° 3, p. 32.) « Quand la femme, chez laquelle s'est développée cette tumeur, est entrée à l'hôpital de la Charité, dit M. *Velpeau*, la tumeur était deux fois plus grosse, et pesait environ 40 livres. Son volume était à peu près égal à cinq fois celui de la tête d'un homme adulte. La femme était extrêmement amaigrie ; c'était un véritable squelette, et il eût fallu être bien hardi pour en faire l'extirpation. Beaucoup de praticiens eussent considéré cette tumeur comme un vaste cancer, une tumeur encéphaloïde ; pour moi, c'était une tumeur de nature bénigne, adénoïde, espèce de tumeur assez fréquente, presque toujours confondue avec le cancer, la variété bénigne, le squirrhe, dont il est très important de la distinguer. La tumeur, qui est sous les yeux de l'Académie, était bosselée, parcourue par des veines variqueuses, fongueuse et ramollie par places. La femme eût peut-être consenti à l'extirpation ; mais le cas n'était pas engageant, bien que généralement l'ablation des tumeurs adénoïdes soit suivie des résultats les plus favorables. Sur soixante personnes opérées par moi, une seule, la dernière, la soixantième, est morte du tétanos ; la tumeur enlevée était d'un petit volume. » Revenant à l'histoire de la pièce pathologique qu'il a mise sous les yeux de l'Académie, M. *Velpeau* ajoute : qu'au bout de quelques jours, la tumeur est entrée en décomposition, une bosselure s'est ouverte, et a donné passage à une grande quantité de mucus purulent ; trois incisions sur des bosselures ramollies ont donné issue à un liquide de même nature : c'est ainsi que la tumeur s'est réduite au volume actuel. M. *Velpeau* termine par quelques considérations sur les caractères cliniques des tumeurs adénoïdes, et sur la différence d'opinion qui existe entre lui et les micrographes, quant à leur structure intime.

La séance est levée à cinq heures.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations, par le docteur P. Briquet, médecin de l'hôpital de la Charité. Un vol. in-8°, de 558 pages. — Paris, chez Victor Masson.

Le quinquina, qui ne le cède pas en importance à l'émétique, a éprouvé comme lui bien des tribulations, subi bien des vicissitudes. Il a passé de l'anathème à l'engouement. Toutes les prétentions physiologiques ou thérapeutiques qu'il a pu montrer sont devenues le texte de longues discussions où non seulement la théorie, mais encore la pratique, l'expérience, les vivisections même se sont renvoyé de mutuels démentis. De nos jours encore — c'est un point que l'auteur se donne le plaisir de constater dans son *Introduction* — le débat se continue dans des termes fort analogues à ceux où il avait commencé lors de l'importation de l'*écorce du Pérou*. Comme au XVII° siècle, les uns dénoncent de dangereuses altérations du sang ou des désordres fonctionnels d'une haute gravité, les convulsions, le tétanos, ou des engorgements sanguins dans les viscères importants, dans le foie, dans les poumons, dans le cerveau. Il était donc utile de soumettre à une révision sévère toutes les questions relatives à l'action du quinquina sur l'économie, et nous ajoutons qu'une semblable tâche ne pouvait tomber en de meilleures mains qu'en celles du praticien habile qui a le plus contribué à mettre ces questions à l'ordre du jour.

L'ouvrage se divise en quatre parties, comprenant : la première, l'action des diverses préparations de quinquina sur les principaux appareils et sur les principaux fluides de l'organisme ; la seconde, tout ce qui concerne l'absorption de ces substances et leur élimination de l'économie ; la troisième, les propriétés thérapeutiques du quinquina, et l'emploi qu'on en peut faire dans diverses maladies ; la quatrième enfin, une appréciation de la valeur médicamenteuse de chaque préparation, et surtout ce qui est relatif à son mode d'administration. On a ainsi, tout à la fois, l'histoire physiologique, thérapeutique et pharmaceutique du médicament.

La première partie est la plus neuve ; elle est aussi la plus importante, puisqu'elle touche au principe même des applications pratiques. Nous nous y arrêterons donc spécialement.

Ç'a été longtemps une croyance à peu près universelle que le quinquina, s'il influence les battements du cœur, les accélère constamment et les rend plus énergiques. Quelques médecins, MM. Piorry et Monneret, par exemple, professent encore cette opinion. D'autres, beaucoup plus nombreux, Guersant, Giacomini, MM. Baudelocque, Dupré (de Montpellier), Legroux, Jacquot, etc., attribuent au contraire au quinquina une influence sédative. Quant à son action sur le fluide sanguin, il en est, comme MM. Mêlier et Legroux, qui la croient *liquéfiante*, tandis que les anciens lui reprochaient de trop augmenter la plasticité du sang, de le rendre trop concrescible. M. Briquet intervient au milieu de ces dissidences, la main pleine d'observations et d'expériences.

A. Relativement à l'influence du quinquina sur les battements cardiaques, M. Briquet accorde bien qu'elle soit stimulante à une faible dose, mais il la regarde comme déprimante quand la dose est élevée, et déprimante en raison directe de la quantité de sel administré à la fois. Sur 171 malades des deux sexes, de tout âge et de toute constitution, atteints de rhumatisme articulaire aigu, la médication par le sulfate de quinine à haute dose (de 1 gramme à 6 grammes) a produit le ralentissement du pouls chez 120 malades dès le premier jour du traitement. Le ralentissement existait chez 144 le second jour, et chez 155 le troisième jour. Avec une dose de 5 grammes de sel par jour, il a été, en moyenne, de 25 pulsations le troisième jour; avec celle de 3 grammes, 20 pulsations; avec celle de 2 grammes, 17 pulsations; avec celle de 1 gramme, 4 pulsations. Enfin il a été constamment proportionnel à la fréquence antécédente du pouls; c'est-à-dire que plus le pouls était fréquent avant le traitement, et plus forte était la diminution. Des effets analogues ont été obtenus de l'administration des sels quiniques à 42 sujets atteints de fièvre typhoïde.

Ces variations dans les résultats, corrélatives à des conditions déterminées, éclairent beaucoup, il faut le reconnaître, l'interprétation des phénomènes. La relation de l'effet avec la cause devient plus évidente quand il la reflète dans ses modalités successives. C'est déjà de quoi affaiblir sensiblement l'objection qui voudrait attribuer la chute du pouls à l'amélioration survenue dans la maladie, et à une action directe et spécifique du médicament. Mais, M. Briquet élève en outre contre cette objection deux arguments de fait. Chez 19 individus affectés de rhumatisme *chronique*, et dont le pouls n'était pas très accéléré (de 60 à 80 pulsations chez 6 d'entre eux), l'action déprimante du sulfate de quinine n'en a pas été moins marquée. En second lieu, l'auteur a dressé un tableau destiné à montrer que sur 33 cas de fièvre typhoïde terminés par la guérison, il y en a 10 chez lesquels le pouls diminua de fréquence, de 20 à 25 pulsations par vingt-quatre heures dans les premiers jours de l'administration du sel, bien que la maladie allât en empirant. Tous ces faits sont aussi concluants que le comporte leur nature. Ils le sont un peu moins que ne le seraient des expériences entreprises sur des sujets bien portants; mais tout le monde n'est pas d'humeur à prendre chaque jour, n'en ayant aucun besoin, de 3 à 4 grammes de sulfate de quinine, comme s'y est condamné, *pendant plus de quarante jours*, le professeur Giacomini. Disons bien vite que la concordance des expériences pathologiques avec les expériences physiologiques, souvent répétées d'ailleurs en Italie, leur donne une valeur particulière et achève de fixer l'opinion.

Voilà pour la *fréquence* des battements du cœur. Quant à leur degré de *force*, sous l'influence des sels de quinquina, l'auteur l'a recherché à l'aide d'expériences de physique animale. Il a simplement injecté dans la veine jugulaire d'animaux sains une solution, à doses variées, de sulfate de quinine, et il a observé l'effet produit sur la circulation, à l'aide de l'hémo-dynamomètre de M. Poiseuille ajusté à l'une des artères carotides.

La solution à expérimenter contient de l'eau, de l'acide sulfurique nécessaire pour transformer le sulfate en bisulfate soluble, et enfin le sel lui-même. M. Briquet a commencé par s'assurer, dans trois expériences seulement (et l'on peut regretter ce petit nombre), que l'injection isolée d'eau tiède ou d'eau acidulée avec l'acide sulfurique, dans les proportions où devait être ultérieurement employée la solution, n'augmentait pas la pression à laquelle le sang est soumis dans les canaux artériels. Il a injecté ensuite sur six chiens vigoureux, *par petites portions successives*, une solution de 50, 120, 180, 190 et 200 centigrammes de sulfate de quinine, et il a vu la pression moyenne diminuer de 7, 16, 10, 12, 20 millimètres, à peu près proportionnellement aux quantités de sel introduites dans la circulation. Dans l'expérience où cette quantité était de 2 grammes, toute pression a cessé, et l'animal est tombé sans mouvement. Si, au lieu de fractionner les doses, on injecte tout à coup une dose assez forte de sel, comme 1 gramme ou plus, les effets sont bien plus marqués; la colonne de mercure tombe plus bas, y reste plus longtemps, ou le cœur cesse de battre et l'animal expire. L'expérience a été faite quatorze fois. Sur onze chiens, chez lesquels la pression a été mesurée vingt-quatre et quarante-huit heures après l'expérience, la diminution de pression existait encore chez neuf et avait disparu chez deux.

B. M. Briquet a apporté le même soin à déterminer l'action du quinquina sur le sang lui-même. La physiologie pathologique peut se permettre une étude de ce genre, maintenant que le passage dans le sang de la quinine, administrée par les voies digestives, est tout à fait hors de doute. Contrairement à ce qu'ont affirmé, à la suite de Friend (*Emménologie*), plusieurs expérimentateurs modernes, M. Briquet a vu le sang conserver, sinon même accroître sa plasticité, et fournir un caillot dur et solide. Il est très vrai que 1 gramme de bisulfate dissous dans 30 grammes d'eau, et mis en contact avec 30 grammes de sang veineux récent, le rend complétement liquide en vingt-quatre heures. Mais l'effet devient de moins en moins prononcé à mesure qu'on abaisse la dose, et il est nul avec 25 milligrammes: or le sang d'un malade n'en renferme jamais une aussi forte proportion, c'est-à-dire 25 milligrammes par once; mais, au fond, il importe peu, et la question est de savoir quelle est l'action du quinquina sur le fluide sanguin, non dans un vase, mais dans l'organisme vivant. A cet égard, les expériences de l'auteur sont nombreuses et parfaitement concordantes. Dans une vingtaine d'expériences, après l'injection d'une dose, variée à dessein, de bisulfate, le sang a donné un caillot consistant. Dans onze cas, les animaux n'étaient pourtant morts qu'après deux jours au moins d'expérience. Comment faire cadrer ces résultats avec ceux, également positifs en apparence, qu'a rapportés M. Mêlier (*Mém. de l'Acad. de méd.*, t. X)? M. Mêlier, qui, dans six expériences, a vu le sang fluidifié, n'avait pas injecté le sel dans les veines, mais l'avait administré par les voies digestives. Est-ce la source de la différence existant entre ses résultats et ceux de M. Briquet? Non; car M. Briquet a, lui aussi, fait avaler du sulfate de quinine à des chiens, et le sang est resté très coagulable. La différence vient-elle de ce que M. Mêlier a recueilli le sang des animaux après leur mort? Mais, dans une des expériences de M. Briquet, l'animal est mort également, et le cœur a été trouvé distendu par de gros caillots très denses. Il est vrai que cette expérience est unique, et, à cet égard, les recherches de l'auteur n'infirment peut-être pas autant qu'il paraît le croire celles de M. Mêlier. Nous aurions voulu qu'il se bornât, sur une série de chiens, à l'ingestion d'une forte dose de quinine, et qu'il examinât le sang avant et après la mort. Alors seulement, on aurait vu si l'assertion de M. Mêlier repose réellement sur une erreur ou sur des faits exceptionnels. La même remarque s'applique aux quatre expériences, très rigoureuses en elles-mêmes, dans lesquelles le chiffre de la fibrine *a augmenté* sous l'influence du sulfate de quinine, tantôt injecté dans les veines, tantôt introduit dans l'estomac. Sauf le cas rappelé à l'instant, le sang analysé n'avait pas été recueilli après la mort.

Tels sont les faits. En les acceptant comme tels, on est disposé pourtant à élever une objection spécialement contre ceux qui concernent la force et la fréquence des battements cardiaques. On se demande si, encore bien qu'une injection d'eau pure et d'eau acidulée n'amène pas de variations sensibles dans la hauteur de la colonne de mercure, le ralentissement du pouls, produit par une solution de sulfate de quinine, exprime positivement une action stupéfiante sur le cœur, et si beaucoup d'autres substances, évidemment dépourvues de propriétés de ce genre, n'influenceraient pas de la même manière l'hémo-dynamomètre en pénétrant par la même voie dans le torrent circulatoire. M. Briquet invoque contre cette supposition des expériences nombreuses, tendant à prouver que

certaines substances n'ont sur le cœur aucune action appréciable à l'instrument ; que d'autres ont la propriété, non d'affaiblir, mais d'exciter la contractilité de cet organe : par exemple, l'éther, l'alcool, la *digitale* même, qui en effet, d'après les expériences de MM. Bouchardat, Sandras et Homolle, accroît la *force* des battements du cœur en en diminuant le *nombre*. Malheureusement l'auteur ne donne, sur le résultat de ses recherches à cet égard, qu'une indication générale (p. 113). Mais la meilleure réponse à l'objection dont il s'agit se trouve dans le chapitre suivant, où l'on montre que l'action débilitante, exercée par le quinquina sur la circulation, n'est ni un effet commun à la classe des substances délétères, ni le résultat indirect d'une influence primitivement exercée sur l'encéphale, et dépend véritablement d'une action localisée dans le cœur. Dans deux expériences, l'injection d'une solution de noix vomique dans la jugulaire a augmenté la puissance du cœur, au lieu de la diminuer, jusqu'aux approches de la mort. Dans quatre autres, l'injection d'une solution de sulfate de quinine dans la carotide, de manière à la faire arriver tout d'abord au cerveau, accrut sensiblement la force des battements du cœur, à l'encontre de ce qui arrive quand la liqueur est poussée dans les veines. Enfin, l'action du sulfate de quinine, portée directement sur le cœur, en affaiblit invariablement la contractilité. Voici comment l'expérience est instituée : On assomme un animal d'un coup de marteau porté sur la tête, puis on ouvre rapidement la poitrine, et l'on découvre le cœur dont les battements sont encore fort énergiques. Faisant alors une étroite incision à l'aorte très près de son origine, on y introduit la canule d'une seringue un peu au-dessus des valvules sigmoïdes, et l'on fait une injection qui pénètre dans les artères coronaires et les cavités cardiaques. Dans neuf expériences, l'injection du sulfate de quinine (à 2 grammes pour 64 grammes d'eau) a arrêté brusquement les battements du cœur ; résultat d'autant plus significatif, que l'injection d'eau pure froide, par la même voie, a un effet tout contraire, excite la contractilité et la ranime quand elle est près de s'éteindre. Une injection avec l'acide cyanhydrique médicinal n'a amené dans les battements aucune modification ; avec le chlorhydrate de morphine, les mouvements ont été affaiblis, ralentis, mais non brusquement arrêtés : donc ce n'est pas comme substance délétère qu'agit le sulfate de quinine.

L'auteur a constaté que le sulfate de quinine porté dans l'aorte, la carotide, le tissu cellulaire, la plèvre, affaiblit la contractilité du cœur plus lentement que dans les expériences précitées, mais d'une manière plus durable. Il a vu aussi que la même puissance dépressive appartient aux sels de cinchonine, mais plus faiblement; qu'elle est presque nulle dans l'extrait sec de quinquina, où les proportions de quinine et de cinchonine sont très petites et assez prononcées dans l'extrait mou.

Nous l'avons dit, cette partie de l'ouvrage de M. Briquet est celle qui offre le plus d'intérêt. Après nous y être arrêté si longtemps, il nous est impossible de ne pas glisser rapidement sur les autres ; mais c'est pour nous un devoir de déclarer qu'il n'y a pas un chapitre qui, à des degrés divers, ne mérite de fixer fortement l'attention du physiologiste ou du médecin. C'est même la rigueur d'observation, l'appel fréquent aux expériences sur les animaux, la discussion des témoignages, la multiplicité des questions étudiées, qui condamnent l'analyse à courir, pour ainsi dire, sans s'arrêter, si elle ne veut donner une édition abrégée du livre. L'action du quinquina est poursuivie, étudiée avec soin dans l'encéphale, les organes de la respiration, le tube digestif, le foie, la rate, l'appareil urinaire, les organes génitaux, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. L'auteur rencontre sur son chemin la *fièvre de quinquina*, dont l'existence, si elle était aussi réelle que l'affirment certains médecins, M. Bretonneau, par exemple, s'accorderait mal avec le mode d'action attribué tout à l'heure au quinquina. Cette fièvre lui paraît assez problématique, et il croit que si l'on a vu le pouls s'élever sous l'influence du quinquina, c'est que le médicament était donné à dose assez élevée, ou assez inopportunément, pour causer une phlegmasie. L'explication, en soi, pourra sembler un peu hasardée, mais ce qu'elle tend à expliquer n'a pas non plus, à nos yeux, une réalité bien démontrée. Relativement aux congestions pulmonaires dont on a également accusé l'emploi du sulfate de quinine à haute dose, l'auteur élève des doutes plus sérieux encore; et il est au moins certain, comme il le dit, que l'observation des malades traités de rhumatisme ou de fièvre typhoïde par le sel quinique, donne des résultats fort différents de ceux qu'on a dit avoir observés chez les animaux tués par l'ingestion de ce sel. Ces malades ne paraissent pas offrir plus fréquemment des congestions du poumon que ceux qui ont été soumis à tout autre mode de traitement.

Le chapitre consacré à l'absorption des sels de quinine renferme de précieuses expériences sur le passage de ces sels dans l'urine. Ce fait, bien connu, est étudié ici dans tous ses détails avec une précision particulière. Les conséquences pratiques à tirer des résultats observés sont : que, pour avoir la certitude de l'absorption du sulfate de quinine, il faut le donner au-dessus de 15 centigrammes par jour, en solution ; qu'il ne faut pas compter sur une absorption qui suffise à l'effet thérapeutique avant une heure d'ingestion au moins; enfin, que plus on donne de sel, plus grande est la quantité absorbée, et plus il agit rapi-dement.

Toutes ces données de l'observation et de l'expérience sont autant de voies qui conduisent à la détermination du mode d'action thérapeutique du quinquina. Le voici en deux mots.

Une dose de quinquina correspondant à 15 ou 20 centigr. de sulfate de quinine active la circulation, la respiration et la nutrition ; elle élève, suivant l'expression de l'auteur, le niveau des actions principales de la vie. Une dose plus forte, correspondant à 60 centigr. de sulfate de quinine au minimum, *prise en quelques heures*, exerce une action excitante d'abord, puis débilitante, sur l'encéphale, et affaiblit les battements du cœur. De plus, les parties avec lesquelles le sel est en contact, toutes les portions du tube digestif, s'excitent, peuvent même s'enflammer, et le sang éprouve une modification dont l'effet est l'augmentation probablement constante de la fibrine, et la diminution fréquente du nombre des globules. C'est cette vue générale qui guide l'auteur dans ses études sur la médication quinique appliquée aux fièvres intermittentes, aux névroses, aux névralgies, au rhumatisme, à près d'une trentaine d'états pathologiques. Il y a là deux cents pages où le praticien trouvera d'excellentes indications qu'il chercherait vainement ailleurs. Nous lui recommandons aussi instamment, sans pouvoir lui en donner même un avant-goût, la dernière partie, consacrée aux diverses préparations de quinquina. Valeur médicamenteuse de chacune d'elles, doses, mode d'administration, tout y est pesé avec la sûreté de main que peuvent seules donner des recherches minutieuses et une grande expérience pratique.

A. Dechambre.

VI.

NOUVELLES.

Choléra. — L'épidémie continue à s'éteindre graduellement en Angleterre. D'après l'*Association med. journal*, la marche du choléra, dans ce pays, aurait été la même cette année qu'en 1831-32 et en 1848-49. Le passage suivant du *Cholera Report* serait vrai pour les trois épidémies : « Le choléra en Angleterre s'est développé comme le froment qui a été semé en octobre, a germé pendant l'hiver, fleuri en juin, s'est chargé de grains en juillet et août, et a été coupé avant la première semaine de septembre, quand le choléra était à son apogée. »

— Nous trouvons dans le *Medical Times* (n° 173), l'*instruction* rédigée par le collége royal des médecins de Londres, à l'occasion du choléra. Les préceptes hygiéniques qui y sont recommandés sont à peu près ceux qu'il serait bon de suivre en toute saison et sous toutes les constitutions médicales.

— La *Société du choléra* du comté de Surrey a tenu sa première séance le 18 octobre dernier, à Richmond. Elle était présidée par le docteur Willis. L'*Association medical journal* donne les détails de cette séance d'installation.

— Le choléra a, dit-on, éclaté à Jassy. L'état sanitaire de la Moldavie et de la Valachie est très mauvais. Le docteur Ley, directeur des quarantaines, y a été envoyé par son gouvernement. (*Gazette de Cologne.*)

— Le choléra s'est déclaré à Sultanieh (Perse). (*Standard.*)

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES (1).

Journaux reçus au Bureau.

ABEILLE MÉDICALE. — Nos 28 à 30. — Cliniques et revues. — Analyses.
ARCHIVES D'OPHTHALMOLOGIE. Sept. 1853. — Tissu contractile de l'iris, par *Fano*. — Clinique ophthalmologique.
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. 15 oct. 1853. — Propriétés fébrifuges du quinquina et de l'arsenic, par *J. Délioux*. — Injections iodées dans l'ascite, par *Tessier* (de Lyon). — De la tumeur lacrymale commençante, par *Chassaignac*.
GAZETTE DES HÔPITAUX. — Nos 121 à 126. Cliniques et revues. — Opacité de la capsule du cristallin, constatée sous le microscope, par *Desmarres*.
GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 9. Réflexions sur l'état mental de Feuillet, condamné, par *Artaud*. — Clinique ophthalmologique.
GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER. — N° 7. Cours de physiologie du prof. *Lordat*.
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — Nos 42 et 43. — Anesthésie chirurgicale, par *Jobert* (de Lamballe). — Broiement de la pierre en une séance, par *Amussat*. — Tumeurs colloïdes et épithéliales, par *Ch. Robin*. — Sur la luxat. du fémur en bas, par *Bouisson* (de Montpellier).
GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 10. Péritonite par perfor. de l'append. iléo-cœcal, par le prof. *Forget*. — Luxation de l'extrémité acromiale de la clavicule, par *Herrgott*.
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES. Oct. 1853.— Cliniq. et analyses.
MONITEUR DES HÔPITAUX.— Nos 123 à 128. Cliniques et revues. — Question de police médicale. (Un officier de santé peut-il exercer hors du département où il a été reçu?)
PRESSE MÉDICALE. — N° 43. — Cliniques.
RECUEIL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'INDRE-ET-LOIR. — Constitut. médicales, par *Haime*. — Kyste pileux, par *de la Tremblaye*. — Trait. du choléra, par *Brame*. — De l'hystérie, par *Douvillé*.
REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. 15 oct. 1853. — Vératrine contre le rhumatisme articulaire (fin), par *Marotte*. — Encéphalopathie albuminuriq. dans l'enfance, par *Rilliet*. — Luxations de l'extr. sup. du péroné, par *Goirand*. — Hypertroph. douloureuse des orteils, par *Chassaignac*. — Nouveau mode de tamponnement dans l'épistaxis, par *A. Leydet*. — N° 20. Du camphre et de l'opium à l'extérieur, par *Chrestien*. — Charbon en poudre dans la fièvre typhoïde, par *Odille*. — Oxyde de zinc dans certaines aff. nerveuses, par *Richart*. — Pustule maligne guérie par le nitrate d'argent, par *Boileau de Castelneau*. — Fistule anale guérie par des injections au nitrate d'argent, par le même.
REVUE MÉDICALE. 15 octobre 1853. — Mélancolie avec stupeur, par *Delasiauve*.— Trait. préventif de la fièvre typhoïde, par *Miergues*. — Mélancolie avec stupeur, par *Baillarger*.
UNION MÉDICALE. — Nos 122 à 127.— Cliniques.—Leçons de M. Bernard au collége de France. — Cautérisation par le nitrate d'argent solide dans la vaginite, par *Gigon*. — Inflam. du tissu cellulaire péri-utérin, par *Valleix*.
ALLGEM. MEDICIN. CENTRAL-ZEITUNG, von *Posner*, Berlin (Gaz. médic. centrale de Berlin), année XXIIe, nos 73, à 77. — Rabies canina, par *Kranefuss*. — Tumeur occasionnant des pollutions, par *Fischer*. — N° 78. Tubercules en Egypte (rareté, combinaison avec la dyssenterie, indication de lieux de séjour pour les phthisiques). — Nouvelle méthode de provoquer l'accouchement prématuré. Scanzoni recommande l'irritation des mamelons à l'aide de ventouses. — N° 79. L'appareil de Junod dans les hôpitaux de Londres; succès et insuccès. — N° 80. Bains aromatiques d'aiguilles de pin (comme excitant). — N° 81. Grossesse dans un sac rudimentaire de l'utérus (Hémorrhagie, mort), par *Scanzoni*. — Nos 82 et 83. Trentième congrès des naturalistes et médecins allemands à Tubingue.
ALLGEM. ZEITSCHR. F. PSYCHIATRIE U. PSYCH. GERICHTL. MEDICIN (Journal universel de la psychiatrie et de la médecine psycho-légale), par *Damerow*, *Flemming* et *Roller*. Vol. II, cahier III. — Sur le traitement préventif des maladies mentales, par *Fr. Engelken*. — Histoire de la folie du duc Guillaume le Riche et de son fils Jean-Guillaume de Juliers, Clèves, etc., par *Bergrath*. — Melancholia dæmonomaniaca occulta (confession du malade lui-même), par *D.-G. Vrieser*. — Les établissements d'aliénés des Pays-Bas, par *Gudden*.
ARCHIV FUER PHYSIOL. HEILKUNDE, von *Vierordt*. XIIe année, 3e fasc. — Revue statistique sur le régime dans les hôpitaux de Londres, et sur les rapports entre la nourriture azotée et non azotée, par *Beneke*.—Coqueluche chez les enfants, par *Friedleben*. — Recherch. physiol. sur le miasme et la contagion (suite), par *Th. Clemens*. — L'enduit noir de la langue, par *Eulenberg*. — Maladies de la peau provenant des parasites, par *B. Gudden*. — Opérations prat. sur les paupières, par le prof. *Roser*. — Fungus de la dure-mère, par *Meissner*.
DEUTSCHE KLINIK. — N° 40. Clin. d'accouch. de Bonn, accouchem. prématuré, provoqué par les méthodes les plus récentes, par *Sack*. — Clin. de Heidelberg: Effets de la conéine, par Reuling et Salzer (conclut à son rejet de la matière médicale) — Névralgie du trijumeau (mort subite); fonctions du poumon, suspendues par un soulèvement du diaphragme (à la suite d'un eng. de l'est. et du côlon transv.), par *Reuling*. — Un cas de tænia (41 têtes trouvées dans une pelote de vers rendue), par *Kleefeld*. — La vaccination contre les condylomes (cas de guérison attribué à la vaccination), par *A. Schulz*. — N° 41. Cas de solyurie simple (développement nosologique de ses espèces), par *Falk*. — Cas d'angine de poitrine (cœur dégénéré en graisse), par *Philippe*. — La lithotritie (indications et contre-indications, avec histoire de plusieurs opérés, par *Seidel* (de Dresde). — Rapport sur l'établissement orthopédique de Wildberger, à Bamberg, par *Wierer*.— N° 42. Chute sur la tête, ses suites après trois mois (côté droit de la tête); (perte de la vue, anesthésie de la cavité orale et nasale, paralysie du muscle droit sup. de l'œil et de l'orbiculaire des paupières; côté gauche: surdité, paralysie du muscle droit supérieur de l'œil et de l'orbiculaire des paupières; les mscles de la figure peu mobiles sans anesthésie; paralysie de deux masséters, par *Nieze*. — Polyurie simple, continuat., par *Falk*. — L'établissement orthopédique de Wildberger; suite, par *Wierrer*. — Hygrome cystique congénial sacral (autopsie), par *Knopf*. — Rupture du vagin; entrée de l'enfant mort dans la cavité abdominale; autopsie, par *le même*.
NEUE MED. CHIRURG. ZEITUNG V. MUENCHEN (Gazette médico-chirurg. nouvelle de Munich. — Nos 33 à 36. Revue analytique de la chirurgie (fin), par *Frank*. — Rev. analyt. de l'ophthalmologie, par le même. — Des maladies des femmes, par *Buchner*. — Sur la mastite, par *Meisinger*.
PRAGER VIERTELJAHRSCHRIFT FUER DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE (Gazette trimestr. pratico-médicale de Prague), Xe année, vol. III, 1853. — Les tumeurs dermoïdes de la conjonctive, par le prof. *Ryba*. — Quelques rapports des veines, des oreillettes et des ventricules du cœur, et de l'influence de la force contractive des poumons sur l'appareil de circulation, par le prof. *Hamernick*. — L'alcool dans l'organisme animal, par *Duchek*. — La morve chez l'homme, avec rech. sur son origine chez le cheval; trois cas nouveaux de transplantation, par *Christen*. — Vol. IV. Des ulcères, par le prof. *Engel*. — Résorption des exsudations solides par la dégénérescence en matière grasse dans la tuberculisation, la saponification et la production de chaux, par *Alb. Michaelis*. — Pathologie du pancréas, par *Eisenmann*. — Affection syphil. sur la muqueuse orale, nasale et pharyngienne, par *Suchanek*. — Recherch. histor. et patholog. sur les mal. typhoïdes, par *Hirsch*. — Anat. compar. des voies urinaires, par *Bochdalek*. — De la caféine, par le prof. *Phœbus*.
SCHMIDT'S JAHRBUECHER. 1853. — N° 10. Revues analytiques. — Géographie médicale, par *Hirsch*.
ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — Nos 40 à 42. Maladies de l'œsophage, par *Reeves*. — Dégénérescence du tissu glandulaire de l'estomac, par *Hanfield Jonas*. — Affection du cerveau et du cœur (ralentissement considérable du pouls), par *N. Paterson*. — Empoisonnement par l'arsenic, par *T. Brown*. — Faits et opinions sur la tuberculose, par *H. Ancell*. – Fracture du crâne chez un enfant, à la naissance, par *Swayne*.—Cas singulier d'alopécie, par *John Barclay*.—N° 42. Phénomènes atmosphériques dans leurs rapports avec le choléra, par *Hingeston*. — Cas d'empoisonnement par la créosote, par *Jeffrey*. — Encore un cas singulier d'alopécie, par *Morris*.
MEDICAL CIRCULAR. 12 oct. 1853. — Analyses et Revues.
MEDICAL TIMES. 15 oct. 1853. — Cartilages libres, extraits de l'art. du coude, par *D. Steele*. — Cas de hernie inguinale, par *Paget*. — N° 173. Sur la membrane péri-dentaire dans ses rapports avec le tissu dentaire, par *S. Bate*.
THE BRITISH AND FOREIGN MEDICO-CHIR. REVIEW. — N° 24. Analyses et Revues.
GAZETTA MEDICA (Lombardia). — N° 40. Statistiq. des aliénés à Trieste, par *F. de Dzeer*. — Manie pellagreuse; mort; par *J. Facen*. — Quinate de chaux du commerce, par *Manetti*. — Emploi clinique de cette substance, par *Scaranzio*.
GAZETTA MEDICA (Toscana). — Emploi du perchlorure de fer (analyse des travaux de M. Pétrequin). — N° 41 Maladies des enfants, par *Sadun*.— Vertu fébrifuge de la salicine, par *Macari*.
CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 9. Laryngo-trachéo-bronchite; pneumonie; abcès; ponction exploratrice; mort; par *B. Gonzales*. — Ophthalmie blennorrhagique, curable seulement par les sangsues, par *J. Angulo*. — Chloroforme dans les accouchements, par Capdevila.
EL HERALDO MEDICO (Madrid). — N° 50. — Revues et Correspondances. — N° 51. Sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde, par *F. Rico* et *Calpena*.
GACETA MEDICA (Madrid). — Nos 28 et 29. Sur l'hygiène publique, par *F.-M. Alvaro*. — Électricité appliquée à la thérapeutique, par *Nieto* et *Polin*.

Livres nouveaux.

DE LA PNEUMONIE EN AFRIQUE, par le Dr *Catteloup*. Paris. In-8 de 4 feuilles 1/3.
LA MÉDECINE DES PAUVRES en France, considérée au point de vue de la religion, de la société et de la médecine, par le doct. CLÉMENT BRAULT. In-8 de 104 p. 2 fr. 50
RECUEIL DE MÉMOIRES de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires, rédigé sous la surveillance du conseil de santé, par MM. Jacob, Marchal et Boudin. Publié par ordre du ministre de la guerre. 2e série, t. XI. In-8 de 24 feuilles 1/4.
TRAITÉ DE CHIMIE PATHOLOGIQUE, appliquée à la médecine pratique, par MM. les Drs *Alf. Becquerel* et *A Rodier*. Paris, chez G. Baillière. 1 vol. in-8 de x-608 pages. 7 fr.
DES CAUSES DE LA COLORATION DE LA PEAU, et des différences dans les formes du crâne au point de vue de l'unité du genre humain, par le baron *J.-W. de Müller*. Stuttgart, in-8°. 2 fr. 50.
GERICHTLICHE LEICHEN-OEFFNUNGEN (*Autopsies légales*), v. *Casper*, 2e centurie. In-8. 4 fr. 50
GESCHICHTE D. TABAKS u. anderer aehnl. Genussmittel (*Histoire du tabac*), von *F. Tiedmann*. Gr. in-8. 8 fr.
SAMMLUNG GERICHTSAERZLICHER GUTACHTEN (*Rapports de médecine légale*) der Prager medicinischen Facultaet. Zuzammengestellt und herausgegeben in Vollmacht der Facultaet, von Dr *J. Maschka*. Prag., 1853. In-8 de 304 pages. 7 fr. 50
SEFELOGE. Eine Wahnsinns Studie (*Etude d'aliénation mentale*), von *H. Damerow*. Halle, gr. in-8. 5 fr. 50
A FEW PRACTICAL OBSERVATIONS ON DEAFNESS, and Diseases of the Ear arising from Small Pox, Scarlet Fever, and Measles (*Surdité provenant de la petite vérole, etc.*), by *P. Allen*. In-8, 70 p. 2 fr. 50
A REPORT on the Progress of Improvement in the Treatment of Consumption and other Pulmonary Diseases, by *J. Turnbull*. In-8, 74 p. 5 fr. 50
ON THE PHYSIOLOGICAL USES OF THE GANGLIONIC NERVOUS SYSTEM, by *J. G. Davey*. In-8, 20 p. 1 fr. 40
PRINCIPLES OF SURGERY, by *J. Miller*. 3e édition. In-8, 426 p. (Edinburg), avec 240 fig. 21 fr.

Nota. L'auteur des *Études philosophiques sur l'instinct et l'intelligence des Animaux*, annoncées dans notre numéro 3, est M. le prof. FÉE, de Strasbourg.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

(1) On peut se procurer à la librairie VICTOR MASSON toutes les publications françaises ou étrangères mentionnées dans ce *Bulletin bibliographique*.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'Ecole-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 4 NOVEMBRE 1853. N° 5.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 3 novembre 1853.

CONSEIL DE SALUBRITÉ. MESURES PRÉVENTIVES CONTRE LE CHOLÉRA. — LES INHALATIONS ANESTHÉSIQUES DEVANT LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. (Voir le n° 4.)

Le conseil de salubrité s'occupe activement des mesures à prendre dans la ville de Paris, en cas d'invasion du choléra. Des renseignements particuliers nous permettent d'entrer à cet égard dans quelques détails.

Les comités d'hygiène institués par un arrêté récent dans les divers arrondissements, et dont le personnel est aujourd'hui au complet, seront particulièrement chargés de visites préventives à domicile, ou de toute autre inspection de même nature. Quand le besoin des localités l'exigera, on adjoindra aux membres de ces comités un certain nombre de personnes notables de quartier qui, elles aussi, visiteront fréquemment les habitations encombrées d'ouvriers, les salles d'asile, tous les lieux enfin où la population se trouve étroitement agglomérée. En même temps, des bureaux de secours, composés de médecins, d'élèves internes des hôpitaux, de pharmaciens, seront créés sur une grande échelle.

Tout en laissant au conseil de salubrité la direction supérieure du service, on investira les membres des comités d'une autorité suffisante pour assurer la prompte et exacte distribution des secours. Ils pourront, quand ils le jugeront convenable, exercer une sorte de réquisition sur les médecins des bureaux de bienfaisance et sur ceux des bureaux de secours, qui auront à se transporter immédiatement aux lieux désignés pour y donner les soins nécessaires. Les médicaments les plus utiles seront mis à la disposition de ces bureaux. L'organisation de 1849 sera donc notablement étendue et complétée par l'adjonction récente des comités d'arrondissement et l'institution de visites préventives.

Ce n'est pas tout. Des mesures seront prises pour que *tous les médecins indistinctement* puissent faire délivrer, sur leur certificat, des médicaments, des ceintures de flanelle, du bouillon, etc., aux personnes nécessiteuses.

Le service hygiénique et médical de chaque arrondissement sera centralisé à la mairie. Les commissaires de police prêteront leur concours aux comités, soit pour signaler les foyers cholériques ou d'insalubrité, soit pour fournir les ressources immédiates, telles que moyens de transport dans les hôpitaux, installation des bureaux de secours, etc.

Tels sont les renseignements qui nous sont parvenus. Ils montrent que l'administration supérieure se préoccupe vivement d'une éventualité malheureusement assez probable. Les mesures qu'elle projette ressemblent beaucoup à celles dont on dit avoir retiré de si bons effets en Angleterre. Si le malheur veut qu'on soit dans le cas de les appliquer, nous verrons ce qu'il faut croire de leur efficacité réelle.

FEUILLETON.

Lettre médicale.

Transformation de la chaire de chimie organique. — Vues particulières. — Question professionnelle. — Du secret médical. — M. Cazeaux et l'association des médecins du département de la Seine. — Poëme à l'horizon.

CHER CONFRÈRE,

Si vous lisez nos élucubrations avec l'attention que leur doit tout abonné bien élevé, vous vous rappelez que le dernier feuilleton faisait allusion au rétablissement éventuel de la chaire de chimie organique. *Rétablissement* était trop dire ; car la chaire n'avait pas été officiellement supprimée ; elle était seulement restée indéfiniment vacante depuis la démission de M. Dumas. Maintenant vous saurez qu'il est question de convertir cette chaire en une chaire de pharmacologie et de toxicologie. Une commission nommée pour examiner cette question a lu dernièrement son rapport à l'assemblée de la Faculté : commission et majorité des professeurs sont favorables à la conversion.

Le professeur de chimie organique devait, vous le savez, enseigner en même temps la pharmacie. Il est vrai que l'art modeste des préparations médicamenteuses s'était respectueusement éclipsé devant les brillantes théories de la composition et de la décomposition du corps humain ; mais ses droits n'étaient pas périmés. La chaire reste donc double, et la modification demandée consiste à substituer la toxicologie à la chimie organique. Cette substitution serait certainement avantageuse. *Dans l'état actuel de l'enseignement*, surtout si la chaire doit appartenir aux cours de première année, mieux vaut apprendre aux élèves à reconnaître les poisons, et restituer la composition des humeurs et des tissus à l'anatomie et à la physiologie. Mais la toxicologie elle-même ne peut être enseignée avec tout le fruit désirable au début des études médicales ; car elle comporte certaines notions d'anatomie et de pathologie. Il y aurait avantage à la transporter à la quatrième année, et ceci nous amène à exprimer notre adhésion à cette opinion émise par le *Moniteur des hôpitaux*, que la toxicologie pourrait être réunie, dans la même chaire, à la médecine légale. Il est impossible, en effet, d'enseigner la médecine légale sans faire en même temps, et comme par la force des choses, un cours de toxicologie. Quant à la pharmacie, elle se lie aussi étroitement à la matière médicale que la toxicologie à la médecine légale. Rien donc ne serait plus naturel que de les

Le 16 février dernier, l'un des praticiens les plus éminents de la province, M. Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, communiqua à la Société de chirurgie l'observation d'un cas de mort subite produite par le chloroforme.

Une commission fut nommée, et quelques mois après, dans la séance du 8 juin, M. Robert lut, en qualité de rapporteur, un travail remarquable, qui séduisit d'abord par sa lucidité, mais dont les conclusions furent bientôt attaquées dans le sein de la Société, et, en dehors d'elle, par la voie de la presse.

Après avoir résumé l'observation de M. Vallet, et avant de la discuter, le rapporteur cherchait, dans l'étude des faits analogues publiés jusqu'alors, des éléments propres à jeter quelque jour sur les causes de ces morts effrayantes. Il commençait par faire abstraction de nombreuses observations dont les détails n'étaient pas suffisamment précis ou suffisamment authentiques. Il divisait les autres observations en deux catégories : celles dans lesquelles la mort paraissait due à l'asphyxie, et celles où la mort, beaucoup plus prompte, et pour ainsi dire foudroyante, semblait avoir été produite, comme dans le cas de M. Vallet, par une sorte de syncope. Six faits, cités par le rapporteur, comme rentrant dans cette dernière catégorie, lui avaient paru suffisants pour établir les conclusions suivantes :

1° Le chloroforme peut causer la mort presque instantanément et comme par une espèce de sidération semblable à celle que déterminent chez l'homme certains poisons violents ;

2° La mort paraît causée, en général, par la cessation brusque des mouvements du cœur, par une véritable syncope ;

3° Dans *la plupart* des faits observés jusqu'à ce jour, la mort n'a pas eu lieu par suite de l'administration excessive de l'agent anesthésique, mais bien par suite d'une prédisposition particulière de l'organisme, inconnue dans sa nature. Cette disposition peut même se développer instantanément, de telle sorte que des individus, déjà soumis avec succès à l'action du chloroforme, ont pu succomber plus tard sous l'influence de cet agent ;

4 Jusqu'à ce jour, l'art ne possède aucun moyen de reconnaître ces idiosyncrasies. Il est seulement contre-indiqué de recourir au chloroforme chez les individus dont les organes centraux de l'innervation, de la circulation et de la respiration sont malades, ceux qui sont naturellement ou accidentellement disposés à la syncope, ceux enfin qui sont extrêmement affaiblis par les hémorrhagies ou se trouvent dans l'état de commotion inhérent à certains cas de traumatisme grave.....

5° L'art ne possède aucun moyen efficace d'enrayer la marche des accidents produits par l'inhalation du chloroforme et d'en prévenir les funestes résultats.

Qu'on veuille bien comparer les conclusions précédentes avec celles que l'Académie de médecine adopta en 1828 (voy. notre précédent article), et l'on comprendra aisément que le rapport de M. Robert ne pouvait passer sans opposition. D'après l'Académie, il suffisait, pour éviter tout danger, d'avoir recours à certaines précautions déterminées ; d'après M. Robert, au contraire, le chirurgien ne pouvait ni prévoir ni conjurer les accidents funestes. Une idiosyncrasie particulière, inconnue dans sa nature, susceptible d'apparaître instantanément, par une sorte de fatalité, telle était, pour l'honorable rapporteur, la cause d'un certain nombre de morts subites.

En présence de cette déplorable disposition de l'organisme, aussi impossible à diagnostiquer qu'à neutraliser, l'art demeurait impuissant, et il semblait vraiment que le chirurgien n'eût qu'un seul parti à prendre : renoncer pour toujours à l'emploi du chloroforme.

Telle ne fut pas, cependant, l'opinion de M. Robert. « Le chloroforme, dit-il, est désormais acquis à la pratique chirurgicale. Il n'est plus au pouvoir de personne d'en empêcher l'usage... Quand d'éminents avantages sont dus à une invention, il n'est pas dans la nature de l'homme d'y renoncer en vue de quelques inconvénients. »

En d'autres termes, après avoir fait le procès au chloroforme, et après l'avoir reconnu coupable, le rapporteur finissait néanmoins par le subir, non sans quelque répugnance, en déclarant que cette innovation, si bienfaisante pour la plupart des malades, devenait toujours pour le chirurgien une source de graves préoccupations et de sérieuses difficultés ; dès lors, il ne fallait recourir au chloroforme qu'avec une extrême réserve, la question de vie et de mort étant réellement posée chaque fois qu'on en fait usage, suivant l'expression de M. Sédillot.

Malgré l'habileté avec laquelle M. Robert avait enchaîné l'une à l'autre, par une rédaction attrayante, les deux parties de son rapport, il y avait contradiction évidente entre la conclusion et les prémisses. Si le chloroforme tue fatalement, par une action spéciale, sans qu'on puisse le prévoir, et sans qu'on puisse y porter remède, il est difficile d'en conclure que le chloroforme doit être maintenu dans la pratique des opérations. C'est ce que fit remarquer avec raison M Deguise fils. La contradiction n'était peut-être pas aussi grande que le pensait l'auteur ; mais elle était bien réelle néanmoins, et la réponse de M. Robert ne réussit pas à détruire entièrement l'argumentation de son adversaire.

Les orateurs subséquents reprirent successivement les diverses assertions de M. Robert, en discutèrent l'exactitude, et y ajoutèrent les résultats de leur propre expérience. Nous ne suivrons pas dans l'exposé de ce débat l'ordre chronologique ; il nous paraît plus utile de prendre une à une les principales questions sur lesquelles la discussion a roulé.

Parmi ces questions, la plus grave, et aussi la plus épineuse, est celle-ci : *A quelle cause sont dues les morts subites qui surviennent pendant l'inhalation du chloroforme?*

Quelquefois, souvent peut-être, cette cause est l'asphyxie, et alors la faute en est souvent à celui qui administre le chloroforme. Tout le monde a été d'accord sur ce point, que M. Robert lui-même n'avait pas passé sous silence. Toutefois, les considérations présentées par M. Chassaignac, et surtout par M. Maisonneuve, ont jeté

---

associer aussi dans l'enseignement. C'est encore l'avis du *Moniteur* (*des hôpitaux*, bien entendu).

Tout ceci, vous le voyez, aboutit à la suppression définitive de la chaire de M. Dumas, c'est-à-dire à une économie. Dernier argument que nous recommandons spécialement à M. le ministre.

— Un honorable médecin du département de la Loire, M. le docteur H..., veut bien nous poser une question professionnelle, en nous priant d'y répondre par la voie du journal. Vous nous permettrez, cher confrère, de lui transmettre cette réponse sous votre couvert. La question est celle-ci :

« Un docteur médecin, reçu pharmacien par le jury de son département, peut-il librement et ouvertement cumuler les deux professions, et inscrire ses deux titres sur la porte de son officine en ces termes : PHARMACIE DU DOCTEUR X...? »

Nous voudrions bien répondre négativement ; car le cumul des deux professions de médecin et de pharmacien nous a toujours produit l'effet d'une sorte d'adultère. Par là, le médecin est ostensiblement constitué commerçant ; la probité la plus irréprochable ne le défend pas contre le soupçon permanent de pousser au débit de sa marchandise. En fait, il se crée dans le commerce une position exceptionnelle, monstrueuse, dans laquelle il fixe à la fois et le prix et la quantité de la chose vendue. La tentation d'un impur bénéfice l'assiége à toute heure, d'autant plus dangereuse qu'elle peut être satisfaite commodément, impunément, et qu'elle se présente comme un remède immédiat au malaise si général de la profession. Mais nous ne pouvons répondre qu'avec la loi et par la loi. *Dura lex, sed lex.*

C'est la loi de ventôse an XI qui régit encore l'exercice de la médecine, et c'est la loi de germinal de la même année qui régit l'exercice de la pharmacie. Or, la première ne renferme aucune disposition relative au cumul. Dans la seconde, l'article 27, en autorisant les officiers de santé à fournir, dans certains cas déterminés, des médicaments simples ou composés, leur interdit bien de tenir officine ouverte ; mais c'est en tant qu'officiers de santé, munis seulement du diplôme de médecin. La loi ne spécifie point le cas où ce diplôme et celui de pharmacien seraient réunis dans les mêmes mains. En d'autres termes, elle défend à un médecin non reçu pharmacien de tenir officine, alors même qu'il est autorisé à fournir des médicaments ; mais elle ne dit pas qu'un médecin reçu pharmacien ne pourra tenir officine. Ce que la loi ne prohibe pas, elle le permet : le docteur X... use donc d'un droit incontestable. Cette circonstance qu'il n'a pas été reçu dans une école de pharmacie, mais par un jury de département, ne change rien au principe, puisque les deux

un nouveau jour sur les conditions au milieu desquelles cet accident peut se reproduire.

Il est clair qu'à toutes les périodes de l'inhalation on peut asphyxier les malades en appliquant trop étroitement l'appareil sur l'ouverture des voies aériennes; avec un peu d'attention, on écartera toujours ce danger. Toutefois, l'aide qui administre le chloroforme peut être distrait par l'opération ou par toute autre cause; si l'on fait respirer l'anesthésique sur un mouchoir ou sur une compresse, il est possible alors que le linge vienne s'appliquer, comme une soupape humide, sur l'orifice de la bouche ou des narines, et que le passage de l'air soit intercepté. Pour éviter cet accident, M. Chassaignac a renoncé à tous les appareils en linge, et il propose d'employer exclusivement l'éponge creuse. C'est dans le même but que M. Roux est resté fidèle au petit appareil de M. Charrière. Ces précautions sont utiles, mais elles ne sont pas indispensables, et nous aimons à croire en tout cas qu'aucun chirurgien n'ignore que de l'air doit librement pénétrer dans la poitrine pendant toute la durée de l'inhalation.

Mais il y a quelques circonstances spéciales, qui ont été signalées par M. Maisonneuve, et qu'il faut connaître aussi pour échapper complétement au danger de l'asphyxie. Deux conditions opposées peuvent faire surgir le danger dès le début même de l'inhalation. Tantôt le malade, plein de confiance et d'énergie, porte lui-même la bouche au-devant de l'appareil et fait brusquement deux ou trois grandes inspirations. Tantôt, au contraire, le sujet, indocile ou craintif, se débat pour se soustraire au chloroforme, retient sa respiration, puis tout à coup, n'y tenant plus, fait une inspiration profonde au moment où l'on approche l'appareil de sa bouche. Le résultat est le même dans les deux cas. Le poumon, inondé de chloroforme, ne renferme plus une quantité suffisante d'oxygène et le malade tombe asphyxié. Cet état n'est pas toujours mortel, et lorsque des soins convenables rappellent la vie, on s'assure aisément que le malade n'est pas anesthésié.

A une époque plus avancée, l'asphyxie peut se produire d'une autre manière. Il arrive souvent que dans la période d'excitation la glotte se contracte spasmodiquement, que la respiration s'arrête, que la face se congestionne; par lui-même. cet état n'a rien de grave, mais tôt ou tard le malade essoufflé fait une grande inspiration. Si alors, par malheur, le chloroforme est rapproché de la bouche, la vapeur pénètre presque pure dans ce poumon qui ne renferme plus d'oxygène, et une seule inspiration peut déterminer une asphyxie immédiate. Les conditions qui viennent d'être indiquées se présentent assez souvent, parce que, pendant la durée du spasme, le malade se débat en général, et que les aides, en le maintenant, ont une certaine tendance à appliquer la compresse sur sa bouche. L'asphyxie ici est plus grave que dans le premier cas; les malades sont déjà plus ou moins anesthésiés, et cette condition est peu favorable à l'action des moyens propres à combattre ce dangereux accident.

Nous ne nous dissimulons pas que les assertions de M. Maisonneuve n'ont pas été accompagnées de preuves suffisantes; toutefois, nous déclarons qu'elles nous semblent très probables, et il nous paraît en tout cas que tout praticien prudent devra à l'avenir se mettre en garde contre les nouveaux dangers signalés par ce chirurgien.

Quoi qu'il en soit, la part qui revient à l'asphyxie dans la liste des cas de mort attribués au chloroforme est certainement très considérable, et les considérations qui précèdent montrent peut-être que si cet accident est toujours évitable, quelquefois du moins il a pu se produire sans qu'on pût en accuser l'ignorance du chirurgien, puisque la science n'avait pas encore donné sur ce point de préceptes suffisamment précis. Il est vivement à désirer que les idées de M. Maisonneuve soient confirmées par les observations ultérieures; car il serait possible alors de conjurer presque certainement les dangers des inhalations anesthésiques.

Mais l'asphyxie foudroyante ne rend pas compte de tous les cas de mort. Plusieurs des faits reproduits dans le rapport, d'autres qui ont été résumés par M. Chassaignac, d'autres encore cités par MM. Ricord, Bonnet, Maisonneuve, Denonvilliers,—qui ont réussi, par un traitement énergique, à rappeler leurs malades à la vie, — prouvent que la syncope aussi peut se produire pendant l'inhalation et susciter un immense danger. Acceptée par la plupart des orateurs, la théorie de la syncope produite par le chloroforme paraît aujourd'hui bien établie; mais il n'est pas facile de dire jusqu'à quel point les cas de mort dus à cette cause sont fréquents.

On sait que l'action des anesthésiques finit par ralentir les mouvements du cœur; en général, ce phénomène ne se produit qu'à la période d'insensibilité, quoiqu'il y ait quelques exceptions M. Gosselin pense que le ralentissement est l'indice d'un certain degré de paralysie du cœur, et qu'il est nécessaire, lorsqu'on le constate, d'interrompre les inhalations, sous peine de voir le cœur s'affaiblir de plus en plus et cesser enfin de battre, en donnant lieu à une syncope presque toujours mortelle. M. Maisonneuve admet la possibilité d'une syncope produite par ce mécanisme; mais, suivant lui, cela est excessivement rare. Lorsque la syncope se produit, il faut qu'une autre cause s'ajoute à l'action du chloroforme : par exemple, une hémorrhagie abondante, ou la position verticale, ou un état d'anhémie antérieur à l'opération, ou une affection organique du cœur, etc.; de telle sorte que le chloroforme ici agirait plutôt en favorisant la syncope et en la rendant très grave, qu'en la produisant directement.

Ainsi, le débat ouvert devant la Société de chirurgie avait eu pour résultat de dissiper en grande partie le mystère qui entourait la cause des morts subites. On avait deux éléments : l'asphyxie et la syncope, capables d'expliquer la brusque cessation de la vie; et ces éléments, bien connus dans leur nature, laissaient du moins quelque prise à la prophylaxie et à la thérapeutique. Cette doctrine, bien plus rassurante que celle dont le rapporteur s'était d'abord fait l'organe, a paru prévaloir dans le sein de la Société. L'idée d'une idiosyncrasie particulière inconnue, imprévue, irrémédiable, et rendant fatalement mortelle l'action du chloroforme sur l'économie, cette idée, ainsi que l'a fait remarquer M. Chas-

---

modes de réception emportent le droit d'exercice. Elle n'importerait dans l'espèce que si notre encyclopédique confrère tenait officine hors du département où il a été reçu pharmacien, et c'est ce qui ne paraît pas avoir lieu.

Le projet de loi de 1847, que la révolution de février a empêché d'arriver à la chambre des députés, prononçait formellement l'exclusion réciproque des deux professions. La commission de la chambre des pairs y avait adhéré avec chaleur; aucune opposition ne s'était manifestée, et c'avait été la grande préoccupation des orateurs, quand il s'est agi de faire une part aux médecins établis dans des localités dépourvues de pharmacien, que celle d'affaiblir le principe tutélaire de l'incompatibilité. Nul doute que, dans des circonstances analogues, le même accord ne reparaisse. Une nouvelle loi sur l'exercice de la médecine, si les destins promis s'accomplissent jamais, mettra fin indubitablement à l'abus dont se plaint notre correspondant.

— Mais une autre question qui touche le corps médical dans des intérêts plus élevés, qui a été souvent un sujet de conflit entre le médecin et le magistrat, la question du secret, va être de nouveau portée devant les tribunaux. Un membre de l'Académie de médecine, dont l'honorabilité professionnelle est aussi appréciée que le talent, M. le docteur Cazeaux, appelé par le juge d'instruction à déposer sur un fait présumé d'avortement provoqué, a refusé de répondre, par la raison que les circonstances du fait étaient arrivées à sa connaissance dans l'exercice de son ministère. M. Cazeaux avait, en effet, donné ses soins à l'inculpée. Une première amende ayant été prononcée par le juge d'instruction, une seconde devant l'être sur les conclusions du procureur impérial, et la citation en témoignage devant se renouveler si la cause vient aux assises, notre confrère en a référé à la Société de médecine de Paris, dont il est membre. La Société, à son tour, d'accord en cela avec M. Cazeaux, a porté la question devant l'association du département de la Seine, mieux placée pour la défense d'un intérêt aussi général et aussi grave, et empruntant d'ailleurs une autorité particulière au décret du 16 mars 1851, qui l'a reconnue *établissement d'utilité publique*. Ces jours derniers, le comité de l'association, assisté de son conseil, M. Paillard de Villeneuve, s'est réuni en séance extraordinaire et a entendu les explications de M. Cazeaux. Vous apprendrez sans surprise que la conduite de notre confrère n'a rencontré qu'approbation et encouragement. Une circonstance spéciale en rehaussait la dignité. L'inculpée avait déclaré dégager le témoin de toute obligation morale à son égard et lui laisser une entière latitude. M. Cazeaux a compris qu'il n'appartenait à personne, pas même à l'intéressée, de relever le médecin

saignac, ne peut servir à l'analyse de certains cas où le chloroforme, supporté une première fois sans accident, est devenu mortel lorsqu'on a voulu peu de temps après l'administrer au même malade. Cette partie du rapport de M. Robert nous semble donc devoir être modifiée, et nous espérons qu'elle le sera effectivement.

Nous avons insisté sur les causes de la mort par le chloroforme, parce qu'à notre avis, c'est là la question capitale. Les autres, questions, comme on va le voir, en découlent directement.

Et d'abord, jusqu'où faut-il pousser la chloroformisation? Faut-il, comme le voulait Blandin, s'arrêter dès que le malade est insensible, sans arriver jusqu'au sommeil anesthésique, ou ne vaut-il pas mieux continuer l'inhalation pendant quelque temps encore et dépasser la période d'agitation pour atteindre la période de résolution musculaire? Il est clair que cette dernière pratique, indispensable dans certains cas, serait encore préférable dans tous les autres, s'il était vrai qu'elle ne fît pas courir aux malades quelques dangers de plus que la première.

M. Robert s'est prononcé, avec raison, en faveur de la seconde méthode, et cette partie du rapport n'a soulevé aucune opposition sérieuse dans le sein de la Société de chirurgie; mais des contestations se sont manifestées en dehors de la Société, sous la forme d'un mémoire que M. Baudens a adressé, nous ne savons pourquoi, à l'Académie des sciences, quoique ce corps savant fût entièrement étanger au débat actuel.

M. Baudens s'est efforcé de réfuter, article par article, le rapport de M. Robert, dont il a longuement commenté, et parfois même torturé, le texte Les idées développées par le professeur du Val-de-Grâce sont en opposition flagrante avec les faits. Ces idées, Blandin les avait déjà émises en 1847, à l'époque où les faits manquaient, et où il était bien permis de manifester des craintes pour l'avenir. Or, les accidents que Blandin redoutait alors ne se sont pas produits, et ceux qui se sont produits n'avaient pas été prévus. M. Baudens, trop préoccupé sans doute des expériences de M. Flourens et de la doctrine du nœud vital, a paru ignorer que les morts déterminées par le chloroforme ne sont pas des morts lentes et graduelles, comme celles qu'on obtient sur les animaux par l'inhalation prolongée, mais que ce sont, au contraire, des morts foudroyantes, survenant presque toujours avant la période de collapsus, et souvent même au début de l'inhalation. Nous avons le regret d'ajouter que M. Baudens n'a pas gardé, dans l'appréciation des cas malheureux recueillis jusqu'ici, cette réserve prudente qui est un devoir pour tout le monde lorsqu'il s'agit de questions encore indécises. Avant de blâmer des confrères estimables et de faire peser sur eux une accusation d'homicides par imprudence, avant de leur dire : Si vous aviez suivi *mes* préceptes, vos malades ne seraient pas morts, M. Baudens aurait dû commencer par exposer les faits d'une manière plus sérieuse. Est-ce sérieusement qu'il reproche à M. Vallet d'avoir mis son chloroforme dans un flacon qui n'était pas gradué gramme par gramme? Est-ce sérieusement qu'il nie la possibilité de verser le chloroforme goutte à goutte? Et croit-il réellement qu'avec le flacon gradué de M. Jules Guérin, tous ces malheurs ne seraient pas advenus? Tout ce que nous pouvons répondre aux arguties de M. Baudens, c'est ce que s'il lui arrive jamais, ce qu'à Dieu ne plaise, de perdre un malade par le chloroforme, nous aurons pour lui plus de bienveillance qu'il n'en a témoigné à ses confrères.

Il suffit d'ailleurs de se rappeler l'observation de M. Barrier, pour reconnaître que le chloroforme peut tuer avant la période de résolution musculaire, et l'échafaudage de M. Baudens s'écroulerait devant ce seul fait, quand même la plupart des autres observations ne plaideraient pas dans le même sens. Non, les malades qui ont succombé ne sont pas morts par suite d'une chloroformisation poussée à l'excès. L'expérience prouve, au contraire, que tout danger s'efface dès que le malade est conduit jusqu'à la période du sommeil, pourvu qu'on lui laisse respirer un peu d'air pur de temps en temps. M. Sédillot n'a-t-il pas maintefois prolongé l'insensibilité et la résolution musculaire pendant toute la durée de très longues opérations? et M. Chassaignac n'a-t-il pas été conduit, par l'examen des faits de ce genre, à admettre une période *de tolérance anesthésique* qu'on peut prolonger fort longtemps sans danger pour l'organisme? Les précautions à prendre pour éviter ces malheurs ne consisteront donc pas à peser le chloroforme gramme par gramme, ni à faire les opérations sur des sujets agités qu'on est obligé de faire maintenir violemment par des aides et à qui l'agent anesthésique n'enlève que le souvenir de la douleur. Celui qui s'attacherait à ces préceptes illusoires s'exposerait à négliger les précautions réellement préservatrices, qui consistent à se mettre en garde contre l'asphyxie et contre la syncope.

Ces précautions, le premier rapport de M. Robert ne les a pas indiquées, et c'était logique, puisqu'à cette époque M. Robert se débattait contre un ennemi insaisissable. Aujourd'hui que la lumière commence à se faire, que l'asphyxie et la syncope tendent à prendre la place de cette idiosyncrasie spéciale ; aujourd'hui, en d'autres termes, que l'inconnu est remplacé par le connu, il est devenu possible de tracer les règles de la chloroformisation, et nous espérons que M. Robert, dans le nouveau rapport que nous attendons, s'acquittera de cette tâche avec sa clarté et son habileté ordinaires. Il saura mettre à profit les documents qui ont vu le jour pendant le débat dont nous venons de rendre compte. Il aura à se prononcer sur la question des inhalations intermittentes, préconisées par M. Gosselin et par M. Sédillot ; sur la nature des appareils qui doivent recevoir la préférence, depuis la simple compresse ou l'éponge creuse, jusqu'à l'appareil ingénieux qui permet à M. Snow d'introduire dans les poumons de l'air et du chloroforme mélangés dans des proportions rigoureusement déterminées. Il aura enfin à exposer les résultats de ses recherches sur les meilleurs moyens de rappeler la vie lorsque les malades sont frappés d'asphyxie ou de syncope ; à apprécier la valeur de l'excitation directe de l'arrière-gorge, conseillée par M. Monod et plusieurs fois suivie de succès ; celle de l'insufflation pratiquée bouche à bouche, suivant les pré-

---

d'un cas de conscience, et il a persisté dans son refus. Mais que devait faire l'association? Les tribunaux se montrent peu traitables sur cette question du secret médical. La cour de cassation a une jurisprudence inflexible, du moins dans les conditions où l'affaire se présente. Mais, d'un autre côté, des magistrats éminents sont dans des sentiments opposés, et l'on se rappelle encore le beau réquisitoire prononcé en 1845 devant la cour suprême, par M. Quesnault, avocat-général, dans l'affaire de M. de Saint-Pair, de la Guadeloupe. M. de Saint-Pair refusait de s'expliquer sur les circonstances d'un duel auquel il avait assisté uniquement en qualité de chirurgien. M. Quesnault a saisi cette occasion d'élever une savante et éloquente protestation en faveur du secret médical. La cour n'a pas fait droit à ses conclusions, et notre confrère a été condamné. Fallait-il renouveler cette épreuve ? Tel n'était pas d'abord l'avis du conseil de l'association ; mais on a réfléchi que la chance de faire résoudre la question dans un sens favorable pouvait varier, suivant les termes où elle serait posée, suivant les limites dans lesquelles on la renfermerait ; que d'ailleurs, dans plus d'une circonstance, la cour de cassation, s'éclairant elle-même dans sa haute indépendance, avait fini par se déjuger après un grand nombre d'arrêts qui semblaient asseoir une jurisprudence définitive ; et le comité de l'association a décidé, à l'unanimité moins une voix, qu'elle assisterait M. Cazeaux devant la justice et dans toutes les conséquences qu'un procès peut entraîner.

Vous connaissez, cher confrère, l'alternative difficile où le Code d'instruction criminelle et le Code pénal semblent s'être concertés pour placer le malheureux médecin. Le premier Code lui dit, article 80 : « Vous êtes tenu de comparaître et de satisfaire à la citation en témoignage, sous peine d'amende, voire même de contrainte par corps. » Le second Code, article 378, lui interdit, sous peine d'amende et d'emprisonnement, *la révélation des secrets qui lui sont confiés* dans l'exercice de sa profession, hors le cas où la loi l'oblige à se porter dénonciateur. Et comme les articles où ces cas étaient spécifiés ont été abrogés par la loi du 28 avril 1832, l'obligation du secret demeure sans restriction. Les magistrats voudraient tirer de ces mots : *secrets qui lui sont confiés*, une règle pour la conscience du médecin. Selon eux, le médecin peut et doit se taire sur les faits qui lui ont été confiés sous le sceau du secret ; il peut et doit parler sur le reste. Mais cette distinction nous paraît fausse en principe et illusoire en pratique. Le vrai principe est que tout est confidentiel dans les déclarations d'un malade à son médecin, indépendamment de toute formule et par le fait même, *ipso facto*. Un malade qui consulte, se confesse ; et il serait aussi étrange au médecin de lui demander si c'est secrètement,

ceptes de M. Ricord; celle des pressions thoraciques destinées à rétablir la respiration, des frictions précordiales, des excitants de toute sorte, etc., etc. En un mot, nous espérons que le deuxième rapport de M. Robert renfermera un exposé complet, au point de vue théorique comme au point de vue pratique, de la question de l'anesthésie chirurgicale, telle que l'ont faite les recherches exécutées, dans ces derniers temps, par les membres de la Société de chirurgie.

PAUL BROCA,
Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTE SUR QUELQUES POINTS DU TRAITEMENT DU PRURIGO,
par le docteur A. DECHAMBRE.

Quelque minutie qu'ils apportent dans la description des maladies, quelque symétrique que puisse être leur classement des indications thérapeutiques et des modes de traitement, les traités classiques restent toujours impuissants et à tracer le tableau complet des souffrances de l'organisme, et à poser des règles pour toutes les éventualités de la pratique. La maladie est plus variable encore que la santé, si différente déjà suivant les individus, suivant l'âge, le sexe, le tempérament, le climat et une foule d'autres circonstances. La maladie, ensemble de mouvements organiques qui, dans leur anormalité, sont néanmoins soumis aux lois d'une physiologie spéciale et se succèdent toujours avec une certaine rapidité, la maladie offre un tableau essentiellement changeant. Prétendre le reproduire avec une fidélité rigoureuse serait aussi déraisonnable que de vouloir fixer sur la toile, dans des rapports déterminés, le spectacle d'une masse d'eau agitée par le vent. Et comme la thérapeutique est naturellement subordonnée aux éventualités morbides, la même remarque lui est applicable. En conséquence, on ne s'étonnera pas trop, si je viens, sur un sujet aussi rebattu que le prurigo, présenter quelques considérations pratiques, ou plutôt raconter quelques faits dans lesquels certains modes de traitement, peu ou point usités, ont eu un plein succès.

Depuis cinq ou six mois la pratique civile m'a offert l'occasion d'appliquer au prurigo trois médications différentes, répondant à autant d'indications thérapeutiques. Dans un cas, j'ai cru devoir tout mettre en œuvre pour *aider au développement de l'éruption*, dont la peau portait seulement quelques traces. Dans sept ou huit autres, j'ai *avivé* autant que possible la surface des papules, jusqu'à les excorier, avant d'y appliquer le remède destiné à les amortir. Dans deux autres enfin, relatifs au prurigo chronique, j'ai attaqué *isolément* les principales pustules à l'aide d'une substance puissamment altérante. Reprenons chacune de ces catégories.

I. MÉDICATION TENDANT A FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉRUPTION.

Le prurigo, comme d'autres affections cutanées, succède quelquefois à la disparition d'exanthèmes anciens. C'est un fait indubitable, et la controverse ne peut s'établir que sur l'interprétation pathogénique. Dans un cas de ce genre, que j'ai récemment observé, il m'a paru difficile de ne pas admettre une corrélation entre la lésion disparue et celle qui tendait à s'établir. Pure hypothèse, soit. Mais j'ai institué sur cette hypothèse tout le traitement, et le traitement a réussi; voilà l'essentiel. En tout état de cause, le fait pratique a de l'importance, et m'a semblé valoir d'être exposé avec quelques détails.

OBS. — Je fus consulté il y a six mois par M. X..., âgé de quarante-cinq ans environ, pour une démangeaison intolérable qui durait depuis cinq mois. Cette démangeaison se faisait sentir principalement au visage, au cou, aux avant-bras, aux jambes et dans la région dorsale. Elle était à peu près continue, mais augmentait sous toutes les influences susceptibles d'accroître la chaleur du corps. Quand le malade se mettait au lit, le frais des draps lui procurait un léger soulagement; mais bientôt il sentait le prurit revenir graduellement, et acquérir rapidement une extrême intensité. Alors il ne pouvait s'empêcher de porter les ongles sur la peau et de la labourer avec une sorte de fureur. Il lui fallait sortir du lit pour redemander à l'air un peu de fraîcheur et de calme. Une grande partie de la nuit se passait dans cette agitation, et c'est seulement le matin que le patient, après s'être levé et recouché plusieurs fois, finissait par goûter un peu de repos. Le séjour dans un appartement clos, l'exposition au soleil, le travail de la digestion, étaient aussi des circonstances qui exaspéraient le mal. La santé générale était altérée. L'épuisement résultant de l'insomnie avait amené une sorte de faim artificielle qui nécessitait des repas très fréquents. Nonobstant cet excès d'alimentation, l'embonpoint se perdait. Le caractère était devenu irritable.

Examinant avec attention *toute la surface cutanée*, je découvris un assez grand nombre de papules de prurigo, peu développées toutefois et presque dépourvues de rougeur, sur le front et autour du menton. Plusieurs d'entre elles portaient à leur centre une tache noire évidemment due à du sang coagulé. Cinq ou six autres tout au plus, moins larges que les précédentes, étaient répandues sur la face antérieure des jambes. Je n'en pus trouver trace *nulle part ailleurs*, même dans les régions où le prurit était le plus vif, comme aux bras et au dos. La peau n'y portait que des stigmates d'égratignures que s'était infligées le malade lui-même.

La recherche des antécédents m'apprit que chez M. X..., dix-huit mois avant le premier ressentiment de prurit, une dartre siégeant à la partie interne de la jambe droite, et datant de plus de trente ans, s'était supprimée brusquement sous l'influence d'applications médicamenteuses dont je ne pus savoir la composition. Le siége de la dartre est encore indiqué par l'état chagriné de la peau. Quelques mois après cette suppression, étaient survenues des douleurs chroniques, de l'étouffement, pour lesquels on applique des vésicatoires sur la poitrine. La santé redevient assez bonne pendant tout un hiver; mais au printemps une toux opiniâtre s'établit d'abord, puis de la démangeaison se fit sentir au visage. Ce dernier symptôme remontait à six semaines quand je vis le malade pour la première fois. Entre la suppression de la dartre et le début de l'affection actuelle, l'on ne put saisir aucune circonstance susceptible d'avoir joué un rôle étiologique. La vie du sujet est douce et régulière. Son régime n'a rien d'excitant; il n'a jamais fait un usage immodéré du vin, du café ou des liqueurs; il va régulièrement à la garderobe. Le seul trouble fonctionnel qu'on remarque en lui consiste dans la force anormale

---

qu'à un prêtre de faire la même question à sa pénitente. Dans la pratique, la distinction n'embarrasserait guère le médecin. Pour se mettre en repos et avec la justice lui enjoignant d'affirmer sous serment qu'il est engagé au secret, et avec sa conscience lui prescrivant de ne rien révéler, il lui suffirait de provoquer de la part des clients, dans des cas suspects, une recommandation expresse; et cette grande question du secret professionnel, qui intéresse la société tout entière, se trouverait réduite à une simple formalité. Mais il y a plus. Qui ne voit, comme l'a dit M. Cazeaux devant le juge d'instruction, que la seule déclaration d'une promesse de secret serait la plus formelle des dénonciations? Quel témoin plus dangereux pour un accusé, plus perfide, que celui qui viendrait dire : « Je sais tout; mais l'accusé m'a défendu de parler. » Plus on y réfléchit, et plus on reste convaincu qu'il n'y a qu'un moyen pour le médecin de ne pas transformer l'exercice de son ministère en une œuvre de justice : c'est de se taire absolument.

Ainsi, le médecin peut seul être juge de la nature des communications qu'il reçoit de ses clients. Voilà un point hors de doute. Mais plus la question est grave, et plus il importe d'en peser les termes avec sagesse. Le droit de se taire en justice est une exception, une sorte de privilége; il est de l'intérêt commun d'en étendre le moins possible les limites. L'association l'a compris, et elle s'est appliquée à bien circonscrire la thèse dans laquelle devra se renfermer M. Cazeaux. Pour notre part, nous l'en félicitons vivement. Il nous a souvent semblé qu'on donnait à l'obligation du secret médical une extension abusive, ou que, tout au moins, les formules par lesquelles on l'exprimait, devaient sembler inquiétantes aux gardiens des intérêts sociaux. « Le silence du médecin, disait-on au Congrès, sur *tout* ce qu'il a vu, entendu, compris, en remplissant ses fonctions auprès des malades, et *au sein des familles*, doit être *entier, absolu et sans ombre de restriction*. » Cette phrase d'un rapport n'en dit-elle pas plus que ne le voulait l'auteur? La loi qui interdit les révélations ne s'applique qu'aux *secrets confiés*, et suppose conséquemment un dépôt direct du malade au médecin, n'importe sous quelle forme; à cet égard, la conscience est d'accord avec la loi. Le malade qui appelle le médecin près de lui se fie à sa discrétion, et le médecin la lui doit. Il la lui doit, alors même qu'il aurait su d'avance le motif des confidences dont il allait devenir dépositaire. Tout ce qu'il apprend donc de ce malade est sacré pour lui. Mais n'est-il pas plus d'une circonstance où, *en remplissant ses fonctions au sein des familles*, il peut *voir, entendre, comprendre* des choses dont il n'a reçu en aucune façon la confidence, et à l'égard desquelles il lui est permis de venir en aide à la jus-

des battements du cœur, liée à une légère hypertrophie. Encore ne s'était-il jamais aperçu *qu'il y eût rien de dérangé* de ce côté, et c'est en le pressant qu'on parvient à porter son attention vers un peu de dyspnée qu'il éprouve après avoir monté les escaliers. Ce symptôme date, d'ailleurs, suivant lui, de sa jeunesse.

Je sais peu de chose du traitement employé, un homœopathe ayant fourni lui-même la plupart des médicaments. Il paraît seulement que la médication a été fréquemment variée. Divers dépuratifs, notamment le vin antiscorbutique, ont eu aussi leur tour. La démangeaison n'a fait que s'accroître.

Je dois avouer que ma médication n'est pas sortie tout d'abord des errements communs. Elle consiste en purgatifs répétés tous les cinq ou six jours pendant un mois, bains alcalins un peu frais, frictions sur tout le corps avec une solution de carbonate de soude, d'abord, puis avec du chlorure de soude liquide très étendu. Je donnai à l'intérieur des pilules dépuratives à l'extrait de fumeterre et de pissenlit, plus tard de la teinture d'aconit, de l'opium. Tout échoua. Ce fut alors que je réfléchis plus sérieusement sur les antécédents de la maladie : je me représentai, aussi vaguement qu'on voudra, un principe morbide emprisonné dans l'économie depuis la suppression de la dartre, et faisant de vains efforts pour en sortir par la voie cutanée. Le prurigo n'avait pas fait un pas depuis six semaines que le malade était entre mes mains; les bras, le dos, les membres inférieurs n'en offraient pas plus de traces. Je me persuadai que si je parvenais à obtenir une poussée générale vers la peau, je donnerais satisfaction à un mouvement pathologique devenu nécessaire, et que je mettrais fin à la maladie. Il valait mieux avoir affaire à une éruption plus abondante, mais caractérisée, qu'à un prurit qui n'offrait aucune prise. Dans cette idée, et malgré le mauvais effet habituel d'une température élevée, je conseillai les bains de vapeur. Le malade s'y trouva, c'est son expression, *comme dans un enfer*. Mais dès le second, la démangeaison avait sensiblement diminué; elle avait été, surtout, moins exaspérée par la chaleur du lit, et le sommeil avait été meilleur. On insista sur le remède; un bain fut pris tous les deux ou trois jours, et vers le sixième ou septième, le prurit était à peu près nul. Il acheva de disparaître les jours suivants sans autre médication, en suivant seulement un régime très doux, et continuant l'usage des dépuratifs.

J'étais fort curieux de voir si, en même temps que s'apaisait la sensation désagréable de la peau, l'éruption se généralisait suivant le calcul de ma théorie. Je dois dire qu'une vingtaine seulement de papules caractéristiques parurent sur les membres inférieurs, à la partie antérieure et externe des jambes; cinq ou six à la région dorsale, et pas du tout aux membres supérieurs. En même temps les papules de la face s'amortirent et finirent par s'effacer.

J'ajoute enfin, pour être tout à fait exact, que M. X... a, depuis cette époque (trois mois) ressenti de nouveau quelques démangeaisons à la face, mais très légères, et qui n'ont pas nécessité de traitement spécial. Il est seulement très disposé à ressentir des chaleurs à la peau du front et des joues, et doit éviter de s'exposer à l'action d'une température élevée.

Un fait de ce genre se commente de lui-même. Le succès du traitement est une véritable expérience en faveur de la théorie réduite à ces termes : qu'une détermination morbide vers la peau tendait à s'établir vers la surface cutanée, qu'elle devait être favorable au rétablissement de la santé, et que, par conséquent, l'indication thérapeutique consistait à en faciliter l'accomplissement. Par l'action des bains de vapeur, le besoin accidentel de la nature ne s'est pas sans doute satisfait uniquement en la forme sous laquelle il s'était tout d'abord accusé, c'est-à-dire par une éruption de papules; car celles qui ont suivi l'emploi des bains étaient, on l'a vu, peu nombreuses. La sueur provoquée a dû y contribuer pour une bonne part. Mais cela importe peu au fond. La crise, réduite à sa signification expérimentale, n'en est pas moins évidente; j'entends la crise au sens de Galien, la crise salutaire : *Optimam crisim solam crisim*.

II. Avivement des papules du prurigo, préalablement a la médication topique.

Me trouvant récemment en Italie, j'eus occasion de rencontrer cinq ou six voyageurs qui, probablement sous l'influence du climat et d'une chaleur intense, avaient été pris d'un prurigo très aigu, accompagné de vives démangeaisons, et siégeant principalement au front, aux avant-bras et aux jambes. Inutile d'en donner la description. L'éruption, parfaitement caractérisée d'ailleurs, n'offrait rien de particulier. Il était impossible de la confondre avec les piqûres d'insectes, etc.; son siége fréquent sur des parties couvertes éloignait d'ailleurs cette supposition. Chez quelques personnes, elle s'apaisait un peu dans un endroit pour prendre plus d'acuité dans un autre. Tous en étaient fort incommodés, la nuit surtout, où la démangeaison, exaspérée par la chaleur du lit, rendait le sommeil impossible. Je fus moi-même au nombre des *victimes*.

Il était de principe, chez tous les malades, d'éviter avant tout de toucher aux papules, de les irriter en les grattant. On se contentait d'y appliquer l'eau froide aussi souvent que possible. Quelques personnes prenaient force bains tièdes. Mais le soulagement obtenu par le froid était bientôt suivi d'une exacerbation, surtout si l'on se mettait immédiatement au lit, et la chaleur du bain était plutôt nuisible qu'utile. Une pratique dont on retirait un avantage marqué était la friction des parties affectées avec le jus de citron; mais l'effet en était peu durable. Après avoir, pour mon propre compte, largement usé des lotions froides, sans aucun bénéfice, et fort ennuyé d'une insomnie qui s'alliait mal avec les fatigues d'un voyage, je cherchai un moyen prompt d'éteindre le feu des papules, dont mes deux avant-bras étaient couverts. J'imaginai que l'action d'un remède local, quel qu'il fût, serait plus profonde, plus efficace, si l'on avait soin d'enlever préalablement aux papules la protection de l'épiderme. Quant à ce remède, il pouvait bien être, moyennant cette modification, dans le jus de citron, que j'avais trouvé jusque là insuffisant, mais non entièrement inefficace. L'envie de déchirer un prurigo avec les ongles existe si naturellement, qu'on s'y laisse bientôt aller pour peu qu'on croie y voir un avantage. Je pris donc une serviette dure, légèrement mouillée, et je me mis à frotter un de mes avant-bras jusqu'à en éroder les papules. Là où celles-ci paraissaient résister, je les attaquais directement avec l'ongle. Immédiatement après, je promenai rudement une moitié de citron sur toute la surface; une vive cuisson, comme on le pense bien, se fit aussitôt sentir. Je la laissai tomber d'elle-même, ce qui arriva au bout de quatre ou cinq minutes; après quoi je lavai de nouveau

---

tice ? Il est appelé par un assassin pour panser les blessures reçues dans la lutte; le médecin, suivant la belle expression d'un chirurgien mort il y a quelques années, le médecin *a vu les blessures*, *il n'a pas vu le visage*; mais, en donnant ses soins pour une affection intestinale, il s'aperçoit qu'il assiste à un empoisonnement par une main étrangère, il s'en aperçoit *dans l'exercice de son ministère, au sein de la famille*; son devoir n'est-il pas néanmoins d'en instruire au plus vite la justice? Nous choisissons à dessein des exemples bien tranchés; mais on devine aisément qu'il peut se rencontrer dans la pratique d'autres circonstances délicates, dans lesquelles il serait imprudent d'imposer au médecin une règle de conduite absolue. C'est mue par des considérations de ce genre, que l'association des médecins du département de la Seine a décidé que le refus de M. Cazeaux serait motivé, non sur ce qu'il a connu les faits comme médecin, mais sur ce que, dans l'intimité et la liberté de sa conscience, il a regardé ses rapports avec l'inculpée comme confidentiels. Par là, on satisfait à la loi, autant que faire se peut, en affirmant le caractère secret des communications qu'on a reçues, et l'on sauvegarde le droit du médecin en se faisant soi-même juge du cas de conscience.

Nous avions colligé, pour votre agrément, très cher confrère, un certain nombre de nouvelles plus appropriées au genre épistolaire, et surtout plus grossières que la précédente; nous voulions, en particulier, vous annoncer l'apparition prochaine d'un poëme en quelques milliers de vers, éclos du cerveau d'un professeur de pathologie, et qui ne peut manquer de *réjouir* les amis de la littérature. Nous sommes, dès à présent, en état de vous dire le surprenant effet produit par quelques morceaux dont on a régalé les amis intimes. Mais le papier nous manque, et votre attention peut-être aussi. Tout bien considéré, il sera plus sage de vous servir notre reste dans la lettre postérieure.

A. Dechambre.

— La Faculté de médecine de Paris a fait sa rentrée le 2 novembre; mais la séance solennelle, dans laquelle M. Bouchardat doit prononcer l'éloge de Richard et celui de Royer-Collard n'aura lieu que le samedi, 7, à *une heure*.

— M. l'Inspecteur-général Bérard est allé présider la séance de rentrée de la Faculté de Montpellier.

— Le conseil général de la Seine-Inférieure a émis le vœu qu'une loi rendît la vaccine obligatoire.

à l'eau froide pour enlever la partie visqueuse du jus de citron. J'éprouvai un soulagement immédiat qui dura plusieurs heures. Quand j'en fus bien assuré, je pratiquai la même opération sur l'autre bras, et le résultat ne fut pas moins heureux. Deux fois par jour, je me procurais ce double plaisir de satisfaire le besoin de me gratter, et d'obtenir chaque fois une diminution très notable dans la vivacité de l'éruption. Au bout de quatre ou cinq jours, j'étais entièrement guéri; il ne me restait plus qu'un petit nombre de ces croûtes noires propres au prurigo, sans aucune démangeaison.

Plusieurs voyageurs rompirent avec le préjugé, et adoptèrent ma médication. Tous en ressentirent aussi rapidement l'efficacité. Il y a quelques jours, à Paris, j'eus l'occasion de l'appliquer chez une demoiselle de dix-neuf ans, portant un prurigo de date récente à la partie inférieure des avant-bras et sur la face dorsale des mains; l'effet a été le même : en sorte que, sauf la décision ultérieure d'une expérience plus étendue, je considère les frictions au jus de citron, *après avivement des papules*, comme une excellente médication topique contre le prurigo récent.

III. Cautérisation isolée des papules dans le prurigo ancien.

Le mot *cautérisation* ne s'applique pas avec la même justesse à tous les modes de traitement susceptibles de remplir l'indication essentielle. Il n'est pas nécessaire de cautériser, à proprement parler, les papules, mais seulement d'en modifier profondément la vitalité, et j'ai employé à cet effet non seulement le nitrate d'argent, mais l'iode. D'autres substances encore pourraient remplir sans doute le même office; avant tout, un certain degré d'*avivement* est encore nécessaire; car il importe que les papules soient débarrassées de la croûte qui les recouvre presque toujours, et que la surface sous-jacente soit assez vive pour être sensible à l'action du topique. Le prurigo ayant donc été avivé à l'aide de la serviette mouillée, je cautérise les papules *les plus anciennes* avec un crayon très finement taillé de nitrate d'argent, ou avec un pinceau fin trempé dans une solution concentrée de ce sel. Sur les autres, je porte, également avec un pinceau, une goutte de teinture d'iode, que je renouvelle plusieurs fois de suite. On a déjà conseillé, je le sais, les lotions iodées contre le prurigo; le docteur Barosh a même publié une formule spéciale dans les *Ann. des malad. de la peau* (t. I, 1844). Mais on conçoit que, sous cette forme, l'iode ne saurait jamais être employé à très haute dose, et l'on ne peut songer à frictionner tout le corps avec la teinture. En bornant l'application du médicament aux papules, on peut se procurer tout le bénéfice d'une action énergique sans le payer d'aucun inconvénient. Il est sans doute assez ennuyeux d'attaquer ainsi successivement les papules les unes après les autres; mais on peut négliger les moins volumineuses, celles où le prurit est le moins prononcé. L'opération, d'ailleurs, peut être faite par le malade, qui préférerait tous les ennuis du monde aux tourments du prurigo.

Je dois dire que je n'ai encore appliqué ce mode de traitement que deux fois. Dans un cas, l'affection datait de cinq ou six mois; dans l'autre, de deux ou trois mois. Chez le second malade, la teinture d'iode seule a été employée. Tous deux, qui avaient déjà passé par des médications diverses, ont guéri, dans l'intervalle d'un mois, après six ou huit applications. Je regrette de n'avoir pas recueilli les observations.

PATHOLOGIE EXTERNE. — SÉMÉIOLOGIE.

Transsudation aqueuse par l'oreille gauche, suite d'une fracture du labyrinthe causée par une chute sur la tête; par M. le docteur Léopold Ferri (1).—Remarques de la Rédaction.

Lorsque, en 1847, j'eus occasion de recueillir l'observation que je publie aujourd'hui seulement, je ne regardai pas comme indigne d'attention l'histoire d'un écoulement très abondant de liquide limpide, fait par l'oreille gauche, à la suite d'une chute où la tête avait été frappée violemment. La durée et l'intermittence de l'écoulement, la quantité du liquide perdu, la guérison du malade, me paraissaient autant de circonstances bien faites pour être notées, ne fût-ce qu'en raison de la valeur pronostique à donner à ce phénomène. Je savais bien que cet état avait déjà été observé par Laugier plusieurs fois dès 1839, et avant lui, en 1824, par le professeur F. Camici, sur la personne d'un doreur florentin, nommé Luigi Marinelli, qui le présenta très marqué par l'oreille gauche, après s'être frappé la tête (1). Mais trouvant qu'il n'avait pas reçu jusqu'ici une explication s'accordant avec chaque cas et adoptée par tous les chirurgiens, et ayant d'ailleurs ajouté à mon observation des recherches nouvelles sur la source du liquide, j'eus le désir de la publier; mais comme je tenais à m'assurer de la guérison parfaite et constante de l'individu, ainsi que de l'état de sa faculté auditive après un certain temps, et que je ne pus le faire à cause de la distance, j'aimai mieux garder le silence que de produire une observation en partie incomplète. Aujourd'hui qu'une douloureuse occasion m'a mis à même de compléter ces recherches, et de vérifier la condition des organes où se passa le phénomène indiqué, n'ayant pu constater de lésion que dans les parties d'où l'on croyait impossible que le suintement aqueux tirât son origine, le mérite de la publication s'en est accru au point que je ne dois plus différer de la faire paraître.

Obs. — Un jeune homme de vingt ans, nommé Giuseppe Vivarelli, rachitique et de très faible constitution, jouait à la course, lorsqu'il fut heurté violemment et tomba sur le côté gauche de la tête. C'était le 15 juin 1847, à dix heures du matin. Il en résulta une commotion cérébrale, des vomissements, et il se manifesta immédiatement, par l'oreille du côté frappé, une hémorrhagie qui ne dura pas plus d'une demi-heure. Le sang s'étant arrêté, il commença de sortir de la même oreille, goutte à goutte, et continuellement, un liquide séreux, à peine rosé, lequel, au bout de trois heures (à partir du moment de l'accident), devint entièrement incolore et continua de couler copieusement. Le vomissement se répéta jusqu'à une heure avancée de la nuit. A la commotion succéda un abattement qui persista pendant près de quatorze heures. Le malade ne reçut aucun secours jusqu'à ce qu'il fut transporté à l'hôpital de Pistoï; ce qui eut lieu au bout de vingt-quatre heures.

Quand il fut reçu dans la salle de chirurgie (service de M. le professeur Carlo Biagini), il avait tout le corps et surtout le visage pâle, les extrémités et le front froids, les pupilles très dilatées, le pouls comme vide et à 56. Il était sourd des deux oreilles; mais en criant d'une voix de stentor, je parvins à lui faire entendre mes questions, et j'appris qu'il souffrait beaucoup de la tête, principalement dans les régions temporale et mastoïdienne gauches. Aucun signe de lésion à l'extérieur sur la partie frappée. Cependant il semblait que le malade souffrît lorsqu'on pressait, même légèrement, sur la tempe et la région mastoïdienne gauches, et qu'il se couchait plus volontiers sur le côté droit. Les facultés mentales n'offraient aucune altération; et quand il était possible de lui faire entendre une question, soit par la voix, soit par le geste, il y répondait tout de suite et raisonnablement; mais il paraissait peu se préoccuper de son état. A l'exception de l'ouïe, les sens jouissaient de leur intégrité, ainsi que les mouvements volontaires. Aucun muscle de la face n'était paralysé. Le liquide continuait à couler de l'oreille, incolore, inodore, un peu salé et très abondant. Peu à peu, après avoir été recueilli, il devenait légèrement opaque. (Diète rigoureuse; applications froides sur la partie frappée; lavement purgatif; eau sucrée.)

Le soir, même état, même couleur du corps et de la face. Le lavement n'a pas produit d'effet. L'écoulement de l'oreille continue aussi abondamment; on a pu en récolter une certaine quantité pour l'examiner.

Le 17 juin, la nuit a été très bonne; il y a eu des évacuations alvines. (Saignée de 180 grammes.)

Vers les six heures du soir, la fièvre se manifesta, commençant par de légers frissons. Le pouls s'éleva à 78. Plus tard, nouvelle selle. L'écoulement aqueux persiste sans diminution apparente.

Le 18, l'humeur séreuse a cessé de couler un peu après minuit, c'est-à-dire 61 heures et demie après son apparition. Il y a eu cette nuit beaucoup de délire et de chaleur. Le visage est toujours décoloré; le pouls est monté à 98; la peau est devenue très sèche. La surdité paraît aug-

(1) Traduit de la *Gazetta Medica Italiana Federativa. Toscana*, t. I, seconde partie, p. 169.

(1) Le fait m'a été communiqué per M. Camici. Il y a quelque temps que, m'informant de ce Marinelli auprès de l'un de ses compagnons de travail, j'appris de lui que l'écoulement aqueux avait duré pendant quarante-huit heures, jusqu'au moment de la mort, et qu'il avait été assez abondant pour attirer l'attention même des personnes étrangères à l'art. (*Note de l'auteur.*)

mentée; on parvient néanmoins à se faire entendre et à apprendre de lui que la douleur est intense dans les environs de l'oreille gauche. (Douze sangsues *loco dolenti;* lavement purgatif; boisson cathartique.)

Le soir, le pouls est à 114; le délire et l'ardeur continuaient; respiration fréquente; constipation; les piqûres des sangsues saignent encore; douleur locale moindre.

Le 19, l'écoulement sanguin s'est reproduit à une heure du matin, 25 heures après sa cessation; mais il est plus lent. Le pouls est retombé à 84; il y a eu des selles copieuses; la nuit a été moins agitée; cependant la surdité n'est pas moindre. Le malade dit ne plus souffrir que dans la région mastoïdienne et dans l'articulation temporo-maxillaire gauche. On a obtenu 25 deniers (1) en trois heures du liquide qui coule de l'oreille. (Foment. sinap. sur les extrémités inférieures; boissons sucrées; lavement.)

Le soir, le pouls est à 68; il y a un peu de moiteur générale. Le malade dort tranquillement. L'écoulement séreux continue dans la même proportion.

Le 20, même degré de la douleur, de la surdité et de l'écoulement. Pouls à 65, calme; figure tranquille. Il demande à manger. (Douze sangsues, *loc. dol.*, foment. sinap.; limon; un potage.)

Le soir, même calme; l'écoulement a continué jusqu'à neuf heures et demie, c'est-à-dire plus de 44 heures et demie depuis sa réapparition.

Le 21, sommeil tranquille et continu toute la nuit. Le malade dit se sentir mieux; il demande à quitter le lit et à manger; mais il a cependant vomi un peu de pain qu'un de ses parents lui avait apporté. La conque de l'oreille est un peu humide; la surdité de l'oreille droite semble diminuée. (Cataplasme émollient sur la partie malade.)

Le 22, le pouls demeure calme. Chaleur naturelle, urines bonnes, ventre souple. Le malade se plaint seulement d'un peu de douleur auprès de l'oreille gauche, et insiste pour qu'on lui donne à manger. (Six sangsues à la région mastoïdienne; un peu plus d'aliments.)

Le 24, la douleur locale persévère, et le malade accuse comme une plénitude dans la tête. (Pédil. sinap.)

Le 25, la tête est plus libre; la douleur locale a diminué.

Le 1er juillet, il n'y a plus d'autre mal qu'une légère douleur au-devant de l'apophyse mastoïde. La surdité a beaucoup diminué tant d'un côté que de l'autre.

Le 10, toujours de la surdité, mais moindre. Le malade sent à peine quelque douleur quand on comprime le côté frappé.

Le 21 juillet, Vivarelli quitte l'hôpital, conservant l'ouïe dure.

Notons que l'écoulement aqueux dura pendant 106 heures (moins 25 heures durant lesquelles il cessa complétement); qu'en même temps l'état du blessé allait notablement en empirant; notons, d'autre part, que les signes d'un épanchement intra-crânien manquèrent pendant tout le cours de la maladie, habilement traitée par M. le professeur Biagini. Dans les premières 64 heures et demie, le liquide fourni fut de 1142 deniers et 21 grains; et dans les 44 heures et demie (sans compter les quelques gouttes qui humectaient de temps en temps la conque jusqu'au 24 juin), il s'éleva à 370 deniers et 22 grains. On peut donc conclure qu'il s'écoula de l'oreille 63 onces et une demi-drachme de liquide en moins de quatre jours et demi, en ne comptant que les heures où le suintement eut lieu.

Je cherchai plusieurs fois à voir si la toux augmentait l'écoulement; mais je ne pus constater qu'aucune accélération se produisît alors dans le mouvement du liquide, quoique je fisse placer le malade dans différentes positions. L'écoulement se précipitait un peu quand il quittait le décubitus en supination pour se mettre sur le côté gauche; mais bientôt après l'écoulement reprenait sa marche primitive.

Le liquide aqueux fut, comme il a été dit, récolté en trois temps différents, et autant de fois examiné au microscope. On ne le soumit qu'une fois à l'analyse chimique; celui recueilli la première fois présenta, au microscope, quelques rares globules sanguins normaux; d'autres, beaucoup moins nombreux, altérés. Quelques cellules muqueuses, et point de traces d'albumine.

J'envoyai à M. le professeur Pacini le liquide recueilli la seconde fois. Il m'écrivit y avoir trouvé : 1° des globules sanguins peu abondants; 2° d'autres, altérés comme ils le sont par le fait de l'exosmose; 3° d'autres comme dans l'endosmose; 4° des cellules granuleuses, semblables à celles de mucus, en très petite quantité; 5° quelques fragments d'épiderme, et point de traces d'albumine.

(1) Le *denier* est la vingt-quatrième partie de l'once.

Les cellules granuleuses, traitées par l'acide acétique, mirent en évidence un ou deux noyaux très petits avec leur nucléole. J'observai aussi le liquide recueilli la troisième fois; mais le résultat de l'examen fut le même que celui des deux premières investigations, sauf l'absence absolue de globules sanguins.

L'analyse chimique qualitative fut faite sur le liquide recueilli les première et troisième fois. On constata qu'il était composé exclusivement d'eau, à part un peu de mucus et de chlorhydrate de soude. Aucun réactif ne décéla la présence de l'albumine, ni de sels à base de magnésie ou de chaux.

Ces diverses circonstances ne révélaient certes pas la véritable origine du liquide; mais je pensai qu'elles me mettaient sur la voie pour la découvrir. Ainsi, je ne pus admettre qu'il dérivât du sang extravasé; car le sérum est toujours en proportion du caillot. Or, s'il est possible qu'un très léger épanchement intra-crânien ne produise pas des symptômes de compression cérébrale, on ne peut concevoir qu'une aussi abondante quantité de sang, alors même qu'il serait versé peu à peu, ne développe pas les phénomènes qui accompagnent la compression. Il y a des exemples surprenants de la tolérance du cerveau pour les maladies qui l'affectent lentement; mais il n'en est aucun qui le montre réfractaire à la compression exercée par un épanchement sanguin considérable.

En outre, l'observation de M. Robert, qui ne trouva aucune effusion de sang, quoiqu'il y eût eu suintement aqueux, et celle de M. Rampal, qui constata l'état pathologique signalé par M. Laugier, sans que le phénomène en question eût eu lieu, me permettaient d'admettre comme nécessaire une condition pathologique dont nous n'avions aucun indice chez Vivarelli.

Je ne pensais pas non plus que ce liquide provînt des vaisseaux sanguins, et fût véritablement le sérum du sang sorti des vaisseaux de la surface fracturée ou de la rupture de quelques uns des sinus correspondant au rocher. La composition chimique de ce fluide ne permettait pas de le regarder comme tel; je réfléchissais d'ailleurs que, quelles que fussent les conditions de la fracture, la filtration mécanique seule ne pouvait pas enlever au sérum ses propriétés caractéristiques, de manière à ne le laisser ressembler à lui-même que par l'abondance du liquide fourni. J'avais du reste observé, peu de mois auparavant (23 janvier 1847), avec MM. les professeurs Camici et G. Bechelli, une femme sexagénaire, qui, outre plusieurs lésions de moindre importance, eut une fracture comminutive du corps et de la branche verticale gauche du maxillaire inférieur, une commotion cérébrale grave, la paralysie du nerf facial gauche, le strabisme de l'œil correspondant, et une hémorrhagie copieuse par le conduit auditif externe du même côté, sans que le suintement aqueux se manifestât pendant la durée de l'hémorrhagie qui continua cinquante-deux heures. Ces désordres étaient dus au passage lent de la roue d'une charrette, chargée de sable, sur la partie gauche de la mâchoire et de l'apophyse mastoïde. Dans ce cas, il y avait bien certes déchirure des vaisseaux, et cependant l'écoulement aqueux ne se produisit pas (1).

L'anatomie ne me permettait pas de songer à l'opinion de Guthrie, qui, cependant, ne doit pas être comprise comme le veut Rampal. Peut-être Guthrie, en faisant dériver cet écoulement du liquide de l'arachnoïde, se trompa-t-il moins sur l'origine du phénomène en question que sur le siége véritable du liquide céphalo-rachidien.

Je ne connaissais pas à cette époque le travail de Drousart (*Gaz. méd.*, du 20 juillet 1850), lequel reconnaît une quatrième cause de l'écoulement dans la déchirure de l'artère carotide à l'intérieur de son canal osseux, par suite de la fracture du rocher avec écartement des fragments.

Le fluide, qui s'écoula en si grande quantité, était-il donc la lymphe de Cotugno ou le liquide céphalo-rachidien? Sur mon malade, le rocher était-il fracturé et les méninges rompues, ou la cavité labyrinthique seulement était-elle ouverte?

Je ne m'arrêtai pas à cette dernière hypothèse. L'étroitesse de la cavité du labyrinthe me sembla suffisante pour rendre inacceptable

(1) Cette malade fut transportée à Pistoï, et traitée par le professeur Camici. Aucun phénomène grave ne survint, et la guérison se fit promptement et parfaitement, excepté le strabisme qui persistait encore en avril 1849.

l'hypothèse qui en faisait dériver une si grande quantité de liquide. D'ailleurs, cette opinion est aujourd'hui à peu près délaissée. Je me trouvai donc en face de la théorie de Robert, dont mon observation était la confirmation; et si je l'avais publiée en 1847, je l'aurais donnée comme venant à l'appui de l'opinion de ceux qui jugent l'écoulement de l'oreille comme provenant du liquide céphalo-rachidien par suite de la fracture du rocher. J'avais même été plus loin dans mes inductions diagnostiques, tenant pour certain que la fracture devait porter spécialement sur la partie supérieure de la caisse tympanique, dans le voisinage du ganglion semi-lunaire de la cinquième paire, où le liquide céphalique a deux petits globes ou réservoirs, déjà signalés par notre habile Cotugno. L'observation recueillie par Grivot à la clinique de Malgaigne (*Journ. de chir.*, septembre 1846) me paraissait aussi favorable à la théorie de Robert. En outre, l'accélération de l'écoulement durant la toux, constatée par Malgaigne, prouvait tout au moins ceci, que le liquide provenait d'une source soumise à l'influence des mouvements respiratoires, laquelle ne peut être que le fluide céphalo-spinal. Je considérais que l'écoulement du liquide céphalique est un phénomène très commun dans les fractures du crâne avec lésion de la dure-mère et du cerveau, quel que soit leur siége; et j'ai souvent observé, même dans les fractures de la voûte crânienne, que l'appareil était baigné d'un liquide séreux, liquide qu'on regarde en général comme fourni par la surface de la plaie de l'os et des parties molles, mais qui, selon moi, procède en réalité de la cavité cérébro-rachidienne. Je me rappelle, entre autres faits, celui d'un certain Giuseppe Palandri (1), qui avait reçu plusieurs coups de serpe, dont un dans la région temporale droite, compliqué de blessure de l'os et du cerveau, d'où s'écoula pendant plusieurs jours une grande quantité de liquide séreux. Le même phénomène m'a été offert récemment (février 1850) ainsi qu'aux docteurs Bogeschi et T. Chiavacci, dans la constatation de l'état physique d'un nommé R. Mati, qui avait une petite plaie de tête au côté gauche de la région frontale, avec lésion du lobe cérébral correspondant.

L'absence chez notre malade des phénomènes qui accompagnent la sortie du liquide céphalo-rachidien quand on la produit sur les animaux vivants, ne m'empêchait pas d'admettre qu'il provenait réellement chez lui de cette source; car l'issue lente et graduelle ne peut être comparée, pour la nature de ses effets morbides, à l'écoulement subit et brusque; ce qui différencie suffisamment le cas pathologique d'avec la vivisection expérimentale. Cependant, quoique je considérasse cet écoulement comme provenant du liquide céphalo-rachidien, je ne partageais pas l'opinion de Rampal sur la nécessité de modifier, à cause de tels faits, les idées professées actuellement sur l'influence de cette perte de liquide. Les accidents signalés par Magendie ne dépendent pas autant de la perte même du liquide que de la diminution de la pression qu'il exerce sur les centres nerveux qu'il enveloppe et inonde; de telle sorte que, lorsque cette pression se maintient à un certain degré, les fonctions nerveuses ne subissent aucun trouble, bien que le liquide éprouve une déperdition continue. Plusieurs faits le prouvent. D'abord, on peut impunément soustraire peu à peu une petite quantité de ce liquide, et en enlever ainsi en définitive une proportion notable sans aucun accident. En second lieu, il faut considérer que la sécrétion de l'humeur céphalo-rachidienne s'opère avec assez de célérité pour que la quantité normale en soit reproduite en vingt-quatre heures. Les expériences de Magendie et celles de Longet ont mis ce fait en évidence. La reproduction en est même si facile, qu'on peut, sur le même animal, répéter l'expérience plusieurs jours de suite, avec certitude d'obtenir constamment un résultat semblable. En troisième lieu, je remarque que l'écoulement aqueux par l'oreille, émanant de dessous l'arachnoïde, ne pourrait persister si la tension du liquide cessait ou diminuait considérablement, d'autant plus que, la pression atmosphérique ne pouvant intervenir, il y aurait obstacle à son effusion au dehors. Mais cependant l'écoulement continue quelquefois pendant plusieurs jours. Il faut donc conclure que la tension ne cesse point, qu'elle diminue seulement légèrement, de manière à ce que l'hypersécrétion compense l'écoulement à mesure qu'il s'effectue, et maintient ainsi la filtration du liquide à l'extérieur; ce qui suppose, outre la solution de continuité, une force capable de pousser le liquide à travers la fente osseuse. A ce propos, il faut noter que les expériences cadavériques instituées par Robert ne prouvent en rien, ou que très peu, la justesse de ses vues; en effet, ou l'on ouvre la boîte crânienne à l'air atmosphérique, et alors les conditions anatomico-pathologiques expérimentales diffèrent trop des conditions accidentellement réalisées; ou bien on prévient l'accès et l'action de l'air sur les méninges, et alors l'écoulement ne peut se vérifier sur le cadavre. Après avoir décollé un cadavre au niveau de la quatrième ou de la cinquième vertèbre cervicale, et avoir placé la tête verticalement, le liquide de la base du crâne ne sortit point par le canal rachidien jusqu'à ce que l'on eût ouvert la cavité crânienne, et que l'air atmosphérique se fût précipité dans son intérieur.

Ce qui me faisait véritablement hésiter à admettre la théorie de Robert, pour expliquer mon observation, c'est que la constitution chimique du liquide recueilli par moi ne concordait pas mieux avec la composition du liquide céphalo-rachidien qu'avec celle du sérum du sang. Malgaigne a dû se trouver en présence de la même difficulté, puisque l'analyse faite par Foy constate, outre l'eau et un peu de mucus, quelques traces de sels de soude et très peu de phosphate de chaux, substances qui, d'après Lassaigne, Haldat et Couerbe, se trouvent dans le liquide céphalo-rachidien. Et comme la simple filtration à travers une fissure osseuse n'est pas capable de dénaturer le sérum du sang, de lui enlever ceux de ses principes qui y sont le plus solubles, peut-on croire qu'il n'en fût pas de même à l'égard du liquide céphalo-rachidien? Cependant les autres considérations me semblant plus décisives pour l'affirmative, que celle-ci pour la négative, et ne sachant d'ailleurs quelle autre origine supposer à ce liquide, je m'en tins à la théorie de Robert, comme à celle qui présente le moins d'invraisemblances relativement à l'explication des phénomènes observés par moi.

Maintenant, toutefois, je sais positivement que, à ce moment, j'étais dans l'erreur, puisque Vivarelli n'avait pas eu de fracture du rocher susceptible de mettre la cavité du crâne en communication avec celle du tympan ou avec le conduit auditif externe, et que ses méninges étaient intactes. Le liquide céphalique n'avait donc pu d'aucune manière sortir par l'oreille d'où s'est écoulé, il y a trois ans, l'abondante quantité de liquide dont j'ai parlé ci-dessus. Je suis parvenu à le savoir par suite de la mort de Vivarelli, qui finit par succomber à la carie du rocher droit, dont le produit purulent se fit jour dans le crâne par la paroi supérieure de la caisse du tympan.

Vivarelli fut de nouveau conduit à l'hôpital, le 25 septembre dernier, avec un ensemble de symptômes tel, que le diagnostic de sa maladie était très facile, en même temps que le pronostic le plus fâcheux devenait certain. Il mourut dans la matinée du 28, et les lésions constatées dans l'oreille droite démontrèrent la complète impuissance de tout moyen chirurgical ou pharmaceutique employé pour le sauver.

J'ai dit que, depuis l'époque de sa sortie de l'hôpital (juillet 1847), jusqu'au 21 septembre dernier, il avait joui d'une bonne santé, et avait assidûment travaillé aux champs, n'ayant conservé de sa blessure qu'un peu de surdité des deux oreilles. Il me fut assuré que sa dernière maladie, caractérisée spécialement par des douleurs atroces dans l'oreille droite et dans tout le côté correspondant de la tête, par une fièvre violente avec délire, et enfin par un écoulement purulent du conduit auditif externe; que cette maladie, dis-je, avait commencé le 21 septembre, n'ayant donné lieu jusque-là à aucune douleur ni dans l'une ni dans l'autre oreille. Toutefois, les lésions vérifiées à l'autopsie rendent difficile de croire que de tels désordres se soient accomplis en aussi peu de temps, et me font grandement douter de l'exactitude du récit fait par des personnes qui ne demandèrent pour ce malheureux les secours de l'art que lorsqu'il était déjà près de succomber.

Je m'attendais à trouver sur le cadavre la trace des lésions que faisait supposer l'écoulement ancien du fluide aqueux : aussi priai-je le professeur A. Tigri, et quelques autres confrères, d'assister à l'autopsie. Sans entrer sur la carie du rocher du côté droit, et sur l'effusion purulente intra-crânienne, dans des détails qui ne seraient pas ici à leur place, je noterai seulement que la caisse du tympan était pleine d'une matière jaune-roussâtre épaisse, molle comme un caillot sanguin. Réduite à son seul contour,

(1) Reçu à l'hôpital le 22 février 1844, dans le service du professeur Camici, il y succomba le 23 mars aux suites d'un abcès du cerveau.

la membrane du tympan n'était plus adhérente, mais se trouvait confondue avec les matières renfermées dans la caisse ainsi que dans le conduit auditif externe. Il ne restait du marteau, de l'enclume et de l'étrier que des fragments très ténus. Le promontoire et la fenêtre ronde offraient l'état normal. La fenêtre ovale était réduite à une simple et étroite fissure, peut-être parce que depuis longtemps elle n'était plus occupée par la base de l'étrier. Deux érosions à la paroi supérieure de la caisse avaient livré passage au pus dans le crâne; sa présence y avait causé une méningite diffuse dont les produits purulents s'étaient répandus dans plusieurs points et jusque dans le sinus latéral droit. La trompe d'Eustachi et les cellules mastoïdiennes étaient pleines d'un pus plus liquide dans les dernières que dans la première.

Dans l'oreille gauche, je trouvai au contraire toutes les parties soit intrinsèques, soit accessoires. Les méninges n'offraient ni sur le rocher, ni sur la portion mastoïdienne, aucune trace de lésion violente, et la dure-mère y adhérait comme à l'état normal. J'observai seulement, dans le tissu sous-arachnoïdien qui entoure le nerf acoustique, quelques petites traces ecchymotiques récentes et les vaisseaux de la pie-mère plus développés; mais le nerf, suivi depuis son origine profonde jusqu'au fond du conduit auditif, ne laissa voir de traces d'altération ni ancienne, ni récente. Le temporal, dépouillé des parties molles, ne présenta de vestiges de fracture en aucun point de sa surface externe ni cérébrale; sa crête falciforme, l'ouverture du nerf facial, la membrane du tympan, tout était dans l'état naturel. Pourtant cette dernière présenta sur sa face externe, en bas et près de la circonférence, un léger enfoncement ovale dont le plus grand diamètre transversal mesurait 4 millimètres, sa largeur étant de 3 millimètres. Il se distinguait non seulement par l'inégalité de la surface, mais par sa coloration d'un blanc opalin, et par la densité du tissu plus grande là que dans les autres points. Sur la face interne on voyait, à l'endroit correspondant, plutôt une tache qu'une élévation; il y avait là plusieurs brides ténues, filiformes, de diverses longueurs, unies entre elles au moyen de très petits appendices transversaux, et tendues entre la membrane tympanique, près de la cicatrice, et le plan inférieur de la caisse du tympan. L'enclume était détachée du marteau, dont la surface articulaire était couverte d'une pseudo-membrane. La branche verticale de l'enclume, évidemment atrophiée, avait son extrémité rugueuse et disjointe de l'os lenticulaire, et la branche horizontale n'était plus unie à l'ouverture des cellules mastoïdiennes. La tête de l'étrier était surmontée d'une production fibreuse qui contenait, dans son milieu, l'os lenticulaire. Cette tête, inclinée en arrière, était tirée vers l'ouverture de la pyramide. Les branches, divisées à leur base, étaient fixées par des fausses membranes à l'enfoncement qui précède la fenêtre ovale. La moitié postérieure du promontoire était changée en un enfoncement irrégulier. Au lieu de la fenêtre ronde, je découvris une membrane blanchâtre deux fois plus grande que celle qui, à l'état normal, obture cette fenêtre.

L'évidence des résultats microscopiques me dispense de tout commentaire sur cette histoire; ou vraiment, si j'avais quelque chose à ajouter, ce serait d'exprimer le regret de m'être, dans le principe, trop facilement laissé aller à l'opinion d'autrui. On doit être maintenant convaincu que les désordres de l'oreille moyenne et interne furent le résultat d'une destruction par suite de laquelle la rampe tympanique du limaçon et la cavité vestibulaire communiquèrent avec la caisse du tympan, dont la membrane fut lacérée, et que la membranule existant à la place de la fenêtre ronde, s'était récemment formée pour fermer cette ouverture.

Toutefois, je juge opportun de faire remarquer que, tout bien considéré, il ne faut pas croire que l'écoulement aqueux procède toujours de la même cause : je n'ai donc pu, en racontant un seul fait, avoir la prétention de porter une sentence exclusive. En réalité, si j'envisage les connexions du temporal avec la dure-mère, et les conditions nécessaires pour que le liquide céphalique, qui est situé sous le feuillet viscéral de l'arachnoïde, puisse librement couler par l'oreille, il me semble beaucoup plus facile de le voir émaner du labyrinthe que de l'humeur sous-arachnoïdienne; car il ne suffit pas, pour la production de ce phénomène, que la membrane tympanique soit rompue, que les fragments du rocher s'écartent, que la dure-mère (très dure et pourvue de renforcements nombreux sur la surface du rocher) soit lacérée (1). Pour que le passage soit ouvert au fluide céphalique, il faut encore la déchirure de l'arachnoïde viscérale, laquelle ne cède pas aisément et n'existe presque jamais sans des lésions plus graves du cerveau. D'autre part, l'hypothèse de Bérard, bien que fondée exactement sur la disposition anatomique de l'arachnoïde et de la pie-mère qui accompagnent le nerf acoustique dans le conduit auditif interne, a besoin d'être prouvée. Par conséquent, les faits d'écoulement aqueux par l'oreille, terminés heureusement (desquels le mémoire de Dronsart contient neuf exemples), me paraissent être des cas de fracture limitée au seul rocher, et particulièrement au labyrinthe, plutôt que quelque autre complication que ce soit.

(1) Dans l'observation de Laugier, qui constata l'épanchement sanguin, la dure-mère était également intacte, quoique la fissure osseuse fût très étendue.

Je me borne à exprimer ces doutes sans entrer dans une discussion plus étendue, mon but principal ayant été de mettre hors de contestation une des causes de l'écoulement aqueux, à laquelle on a jusqu'ici accordé moins d'attention qu'aux autres, et de citer un fait par lequel se confirme non seulement la non constante léthalité de ce phénomène, mais encore la possibilité de l'observer sans lésions graves du crâne et des méninges, et sans fracture complète du rocher. Il y aurait grande utilité pratique à distinguer l'écoulement du liquide céphalique d'avec celui du labyrinthe, les deux seules sources d'où, selon moi, il puisse provenir lorsqu'il a lieu par l'oreille. Cette détermination servirait non seulement à mesurer l'énergie du traitement dirigé en vue de prévenir la phlogose, mais aussi à mettre sur la voie des moyens à employer contre les suites des lésions traumatiques bornées à une portion du rocher, et enfin à proportionner la gravité de la lésion à celle de la pénalité, dans les circonstances où le fait devient l'occasion d'une action judiciaire. Chacun comprend combien serait ici utile la possibilité de discerner par des symptômes l'une de ces causes d'avec l'autre, les conséquences du même phénomène en question étant d'une importance si différente selon celle des deux sources d'où il dérive. Je ne connais pas de critérium plus juste que l'analyse chimique du liquide, après toutefois qu'on aura préalablement recherché la véritable constitution chimique encore mal déterminée (*Voy.* Longet, *Anat. du syst. nerv.*, t. I, p. 201) du fluide céphalo-rachidien, ainsi que celle du liquide labyrinthique, dont personne, que je sache, ne s'est encore occupé (E. Huschke, *Splanchn.*, p. 832; Paris, 1845). Ces liquides diffèrent assez de la composition du sérum du sang, pour justifier l'opinion de Couërbe sur la spécialité de leur nature, et pour rendre toujours facile de les reconnaître. Les signes dus à d'autres moyens, tels que l'écoulement simultané par les narines, son accélération par les efforts de la toux, n'auront pas, je crois, grande valeur pour fonder cette distinction; et alors même qu'ils pourront avoir quelque poids, ils devront toujours être subordonnés à celui tiré de l'analyse chimique du liquide écoulé.

Note de la Rédaction.—Deux questions, l'une de priorité, l'autre de séméiologie s'élèvent au sujet de ce cas et méritent une courte discussion. Quant à la première, M. Ferri, en disant que l'écoulement séreux par l'oreille à la suite de traumatisme a été observé dès 1824 par M. Camici, semble vouloir revendiquer les droits de ce médecin à la première constatation du phénomène, M. Laugier ne l'ayant signalé, sinon aperçu, qu'en 1839. Mais les titres de notre savant compatriote à la découverte de ce fait important n'en restent pas moins intacts.

En effet, qu'avant lui la filtration auriculaire eût été vue par quelques praticiens, nous ne le nions pas, et il ne nous en coûte absolument rien d'inscrire parmi eux, après Stalpart Vander Wiel, M. Camici. Mais c'était à leurs yeux un fait curieux, bizarre, inexpliqué, et il était depuis lors demeuré sans interprétation étiologique comme sans signification diagnostique. M. Laugier transforma donc, au grand profit de la science, le symptôme en un signe, du jour où il montra sa relation étroite avec une fracture du rocher; et c'est à lui que doit revenir l'honneur d'en avoir saisi la véritable portée.

Or ce signe, tel qu'il était constitué par M. Laugier, n'avait pas encore failli. Jusqu'ici toutes les autopsies de sujets l'ayant offert durant leur vie, avaient révélé des traces évidentes de fractures, et, le plus souvent, de fêlure du rocher, allant de l'oreille à l'intérieur du crâne. L'expérience venait à l'appui de l'induction théorique; et la règle, on peut le dire, restait sans exception.

Le fait de M Ferri nous apporte-t-il cette infraction inobservée encore? Oui, si l'on s'en tient au texte, fort explicite à cet égard,

de l'observation italienne. Considérons cependant que le squelette de l'oreille, siége du flux aqueux, ne s'est trouvé rien moins que sain à l'autopsie, et que, parmi les altérations constatées dans ses diverses parties, il serait bien téméraire d'affirmer que les vestiges d'une fissure de trois ans d'ancienneté n'ont point pu passer inaperçus. Remarquons encore, et ce rapprochement est assez piquant, que l'écoulement aqueux, au dire de l'auteur, a eu lieu par l'oreille, du côté *gauche*, et que les lésions signalées à l'autopsie dans l'oreille, du côté *droit*, auraient parfaitement permis d'expliquer le phénomène de la manière ordinaire, si c'était de ce côté que l'écoulement se fût opéré pendant la vie, puisque la collection purulente de cette oreille communiquait avec la cavité crânienne. Y a-t-il là quelque confusion de la part du rédacteur, quelque oubli aisément concevable à une si longue distance du moment de l'accident? Nous savons avec quelle réserve il convient de hasarder une semblable interprétation. Mais puisqu'on l'a déjà mise en avant pour ramener à la loi commune les exemples d'hémiplégie affectant le même côté que l'hémorrhagie cérébrale, n'étions-nous pas autorisés à l'avancer dans une circonstance où l'exception, unique jusqu'ici, semblerait la rendre encore plus admissible?

En adoptant, au contraire — et, malgré ce que nous venons d'alléguer, c'est encore là l'opinion la plus vraisemblable — en adoptant, disons-nous, la version de M. Ferri, on est forcément conduit à regarder l'écoulement séreux qui se fit pendant la vie comme provenant du labyrinthe, puisque les lésions vérifiées de ce côté par l'examen nécroscopique ne dépassent pas l'oreille interne. Il n'y avait pas de fracture établissant communication entre le conduit auditif externe et le tissu sous-arachnoïdien. C'est donc évidemment du vestibule qu'a dû dériver la sérosité, laquelle arrivait dans l'oreille moyenne par la fenêtre ovale, anormalement béante, puis dans l'orifice externe à travers la déchirure de la membrane tympanique.

Ainsi compris, ce fait prouverait la réalité de cette source, indiquée déjà par Marjolin et M. Robert, mais que son insuffisance présumée avait généralement fait rejeter comme incapable de rendre compte des cas où l'écoulement est très copieux.

Y a-t-il des signes propres à le faire distinguer d'avec celui qui est symptomatique d'une fissure du rocher? C'est surtout à l'analyse chimique qu'on devra demander les éléments de ce diagnostic; encore les donnerait-elle plus certains si l'on connaissait mieux la composition normale de l'humeur labyrinthique. Mais, quoi qu'il en soit, cette détermination n'aurait d'influence que sur le pronostic; elle ne devrait, en aucun cas, servir à atténuer l'énergie du traitement primitif; car, dans l'une ou l'autre hypothèse, qu'il y ait fracture du rocher ou simple contusion par contre-coup, ou même fracture partielle du labyrinthe, les désordres cérébraux concomitants posent toujours l'indication formelle de la médication antiphlogistique la plus active.

III.

CORRESPONDANCE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

NOTE SUR LES KYSTES DU REIN, par le docteur A. VERNEUIL, agrégé de la Faculté de Paris.

Le dernier numéro de la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE a extrait, de la *Gazette médicale* de Lyon, une observation de MM. Guilleton et Ollier, relative à un cas d'affection congéniale du rein, très remarquable au point de vue obstétrical, et aussi sous celui de l'anatomie pathologique. Les auteurs de cette intéressante communication font, dans les remarques qui suivent la description de la pièce, allusion à une opinion qui m'est personnelle, et que j'ai exposée devant la société de biologie vers la fin de l'année dernière, à propos de l'analyse anatomique de deux kystes du rein.

Cette opinion consiste à regarder le rein comme une glande mixte appartenant à la classe des glandes tubuleuses par ses conduits urinifères, et se rattachant aux glandes à follicules clos par ses corpuscules de Malpighi ou glomérules.

Ces idées furent énoncées devant la société; mais elles ne sont consignées nulle part, si ce n'est dans la thèse d'un de mes amis et élèves le docteur Chapelle, de Bordeaux (1), et dans les termes succincts que voici : « Serait-il irraisonnable de penser que le rein » soit aussi une glande mixte dont les conduits urinifères serviraient » à la sécrétion de l'urine, alors que les corpuscules de Malpighi, » auxquels on n'a trouvé de rapports intimes qu'avec le système circulatoire, serviraient à l'élaboration du sang. » (P. 14.)

Je ne reproduirai pas longuement les raisons qui me portent à admettre l'indépendance anatomique et physiologique des deux éléments glandulaires du rein; il y a seulement un fait d'une vérification facile, et qui me semble avoir une valeur assez grande : c'est la différence constante des épithéliums qui tapissent les tubes urinifères et la face interne des glomérules. Dans les premiers, on trouve un revêtement intérieur d'épithélium nucléaire, tandis que les autres présentent une couche d'épithélium à cylindre.

Tous les anatomistes ne sont pas d'accord sur ce dernier point; ainsi, par exemple, Bowmann qui croit, comme on sait, à la communication entre les tubes urinifères et l'intérieur du glomérule, admet que le canal rétréci, qui fait communiquer ces deux cavités, est rempli par un épithélium vibratile. Gerlach, au contraire, décrit un épithélium pavimenteux entre la paroi interne du glomérule et la touffe vasculaire qui remplit sa cavité.

Des recherches minutieuses m'ont convaincu avec Cayla, Husckhe, Henle, Gerlach, Bidder, etc., etc., que les glomérules et les tubes urinifères n'ont que des rapports de contiguïté, que les premiers sont de véritables vésicules closes sans communication avec les seconds, et que leur épithélium différait entièrement. Ce dernier fait me paraît assez majeur pour établir une distinction très nette entre ces deux éléments anatomiques.

Ces observations reçoivent une confirmation manifeste des deux cas suivants de kystes du rein à l'examen desquels j'ai apporté la plus grande attention.

1° *Kystes de la substance corticale.* Examinant les reins sur le cadavre d'un jeune homme mort de la variole, je trouvai ces glandes atrophiées; la substance corticale était pâle, d'un jaune sale, et offrait à peine une ligne d'épaisseur; les colonnes de Bertin étaient également fort réduites; les pyramides de Malpighi avaient au contraire conservé leur aspect habituel et leur coloration normale.

A la surface du rein se voyaient çà et là de petites vésicules transparentes, grosses comme un pois, rappelant les vésicules de de Graaf à la surface de l'ovaire, et faisant du reste peu de saillie; elles paraissaient enchâssées dans le parenchyme glandulaire. Ces kystes, au nombre de cinq à six pour chaque rein, étaient tous superficiels; on n'en retrouvait ni dans la substance corticale profonde ni dans les pyramides.

Parfaitement sphériques et recouvertes par la tunique fibreuse du rein dans le quart environ de leur surface, ces poches étaient, dans le reste de leur étendue, fortement adhérentes à la substance corticale, dont une dissection attentive ne permettait que difficilement de les isoler. Leurs parois étaient composées de deux tuniques : l'une externe, blanche, d'apparence fibreuse, constituée par du tissu cellulaire plus ou moins condensé, mélangé d'éléments fibro-plastiques; l'autre interne, hyaline, d'une ténacité telle qu'on pouvait à peine en arracher quelques lambeaux, quoiqu'elle ne fût que lâchement unie à la face profonde de la tunique précédente. Des vaisseaux se ramifiaient manifestement dans la première de ces tuniques; la seconde en était totalement privée. Cette dernière, examinée à divers grossissements, s'offrait sous l'apparence d'une membrane amorphe finement granulée; mais sa face interne était revêtue d'une couche d'épithélium qu'on entraînait facilement par le raclage. Les cellules en étaient pâles, claires, et pour la plupart elles se rapportaient à la variété cylindrique sans cils vibratiles. On voyait encore quelques noyaux et quelques corpuscules granuleux. Enfin çà et là on observait des débris rappelant les écailles épidermiques, c'est-à-dire des cellules déformées. Ces éléments étaient généralement fort petits.

Le liquide qui distendait ces poches était transparent, à peu près incolore, très fluide, sans viscosité; il n'avait ni l'odeur ni la saveur de l'urine.

2° *Kyste de la substance tubuleuse siégeant à l'extrémité d'un mame-*

(1) *De la classification des glandes.* Thèses de Paris, 1853, février.

lon. Le 22 août 1852, M. Rayer me remit un rein qui paraissait parfaitement sain. En pratiquant suivant le grand axe une coupe médiane, on découvrait une petite poche transparente faisant saillie à l'extrémité d'un mamelon et embrassée par un calice dilaté. Ce kyste occupe la moitié environ du mamelon dont le reste est parfaitement sain, et se continue avec la pyramide de Malpighi correspondante. L'insertion du calice sur la paroi externe de la tumeur, la manière dont celle-ci est enchâssée dans la substance tubuleuse, dont on distingue très nettement les orifices à l'extrémité de la papille, ne laissent aucun doute sur le véritable siége de cette production. Les parois du kyste ne peuvent être isolées des parties voisines par la dissection. La face interne, examinée à la loupe, présente des stries longitudinales parallèles, dans lesquelles on reconnaît sans peine les tubes de Bellini ; mais en aucun point on ne découvre d'orifice : la poche est donc parfaitement close. En raclant sa paroi, on détache une grande quantité d'épithélium nucléaire, et quelques cellules d'épithélium pavimenteux, sans mélange de cylindre. Le liquide est aqueux, un peu rosé, sans odeur ni saveur manifestes.

Depuis longtemps, on avait reconnu l'existence de kystes dans la substance corticale et dans la substance tubuleuse ; la première variété surtout est extrêmement commune, et il était naturel d'en rapporter le point de départ aux corpuscules de Malpighi, comme on rapportait l'origine des kystes de l'ovaire à la dilatation des vésicules de Graaf.

Je ne pense pas, cependant, que cette opinion ait été jusqu'à ce jour étayée de preuves aussi concluantes que celles qu'on peut tirer de la description qui précède.

Ma seconde observation prouve également la dilatation d'un conduit urinifère donnant naissance à un kyste de la substance tubuleuse ; je n'ai pas besoin d'insister sur la différence si marquée des épithéliums, ni sur l'appui que ces deux faits prêtent à l'opinion anatomique que je formulais en commençant. L'anatomie pathologique vient ici au secours de l'anatomie normale. Je ferai remarquer ici l'avantage qu'il y a à étudier des altérations commençantes, lorsqu'il s'agit d'en reconnaître le véritable point de départ : plus les kystes sont petits et récents, plus en général leurs caractères histologiques sont tranchés. J'ai eu en effet l'occasion d'examiner dernièrement un rein qui était farci de kystes au point d'avoir décuplé de volume ; les substances corticale et tubuleuse étaient incontestablement envahies toutes les deux ; mais les poches, très volumineuses, étaient remplies, celles-ci de pus, celles-là de sang, d'autres d'une matière grasse d'apparence crémeuse, les parois étaient devenues très épaisses et fibreuses, et les caractères anatomiques de l'élément générateur étaient complétement modifiés au milieu de ces désordres.

Dans la plupart de ces kystes, l'épithélium avait disparu ; on ne retrouvait que des globules de pus ou de sang, des taches ou des granulations graisseuses, et surtout une immense quantité de ces corpuscules granuleux de l'inflammation qu'on trouve souvent mélangés au pus, mais qui semblent un produit de prédilection de la paroi interne des kystes anciens. Quelle distance sépare une poche kystique arrivée à ce point d'un glomérule à peine visible à l'œil !

Je ne me serais pas étendu sur ces faits s'ils ne venaient à l'appui d'une généralisation des plus légitimes qui consiste à regarder tous les vrais kystes comme des dilatations avec hypertrophie des éléments glandulaires, et surtout des follicules clos. L'ovaire, le corps thyroïde, en offrent déjà des exemples très fréquents ; le rein vient ensuite, et il n'est peut-être pas jusqu'à la rate dont les corpuscules si délicats ne puissent donner naissance à des kystes assez analogues aux précédents.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'influence de la tension du sang dans ses vaisseaux sur la sécrétion urinaire, par F. Goll.

Le titre choisi par M. Goll n'est pas tout à fait en rapport avec les résultats qu'il fait connaître. Il serait mieux intitulé : « De l'influence de la tension du sang sur la *quantité* d'urine sécrétée en un temps donné, » car il n'est aucunement question dans ces recherches des *qualités* de l'urine en rapport avec les tensions différentes du sang. Telles qu'elles sont, les expériences de M. Goll offrent cependant de l'intérêt.

L'auteur commence par établir sur des chiens des fistules non pas *urétrales*, mais *urétérales*. Il ouvre l'abdomen, va chercher l'uretère, l'attire au dehors, le fixe, et y place une canule à laquelle il adapte un petit réservoir de verre qui fait office de vessie artificielle, et dans lequel on peut voir couler l'urine à mesure qu'elle est sécrétée. Pendant l'opération le contenu de l'uretère s'échappe d'abord, puis, au bout de quelque temps, quand tout est rentré dans l'ordre, on voit couler régulièrement toutes les 20 ou 30 secondes quelques gouttes dans le réservoir. La présence dans le réservoir d'une quantité même minime de sang ou de sérosité albumineuse suffisait pour faire abandonner l'expérience et la regarder comme non avenue.

La tension du sang est mesurée à l'aide de l'instrument bien connu sous le nom d'hémodynamomètre. Cet instrument, comme l'on sait, est une sorte de tube de Mariotte dont l'une des branches recourbées est fixée dans une artère. L'élévation du mercure dans la branche ouverte indique la tension du sang, en ayant soin, bien entendu, de faire la correction du niveau.

Pour démontrer l'influence de la tension du sang sur la quantité d'urine sécrétée, le moyen le plus simple qui se présente à l'esprit consiste à faire varier cette tension à volonté, et à recueillir et à mesurer pendant ce temps l'urine sécrétée. L'auteur ne voulant point, autant que possible, troubler les fonctions du rein, s'est arrêté aux trois moyens suivants qui agissent loin du lieu de la sécrétion : l'irritation du nerf pneumogastrique, la saignée et la ligature.

1° *Influence de l'irritation du nerf pneumo gastrique sur la sécrétion urinaire.* — Voici une des expériences. Un chien à l'état normal produisait 11 grammes d'urine en 30 minutes, la tension du sang marquant 135 millimètres à l'hémodynamomètre. On coupe les deux pneumogastriques à ce chien ; la quantité d'urine produite en 30 minutes est de 10gr,22, et la tension du sang à l'artère crurale est de 130 millimètres. Il n'y a par conséquent à peu près rien de changé. Mais au lieu de couper les nerfs pneumogastriques, si on les *irrite*, les résultats sont bien différents. La quantité d'urine produite en 30 secondes descend à 2gr,36, et la tension du sang n'est plus que de 104 millimètres. Ainsi, lorsque les nerfs pneumogastriques sont *intacts* ou lorsqu'ils sont *coupés*, la tension du sang n'étant point diminuée, la quantité d'urine sécrétée en un temps donné est la même. Au contraire, l'irritation des nerfs pneumogastriques, entraînant la diminution de tension du sang, entraîne en même temps la diminution d'urine sécrétée.

Ce fait qui repose, dans le Mémoire de M. Goll, sur plusieurs expériences, est sans contredit ce qu'il renferme de plus curieux. Comment agit le pneumogastrique pour diminuer la tension du sang ? Est-ce en agissant sur la contractilité artérielle et en diminuant ainsi le calibre des gros vaisseaux, ou bien par une action directe sur le cœur ? Le fait mériterait d'être étudié.

Influence de la saignée et des ligatures d'artères sur la sécrétion urinaire. — La saignée et la ligature des grosses artères entraînent des modifications de composition du sang ou de nutrition qui compliquent le problème d'un élément étranger. Les résultats obtenus par l'auteur ne nous paraissent pas aussi rigoureux que les précédents. Voici cependant deux expériences que nous choisissons parmi les plus saillantes.

Sur un chien qui produisait à l'état normal 10gr,18 d'urine en 30 minutes, et dont la tension du sang était de 134 millimètres de mercure, on pratiqua une saignée de 500 grammes. La tension du sang s'abaisse à 119 millimètres, et la quantité d'urine sécrétée en 30 secondes descend à 4gr,92. Sur un autre chien dont la tension du sang était à l'état normal de 128 millimètres, et la quantité d'urine sécrétée en 30 secondes de 8gr,76, M. Goll fait la ligature des artères crurales, des carotides et des cervicales ascendantes. La tension du sang s'élève alors à 141 millimètres, et la quantité d'urine sécrétée en 30 secondes est de 21gr,22.

En résumé, la *quantité* d'urine sécrétée en un temps donné s'élève ou s'abaisse comme la tension du sang. Voici donc encore une série de faits qui prouvent que l'influence des lois physiques se fait sentir dans la plupart des actes de l'économie animale. Mais il n'en faut pas toutefois exagérer la portée. Indépendamment de ce que d'autres causes que celle-là agissent très probablement sur la *quantité* d'urine sécrétée, il ne faut point oublier qu'il n'est nullement question ici des *éléments* contenus dans l'urine ni dans leurs *proportions* relatives. (*Inauguralis Abhandlung.—Dissertation inaugurale*, Wurtzburg, 1853.)

De l'absorption par le tégument externe chez l'homme dans le bain.

M. Homolle a étudié l'absorption par le tégument externe chez l'homme, en se soumettant lui-même à des bains prolongés, soit d'eau pure, soit d'eau chargée de diverses substances. Pour apprécier les effets de l'absorption, il a examiné les urines rendues, afin d'y rechercher la présence des substances dissoutes dans l'eau du bain. Voici quelques uns des résultats auxquels l'expérimentateur a été conduit :

1° Un bain d'eau avec addition de 100 grammes de cyanure de potassium et de fer est pris par M. Homolle. La baignoire est recouverte pour s'opposer à l'absorption pulmonaire ; aucune boisson n'est introduite dans l'estomac. On ne constate pas dans l'urine de traces de cyanure de potassium et de fer.

2° Un bain d'eau avec addition de 100 grammes d'iodure de potassium est pris pendant une heure et demie. Il n'y a pas de traces d'iode dans l'urine examinée après le bain ; et pour prouver l'élimination par l'urine de l'iodure de potassium, lorsque cette substance est véritablement absorbée, M. Homolle prend une solution de 1 gramme d'iodure de potassium par la bouche ; il ne tarde pas à reconnaître dans l'urine la présence de la substance introduite dans le tube digestif.

3° En prenant un bain avec une solution de chlorhydrate d'ammoniaque, l'urine rendue au bout d'une heure vingt minutes ne présente pas de chlorhydrate, mais bien du chlorure de sodium.

4° Prend-on un bain avec addition de 1 kilogr. de chlorure de sodium, on ne trouve pas une augmentation des chlorures dans l'urine.

5° Ni l'azotate de potasse, ni le sulfate de potasse ne se retrouvent non plus dans l'urine.

6° Un bain avec addition d'une infusion de 500 grammes de feuilles de belladone ne produit aucun trouble physiologique appréciable ; il en est de même du bain auquel on ajoute une solution concentrée de digitaline.

M. Homolle a recherché comparativement les propriétés absorbantes de la peau et de la muqueuse intestinale.

1° Une portion de peau du bras est détachée sur le cadavre d'une jeune femme ; on en recouvre une éprouvette remplie d'urine. L'éprouvette est renversée dans une solution très étendue d'iodure de potassium. On ne retrouve pas de traces d'iodure de potassium dans l'urine.

2° Un tube est rempli d'une solution de sel marin à laquelle on ajoute quelques gouttes de perchlorure de fer ; l'extrémité du tube est fermée au moyen d'un lambeau de peau ; puis le tube est renversé dans une solution de cyanure de potassium et de fer. Après six heures, il n'y a pas la moindre trace d'endosmose entre les deux liquides.

3° On dispose l'expérience comme précédemment ; mais on recouvre l'éprouvette d'une portion d'intestin, la face muqueuse répondant au prussiate de potasse, la face péritonéale au sel de fer ; une coloration bleue, qui se manifeste dans ce dernier, indique qu'un mélange s'est opéré entre les liquides à travers la membrane qui les sépare.

4° Un tube renfermant une solution d'acide tartrique est fermé au moyen d'un lambeau de peau. On le fait plonger dans une solution de bicarbonate de potasse : au bout de douze heures, nulle réaction ne se manifeste entre les deux liquides ; la face externe de l'épiderme présente une réaction alcaline ; le derme est infiltré de la solution acide qui remplit en même temps une ampoule formée à la surface de la peau.

5° Si l'on répète cette dernière expérience, en substituant au lambeau de peau un lambeau de membrane intestinale, dont la face muqueuse répond à la solution alcaline et la face péritonéale à la solution d'acide tartrique, on ne tarde pas à voir des bulles de gaz apparaître à la surface de la muqueuse.

6° Une portion de peau de la partie supérieure du bras est mise à macérer dans l'eau distillée ; on en recouvre l'extrémité de deux tubes remplis eux-mêmes d'eau distillée. L'un des tubes plonge dans l'eau distillée, l'autre dans une solution de chlorure de sodium. Au bout de dix-huit heures, on trouve dans l'eau des tubes des traces de chlorure, ce que l'auteur explique par une dissolution de la matière organique sous l'influence d'une longue macération.

La conclusion définitive de l'auteur est la suivante :

L'eau est absorbée par le tégument externe dans le bain. Lorsque les bains sont chargés de substances minérales ou organiques, l'absorption a lieu comme si la peau était douée d'une propriété non constatée encore, d'une sorte de force catalyptique, en vertu de laquelle elle opérerait un départ entre les molécules constituantes de certains composés chimiques, pour exercer une absorption élective sur l'un des composants, à l'exclusion de l'autre.

(*Union médicale*, n^os 117, 118, 119.)

Suites funestes d'une rétroversion utérine négligée ; sortie d'une trompe de Fallope par l'anus, par le docteur A. Manengo.

Ce cas est tellement curieux, qu'il mérite d'être rapporté avec quelques détails. Nous ne croyons même pas qu'il en existe d'autres exemples dans les annales de l'obstétrique.

Obs. — Une femme de cinquante-sept ans avait accouché dix fois et toujours avec des difficultés croissantes. L'intervention active du chirurgien avait été nécessaire les dernières fois. Devenue encore enceinte, elle éprouve de vives douleurs du ventre et des reins ; elle eut des rétentions d'urine, du ténesme et une constipation opiniâtre. Pour aller à la garde-robe, elle était obligée de pencher tout le tronc en avant jusqu'à l'horizontale, sans quoi les efforts étaient très pénibles et très douloureux. Parvenue à terme, elle mande une sage-femme qui, d'après la saillie considérable du ventre au-dessus du pubis, la dépression au-dessous et quelques autres caractères, crut avoir affaire à une grossesse double et appela le docteur Bocchi. Ce chirurgien constata l'existence d'une rétroversion considérable de l'utérus ; le fœtus avait pris une position presque horizontale, la tête fortement arc-boutée contre le pubis : le col utérin était dans une contraction spasmodique continue. Après quelques tentatives inutiles pour faire descendre la tête, on appliqua le forceps, et le fœtus fut amené sans grandes difficultés. Le délivre était sorti et la malade se replaçait dans son lit, quand elle avertit la sage-femme que son fondement était sorti. Le docteur Bocchi trouva hors de l'anus un corps mou qui n'avait aucune ressemblance avec les tuniques intestinales, et dont il ne put déterminer le caractère. Il pria M. Manengo de se joindre à lui.

L'accouchement était terminé depuis six heures. L'état de la malade était devenu très grave : angoisse, traits effilés, peau aride et brûlante, pouls petit et très fréquent, respiration brève, ventre tendu et excessivement douloureux, sueur froide, etc. De l'anus sortait un corps de la grosseur du poing, irrégulier, comme vésiculeux ou cellulo-fibreux, jaune verdâtre, transparent, de consistance molle, soutenu par un pédicule membraneux tordu sur lui-même et sortant lui-même de l'anus d'environ trois pouces ; or on pouvait le faire rentrer, et le doigt introduit dans le rectum n'en atteignait pas le point d'attache. M. Bocchi fit sur la tumeur plusieurs piqûres avec la lancette ; il en sortit quelques gouttes d'un liquide séreux. Les chirurgiens se demandèrent s'ils n'avaient pas affaire à quelque tumeur cystique développée dans les interstices celluleux du rectum. Mais comme en tout état de cause il pouvait être dangereux d'exciser cette tumeur avant d'être mieux renseigné sur sa nature, et qu'elle ne pouvait être repoussée dans le rectum, ils se bornèrent à un traitement antiphlogistique : évacuations sanguines générales et locales, application de glace, etc. Vains efforts ! la malade ne tarda pas à succomber.

A *l'ouverture du corps*, on trouva la cavité péritonéale remplie d'un liquide purulent. Le péritoine et l'épiploon étaient d'un rouge sombre. A la portion supérieure du rectum, au niveau de la base du sacrum, au centre d'une grande tache de couleur violette, se voyait une ouverture gangréneuse de trois pouces de circonférence, par laquelle sortait une masse molle qui descendait de toute la longueur du rectum. Cette masse fut re-

connue pour appartenir à la trompe de Fallope gauche, laquelle, en raison de la rétroversion utérine, avait pu s'introduire par l'ouverture gangréneuse du rectum, entraînant avec elle l'ovaire et le ligament large. Le corps frangé était infiltré. (*Gazetta med. Lombardia*, 1853, n° 37.)

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

TÉNORAPHIE. — De la réunion des tendons anciennement divisés et isolément cicatrisés, comme moyen de rétablissement des mouvements, par M. le professeur C. Sédillot, de Strasbourg. Voir le n° 4 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, où ce mémoire a été inséré *in extenso*.

ZOOLOGIE. — M. Charles Bonaparte communique à l'Académie quelques nouvelles zoologiques, extraites d'une lettre de M. le professeur Owen, de Londres, membre correspondant de l'Institut de France.

1° L'anatomiste anglais parle d'un singe, plus grand encore que l'individu qui figure dans notre Muséum (préparation Poortman). Ce singe, qu'il a reçu des rives du fleuve Danger, sur la côte occidentale d'Afrique, lui paraît constituer une nouvelle variété.

2° Des ossements fossiles, venus de la Patagonie, ont permis à M. Owen de reconstruire plusieurs animaux perdus, pour lesquels il a dû établir différents genres, *Nesodas*, etc., plus ou moins voisins de sa fameuse *Toxodas*. Les nouvelles découvertes paléontologiques de M. Owen l'ont conduit à ajouter aux trois ordres établis par lui, dans les Ongulés, *Proboscidiens*, *Périssodactyles* et *Artiodactyles*, une quatrième coupe principale, sous le nom de *Tixodentia*. Cette coupe se rapproche des vrais *Périssodactyles*.

Dans sa lettre, M. Owen donne quelques détails sur les faits et gestes du grand fourmilier de l'Amérique du Sud (*Myrmecophaga jubata*, L.), que le jardin zoologique de Londres possède vivant. Cette lettre est terminée par l'annonce de la mort d'un Morse (*Trichechus rosmaris*, L.), que cet établissement possédait aussi. La dissection de ce singulier pinnipède, entre les mains habiles de M. Owen, jettera sans doute un grand jour sur les homologies de sa dentition si anormale. Pendant le peu de temps que cet animal a vécu en captivité, on a pu remarquer qu'il se dresse beaucoup mieux que les Phoques sur ses membres pinniformes, soulevant entièrement son abdomen du sol; fait nouveau, inattendu dans l'histoire de la locomotion des mammifères amphibies.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 2 NOVEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° Envoi par le ministre de l'agriculture et du commerce de trois pièces : — *a*. Lettre de M. le préfet de l'Oise, qui demande que tous les ans du vaccin soit mis à sa disposition, aux époques favorables à la vaccination ; — *b*. Rapport de M. le docteur Ruelle, médecin inspecteur des eaux minérales, sur le service médical de l'établissement de Vals (Ardèche); — *c*. Rapport de M. le docteur Vannaque, médecin inspecteur des eaux minérales de Pierrefonds (Oise), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852.

2° Mémoire de M. le docteur Delfraysśé, médecin à Cahors, sur les propriétés prophylactiques et anticontagieuses du quinquina dans les épidémies paludéennes, et spécialement dans la fièvre typhoïde. (*Comm.* : M. Gaultier de Claubry.)

3° Observations de spina-ventosa, guéri radicalement et sans aucune trace de difformité, par M. le docteur Missoux, à Fournols (Puy-de-Dôme). (*Comm.* : M. Gimelle.)

4° Envoi d'un mémoire sur les causes du choléra asiatique, par M. le docteur Bocarny, de Perpignan. (*Commission du choléra.*)

5° Lettre de M. le docteur Gros, médecin à Moscou, sur la dernière épidémie du choléra dans cette ville. (*Commission du choléra.*)

6° Communication de M. le docteur Secréteau, au sujet d'une nouvelle sonde pouvant, en une seule introduction, servir au triple usage d'*évacuer l'urine*, d'*explorer* et de *cautériser* un point donné de l'urètre, ou la vessie. (*Comm.* : M. Robert.)

7° Observation d'hydrophobie chez un crétin, par M. Niepce, médecin inspecteur des eaux d'Allevard.

8° Deux mémoires pour le prix Nadau : l'un de M. le docteur Reinvilliers ; l'autre d'un anonyme, qui désire ne pas être connu quand bien même il serait lauréat.

9° Dépôt de deux paquets cachetés : l'un de M. Cazenave, correspondant de l'Académie; l'autre de M. Brainard, président et professeur de chirurgie au collége médical d'Illinois, à Chicago (États-Unis).

Rapports et Mémoires.

EAUX MINÉRALES. — M. Ossian Henry lit successivement trois rapports au nom de la commission des eaux minérales.

A. Rapport au sujet de trois sources d'eau minérale naturelle, découvertes à Alet (Aude). Le rapporteur déclare qu'il a été impossible de faire aucune analyse raisonnable, en raison de la très petite quantité d'eau minérale envoyée à l'Académie, et que la demande d'autorisation pour exploiter ces sources doit être ajournée jusqu'à ce qu'un envoi convenable d'échantillons ait eu lieu. (*Adopté.*)

B. Rapport sur l'eau minérale sulfureuse de Garost (Hautes-Pyrénées). On a découvert, il y a deux ou trois années, à Garost, village de la vallée de Castelloubon, une source d'eau sulfureuse froide, qui se rapproche beaucoup par sa composition des eaux sulfureuses de la chaîne des Pyrénées. Elle surpasse plusieurs de celles-ci par la proportion de l'élément sulfureux, et vient se ranger près de l'eau de Labassère. L'eau de Garost a, comme cette dernière, et en raison sans doute de sa basse température, la propriété de se conserver aisément. Enfin, la nature de ses éléments minéralisateurs justifie les bons résultats qu'elle a déjà produits dans l'application médicale. La commission est d'avis de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter cette eau minérale suivant la demande de son propriétaire. (*Adopté.*)

C. Analyse chimique de l'eau minérale sulfureuse de L'Leheillon, commune de Veuvey, département de l'Isère, et rapport à ce sujet. L'eau minérale sulfureuse de L'Leheillon a une assez grande analogie avec celle d'Allevard, située dans le même pays et à une distance peu éloignée. Elle doit principalement sa minéralisation à la présence de l'acide sulfhydrique presque tout entier libre, à ses bicarbonates terreux, à quelques sulfates peu importants ; mais aussi à des chlorures alcalins unis à des proportions non douteuses d'iode et peut-être même de brome, etc. Cette eau minérale froide coule en assez grande abondance et peut répondre aux exigences d'un établissement thermal de quelque importance. La commission estime que, d'après sa nature chimique et son analogie avec celle d'Allevard, l'eau sulfureuse de L'Leheillon, quoique moins forte que celle-ci, est appelée à rendre d'utiles services à la médecine; elle propose, en conséquence, de répondre au ministre que rien ne s'oppose à ce que l'autorisation d'exploiter cette eau minérale soit accordée à son propriétaire.

Ces conclusions sont adoptées.

CHOLÉRA. — M. Jolly reprend la lecture de son mémoire sur l'étiologie du choléra, ses causes intimes, sa nature épidémique ou contagieuse, et les moyens prophylactiques de cette maladie. Il établit dans cette nouvelle partie de son travail : Que les causes intimes du choléra restent encore tout à fait inconnues; qu'aucun fait n'a pu démontrer la contagion réelle du choléra, en dehors de son propre caractère essentiellement épidémique; que la maladie n'acquiert pas plus d'intensité dans les foyers épidémiques que dans les lieux où elle se manifeste par des cas isolés ; qu'elle a une préférence marquée pour les régions basses, humides ou situées le long des cours d'eau, et pour les individus qui, par profession, sont exposés à des suppressions ou à des arrêts de la transpiration cutanée. Enfin M. Jolly déclare qu'il considère les mesures d'isolement, dans le choléra, comme impuissantes, inutiles pour les individus qui en sont atteints, et dangereuses quant à leur effet moral.

M. Desportes demande, à l'occasion de cette communication, qu'une discussion soit ouverte sur le mémoire de M. Jolly. Cette proposition est combattue par MM. Dubois (d'Amiens) et Bouvier, qui proposent de remettre cette discussion au moment où M. Jolly aura terminé son travail, dont il n'a encore exposé que la première partie.

COMBUSTION VOLONTAIRE CHEZ UN ALIÉNÉ. — M. Bricheteau lit un rapport sur une observation intitulée : *Cas de mort suite de combustion volontaire chez un aliéné, dans un accès de délire*, adressé à l'Académie par M. le docteur Madin, de Verdun. — M. P..., âgé de 36 ans, fut si vivement affecté par la perte d'une femme tendrement aimée, qu'il tomba dans une profonde mélancolie, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. Cet état de délire n'était qu'intermittent et n'empêchait pas M. P... de remplir exactement et convenablement ses fonctions publiques. Après un assez long intervalle de calme, il songea à se remarier ; les difficultés qu'il éprouva pour contracter de nouveaux liens ramenèrent son délire ; les hallucina-

tions devinrent plus fréquentes et d'une nature plus inquiétante. M. Madin, appelé auprès de lui, le trouva livré aux conceptions délirantes les plus étranges ; entre autres choses, il croyait avoir reçu la mission de brûler les mauvais livres et les autres objets contraires aux bonnes mœurs. Cette manie de brûler faisant des progrès, M. P... faillit plusieurs fois incendier sa maison avec des torches enflammées. Le délire n'était pas continu et offrait des intermittences pendant lesquelles M. P... était le premier à rire de ses extravagances.

Le 18 janvier 1836, à deux heures du matin, M. Madin fut appelé auprès de M. P..., qui s'était volontairement livré aux flammes, en expiation des fautes qu'il se reprochait. A cet effet, il avait dressé un bûcher dans la cheminée de sa cuisine, et s'était placé dessus après y avoir mis le feu. La fumée résultant de la combustion avait fait connaître aux domestiques ce tragique événement ; une énorme quantité de graisse, mêlée à du sang, s'était écoulée jusqu'à deux mètres du foyer.

M. Madin fut surpris de trouver le malade calme et presque souriant, au milieu d'une horrible fumée qui lui permettait à peine de respirer. M. P... se réjouissait à haute voix d'aller rejoindre sa femme, après avoir expié, disait-il, ses forfaits sur un bûcher attisé de ses propres mains, d'après l'ordre de Dieu. Le malade avait les jambes, les cuisses et les fesses entièrement brûlées, les os blanchis et calcinés, les organes génitaux carbonisés et les mains réduites à l'état de moignons noirâtres et informes ; le reste du corps était intact. Dix minutes s'étaient à peine écoulées depuis que le malade avait été enveloppé dans un immense linge enduit de cérat, lorsque sa voix, auparavant ferme et retentissante, s'affaiblit tout à coup ; le pouls devint insaisissable ; la mort était imminente. M. Madin, ayant brusquement enlevé l'appareil, reconnut que l'une des artères poplitées, corrodée par le feu, avait donné lieu à une hémorrhagie mortelle.

M. Bricheteau fait suivre de quelques considérations l'exposé de ce fait, dont M. Madin n'a différé la publication que par des raisons de convenance. Il fait remarquer qu'il y a, relativement aux suicides par combustion volontaire, une distinction à faire entre les sujets doués d'un courage exceptionnel qui, sous l'influence d'une grande passion, endurent volontairement et de sang-froid l'action d'un brasier qui les dévore, et les aliénés qui, privés de sensibilité et de libre arbitre, semblent indifférents, étrangers même aux souffrances du supplice qu'ils s'imposent. A la première catégorie appartiennent les Mucius Scævola, les Guatimozin et ces femmes indiennes qui se précipitent dans les flammes qui doivent consumer les restes de leurs époux ; dans la seconde viennent se ranger de malheureux insensés, comme celui dont M. Madin a retracé l'histoire. Le fait observé par ce médecin habile peut être rapproché de celui de Mattheiu Lovat, ce cordonnier de Venise qui s'était lui-même crucifié, après s'être couronné d'épines, s'être amputé les parties génitales, et s'être fait au flanc gauche une large plaie avec un tranchet. Ce malheureux, qui ne succomba pas à ses blessures, ne souffrait pas dans les redoublements de son délire, mais seulement dans les intervalles lucides. M. Bricheteau propose de renvoyer l'observation de M. Madin au comité de publication, de remercier cet honorable collègue de sa communication, et de le faire inscrire sur la liste des candidats aux places de correspondants.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

La séance est levée à quatre heures et demie.

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'expatriation pénitentiaire, par le docteur G. FERRUS, inspecteur général du service des aliénés et du service sanitaire des prisons. 1 vol. in-8°.

La réunion des ouvrages publiés depuis trente ans sur le système pénitentiaire formerait à elle seule une riche et intéressante bibliothèque.

En Angleterre comme en Amérique, en France aussi bien qu'en Allemagne, les écrivains les plus éminents, les publicistes les plus distingués, les économistes les plus érudits, ont tour à tour traité ces questions au point de vue du droit, de la législation, de la morale, des essais entrepris, des résultats partiels obtenus !

La mode capricieuse, qui mène et agite l'homme, a donné le signal de l'engouement, et pendant que maîtres et adeptes chantaient les louanges de l'importation américaine (1), l'autorité faisait entendre sa voix pour décréter la construction de Mazas non loin de la place où fut la Bastille.

Contraste frappant, digne de méditations ! La prison, symbole de l'égalité devant la loi, s'éleva respectée de tous, dans un de ces moments de fièvre populaire où avait été renversée la forteresse, symbole de l'égalité devant le despotisme !

Cependant des doutes avaient assailli quelques esprits, dits alors timorés ; des objections s'étaient présentées à des hommes calmes qui, forts d'une position acquise, étudiaient froidement la possibilité de façonner nos mœurs à cette civilisation nouvelle. *Rari nantes in gurgite vasto*, ils n'avaient pour eux que la force d'une conscience honnête, l'énergie d'une conviction désintéressée.

C'est sous ce drapeau qu'aux premiers jours de la lutte se rangeait hardiment l'auteur de la présente brochure. Tout en reconnaissant l'excellence du système cellulaire comme moyen d'amendement et d'hygiène, il en repoussa la généralisation, parce que ce moyen n'admet aucun degré dans le mal, aucune variété dans l'intelligence ; qu'il soumet au même niveau l'homme profondément pervers, et celui dont la corruption est indécise.

On se rappelle la brillante discussion de 1843 à la Chambre des députés, et la magnifique déclaration de principes par laquelle M. Duchâtel, alors ministre de l'intérieur, définissait le système français (2), c'est-à-dire l'isolement absolu de jour et de nuit, le travail, la lecture, la promenade, les visites des employés de la maison.

On ne tint aucun compte de l'opinion de ceux qui le regardaient comme une simple modification du pensylvanien, pâle variante de celui d'Auburn, abandonné dès 1821 comme déplorable, et il fallut attendre une expérience de trois années pour pouvoir dire : la lecture n'est une ressource que pour un petit nombre de prisonniers ; le temps de la promenade est insuffisant ; le travail utile est le privilége de 300 à peine sur 1000 ; l'effet moralisateur des visites se réduit à un échange de pensées de 47 minutes par mois ; le culte extérieur de la religion est impossible !

Nous aurions voulu voir M. Ferrus relever les vices inhérents au système français. D'abord l'ensemble manquait d'harmonie ; les novateurs, considérant la cellule comme une panacée universelle, en avaient multiplié les essais sans règle ni plan arrêtés, sans tenir compte des distinctions équitables de maisons d'arrêt, maisons de correction, maisons centrales. Puis, au lieu de soumettre à l'encellulement les criminels, les gens endurcis et pervers, ils s'étaient occupés des prévenus, des politiques, qu'ils exposaient aux dangers de l'aliénation mentale sous prétexte de les éloigner du contact des malfaiteurs.

M. le docteur Lélut, qui a combattu avec autant de talent que de vivacité les idées de M. Ferrus, a trop circonscrit le débat en recherchant si l'emprisonnement collectif donne moins de fous que l'emprisonnement individuel. Mais même en le suivant sur ce terrain, nous avons le droit de dire avec les faits et les chiffres :

Oui, le système cellulaire prédispose à l'aliénation mentale ; oui, il conduit à la folie ; oui, il ébranle l'intelligence et précipite la volonté vers ce terme fatal, le suicide. Rarement le détenu se prend d'affection pour sa cellule ; rarement il s'accommode de l'isolement. Rien au contraire ne l'impressionne davantage ; insensiblement il devient taciturne, triste, morose, refuse ses aliments et reste des heures entières sur un escabeau, les bras appuyés sur sa table ; la promenade n'est plus un besoin pour lui ; les visites de l'aumônier, celles du médecin, ne peuvent le tirer de ses rêveries ; toutes ses pensées sont concentrées sur les moyens de mettre fin à ses jours. Plus la surveillance augmente autour de lui, plus il multiplie ses tentatives ! Voyez ces deux prévenus de vol : forts et robustes au premier mois de captivité, ils cherchent à se suicider en fabriquant du vert-de-gris par l'infusion de quelques sous dans l'urine. Ces autres, condamnés pour vagabondage, rébellion,

(1) On a admis généralement que le premier essai d'emprisonnement cellulaire avait été fait à Gand, en 1794 ; mais d'après des documents recueillis par M. le docteur C. Minati, il résulte qu'en 1677 l'abbé Filippo Franci avait fondé à Florence une prison correctionnelle sur le système de la réclusion. Cette rectification nous paraît très intéressante au point de vue historique.

(2) « Notre pensée n'est pas de soumettre les détenus à une séquestration complète, » à une solitude absolue ; nous voulons séparer les condamnés de la société de leurs » pareils, les tenir éloignés des mauvais exemples et des mauvaises relations, mais nous » voulons en même temps multiplier autour d'eux les relations morales et honnêtes. »

abus de confiance, se donnent la mort en se suspendant à l'attache du hamac, au crochet de tirage du châssis, au bec de gaz!

Laissons donc de côté et les artifices de langage et les subtilités des statistiques. Ne craignons pas de nous déjuger; et quand, après trois ans d'une application consciencieuse, régulière, intelligente du système cellulaire, nous nous trouvons en présence de ce fait énorme, capital : « douze fois plus de suicides à Mazas qu'à la Force! » ne venons pas parler d'intégrité, d'intelligence, d'amour pour la cellule et son mobilier!

En appliquant une heureuse organisation de médecin philosophe à l'étude approfondie des aptitudes physiques, intellectuelles et morales des détenus, notre savant confrère est arrivé à établir chez eux trois catégories :

1° Les pervers intelligents (fautes réfléchies et préméditées);

2° Les vicieux bornés (se livrant au mal moins par manque absolu de discernement que par indifférence pour le bien);

3° Les ineptes (ayant subi diverses condamnations sans les redouter, sans les comprendre).

Cette distinction, aussi vraie qu'ingénieuse, dénote une connaissance intelligente du cœur humain; les exigences de la discipline, de l'ordre intérieur pourront la modifier, mais le principe restera, sans détruire la prédominance que la criminalité légale de l'acte doit conserver tout d'abord.

Comme le moyen le plus sûr d'atteindre le but final : *punir et amender*, est d'appliquer à chaque division un mode divers d'emprisonnement, M. Ferrus propose :

L'encellulement continu pour les pervers;

Le système d'Auburn pour les vicieux;

L'emprisonnement collectif de jour et de nuit, et les travaux publics pour les ineptes.

Nous n'admettrions l'encellulement continu, même pour les pervers, qu'après des modifications essentielles; et sans méconnaître les difficultés et les obstacles de la pratique, nous serions heureux d'y constater la gradation des peines en harmonie avec notre législation criminelle.

Une exposition nette et facile, des appréciations profondes et variées, une généralisation féconde nous montrent, avec des éléments disparates en apparence, l'ensemble parfaitement coordonné du *Probation system*. Pentonville, Milbanck, les pontons de Woolwich et de Portsmouth, les carrières de Portland, nous enseignent qu'une administration intelligente peut modifier son action au profit du détenu sans jamais rien perdre de son autorité.

Bien qu'à notre avis les questions pénitentiaires doivent être étudiées dans le pays même où doit se faire l'application, afin de tenir compte des habitudes, des mœurs, du caractère, de la manière d'être politique et sociale de ses habitants, il est tels enseignements que l'on peut toujours rechercher, à savoir : l'harmonie générale du système, la nécessité d'augmenter l'autorité de la direction pénitentiaire, tout en garantissant le prisonnier contre l'arbitraire du chef.

Nous observons avec plaisir que l'incarcération de Pentonville n'a qu'une durée limitée (de six à douze mois), et avec la majorité des esprits calmes, nous regardons la séquestration solitaire comme une arme à deux tranchants, nuisible ou féconde, suivant la main qui en dispose et suivant le caractère de l'homme auquel on l'applique. Milbanck, qui est actuellement un dépôt central pour la déportation, présente et le régime de l'isolement et le travail en commun. Un judicieux ensemble de vues hygiéniques s'est établi pour conserver la santé du détenu et réformer son caractère par une discipline soutenue, juste, exemplaire.

Les pontons, en général, donnent asile aux *convicts* qui ont subi les épreuves de Pentonville et aux détenus invalides. « Malheureux » impotents, se traînant avec peine ou soutenus tout tremblotants » par les gardiens et les soldats; espèces de cadavres animés qui » vivent sans vivre. Le crime ainsi associé à la caducité; la laideur » physique et morale réunie dans un même homme; la pitié étouffée par le dégoût; l'âge déshérité de toute dignité et de toute » sympathie : triste tableau, digne d'affliger également l'esprit et » le cœur. » (Ferrus)

Les travaux publics de Portland sont très efficaces pour le bien-être corporel et moral de ces privilégiés. Quant à la déportation, cette partie intégrante du *Probation system*, elle a reçu en dernier lieu les modifications les plus intelligentes, et toutes ses applications sont dominées par cette pensée philosophique : « Laisser au coupable comme mobile régénérateur, l'espérance! »

A propos de la déportation en Sibérie, M. Ferrus nous permettra-t-il, en développant sa description, d'en flétrir, d'en stigmatiser l'existence. Arbitraire et barbare, considérée comme moyen politique, elle est souverainement inique, considérée comme moyen de justice civile. Notre généreux confrère, qui a proclamé avec enthousiasme cette vérité de la gradation des peines, s'élèvera avec nous contre cette mort de tous les instants que subissent des individus jetés dans des déserts de glaces, après un pénible et humiliant voyage de milliers de lieues; et, avec nous, il considérera cet acte dégradant comme digne tout au plus de figurer à côté de ces supplices du moyen âge, personnifiés par le grand poëte florentin dans l'épisode émouvant du *Comte Ugolin*.

Ce système de déportation nous montre bien la punition, et la punition la plus outrageante; car elle frappe indistinctement et l'homme froidement criminel et celui qui a obéi à un moment de passion, de fièvre ou d'ivresse. Mais où se trouve la possibilité de l'amendement? Où est le but moralisateur? Qu'est-ce qui constitue l'espoir d'une existence plus honnête?

Nous ne nous occuperons pas de l'avenir de la déportation en France; les premiers essais faits dans la Guyane ont rencontré des obstacles inhérents à une mauvaise direction. Il sera facile de lui enlever le triple caractère d'antisociale, de ruineuse, d'inhumaine, avec lequel elle apparaît au vulgaire, et, par des mesures sages et protectrices, de sauvegarder les intérêts de la société, en laissant la voie du repentir ouverte devant le criminel.

Nous ne saurions donner trop d'éloges à la pensée éminemment utile et moralisatrice du savant inspecteur, d'appliquer en France, et spécialement en Algérie, les condamnés aux occupations agricoles et aux grands travaux d'utilité publique.

Nous ne devons jamais oublier qu'à côté de la peine, toujours facile à obtenir, il faut placer l'amendement et l'espérance, seuls capables de relever à ses propres yeux et aux yeux de la société l'*être fragile créé à l'image de Dieu*.

Dr PROSPER DE PIETRA-SANTA.

VII.

NOUVELLES.

— Nous sommes priés d'insérer la lettre suivante :

Le *Moniteur des hôpitaux* (29 octobre 1853) a pris la peine d'annoncer que M. Kramer, l'auteur d'un *Traité sur les maladies de l'oreille*, était mort dernièrement en Italie sur les bords du lac de Côme.

Il y a là une petite erreur qu'il importe de signaler au public; M. Kramer, qui vient de mourir à sa villa du lac de Côme, n'est pas le Kramer de Berlin, médecin auriste, mais bien M. Kramer, de Milan, chimiste distingué, auteur de recherches sur l'*élimination des substances minérales introduites dans l'estomac*. Ce professeur, que j'ai eu l'honneur de voir à Paris, à qui j'ai donné des soins, n'a de commun que le nom avec le médecin prussien.

Le même journal ajoute que l'ouvrage de M. Kramer, de Berlin, est *imparfaitement connu en France par une traduction qui laisse à désirer*.

Les personnes compétentes ne partagent pas cette opinion un peu hasardée. M. le professeur Horn, directeur du grand hôpital de la Charité de Berlin, a rendu dans le temps un compte avantageux de mon travail; M. le docteur Schmalz, de Dresde, parfaitement en état de juger pareille question, a rendu pleine justice à mes soins de traducteur. Si M. Kramer, de Berlin, a réclamé contre mon œuvre, c'est surtout à l'occasion des notes critiques que j'y ai ajoutées, et qui, au dire des meilleurs juges en cette matière, sont loin d'amoindrir l'ouvrage que j'ai traduit.

Agréez, etc. P. MÉNIÈRE.

— Le *Collége médical des femmes*, de Pensylvanie, a ouvert sa session d'hiver le 1er octobre. La Faculté comprend cinq professeurs du sexe masculin, et deux du sexe féminin.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'Ecole-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 11 NOVEMBRE 1853. N° 6.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 3 novembre 1853.

EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER DANS LES ANÉVRISMES. — MORTALITÉ DANS LA VILLE DE PARIS. — INHALATIONS ANESTHÉSIQUES.

L'Académie de médecine s'est occupée dans sa dernière séance d'une question qui, au dire même de l'un de ses membres, est une *question prématurée*. Il s'est agi, en effet, du traitement des anévrismes par l'injection du perchlorure de fer dans le sac anévrismal.

M. Malgaigne est venu lire un mémoire dans lequel, après avoir donné une courte analyse de cas où la méthode nouvelle a été employée, soit à Paris, soit en province, sans beaucoup discuter la valeur clinique du moyen thérapeutique nouveau, la nature des accidents produits, la possibilité ou l'impossibilité de les conjurer par les modifications apportées au procédé opératoire employé aujourd'hui, il conclut au rejet absolu de la méthode. Son unique raison est que, sur 11 opérations, 4 ont été suivies de mort, 2 seulement de guérison, et que, dans le reste des cas, il y a eu des accidents assez graves pour faire renoncer à l'emploi de l'injection et obliger de recourir à la ligature du vaisseau.

Nous ne pouvons dissimuler que nous attendions quelque chose de plus du fécond professeur de médecine opératoire. Rassembler à grand peine 11 essais d'une opération nouvelle, dresser la statistique brute des succès et des insuccès, et conclure, sans plus ample informé, par une condamnation absolue quant à présent et à peu près sans recours dans l'avenir, c'est user, ce nous semble, d'un procédé un peu sommaire. Si l'on en avait fait autant pour les méthodes opératoires les plus brillantes de la chirurgie, pour celles qui sont le plus récemment entrées dans le domaine de la pratique au grand avantage de l'humanité, comme l'opération du strabisme ou même celle de la lithotritie, nous doutons qu'on eût trouvé, dans les 11 premiers faits publiés, plus de succès complets qu'on n'en trouve aujourd'hui dans les mêmes essais de la nouvelle opération. C'est qu'il est de l'essence de toutes manœuvres opératoires nouvellement introduites dans la science, d'être mal exécutées ou mal appliquées à leur début, les règles qui dirigent le praticien dans leur application ou dans leur exécution, ne pouvant être que le fruit de l'expérience. Or, dans l'espèce, l'expérience n'existe pas encore.

A ce propos, un chirurgien, qu'on n'accusera ni de légèreté, ni d'impéritie, signalait il y a quelques jours, dans nos colonnes, des imperfections d'instruments et des vices de

---

FEUILLETON.

Séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris. Éloges de H. Royer-Collard et de A. Richard.

Les séances de rentrée des corps savants ne prêtent pas en général au genre descriptif. Répétées d'année en année, dans les mêmes circonstances et pour le même objet, elles seraient fort en peine d'innover. Sauf un buste de l'Empereur placé au-dessus de l'estrade, et l'Ambroise Paré de M. Matout inauguré il y a sept ou huit mois, notre œil d'habitué n'a découvert aucune variante dans la décoration. Le programme aussi a gardé sa simplicité traditionnelle : un discours nécrologique et l'appel des prix ; des lauriers à ceux qui sont tombés, et des lauriers à ceux qui se distinguent dans la lutte. L'idée a été quelquefois émise de réunir, dans une même séance solennelle, toutes les Facultés de la capitale, à l'instar des Académies de l'Institut. Ce serait là assurément un moyen de donner de la vie, du mouvement, de la variété à la cérémonie. Le lieu, choisi dans des proportions convenables, permettrait de plus riches dispositions ; le contingent littéraire serait plus considérable, moins uniforme ; les Gaulois de ce temps-ci, plus blasés que ceux de Brennus, ne pourraient s'empêcher de trouver imposante une assemblée de tous les Pères Conscrits de la république scientifique ; et l'on se plairait également à voir associés dans un même triomphe, comme au Cirque, les vainqueurs de tous les jeux, en témoignage de la solidarité de toutes les sciences et de la haute confraternité de tous les savants. Il y a là, certes, de quoi tenter l'imagination. Et pourtant nous restons convaincu que le mode de rentrée actuel est encore le meilleur, et que les Facultés font bien de rester chacune chez soi. Sous ce rapport, l'assimilation entre les Facultés et les Académies manque de justesse. Les Académies se meuvent dans une sphère indépendante et incirconscrite. Les curieux peuvent, s'ils le trouvent bon, les observer du bout de leur lorgnette ; mais elles ne descendent pas pour eux de la hauteur où l'ordre des choses les a placées ; elles éclairent la foule quand et comme il leur convient ; elles appartiennent, si l'on veut, à la mécanique céleste, et ce n'est pas pour rien qu'on dit qu'elles se composent d'*immortels*. Pour les Facultés, c'est autre chose : leur royaume est de ce monde. Elles ont charge d'intelligences ; elles renferment, suivant un mot de Royer-Collard rappelé dans le discours, les *précepteurs de la jeunesse* ; elles doivent donc conserver avec la jeunesse un contact intime et permanent. Le jour consacré où maîtres et élèves se trouvent en

manœuvre qu'on ne soupçonnait pas, et que la pratique seule a révélés. Tout nouvellement aussi, M. Malgaigne l'a rappelé lui-même, un habile pharmacien de Lyon montrait que le liquide coagulant dont on s'est servi dans toutes les opérations faites jusqu'à ce jour est doué de propriétés acides capables à elles seules de compromettre le succès du traitement; il propose aujourd'hui un liquide neutre susceptible, suivant lui, de produire la coagulation du sang dans le sac anévrismal, sans provoquer l'inflammation des parois artérielles. Voilà donc d'autres voies ouvertes, et nous avouons que nous ne répugnons pas à y voir entrer la chirurgie. Sans contester que l'expérimentation, dans ses résultats connus, n'ait pas été jusqu'ici fort heureuse, nous ne nous sentons pas de goût pour une proscription rigoureuse, qui ne serait pas, quant à présent, justifiée. On peut ne pas se porter défenseur des opérations pratiquées et de leurs résultats, et néanmoins réserver l'avenir dans les limites qu'impose la circonspection.

Au reste, nous avons voulu aujourd'hui marquer seulement la position que nous entendons prendre dans cette question. Le débat doit continuer mardi prochain; nous le suivrons avec attention.

Nous avons promis de revenir sur les tables de M. Trébuchet, relatives à la mortalité dans la ville de Paris pendant l'année 1851. Notre intention n'est pas d'analyser *in extenso* un travail qui n'est, pour ainsi dire, qu'une longue suite de chiffres dans l'étendue de 40 pages in-8°. Il nous semble, d'un autre côté, que la plupart de nos lecteurs ne prendraient qu'un intérêt médiocre au simple nécrologe d'une localité, même aussi considérable que l'est la capitale. Nous nous proposons, en conséquence, de nous placer à un point de vue moins restreint, et de mettre quelques uns des principaux résultats numériques en regard des données universellement acceptées de l'hygiène et de l'étiologie pathologique.

Disons-le tout de suite, le fait général qui ressort de ce rapprochement, est un désaccord notable entre les diverses expressions de la mortalité et certaines notions qui ont cours dans la science. Pour le démontrer, nous choisirons nos exemples dans les deux éléments les plus importants de la statistique de M. Trébuchet, à savoir, la distribution des décès dans les divers quartiers de la capitale, et la distribution des genres de maladie dans les diverses professions.

Si l'on examine sur un plan de Paris la disposition des quarante-huit quartiers, et qu'on se rende bien compte de leurs conditions relatives de salubrité, on est fort étonné de l'ordre suivant lequel ils sont rangés dans l'échelle décroissante de mortalité (Voir le 4e n°). Laissons la Cité qui a toujours été, et est encore, malgré de notables améliorations, un foyer de misères physiques et morales, et le lieu de prédilection des épidémies meurtrières; elle donne, pour 1851, une proportion de décès supérieure de plus de moitié à la proportion la plus élevée des autres quartiers: 44,28 décès sur 1,000 habitants, contre 28,51 fournis par le quartier du Jardin-des-Plantes, qui vient immédiatement après. Mais prenons des sections situées aux extrémités opposées de l'échelle. Prenons, par exemple, cette section du Jardin-des-Plantes, la plus féconde en décès après la Cité, et comparons-la à la section Saint-Marcel qui ne vient qu'en 37e ligne. Celle du Jardin-des-Plantes est renfermée entre les quais de la Tournelle et Saint-Bernard, la montagne Sainte-Geneviève, une petite partie de la rue Mouffetard, et les rues d'Orléans et de Buffon; elle comprend le jardin lui-même, l'Ecole polytechnique, la Halle-aux-Vins et le marché aux Veaux. A l'exception des petites rues situées sur la lisière de l'Ouest, elle occupe un terrain élevé, et l'air y circule plus librement qu'au centre de la ville; les habitations n'y sont ni très étroites, ni très rapprochées; la population, sans y être très éparpillée, est loin des conditions de l'encombrement. Cependant, nous l'avons dit, 28,51 décès par 1,000 habitants. La section Saint-Marcel est moins découverte, si ce n'est dans l'emplacement occupé par la Salpêtrière et aux environs des Gobelins; elle comprend, pour une bonne partie, les deux rives de l'affreuse rue Mouffetard et toutes les petites rues qui y aboutissent depuis l'extrémité de la rue de l'Ourcine jusqu'à la barrière d'Italie. La population y est plus pressée que dans la section précédente; somme toute, elle offre autant au moins que celle-ci, pour ne rien aventurer, des conditions apparentes d'insalubrité. Combien, néanmoins, a-t-elle donné de décès? 16,40 sur 1,000; près de moitié moins qu'au Jardin-des-Plantes.

Autre exemple: Le quartier de l'Observatoire est dans d'excellentes conditions topographiques. De grands établissements avec jardins y ménagent la libre circulation de l'air: l'Observatoire lui-même, le Val-de-Grâce, le couvent des dames Saint-Michel. De nombreuses pensions l'ont choisi pour sa réputation de salubrité: une rue consacre même cette réputation par son nom, la rue *de la Santé;* et des religieuses,

---

présence pour inaugurer l'année scolaire, est pour les uns et les autres un *premier janvier*, un jour de bienvenue et de souhaits réciproques. La réunion est une réunion de famille, où il est bon qu'aucune distraction étrangère ne vienne troubler la joie ou la douleur communes; aucun enseignement, les doctrines du lieu; aucun exemple, les conseils d'une expérience spéciale. La Faculté de théologie, par exemple, et la Faculté de médecine se trouvent assurément mieux de ce *chacun chez soi* que d'un commerce direct et officiel.

Pour en venir à la séance de lundi, on sait déjà qu'il n'y a pas eu *un discours*, comme nous le disions tout à l'heure, mais deux discours, par le même orateur. M. Roux avait donné, il y a deux ans, l'exemple de cette prodigalité, d'autant plus généreux en cette circonstance, que les morts, Bichat et Boyer, avaient assez attendu pour qu'il n'y eût plus urgence à se mettre en règle avec eux. La dette était prescrite. Cette année la mort avait fait un arriéré à la Faculté, et M. Bouchardat, dans son infatigable ardeur, est venu le combler. Il en a même donné une raison qui lui fait honneur, et que toute l'assistance a applaudie. Successeur de Royer-Collard dans la chaire d'hygiène, il se devait de ne pas laisser à d'autres le soin de louer un collègue si regretté. Élève, agrégé, ami de Richard, un *mouvement de cœur* lui a commandé de parler de lui dans une occasion publique.

M. Bouchardat s'applaudit aujourd'hui d'avoir écouté ces suggestions de l'honnêteté et de la reconnaissance; un brillant succès l'y autorise. Néanmoins, il ne nous paraît pas désirable que ce procédé d'accouplement dans le panégyrique tourne en habitude. L'esprit s'étonne de passer d'un homme à un autre, sans y être conduit par la liaison des idées ou l'enchaînement du discours, sans autre transition qu'un trait tiré à propos. Le rapprochement de deux modèles dans un même panégyrique n'est assurément pas interdit, mais il impose à ce panégyrique des conditions particulières, extrêmement difficiles à remplir; tellement difficiles, que l'orateur s'empresse ordinairement de s'y soustraire. Ces conditions consistent à mettre en présence, en même temps que les personnes, leur intelligence, leur caractère, leurs aptitudes, leurs services. Il ne s'agit pas ici du parallèle classique, mais bien de mettre en relief, dans une vue prise en haut, le contraste ou l'harmonie des figures. Pour cela, il faut quitter souvent la chronologie; il faut délaisser les détails biographiques; il faut chercher son thème dans les aperçus généraux, et se servir des particularités individuelles, travaux accomplis, services rendus, traits de caractère, comme d'éléments à combiner pour l'exécution d'un portrait fidèle. Dans l'espèce, par exemple, quelle instructive opposition à établir entre H. Royer-Collard et A. Richard! Combien de qualités, et des plus rares, dans l'un et dans l'autre;

qui ont pris l'étiquette au mot, y ont installé un magnifique établissement pour des malades. L'Observatoire donne néanmoins une proportion de 20,96 décès sur 1,000 habitants, tandis qu'on n'en compte que 14,82 dans la section du Palais-Royal, qui comprend un labyrinthe de rues sales, étroites, sans air, sans lumière, encombrées d'une population peu aisée : les rues l'Évêque, d'Argenteuil, du Hasard, des Moineaux, etc. La section la plus maltraitée, celle qui termine la série dans le tableau de M. Trébucbet, est la section du Mail. Ceux qui connaissent Paris savent bien que cette section est loin, très loin de réunir les conditions hygiéniques les plus désavantageuses.

Jetons maintenant un rapide coup d'œil sur les professions.

Il n'est aucunement prouvé que certaines professions soient spécialement exposées à la fièvre typhoïde; mais on est généralement d'accord pour attribuer à l'air confiné une influence marquée sur la production de cette maladie. Les *chambrées* de journaliers sont regardées surtout comme un foyer très actif; et de fait, quand le développement des travaux publics agglomère soudainement à Paris une masse d'ouvriers, le nombre des fièvres continues ne tarde pas à se multiplier dans les hôpitaux. Eh bien, dans les tables de M. Trébuchet, la proportion des morts par fièvre typhoïde, calculée sur le chiffre total des décès, chez les journaliers, porteurs d'eau, hommes de peine, etc., n'est que de 1 sur 24,15, tandis qu'elle est chez les *raffineurs* de 1 sur 7,33; chez les *tonneliers*, de 1 sur 11,71. Qui expliquera de si singuliers résultats? Dans beaucoup de relevés, la fièvre typhoïde n'est pas mentionnée, bien qu'ils portent à la fois sur cinq ou six professions analogues; en revanche, on y trouve la gastrite et l'entérite. Ainsi, les couturières, lingères, chemisières, modistes, brodeuses, corsetières, chamarreuses, ravaudeuses, réunies dans un même groupe, n'ont fourni que 1 mort par fièvre typhoïde sur 36 décès, mais 1 mort par entérite *sur 11 décès*. Chez les domestiques, bonnes d'enfant, garçons de bureau, femmes de ménage, tous gens qui couchent ordinairement dans des réduits peu aérés, la proportion des morts par fièvre typhoïde est de 1 sur 15,61, et celle des morts par entérite, de 1 sur 11,12. On sent très bien qu'il est impossible de fonder aucune notion certaine et applicable sur de semblables données.

Voulons-nous considérer une affection moins embarrassante pour le diagnostic, surtout quand elle va jusqu'à la mort, la phthisie pulmonaire? M. Lombard, de Genève, a classé les professions suivant le degré de prédisposition qu'elles apportent à la phthisie. Les premières sur la liste sont les professions qui exposent aux émanations végétales et minérales; les dernières, les plus protégées, sont les professions à émanations animales et aqueuses. Or, que voyons-nous dans les tables dont nous nous occupons? Les peigneurs de laine, cardeurs de matelas, donnent bien 1 mort par phthisie sur environ 5 morts par affections diverses; les paveurs, tailleurs de pierre, piqueurs de grès et de moellons, donnent la proportion de 1 sur 6,92; les boulangers et pâtissiers, celle de 1 sur 5 ; et dans toutes ces professions, on respire des poussières végétales ou minérales. Mais la proportion est égale ou même plus forte dans des professions qui n'exposent à aucune émanation de ce genre; ainsi, elle est de 1 sur 3,90 chez les couturières, modistes, brodeuses, etc. Chez les blanchisseuses qui respirent de la vapeur aqueuse, et qui, à ce titre, devraient jouir d'une immunité relative, elle est de 1 sur 4,95. Disons enfin que, dans certains relevés, la proportion des décès par phthisie pulmonaire est telle, qu'on a peine à y croire : elle serait, par exemple, de 1 sur 2,92 chez les chapeliers.

Ces citations n'ont d'autre but que de montrer la difficulté de dresser, en pareille matière, des statistiques exactes. Assurément l'honorable chef de bureau de la police médicale y a apporté toute la scrupuleuse exactitude qu'on lui connaît; mais il ne peut, en définitive, se servir que d'éléments venus du dehors et dépourvus de contrôle. Or, ce sont ces éléments qui sont altérés dans leur source par la négligence de ceux qui les relèvent, ou plutôt par l'impossibilité où ils sont eux-mêmes de les vérifier; car il ne faut pas oublier que les documents sont fournis à l'autorité par des médecins qui n'ont pas vu les malades. Nous nous faisons un devoir d'ajouter que, dans le relevé qui repose sur les bases les moins incertaines, le relevé relatif à l'armée, les résultats statistiques s'accordent assez bien avec ce qu'on sait déjà. La mortalité par fièvre typhoïde est, au chiffre total des décès, dans proportion de 1 sur 7,37, non compris les *entérites*, dont la proportion est de 1 sur 13,77.

M. Robert a lu mercredi une partie de son second rapport à la Société de chirurgie. Nous en renvoyons l'appréciation au moment où nous aurons sous les yeux le travail entier.

A. Dechambre.

---

mais quelle dissemblance dans ces qualités! Royer-Collard était surtout un penseur; son esprit facile, souple, étendu, le rendait plus propre à apercevoir le côté général et élevé des choses, à saisir leurs rapports, qu'à les embrasser dans une notion forte et sûre d'elle-même. L'instinct le servait plus que la réflexion. Il accumulait en se jouant, dans sa complaisante mémoire, tout ce qu'une rapide lecture faisait passer sous ses yeux; et, en se jouant aussi, à table, à la promenade, au théâtre, il s'assimilait, par une sorte de digestion spontanée du cerveau, il rendait sien, en l'interprétant et en le méthodisant, le produit courant du travail contemporain. On trouverait parmi les artistes du temps plus d'un à qui le comparer; race de contemplateurs, éminents par le talent et par la pensée, doués intrinsèquement d'une force de fécondité dont peu de personnes ont la confidence, et qui se complaisent dans une sorte d'oisiveté savante. L'artiste, chez Royer-Collard, était à la fois dans la pensée et dans le style. C'est surtout dans son mémoire de l'*organoplastie hygiénique*, qu'il se découvre sous ce double rapport. L'idée y est large, forte, hardie; elle caresse le progrès accompli; elle ouvre à l'avenir des perspectives un peu imaginaires, et le style, tout coloré qu'il est, décèle par l'habileté du tour et la science de la période un praticien très expérimenté. Dans ses œuvres plus sévères, comme son *Mémoire sur les tempéraments*, ou son *Cours d'hygiène*, ce sont encore les vues d'ensemble qui caractérisent sa manière. Son tort, — il l'a expié et il l'expie encore par la fausse idée qu'ont prise de sa valeur des esprits superficiels, — son tort a été de ne pas entrer assez avant dans l'application. Il lui convenait d'indiquer la route, en se tenant de sa personne sur les hauteurs, et il n'y avait pas de guide plus sûr ni mieux avisé; son caractère d'abord, puis la nature de son intelligence l'éloignaient des rudes sentiers où la science se recueille brin à brin; il n'a pas voulu et il n'est pas sûr qu'il eût pu être autre chose. C'était, en un mot, un excellent éclaireur.

Tout au contraire, A. Richard apportait dans le travail l'ardeur suivie qui enfante les œuvres durables. Il avait l'esprit net, positif, réfléchi, le jugement d'une extrême rectitude, et en même temps cette sagacité pénétrante, cet *ingenii acies* que définit Cicéron, et qui est l'instrument propre de la découverte; nous parlons de la découverte des faits et non de celle des lois, qui exige d'autres aptitudes. Les hommes de cette nature sont éminemment propres à l'étude des sciences naturelles. Cuvier, quand on y songe bien, n'était pas autre chose, et il n'y a eu entre Richard et lui qu'une différence de degrés, tandis que les affinités naturelles de Royer-Collard le rattachaient à Geoffroy Saint-Hilaire. Jamais peut-être qualités de l'esprit n'ont été mieux adaptées à l'objet des études qu'elles

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

TUMEURS LAITEUSES ou GALACTOCÈLES, par M. le professeur VELPEAU.

Le nom de *tumeurs laiteuses* s'applique aux tumeurs formées par du lait ou par quelques unes des parties constituantes du lait, soit dans les conduits naturels de la glande, soit entre les couches organiques de la région mammaire. Ce genre de tumeurs, dont il n'a été publié que de rares exemples, n'avait été l'objet d'aucune description spéciale, lorsque j'en fis le sujet d'un court chapitre en 1838. Depuis, une seule observation paraît en avoir été recueillie dans les hôpitaux de Paris. M. A. Forget, qui l'a publiée et qui ne semble point avoir eu connaissance de ce que j'en avais dit moi-même, n'en est pas moins arrivé aux mêmes conclusions que moi sur plusieurs points.

Le galactocèle mammaire est, en somme, une tumeur moins rare qu'on ne le penserait d'après le peu d'exemples qui en ont été relatés. On l'a plusieurs fois confondue avec des tumeurs de tout autre nature. Elle se présente sous plusieurs formes; il y en a d'aiguës, de chroniques, de liquides et de concrètes, d'inflammatoires et d'indolentes, de passagères et de permanentes. Le lait, de sa nature très altérable, susceptible de toutes sortes de transformations, doit, plus qu'aucun autre produit de sécrétion peut-être, donner lieu à des maladies locales variées. Je ne veux m'occuper ici que des tumeurs dépourvues d'inflammation. Les observations parvenues à ma connaissance démontrent que, dans le sein, ces tumeurs peuvent exister à l'état d'infiltration, à l'état de kystes simples ou multiples, et à l'état de masses solides, soit caséeuses, soit butyreuses.

A. — *Galactocèle par infiltration.* — Je n'ai observé qu'une fois le galactocèle par infiltration longtemps après l'accouchement : c'était en 1838, chez une femme âgée de trente-quatre ans, accouchée depuis quinze mois, et qui avait cessé d'allaiter depuis six semaines. La mamelle droite de cette femme, à peu près doublée de volume, donnait l'idée d'un demi-globe spongieux, sensible, douloureux depuis quelques jours. La peau, un peu plus luisante que de l'autre côté, n'était point rouge, et toute la région était le siége d'un empâtement notable. Une ponction exploratrice avec le bistouri donna issue à une quantité notable de lait qui sortait évidemment des mailles du tissu cellulaire; une saignée du bras, deux purgatifs, quelques bains généraux et de simples topiques émollients dissipèrent cet engorgement dans l'espace de quinze jours. Mais les observations de ce genre rentrent à peu près de tous points dans la catégorie des engorgements laiteux ordinaires.

B. — *Galactocèle liquide* ou *kyste laiteux.* — Les kystes remplis de lait forment l'espèce de galactocèle le plus souvent observée à la mamelle : ce sont même, à peu près, les seuls qui aient fixé l'attention. Ils sont caractérisés par une tumeur dont le volume varie extrêmement, tumeur molle, indolente, fluctuante, donnant l'idée d'une poche un peu flasque, pendante ou légèrement bosselée, établie sans phénomènes inflammatoires précurseurs. Le plus ancien exemple qu'on en connaisse appartient à Scarpa; c'est le seul dont ait parlé Boyer.

OBS. I^re^. — Une paysanne, âgée de vingt ans, s'aperçut, dix jours après un second accouchement, d'un gonflement dans l'aisselle gauche, dit Scarpa. Peu à peu la tuméfaction gagna, envahit toute la mamelle, qui s'allongea au point d'appuyer sur la cuisse gauche. Une ponction pratiquée du côté de l'aisselle avec un trocart donna issue à dix livres de lait pur. Une incision de 3 centimètres de longueur fut aussitôt substituée à la ponction dans le but de passer à travers le kyste un séton. La malade finit par guérir.

Dans cet exemple, la tumeur était, comme on le voit, énorme, et Scarpa prit toutes les précautions chimiques et autres pour s'assurer que le liquide dont il s'agit était bien du lait. — La seconde observation de kyste laiteux qui ait été publiée se trouve dans les œuvres d'A. Cooper.

OBS. II.—Trente-huit ans; sein droit; tumeur qui paraît un mois après l'accouchement. Un coup de lancette fait sortir du kyste six onces d'un coagulum blanchâtre mêlé à une certaine quantité de sérosité citrine. L'écoulement du liquide cessa au bout de quelques jours, et la malade attribuait la formation de cette tumeur à un coup qu'elle avait reçu sur la mamelle.

Dupuytren semble avoir de son côté rencontré quelques cas de kystes laiteux, et M. South en a consigné un autre dans sa traduction de Chelius.

OBS. III. — Une jeune femme, nourrice depuis quinze mois, s'aperçut qu'une tumeur lui venait au sein droit, six ou sept mois après son accouchement. L'allaitement étant terminé, elle vint à l'Hôtel-Dieu pour se faire enlever cette tumeur qui lui causait beaucoup d'inquiétude. Du volume d'un petit œuf de poule, dure, rénitente, mobile, sans changement de couleur à la peau, la grosseur était située au-dessous du mamelon. Dupuytren y pratiqua une incision longue de deux pouces et demi, et en fit sortir ainsi une matière semblable à de la crème jaunâtre et inodore, matière qui, d'après l'analyse chimique, contenait du caséum et de la substance butyreuse; le kyste, inégal, granuleux à son intérieur, adhérait intimement aux tissus voisins. On en sollicita la suppuration au moyen de pansements avec la charpie.

L'observation ne va pas plus loin dans le compte rendu de Paillard.

Il s'agit, dans le fait publié par M. Forget, d'un kyste laiteux développé chez une femme âgée de vingt-neuf ans, et dont la dernière couche datait de deux mois. La tumeur, composée d'un grand kyste et de quelques bosselures secondaires, s'était établie insensiblement et sans causer de douleurs. M. Jobert en pratiqua l'incision à l'hôpital Saint-Louis : une quantité considérable de liquide tout à fait semblable à du lait en fut extraite; on procéda immédiatement à l'enlèvement du kyste; une suppuration abondante eut lieu, et la femme finit par guérir.

Dans ces différents cas, le lait accumulé dans un sac constituait

---

ne l'ont été chez Richard cultivant la botanique. Là son analyse si fine et si clairvoyante trouvait de continuelles satisfactions. Elle lui apprenait l'origine, longtemps cherchée en vain, de médicaments importants; elle lui fournissait de précieux éléments de classification; elle l'armait contre les théories hasardées d'armes sûres dont il avait eu occasion de se servir peu de temps avant sa mort, avec une dextérité qui a laissé des souvenirs à l'Institut. Cette possession si pleine et si claire de la science contribuait puissamment, avec la facilité naturelle de sa parole et les agréments de son esprit, à en rendre l'exposition si attrayante dans sa bouche; car l'exposition d'un sujet ne se sépare pas de sa conception. On peut disserter avec aisance sur ce qu'on ne connaît pas bien; mais la clarté et la vérité de l'exposé méthodique impliquent une notion positive et réfléchie. On s'exprime comme on conçoit, suivant la vieille maxime de Boileau. Richard a été sous ce rapport un modèle accompli.

On le voit assez, broder la biographie de deux personnages sur un thème de ce genre serait une œuvre extrêmement difficile. Aussi, ne reprochons-nous pas à M. Bouchardat de ne l'avoir pas tenté. Nous aimons mieux reconnaître que, dans les conditions du cadre adopté, il s'est acquitté de sa tâche avec beaucoup de bonheur. Il nous siérait d'autant moins de récriminer, que les traits principaux de chacune des physionomies, surtout de celle de Richard, ont été aperçus et sont indiqués çà et là dans le cours du panégyrique. L'éparpillement nuit à leur relief; mais le coup de pinceau n'y manque pas. Quelques uns même revivent avec une vérité frappante; ceux, par exemple, qui concernent le professeur et l'examinateur. C'est peut-être le passage le mieux pensé et le mieux écrit du discours. On y remarque une saillie heureuse, dont le modeste orateur n'avait pas l'air de se douter, et qui a excité des rires bruyants d'approbation; il a paru à ces démonstrations, que le jour de l'examen est réellement, pour l'immense majorité des élèves, *un jour où l'on ne sait plus rien.* La passion toujours inassouvie de Richard pour les voyages, les préparatifs avancés, la malle garnie, les papiers mis en ordre, le testament cacheté, et puis le cœur manquant devant les larmes de la famille; tout cela forme aussi un épisode plein d'intérêt. Mais le morceau qui a enlevé le plus vivement les suffrages est celui qui concerne les qualités privées et la fin de Richard. Il fait aimer l'orateur autant que son modèle. Ne pouvant reproduire *in extenso* un discours qui a duré plus d'une heure et qui est déjà connu de tous les médecins, nous nous bornerons à citer ce morceau, désigné doublement à notre préférence et par notre goût particulier, et par une longue salve d'applaudissements.

«...... Avec une santé très souvent ébranlée, Richard a su se faire sur

une tumeur permanente. Il en est d'autres où le galactocèle ne semble avoir été qu'une tumeur passagère. Ainsi, chez une femme dont Siébold a raconté l'observation, deux kystes laiteux s'étaient établis près de l'aisselle, un de chaque côté, pendant la grossesse. Recouvertes d'une peau rugueuse, ayant l'aspect de chair de poule, ces tumeurs, étant comprimées, laissaient suinter du véritable lait. Après l'accouchement, leur exsudation cessa petit à petit, et elles ne tardèrent pas à disparaître d'elles-mêmes. Dans un autre cas, emprunté à M. Moor, dans un troisième qu'a rencontré M. Lee, et dans un quatrième qui appartient à M. Stanley, le galactocèle, soit qu'il appartînt à une glande surnuméraire, soit qu'il se fût établi de toute autre façon, existait aussi dans l'aisselle et disparut également sans médication active.

On voit déjà, par ce peu de faits, que le liquide contenu dans le galactocèle n'est pas toujours de la même consistance. C'était du lait pur chez la malade de Scarpa; il était caillebotté et séreux dans le cas d'A. Cooper; chez la malade de Dupuytren, il ressemblait à de la crème, et c'était aussi du lait pur dans le kyste opéré par M. Jobert. Quant aux tumeurs axillaires qui n'ont point été ouvertes, tout indique qu'elles contenaient du lait à l'état physiologique.

Quelle sorte de transformation ce liquide peut-il éprouver? Dupuytren, qui dit avoir rencontré des concrétions pétrées, des pierres laiteuses dans des kystes semblables, et posséder une collection de pierres laiteuses recueillies sur des femelles d'animaux, cite en outre un cas où le kyste contenait une matière analogue à de l'adipocire.

C. — *Galactocèle solide ou concret.* — Outre les kystes remplis de lait, il existe des tumeurs solides dont les matériaux constituants appartiennent à ce liquide, ainsi qu'on va le voir.

OBS. Ire. — Une femme d'environ quarante ans, de petite stature, se portant assez bien d'ailleurs, ayant nourri plusieurs enfants, se fit admettre dans ma division, à l'hôpital de la Charité, au mois de décembre 1837. Cette femme, qui habite la campagne, présente au sein droit une tumeur du volume des deux poings; tumeur bosselée, saillante, indolente, dure, d'une consistance qui tient le milieu entre celle des tumeurs fibreuses et celle des tumeurs encéphaloïdes non ramollies; mobile sans rougeur, dépourvue de tout travail inflammatoire, quoique enveloppée d'une peau très amincie, elle était née huit mois auparavant à la suite d'une dernière lactation et d'un léger engorgement du sein.

Ne trouvant dans une pareille masse les caractères ni du squirrhe, ni du tissu cérébriforme, ni des kystes, ni des autres tumeurs ou dégénérescences connues de la mamelle, je me demandai si du lait, concret ou endurci, n'en avait pas été le point le départ. L'espèce d'empâtement dont elle donnait l'idée, quand on en pressait quelques unes des principales bosselures entre les doigts, me fortifiait encore dans cette opinion.

Les médications générales et topiques qui avaient déjà été essayées vainement pour la fondre m'ôtèrent la pensée de les mettre de nouveau en usage, d'autant mieux que la malade était venue à l'hôpital, en désespoir de cause, réclamer l'enlèvement de sa tumeur.

Après l'opération, il fut aisé de constater par la dissection que cette tumeur était formée de deux ordres de matières : 1° de pelotons, de grumeaux, d'un jaune homogène, fermes, dépourvus de toute trame organique, se laissant écraser sous le doigt, ayant absolument l'aspect de fromage ou de beurre en grande partie desséché; 2° d'une enveloppe dans laquelle on retrouvait le tissu de la mamelle étalé, aplati, mécaniquement dénaturé et du tissu fibro-cellulaire représentant un large kyste, dont l'intérieur, subdivisé par des brides ou des lamelles de même nature, simulait une poche à larges vacuoles, où se trouvaient les pelotons de matière butyreuse.

Frappé de cet aspect, je priai M. Donné, qui appliquait déjà avec succès le microscope à l'étude des produits pathologiques, d'examiner la tumeur. Voici la note que je dois à son obligeance.

« La matière qui m'a été remise de votre part se présente sous l'aspect d'une espèce de caséum coagulé. Sous le microscope, cette matière paraît formée d'une multitude de globules analogues à ceux du lait, solubles comme eux dans l'éther et l'alcool et insolubles dans l'ammoniaque. Ils sont entremêlés de globules muqueux et des corpuscules granuleux caractéristiques du colostrum. La glande elle-même, exprimée, fournit des globules semblables; l'eau agitée avec cette matière, devient blanche comme du lait et contient les mêmes globules. »

L'opération, qui n'offrit rien de particulier, eut d'ailleurs des suites immédiates aussi simples que satisfaisantes. La plaie ne suppura que médiocrement d'abord, et se rétrécit des quatre cinquièmes dans l'espace de vingt jours. Rassuré par les caractères mentionnés plus haut, je comptais sur une guérison prompte et radicale; malheureusement il n'en fut point ainsi. Quoique la tumeur enlevée fût entourée partout de tissus naturels non altérés, elle commença à repulluler au bout d'un mois, alors même que la plaie de l'opération n'était pas encore complétement cicatrisée. Un peloton analogue à ceux qui avaient été enlevés se montra le premier au-dessus de la cicatrice; un peu plus tard, il s'en manifesta d'autres en dehors, du côté de l'aisselle. Les restes de la glande mammaire en furent bientôt envahis à leur tour; il en survint aussi sous la cicatrice et sur toute la circonférence de l'ancienne plaie. Le développement des nouvelles tumeurs fut si rapide, qu'en moins de quatre mois elles formèrent une masse du volume d'une tête d'enfant. Leurs bosselures, entières dans certaines régions, largement ulcérées sur d'autres, ayant l'aspect de champignon encéphaloïde pour quelques unes, et de pelotons caséeux pour d'autres, eussent été difficiles, du reste, à distinguer des tumeurs cérébriformes, si elles n'avaient offert çà et là des masses de véritable fromage, très reconnaissables et faciles à extraire.

N'était-ce pas là un fait des plus étranges? Voyant que le mal se reproduisait à la manière des cancers, sans perdre les caractères les plus évidents de matière caséeuse ou butyreuse, je me trouvai dans une extrême perplexité. Détachant quelques uns des pelotons d'apparence fongueuse qui proéminaient le plus au dehors, je pus enlever ainsi de volumineux grumeaux, ressemblant les uns à du fromage de Hollande, les autres à du beurre un peu ferme, sans l'intervention des instruments et sans donner lieu à aucun écoulement du sang. Ces grumeaux ou fragments, en tout semblables à ceux de la première tumeur, furent envoyés à M. Donné,

---

cette terre tout le bonheur qu'il était possible d'y trouver, et pour cela son secret a été bien simple : il a consisté à s'oublier pour les siens et pour ses amis; à aimer à rendre heureux ceux qui l'entouraient; à être bon, bienveillant pour tous; à faire son devoir en toute occasion ; à aimer la vérité d'un amour constant et inaltérable ; à travailler incessamment à sa recherche ; à être dépouillé d'envie et d'orgueil ; à être exempt, autant qu'on peut l'être, de toute ambition étrangère à la science, se reposant ainsi tranquille dans un port abrité des orages.

» Personne n'a supporté avec une plus admirable résignation les épreuves nombreuses que la Providence sème sur notre passage dans ce monde comme pour nous apprendre à nous en détacher.

» Ne croyez pas pour cela qu'il fût insensible. Pour connaître cette âme aimante, il a fallu, comme je l'ai fait, assister à toutes les angoisses qu'il a éprouvées, quand la maladie est venue atteindre sa fille ou ses petits-enfants ! Comme alors il oubliait ses souffrances pour ne penser qu'à celles des siens !

» La perte prématurée d'une épouse adorable et adorée l'eût brisé sans retour, si la religion n'était venue soutenir son courage, en lui montrant que cette douloureuse séparation n'était que momentanée.

« Toute la supériorité de A. Richard m'est apparue dans un moment suprême. Habitué à de fréquentes alternatives de maladie, il oubliait sa santé; cependant se sentant affaiblir sans qu'il pût expliquer sa faiblesse, il voulut mieux connaître la cause d'un symptôme dont il s'était peu préoccupé, et il découvrit avec moi qu'il était atteint d'une maladie qui ne lui laissait aucune espérance.

» J'ai été profondément attendri de la sérénité du philosophe et du chrétien, qui lui fit considérer sans amertume, et pour ainsi dire sans émotion, sa fin prochaine ; lui dont la carrière était si belle et si digne d'envie, professeur illustre de cette Faculté qu'il aimait tant, membre des premières sociétés savantes du monde, il s'oublie pour ne penser qu'aux siens, et jetant sur cette heure fatale, qu'il voyait si peu éloignée, un regard plein de calme : « Je suis tranquille aujourd'hui, dit-il, sur l'avenir de mes enfants. Je puis mourir quand il plaira à Dieu. » Ah ! que ne lui a-t-il été accordé par la Providence de jouir plus longtemps de leurs succès. Quelques années de plus, son fils Gustave, sa vivante image, qui formera le troisième anneau de cette glorieuse famille de botanistes, eût réalisé ses espérances. Combien il eût été heureux aujourd'hui de voir son fils aîné, le petit-fils d'Antoine Dubois, assis au milieu de nous, entrant plein d'ardeur et plein d'avenir dans la carrière illustrée par son grand-père !

» Quoi qu'il en soit, messieurs, à sa dernière heure, il a pu dire :

auquel on ne dit pas plus cette fois que la première d'où venait la substance qui lui était soumise, ni l'opinion que j'en avais; il y trouva non seulement les globules et les corpuscules granuleux, mais encore le caséum et tous les autres éléments du lait. Il suffisait, au surplus, de jeter un coup d'œil sur les pelotons extraits de la tumeur pour être convaincu qu'il s'agissait réellement de concrétions laiteuses, de lait coagulé depuis longtemps.

La malade n'en a pas moins continué d'aller de mal en pis. Une vaste suppuration de mauvaise nature, ichoreuse, l'a peu à peu épuisée. La plupart des bosselures de sa tumeur se sont ulcérées, puis détachées spontanément; les fonctions digestives n'ont pas tardé à se troubler; une diarrhée colliquative est survenue, et la mort a terminé ce travail de destruction six mois après l'opération.

Le cas que je viens de relater est le seul de son espèce que j'eusse observé en 1838; il s'en est présenté un second à ma clinique depuis. Peut-être Dupuytren avait-il rencontré quelque chose d'analogue, lorsqu'il parle de tumeurs du sein formées par du lait et transformées en adipocire.

Obs. II. — Il y a sept ou huit ans que ce professeur (Dupuytren) fut appelé, dit Paillard, auprès d'une femme âgée de quarante ans environ, et qui portait une tumeur assez volumineuse dans le sein. En comprimant cette tumeur, elle conservait l'impression du doigt. Le diagnostic devint des plus embarrassants; néanmoins une incision fut faite, et la tumeur ouverte. C'était un kyste contenant une matière tout à fait semblable à de l'adipocire; elle en avait tous les caractères physiques et chimiques. (*Journal hebdomadaire*, 1829, t. IV, p. 229.)

L'observation n'en dit pas davantage. Le mot *adipocire* rend encore le fait plus obscur, attendu que les tumeurs ou les matières qualifiées de la sorte, et qu'on a rencontrées dans d'autres régions du corps, sont d'une nature tout à fait étrangère à celle du lait.

Obs. III. — Maria Thuillier, vingt-cinq ans, passementière, est blonde et lymphatique; ses membres sont grêles, ses chairs peu fermes; son père est mort du choléra en 1832; sa mère est phthisique, du moins elle crache le sang et tousse beaucoup; enfin le frère a des glandes sous la mâchoire. Dans son enfance la malade a eu des abcès au cou; réglée à quatorze ans, elle l'a toujours été depuis très abondamment. Vers dix-huit ans, il y eut une interruption d'un an, parce qu'ayant eu le tænia, elle suivit un traitement énergique; entre autres médicaments elle prit de la racine de fougère. Il y a deux ans qu'elle est mariée; elle a un enfant de neuf mois, et raconte qu'il y a quatorze mois elle reçut d'un passant un coup de coude dans le sein gauche; bientôt elle n'y pensa plus, tant l'accident lui parut léger; mais quatre ou cinq mois après être accouchée, c'est-à-dire il y a quatre ou cinq mois, une petite glande apparut au-dessus du mamelon. La tumeur grossit lentement, en causant parfois des douleurs vives, une sorte de névralgie mammaire.

28 juillet 1848. Située à la partie supérieure et interne du mamelon gauche, cette tumeur offre aujourd'hui le volume d'une noix. Son grand diamètre est transversal; elle n'est pas adhérente à la peau, et donne l'idée d'une tumeur en bissac ou en calebasse. Sa dureté est assez considérable, on la dirait fibreuse. Sa surface n'est pas bosselée, et la peau qui la recouvre n'est ni vascularisée, ni colorée d'une manière anormale. Il y a des douleurs dans les deux seins, mais ailleurs que dans la tumeur.

1er août. L'opération a lieu aujourd'hui. On a soumis la malade à l'inhalation du chloroforme. A son réveil, on a lié quelques vaisseaux et appliqué un pansement simple, sans bandelettes agglutinatives. Au bout d'un mois elle était guérie.

Anatomie pathologique. — La tumeur est formée de lobules à parois épaisses; incisés, ils laissent échapper une matière blanche, molle, ayant l'aspect du fromage à la crème ou du fromage blanc. Au microscope on y trouve des éléments laiteux et butyreux, des cristaux de margarine et un conduit galactophore s'ouvrant dans un des lobules. Par l'analyse chimique, M. Quévenne y reconnaît, de son côté, des principes laiteux et butyreux, mais il ne pousse pas assez loin ses recherches pour les énumérer tous.

En somme, cette tumeur est une de celles qu'on peut appeler butyreuses, qui, se développant chez les nouvelles accouchées, sont produites par du lait extravasé dans les tissus et qui, là, se modifie considérablement.

M. Lebert, auquel j'ai confié l'examen microscopique de la pièce, m'a remis la note ci-jointe :

« Cette tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, se compose de tissu mammaire et de kystes fluctuants, dont le plus volumineux, capable de loger une noisette, est d'un jaune terne, légèrement brunâtre à sa surface. Des lames de tissu adipeux recouvrent en plusieurs endroits la superficie de la tumeur.

» Le kyste principal est rempli d'une substance demi-liquide, ayant exactement la consistance du fromage à la crème, d'un blanc grisâtre et d'une parfaite homogénéité, se laissant étendre d'une manière uniforme sur une surface plane. Au microscope, on y reconnaît comme principal élément de la graisse sous diverses formes, sous celle de granules, de petites vésicules, de plaques et d'agminations granuleuses irrégulières. On y voit, en outre, un grand nombre de petits bâtonnets cristalloïdes, soit isolés, soit groupés en faisceaux, et qui ressemblent aux aiguilles des cristaux de margarine, avec cette différence cependant, que leurs extrémités sont tronquées, tandis qu'elles sont finement pointues dans la margarine.

» Lorsqu'on débarrasse le kyste de la majeure partie de son contenu, on voit qu'il y a plusieurs petites loges collatérales. Sa surface interne est d'un jaune rosé, peu vasculaire, formée de tissu fibro-cellulaire. On n'y reconnaît pas plus que dans le contenu de la tumeur des lamelles épithéliales; il n'y existe pas non plus de feuillets de cholestérine, éléments si constants dans les tumeurs athéromateuses, avec lesquelles le kyste principal présentait à l'aspect extérieur la plus grande ressemblance.

» En dépouillant la surface extérieure de la tumeur du tissu cellulaire et adipeux qui la recouvre, on voit à la limite du kyste principal quatre ou cinq saillies arrondies offrant un aspect lobulaire, et ressemblant un peu aux bords d'une feuille de chêne. Chacune de ces saillies a à peu près le volume d'un pois; leur fond est élargi, tandis que leur extrémité antérieure est rétrécie, et pour l'un de ces corps nous avons pu suivre son passage à un conduit galactophore d'environ un millimètre de largeur. En ouvrant un de ces lobes, d'un jaune pâle, on en retire une substance de la même couleur, présentant tous les caractères physiques et microscopiques du beurre. Les autres lobes renferment une substance en tout semblable, mais plutôt sous l'état d'infiltration que comme moule interne d'une cavité.

» Nous ferons enfin remarquer que le tissu qui entoure les kystes et les lobules remplis de substance butyreuse est le tissu mammaire normal avec prédominance de la substance fibreuse; les lobules glandulaires pri-

---

» J'ai bien rempli ma journée; toute ma vie a été consacrée ou à des choses utiles, ou à agrandir la sphère des connaissances humaines. J'ai fait tout le bien qu'il m'était donné de faire ici-bas, ma conscience est tranquille.

» Je terminerai son éloge, en disant: Efforçons-nous de l'imiter. »

A. Dechambre.

Les *Ann. cliniq. de Montpellier* relèvent cette assertion émise par la *Gaz. hebdom. de médecine et de chirurgie* (n° 2, au feuilleton), que sur les 1052 élèves en médecine en cours d'étude dans les trois Facultés de France en 1847, 175 seulement appartenaient à Montpellier. L'erreur, si elle existe, est officielle; car nous nous en sommes rapporté à un document émané du gouvernement. C'est M. de Salvandy, ministre de l'instruction publique, qui a présenté ces chiffres devant la Chambre des pairs. Mais nous ferons remarquer que notre honorable contradicteur, M. le professeur Alquié, ne compte lui-même que 189 inscriptions *régulières*. Quant aux inscriptions converties des écoles préparatoires, aux inscriptions prises par les chirurgiens militaires, et à celles qu'alloue le ministre, s'il n'en a pas été tenu compte pour Montpellier, il en a été de même très vraisemblablement pour les autres Facultés. En sorte que les chiffres de M. Alquié ne changent guère la *proportion* établie par M. de Salvandy, et c'est le nombre proportionnel des élèves dans les diverses Facultés qui importait à la thèse de la *Gazette hebdomadaire*.

— Le *Comité médical des Bouches-du-Rhône* vient d'adopter un tarif uniforme pour les honoraires des médecins. Nous y voyons que plusieurs heures de la nuit passées auprès d'un malade seront payées 50 francs, une opération césarienne, pratiquée avec succès sur une femme vivante, 3,000 francs. — Rien de mieux; mais combien de clients seraient hors d'état de se libérer à ce prix? Devra-t-on alors donner ses soins *gratis?* Et si un rabais est facultatif, à quoi bon le tarif?

Errata. Deux fautes susceptibles d'altérer le sens se sont glissées dans notre dernier numéro : 1° Page 57, deuxième colonne, ligne 12, au lieu de : *cinq mois*, lisez : *plus d'un mois*; 2° page 58, à la fin du feuilleton, au lieu de : *grossières*, lisez : *gaies*.

mitifs que l'on y trouve, en faisant des coupes très minces, ont, en moyenne, 1/20e de millimètre dans leurs vésicules primitives, et l'on reconnaît dans leur intérieur le même épithélium que nous avons souvent rencontré dans l'hypertrophie mammaire. »

(La suite prochainement.)

GETAH LAHAE, NOUVELLE SUBSTANCE PHARMACEUTIQUE,

par le docteur J.-F. Vanhengel, de Hilversum (Hollande).

Nous appelons l'expérimentation sur la nouvelle substance que M. Vanhengel tente d'introduire dans la thérapeutique. Les premiers essais montrent déjà qu'elle pourrait rendre de notables services à la chirurgie et peut-être aussi à la médecine. Quand elle ne pourrait devenir que le succédané d'autres substances, elle aurait encore l'avantage du bon marché, ce qui n'est pas à dédaigner dans la médecine des pauvres ni dans celle des armées. N. du R.

En examinant les objets qui nous entourent, nous en rencontrons souvent dont les propriétés nous sont encore entièrement inconnues. Nous connaissons beaucoup moins encore les produits qui nous arrivent de temps en temps des contrées éloignées. Nos colonies transatlantiques, par exemple, renferment une foule de produits qui, soit parce qu'on ne s'est pas donné la peine de les étudier, soit parce qu'on ne les a pas étudiés convenablement, sont restés perdus pour les arts et la médecine, bien que possédant des propriétés qu'il suffirait de connaître pour les mettre à profit. Parmi ces produits exotiques, il en est un, nommé *Getah Lahae*, qui m'a été remis par un des directeurs de la Société de commerce des Pays-Bas (*Nederlandsche Handelmaatschappy*), avec prière de m'assurer s'il ne pourrait pas être utilisé au point de vue médical. L'objet de cette note est de faire connaître ce que l'expérience m'a appris à ce sujet.

Le Getah Lahae est une résine provenant d'un arbre connu dans les Indes sous le nom de *Lahae*. Cet arbre se rencontre abondamment dans nos colonies de l'Archipel indien, tant dans les terrains élevés et secs, que dans ceux qui sont bas et humides. La résine en découle à la moindre incision de l'enveloppe corticale, et en masse quand on l'abat. La quantité de Getah retirée en moyenne d'un arbre de 3 à 4 pieds de diamètre, s'élève à 48, à 68 hectogrammes. Elle est surtout abondante dans les arbres qui croissent dans les lieux bas et humides et dans ceux qui ont les feuilles les plus longues et les plus foncées. Les indigènes reconnaissent tout d'abord les arbres les plus productifs dont ils emploient la résine pour fabriquer leurs torches.

Le Getah Lahae, tel qu'on l'exporte en Europe, est une matière résineuse solide, légèrement onctueuse au toucher, et d'une couleur gris sale. Enveloppée dans du papier, et mise en contact avec du feu, elle brûle facilement et plus longtemps que ne le fait une égale quantité de cire jaune, et projette une flamme jaune éclatante. Mise dans l'eau elle surnage, mais ne s'y dissout pas; elle ne se dissout pas davantage dans l'éther ni dans l'alcool, mais bien dans diverses huiles. Elle se fond dans l'eau bouillante et présente alors des propriétés adhésives remarquables. Elle est poreuse et fragile et se laisse facilement pulvériser.

Désirant instituer quelques essais thérapeutiques avec le Getah Lahae, j'ai d'abord traité cette substance de la manière suivante : après l'avoir fait fondre au moyen de l'eau chaude, je l'ai remuée, dans le but de la débarrasser des matières étrangères qui descendaient ainsi au fond du vase, au moyen d'un petit bâton entouré de linge préalablement mouillé, pour qu'elle n'y adhérât point; puis la résine ainsi fondue fut placée sur un tamis également mouillé, et je versai dessus, d'une manière continue, de l'eau bouillante, afin de la purifier davantage. C'est de cette résine, passée ainsi à travers les mailles du tamis, que je me suis servi dans mes expériences.

Administré d'abord à la dose de deux grains, le Getah Lahae ne me parut pas agir autrement qu'une substance inerte; à la dose de quinze grains, il produisit chez moi un retard prolongé des selles, auquel je dus remédier par l'administration de pilules composées d'extrait d'aloès et de savon amygdalin. Je pus m'assurer de cet effet à trois reprises différentes. Je n'ai pas encore eu occasion de recourir à cette substance pour essayer de combattre les diarrhées colliquatives chez les phthisiques.

Voulant tirer parti des propriétés adhésives du Getah, voici comment j'ai opéré. J'ai pulvérisé grossièrement dans un mortier la résine refroidie; la poudre ainsi obtenue fut jetée sur un tamis sec et à mailles larges, puis je la répandis uniformément sur un morceau de linge; enfin je passai légèrement sur celle-ci un fer à repasser. Ce linge, ainsi préparé et préalablement chauffé, est, quand on l'applique sur une plaie dont les lèvres ou les bords sont secs, le meilleur adhésif que je connaisse. J'ai employé cet emplâtre adhésif avec un remarquable et prompt succès sur une plaie qui était le siége d'une hémorrhagie veineuse abondante. Je l'ai appliqué avec non moins de succès sur des ulcères atoniques des extrémités. On peut aussi le diviser en lanières, et s'en servir à la manière des bandelettes de Baynton, sur lesquelles il a l'avantage d'adhérer mieux, d'être d'un prix moins élevé, et de pouvoir servir plus d'une fois sans perdre de sa force adhésive.

Le Getah Lahae présente beaucoup d'analogie avec la cire jaune, mais il coûte moins cher de moitié, sa valeur vénale n'étant tout au plus que d'un florin le kilo. Il peut fort bien remplacer la cire jaune et blanche dans la préparation des onguents. Fondu avec l'huile d'olives à la quantité d'une once sur trois d'huile, il pourra remplacer avantageusement l'*unguentum simplex*, et sa couleur n'est pas foncée, contrairement à ce que l'on serait tenté de croire, quand on prend la précaution de remuer le mélange jusqu'à complet refroidissement. J'ai eu occasion d'employer cet onguent dans sept cas différents, et j'ai été étonné de son efficacité. Un de ces cas a trait à la femme Zwelheim, vieille juive cacochyme qui portait à la jambe gauche un ulcère inflammatoire, douloureux, étendu, à bords irrégulièrement découpés et couvert d'une matière ichoreuse. Cet ulcère provenait d'une morsure de chien faite plusieurs semaines auparavant, et contre laquelle on n'avait dirigé que des moyens insuffisants. Après deux jours d'emploi de l'onguent de Lahae, appliqué deux fois par jour, l'ulcère commença à prendre un meilleur aspect, et la cicatrisation fut complète douze jours après. — Employé dans un cas d'anthrax, il m'a semblé qu'il a notablement favorisé l'élimination du bourbillon; je l'ai encore employé dans un cas de plaie suppurante résultant de brûlure; enfin dans des cas d'ulcères chroniques.

Employé dans la préparation de l'*unguentum basilicum*, il rend cet onguent plus adhésif. Quand on l'emploie dans la confection des *Emplastrum cicutæ*, *Emplastrum aromaticum*, *Emplastrum vesicatorium*, on doit avoir soin de prendre moins de Getah Lahae que la pharmacopée ne prescrit de cire, pour ne pas porter trop loin la force adhésive de ces divers emplastiques.

Avant de terminer cette note, je dois faire une dernière observation. Partant de l'imperméabilité des emplâtres préparés avec le Getah Lahae, et de leur prix peu élevé, je me suis bien trouvé d'employer la toile recouverte de cette résine, à la manière de la toile cirée, chez les gâteux, chez les femmes pendant la parturition ou pendant les couches, etc. Avant d'employer le linge de Getah Lahae à cet usage, il faut avoir la précaution de lui enlever sa force adhésive; à cet effet, il suffit de le laver avec une éponge trempée dans du pétrole.

D'après ce qui précède, je crois pouvoir admettre que la résine de Getah Lahae mérite d'occuper une place dans le domaine de la matière médicale, et que les praticiens auront occasion d'en faire usage dans une infinité de cas (1).

(1) *Extr. des Annales méd. de la Flandre occidentale.*

MÉMOIRE SUR LES INJECTIONS DE PERCHLORURE DE FER APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES ANÉVRISMES, par M. MALGAIGNE.

Ce travail, lu à l'Académie de médecine par M. Malgaigne, étant devenu le point de départ d'une discussion importante, nous le reproduisons ici d'une manière aussi étendue qu'il est nécessaire pour l'intelligence des faits et de la discussion. N. du R.

Je viens entretenir l'Académie d'une méthode nouvelle pour le traitement des anévrismes, sortie tout entière des méditations et des expériences de notre regrettable confrère feu le docteur Pravaz, et, qui, dans les premiers moments, semblait devoir réaliser, pour les anévrismes, un progrès aussi important que la lithotritie pour la pierre. L'expérience n'a pas répondu à ces heureuses espérances; et après quelques rares guérisons, qui déjà avaient failli compromettre la vie des malades, sont venus des échecs plus graves, terminés plus d'une fois par la mort. Il est donc temps de réunir les faits déjà connus, de les soumettre à une appréciation sérieuse, et d'apprendre aux chirurgiens ce qu'ils doivent en penser.

Après un exposé critique des premières expériences de Pravaz sur des animaux et de celles qui furent plus tard répétées à Alfort par MM. Giraldès et Debout, M. Malgaigne passe à l'examen des expérimentations qui ont été faites successivement sur l'homme. Il rappelle qu'un premier essai, tenté sans aucune règle et avec un procédé opératoire très imparfait, n'en avait pas moins donné une guérison admirable et semblait indiquer que les précautions minutieuses recommandées par Pravaz étaient peu nécessaires.

Dès le 4 février, M. Raoult Deslongchamps avait traité par le perchlorure un anévrisme de l'artère sus-orbitaire, du volume d'un œuf de pigeon. A la vérité, cet anévrisme offrait des phénomènes singuliers. Il n'est pas commun d'abord de rencontrer des anévrismes gros comme un œuf de pigeon sur une artère presque capillaire. L'oreille n'y entendait aucun bruit anormal; la pression directe sur la tumeur l'affaissait et la faisait disparaître complétement; les battements seuls l'avaient fait juger anévrismale. M. Raoult y fit une ponction oblique de 3 millimètres avec un bistouri très aigu; quelques gouttes de sang rutilant coulèrent le long de la lame sans jet saccadé. On introduisit une seringue de verre dans la plaie, on fit une injection, sans calculer les gouttes; la seringue retirée, il sortit derechef quelques gouttes de sang; cependant la tumeur battait encore dans presque toute son étendue. Le surlendemain, nouvelle injection « de dix à douze gouttes, » dit l'auteur; mais il n'avait aucun moyen de les mesurer; et ce qu'il faut noter, c'est qu'il introduisit sa seringue par la même plaie; « qu'un stylet fut introduit pour détruire les adhérences; » et même, ajoute-t-il, « je pus le faire manœuvrer dans toute l'étendue du sac. » Un anévrisme qui se vide en entier par la pression; qui, en conséquence, ne contient que du sang liquide, et qui se laisse ponctionner au bistouri et parcourir par un stylet sans donner un seul petit jet de sang, n'est pas, il faut le confesser, un anévrisme ordinaire.

On s'y trompa, toutefois; et M. Robert, notre collègue, fut seul d'abord à élever des doutes sur la nature de la tumeur. Mais le jour même où Pravaz, dans sa communication à la Société de chirurgie, se prévalait du succès obtenu dans ce cas, M. Raoult annonçait qu'une nouvelle tumeur était apparue dans la même région, avec des battements comme dans l'autre, et qu'il n'hésitait pas à y reconnaître une « tumeur érectile cutanée. » Il n'en persistait pas moins à penser que l'ancienne tumeur, avec les mêmes caractères, était un véritable anévrisme. Le deuxième diagnostic me paraît, pour mon compte, beaucoup plus assuré que le premier.

Mais Pravaz avait annoncé la prochaine publication d'un nouveau cas qui devait montrer, je répète ses propres paroles, « que l'on ne peut dépasser les limites approximatives » fixées pour l'injection « sans déterminer des symptômes d'intoxication, et sans que le caillot formé se redissolve. » Quel était donc ce « nouveau cas? » M. Niepce en avait adressé un à l'Académie des sciences le 25 avril; je le reproduis d'après l'analyse publiée par M. Lallemand dans les Comptes rendus de cette compagnie :

« La tumeur occupait l'artère poplitée au creux du jarret. Cinq minutes après l'injection du perchlorure de fer, la tumeur paraissant très dure, on cessa de comprimer l'artère crurale, et l'on put constater que les battements avaient disparu dans l'intérieur du sac; quand on retira la canule à injection, il ne s'écoula pas une seule goutte de sang.

» Le lendemain et les jours suivants, une vive inflammation se manifesta dans les parties opérées. Le onzième jour, de la fluctuation s'étant manifestée au côté interne de la tumeur, une légère ponction donna issue à 10 grammes environ de sérosité purulente, et, dès lors, tous les symptômes inflammatoires disparurent.

» Le vingtième jour, on ne sentait plus à la place de la tumeur anévrismale qu'un noyau dur de la grosseur d'une noisette. La guérison fut donc obtenue en aussi peu de temps que les ligatures en mettent à couper les artères sur lesquelles on les applique pour guérir ces mêmes anévrismes. »

L'analyse de cette observation laisse à désirer. J'y cherche en vain les « symptômes d'intoxication » qu'elle devait montrer, au dire du consciencieux Pravaz; ni le volume de la tumeur, ni la quantité de l'injection, ni le procédé opératoire ne sont indiqués.

Du reste, dans la séance du 9 mai, M. Lallemand communiqua une autre observation due à M. Serre (d'Alais), et suivie aussi de guérison; malheureusement encore, nous n'en avons qu'un résumé beaucoup trop concis. Il s'agissait cette fois d'un anévrisme variqueux au pli du coude.

« Le caillot s'est promptement durci sous l'influence de l'injection; les battements ont cessé dans la tumeur, quand la compression de l'artère brachiale a été levée; les pulsations ont disparu plus tard dans les artères radiale et cubitale.

» Une inflammation assez vive s'est emparée des parois du sac, et une ponction pratiquée sur un point fluctuant a donné issue à une petite quantité de matière séro-purulente. Enfin, une escarre s'est détachée des parois du sac, sans qu'il soit survenu la moindre hémorrhagie. Depuis lors, la cicatrisation a fait des progrès rapides. »

Ainsi, dans les deux cas, et cette fois pour de véritables anévrismes, l'injection semblait avoir procuré une guérison radicale. Toutefois, à considérer de près les choses, dans l'observation de M. Niepce, l'inflammation et la suppuration du sac; dans celle de M. Serre, la suppuration du sac et la gangrène de ses parois, montraient déjà que ces sortes de guérisons ne s'obtiendraient pas sans danger.

Aussi, loin de se flatter de pareils succès, la méthode les considérait quasi comme des échecs qu'elle rejetait sur l'imprudence des opérateurs. M. Lallemand alléguait que, dans les opérations de M. Niepce et de M. Serre, il avait été injecté « au moins trois fois plus de perchlorure qu'il n'en fallait pour obtenir la formation du caillot. » On conçoit, ajoutait-il, que cet excès de matière injectée doit être plus nuisible qu'utile, si l'on considère surtout que les liquides qui coagulent le sang tendent tous à dissoudre le caillot déjà formé, et d'autant plus qu'on dépasse davantage les doses voulues.

Nous manquons de documents pour apprécier par nous-même l'excès de la dose employée; mais, d'un autre côté, l'expérience semble peu favorable à l'opinion exprimée par M. Lallemand, et qui était déjà celle de Pravaz, qu'un excès d'injection tend à dissoudre le caillot. Voyez le cas de M. Raoult, deux injections pour une tumeur grosse comme un œuf de pigeon; le caillot tient. Dans les deux autres, est-ce que le caillot a été dissous? M. Niepce en retrouvait encore au vingtième jour un noyau du volume d'une noisette, malgré l'issue donnée à la suppuration. M. Serre a vu le caillot durcir promptement; et il faut même qu'il ait gagné plus tard, puisqu'il a fini par supprimer les pulsations d'abord persistantes dans les artères radiale et cubitale.

Mais ce qu'il importe d'ajouter, et ce qui explique le jugement sévère de M. Lallemand, c'est que, dans le deuxième cas au moins, la guérison avait été achetée plus chèrement que le *Compte rendu de l'Académie des sciences* ne l'avait fait soupçonner. Dans un article récent d'un journal de Montpellier, je lis que M. Serre a raconté son observation dans les salles de l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi; ce n'était pas seulement « une inflammation assez vive » qui avait inquiété le chirurgien, mais « des désordres inflammatoires extrêmement gra-

ves, et tels que la vie du membre et du malade furent prochainement compromises (1). »

Au reste, un cas bien plus désastreux, puisque le malade mourut dans mon service des suites de l'opération, fut pour les chirurgiens un tout autre sujet d'alarme. Un maçon, âgé de vingt-cinq ans, portait au pli du coude une tumeur pulsatile du volume d'une aveline, suite probablement de la piqûre de l'artère dans une saignée malheureuse. Un de mes anciens élèves y pratiqua l'injection de perchlorure, cette fois avec la seringue graduée de Pravaz, chargée d'une solution à parties égales d'eau et de perchlorure de fer. Le trocart arriva sans difficulté dans la tumeur; un jet de sang en fut la preuve. Immédiatement la seringue fut ajustée, et l'opérateur fit exécuter à la vis du piston cinq demi-tours, projetant chacun une goutte. La tumeur battant toujours, on exécuta cinq nouveaux demi-tours, poussant cinq nouvelles gouttes. A l'instant même, douleur atroce dans tout le bras; la tumeur ne battait plus; dix secondes après, les pulsations cessaient à la radiale : la main devenait froide, violacée; le lendemain, gangrène limitée au pouce. On transporte le malade dans mon service; le lendemain, quarante-huit heures après l'opération, tout l'avant-bras est mortifié; que dirai-je de plus? L'observation a été publiée, mais j'espérais encore sauver le malade. L'amputation, qu'il avait d'abord repoussée, fut acceptée le onzième jour, l'avant-bras étant déjà en partie détaché par la gangrène, et après une amélioration passagère, le sujet a succombé.

Comment un tel résultat ne nous a-t-il pas tous arrêtés? Il y a d'excellentes raisons à en donner. D'une part, on a vu la gangrène et la mort succéder aussi à la ligature; puis on pouvait dire que la dose de l'injection avait été exagérée; et enfin, avait-on pris suffisamment le soin de comprimer l'artère au-dessus et au-dessous? D'autres ajoutaient même que la solution de perchlorure n'était pas indifférente; et bien que le malheureux opérateur se fût assuré que la sienne coagulait bien, il n'en avait pas indiqué le degré; M. Burin Dubuisson, habile pharmacien de Lyon, avait seul le secret de Pravaz; il fallait une solution préparée par M. Dubuisson.

Les premières objections étaient raisonnables : la dernière péchait par son exagération même, et le champ de l'opération allait se trouver bien rétréci, si l'on ne pouvait la pratiquer qu'avec le liquide Dubuisson. Or, ce dernier retranchement même allait être forcé, et la solution Dubuisson allait être aussi féconde en désastres que les autres.

M. Velpeau l'essaya le premier à Paris sur un étudiant qui portait un anévrisme au pli du coude par suite d'une saignée malheureuse. On connaît toute la prudence et l'habileté de M. Velpeau; je dirai pourtant qu'avant l'opération, pour plus de sécurité, il me fit l'honneur de me demander des détails sur les causes présumées de la gangrène dans le cas que je viens de rappeler. J'étais présent à l'opération avec un grand nombre de confrères; il y eut même plus de précautions prises que Pravaz n'en avait demandé : l'artère fut comprimée au-dessus et au-dessous de l'anévrisme, et, pour une tumeur de 8 centimètres de diamètre en un sens sur 10 dans l'autre, on injecta huit gouttes de perchlorure, apporté de Lyon par M. Dubuisson. Du reste, le résultat témoignait de la haute circonspection du chirurgien; il n'y eut pas de coagulation bien manifeste, et, dès que la compression fut enlevée, les battements reparurent dans le sac et dans les artères de l'avant-bras. D'ailleurs, aucun accident; et le 11 juin, vingt et un jours après la première injection, M. Velpeau en fit une autre portée à dix gouttes. Assurément encore la dose n'était pas exagérée, puisque la coagulation complète ne fut pas obtenue. Cependant l'anévrisme s'accrut en volume, et l'inflammation s'en étant emparée, M. Velpeau jugea prudent de lier l'artère le 18 juin, sept jours après la deuxième injection. Cela n'empêcha pas la tumeur anévrismale de s'ouvrir, et, à travers des accidents assez graves, l'opéré fut cependant assez heureux pour se rétablir.

Deux jours avant M. Velpeau, une tentative semblable avait été faite par M. Lenoir à l'hôpital Necker, pour un anévrisme poplité du volume d'un œuf de poule. On poussa sept gouttes de liquide dans la tumeur; les battements continuèrent, mais il n'y eut point d'accidents; et, douze jours après, enhardi par cette innocuité, M. Lenoir fit une nouvelle injection, portée cette fois à seize gouttes. Aucun résultat encore, ni en bien ni en mal. Il était permis d'accuser la mauvaise qualité de la solution; aussi, le 18 juin, M. Lenoir prit soin de se munir d'une solution préparée par M. Dubuisson lui-même; et, redoublant de prudence, il en injecta du premier coup six gouttes; puis, les battements continuant, six autres gouttes. Les battements n'en continuèrent pas moins; mais l'opérateur ne voulut pas aller plus loin, et l'injection totale demeura ainsi inférieure d'un quart environ à la précédente. On pouvait donc espérer une innocuité égale; en effet, pendant six jours, le malade n'éprouva même pas de douleur locale. Mais le 23 juin au soir, tout à coup, douleur sourde dans le jarret, frisson, chaleur, sueur; le lendemain, inflammation de la région poplitée, et, malgré le traitement antiphlogistique le plus complet, mort le 28 juin, dix jours après la dernière injection. L'autopsie montra des épanchements de sang dans la région poplitée, et la veine fémorale remplie d'une sanie couleur lie de vin. L'anévrisme était rempli d'un magma sanguin de même couleur, adhérant aux parois, et plus résistant au centre qu'à la circonférence. Quelques cuillerées de sérosité dans le péricarde.

Ces deux faits sont trop importants pour ne pas nous y arrêter un moment. Des opérateurs consommés, des précautions en surabondance, une solution préparée par l'inventeur même, et enfin une telle circonspection dans la dose injectée, qu'on n'obtint même pas la solidification de la tumeur; et cependant des accidents tels, qu'il fallut y parer dans un cas par la ligature de l'artère, et que, dans l'autre, ils ne purent pas être conjurés. Inefficacité et péril tout à la fois, tels étaient donc les deux reproches encourus ici par la méthode.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) *Annales cliniques de Montpellier*, 10 oct. 1853.

III.

REVUE DES JOURNAUX.

Cas singulier d'alopécie, par M. Barclay.

Un homme de vingt-quatre ans, sanguin et robuste, après avoir passé près de sept mois renfermé, commença à perdre ses cheveux, puis la barbe et les moustaches. Bientôt tous les poils du corps tombèrent. En même temps, la digestion se troubla, et il se plaignit d'une faiblesse très sensible. Des ferrugineux mirent fin à ces symptômes. Mais, depuis sept mois, il emploie des stimulants locaux et divers, remèdes internes, sans que le système pileux manifeste la moindre tendance à se reproduire.

M. Barclay dit n'avoir jamais vu un cas semblable; nous l'avons cité surtout afin de le rapprocher d'un exemple tout pareil, à notre connaissance personnelle. Le sujet, exposé à l'influence de causes débilitantes, perdit peu à peu tous ses poils à l'âge de trente-cinq ans. Il y a aujourd'hui huit ans qu'il se soumet à l'action de médications rationnelles ou empiriques variées, sans en avoir retiré d'autre avantage que la repullulation la moins souhaitée, celle de quelques poils aux narines. La santé générale persiste intacte. Deux professeurs de Montpellier consultés, et ne pouvant admettre la réalité de cette *alopécie essentielle*, l'ont, en dépit de ses dénégations parfaitement sincères et on ne peut plus éclairées, diagnostiquée syphilitique et traitée comme telle.

(*Associat. Medical Journal*, octobre 1853, p. 902.)

De la diminution des chlorures dans l'urine pendant les pneumonies, par le docteur Reale.

L'auteur de ce travail confirme les faits avancés par Redtenbacher, qui a constaté la disparition constante des chlorures dans l'urine des pneumoniques pendant la période de l'hépatisation, et il démontre l'apparition coïncidente des chlorures, en forte proportion, dans les crachats, dans les produits d'exsudation et dans le sérum du sang.

Le régime auquel on soumet le malade ne joue aucun rôle dans ce phénomène. D'abord parce qu'il disparaît lors de la résolution de la pneumonie, comme le fait observer l'auteur, et ensuite parce qu'il y a, non pas disparition des chlorures, mais perversion dans leur mode d'élimination.

En admettant 15 pour 100 de substance minérale dans l'urine normale, l'auteur a rencontré, dans 9 cas de pneumonie dont l'hépatisation était bien caractérisée, les sels tombés à 2 pour 100, et ne renfermant plus que des traces de chlorure sodique. Puis, lors de la résolution, il retrouva, sur 15 ou 20 pour 100 de sels, jusqu'à 6,5 pour 100 de sel marin, c'est-à-dire au delà de la moyenne de l'urine normale. En comparant la forte proportion de sel marin que renfermaient les crachats du cinquième au huitième jour, on est frappé d'y trouver une moyenne de 15 pour 100 de cette substance. L'auteur a également noté la réaction très acide qu'offrent les crachats à cette période.

Ce fait s'explique, d'après lui, par un excès relatif dans le poumon de l'acide de M. Verdeil. On sait que l'acide découvert par cet habile chimiste décompose une partie des carbonates du sang; mais à la condition de l'exosmose et de l'endosmose, suivant l'auteur de ce travail.

Or, si l'hématose est gênée, les carbonates ne seront pas décomposés; l'alcali, que le dégagement d'acide carbonique mettait en liberté, ne saturera plus l'acide pneumique qui restera libre dans le tissu et ses humeurs.

Nous en sommes convaincu, M. Verdeil, tout le premier, se refuse à cette chimiâtrie. Car c'est le contre-pied de tous ses principes.

Enfin, les extraits solubles dans l'eau augmentent, d'après l'auteur, dans une forte proportion, aux dépens de l'albumine, fibrine, etc.

Les extraits solubles dont l'augmentation a été constatée un grand nombre de fois, constituent ce que l'on nommait autrefois les *produits de combustion*. Or, n'est-il pas remarquable de voir augmenter ces prétendus produits, alors que la *combustion* paraît diminuée?

Le sel marin, comme on voit, a une grande tendance, dans cette période de la maladie, à se localiser dans le tissu pulmonaire, tandis qu'il diminue partout, même dans le sang. Puis, à mesure que le malade entre en convalescence, l'urine, les exsudations, les vésicatoires, etc., se chargent de nouveau de sels. — Peut-on espérer une application utile de ces faits intéressants? Le temps prononcera. (*Med. Chirurg. Transact.*, vol. XXXV.)

Cas de fracture du crâne chez un nouveau-né, par M. SWAYNE.

L'enfant expulsé pendant la station debout peut-il, par ce fait seul, subir une lésion mortelle du crâne? On sait que Chaussier a donné à cette question une réponse affirmative, se fondant sur ce que, de quinze fœtus qu'il laissa tomber sur le sol d'une hauteur de 18 pouces, douze eurent une fracture de l'un ou de l'autre pariétal. Au contraire, le docteur Klein, de Stuttgard, a vérifié que de 183 femmes accouchées debout, assises ou à genoux, aucune n'a vu son enfant offrir de fracture du crâne.

On peut concilier les conséquences en apparence opposées auxquelles chacun d'eux est arrivé, en réfléchissant que, dans la parturition, l'enfant ne tombe pas verticalement comme dans les expériences artificielles, mais obliquement, selon la direction de l'axe pelvien; que, en outre, sa chute est amortie par le frottement contre les vêtements et par la résistance du cordon ombilical.

M. Swayne a été appelé à donner son avis dans un cas de ce genre, qui fut l'objet d'une enquête judiciaire. Une femme était accouchée de son troisième enfant, dans la station debout, et si subitement, que le cordon se rompit à 3 pouces de l'ombilic. L'enfant, bien portant jusque-là, fut pris le sixième jour de convulsions générales auxquelles il succomba en quelques heures. On trouva une fissure d'un pouce et demi de longueur au pariétal gauche, avec un épanchement sanguin sous les téguments, au point correspondant, et un autre entre l'os et la dure-mère.

Quelques soupçons résultant des antécédents de cette femme tendaient à faire supposer que la blessure aurait été volontairement infligée par elle à son enfant. Mais d'abord le témoignage des assistants mettait le fait hors de doute. En second lieu, le siége de la lésion au pariétal est celui qu'on a le plus souvent observé en cas semblable. Enfin, comme M. Wayne le dit avec beaucoup de sens, si la mère avait voulu se rendre coupable d'un pareil crime, se serait-elle contentée d'une violence aussi légère que celle dont les effets durent attendre le sixième jour avant de se manifester par des symptômes.

D'après ces considérants (que nous recommandons à l'attention de nos confrères), exprimés dans le rapport du médecin, la poursuite ne fut pas continuée.

(*Association Medical Journal*, 14 octobre 1853, p. 901.)

Traitement des fistules anales par les injections et les lavements de teinture de ratanhia, par M. ROTTÉE.

Malgré le sens différent du titre (que nous avons transcrit littéralement), c'est par les injections, exclusivement par les injections, que l'auteur a traité ses malades. Après avoir fait prendre un lavement émollient, il pratique, par l'orifice externe de la fistule, deux ou trois injections avec une petite seringue contenant le liquide approprié.

Il consiste en un mélange de 15 grammes de teinture alcoolique de ratanhia, pour 250 grammes d'eau distillée de roses rouges. La double manœuvre (lavement, puis injection) doit être réitérée deux fois par jour.

Pour les constitutions lymphatiques, les fistules dont le tissu ambiant est très lâche, la proportion de teinture sera augmentée. M. Rottée l'a portée jusqu'à 25 et graduellement à 35 grammes.

Trois fistules ont été guéries à l'aide de ce traitement. Mais il faut remarquer qu'une seule peut être considérée comme d'origine spontanée. La seconde résultait du passage d'un fragment d'os à travers les parties qui avoisinent l'anus. Chez le troisième malade, la fistule provenait d'une piqûre de sangsue ulcérée. Le laconisme du texte permet même de douter que le trajet communiquât avec le rectum.

Une autre omission nous empêche de baser sur ces observations un jugement relativement à la valeur de la médication proposée. Nulle part il n'y est spécifié si les injections produisirent une irritation momentanée du sinus anormal. Il importerait cependant de le savoir. Car si la teinture de ratanhia n'a agi que comme substitutif, qu'à la faveur d'une phlogose développée artificiellement sur les surfaces morbides pour les exciter à l'agglutination, il est clair que nombre d'autres moyens analogues pourraient remplir le même but. Ce ne serait même pas s'avancer beaucoup que de promettre en leur nom une guérison plus prompte, puisque nous voyons que chez les trois malades de M. Rottée elle a exigé, pour s'accomplir, sept semaines, quatre-vingts jours et deux mois de soins journaliers et très assujettissants.

(*Journal des connaiss. médico-chirurg.*, sept., p. 456.)

Des obstructions intestinales, par M. POLLOCK.

L'auteur s'est proposé d'éclairer par la statistique divers points de l'histoire des rétrécissements intestinaux. Son relevé se compose de faits bien détaillés empruntés à une table qu'a publiée M. Hawkins, aux *Transactions de la Société pathologique*, enfin au Muséum du Collége.

Or, à les considérer d'abord sous le rapport étiologique, il se trouve que, dans ces 127 cas, il y a 38 rétrécissements de nature cancéreuse, 41 de non cancéreux, 5 de nœuds ou déplacements de l'intestin, 1 de bandes causant un étranglement interne, 2 où la stricture provenait de tumeurs extérieures ou d'abcès, 7 résultant de corps étrangers ou de calculs, 1 de diverticulum, 16 d'intussusception simple ou compliquée, 2 de hernie mésocolique, 3 de hernie obturatrice.

Quant au siége, sur 37 cas de cancers, il fut 3 fois à l'intestin grêle, 4 fois au côlon, 1 fois à la valvule iléo-cœcale ou au cœcum, 5 fois à l'S iliaque, 24 fois au rectum. Les cas de rétrécissements non cancéreux, au nombre de 40, fournissent à chacune de ces cinq catégories, et dans l'ordre où elles viennent d'être exposées, les

chiffres de 2, 6, 1, 12 et 19. En résumé, on voit que, sur 177 cas d'obstruction, 17 siégeaient dans l'intestin grêle et 60 dans le gros intestin.

La cause de la mort a été variable; mais la péritonite, terminaison également fréquente dans les cas de cancer et dans ceux d'affection non cancéreuse, y figure pour un tiers.

Une circonstance assez curieuse est la durée pendant laquelle la constipation a pu se prolonger sans porter atteinte à la vie, sans même rendre la guérison ultérieure impossible : M. Hawkins l'a vue persister quarante et cinquante jours. L'auteur, ainsi que M. Burne, cite des exemples où elle n'a cessé qu'après deux mois, et les sujets ont néanmoins guéri; ce qui prouve que cette accumulation de matières et la distension de l'intestin qui en résulte n'avaient apporté dans sa structure aucune modification incompatible avec le rétablissement normal de ses fonctions.

La constipation existe-t-elle toujours dans le cas d'obstruction ntestinale? On pourrait, *à priori*, présumer qu'il en doit être ainsi; mais l'expérience dément le résultat de cette induction rationnelle. La diarrhée seule ou alternant avec la constipation se présente souvent comme conséquence d'un rétrécissement même assez avancé de l'intestin. Les perturbations variables de la digestion et les destructions qui s'opèrent aux dépens des parois intestinales désorganisées expliquent d'une façon assez satisfaisante les variations qu'on observe chez ces malades, par le rapport de la consistance et de la facilité d'émission des fèces.

(*The British and Foreign Med. Chir. Review*, octobre 1853, p. 315.)

De la nymphomanie, par le docteur JOACHIM.

M. Joachim s'est proposé d'éclairer l'étiologie de cette singulière affection. Il rapporte quatre observations : Dans la première, il s'agit d'une maladie syphilitique, avec prurit vaginal très intense; dans la seconde, d'un polype utérin; dans la troisième, d'une affection vermineuse non définie dans le travail; dans la quatrième, d'une dysurie se liant à la goutte. Or, chez ces quatre malades, la guérison des affections précitées a amené celle de la nymphomanie; d'où l'auteur tire la conclusion que l'on doit toujours explorer les parties génitales avant d'entreprendre le traitement d'une nymphomanie.

Assurément des faits de ce genre seraient impuissants à fournir une théorie générale de la névrose qui fait l'objet de ce travail, et telle n'est pas d'ailleurs la prétention de l'auteur. Mais il n'en est pas moins intéressant pour la science et pour la pratique de constater une sorte de subordination de certaines névroses à des affections organiques patentes. Il importe d'autant plus de ne pas négliger ce point de vue, bien que très limité, sur l'histoire générale des névroses, qu'il nous semble un peu oublié par les observateurs contemporains. (*Jour. Hong.*, III, p. 53.)

Nouvelle méthode pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel, par M. SCANZONI.

Réfléchissant au remarquable *consensus* établi entre les seins et les organes génitaux, M. Scanzoni eut la pensée de réveiller le travail de la matrice par l'irritation de la glande mammaire. Il fit un premier essai sur une femme de vingt-quatre ans, que l'on avait délivrée, deux ans auparavant, par la perforation, pour cause de rétrécissement du bassin. A cet effet, on appliqua, dans la trente-deuxième semaine de la grossesse, un appareil de succion sur chaque mamelon. Cette espèce de ventouse consistait en une petite vessie en caoutchouc, munie d'un anneau de verre évasé en trompette. On fit le vide à la manière ordinaire. En trois jours, l'appareil fut appliqué sept fois, pendant environ deux heures, pour chaque application. Dès la troisième opération, on observa un raccourcissement du vagin; au bout de la sixième, les douleurs de l'enfantement furent très vives, et peu après la septième application, le travail fut terminé.

Dans une seconde observation, l'auteur se félicite d'un succès plus facile encore : il s'agit d'une primipare que l'on crut devoir accoucher à cause d'une oppression considérable, déterminée par une affection pulmonaire. Pas de détails. Au bout de la troisième application, la femme accoucha d'un enfant mort en apparence, mais bientôt ranimé. M. Scanzoni n'accorde pas à ce cas la même valeur qu'au précédent, parce que de violents accès de dyspnée peuvent d'eux-mêmes déterminer le travail.

Comme médecins, nous ne pourrions qu'accueillir favorablement un moyen de remplir une indication qui se présente quelquefois très formellement dans la pratique, celle de l'accouchement prématuré artificiel. Mais, en présence des abus auxquels peut donner lieu et donne lieu trop souvent la divulgation des procédés d'avortement, nous avons, toute considération scientifique à part, une grande antipathie pour ceux qui ne restent pas aux mains de l'homme de l'art, et sont, pour ainsi dire, à la portée de tout le monde. Aujourd'hui, il en est deux qui offrent toute sécurité, et, en même temps, ne sont guère accessibles qu'au chirurgien : nous voulons parler de la dilatation du col avec l'éponge préparée et de la perforation des membranes. Qu'on cherche à les perfectionner, à en étendre l'application, à la bonne heure; mais on rend un faible service à la science et un mauvais office à la société en multipliant les procédés *commodes*. C'est déjà trop des pédiluves irritants, des injections répétées, des frictions sur le fond de l'utérus, etc. Heureusement ces moyens sont souvent plus innocents qu'on ne le voudrait. Il n'y aurait pas grand mal à ce qu'il en fût de même des ventouses de M. Scanzoni, quelque intéressantes que soient au fond ses recherches.

(*Extr. Verhand. d. med. phys. Ges. Würtzburg*, t. IV, 1853.)

Grossesse extra-utérine, et en dehors de la cavité abdominale, observée par M. WIDERSTEIN, de Herborn.

M. Widerstein fut appelé, le 24 avril 1852, auprès d'une femme de trente-quatre ans, qui portait dans la région inguinale gauche une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. On pouvait suivre, à l'aide du toucher, un cordon analogue au cordon des vaisseaux spermatiques de l'homme, lequel, partant de la tumeur, se perdait dans la cavité abdominale. La mère de la malade fit observer au médecin que sa fille portait dès sa jeunesse, dans l'aine, une petite tumeur mobile, à laquelle elle avait fini par ne plus faire attention. Malgré trois grossesses antécédentes, l'utérus était situé très haut.

Depuis la fin de février, la menstruation était supprimée. L'utérus ne présentait aucune modification appréciable; cependant la tumeur dont nous avons parlé augmenta de volume, et, au milieu du mois de juin, elle avait 5 pouces de longueur sur 4 pouces de large. La tumeur était douloureuse, et la femme maigrissait rapidement. M. Widerstein, quoique fort indécis sur le diagnostic, se décida à l'opération.

Une ponction exploratrice, pratiquée avec le trocart sur la partie la moins résistante de la tumeur, donna issue à 6 onces d'un liquide aqueux, et à 8 onces de sang. La femme fut alors endormie à l'aide du chloroforme. Une incision de 2 pouces de longueur ayant été pratiquée, le doigt put pénétrer dans une cavité dans laquelle M. Widerstein reconnut la présence d'un fœtus et d'un placenta. L'extraction du fœtus et celle du placenta fut facile, et, dix-sept jours après l'opération, la cicatrisation de la plaie était complète et la santé rétablie. Le fœtus était très régulièrement conformé, du sexe féminin, et de la grosseur d'un fœtus de quatre mois. Après la guérison de la femme, on pouvait remarquer dans l'aine une petite tumeur qui persista, et qui était vraisemblablement l'ovaire lui-même.

(*Schmidt's Jahrbücher*, nº 10, 1853, p. 58.)

De la stérilité chez la femme et de quelques moyens pour y remédier, par M. RAYER.

L'auteur établit d'abord que la femme est d'autant plus féconde, que son développement physique est en harmonie avec son développement moral, que l'un s'exerce plus activement, mais sans préjudice des fonctions de l'autre. Cependant, comme une pareille vue éclairerait plutôt le diagnostic que la thérapeutique, il abandonne bientôt son point de départ pour se livrer plus spécialement à l'étude pratique de l'un des états pathologiques qui entretiennent le plus souvent la stérilité.

La cause qu'il accuse est une irritabilité trop prononcée de l'utérus, condition qui s'accompagne de spasme clonique de l'organe,

ainsi que de dysménorrhée, et en vertu de laquelle l'expulsion des ovules, à chaque période cataméniale, est trop hâtive.

Peut-on retarder cette expulsion par des moyens suffisamment efficaces? M. Rayer pense que, pour arriver à ce but, on trouvera une ressource précieuse dans la sympathie qui unit l'utérus aux mamelles, sympathie d'après laquelle la vitalité de l'un de ces deux systèmes languit, lorsque celle du système correspondant est vivement excitée. Voici, en conséquence, le plan de traitement qu'il indique :

Pratiquer sur les seins des fomentations avec du lait chaud un jour ou deux avant l'époque menstruelle. Durant le même temps, faire jouer doucement une pompe à sein pendant un quart d'heure, deux ou trois fois par jour. Appliquer des flanelles chaudes sur le rachis, dans l'espace compris entre la dernière cervicale et la huitième dorsale. Tenir l'appartement chauffé et bien ventilé. On continue l'emploi de ces moyens jusqu'à l'arrivée des règles. Si la conception se fait, on recommencera le même traitement à l'époque où la menstruation suivante devait avoir lieu. Dans l'intervalle entre les époques, l'exercice au grand air, les distractions, tout ce qui peut développer le système musculaire sera recommandé, ainsi que le soin de tenir les seins à l'abri du froid.

Ces conseils, que nous aurions aimé à voir appuyés de quelques exemples de succès, procureront-ils le résultat désiré? Ni l'auteur, sans doute, ni nous, à plus forte raison, n'oserions l'affirmer. On remarquera qu'ils procèdent d'une donnée physiologique assez différente de celle qui a inspiré M. Scanzoni dans un travail analysé plus haut. Du reste, chaque praticien sera à même d'utiliser le moyen proposé, qui est d'ailleurs sans danger ni inconvénient, ne fût-ce que pour se tirer d'embarras auprès de certaines malades, qui s'obstinent à vouloir trouver dans la médecine ce qu'elles ont en vain demandé au mariage.

(*Associat. Medical journal*, sept. 1853, p. 826.)

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

ZOOLOGIE. — M. Charles-Lucien Bonaparte soumet à l'Académie sa classification ornithologique par séries, telle qu'il vient d'en faire l'application dans l'arrangement *provisoire* des oiseaux du Jardin des plantes. Il serait long et difficile de commenter les tableaux que M. Charles-Lucien Bonaparte a mis sous les yeux de ses savants collègues. Nous nous bornerons à indiquer avec lui que sa répartition des espèces a pour base, après l'anatomie ou plutôt la physiologie, la distribution géographique. La principale innovation de cette classification consiste, en outre, dans l'établissement de groupes intermédiaires aux *ordres* et aux *familles*, aux *sous-familles* et aux *genres ;* groupes naturels, suivant M. Charles-Lucien Bonaparte, et dont les avantages compensent à ses yeux l'inconvénient de compliquer encore l'échafaudage systématique, ne fût-ce qu'en permettant de poursuivre les séries parallèles jusqu'à des limites où on ne les avait pas même soupçonnées jusqu'ici.

L'auteur fait de plus hommage à l'Académie de la *Monographie des saniens*, qu'il vient de publier.

ORGANOGÉNIE VÉGÉTALE.—M. Brongniart lit un rapport sur le mémoire de M. A. Trécul sur la formation des feuilles. Dans ce travail, M. Trécul a démontré que le développement des feuilles n'a pas lieu d'une manière aussi uniforme que quelques auteurs l'ont annoncé. Il distingue deux modes principaux de formation des parties du limbe des feuilles, qu'il désigne par les mots de *basipète* et de *basifuge*. Ainsi, pour beaucoup de monocotylédones et pour les ombellifères, pour plusieurs légumineuses, rosacées, etc., le développement de la gaîne et des stipules est très précoce et antérieur à celui du limbe, qui précède aussi le pétiole dans la plupart des cas. Dans les feuilles à nervures digitées, qu'elles soient d'ailleurs simples ou composées, l'ordre de développement de ces nervures et des lobes en folioles auxquels elles correspondent, a lieu évidemment du sommet ou de la partie médiane de la feuille vers ses parties inférieures et latérales. C'est ce qui a lieu manifestement pour le figuier, les érables et même les feuilles peltées de la capucine. Le contraire arrive dans les légumineuses à feuilles pinnées, dans les ombellifères, etc., chez lesquelles la gaîne, les stipules, ces parties basilaires de la feuille, précèdent le limbe, comme il a été dit plus haut. M. Brongniart conclut à l'insertion, parmi les *Mémoires des savants étrangers*, du travail du jeune et savant botaniste M. Trécul. (Adopté.)

APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ.—M. Poggioli lit un mémoire ayant pour titre : *Nouvelle application de l'électricité par frottement, sans commotion, sur l'homme sain et sur l'homme malade.* (*Comm.:* MM. Becquerel et Andral.)

ORGANOGÉNIE VÉGÉTALE. — M. Payer présente un mémoire sur les familles des Polygénées et des Ternstrœmiacées. (*Comm.:* MM. Brongniart, Gaudichaud et Montagne.)

ANATOMIE. STRUCTURE DE LA RÉTINE. —M. Remack adresse une note à l'occasion d'une récente communication de M. Koelliker ; il rappelle qu'avant cet habile observateur, il a dit, dans un mémoire sur les fibres nerveuses ganglieuses, que la *macula lutea* n'est composée que de cellules nerveuses multipolaires, dont les prolongements se continuent avec des fibres nerveuses. (*Comm.:* MM. Serres, Flourens et Milne Edwards.)

PHYSIOLOGIE. — M. Ed. Robin adresse une note intitulée : *Défense de la théorie qui fait consister l'action des anesthésiques en une opposition aux phénomènes de combustion lente exercés dans le sang pendant la vie, et constamment nécessaires à l'activité du mécanisme.* (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

Le même auteur présente un mémoire sur la cause générale qui régit le développement de la taille dans les animaux d'un même ordre et d'un même type. D'après les recherches de M. Ed. Robin sur les causes de la vieillesse et de la mort sénile, la taille manifeste l'intensité de la combustion intérieure exercée chez les différents animaux en état de vie, et, dès lors, traduit dans les conditions ordinaires l'activité des phénomènes d'incrustation qui, d'après lui, amènent la vieillesse et la mort sénile. Dans chaque type, dans chaque ordre, et toutes choses égales, s'il est certain que plus est grande la quantité de matière alimentaire nécessaire au soutien de la combustion, plus dès lors le détritus opère promptement l'incrustation qui impose un terme à la vie, plus aussi la taille est petite, — c'est que la minéralisation, qui met un terme nécessaire à la vie, est la cause générale qui met un terme nécessaire à l'accroissement. Cette manière de voir rend compte du rapport général et inverse entre la durée de la vie et le développement de la taille, et explique l'influence qu'exercent sur la taille les diverses conditions d'existence où se trouvent placées les espèces animales. (*Comm.:* MM. Serres, Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, Andral, Velpeau.)

CHIRURGIE.— M. Triquet adresse un mémoire ayant pour titre : *Études d'anatomie, de pathologie et de thérapeutique pour servir à l'histoire des maladies de l'oreille.*

Après avoir établi combien est défectueuse l'histoire des maladies de l'oreille sous le rapport de l'anatomie pathologique, M. Triquet annonce que ses dissections lui ont prouvé que le labyrinthe peut s'enflammer, suppurer, comme l'oreille moyenne, etc.

L'otite des phthisiques, jusqu'à présent dite *tuberculeuse*, n'a offert à M. Triquet, dans ses dissections ; aucune trace de tubercules enkystés ou infiltrés, mais une phlegmasie suppurative des cavités de l'oreille. L'anatomie pathologique de l'otite typhoïde et de celle des fièvres graves fait suite à celle de l'otite des phthisiques. Comme corollaire de cette description, M. Triquet expose le mécanisme des perforations du tympan et fait voir comment, dans ces maladies, le pus peut s'infiltrer de l'oreille moyenne dans les cavités de l'oreille interne. — La deuxième partie du mémoire de M. Triquet renferme l'exposé des conséquences thérapeutiques auxquelles il a été conduit par ses études anatomo-pathologiques, et se trouve terminée par la description d'un procédé nouveau de cathétérisme pour la trompe d'Eustache, et qui paraît destiné, dit l'auteur, à vulgariser ce moyen de thérapeutique en le rendant plus facile et plus sûr. (*Comm.:* MM. Roux, Andral, Velpeau.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° Envoi par M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics de dix pièces : *a.* Rapport du docteur Vergé, médecin inspecteur des eaux minérales d'Ussat (Ariége), sur le service médical de cet établissement. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Plusieurs rapports des médecins des épidémies du département d'Ille-et-Vilaine, pour les années 1852 et 1853. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Rapport du docteur François, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Abbeville, sur une épidémie de fièvre typhoïde, qui a régné dans la commune d'Embreville (Somme). (*Commission des épidémies.*) — *d.* Deux rapports du docteur de Schaeken, médecin des épidémies pour l'arrondissement de

Château-Salins, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Bellange (Meurthe). (*Commission des épidémies.*) — *e.* Rapport du docteur Humbert, médecin cantonal à Verny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Marieulles et Vézons. (*Commission des épidémies.*) — *f.* Pétition de madame Duchâtel, sage-femme à Ardres (Pas-de-Calais). Renvoyé à la *Commission de vaccine.* — *g, h, i, j.* Communications de MM. Huhn, d'Allendorf (duché de Brunswich), docteur Sylva, de la Réole, Julienne de Paris, et de madame Sophie Sylvestre, de Saint-Vincent (Basses-Alpes), relatives à différentes recettes médicales. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° Envoi, par M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, d'une lettre de M. Bayard, médecin à Sivry (Haute-Marne), qui adresse des observations statistiques, au sujet du rapport de M. Roche relatif à ses mémoires sur l'influence pernicieuse de la vaccine. (*Commission des épidémies.*)

3° Tableau des vaccinations pratiquées en 1852 dans le département de la Lozère, envoyé par le préfet de ce département. (*Commission de vaccine*).

4° M. le docteur Dezautière, à Decize (Nièvre), soumet à l'Académie la question de médecine légale suivante : *Les caractères offerts par le placenta sont-ils assez tranchés pour permettre d'affirmer qu'il appartient à une grossesse d'un mois ou de trois mois,* etc.? ou bien, *un placenta seulement étant donné, déterminer à quelle époque de la gestation il appartient?* (*Comm.* : M. Cazeaux.)

5° Lettre de M. le docteur Lecadre, médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre, sur l'épidémie de choléra qui vient d'éclater dans cette ville. (*Commission du choléra.*)

6° Lettre de M. le docteur Cazenave, de Bordeaux, au sujet de la sonde présentée par M. Secrétan, dans la séance du 2 novembre dernier. M. Cazenave envoie une sonde qu'il a fait construire en 1837 et qui remplit les mêmes indications que celle de M. Secrétan. (*Comm.* : M. Robert.)

7° Lettre de M. le docteur Hilling, de Hesse-Cassel, qui envoie un urètrotome courbe, pour joindre aux instruments destinés à accompagner le mémoire qu'il a adressé pour le concours du prix d'Argenteuil en 1856. (*Commission du prix d'Argenteuil.*)

8° Réponse de M. Leroy (d'Étiolles) aux réclamations de priorité de MM. Mercier et Caudmont. (*Commission déjà nommée.*)

9° Mémoire de M. le docteur Labarre, chirurgien des hôpitaux de Verdun, intitulé : *Considérations pratiques sur le choléra.* Traitement employé avec succès par l'auteur en 1849. (*Commission du choléra.*)

10° Dépôt d'un paquet cacheté par M. Rémondet, médecin à Paris.

Prix Nadau. — M. Londe, rapporteur de la commission du prix Nadau, après avoir rappelé les déterminations différentes successivement prises par l'Académie au sujet de la clôture, puis de la réouverture du concours pour le prix Nadau, déclare qu'aux yeux de la plupart des membres de la commission, il est nécessaire d'adopter un ensemble de mesures nouvelles pour prévenir toute partialité et, en même temps, répondre aux attaques qu'a déjà reçues la dernière décision de l'Académie. Pour cela, dit M. Londe, il se présente deux moyens : le premier, que l'Académie revienne à sa première détermination, et rejette du concours tout travail arrivé après le 15 octobre. (*Interruption.*) Mais ce premier moyen, qui donne satisfaction aux candidats inscrits avant le 15 octobre, excitera des réclamations, peut-être fondées, parmi les concurrents que l'Académie a admis passé cette époque, et même parmi les candidats futurs auxquels la décision dernière de l'Académie a mis la plume à la main.

Le second moyen, dit M. Londe, conciliera tout à la fois, je l'espère, et la considération que l'Académie se doit à elle-même, et la justice qu'elle doit à chacun des concurrents sans exception.

M. Londe propose d'annoncer par la voie des journaux, et même par des lettres individuelles aux candidats connus qui ont envoyé des travaux :

1° Que le concours pour le prix Nadau est et demeure ouvert jusqu'au 31 décembre prochain, et que, cinq heures du soir, passé ce jour et cette heure, il ne sera admis aucun travail.

2° Que, jusqu'à cette époque, il est loisible aux concurrents qui ont envoyé leurs travaux, de rentrer en possession de ces travaux pour leur faire subir telle modification qu'ils jugeraient convenable ; et que, dès aujourd'hui, ils peuvent les retirer ou les faire retirer au secrétariat de l'Académie.

3° Que le prix, qui devait être décerné dans la séance générale de 1852, le sera dans les trois mois qui suivront cette séance.

M. Dubois (d'Amiens), appuie la proposition de M. Londe, qui est invité par le président de l'Académie à prendre l'avis de la commission et à formuler, au nom de celle-ci, des résolutions qui seront soumises au vote de l'Académie.

M. Villermé demande à être remplacé dans la commission du prix Nadau, aux travaux de laquelle il ne peut plus prendre une part convenable faute de temps.

Lectures et Mémoires.

Mémoire sur les injections de perchlorure de fer appliquées au traitement des anévrismes, par M. Malgaigne. (Voir plus haut.)

Discussion.

Sur la proposition de M. Roux, la discussion s'engage immédiatement sur le mémoire de M. Malgaigne.

M. Moreau demande pardon à l'Académie de prendre la parole sur un sujet étranger à ses études. Il s'élève avec force contre les expérimentations entreprises sur l'espèce humaine. Des expériences, comme celles dont il s'agit, n'eussent dû être faites, d'après lui, que sur des animaux. Une médication ne doit être essayée sur l'homme que lorsqu'on a la certitude qu'elle offre une innocuité complète. Il trouve qu'en présence des résultats déterminés par l'emploi des injections de perchlorure de fer dans les anévrismes, 4 morts sur 11 cas, et des accidents graves survenus dans ceux où la terminaison a été plus heureuse, M. Malgaigne a gardé trop de réserve ; M. Moreau aurait voulu des conclusions plus formelles, plus tranchantes encore.

M. Roux applaudit à la bonne pensée qu'a eue M. Malgaigne d'appeler l'attention sur le sujet en discussion. Il pense que les chirurgiens qui ont eu recours à la méthode de Pravaz n'ont peut-être pas assez pesé les avantages que présente la méthode de Hunter, qui donne de si beaux résultats, qu'il ne croyait pas qu'on pût aller au delà. Cependant, tout disposé qu'il soit en faveur de la méthode de Hunter, de la ligature, qui a donné depuis un demi-siècle des résultats si brillants, il comprend les expérimentations qui ont été faites avec prudence, bien que le raisonnement ne lui paraisse guère favorable à l'emploi des injections coagulantes. Il critique surtout le choix d'anévrismes tels que ceux de l'artère poplitée, pour de semblables expérimentations. Il termine en disant qu'après les insuccès dont a été suivie jusqu'aujourd'hui la méthode de Pravaz, il ne peut plus être tenté de nouveaux essais que sur des animaux.

M. Nacquart, vice-président de l'Académie, interrompt la discussion pour annoncer que la commission du prix Nadau propose de reporter au 31 décembre la clôture du concours, et d'autoriser les premiers concurrents à reprendre leurs travaux pour les modifier comme ils le jugeront convenable.

Ces propositions sont adoptées.

M. Velpeau s'excuse de prendre la parole parce qu'il n'a pas assisté à la lecture de M. Malgaigne, ni entendu M. Roux. Il s'adresse d'abord à M. Moreau, qui a jeté un blâme assez peu mesuré sur les chirurgiens qui ont cru pouvoir essayer l'emploi du perchlorure de fer en injection dans le traitement des anévrismes. A la rigueur, dit-il, on n'expérimente pas en médecine et en chirurgie. Les médecins, les chirurgiens, tous les philanthropes ont un désir extrême de guérir tous les malades confiés à leurs soins ; et ils cherchent tous les moyens possibles d'y arriver, surtout si on leur indique un procédé qui paraît avantageux et sans dangers ; c'est là un bon sentiment dont il ne veut pas se défendre plus longtemps. Si j'ai expérimenté la méthode des injections coagulantes sur l'homme, dit M. Velpeau, c'est que je voyais dans ce qu'on avait publié les éléments d'une innovation utile. Ce n'est pas, d'ailleurs, chose nouvelle que la recherche de l'oblitération des anévrismes. C'est une chose qui s'est faite peu à peu, et c'est successivement que, conduit par l'observation des faits physiologiques et pathologiques, on a essayé l'électricité, les coagulants. Les expériences publiées au sujet de la méthode Pravaz était très concluantes ; il était naturel qu'on cherchât à reporter à l'homme ce qui avait réussi chez les animaux. Lorsque la méthode a été employée à Paris, des résultats sur l'homme étaient publiés ; la chose paraissait possible et sans danger ; il s'agissait de faire un trou d'aiguille aux poches anévrismales, et d'y introduire quelques gouttes de liquide. M. Velpeau, pénétré de ce principe, a fait son expérience et n'a pas obtenu de succès ; mais aucun accident n'était survenu. Quelques jours après le malade fut pris de la variole, et cette maladie parcourut toutes ses phases. Les battements de la tumeur continuaient, elle avait conservé son volume ; M. Velpeau fit une nouvelle tentative, il injecta quelques gouttes de la solution de perchlorure de fer. Des douleurs vives se manifestèrent ; il parut nécessaire d'avoir recours à la ligature ; la tumeur dut être ouverte ; on en retira un énorme caillot noir, dur, comme ligneux. Ainsi, le moyen employé avait déterminé la coagulation du sang, sans amener la guérison, et c'est là peut-être le plus fort argument contre la méthode. Le liquide coagule bien, il en résulte un corps étranger qui devra être éliminé, et alors une hémorrhagie surviendra qui emportera le malade ; le produit ne paraît pas assimilable, il ressemble à une espèce d'égagrophile. Voilà la raison qui devra éloigner de ce moyen. Peut-être que dans de petits vaisseaux, le produit pourrait être absorbé. Si des expériences sur les animaux démontraient que ce

corps étranger ne peut être absorbé, il faudrait renoncer à l'emploi du perchlorure de fer. Je le regrette, ajoute M. Velpeau, parce qu'avec la ligature, qui est le meilleur moyen que nous ayons, il y a des accidents graves, quand même on se servirait de la méthode d'Anel, et non pas de Hunter; j'en demande pardon à M. Roux, mais je préfère dire méthode d'Anel, parce qu'Anel l'a imaginée avant Hunter et qu'Anel est Français, et que j'aime mieux en laisser la gloire à l'un de nos compatriotes. La ligature ne prévient pas toujours, ni la gangrène, ni les hémorrhagies secondaires, ni les phlegmons, etc. Aussi la ligature ne doit-elle pas empêcher de rechercher une méthode nouvelle et peut-être même les essais doivent-ils être faits dans cette voie, l'emploi de substances coagulantes.

M. Moreau reprend la parole pour déclarer que, selon lui, on ne doit essayer que sur des animaux vivants; il interpelle M. Velpeau pour lui demander si, malgré les dangers de la ligature qu'il a signalés, il hésiterait, dans le cas où il serait porteur d'un anévrisme, à y avoir recours plutôt qu'aux injections de perchlorure de fer en solution. Il n'est pas permis, dit-il, d'essayer sur son prochain ce qu'on ne voudrait pas essayer sur soi-même.

M. Roux, répondant à M. Moreau, se joint vivement à la protestation de M. Velpeau contre l'accusation qu'il fait peser sur certains chirurgiens. Il est difficile, dit-il d'expérimenter toujours sur des animaux: il faudrait, par exemple, dans la circonstance présente, faire naître d'abord des anévrismes sur des animaux. Les chirurgiens ne peuvent pas accepter le reproche grave que M. Moreau leur adresse. M. Roux cherche ensuite à démontrer que le nom de méthode de Hunter appartient vraiment à la méthode d'Anel; il revient enfin sur les considérations qu'il a fait valoir contre l'emploi des injections coagulantes.

M. Moreau déclare que sa réprobation s'applique d'une manière toute spéciale au cas présent, et repousse les critiques dont son argumentation a été l'objet de la part de MM. Roux et Velpeau. Il insiste sur ce point que la méthode nouvelle doit être complétement abandonnée sur l'homme.

M. Laugier trouve la discussion un peu prématurée; trop peu de chirurgiens, d'après lui, ont essayé la méthode nouvelle pour qu'on puisse l'apprécier. Mais, puisque la discussion est commencée, il faut l'accepter. M. Malgaigne aurait pu compléter son travail en se bornant pas à parler de l'action du perchlorure de fer sur les anévrismes, les varices, mais aussi sur les tumeurs érectiles. M. Laugier avait eu l'intention d'essayer ce moyen dans un cas de tumeur érectile; mais l'excellent travail publié par M. Deville sur les observations prises dans le service de M. Lawrence l'en a détourné. Il a d'autant mieux fait que la tumeur est aujourd'hui en voie d'amélioration, par suite de fils passés au milieu d'elle. M. Malgaigne eût pu, dans son travail, examiner l'action du perchlorure de fer sur les tumeurs érectiles, soit artérielles, soit veineuses, soit mixtes.

M. Gerdy trouve que la chirurgie est depuis quelques années dans une voie vicieuse. Assurément on expérimente toujours dans une bonne intention. Quand il emploie un moyen nouveau, le chirurgien a nécessairement quelques espérances; mais ici il y a des raisons qui auraient dû arrêter le chirurgien. Le premier expérimentateur aurait dû réfléchir à l'introduction d'une substance toxique dans le sang. M. Gerdy rappelle que, lorsqu'on a essayé de briser les articulations ankylosées, on est venu lui proposer d'expérimenter dans son service ce moyen de traitement, et qu'il s'y est refusé, préférant ne pas tenter le premier une expérience aussi hasardeuse. Aujourd'hui, dit M. Gerdy, il y a un mauvais sentiment qui règne parmi les chirurgiens. Au lieu d'attendre, lorsqu'il s'agit d'une chose nouvelle, qu'elle ait été essayée par un autre, c'est à qui l'emploiera le premier, à qui arrivera plus tôt. Quant à lui, il n'eût pas voulu essayer sur un malade le moyen en question. Il y a un critérium, celui de la conscience, dont ne devraient jamais s'écarter les chirurgiens: on ne devrait jamais essayer sur un autre ce qu'on ne voudrait pas employer sur soi-même. La chirurgie doit redevenir prudente; si, il y a soixante ans, elle a été trop prudente, aujourd'hui elle est devenue trop téméraire. Il n'a voulu d'ailleurs blâmer personne parmi les membres de l'Académie. Comme l'a dit M. Roux, tout était rationnel dans leurs expérimentations. Les faits publiés pouvaient les autoriser à agir comme ils l'ont fait.

M. Malgaigne s'associe de toute son âme aux paroles de M. Gerdy; il rappelle qu'il a dit depuis longtemps dans son cours que la morale chirurgicale n'était autre que la morale universelle; mais les chirurgiens de l'Académie n'ont essayé la méthode de Pravaz qu'après trois faits venus du dehors. Ce que M. Laugier a ajouté prouve une fois de plus, dit M. Malgaigne, qu'il était temps d'arrêter les chirurgiens dans une voie mauvaise. Il a voulu porter cette question devant le tribunal de l'Académie, afin que la discussion ou l'absence même de discussion vînt éclairer les médecins sur la valeur et les dangers de la méthode. Il se félicite du résultat qu'il a obtenu.

M. Velpeau fait remarquer que la discussion, quoique annoncée depuis quinze jours, arrive rapidement à son terme. Cependant, dit-il, on n'a fait qu'effleurer les principaux points de la question; si l'Académie le juge convenable, on remettra à la séance prochaine la suite de cette discussion.

L'Académie, consultée, décide que la discussion sera continuée dans la prochaine séance.

La séance est levée à quatre heures et demie.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Thécoplastie de l'urètre, par M. GAILLARD, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers, in-8° de 14 pages avec 4 planches.

Thécoplastie, d'après l'étymologie comme selon l'intention expresse de l'auteur, signifie autoplastie *en étui*. La réparation ou le rapiécetage de l'urètre ont donné lieu à tant de procédés divers, que venir en proposer un nouveau est aujourd'hui le plus sûr moyen d'exciter la curiosité. Mais ce sentiment se convertit en un vif et bien légitime intérêt lorsqu'on réfléchit à quel point toutes ces modifications opératoires, si ingénieuses dans leur constitution au point de vue de la mécanique vivante, se montrent défectueuses à l'application. Dieffenbach, Earle, Delpech, Velpeau, A. Cooper, Alliot, Ségalas, Ricord, etc., ont honorablement attaché leur nom aux perfectionnements de cette branche de la chirurgie. Mais le succès n'a encore sanctionné, au moins d'une manière générale, aucune de leurs découvertes.

Encore si, sans convenir à tous les cas cliniques, chacun des procédés avait sa sphère d'application restreinte mais assurée; si en présence d'une perte de substance urétrale, on n'avait qu'à juger de sa cause, de sa situation, de sa largeur, pour décider si l'on doit employer l'autoplastie en bouchon, celle en tiroir (Alliot), la suture simple, la ponction périnéale, etc., certes, cette option raisonnée équivaudrait presque à la certitude; et, muni de moyens spéciaux pour les différentes conjonctures, l'on n'aurait plus à regretter l'absence d'une méthode générale infaillible. Mais il n'en est point ainsi. C'est contre les individualités morbides les plus diverses qu'on voit la chirurgie essayer tour à tour les mêmes ressources; de sorte que la réussite, quand elle échoit, ne résulte ni de l'efficacité absolue du procédé, ni de son appropriation rationnelle à l'élément pathologique distinct, mais de l'habileté d'exécution, de la docilité du patient, peut-être de l'assiduité apportée dans les soins consécutifs.

Au milieu de cette pénurie humiliante pour elle, la science ne peut que faire bon accueil à toute tentative entreprise pour augmenter le nombre de ses moyens contre une infirmité aussi désespérante. Elle le doit particulièrement lorsque la proposition se justifie, comme celle de M. Gaillard, par l'induction, et qu'elle a, en outre, déjà reçu la consécration pratique.

L'idée essentielle qui a dirigé la main de l'honorable chirurgien de Poitiers est celle-ci: lorsqu'une fistule est ouverte au canal dans sa région pénienne, on taille un premier lambeau quadrilatère en avant de cette fistule, lambeau dont le bord postérieur est constitué par le bord même de la perte de substance. Un second lambeau est taillé de la même façon en arrière de la fistule, aux dépens de la peau correspondant à son bord postérieur, peau dont on a préalablement vésiqué la face externe à l'aide d'un caustique à action superficielle, tel que le nitrate d'argent. Cela fait, on attire en arrière le lambeau antérieur après l'avoir disséqué dans une étendue convenable, et on le fait glisser sur le postérieur. De cette manière, la face profonde, saignante, de l'antérieur est en contact avec la face externe, avivée, du postérieur. Ainsi se trouve, et tout à fait littéralement, réalisée la dénomination de cette autoplastie *en étui* ou pour mieux dire *en tuile*, puisque le lambeau postérieur va recevoir les urines, et les transmettre de telle sorte qu'elles n'arrivent à toucher le lambeau antérieur que bien en avant de son bord postérieur, c'est-à-dire du point où leur filtration compromettrait le plus sérieusement la solidité de la réunion.

L'auteur avait d'abord fixé les parties dans cette situation au moyen de la suture. Mais l'expérience lui démontra les inconvé-

nients de ce mode de coaptation; car chaque piqûre devint consécutivement un orifice fistuleux. Averti par l'échec d'une tentative néanmoins parfaitement bien combinée, il se borna, dans sa seconde opération, à maintenir les parties juxtaposées, à l'aide de simples bandelettes chargées de collodion.

Le succès a définitivement couronné, mais non sans quelques retards, les efforts multipliés et persévérants de l'inventeur. Il ne s'illusionne pas pour cela sur le mérite de sa découverte. Ce n'est point une suprématie exclusive qu'il revendique pour elle; il énonce seulement, laissant au lecteur le soin de conclure, les caractères par lesquels elle se distingue des procédés imaginés avant lui pour la guérison des fistules urétrales. Ce sont les suivants :

1° D'abord celui-ci permet de transporter toute la peau de la verge à 2, 3 et 4 centimètres de distance, soit en avant, soit en arrière, selon les besoins de l'opérateur;

2° Il permet ce déplacement de totalité sans les plicatures, brides et tiraillements qui résultent des autres procédés;

3° Il donne pour résultat le recouvrement de la fistule et du canal de l'urètre mis à nu dans une étendue de plus d'un centimètre *au delà de la fistule*, par le lambeau antérieur poussé en arrière, et formant une large valvule en étui (c'est là la justification du mot de thécoplastie);

4° Il rend inutiles les sutures qui refoulent la peau en dedans; car la peau de l'opercule reste ample et souple; elle n'éprouve ni tension, ni traction; un topique adhésif suffit pour la maintenir en place. D'ailleurs, le travail de cicatrisation tend toujours à rapprocher le tégument du tégument, et à réunir, un centimètre en arrière de la plaie, le bord antérieur de cette plaie à son bord scrotal.

L'aperçu que nous venons de donner de cet ingénieux procédé suffit pour en faire saisir le but et les moyens. Mais son honorable auteur aurait droit de suspecter la sincérité de notre suffrage si nous ne le faisions suivre de la critique qu'on doit à toute œuvre d'avenir. Nous allons donc sommairement, mais successivement, indiquer les limites, puis les perfectionnements, enfin les inconvénients dont ce nouveau mode d'autoplastie urétrale nous semble susceptible.

Et d'abord, le refoulement, le transport des tissus à une grande distance étant l'élément fondamental du procédé, on comprend qu'il sera surtout applicable, sinon uniquement applicable, dans les régions de l'urètre où le tégument jouit de la double propriété d'être en excès, et de n'avoir avec les couches profondes que de lâches connexions. Le voisinage du prépuce est particulièrement favorable à son exécution et à sa réussite. C'est là que M. Gaillard l'a employé. Ce n'est que là, selon nous, qu'il conviendrait de le tenter de nouveau, ou du moins qu'on pourrait espérer de le voir réussir.

En analysant les conditions propices à l'agglutination réciproque des deux lambeaux juxtaposés, on voit que ce sont des parties dissemblables, et dissemblablement préparées, que ce procédé met en contact pour en effectuer l'adhésion. La surface externe, vésiquée, de la peau, est affrontée contre la surface profonde, saignante, de cette même membrane. Est-ce là la meilleure garantie qu'il soit possible de réaliser pour obtenir la réunion? Non, certes; tous les chirurgiens connaissent les insuccès nombreux des opérations où l'on essayait d'obtenir l'oblitération du canal inguinal en provoquant à l'adhésion les plis contigus de la peau dénudée par l'ammoniaque. Dans le cas même que M. Gaillard publie, il a échoué une première fois par le même motif; car il énonce positivement « que le lambeau transporté n'a point suffisamment adhéré aux tissus rafraîchis par la cautérisation; que, au contraire, il a peu à peu et lentement glissé sur cette surface » (p. 8). Ne vaudrait-il pas mieux offrir au contact deux surfaces saignantes? On y parviendrait aisément en retournant comme une manchette le lambeau postérieur. Le résultat serait le même que pour la suture de l'intestin avec le procédé de M. Jobert, qui renverse le bout inférieur en dedans de lui-même, de manière à mettre sa tunique séreuse en rapport avec la séreuse du bout supérieur qu'on y invagine. Et il ne serait pas plus difficile au chirurgien, pour les lambeaux cutanés que pour les parois intestinales, de diriger les points de suture de façon à assurer la perpétuité du contact entre les parties anatomiquement similaires jusqu'à ce que leur union fût devenue complète.

Sous le rapport des dangers propres à la nouvelle opération, nos appréhensions risqueront sans doute de paraître exagérées, puisque, dans l'application qui en a été faite, les suites se sont trouvées être de la plus parfaite simplicité. Néanmoins les dissections qu'elle exige, les tractions qui en sont la conséquence, l'incision sur le dos de la verge qu'il fallut pratiquer pour permettre aux lambeaux de se toucher sans tiraillements, les remaniements et raccoutrements nombreux qu'elle a nécessités pour réaliser en entier son objet, nous justifieraient jusqu'à un certain point dans le pronostic conditionnellement assez grave que nous porterions sur ce procédé, s'il devait toujours s'accompagner des mêmes complications. Il ne sera donc que strictement raisonnable de travailler à le débarrasser encore des éventualités dont sa première application l'a montré susceptible. Que M. Gaillard y réfléchisse, θήκη ne signifie pas seulement *étui*, il se traduit aussi par *cercueil*. C'est à lui de faire en sorte que sa thécoplastie ne réalise pas, ne puisse jamais réaliser, cette seconde acception. P. DIDAY.

VI.

NOUVELLES.

— La plus grande activité règne en ce moment dans le corps médical belge. De nombreux comités se sont organisés pour donner leur avis touchant le nouveau projet de loi *sur l'organisation sanitaire et sur l'art de guérir*.

— Quelques confrères célèbres sont morts récemment à l'étranger : le professeur Carlo di Gabriele Pisa-Fallopia, à Modène, à l'âge de quatre-vingt-deux ans; le docteur Malcombe, enlevé par le choléra à Newcastle-Tyne.

— La séance de rentrée de la Faculté de médecine a eu lieu le 7 novembre. Après le discours de M. Bouchardat (Voir au feuilleton), M. Gavarret a proclamé le nom des lauréats.

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

1er *grand prix* (médaille d'or). — M. MARCÉ (Louis-Victor).
Second 1er *prix* (médaille d'argent). — M. LEPLAT (Emile Claude).
2e *prix* (médaille d'argent). — M. PORCHAT (Frédéric-Albert).
Mention honorable. — M. PARMENTIER (Louis-Eugène).
Prix Corvisart. — M. EPRON (Gratien).

PRIX MONTYON.

Les mémoires présentés au concours sortant du cadre dans lequel doivent se renfermer les candidats, la Faculté n'a pu décerner ce prix, tout en ayant remarqué les qualités recommandables que ces mémoires présentent.

Elle rappelle à ce sujet, que les mémoires qui concourront l'année prochaine, doivent traiter exclusivement des maladies qui auront régné du 1er janvier 1853 au 1er janvier 1854.

Pour sujet du prochain prix Corvisart, la Faculté a posé la question suivante: *Des effets thérapeutiques des bains*.

Les mémoires pour les prix Corvisart et Montyon devront être déposés avant le 1er août 1854.

— M. Malgaigne ouvrira son cours de médecine opératoire lundi, 14 novembre, à quatre heures. Il traitera, dans sa première leçon, du caractère et des tendances de la chirurgie du XIXe siècle.

CHOLÉRA. — Le choléra s'est montré au Havre dans les derniers jours de septembre; sur trois sujets de la même famille, la mère et deux enfants ont succombé. Il y a eu, depuis cette époque, une trentaine de cas. Depuis le 1er novembre, aucun cas nouveau n'a été signalé.

— A Rotterdam, l'épidémie est à peu près terminée. Il y avait eu, le 30 octobre, 1,111 cas, dont 617 décès.

— Le choléra sévit dans la Lithuanie.

— A Moscou, l'épidémie décline de jour en jour. Sur 6,893 cas, il y a eu 3,013 morts, 3,821 guéris; restaient 59 personnes encore en traitement.

— Au départ d'un paquebot des États-Unis, le 16 octobre, la fièvre jaune sévissait cruellement sur les bords du Mississipi.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ABEILLE MÉDICALE. — N° 31. Cliniques et revues.
ANNALES CLINIQUES DE MONTPELLIER. — N° 16. Cautérisation avec le fer rouge du col utérin pendant la grossesse, par *Courty*. — Clinique.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, nov. 1853. — Sécrétion du lait chez les nouveau-nés, par *Nathalis Guillot*. — Signes du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur, par *Hérard*. — Sur la maladie de Bright, par *Lassègue*.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, 30 octobre. — Congestions cérébrales chez les vieillards, par *Durand-Fardel*. — Quinquina et arsenic comme fébrifuges, par *Delioux*. — Pessaires à réservoir d'air, par *Gillebert d'Hercourt*. — Soupes au lait et oignon cru dans l'anasarque, par *Claudet*.

GAZETTE DES HOPITAUX. — N°s 127 à 132. Revues cliniques.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 10. Accouchem. qu'il faut confier à la nature, par *J. Pravaz*. — Sur le frêne commun, par *Mouchon*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N° 44. Sur les incrustations calcaires du cœur, des artères et des veines, par *Deschamps*. — Anus artificiel, par *Burggraeve* (de Gand).

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE, oct. 1853. — Cas d'amputation intra-utérine, par *Ripoll*.

MONITEUR DES HÔPITAUX. — N°s 129 à 134. Cliniques. — Différence d'action des gaz délétères sur divers individus.

PRESSE MÉDICALE. — N° 44. Cliniques.

RAPPORT DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE GANNAT, 1853. — Résumé des travaux de 1852-53.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — N° 21. Maladies des yeux, par *Tavignot*. — Préparat. ferro-manganique contre la chlorose, par *Bonnaria*. — Tétanos développé sous l'influence de l'arnica, par *Turck*.

REVUE MÉDICALE, 31 octobre 1853. — Visites préventives dans le choléra, par *Pietra-Santa*. — Fièvre intermittente, par *Monchet*. — Mortalité avant et depuis la vaccine, par *de Feulins*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N°s 7 et 8. Éclampsie dans l'accouchement, par *Cabaret*. — Seigle ergoté contre la blennorrhagie, par *Lazowski*. — Encens contre la pustule maligne, par *Desmartis*. — Diarrhée prodromique du choléra, par *Durand*.

UNION MÉDICALE. — N°s 128 à 133. Caustique de Vienne contre les hémorrh. internes, par *Roux*. — Alun contre les malad. des organes génit. de la femme, par *Gautier*. Eaux minérales de Hidage, par *Delarroque*.

ANNALES ET ARCHIVES DE MÉDECINE (Belgique). — Extraits de divers journaux.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE, 2e année, 11e livraison. — Érysipèle de la face; phénomènes nerveux insolites, par *Macario*. — Getah-Lahac (voir aux trav. origin.). — Influence des pyrexies sur la marche des organopathies, par *Liegey*. — Obs. de pathol. et de thérapeut., par *R. Vanoye*.

ARCHIVES OPHTHALMOLOGIQUES (Bruxelles). — No 4. Extraits, revues et cliniques.

ARCHIV F. PATHOLOG. ANATOMIE U. PHYSIOL. U. F. KLIN. MEDICIN, von *Virchow*. VIe vol., 1er cah., 1853. — Des écoles spécifiques et des remèdes spécifiques, par *Virchow*. — Les tumeurs hématoïdes caverneuses, par *Esmarch* (tissu identique avec celui des corps caverneux des organes génitaux; communication avec les veines, caractère de bénignité. L'auteur en a extirpé quarante sur la main et le bras gauche d'une femme; elles étaient dans un état de turgescence plus grande à l'époque des règles). — Sur le traitement du choléra, par *E. Wiss* (de Baltimore). (Efficacité de l'acétate de morphine et de l'ipécacuanha comme abortif.) — Sur la pneumonie interlobulaire, par *Weber* (observations faites sur des vaches). — Sur la production de graisse dans les substances contenant de la protéine, introduites dans la cavité péritonéale des animaux vivants, traduct. de la thèse de Burdach (expériences de Wagner et Middeldorpf, et douze expériences faites sur des pigeons, par l'*auteur*). — Atrophie aiguë du foie, par *Spengler*.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 43. De la polyurie simple, par *Falk* (fin). — Transplantation de la cornée et substitution d'une cornée en verre du docteur Nussbaum, par le docteur *Fr. Pauli* (combat tous ces procédés). — L'établissement orthopédique de Wildberger à Bamberg, par *Wierer* (fin). — Rapport sur la clin. chirurgic. et ophthalm. à Erlangen (1er oct. 1852, 30 sept. 1853), par le prof. *Heyfelder*. — Trentième congrès des naturalistes et médecins allemands de Tubingue. — N° 44. Sur la transplantation de la cornée, etc. (continuat.), par *Pauli*. — Rapport sur la clin. chirurg. et ophthalmol. à Erlangen, par *Heyfelder* (continuat.) — Rapport de la clin. obstétricale de l'Université de Munich, par *Berliner* (continuat. du N° 40).

MEDICINISCHE ZEITUNG herausgeg. v. d. Vereine f. Heilk. in Preussen (*Gaz. médic.*, publiée par l'association médicale de Prusse). Année XXII. Berlin, 5 oct. 1853. — N° 40. Notices biographiques sur Link, Hecker, Natorp (continuation par *Gedike*). — N° 41. Deux cas douteux d'affection de la peau, par *Vogler* (de Wiesbaden). — Link, Hecker, Natorp (continuat.). — N° 42. Mania transitoria, par *Jacobs*. — Obésité maladive d'une fille chlorotique, (guérie par la méthode éméto-cathartique), par *Eichmann*. — Link, Hecker, Natorp (contin.). — N° 43. Causes de la vénosité du sang à la suite de l'intoxication chronique provenant de l'inhalation de vapeurs phosphoriques, en ce qui concerne particulièrement les ouvriers de la fabrique de Zanov, par *Martin Weihe*. — Link, Hecker, Natorp (fin). — Cas d'éruption de la petite vérole immédiatement après la vaccination, par *Kirschstein*. — L'acétate de plomb contre l'hémoptysie, par *C.-G. Jæger*. — Tableau des naissances et des décès dans la ville de Berlin (pour le mois d'août 1853) : Naissances 1471 (729 garçons et 742 filles); décès 1113. — Ont été atteints du choléra à Berlin : le 18 octobre, 6 personnes; le 19, 10; le 20, 7; le 21, 9; le 22, 3; le 23, 4; le 24, 13, et depuis le début de la maladie, 1337 personnes. — N° 86. Question de salubrité des logis, avec quelques remarques concernant la ville de Berlin. — Le troisième congrès des natural. et méd. allem. de Tubingue (Contin.).

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSKUNDE U. FRAUENKRANKH. (*Journ. mens. d'accouch. et de malad. des femmes*), par *Bursch*, *Crédé*, *Ritgen*, *de Siebold*. Vol. II, cah. III, sept. 1853. Berlin. — Sur le placenta prævia et sur la structure du placenta et son adhérence à l'utérus, par *Holst* (continuat.). — Remarques sur le traité du docteur Brach. — Imaginations chez les femmes enceintes, par *J.-L. van Praag*. — Huitième rapport sur l'établissement d'accouchem. à Goettingue (p. les années 1850-51-52, par *R. de Siebold*).

NEUE MEDICIN. CHIR. ZEITUNG V. MUENCHEN (*Gaz. méd.-chirurg. nouvelle de Munich*). N° 37. — Analyse de travaux de méd. légale, par *Buehner*. — N° 38. De l'anatomie et de l'anatomie comparée, par *Besnard*. — N° 39. De l'anat. pathol. et de la microscopie, par *le même*. — De la pathol. et de la thérapie. — N° 40. Continuat.

SCHMIDT'S JAHRBUECHER f. d. ges. Medicin, v. *Richter* u. *Winter*. Vol. LXXX, année 1853, n° 2. — Les travaux électro-physiol. de Duchenne (de Boulogne), par le prof. *Richter* (témoin oculaire)

VIERTELJAHRSSCHRIFT F. GERICHTLICHE U. OEFFENTL. MEDICIN, v. *Casper*. 4e vol., 2e cah. Berlin (*Gaz. trimestr. de méd. légale*). Assassinat immédiatement après le coït, Rapport de la Commission scientifique royale de révision, par *Casper*. — De l'intoxication saturnine, par *Clemens* (croit qu'elle était causée chez un de ses malades parce qu'il dormait souvent sur les dalles de plomb de son balcon, chauffées par le soleil, chez un autre, garçon d'imprimerie, parce qu'il s'était occupé pendant plusieurs semaines au classement d'une grande quantité de types de plomb). — Sur les influences nuisibles de quelques métiers, produites par l'ignorance seule de ceux qui les exercent, par *Baretius*. — Sur l'infanticide, par *Flügel*. — Sur les dangers de l'établissement des fabriques de sels d'étain (rapport de la Commission scientifique royale). — Mort occasionnée par une course trop rapide et trop longue (autopsie, apoplexie pulmon. et cérébrale), p. *Voigtel*. — Méthode certaine pour reconnaître le sang et les taches de sang dans les perquisitions judiciaires, par *H. Rose*, prof. de Berlin (s'attache particulièrement à donner les caractères des taches de rouille de fer, et des taches de sang sur ce métal).

ZEITSCHRIFT FUER WISSENSCH. THERAPIE, v. *Bernhardi*. Ier vol., IIIe cah., 1853. (*Gaz. de thérapie scientifique*). Dogme de l'expérience médicale de Rademacher, par *Altdorfer* (2e article).

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — N° 43 et 44. Causes et traitement de la diarrhée, par *Hunt*. — Météorologie d'Hippocrate, par *Havisand*. — Acide sulfurique dans le choléra, par *Anderson*. — Position et volume de la tête du fœtus pendant la grossesse; influence sur l'accouchement, par *G. King*.

MEDICAL CIRCULAR. — N°s 42, 43 et 44. — Analyses et revues.

MEDICAL TIMES. — N° 174. Elephantiasis des Grecs, par *W. Smart*. — Leucorrhée épidémique des enfants, par *Wilde*. — Ankylose du genou et de la hanche; traitement par la rupture, par *P. Franck*.

THE LANCET. — N° 19. Seigle ergoté et galvanisme dans l'inertie utérine, par *Barnes*. — Influence de l'huile de foie de morue sur l'engraissement, par *Pollock*. — Traitement du choléra, par *Moore*.

GAZZETTA MEDICA (Lombardia). — N° 42. Endocardite aiguë, par *Vambianchi*. — Cliniques.

GAZZETTA MEDICA (Stati Sardi). — N° 44. Sur les fièvres périodiques, par *Sacchi*.

GAZZETTA MEDICA (Toscana). — N° 43. Rupia syphylitique, par *Antonio*.

GIORNALE DELLA R. ACCAD. MEDICO-CHIRURG. (Torino). — N°s 29 et 30. Phlogose des vaisseaux sanguins, par *De Meis*. — Hydropisie ascite, par *Linoli*.

IL FILIATRE SEBEZIO. — Collection des quatre derniers mois.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 10. Traitement des tubercules pulmonaires, par *Villargoitia*. — Abus des sangsues et des purgatifs, par *Gonzales*.

EL HERALDO MEDICO. — N° 52. Causes des douleurs ressenties dans les membres séparés du corps, par *Jose de Alarcon*. — Chloroforme dans les accouchements, par *V. Sagarra*.

IL PORVENIR MÉDICO. — Collection du n° 1 au n° 41.

Livres nouveaux.

DEUXIÈME MÉMOIRE sur les prophylaxies et les antagonismes; par *Telèphe Desmartis*, d. m. Montpellier, in-8 de 20 p.

ETUDES CLINIQUES. Traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement et dans leurs rapports avec la médecine légale des aliénés, par *M. Morel*, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Maréville. Tome II, 600 p., 10 portr. et 3 tableaux. Le tome I, avec XVIII-474 pages et 14 portraits avait paru en 1852. Nancy, chez Grimblot et ve Raybois. Paris, chez Victor Masson et J.-B. Baillière. 16 fr.

HISTOIRE DU CHLOROFORME ET DE L'ANESTHÉSIE EN GÉNÉRAL, par *H. Scoutetten*. Metz, 1853. Gr. in-8.

BEITRAEGE ZUR LEHRE VON DEN KNOCHENBRUECHEN (*Fractures*). In-4. Breslau. 13 fr. 50

DIE SCHWIMMPOLYPEN oder Syphonophoren von Messina (*Siphonophores de Messine*), von *A. Kœlliker* Leipzig. In-fol. cart. 32 fr.

GRUNDZUEGE DER PATHOLOGISCHEN HISTOLOGIE (*Principes d'histologie pathologique*), par *C. Wedl*. Vienne. Gr. in-8. 32 fr.

SYSTEM DER THIERISCHEN MORPHOLOGIE (*Système de morphologie animale*), von *J.-V. Carus*. Leipzig. In-8. 12 fr.

UEBER EINIGE DER WICHTIGSTEN KRANKHEITEN DER ARTERIEN (*Quelques maladies importantes des artères*), von *K. Rokitansky*. Wien. In-fol. 24 fr.

ASIATIC CHOLERA; its symptoms, pathology and treatment, by *Richard Barwell*. In-8, 219 p. London. 6 fr. 25

ON THE ADVANTAGES OF THE STARCHED APPARATUS (*appareil amidonné*), in the treatment of fractures and diseases of joints, by *J.-S. Gamgee*. In-8, 92 p. 7 fr. 50

ON THE MANAGEMENT AND DISORDERS OF INFANCY AND CHILDHOOD, by *T.-J. Graham*. In-12. 13 fr. 50

THE SCIENCE AND ART OF SURGERY; being a treatise on surgical injuries, diseases and operations, by *J. Erichsen*. In-8, 952 p. London. 34 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER :
Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX :
A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
DE VICTOR MASSON
Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.
ON S'ABONNE
chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 18 NOVEMBRE 1853. N° 7.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 17 novembre 1853.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DE L'EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER COMME AGENT DE COAGULATION DU SANG.

Nous avions raison de dire que la cause du perchlorure de fer n'était pas aussi définitivement perdue que pouvait le donner à croire le travail de M. Malgaigne. L'honorable académicien, qui se plaît d'ordinaire à essayer ce que peuvent ses efforts contre le courant de l'opinion, le défenseur intrépide du chloroforme, le courageux protecteur de la vaccination syphilitique, s'était tourné cette fois contre l'opprimé. Il avait tenu à honneur de lui porter le dernier coup. Si le perchlorure de fer n'en est pas mort sur le champ, c'est qu'il avait une complexion quelque peu résistante; car on ne peut nier que l'attaque n'ait été habile et vigoureuse. Le discours prononcé mardi dernier par M. Velpeau, la lecture de M. Leblanc, l'aideront à se soutenir, jusqu'à ce que de nouvelles tentatives aient pour toujours décidé de son sort.

Quels résultats la méthode a-t-elle donnés jusqu'ici? Quels résultats est-on en droit d'espérer de modifications dans le procédé opératoire et d'un changement dans le degré de concentration de la liqueur? Car voilà les deux questions fondamentales à examiner.

Il faut bien d'abord le reconnaître, le principe même de la méthode (1) est resté debout, avec les preuves expérimentales produites pour l'appuyer. Malgré les revers cliniques, comme, en dépit des arguments qu'ils ont inspirés, le perchlorure de fer a et conserve sa propriété de changer presque instantanément, et à très minime dose, le sang en une masse consistante, à peu près dépourvue de partie liquide. On peut reproduire à volonté le phénomène dans un vase. Il a été mis hors de doute sur le vivant dans un nombre considérable d'hémorrhagies, de tumeurs érectiles, tumeurs fongueuses sanguines, varices; et, pour les anévrismes mêmes, les observations de MM. Serre, Niepce, Soulé, en offrent l'exemple le moins incontestable.

(1) Si nous ne la désignons pas sous le nom de *Méthode Pravaz*, c'est volontairement, afin de laisser la question pendante entre les deux médecins qui s'en disputent, et qui pourraient à plus juste titre s'en partager l'honneur. Dès 1847, M. Pétrequin en avait posé les bases en déterminant les conditions qu'un liquide doit remplir pour pouvoir impunément coaguler, dans un but thérapeutique, le sang au sein de l'organisme vivant; et il avait, à l'appui, publié trois guérisons de tumeurs sanguines par les injections d'acide citrique. M. Pravaz n'aurait donc à revendiquer que la découverte des propriétés du perchlorure de fer et l'idée de l'injecter dans les tumeurs anévrismales.

(*Note du Rédacteur.*)

FEUILLETON.

Du charlatanisme médical.

A PROPOS D'UNE BROCHURE DE M. LE DOCTEUR PIOGEY.

Il y a plus de cent ans qu'un homme d'esprit, trop peu médecin et un peu trop philosophe, la Mettrie, écrivit un libelle sur le *machiavélisme* des médecins; et comme cette escapade lui attira de vives inimitiés et des persécutions opiniâtres, il ne trouva rien de mieux que de riposter par une autre satire, plus vive que la première, avec cette circonstance aggravante qu'elle était sous la forme d'une comédie en trois grands actes. La comédie a toujours été la plus redoutable de toutes les moqueries. Celle-ci, qui avait d'abord pour titre : *la Faculté vengée*, s'est intitulée plus tard : *les Charlatans démasqués*. Et quels charlatans? Dionis, Falconnet, Helvétius, Astruc, Procope, et cinq ou six autres affublés, dans la pièce, de pseudonymes grotesques. Pluton en personne arrive exprès des enfers pour leur donner d'édifiants conseils. « Vos forces sont dans la faiblesse du vulgaire. Cet instinct est si fort au-dessus de la logique, que jamais raisonnement humain ne pourra l'ébranler. Tant que cette peur durera, les médecins *seront raillés, mais bien payés*... Or sus, dignes sujets d'un roi zélé pour vous, il ne s'agit que de continuer à vous conduire comme vous avez toujours fait par le passé. Vivez donc dans l'ignorance et le divorce. Il s'agit vraiment bien de guérir! c'est l'affaire des remèdes et non des médecins. C'est réussir qu'il vous faut! » Ainsi parle le roi des enfers au beau milieu du XVIIIe siècle; ainsi il parlait du temps d'Hippocrate et de Galien; ainsi il parle aujourd'hui même et parlera *in sæcula sæculorum*.

Cette œuvre de l'esprit du mal, peut-on l'empêcher de s'accomplir? Jusqu'à quel point, au sein d'une société telle que la nôtre, libre, active, inventive, tournée au bien-être matériel, menant la vie à grandes guides, surexcitée par une concurrence ardente, forcée par là de quitter le train coutumier pour courir après l'*idée* dans toutes les carrières, dans les plus humbles comme dans les plus relevées; — au sein d'une société qui se distingue précisément par la grande latitude laissée à l'activité sociale de l'individu, qui a conquis en partie et poursuit encore de nos jours l'affranchissement des professions, qui fait des lois tout exprès pour garantir la propriété de la découverte dans ce qu'elle a de plus insaisissable, dans l'air d'une chanson ou la forme d'un chapeau, et pour en assurer la libre exploitation; — jusqu'à quel point, disons-nous, dans une telle société, peut-on apporter des entraves au développement du charlatanisme? Il faut le dire,

Second fait, non moins remarquable : assez souvent l'injection exécutée deux fois aux mêmes doses et de la même manière, sur le même individu, n'a provoqué d'accidents que la seconde fois. Ceci a été constaté de la manière la plus formelle sur les opérés de MM. Velpeau, Soulé et Lenoir. Chez deux opérés de M. Soulé, il y eut durcissement immédiat de la tumeur. Chez celui de M. Lenoir, deux tentatives successives furent tout à fait inoffensives, et les symptômes graves ne se développèrent qu'après une troisième injection, où la quantité de liquide introduite était de près d'un tiers inférieure à celle de la précédente.

Armé de ces deux faits, le praticien ne sent-il point renaître quelque peu sa confiance? n'entrevoit-il pas du moins la perspective de découvrir un jour quelque motif de cassation à l'arrêt que l'Académie paraît sur le point de vouloir prononcer? Assurément il y a là une inconnue dont les effets, en attendant qu'on la dégage, pèsent lourd sur la responsabilité des médecins; mais son admirable vertu hémoplastique, la simplicité de son action, le danger inhérent aux méthodes rivales, tout ne semble-t-il pas réclamer pour lui la faveur d'un supplément d'enquête? Doit-on si promptement abandonner l'espoir, naguère si général, de transformer l'une des opérations les plus difficiles et les plus meurtrières presque en une manœuvre de petite chirurgie? En réalité, le résultat des injections n'est très malheureux qu'à un point de vue relatif, et c'est là ce dont on ne se préoccupe pas assez. Oui, si l'on met, d'un côté, le bilan de la ligature et, de l'autre, celui du perchlorure de fer, le tout en bloc, sans distinction aucune, la différence est fort à l'avantage de la ligature. Mais la question pratique doit se poser autrement. Comme l'a dit M. Velpeau, l'injection ferrée est surtout applicable aux anévrismes où la ligature est impossible ou offre les plus grands dangers. Mettez les choses au pis : supposez qu'elle soit condamnée à ne réussir que trois fois sur onze, car il y a trois succès aujourd'hui (*voyez la séance de l'Académie de médecine*); le résultat, considéré relativement à ces anévrismes redoutables, serait-il si mauvais? Croit-on que la ligature de l'iliaque interne ou de la sous-clavière en donne de plus beaux? Non assurément; elle en donne, si nous ne nous trompons, de plus désastreux encore. Dès lors, n'entrevoit-on pas, même dans l'état actuel des expériences, une ressource pour des cas habituellement désespérés?

Mais, nous l'avons dit, on peut attendre mieux de l'avenir. Ceux qui voudront tenter de réaliser cette espérance devront, ce nous semble, se préoccuper principalement de deux points: l'espacement des séances d'injection et le degré de concentration du liquide. Il a pu se faire, dans les essais où les accidents ne se sont développés qu'après une seconde injection, que la première ait surexcité une prédisposition, ait laissé dans les tuniques artérielles un germe d'inflammation qu'une autre injection trop rapprochée n'a fait ensuite que développer. Pour nous, si l'on ne peut (ce qui serait sans doute préférable) arriver à déterminer d'emblée la règle qui proportionne la quantité du fluide à injecter au volume de la tumeur, nous voudrions qu'un temps beaucoup plus considérable séparât, s'il faut les multiplier, les opérations successives; que, averti par l'expérience, on ne s'autorisât plus désormais de l'innocuité d'une première application pour la réitérer au bout de quelques jours.

Quant à la concentration, comme il ne s'agit, par exemple, en cas d'anévrisme, absolument que de concréter le sang qui remplit la poche, il semble légitime d'admettre la correction indiquée par M. Burin-Dubuisson; on pourrait même descendre plus bas et essayer si, au-dessous du terme qu'il a fixé, une solution ne marquant que 25, 20 ou même 15 degrés à l'aréomètre, solution incontestablement moins irritante, ne suffirait pas pour remplir le but désiré. C'est à la médecine de ne se livrer qu'avec prudence aux suggestions de la chimie.

Restera encore la question posée par M. Velpeau, celle de savoir si le caillot anormal, produit par le contact d'une substance chimique, est absorbable comme un caillot de formation spontanée, ou s'il ne constitue pas un corps étranger dont l'économie ne peut plus se débarrasser que par un travail inflammatoire. A cet égard, nous ferons remarquer qu'une série tout entière de faits dont il a été à peine question dans le débat, et qu'avait négligés aussi M. Malgaigne, est de nature à donner des encouragements; nous voulons parler du traitement des dilatations veineuses. Dans son excursion incidente sur le terrain des varices, M. Malgaigne n'a pu, faute de renseignements suffisants, produire un tableau exact et complet des résultats obtenus. Il cite, par exemple, un cas de mort observé par M. Desgranges, de Lyon, puis il ajoute : « Cela n'empêche pas M. Desgranges de regarder l'injection de perchlorure dans les veines comme une opération innocente. » L'épigramme a son prix : il importe cependant, en si grave matière, de ne pas lui accorder la valeur d'un argument sans réplique. Peut-être serait-il juste de donner d'abord la parole à M. Desgranges, de lui laisser dire si la faiblesse, la disposition à l'œdème général, du vieillard chez lequel il a opéré, ne peu-

la question n'est pas d'une solution aussi facile qu'on se le figure communément. L'erreur vient de ce qu'on ne se place pas au vrai point de vue, le point de vue pratique, et que, au lieu de considérer la société dans l'ensemble de son mécanisme, on ne la regarde que par un côté et sur un seul point. Un individu qui, sans tenir compte du milieu où il vit, se mettrait à réfléchir sur tous les biens qui conviendraient à sa nature, et dont il ne jouit pas, se trouverait sans doute mal loti, mal protégé. De même pour une profession. Le charlatanisme nuit fort à la médecine et à la pluralité des médecins; mais le charlatanisme (nous ne parlons pas de celui qui tombe directement sous le coup de la loi et constitue le *délit*) n'est-il pas la conséquence naturelle d'un état de choses nécessaire à l'universalité des professions? Ne trouve-t-on pas dans toutes les conditions sociales l'*inconduite* tolérée à côté de l'*atteinte aux mœurs* punie? l'*entregent* à côté de l'*escroquerie?* le *mensonge* de l'affiche à côté de la *fraude?* etc. Il y a sept ans que l'auteur du présent article écrivait déjà : « Les délicatesses de conscience, les choses de sentiment et de mœurs ne sont pas du domaine de la loi. Chaque profession a, pour ainsi dire, sa moralité particulière. Le médecin digne de ce nom ne se permet pas toutes les pratiques du commerce; le prêtre ne se permet pas toutes les pratiques du médecin; mais la loi n'a d'obligations que pour la moralité publique. Dans l'espèce, nous croyons fermement qu'aucune disposition législative, aucun règlement d'administration ne peuvent protéger la profession et la société contre la dégradation des diplômes. » Cette doctrine est toujours la nôtre; elle a été celle de la chambre des pairs en 1847. M. Piogey, qui invoque souvent cette assemblée et semble vouloir l'enchaîner à ses opinions, laisse voir, au contraire, par ses citations même, combien elle résistait à tout effort vers la répression du charlatanisme légal. Il y a, en effet, un désaccord sensible entre la nature des plaintes élevées par l'auteur au commencement de son livre et le caractère des mesures votées par la chambre, qu'il rappelle néanmoins avec complaisance dans ses conclusions. M. Piogey signale, dès la page 3, le cumul des professions, les remèdes secrets, les annonces et réclames, les travaux spéciaux dont on décore des médicaments connus, avec emploi de boîtes et flacons particuliers. Voilà bien des maux à guérir. Qu'a fait pourtant la chambre de 1847? Elle a déclaré l'incompatibilité des professions de médecin et de pharmacien; elle a pris quelques précautions contre l'enseignement libre et contre les orthopédistes; elle a prononcé des peines assez sévères contre certaines infractions. Mais rien sur les pratiques les plus usuelles et les plus profitables du charlatanisme; rien sur les annonces, les réclames et les spécialités pharmaceutiques. Il faut même ajouter, pour être fidèle, que les orateurs les plus considéra-

vent pas expliquer l'événement fatal qu'on lui reproche de n'avoir pas rapporté à sa véritable cause. Ce que nous savons, nous, c'est que, dans le service de M. Desgranges comme à côté de lui, l'injection ferrée dans les veines variqueuses des jambes continue à être l'opération usuelle; c'est que son innocuité est aujourd'hui prouvée à l'Hôtel-Dieu de Lyon par des exemples multipliés; c'est que, sans s'arrêter à la démontrer, on ne s'occupe plus aujourd'hui que d'étendre la méthode à d'autres régions. M. Pétrequin, par exemple, a récemment guéri en huit à dix jours, par ce moyen, et sans l'ombre d'accident, un varicocèle volumineux. Or, dans toutes ces injections, la coagulation du sang a eu lieu rapidement, et la présence du caillot *anormal* n'a amené aucun accident. Le caillot du sang veineux serait-il de meilleure composition que celui du sang artériel? Peut-être. Mais qu'en sait-on?

Concluons. Si la prudence interdit en ce moment de suivre les mêmes errements dans l'emploi du perchlorure de fer, cependant le succès de cet agent contre les hémorrhagies externes et les varices, montre qu'il recèle un principe curatif dont l'efficacité ne saurait faire l'objet d'un doute. Maintenant pourra-t-on, sans détruire cette action, la rendre innocente? Ici commence l'incertitude, ici s'ouvre aussi le champ aux investigations. Nous avons spécifié jusqu'à quel point, dans quelles limites, avec quelles précautions elles nous semblent licites. Si l'expérimentation, dans sa première ardeur, a négligé ces règles, elle ne doit pas rougir de faire aujourd'hui un pas en arrière. Ce pas sera peut-être une sorte d'élan nécessaire pour lui faire franchir les obstacles dont elle avait eu le tort de ne pas tenir, dans le début, assez de compte. P. DIDAY.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'ICTÈRE GRAVE, OU ATROPHIE AIGUE DU FOIE, A PROPOS D'UNE OBSERVATION DU DOCTEUR SPENGLER. — Résumé des travaux publiés en Angleterre et en Allemagne sur cette maladie, par le docteur LEUDET.

L'observation rapportée par le docteur Spengler dans les *Archives d'anatomie et de physiologie pathologiques* de Virchow, vol. 6, l. 1, a trait à un de ces faits rares et exceptionnels, et qui, par ce seul motif, méritent déjà de fixer l'attention du médecin. Nous croyons donc utile de l'analyser, et de donner l'exposé de quelques autres travaux de médecine étrangère.

OBS. Une femme âgée de cinquante-cinq ans, mariée depuis vingt-cinq ans et sans enfants, atteinte depuis cinq ans d'ozène syphilitique, vivait misérable, dans un dénûment complet, abusant des boissons alcooliques. Le 27 juillet de cette année, le docteur Spengler fut appelé auprès d'elle pour un ictère intense précédé d'un malaise de deux ou trois jours, et pour lequel on avait prescrit des ventouses scarifiées. Je trouvai, dit l'auteur, cette femme d'une bonne constitution, d'un embonpoint considérable. Le matin même elle avait eu un frisson violent, et accusait une saveur désagréable dans la bouche, des envies de vomir et de la constipation. La peau offrait dans toute l'étendue du corps une couleur jaune intense; la pression à la région épigastrique était très douloureuse. La dernière selle, qui avait eu lieu deux jours auparavant, était grise, l'urine d'une couleur brune foncée, la langue sale et blanche; la soif était vive, l'anorexie complète. La malade accusait une anxiété marquée, de la douleur de tête, des étourdissements, des bruits dans les oreilles, une prostration intense; les lèvres et les membres supérieurs étaient agités par un tremblement prononcé. L'examen physique de la poitrine et de l'abdomen ne faisait reconnaître rien d'anormal. Le foie était un peu plus petit que d'ordinaire; la rate présentait son volume normal. Les trois jours suivants, l'anxiété, les envies de vomir, en un mot les symptômes du côté de l'estomac et du système nerveux deviennent plus marqués; le volume du foie diminue, tandis que celui de la rate augmente graduellement. On prescrit dans les premiers jours un lavement avec du sel de Glauber, et plus tard du calomel. Au commencement du deuxième septénaire, on voit apparaître un état comateux, auquel se joint, le 4 août, du tremblement de la mâchoire inférieure, des crampes dans les mains et dans les pieds. La malade se plaint toujours d'une pesanteur et d'une douleur sourde dans la région du foie.

Du 5 au 7 août, la malade éprouve chaque jour de violents frissons.

Le 8 août, délire calme; les pupilles sont dilatées; le tremblement du maxillaire inférieur s'étend aux muscles de la face; les crampes des mains et des pieds sont plus intenses et de plus longue durée. On prescrit des purgatifs et de l'extrait d'aloès.

Le 9, la percussion fait reconnaître la présence d'un peu de liquide dans la cavité abdominale.

Le 10, des selles involontaires surviennent; la peau est recouverte d'une sueur visqueuse; le coma persiste très intense, interrompu par moments par du délire.

Le 11 et le 12, épistaxis peu abondante par la narine droite.

Mort le 13, à 6 heures du matin.

Autopsie faite trente-six heures après la mort. On n'ouvre ni le crâne ni le thorax.

Le foie ne dépassait pas le rebord des fausses côtes; il offrait extérieurement une coloration bleuâtre, était d'un petit volume et très mince; sa membrane d'enveloppe était fortement ridée; la vésicule ne contenait pas de bile. La substance du foie était partout également ramollie, d'une couleur rougeâtre sale, un peu jaunâtre.

État mamelonné de la muqueuse stomacale. La rate était très volumineuse et ramollie.

Le péritoine contenait une petite quantité de sérosité sanguinolente.

Le sang, dans les gros vaisseaux, était liquide, non coagulé.

L'examen microscopique permettait à peine de reconnaître les cellules hépatiques, qui même, dans quelques endroits, avaient complétement

---

bles, le ministre de l'instruction publique en tête, ont repoussé tout système tendant à la prohibition des annonces et réclames. Et les raisons qu'ils ont invoquées valent mieux, n'en déplaise à l'auteur, que de *grandes phrases;* elles reposent tout simplement sur des principes très respectables de droit commun.

La loi est-elle obligée pour cela de rester aussi désarmée qu'elle l'est aujourd'hui? Nous ne le croyons pas. Bien au contraire, il ne serait pas très difficile, ce nous semble, d'en obtenir une protection plus étendue et plus efficace; mais alors il faut déplacer le problème. Supprimer le fait parce qu'il a des inconvénients est un moyen commode; mais à ce compte la moitié de ce qui se passe sur terre est à réformer. Le fait, bon ou mauvais, s'accomplit en vertu d'un droit; la sagesse pratique consisterait à régulariser le droit. Un médecin annonce ses consultations, un pharmacien tel remède, à la quatrième page des journaux. Il s'intitule professeur particulier, honoré de médailles, maître en pharmacies chimiste; il parle de son habileté, de ses talents! Absurdité, dit l'auteur; c'est comme si l'on affichait: « Opération avec la dextérité de Dupuytren et la sagacité chirurgicale de Boyer; diagnostic des maladies de poitrine avec l'habileté d'auscultation de Laënnec. » Eh oui, absurdité! Mais depuis quand la loi punit-elle l'absurde? Elle pourrait intervenir, disons-nous, mais non à ce titre. Elle pourrait prononcer des peines sévères contre tout titre usurpé dans l'annonce, quand ce titre se rapporterait à une institution officiellement reconnue. Elle pourrait poursuivre toute allégation fausse, mensongère ou exagérée, relative aux approbations des corps savants. Elle pourrait enjoindre l'emploi des dénominations usitées au *Codex*. Elle pourrait fermer la publicité à toute innovation dûment constatée et approuvée par les corps compétents, etc. Ce serait déjà quelque chose. « On ne moralise pas la réclame, répond M. Piogey, parce qu'on ne saurait moraliser le vice. » Nous avons bien peur à notre tour qu'on ne se paie un peu de *phrases*. Moraliser le vice, c'est justement une des conditions de la pauvre espèce humaine en société. Le vice toléré, mais surveillé, mais réglé dans ses entraînements, mais maintenu dans des limites déterminées, il y en a des exemples assez frappants, et qu'il est inutile de rappeler. La société même n'existe qu'à cette condition, et la raison en est simple; c'est que les passions qui fermentent, les besoins qui crient dans une immense réunion d'hommes, ne peuvent se passer d'aliments, et qu'on est bien forcé de leur faire une part, étant impossible de les étouffer. La mortification n'est et ne peut être qu'une vertu individuelle.

Nous ne parlons ici que de la répression légale, parce que c'est elle

disparu, et étaient remplacées par une masse amorphe mêlée de vésicules graisseuses; les cellules hépatiques que l'on observait étaient remplies de graisse.

Tel est le fait que nous a fait connaître le docteur Spengler. Il se rapproche beaucoup, par ses détails symptomatologiques et nécroscopiques, de ceux déjà inscrits dans la science.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que des faits de ce genre ont été cités, et il suffira d'ouvrir l'admirable ouvrage de Morgagni (*De sedib. et causis*, lib. III, epist. 37) pour voir que Valsalva, Ballonius et Garinonius avaient été témoins de faits analogues. Déjà même, à cette époque, la théorie n'avait pas manqué pour expliquer d'une manière plus ou moins satisfaisante cette issue fatale et pour ainsi dire non soupçonnée, d'une affection qui, d'habitude, ne compromet pas la vie de l'homme.

Malgré ces données anciennes, l'ictère idiopathique grave n'avait que peu fixé en France l'attention des observateurs, et la plupart des ouvrages dogmatiques de médecine contiennent à peine une courte mention de cette forme redoutable de l'ictère, quelques uns même la passent complétement sous silence.

Abercrombie, Alison (*Edinburgh Med. and Surg. Journal*, 1835); R. Bright (*Guy's Hosp. Reports*, vol. I); Cheyne (*Dublin Hosp. Reports*, I, p. 282); Marsh (*ibid.*, vol III); Griffith (*Dublin Journ. of Med. and Chir. Science*, 1834); Graves (*Clinical medicine*, p. 549); et enfin Budd (*On Diseas. of the Liver*, 2e édit., 1852, p. 234) publièrent en Angleterre des travaux importants sur ce sujet.

En Allemagne, les études de l'ictère grave furent moins nombreuses peut-être, mais cependant non moins complètes. Nous citerons, en premier lieu, le célèbre ouvrage de Rokitansky (*Patholog. Anatomie*); Horaczek (*Die Gallige Diskrasie mit acuter gelber Atrophie der Leber*. Wien., 1843); un mémoire du docteur Schuh (*Zeits. d. Wiener Aerzte*, febr. 1846); l'ouvrage du docteur E. Henoch (*Klinik der Unterleibskrankheiten*, vol. I, p. 284, Berlin, 1852).

Les travaux de M. Henoch et de M. Budd résument tous les travaux antérieurs et sont précieux comme fournissant un exposé complet de la maladie et de riches études bibliographiques.

Nous allons avoir recours aux ouvrages indiqués et aux observations qu'ils renferment pour tracer brièvement l'histoire de cette maladie.

L'ictère grave débute en général d'une manière identique à la forme bénigne qu'on observe journellement dans la pratique médicale; ce début latent est marqué par une douleur plus ou moins obtuse dans l'hypochondre droit, par une couleur ictérique du tégument externe devenant chaque jour plus intense, enfin par des troubles dyspeptiques en général peu marqués. Cette période prodromique a une durée qui varie depuis quelques jours jusqu'à plusieurs semaines.

D'autres fois, le commencement de la maladie est plus brusque et s'annonce dès le début par des phénomènes fébriles; mais cette période est de courte durée et fait bientôt place à la période plus caractéristique marquée par la prédominance des accidents comateux; on voit alors le pouls se ralentir graduellement et descendre du nombre de pulsations qui marque l'état fébrile à un nombre inférieur à l'état normal des battements artériels.

Plus rarement encore les accidents cérébraux, les étourdissements, le délire, le coma, signalent la période initiale de l'ictère grave.

Dans l'état confirmé, les accidents deviennent beaucoup plus tranchés; de quelque manière que l'affection débute, elle se caractérise bientôt par un trouble profond du système nerveux : abattement des forces, prostration, hébétude suivie bientôt d'un état comateux plus ou moins grave et continu, interrompu par un délire calme en général, pouvant quelquefois être d'une violence extrême. Quelquefois surviennent des tremblements convulsifs des muscles de la face ou des membres, et dans quelques cas plus rares des crampes dans les membres supérieurs ou inférieurs. Cette surexcitation du système nerveux fait place le plus souvent, dans les dernières périodes de la vie, à un état comateux qui se termine par la mort dans le plus grand nombre des cas publiés, mais peut, chez certains malades, faire place à la guérison.

La coloration ictérique des téguments est en général prononcée; dans aucun des cas que nous avons parcourus, la peau n'offrait la teinte noirâtre rencontrée dans d'autres cas connus dans la science.

Les symptômes dyspeptiques occupent un rang important. On rencontre l'anorexie, la soif, l'état saburral de la langue, des envies de vomir, des vomissements souvent bilieux; les selles sont, en général, liquides, non constammeut décolorées à beaucoup près, mais fréquemment d'une couleur foncée, manifestement teintes de bile. On ne voit donc pas, dans les évacuations par les deux extrémités du tube digestif, les caractères d'une absence constante d'excrétion du liquide biliaire dans l'intestin. Les matières vomies ou rendues par les selles peuvent, dans quelques cas, être teintes de sang, complication quelquefois fort grave de la période terminale de la maladie.

Une douleur presque constante est accusée par les malades à la région épigastrique et dans l'hypochondre droit; cette douleur s'augmente par la pression, et offre un grand nombre de degrés dans son intensité, depuis une sensation de simple pesanteur jusqu'à une douleur pongitive, lancinante, qui arrache des cris aux malades.

L'examen de la région hépatique ne fait reconnaître aucune augmentation de volume du foie; loin de là, l'organe est plus petit que dans l'état normal, phénomène que l'exploration physique d'un organe profondément situé sous la paroi costale est souvent incapable de démontrer d'une manière satisfaisante, comme le fait remarquer le docteur Budd.

La rate augmente, au contraire, de volume. Ce changement d l'organe n'est pas, à beaucoup près, aussi constant que celui d foie. Dans plusieurs observations de Budd la rate a été trouvé

---

qui soulève les plus graves difficultés, et qu'on invoque néanmoins avec le plus d'ardeur. A côté et au-dessus de ce mode de répression, on en conçoit aisément un autre qui serait demandé à des chambres de discipline. M. Piogey y insiste vivement. Ici la question change de face. Comme, en définitive, aux yeux de tous les honnêtes gens, le charlatanisme est une plaie et une honte, moins on est disposé à accorder à l'intervention judiciaire, et plus on doit pencher vers une discipline confraternelle. Nous le déclarons tout d'abord, il ne nous est pas démontré que des conseils semblables à ceux qu'ont institués les avocats, les avoués, les notaires, puissent, dans l'état de désagrégation où se trouve actuellement le corps médical, fonctionner chez nous sans de graves inconvénients; nous préférerions, jusqu'à plus ample expérience, des essais partiels, librement consentis par un petit nombre de confrères. Mais si quelque chose pouvait nous rattacher à la pensée d'une institution générale, ce serait précisément notre éloignement pour l'immixtion d'un pouvoir étranger; nous donnons par là témoignage que nous n'avons pas, sur la dignité professionnelle, d'idées excentriques ou subversives, et que, vivement associés à la douleur commune, nous n'avons d'avis personnel que sur les moyens d'y remédier.

On le voit, ce que nous reprochons en général à ceux qui s'occupent de cette grave question du charlatanisme, c'est de ne pas la prendre d'assez haut; c'est de l'abstraire trop complétement des conditions où le fait se produit, et dont il est la conséquence; c'est de ne pas assez porter leurs regards au-delà de la profession médicale. Nous sommes d'autant plus à l'aise pour reprocher cette tendance à leur esprit, qu'elle fait l'éloge de leurs sentiments. Mais dans tout ce qui touche à quelque chose d'aussi sacré que la liberté individuelle, la critique ne peut absoudre même les entraînements d'un cœur généreux et les irréflexions de l'honnêteté.

A. DECHAMBRE.

— L'Académie de médecine a décidé qu'elle accorderait les récompenses suivantes le jour de sa séance solennelle :

Prix Capuron (eaux minérales). Prix de 700 francs à M. Ernest Baudrimont; encouragement, 300 francs à M. Filhol (de Toulouse). — *Prix Civrieux*. Prix de 1,000 francs à M. Émile Rémilly; encouragement à M. J. Gimelle fils. — *Prix de l'Académie*. Prix de 1,000 francs à M. Raoul Leroy (d'Étiolles); encouragement de 700 francs à M. Abeille; encouragement de 300 francs à M. Landry (Octave). — *Prix Portal*. Prix de 1,000 francs à M. Bach; mentions honorables à MM. Philippeaux et Le Tertre-Vallier.

petite; au contraire, Horaczek, Henoch, l'ont rencontrée en général volumineuse.

Dans la dernière phase de la maladie, on a vu quelquefois, mais rarement, un épanchement ascitique peu abondant se produire dans l'abdomen.

Les organes intrathoraciques n'ont présenté, dans ces cas, aucune lésion qui appartînt à l'ictère; seulement la couleur jaune se rencontrait dans tous les organes comme dans les autres faits d'ictère dus à l'obstacle au cours de la bile dans les canaux excréteurs.

L'ouverture des cadavres a fait connaître depuis dix ans une altération particulière du foie; c'est d'abord l'ouvrage de Rokitansky qui nous en donne la description exacte, basée sur l'examen microscopique de la glande hépatique; or, il faut le dire, depuis ce travail, les interprétations sur le rôle de l'altération organique dans la production de la maladie ont beaucoup varié, mais presque tous les observateurs sont tombés d'accord sur la description de la lésion elle-même.

Le foie est toujours diminué de volume, ses diamètres diminués dans tous les sens. Sa couleur est jaunâtre; sa surface plus lisse que dans l'état normal; sa consistance toujours diminuée. A l'examen microscopique on constate en général plusieurs degrés de l'affection, suivant les points que l'on étudie. Les cellules hépatiques ont diminué de grandeur, sont infiltrées d'une quantité considérable de graisse granuleuse et même vésiculeuse. A un degré plus avancé, les cellules hépatiques ne se retrouvent plus, elles sont remplacées par des amas de graisse vésiculeuse et granuleuse. Telle est la description résumée des ouvrages de Rokitansky, Horaczek, Budd, Henoch, et de l'observation du docteur Spengler.

Les canaux biliaires excréteurs sont en général remplis d'une quantité de bile peu abondante ou claire; quelquefois même (Budd, *loc. cit.*, p. 249) la bile manque complétement dans leur intérieur. Toujours ces canaux ont été trouvés perméables dans l'intérieur du foie. Le docteur Hénoch admet, au contraire, une distension anormale par la bile des divisions capillaires des canaux excréteurs.

A ses yeux, cette polycholie est le phénomène initial. L'accumulation de la bile dans les fines ramifications biliaires coïncidant avec une paralysie des canaux excréteurs, détermine la compression des ramifications sanguines, trouble la nutrition des cellules hépatiques, amène graduellement leur destruction, c'est-à-dire leur infiltration granulo-graisseuse, et, par suite, leur disparition complète. Cette explication des lésions aurait besoin, pour être acceptée, de ne pas reposer sur une série d'hypothèses; il en est de même, du reste, des autres théories données par les auteurs. Rien jusqu'à présent, ni dans le système nerveux, ni dans les organes préparateurs de la bile, n'a pu expliquer cet enchaînement de symptômes.

La marche de la maladie est assez variable. Nous avons déjà indiqué les irrégularités dans la forme et la durée de la période prodromique; il en est de même de la période comateuse et terminale. La maladie peut parcourir tout son cours dans l'espace de quelques jours, et tuer le malade en six jours (Budd, *loc. cit.*, p. 258), d'autres fois l'affection se prolonge pendant quatre semaines et même plus.

A quels signes pourra-t-on reconnaître l'ictère grave, ou ce que les auteurs modernes nomment l'atrophie jaune aiguë du foie? Il n'existe en réalité aucun symptôme isolé, aucun ensemble de symptômes propre à faire reconnaître d'une manière certaine la nature de cette affection; son caractère le plus essentiel réside dans les caractères anatomiques du foie. Cependant les circonstances étiologiques que nous indiquerons plus loin, telles qu'un âge peu avancé, une émotion morale intense, etc., l'ensemble des symptômes, surtout les phénomènes comateux, et avant tout la diminution rapide du volume du foie, enfin, dans quelques cas, la persistance de la présence de la bile dans les matières intestinales, peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

On aurait tort de conclure de l'examen des cas connus dans la science que la maladie se termine toujours d'une manière fâcheuse. Budd cite quelques cas de guérison, et il est à croire que leur nombre est plus considérable qu'on ne le croit généralement.

Les moyens thérapeutiques employés avec le plus d'avantage ont été les purgatifs énergiques, que la plupart des auteurs s'accordent à conseiller.

Quelles sont les conditions qui paraissent favoriser le développement de cette forme grave de l'ictère? La cause la plus généralement admise est l'influence d'une émotion morale très vive ou de chagrins prolongés. Tous les auteurs sont unanimes à ce sujet, et je suis heureux de pouvoir citer comme partageant la même opinion mon savant et excellent maître, M. Rayer, qui a observé plusieurs cas de ce genre dans sa pratique civile. Les causes débilitantes, comme l'abus des boissons alcooliques, la misère, une nourriture insuffisante, une cachexie syphilitique, agissent également d'une manière non douteuse dans la production de la maladie. Enfin il faut noter que l'ictère grave s'observe surtout à un âge peu avancé; l'observation du docteur Spengler est, à ce point de vue, une exception à la règle.

On a eu plusieurs fois l'occasion de voir cette affection survenir à des intervalles peu éloignés chez plusieurs membres d'une même famille; ainsi Griffith l'a observée chez trois enfants de 11, 13 et 20 ans dans la même famille. Le docteur Graves rapporte un fait semblable : trois sœurs furent frappées d'ictère grave; elles avaient 8, 11 et 17 ans. Deux succombèrent dans ce cas, une seule fois la terminaison fatale survint chez les malades du docteur Griffith. Enfin M. Henoch a observé également la même affection chez trois membres d'une même famille, la fille, la mère et la grand'mère.

MÉMOIRE SUR LES INJECTIONS DE PERCHLORURE DE FER APPLIQUÉES AU TRAITEMENT DES ANÉVRISMES, par M. MALGAIGNE.

Suite. Voir le numéro 6.

Mais enfin il se pouvait que, dans l'un et l'autre cas, celui de M. Velpeau et celui de M. Lenoir, on eût eu affaire à une tumeur à moitié remplie dans un caillot; et l'injection lancée dans le caillot n'aurait pu agir efficacement sur la couche liquide extérieure. C'était là, très assurément, d'après les détails de l'observation, le cas de M. Lenoir; et bien que M. Lenoir eût pris soin de ne pousser son injection que quand un jet de sang vermeil et saccadé l'avait assuré que la canule plongeait bien dans la couche liquide, n'importe; il était à désirer, pour juger de l'utilité de la méthode, qu'elle fût essayée dans un cas où l'anévrisme contiendrait surtout du sang liquide. Eh bien, ce cas s'est rencontré; le voici :

Un individu entra à l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, pour un anévrisme de la crurale mesurant au moins 10 centimètres de diamètre. Autant qu'on put s'en assurer, la tumeur ne contenait guère que du sang liquide; et en effet, à la première ponction, aussitôt le poinçon retiré, un jet de sang caractéristique s'échappa par la canule. M. Soulé injecta en tout six gouttes de perchlorure, et il estime que deux de ces gouttes ont dû rester dans la canule. Ce n'était pas de la solution fournie par M. Dubuisson; mais elle devait être aussi bien préparée assurément, car la tumeur devint immédiatement dure et ratatinée. Pour favoriser la condensation et les adhérences du caillot, on maintint la compression quinze minutes. Hélas! à peine fut-elle suspendue, que les battements reparurent dans la tumeur. Cependant, on fit usage d'une compression modérée, pour atténuer au moins l'impulsion de l'ondée sanguine; et, en effet, la tumeur sembla durcir de jour en jour. Comme d'ailleurs il n'y avait pas d'accidents, le 1er août, cinq jours pleins après la première injection, M. Soulé voulut compléter son œuvre, et fit une nouvelle injection de sept gouttes; mais cette fois la douleur fut vive, la nuit sans sommeil, la tumeur s'enflamma et augmenta de volume; le tourniquet fatiguait le malade; d'ailleurs la coagulation complète n'avait pu être obtenue. Dans la crainte de voir une ulcération du sac amener une hémorrhagie foudroyante, M. Soulé pratiqua, le 6 septembre, la ligature de l'artère crurale, qui fut suivie d'une complète guérison.

Peut-être dira-t-on que l'anévrisme était bien considérable, et

alors, de restrictions en restrictions, le champ de la méthode nouvelle se trouverait bientôt réduit à rien. M. Soulé a pourtant essayé le perchlorure pour une petite tumeur du volume d'une cerise, suite d'une piqûre de la tibiale postérieure près de la malléole interne. La petite plaie extérieure, bouchée seulement par des caillots, avait plusieurs fois livré passage à des hémorrhagies; à l'aide d'un gros stylet, M. Soulé pénétra dans le sac, d'où jaillit aussitôt un jet artériel. Il instilla plusieurs gouttes de perchlorure, introduisit même des bourdonnets de charpie imbibés de ce liquide, et ajouta enfin un bandage compressif. Trois jours après, la nullité du résultat obligeait à fendre la tumeur; on reconnut alors que l'artère avait été coupée en travers, circonstance des plus heureuses pour l'arrêt de l'hémorrhagie et l'oblitération de l'artère. On ne put pourtant la saisir pour la lier, et l'on établit une compression au fond de la plaie avec des bourdonnets de charpie imbibés d'eau de Pagliari; ce qui réussit.

Un cas du même genre a été traité par M. Alquié, professeur de clinique à Montpellier. L'artère cubitale ayant été ouverte d'un coup de serpette vers l'éminence hypothénar, un mois après il existait une tumeur du volume d'un œuf de pigeon avec des battements isochrones à ceux du pouls, et recouverte d'une petite plaie suppurante. M. Alquié enfonça dans la tumeur une canule effilée, et, à l'aide d'une seringue de verre parfaitement calibrée, y fit une injection de quatre à cinq gouttes d'une solution de perchlorure dans quantité égale d'eau. Il n'y eut d'abord aucun changement perceptible dans la tumeur; mais dans la nuit, le malade y ressentit des douleurs lancinantes. Le lendemain au soir, frisson, tuméfaction des doigts; le quatrième jour, une rougeur vive occupe le poignet et l'avant-bras jusqu'au coude, et les battements de la tumeur très prononcés semblaient menacer d'une rupture. On garda le malade à vue de peur d'hémorrhagie, et le dixième jour, après avoir calmé l'inflammation, M. Alquié lia l'artère humérale. Neuf jours plus tard, une hémorrhagie par la plaie de la main obligea à lier le bout supérieur de la cubitale et une collatérale assez volumineuse; mais finalement le malade eut le bonheur d'en réchapper (1).

N'est-ce pas une chose bien remarquable qu'après la guérison du premier anévrisme de M. Raoult, qui n'était pas un anévrisme, et les deux succès plus ou moins chèrement achetés de MM. Niepce et Serre, d'Alais, la méthode n'ait plus marché que de revers en revers? Voilà, en effet, six essais nouveaux, dont deux terminés par la mort, trois qui obligent à recourir à la ligature de l'artère, un pour lequel il faut employer la compression et l'eau de Pagliari. Est-ce assez pour fixer l'opinion des chirurgiens? Eh bien, il y a eu trois autres essais dont je n'ai rien dit encore : l'un, par M. Dufour, chirurgien de l'hôpital de Lectoure; à la suite de deux injections dans un anévrisme volumineux de la carotide droite, il survint une inflammation excessive, la tumeur se gangrena, se rompit, et le malade fut emporté par une hémorrhagie foudroyante (2). Un autre, par notre excellent collègue M. Jobert, qui, sans doute, en rapportera les détails à l'Académie; mais déjà je tiens de ses confidences amicales que le membre a été pris de gangrène, et que l'opéré a succombé. Enfin, j'ai eu aussi ma part de ces insuccès; j'ai sauvé mon malade, grâce au ciel! mais l'observation pour n'avoir pas eu cette issue funeste sera peut-être plus propre qu'aucune de celles que nous avons passées en revue pour démontrer le danger des injections de perchlorure, lors même qu'on n'en a fait qu'une seule, et avec une dose si faible, qu'elle n'a pas même réussi à coaguler le sang dans toute la tumeur.

Ici vient se placer la deuxième observation de M. Malgaigne. Elle a trait à un anévrisme traumatique de l'artère humérale, traité par une injection de six gouttes de perchlorure de fer. Les jours qui suivirent l'injection se passèrent bien, seulement la coagulation n'avait pas été obtenue et la tumeur battait à l'ordinaire. M. Malgaigne songeait à faire une deuxième injection, lorsque le 18 apparurent quelques douleurs dans la tumeur. Ces douleurs augmentèrent d'intensité en même temps que le volume de la tumeur éprouvait un accroissement manifeste et que le malade y éprouvait de temps à autre une sensation de déchirement. Le 25, la rupture du sac était imminente; M. Malgaigne pratiqua la ligature de l'humérale vers le milieu du bras. L'opération eut un plein succès, malgré l'apparition d'un érysipèle du bras et plus tard d'un rhumatisme articulaire des genoux. La ligature tomba le 10 octobre; mais l'anévrisme ne montra aucune tendance à se résorber; il fallut ouvrir le sac, où M. Malgaigne trouva un caillot solide, énorme, ovoïde. M. Verneuil, qui en fit l'examen microscopique, n'y rencontra que des globules sanguins. Enfin, après une suppuration abondante et sanguinolente de longue durée, peu à peu la plaie de la tumeur marcha vers la cicatrisation et aujourd'hui le malade, sorti de l'hôpital, est *presque* complétement guéri.

(1) *Annales cliniques de Montpellier*, 10 octobre 1853. — L'observation donnée d'abord par la *Revue thérapeutique du Midi* n'avait pas toute l'exactitude désirable.

(2) *Annales de Montpellier, loco citato;* d'après la thèse de M. Rostan. Montpellier, 1853.

Je ne pense pas, continue M. Malgaigne, avoir besoin d'insister beaucoup sur cette observation; dans aucune autre on n'avait tellement abaissé la dose de l'injection, et la manifestation des accidents n'a pas permis d'en pratiquer une seconde. Ici comme dans le cas de M. Velpeau, comme dans le cas de M. Soulé, comme dans le cas de M. Alquié, la ligature a pourvu au salut du malade; et à voir la sécurité et la promptitude de son action thérapeutique, il n'est vraiment pas permis de la mettre en balance avec l'injection de perchlorure de fer.

Telle est donc, pour une première période d'essais, la statistique des résultats donnés par ces injections : onze opérations, quatre morts, cinq revers graves, deux guérisons; encore ces guérisons ont-elles été obtenues au prix de tels accidents et avec des doses tellement exagérées, qu'au lieu d'en faire honneur aux opérateurs, M. Lallemand n'a pas hésité à blâmer leur imprudence. Aujourd'hui même, la peur s'est emparée de ceux qui avaient montré le plus de confiance : Pravaz n'est plus; mais M. Burin-Dubuisson, sur la foi duquel il se reposait, a confessé lui-même le danger de sa première préparation, qu'il explique par un excès d'acide chlorhydrique qu'elle pouvait conserver. Il veut aujourd'hui que l'on se serve de perchlorure de fer neutre; et comme la solution à 45 degrés est « presque impossible à conserver » (je me sers de ses expressions) « sans lui laisser un excès d'acide, » il a adopté la solution à 30 degrés, à la dose de cinq gouttes pour chaque centilitre de sang, et il nous promet que cette nouvelle préparation sera « suffisamment énergique, » et, ce qui est plus important encore, « d'une innocuité absolue (1). »

Voilà donc une nouvelle période qui commence, une nouvelle carrière qui s'ouvre aux expérimentateurs, s'ils consentent à s'y engager sur la parole de M. Burin-Dubuisson. La conviction et la persévérance de cet honorable pharmacien ont leur mérite sans doute; mais il faut bien confesser qu'elles s'appuient sur des fondements assez faibles. Pravaz, du moins, avait fait des expériences sur des animaux; M. Dubuisson a fait ses nouvelles expériences sur du sang recueilli dans des verres. Les premiers faits cliniques, à tout prendre, étaient encore en faveur de Pravaz; M. Dubuisson en a également un pour lui, et il est important de le mettre au grand jour.

« Dans une tumeur anévrismale volumineuse du tronc brachio-céphalique, dit-il, M. le docteur Carrier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, a pu injecter, à trois reprises, à quinze jours d'intervalle, environ soixante-quinze gouttes de perchlorure de fer, sans qu'il en soit résulté le moindre trouble fonctionnel dans l'économie générale du malade. »

Malgré la concision de cette note, comme elle a été insérée sans dénégation dans un journal publié par M. le docteur Carrier lui-même, à la date du 31 octobre, qui ne serait disposé à y ajouter foi? Or, c'est là un nouvel exemple du danger de ces petites annonces écourtées, et qui, par leur inexactitude, risquent d'induire en erreur les chirurgiens.

Nous trouvons dans le *Bulletin de thérapeutique*, du 30 octobre, la rectification indispensable de cette observation.

« J'ai vu le malade, dit M. Debout, lors de ma visite à l'Hôtel-Dieu de Lyon, au mois d'août, et *une inflammation assez intense s'était emparée de la tumeur. Du pus n'a pas tardé à se faire jour au dehors par deux*

(1) *Gazette médicale de Lyon*, 31 octobre 1853.

des trois ponctions que l'on avait pratiquées dans la tumeur ; un moment même M. Barrier a craint que l'inflammation ne s'emparât de la poche sanguine et ne donnât lieu à une hémorrhagie foudroyante. Heureusement pour le malade, les accidents sont restés bornés aux tissus qui environnaient le sac, et ont disparu après un certain temps. Le malade a quitté depuis l'hôpital ; sa tumeur avait un peu augmenté de volume ; les battements y étaient presque aussi prononcés qu'au moment où cet homme entra dans le service. »

Il y a une autre série d'essais qui, sans avoir trait aux anévrismes, ont été mis en avant pour faire ressortir l'innocuité de la solution à 30 degrés ; on l'a injectée dans des veines variqueuses ; et comme une Société savante des plus recommandables a paru encourager ces essais en proposant un prix sur la question, l'Académie me permettra une très courte digression à ce sujet : il est bon que ceux qui voudront expérimenter de ce côté sachent aussi à quels périls ils doivent s'attendre.

Le *Bulletin de thérapeutique* a publié une note de M. Desgranges, de Lyon, grand partisan de cette opération. Sur six essais, M. Desgranges en compte cinq sans accidents notables ; le sixième opéré a éprouvé une inflammation de tout le tiers supérieur de la jambe, avec des accidents généraux tels, qu'il a succombé le onzième jour. Cela n'empêche pas M. Desgranges de regarder l'injection de perchlorure dans les veines comme une opération innocente.

M. Debout citait en même temps trois essais du même genre, tentés à Paris par M. Follin, avec « des suites si simples qu'au bout de huit jours les malades avaient voulu retourner chez eux. » J'ai voulu me renseigner à cet égard, et M. Follin a bien voulu nous adresser une note d'où il résulte ce qui suit : Dans l'un de ces cas, la seringue, détériorée, ne joua pas convenablement ; il fut douteux si une seule goutte de la solution avait pénétré dans la veine ; il n'y eut d'ailleurs aucune trace de coagulation : ce premier fait doit être éliminé. Un autre malade a eu des symptômes de phlébite qui ont fait craindre un moment la suppuration ; heureusement les accidents ont pu être arrêtés. Le troisième a eu un reste d'abcès à la jambe, qui toutefois ne l'a pas empêché de guérir.

Au total, l'injection de perchlorure de fer dans les varices paraît moins périlleuse que dans les anévrismes ; toutefois, le temps seul pourra nous apprendre ce que valent les guérisons ainsi obtenues. Mais pour les anévrismes, bien que la possibilité de la guérison par ces injections soit mise hors de doute, les guérisons ont été si rares, achetées par de tels accidents, contrebalancées d'ailleurs par un si grand nombre de revers graves et même de morts, que, dans l'état actuel des choses, nous ne pensons pas qu'aucun chirurgien prudent puisse exposer ses malades à un traitement aussi désastreux.

III.

CORRESPONDANCE.

Emploi de l'urétrotomie profonde contre les rétrécissements de l'urètre.

Monsieur le Rédacteur,

En rendant compte de mon *Traité pratique des rétrécissements de l'urètre* dans le numéro du 14 octobre de la *Gazette hebdomadaire*, M. Diday a commis plusieurs inexactitudes, qui ont lieu de m'étonner chez un confrère dont la critique est habituellement juste et bien renseignée.

Je ne ferai que mentionner un certain nombre d'accidents graves qu'il met sur le compte de ma méthode, bien qu'avec plus d'attention il aurait pu voir qu'ils lui sont étrangers ; ainsi, le malade de l'observation quatorzième fut, en effet, *trente-six heures entre la vie et la mort*, non par suite de l'opération, comme l'avance M. Diday, mais par le fait d'un cathétérisme pratiqué pendant le cours d'une blennorrhagie aiguë, alors que le malade était guéri depuis longtemps de son rétrécissement.

Je veux surtout justifier l'urétrotomie d'une accusation que M. Diday formule en ces termes :

« Des cas de mort ont suivi l'application de la méthode de M. Reybard. Outre celui qui arriva devant les commissaires d'Argenteuil (et qui sincèrement ne lui est pas imputable), il y en a eu un second dans le service et entre les mains de M. Barrier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, 1852, et un troisième à la Pitié, observé par M. Michon. Pourquoi M. Reybard n'a-t-il point discuté ces faits ? Certes, la chose en valait bien la peine, ne fût-ce que pour déclarer, selon la formule des inventeurs, que la mort a résulté de causes étrangères à l'opération. »

Je sais gré à M. Diday d'avoir loyalement déclaré que le seul cas de mort que j'aie eu à déplorer dans le nombre déjà considérable de mes urétrotomisés, a bien réellement résulté de causes étrangères à l'opération.

Mais le malade de M. Barrier, celui de M. Michon, à quel titre veut-il que je les regarde comme des cas de mort imputables à ma méthode ?

Le malade de M. Barrier n'a été opéré ni par ma méthode, ni avec mes instruments : il a été soumis à la scarification avec le coarctotome de M. Bonnet. Il était facile à M. Diday de s'en assurer, soit auprès de M. Barrier, soit dans le livre dont il rendait compte ; car je n'ai nullement reculé devant la discussion de ce fait ; au contraire, il m'a servi à établir, sur des données anatomiques précises, les résultats défectueux des incisions opérées par les scarificateurs antérogrades. Voici ce que M. Diday aurait pu lire à la page 313 de mon livre : « J'avais annoncé que les parois des rétrécissements ne devaient pas être simplement divisées, mais encore *déchirées* par la scarification avec les coarctotomes antérogrades. Ce n'est qu'en 1852 que j'ai pu vérifier ce fait sur un individu, qui mourut à l'Hôtel-Dieu de Lyon quatorze heures après avoir été opéré par scarification avec le coarctotome de M. Bonnet. La chose fut d'autant plus facile à constater, que la plaie était encore fraîche et que l'inflammation n'en avait pas encore gonflé les bords. M. Jacquemet, interne et prosecteur, qui eut l'obligeance de me montrer cette pièce anatomique, me fit remarquer lui-même combien les lèvres de l'incision étaient irrégulières et déchiquetées. »

C'est donc bien là un cas de mort avec autopsie ; mais ce n'est pas à l'urétrotomie, c'est à la scarification qu'il appartient, à cette méthode dont M. Diday se complaît à vanter l'innocuité, en l'opposant aux prétendus dangers de la mienne.

Quant au malade de M. Michon, j'en ai lu attentivement l'observation, dans le numéro du 1er novembre 1852, du *Journal des connaissances médico-chirurgicales.* Il était âgé de quarante-cinq anset affecté d'un rétrécissement depuis dix ans. Plusieurs chirurgiens lui avaient donné des soins ; mais chaque traitement avait été suivi de récidive. C'est en présence des essais infructueux tentés antérieurement, que M. Michon résolut de lui appliquer ma méthode. Quel a été le résultat définitif de l'opération ? Le malade est-il mort ?

C'est un singulier mort qu'un opéré dont l'observation finit par ces mots : « Pour compléter la guérison, M. Michon passe tous les jours dans le canal une bougie volumineuse que le malade garde quelques instants. La facilité avec laquelle la bougie franchit le point qui était le siége du rétrécissement, atteste assez que celui-ci n'existe plus et ne manifeste aucune tendance à se reproduire. »

Maintenant, je le demande à M. Diday, mieux renseigné : *Est-il vrai que mon silence sur ces faits était de nature à suggérer des soupçons désobligeants, à faire penser que si je me taisais sur ces cas de mort, c'est qu'ils n'étaient peut-être pas les seuls ?...* Pouvais-je me croire obligé à m'expliquer sur ces faits avant de connaître l'étrange interprétation qu'il leur a donnée, et s'il pense toujours que ces prétendus cas de mort ne sont peut-être pas les seuls, n'est-ce pas à lui maintenant à s'expliquer à son tour ?

Je vous prie, monsieur le rédacteur, de vouloir bien insérer cette rectification dans votre plus prochain numéro, et recevoir l'assurance de ma haute considération.

Lyon, le 28 octobre 1853. REYBARD, D.-M.

Note du Rédacteur. — Nous avons à donner, au sujet de cette lettre, une explication de quelque importance. Quand elle nous est parvenue il y a dix ou douze jours, nous nous sommes empressé

de l'envoyer à l'imprimerie, et elle devait être insérée dans le numéro de vendredi dernier. Mais un chirurgien que nous pouvons nommer, M. Mercier, nous ayant annoncé une autre réclamation, qui devait s'adresser à M. Reybard lui-même plutôt qu'à notre collaborateur, M. Diday, nous avons dû surseoir à l'insertion de la lettre, afin de pouvoir mettre toutes les pièces à la fois sous les yeux du lecteur. Mais quelques jours après, sur l'avis que nous reçûmes de M. Mercier, qu'il renonçait, quant à présent, à toute réclamation, nous fîmes entrer la communication de M. Reybard dans la composition du présent numéro. Elle allait donc paraître, quand mercredi soir, sans aucun préliminaire, M. Reybard *nous fit sommation par huissier* d'avoir à insérer dans le plus bref délai une réponse à l'article de M. Diday, jointe à l'exploit. Comme nous ne sommes plus maîtres, à l'heure qu'il est, de remanier notre composition, et que la réponse ne diffère d'ailleurs de la lettre primitive que sous des rapports insignifiants, nous maintenons celle-ci dans notre numéro d'aujourd'hui. Il est à croire que M. Reybard s'en contentera.

De notre côté, nous refusons d'accepter une polémique qui s'engage par ministère d'huissier, et nous supprimons la réplique de M. Diday, dont la modération et le bon goût pourraient ne pas nous préserver d'un second désagrément.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

De la tumeur lacrymale commençante et de son traitement, par M. Chassaignac.

M. Chassaignac a surtout eu en vue d'indiquer un traitement efficace contre ces accumulations de larmes résultant d'une inflammation chronique de la muqueuse, état qu'on attaque en vain par les fondants ou les résolutifs, et qui le plus souvent amène à sa suite la fistule lacrymale. Pour y remédier, il préconise les injections et douches à l'aide du cathétérisme par le canal nasal. Mais la sonde la plus parfaite que l'on ait, celle de M. Gensoul, offre cette imperfection grave, que son extrémité étant fortement convexe, si l'on y perce une ouverture dans l'axe même de l'instrument, l'orifice ira appuyer contre la paroi du sac, et la projection du liquide ne pourra avoir lieu, du moins avec la force suffisante pour vaincre l'obstacle.

La correction à introduire est bien simple et se pressent d'après cet exposé; il suffit de percer l'ouverture latéralement sur la convexité de la sonde, près de sa pointe. Ainsi modifié, l'instrument de M. Gensoul a rendu, entre les mains de M. Chassaignac, de précieux services. Des douches continuées de deux en deux jours d'abord, ensuite plus espacées, ont guéri, à la vérité, au bout de quelques mois, des tumeurs lacrymales contre lesquelles une opération avait été jugée nécessaire.

Le cathétérisme par la voie inférieure nous paraît, comme à M. Chassaignac, une méthode qui n'attendra pas longtemps sa réhabilitation; seulement nous pensons qu'il peut guérir parfois uniquement au moyen de la désobstruction que l'instrument opère et sans le secours des injections. Notre conviction à cet égard est appuyée principalement sur le souvenir d'un malade chez qui nous pûmes, à l'hôpital, faire disparaître, par *un seul* cathétérisme, une tumeur lacrymale dont le début remontait à plusieurs mois. Quelque exceptionnel que ce succès doive paraître, même à nos propres yeux, il n'en est pas moins significatif comme éclairant le mécanisme d'après lequel la guérison a souvent lieu en pareil cas.

(*Bulletin général de thérapeut.*, 15 octobre 1853, p. 304.)

Procédé pour l'ablation du maxillaire supérieur, par M. Heylen.

La modification que l'auteur propose porte uniquement sur la manière dont l'incision des parties molles doit être pratiquée. Si on la dirige obliquement de la commissure labiale à la fosse temporale, trop souvent la paralysie irremédiable d'une partie de la face en est la conséquence; si pour prévenir ce danger on adopte l'incision de Dieffenbach sur la ligne médiane, on a un autre inconvénient à redouter, c'est la difficulté de la réunion et de la cicatrisation du lambeau dans l'angle interne de l'œil, où la peau est très mince et où elle cesse d'être soutenue après l'extirpation de l'os.

Voici comment M. Heylen s'y est pris chez un de ses opérés pour prévenir cet inconvénient très sensible lorsque les progrès de l'altération osseuse obligent de faire une dissection très étendue de la peau : Après avoir divisé sur la ligne médiane la lèvre supérieure et les téguments du dos du nez, il ne fait pas, comme Dieffenbach, partir de l'extrémité supérieure de cette incision une petite incision horizontale du dos du nez à l'angle interne des paupières. Au lieu de ce tracé, dont nous avons montré les suites défectueuses, il fait parcourir au bistouri une courbe qui, partant du bord libre de la paupière en dehors du point lacrymal supérieur et montant obliquement sur le sourcil, se dirige sur le front vers la ligne médiane. La plaie repose donc partout sur des parties solides et résistantes, et elle offre toutes chances de cicatrisation immédiate.

Cette modification, au prix de quelques difficultés de plus pour la dissection de la paupière, prévient la lésion du canal lacrymal supérieur, favorise la réunion, conserve au procédé de Dieffenbach tous ses avantages, et ne laisse enfin qu'une cicatrice peu apparente cachée par le sourcil.

(*Annales de la Société de médec. d'Anvers*, septembre 1853, p. 393.)

Extirpation totale de la clavicule, par M. Wedderburn.

Cette opération hardie, tentée pour la première fois par Valentine Mott, en 1828, puis répétée par Warren, en 1833, a, depuis lors, été pratiquée en Europe par plusieurs chirurgiens. M. Wedderburn y a eu recours le 21 janvier 1853, pour une carie très étendue de cet os. Le malade ayant été chloroformisé, une longue incision faite au-dessous de la clavicule mit à découvert ses extrémités articulaires. On sépara d'abord l'acromion, mais quand on voulut détacher la partie interne de l'os, il se rompit à un pouce et demi du sternum, ce qui rendit la désarticulation de ce côté très difficile, faute d'une partie suffisamment étendue pour donner prise aux tractions. Enfin, tout étant terminé, on se borna à mettre à la place de l'os enlevé une tente de linge imbibée d'une solution de 0,25 de sulfate de quinine pour 30 gr. d'eau.

Au bout de vingt-quatre heures, l'opéré put se tenir debout; vers la fin d'avril il quitta l'hôpital. Il se servait alors parfaitement de son bras; l'épaule n'était point déprimée; à part la cicatrice, rien n'aurait pu faire penser qu'une ablation aussi étendue avait été exécutée dans cette région.

Ce qui frappe le plus dans la relation des opérations semblables, c'est le prompt succès qui les a en général couronnées. Il s'explique, selon nous, par deux circonstances. La première c'est que, l'os étant enlevé en totalité, il n'y a pas lieu au développement de cette phlébite intra-osseuse si dangereuse et si fréquente lorsqu'un trait de scie a mis à nu le tissu spongieux et provoqué sa suppuration; la seconde, c'est que, en raison même des difficultés de l'exécution, l'ablation de la clavicule n'est jamais entreprise que par des chirurgiens exercés, et que les accidents immédiats, tels qu'une lésion des vaisseaux contigus, étant ainsi écartés, il n'y a presque aucune autre cause de péril à redouter.

(*New-Orleans Monthly Med. Register*, oct. 1852.)

De l'emploi du chloroforme dans les accouchements, par M. Capdevila.

Nous n'empruntons à ce long travail que deux mots dont le sens mérite d'être reproduit, parce qu'ils nous paraissent de nature sinon à finir, du moins à préparer la solution du débat qui s'agite entre les partisans et les adversaires du chloroforme dans cette circonstance. Les premiers, dit l'auteur, considèrent l'accouchement comme un acte anormal, et ne conseillent le chloroforme qu'au premier degré de son action anesthésique. Pour les seconds, au contraire, l'accouchement est une fonction naturelle, et le

chloroforme n'est envisagé par eux que dans la plénitude de ses effets sur l'économie. Faut-il donc s'étonner si d'un point de vue tellement différent, il règne entre eux une divergence aussi profonde? (*La Cronica de los hospitales*, p. 276.)

Rétroversion de la matrice chez les femmes enceintes, par le docteur RAMSBOTHAM.

L'auteur affirme que, dans huit cas de rétroversion de matrice en gestation, en vidant régulièrement la vessie avec le cathéter et évitant l'accumulation de l'urine pendant un certain temps, la matrice s'est redressée peu à peu. Il ne dit pas après combien de temps.

Ayant observé que, dans quatre de ces cas, la rétroversion coïncidait avec un rétrécissement, quoique léger, du détroit supérieur, M. Ramsbotham s'est demandé si la première disposition ne pourrait pas être un effet de la seconde, le rétrécissement pelvien pouvant apporter un obstacle à l'élévation de la matrice développée par la gestation.

La pratique dont M. Ramsbotham cherche à démontrer les avantages par des faits est ancienne et en quelque sorte vulgaire en Angleterre. En effet, G. Hunter s'était efforcé de prouver que, dans le déplacement de l'utérus, la rétention d'urine est la cause et l'effet de l'accident. Burns, tout en montrant par des expériences sur le cadavre que l'idée de G. Hunter était exagérée, reconnut qu'il suffit le plus souvent de vider la vessie deux ou trois fois par jour pour que l'utérus reprenne sa place au bout de quelques jours et même quelquefois au bout de quarante-huit heures. On n'est peut-être pas assez pénétré en France des avantages de cette méthode. (*Med. Tim. and Gaz.*)

Sur le traitement de la rétroversion et de la rétroflexion par le redressement avec la sonde et l'emploi du pessaire-ballon en caoutchouc combinés, par M. VALLEIX.

M. Valleix a déjà proposé, et appuyé par des exemples de guérison, le traitement de ces déviations au moyen d'un redresseur introduit dans la matrice même. Malgré d'heureux résultats, il ne méconnaît pas cependant les inconvénients inhérents à cette méthode, la métrorrhagie et l'inflammation des tissus péri-utérins. Aussi ses efforts ont-ils été constamment dirigés vers la découverte d'un traitement dépourvu de cette action irritante. Celui qu'il préconise aujourd'hui, — et que, par opposition au précédent, on peut appeler *extra-utérin*, — a effectivement son principal agent dans l'application d'un corps dilatant placé devant le col, de manière à le maintenir dans la direction normale que le chirurgien a dû préalablement lui rendre.

La manœuvre consiste donc à introduire d'abord la sonde utérine courbe jusqu'au fond de la matrice, en portant la concavité et le bec de la sonde en arrière. Puis on ramène le bec et la concavité en avant, tout en portant doucement le corps de la matrice vers le pubis. Cela fait, on place l'index sur la face antérieure du col, et, en même temps qu'on retire la sonde, on repousse fortement le col en arrière et en haut. On prend alors une vessie en caoutchouc vide et roulée, on la place dans le cul-de-sac du vagin, puis on l'insuffle tout en tenant le col refoulé vers la concavité du sacrum. Il ne faut lâcher le col qu'après avoir insufflé la vessie à un degré convenable.

La vessie n'est d'abord laissée que vingt-quatre heures en place, afin d'habituer les patientes à son contact qui, quoique très doux, produit néanmoins assez souvent un certain degré d'irritation. Plus tard, on l'y laisse trois ou quatre jours de suite. Le soulagement se manifeste presque toujours immédiatement. M. Valleix a vu des femmes que la rétroflexion rendait incapables de marcher, recouvrer, grâce à ce redresseur permanent, la faculté de supporter la fatigue et de vaquer à leurs travaux. Dans un cas, cette contention, continuée durant neuf jours, suffit à procurer une guérison solide. Mais ordinairement il faut plus de temps, quoique l'amélioration commence à partir du jour où l'instrument a pu être gardé en place.

Une expérience personnelle assez étendue nous a appris que si la vessie est péniblement supportée par les malades, cela tient à ce qu'elle comprime les parties qu'elle ne devrait que soutenir. Mais la vessie étant placée hors de la vue, il devient assez difficile pour le chirurgien de lui donner un degré d'ampliation tel qu'elle remplisse son rôle d'agent contentif sans donner lieu à une pression douloureuse. C'est comme permettant de juger de sa dilatation que nous rappellerons une ingénieuse addition imaginée par le premier inventeur, M. Gariel, pour les instruments de cette espèce. Un petit renflement, formé d'un tissu aussi mince que celui de la vessie, communique avec le tube qui sert à pousser l'air. Comme on ne peut insuffler la vessie sans l'insuffler lui aussi, ce renflement, situé à l'extérieur, véritable *pneumatoscope*, sert à connaître le développement qu'a subi la vessie juxta-utérine, et avertit le praticien s'il faut y introduire plus d'air ou en laisser sortir.

(*Bulletin gén. de thérapeut.*, 30 sept. 1853, p. 250.)

De la résorption de la partie solide des exsudations, par voie de dégénération graisseuse ou résorption, et par trois stades : stade de tuberculisation, stade de saponification, stade de transformation calcaire; par M. A. MICHAELIS, de Prague.

Ce mémoire d'anatomie pathologique est basé sur une suite d'expériences entreprises sur de jeunes poulets.

L'auteur pratique une ouverture au côté gauche de l'abdomen et dans la région de l'hypochondre; il introduit dans la cavité abdominale la substance qui doit être modifiée ou résorbée, puis il ferme la plaie. Il importe de choisir de jeunes animaux, car tous les adultes succombent en peu de temps. Les grenouilles ont aussi été le sujet d'expériences analogues. La substance introduite dans l'abdomen des animaux était de la viande de veau.

Dans une autre série d'expériences, l'auteur prend des chiens et injecte du mercure dans les poumons par la voie de l'artère pulmonaire, pour déterminer autour des globules mercuriels de petits épanchements partiels dont il étudie les diverses transformations.

Voici les conclusions auxquelles l'ont conduit ses expériences :

1° Il est invraisemblable qu'une exsudation solide soit dissoute par le sérum, par une véritable digestion.

2° Un épanchement de fibrine solidifiée n'est point propre à l'organisation.

3° Une exsudation fibrineuse solidifiée passe successivement par une série de métamorphoses soumises aux lois de la chimie, métamorphoses qui ont pour but la destruction d'un corps étranger placé dans le sein de l'organisme. Cette exsudation commence par se *tuberculiser*, c'est-à-dire qu'elle se transforme en une sorte de *noyau*. Sa substance contenant de l'azote, il se forme de l'ammoniaque par suite de sa décomposition, tandis que les éléments non azotés (oxygène, hydrogène, carbone) se constituent à l'état de graisse. L'ammoniaque formée se combine avec une portion de la graisse pour former un savon. Ce savon, soluble dans le sérum, est résorbé sous cette forme. Il se passe dans le sein de l'organisme, c'est-à-dire en dehors du contact de l'air, dans un milieu humide et à l'aide d'une température modérément élevée, ce qui arrive aux substances animales enfouies au sein de la terre, qui, sous l'influence d'une chaleur humide, se saponifient.

4° Le phosphate de chaux, insoluble, est impropre à la résorption. Dans ses expériences, l'auteur a toujours trouvé le phosphate de chaux parmi les résidus de la transformation et de la résorption de la chair de veau.

Les productions calcaires ou *crétacées*, qu'on rencontre si fréquemment dans le sein des organes, et qui procèdent de l'athérome ou des tubercules, ne sont que les résidus d'une transformation graisseuse, suivie de saponification et d'absorption. (*Vierteljahrsschrift für die praktische Heilkunde*; Prag., 1853. Vierter Band., p. 45.)

De la dilatation des vaisseaux capillaires dans les inflammations de l'encéphale et les maladies mentales; observations microscopiques; par M. H. Ecker, d'Utrecht.

Les masses centrales nerveuses sont parcourues par des vaisseaux capillaires d'un très petit diamètre qui n'admettent en quelque sorte qu'avec peine les globules du sang, car leurs dimensions sont à peu près celles de ces globules même, c'est-à-dire de 0mm,003 à 0mm,005. Dans les conditions normales, les globules ne s'engagent que de loin en loin et à la file dans ces vaisseaux. Dans la période de congestion, les globules se tassent et remplissent ces vaisseaux, et la substance nerveuse prend une teinte rosée. La congestion gagne de proche en proche des vaisseaux d'un plus grand diamètre, et il se forme des réseaux colorés persistants. L'inflammation suit-elle la congestion, la dilatation des vaisseaux survient. La dilatation des vaisseaux capillaires peut être telle, que leur diamètre devient six fois plus considérable qu'il ne l'était. La dilatation est d'ailleurs portée beaucoup plus loin dans certains points, et il se forme là de véritables dilatations microscopiques anévrysmales. On ne peut douter que la dilatation des vaisseaux n'exerce sur la substance nerveuse, au milieu de laquelle ils circulent, un effet de compression analogue à celui qu'exerce le sang épanché hors de ses vaisseaux.

M. Ecker a fait ses observations sur l'encéphale de trois aliénés. Le premier était un dément autrefois atteint de manie aiguë ; entre l'arachnoïde et la pie-mère existait une couche albumineuse de couleur laiteuse. Les vaisseaux *capillaires* de la substance grise et de la substance blanche du cerveau étaient remplis de sang; leur diamètre était très augmenté, car il était de 0mm,175. L'augmentation en diamètre n'était pas régulière; les vaisseaux capillaires présentaient aussi des flexuosités anormales; il n'y avait d'ailleurs aucun épanchement de sang au dehors des vaisseaux.

Le second était également un ancien maniaque tombé en paralysie générale, avec démarche chancelante et parole embarrassée. Dans les derniers mois de sa vie, il avait subi plusieurs attaques d'apoplexie. A l'autopsie, on trouva des épanchements séreux abondants dans l'arachnoïde et entre les mailles de la pie-mère. Les vaisseaux capillaires de la substance nerveuse étaient remarquablement *dilatés*. Il y avait aussi des épanchements de sang en divers points. Les corps striés, la couche optique et le pont de Varole présentaient aussi une dilatation très remarquable de leurs vaisseaux capillaires : c'est même en ces points qu'elle était le plus marquée.

Le troisième malade était également un maniaque tombé en démence, et qui mourut d'apoplexie. La *dilatation* des vaisseaux capillaires était également très remarquable dans la plupart des parties de l'encéphale.

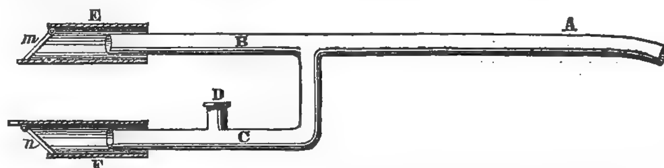
Le procédé suivi par M. Ecker, dans ses recherches microscopiques, est celui qui a été proposé par Schroder v. d. Kolk. Il consiste à prendre de petites lames de substance nerveuse de 1 millimètre d'épaisseur. On place ces fragments de substance nerveuse sur une lame de verre, et on les laisse sécher pendant quelques jours. Lorsqu'elles sont bien sèches, on peut les couper avec l'instrument tranchant, sans les déchirer, en lamelles plus minces encore. Ces lamelles sont alors tout à fait transparentes, et on les place sur le porte-objet du microscope. Les vaisseaux capillaires s'observent alors avec la plus grande facilité. (*Deutsche Klinik*, n° 26, 1853.)

De l'acétate de plomb contre l'hémoptysie, par M. C.-G. Jaeger.

Un jeune homme fut atteint, à l'âge de dix-huit ans, et à la suite d'un refroidissement, d'une pneumonie qui céda à un traitement approprié. Il conserva un crachement de sang habituel, qui, chaque printemps, dégénérait en une hémorrhagie pulmonaire. Cette hémorrhagie céda, pendant quelques années, à l'emploi d'un traitement antiphlogistique énergique; mais chaque année elle devenait plus inquiétante. Il y a quelques mois, à la suite d'un effort violent, le malade fut pris d'un véritable vomissement de sang. Une forte saignée, et l'administration du chlorure de sodium à doses élevées, purent seuls arrêter l'hémoptysie, qui, quelques jours après, ne tarda pas à se reproduire encore plusieurs fois, et mit les jours du malade sérieusement en danger. C'est alors qu'on lui administra l'acétate de plomb en pilules, associé à l'opium. Ces pilules furent bien supportées. A partir de ce moment, toute trace d'hémoptysie disparut. Le malade, qui était devenu d'une faiblesse extrême à la suite de ses nombreuses pertes de sang, se rétablit peu à peu, reprit les apparences de la santé, et il se livre de nouveau aujourd'hui à ses occupations. (*Medicinische Zeitung herausgeg. v. d. Vereine f. Heilk. in Preussen;* Berlin, n° 42, 19 octobre.)

De l'inspiration du nitrate d'argent pulvérisé dans la laryngite chronique, par M. le professeur Burow, de Königsberg.

C'est M. le professeur Trousseau, ainsi que chacun le sait, qui, le premier, a proposé l'inspiration du nitrate d'argent en nature dans la laryngite chronique; mais la plupart des malades, et surtout les enfants, se montrent en général indociles à ce mode de traitement. M. Burow, pour rendre cette inspiration plus facile, a construit un petit appareil que voici :



Il consiste en un tube de verre A, qui se bifurque en avant en deux branches B et C. Aux extrémités des deux branches B et C sont fixés deux manchons métalliques E, F, dont l'ouverture terminale est fermée par les soupapes *m* et *n* qui s'ouvrent en sens contraire. Le nitrate d'argent pulvérisé est introduit dans la branche C de l'appareil par l'ouverture D, qu'on ferme ensuite avec un bouchon. L'extrémité A est placée dans la bouche du malade, qui ferme alors les narines avec ses doigts, et qui inspire et expire au travers de ce tube.

Le jeu de l'appareil est facile à concevoir. Au moment de l'inspiration, la soupape *n* s'ouvre, la soupape *m* se ferme; le nitrate d'argent pulvérisé, placé dans la branche C, est entraîné par le courant d'air dans les poumons. Au moment de l'expiration, la soupape *n* se ferme et s'oppose à la sortie du nitrate d'argent. La soupape *m* s'ouvre au contraire, et donne issue à l'air expiré.

La réaction qui accompagne l'aspiration du nitrate d'argent pulvérisé est loin d'être aussi intense qu'on serait tenté de le supposer. La poudre de M Burow est formée par un mélange intime de 15 centigr. de nitrate d'argent pulvérisé et de 4 grammes de sucre de lait en poudre.

Chaque jour le malade inspire de cette poudre une quantité telle, qu'elle remplirait la gouttière d'une plume métallique. En peu de semaines, des laryngites, qui duraient depuis plusieurs années, ont été considérablement améliorées sous l'influence de ce traitement.

L'auteur a appliqué le même traitement au croup avec succès. (*Deutsche Klinik*, n° 21, 1853.)

Affection aiguë de poitrine, suivie d'abcès intercostal contenant un corps étranger, par MM. Villarsegura et Gonzalez.

Voici, en deux mots, les phases principales et les circonstances marquantes de ce fait : Un enfant de neuf mois est pris des symptômes d'une inflammation laryngo-trachéo-bronchique. Le huitième jour, on le juge convalescent et on le porte à la promenade. Le neuvième jour, aggravation des accidents; il s'y joint une douleur au côté droit, impossibilité de s'y coucher, dyspnée, toux sèche, râle sous-crépitant localisé en ce point, fièvre intense. Au bout de huit jours (les signes d'une pneumonie circonscrite s'étant bien dessinés durant ce temps), un abcès se prononce sous la septième côte. La ponction avec un petit trocart fait sortir un pus sanieux, écumeux, très fétide, et en même temps une colonne d'air dont le

bruit d'expulsion est isochrone aux mouvements respiratoires. Le lendemain, la mère présente des débris d'un épi, que le médecin avait déjà aperçu la veille à l'entrée de l'ouverture et qui en était sorti avec le pus pendant la nuit (en effet, un jour avant la recrudescence, on remarqua que l'enfant avait mis dans sa bouche une poignée de ces mêmes épis). Il ne tarda pas à succomber. L'autopsie ne put être faite.

Les auteurs ont envoyé à la rédaction du journal les fragments d'épi recueillis, mais sans y joindre de commentaire, persuadés, disent-ils, que, en médecine, il faut seulement rechercher les faits, *laisser de côté la paille et prendre le grain.*

Cette observation présente quelque intérêt par la formation d'un abcès qui, dans des circonstances plus heureuses, eût pu devenir un moyen de guérison. D'ailleurs, l'art devait forcément ici demeurer spectateur des efforts de la nature, les accidents d'oppression n'ayant jamais atteint ce degré d'intensité qui indique la trachéotomie.

Le rédacteur, M. Villargoitia, émet l'avis que l'introduction de l'épi ne datait pas du jour où les désordres pulmonaires ont commencé à se manifester, mais bien d'une époque antérieure aux premiers symptômes de la maladie. Nous inclinerions, pour notre part, en faveur de cette version qui met en rapport la succession des phénomènes avec la marche la plus ordinaire des corps étrangers, c'est-à-dire accidents laryngiens d'abord, puis rémission au moment où l'épi s'est fixé dans un point où l'irritabilité était moindre; enfin, signes d'une phlegmasie pulmonaire quand sa migration naturelle l'a eu amené au milieu du parenchyme.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, nous ne chercherons pas à approfondir davantage les raisons qu'elle pourrait faire valoir, et nous terminerons là notre analyse, laissant au lecteur à décider si, pour le praticien, il n'y a pas dans l'histoire de cet épi *plus de paille que de grain* à recueillir! (*La Cronica de los hospitales, periodico official de la Facultad de Madrid*, 8 octobre 1853, p. 258.)

Influence thérapeutique de l'excitation électro-cutanée dans l'angine de poitrine, par le docteur DUCHENNE, de Boulogne.

Cette nouvelle application de l'électricité à la thérapeutique est vraiment remarquable par l'évidence et la promptitude du résultat. Nous en pouvons parler avec d'autant plus d'assurance, que nous avons eu occasion de voir le malade et d'obtenir de lui des renseignements positifs. Le premier accès avait débuté, sans cause connue, par un sentiment de brûlure profonde au niveau de la partie supérieure et moyenne de la poitrine, avec extension de la douleur au membre supérieur gauche. Le sujet était dans une anxiété extrême, et croyait à sa fin prochaine. Ce n'est qu'au bout de *dix-huit heures*, et après une saignée copieuse, qu'il recouvra un peu de repos; mais les accidents revenaient sous l'influence de la moindre cause, un éternument, un bâillement, une émotion. La douleur finit cependant par se calmer entièrement. A partir de ce moment, s'établirent des accès tout aussi violents que le premier, et dont la fréquence était variable. Il y avait *cinq mois* que ces accès duraient, quand M. Duchenne vit le malade. Comme les accidents n'existaient pas à ce moment, on les fit naître à dessein, et il suffit pour cela d'un mouvement un peu brusque du tronc; ils disparurent au bout de dix minutes, pendant lesquelles M. Duchenne avait cherché à se rendre compte du siége de la névralgie. (Ce n'était pas, suivant lui, le nerf phrénique qui était affecté.) Un second accès fut provoqué par la marche, et l'on appliqua sur le mamelon l'extrémité de deux fils métalliques excitateurs, qui communiquaient avec les conducteurs de l'appareil d'induction gradué au maximum, et marchant avec des intermittences rapides. A l'instant, le sujet poussa un cri, accusant une douleur atroce. Les fils furent retirés; *l'angine avait entièrement disparu.* On cherche à provoquer un nouvel accès; mais on n'y parvient qu'à l'aide de mouvements de toute sorte exécutés pendant cinq minutes. Les fils sont appliqués de nouveau, mais cette fois *loco dolenti*, c'est-à-dire au niveau de la partie supérieure du sternum; même résultat. Enfin l'expérience est répétée plusieurs fois encore avec succès, et chaque fois on remarque que l'accès est plus difficile à ramener. A partir de ce moment, le malade n'éprouva plus qu'une seule fois un léger *serrement*, sans douleur, à la partie supérieure de la poitrine, et c'était aussi le seul accident qu'il pouvait reproduire par des mouvements exécutés à dessein. Quelques applications électriques enlevèrent ce léger reste de la maladie.

Il faut observer que le mamelon a été choisi pour la première application, comme étant de toute la surface thoracique le point le plus sensible à l'excitation électro-cutanée. C'est là, par conséquent, qu'on a le plus de chance d'obtenir une perturbation capable de déloger la névralgie Le soin qu'a pris M. Duchenne d'opérer pendant la durée des accès a eu, comme il le pense avec raison, une influence avantageuse sur le résultat, et nous croyons aussi qu'il a bien fait de provoquer coup sur coup, pour les arrêter successivement, un certain nombre d'accès.

A la suite de cette observation, l'auteur en rapporte une autre, qu'il doit à l'obligeance de M. Aran, et dans laquelle une angine de poitrine, survenue chez une hystérique, et traitée en vain par les moyens ordinaires, a été guérie aussi complétement et aussi vite par l'excitation électro-cutanée. (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 septembre 1853.)

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

ANTHROPOLOGIE.— *Note sur les types des races humaines du Nord, envoyés au Muséum par M. Demidoff.* — M. Serres, après quelques considérations sur l'utilité de la chaire d'anthropologie créée au Muséum en 1838, fait remarquer que les progrès immenses faits dans les sciences zoologiques depuis un demi-siècle datent de l'époque où de grands musées, fondés sur plusieurs points du monde savant, ont permis aux zoologistes de substituer aux descriptions, toujours insuffisantes, l'examen direct et comparatif des objets de leurs études. Un pareil examen est en effet indispensable en anthropologie pour résoudre, d'après les faits, les problèmes si difficiles et si importants qui en constituent le fond.

Parmi ces problèmes, l'honorable académicien mentionne, en premier lieu, l'unité primitive des races humaines; en second lieu, leur apparition sur une contrée de la terre; en troisième lieu, leur dispersion sur la surface du globe; en quatrième lieu, leur filiation, c'est-à-dire l'étude de la gradation ou de la dégradation des caractères physiques qui spécifient l'homme et en font un être distinct du reste de l'animalité. Par cette analyse et en présence des types, on peut rechercher enfin comment, en partant d'une souche commune, les variétés humaines ont pu se développer, tantôt en suivant une ligne de perfectionnement, et tantôt, au contraire, en suivant une ligne de dégradation.

On peut ainsi monter et descendre l'échelle humaine, en cherchant à rattacher à ses différents degrés l'histoire des peuples et des nations sur lesquels la partie ethnologique de l'anthropologie a rassemblé des matériaux si précieux.

M. Serres a déjà beaucoup contribué à la solution de quelques uns de ces problèmes, en rapprochant les types que possède la galerie d'anthropologie au Muséum. Mais cette galerie, qui n'a encore que les principaux types du Midi, ne renfermait aucun type du Nord. Or rien ne peut suppléer à cette absence pour la solution des questions anthropologiques. L'envoi de M. Demidoff, correspondant de l'Académie des sciences, vient combler une partie de cette lacune des types hyperboréens. Cette collection se compose de cinquante-neuf figures représentant les races humaines comprises dans la vaste étendue de l'empire de Russie, et elle embrasse tout à la fois les races chrétiennes, les races mahométanes, les juifs, les idolâtres et les types du pôle arctique, desquels paraissent dériver les races d'Amérique. Cette iconographie plastique en miniature est, suivant M. Demidoff, d'une admirable ressemblance et peut être l'objet d'une étude sérieuse. La plupart des races offrent le type de l'homme et celui de la femme. La Société impériale de géographie de Saint-Pétersbourg avait eu depuis longtemps l'heureuse idée de faire exécuter des types de toutes les races humaines comprises dans l'empire russe. Ces types, modèles de précision et d'étude, ont pu être reproduits en petit avec le même bonheur de ressemblance et d'originalité. C'est la collection

de cette iconographie qui a été envoyée au Muséum par M. Demidoff, et c'est un spécimen d'un de ces types que M. Serres a mis sous les yeux de l'Académie.

PHYSIOLOGIE VÉGÉTALE. — M. Payer présente un mémoire sur l'organogénie des papavéracées et des fumariacées. (*Comm.:* MM. Brongniart, Gaudichaud, Montagne.)

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. Marchand présente une note sur les eaux stagnantes en général, et sur les eaux de mares en particulier. (*Comm.:* MM. Chevreul, Dumas, Bussy.)

PHYSIQUE DU GLOBE.—M. Ad. Chatin présente une note sur la présence de l'iode dans les eaux pluviales, les eaux courantes, et les plantes des Antilles et des côtes de la Méditerranée. (*Comm.:* MM. Thenard, Magendie, Dumas.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° Lettre du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics au sujet d'une demande d'autorisation pour exploiter une nouvelle source d'eau minérale située à Desaignes, canton de Lamothe (Ardèche). (*Commission des eaux minérales.*)

2° Tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1852 dans les départements de l'Yonne et du Rhône. (*Commission de vaccine.*)

3° Lettre de M. Giraldès au sujet de l'appréciation faite par M. Malgaigne des expériences instituées à l'École vétérinaire d'Alfort par MM. Goubaux et Giraldès, sur la coagulation du sang dans les vaisseaux des animaux par le perchlorure de fer.

4° Communication relative à une modification notable apportée au stéthoscope par M. le docteur Giraud, de Marseille. (*Comm.:* M. Piorry.)

5° Lettre de M. Mercier en réponse à la dernière réclamation de M. Leroy (d'Étiolles).

6° Lettre de M. Pétron, docteur en médecine à Lisieux, qui adresse pour le prix Nadau le manuscrit d'un petit traité d'hygiène populaire intitulé: *le Catéchisme de la santé*, comme complément d'un précédent envoi. (*Commission du prix Nadau.*)

7° Mémoire de M. Burq sur la préservation et le traitement du choléra par les métaux. (*Comm.:* MM. Bérard, Gibert, Mêlier.)

8° Communication de M. Leroy (d'Etiolles) relative à l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes.

Lectures et Mémoires.

TÉRATOLOGIE. — M. Depaul présente une pièce anatomique qui offre des particularités remarquables. Elle provient d'une petite fille, produit d'une grossesse gémellaire, et morte presque immédiatement après sa naissance. La sœur de cette petite fille est bien conformée et se porte bien. Dans le cas de monstruosité offert à l'attention de l'Académie par M. Depaul, on remarquait vers l'ombilic une tumeur assez volumineuse, déterminée par une hernie de la membrane muqueuse du gros intestin. De chaque côté de cette tumeur se trouvait un petit pertuis, où pouvait pénétrer un stylet, et par lequel s'écoulait de l'urine. La membrane muqueuse du gros intestin, formant hernie, s'ouvrait assez largement à l'extérieur. Les organes thoraciques avaient une conformation régulière; les organes abdominaux étaient également normaux, à l'exception du tube digestif et des organes de la génération et de la sécrétion urinaire. Le tube digestif était jusqu'au cœcum sans vice de conformation, mais là il se terminait par une ouverture assez large, à l'extérieur. Il n'y avait que 2 à 3 centimètres de gros intestin sans ouverture terminale. On remarquait sur les parties latérales de l'excavation pelvienne et dans les fosses iliaques, de chaque côté, une trompe et un ovaire. Rien à la place du vagin qui le représentât, non plus que le col de l'utérus. Il y avait exstrophie de la vessie, qui venait concourir à la formation de la tumeur sous-ombilicale. L'utérus était entièrement divisé en deux parties, et chacune de ces parties de la matrice bifide était embrassée par un petit vagin, où venait se rendre un uretère de chaque côté. Les organes de la sécrétion urinaire offraient aussi une modification curieuse; on n'apercevait d'abord qu'un seul rein placé à cheval sur la colonne vertébrale, comme cela a toujours lieu quand le rein est unique : mais on en rencontrait un se ond caché dans l'excavation pelvienne. Du côté où le rein était déplacé, l'uretère avait conservé sa position normale, comme si, entre ces deux organes, il y avait une certaine indépendance de développement; M. Depaul a d'ailleurs constaté plusieurs fois des faits semblables.

Reprise de la discussion sur le traitement des anévrismes au moyen du perchlorure de fer.

M. Malgaigne est absent.

M. Velpeau déclare que ne venant pas combattre les conclusions du travail de M. Malgaigne, il prendra la parole malgré l'absence de cet honorable académicien.

M. Velpeau: Dans la dernière séance, je n'ai pu entendre la lecture de M. Malgaigne, et je n'en ai connu que les conclusions, c'est pourquoi j'ai demandé que la discussion fût continuée; d'un autre côté, la question m'avait paru très importante, et elle n'avait encore été qu'effleurée. M. Malgaigne, ayant communiqué son travail à l'Académie pour faire juger la question, il est nécessaire de reprendre la discussion d'une manière plus détaillée. Je trouve que M. Malgaigne a d'ailleurs été un peu vite; nous nous ferions une grande illusion si nous pensions que la question puisse être jugée par nous; trop peu de faits ont encore été publiés. Le public scientifique tiendra compte plus ou moins de la décision que nous aurons prise; mais cela n'empêchera pas que d'autres personnes n'expérimentent, à moins que la chose ne paraisse par trop évidemment mauvaise. Un autre embarras peut aussi être facilement élagué. On a pu remarquer qu'il y avait certaines personnes très disposées à blâmer ce que faisaient les autres; or, il est certains blâmes qui peuvent avoir une grande influence. Ainsi, dans la dernière séance, la qualification de téméraire a été donnée à certains chirurgiens. Ce reproche me touche peu; mais il a des inconvénients graves, il peut faire reculer certains praticiens habiles, et il faut bien que quelqu'un expérimente les méthodes nouvelles. Il y a une infinité d'opérations dont s'honore aujourd'hui la chirurgie, et qui, à l'origine, avaient été suivies d'insuccès : la ligature de l'iliaque externe, celle de la carotide primitive, par exemple, dont les deux premières tentatives avaient été entièrement malheureuses. Je dis que c'est une mauvaise idée, d'une manière générale, que de jeter de la défaveur sur les expérimentations chirurgicales. Pour expérimenter, il suffit que la méthode nouvelle ne paraisse pas dangereuse, qu'elle paraisse meilleure que les autres moyens dont on dispose, que les expériences sur les animaux aient offert un résultat satisfaisant. Les chirurgiens coupent et tranchent quand l'opération chirurgicale est meilleure que tout ce qu'on possède pour arrêter les progrès de la maladie, quand la vie du malade est mise en danger; ce n'est jamais de gaieté de cœur.

L'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes n'est que la continuation d'une méthode déjà ancienne qui a déjà subi plusieurs phases. On a toujours désiré guérir les anévrismes sans ligature, parce que la ligature laisse quelque chose à désirer. Parmi les moyens auxquels on a songé, se trouve celui-ci : coaguler le sang dans les vaisseaux. Pour cela, différents procédés se présentent, parmi lesquels : l'injection dans le sang de substances coagulantes, idée émise par M. Leroy (d'Étiolles), et avant lui par Monteggia. Les essais n'avaient pas réussi, mais pour cela l'idée n'avait pas été abandonnée. Ainsi, je l'ai reprise moi-même sous une autre forme. J'avais remarqué, avec tous les chirurgiens, que les lambeaux de la membrane interne des vaisseaux déterminent la formation de caillots adhérents lorsqu'ils flottent au milieu de la veine liquide. De là l'idée de l'acupuncture dans les anévrismes; quelques essais sur l'homme n'ont pas été satisfaisants. On a songé depuis à y ajouter l'électricité; ainsi, Pravaz avait eu cette idée à une époque déjà ancienne; la méthode dite de Pétrequin n'est autre que celle-ci, et elle a donné un certain nombre de guérisons. Il est positif qu'on peut coaguler le sang de manière à obtenir dans certains cas la guérison des anévrismes. Est-ce moins dangereux que la ligature ? Ceci ne me paraît pas démontré; sur 20 cas, il y a eu 12 insuccès, parmi lesquels plusieurs cas de mort; c'est une méthode encore en expérience. Persuadé qu'on peut coaguler le sang dans les anévrismes, de manière à amener la guérison, Pravaz, continuant toujours cette méthode, est arrivé à dire : Mais, en injectant une substance chimique, on peut coaguler le sang d'une manière très solide. Cette conclusion ne suffisait pas pour expérimenter sur l'homme. Beaucoup d'eaux de toute sorte ont été inventées et vantées pour arrêter les hémorrhagies; mais généralement les essais avaient été faits sur les animaux, et il est dangereux de conclure des animaux à l'homme, attendu que chez eux le sang est plus facilement coagulable; de là, les insuccès de beaucoup d'hémostatiques si vantés au début. Pravaz avait trouvé une substance qui coagulait le sang certainement; cela était de nature à éveiller l'attention des chirurgiens. De cette façon, rien ne serait facile comme de guérir les anévrismes; il suffirait d'introduire une aiguille, car c'est une aiguille, dans l'artère dilatée, et d'y injecter quelques gouttes de liquide; et vous ne voudriez pas qu'on préférât cette méthode à la ligature ! Ainsi, la gravité de l'homme qui avait imaginé ce moyen, les essais sur des animaux, quelques essais réussis chez l'homme autorisaient les chirurgiens qui font partie de l'Académie à expérimenter la méthode de Pravaz. Maintenant il faut bien commencer l'expérimentation dès que l'occasion s'en présente. On n'a pas à volonté des anévris-

mes; on est quelquefois, même dans les grands services des hôpitaux de Paris, un an, deux ans sans en rencontrer. J'avais un malade qui était dans d'excellentes conditions ; j'ai employé la méthode Pravaz ; je n'ai pas eu à m'en repentir, puisque j'ai pu guérir mon malade depuis par la ligature.

On veut aujourd'hui que la question soit jugée. Je suis assez disposé à croire que la méthode ne vaut rien ; mais, disposé à croire, cela ne veut pas dire que je sois convaincu. Si je reviens à examiner certains faits qui ont été publiés, je dirai que le fait de M. Malgaigne me paraît étrange. Comment, un malade a un anévrisme faux consécutif; on y injecte 5 gouttes de perchlorure de fer ; à l'instant, il y a mortification de tout l'avant-bras : 4 à 5 gouttes de perchlorure de fer, éparpillées dans les artères de l'avant-bras, ont pu produire une mortification telle qu'un étranglement complet l'aurait déterminée ! Il y a là dedans une invraisemblance singulière, il faut qu'il y ait là quelque autre affaire. Depuis on a injecté dans les vaisseaux des animaux des quantités considérables de perchlorure de fer; M. Leblanc en a injecté 25 à 30 gouttes dans l'artère temporale d'un cheval, qui a bien le volume de la radiale ou de la cubitale chez l'homme, il n'y a pas eu d'accidents. Le perchlorure de fer n'est pas un caustique énergique ; on peut se laver les mains avec ; je l'ai employé souvent dans des pansements, en en imbibant des boulettes de charpie, que j'ai placées au fond des plaies, je n'ai pas eu de mortification des tissus. Dans les autres faits, qu'y a-t-il eu? De l'inflammation. Mais cela peut tenir à une trop grande quantité de liquide employée, à l'étendue de l'incision ; il n'est pas démontré que le perchlorure de fer soit la cause de l'inflammation. Je ne voudrais pas que la question fût jugée sur des faits pareils. Cependant, si cette inflammation devait se répéter, ce serait une raison pour faire rejeter la méthode ; car l'inflammation venant à s'emparer d'un anévrisme volumineux, il faudrait que l'anévrisme s'ouvrît, et il en résulterait des hémorrhagies secondaires. L'inflammation a été aussi observée chez les animaux. M. Leblanc a même vu s'établir au milieu des caillots une inflammation suppurative. Une autre difficulté provient du caillot lui-même. Le caillot a été de tout temps l'objet de recherches suivies. Il y a deux nuances dans le caillot : le caillot normal, qui est une masse homœomorphe, comme on dit aujourd'hui ; il est possible qu'il soit absorbé par les voies naturelles, qu'il disparaisse et qu'il n'empêche pas la guérison. Il y a aussi le caillot qui est formé par l'acupuncture, le galvanisme ; celui-là est encore homœomorphe. Mais le caillot déterminé par le perchlorure de fer est très différent du caillot sanguin proprement dit ; il est velouté, fibrillaire, chevelu, noir ; il ne ressemble en rien à du sang. C'est là un point important. Il faudra savoir par des expériences sur les animaux si la résorption de ce caillot est possible ; je dis la résorption, parce que, pour des anévrismes volumineux, le caillot ne pourra disparaître que de cette façon. La difficulté est donc celle-ci : le caillot hétéromorphe est-il susceptible d'être absorbé, ou se comportera-t-il comme un corps étranger qui amènera de l'inflammation ou restera indéfiniment? Dans ce dernier cas, il y aurait peu d'inconvénients ; mais il ne faudrait pas s'y fier. Si le caillot n'est pas assimilable, c'est une raison pour rejeter la méthode. Le caillot homœomorphe lui-même est d'une résorption difficile ; les observations de M. Amussat ont démontré, et avant lui celles de J.-L. Petit avaient déjà fait voir que le caillot homœomorphe reste souvent comme corps étranger. J.-L. Petit rapporte le cas très curieux d'un individu qui guérit d'un anévrisme au pli du bras, et chez lequel une tumeur dure persista pendant plusieurs années. Lorsque la dureté disparut, l'anévrisme revint. Beaucoup d'autres faits ont montré depuis que le caillot sanguin dur n'est pas toujours susceptible d'être absorbé. — Jusqu'ici le perchlorure de fer n'a pas donné de résultats de nature à faire rejeter la ligature. Cela prouve-t-il qu'on n'arrivera pas à guérir les anévrismes sans opération en coagulant le sang avec d'autres liquides? La ligature est toujours quelque chose de grave ; il y a d'ailleurs des cas où la ligature ne peut être appliquée : les anévrismes du pli de l'aine, de la racine du cou, de la fosse iliaque, par exemple ; c'est ici qu'il serait avantageux de trouver un liquide coagulant, d'une efficacité bien démontrée, ne déterminant pas d'inflammation au milieu des vaisseaux. Ce serait un grand service à rendre à l'humanité. Que ce soit la ligature ancienne ou la ligature nouvelle, la méthode d'Anel à laquelle on ait recours dans le traitement des anévrismes, elle expose toujours le malade à des accidents graves. Je persiste à dire méthode d'Anel, et non pas de Hunter, malgré le plaisir que j'éprouve toujours à me trouver en communauté d'opinion avec M. Roux, parce que l'invention de ce mode de ligature dans les anévrismes appartient bien réellement à notre compatriote Anel ; peut-être même faudrait-il remonter à Ambroise Paré, qui avait dit qu'on pouvait lier au-dessus de la tumeur. Hunter n'a d'autre mérite que d'avoir popularisé la méthode d'Anel; encore aujourd'hui ne suit-on plus son procédé, mais celui de Scarpa. L'opération d'Anel dans l'anévrisme du pli du bras est assez peu dangereuse ; mais cela n'empêche pas que je me trouverais plus heureux encore si je pouvais guérir cet anévrisme à l'aide d'une petite canule et de quelques gouttes de liquide. Je me résume en disant que, d'après les faits aujourd'hui connus, la méthode de Pravaz paraît ne rien valoir pour les anévrismes ; mais ce n'est pas une question jugée ; il faut encore essayer sur les animaux.

J'ai omis une chose ; j'avais essayé, à une certaine époque, de coaguler le sang par la congélation. J'avais annoncé que la congélation permet d'opérer sans causer de douleur, qu'elle détermine, en un mot, une véritable anesthésie locale ; ainsi, elle est employée avec avantage pour l'arrachement des ongles incarnés, pour des incisions, des cautérisations superficielles : eh bien, j'ai essayé de l'employer pour amener la coagulation du sang. Cela n'a pas réussi ; l'anévrisme devient dur, mais quand la vie se rétablit, la masse durcie se ramollit et disparaît.

— M. *Moreau* déclare qu'il n'a nullement prétendu donner de leçons de morale ; il n'est pas opposé à ce qu'on tente des opérations, même hasardeuses, lorsqu'elles sont nécessaires. Mais il ne trouve aucune analogie entre la ligature de l'iliaque externe ou de la carotide primitive et la méthode qui fait l'objet de la discussion. Mieux vaut, selon le précepte d'Hippocrate, un procédé hasardeux que rien du tout. Mais ici, dit-il, on a eu tort d'employer sur l'homme une méthode qui avait donné sur les animaux des résultats aussi fâcheux. M. Velpeau a dit que la question n'était pas jugée, et cependant il vient de faire le procès en règle du perchlorure de fer, qui détermine de l'inflammation, un caillot, corps étranger difficile à éliminer. M. Velpeau a rapporté l'observation de M. Malgaigne, suivie d'accidents formidables, de mort. Que faut-il de plus ? Faut-il attendre que plusieurs centaines d'individus aient succombé? Le traitement des anévrismes au moyen du perchlorure de fer est un moyen qu'il faut bannir d'une saine pratique. Quant à la congélation, c'est un procédé qui n'est pas nouveau, c'est la méthode de Guérin.

— M. *Velpeau* : La méthode de Guérin n'avait pas pour but d'amener la guérison des anévrismes en coagulant le sang, mais de les guérir par l'action du froid en diminuant l'activité du cours du sang.

M. *Leblanc* lit un mémoire sur la coagulation du sang chez les animaux au moyen du perchlorure de fer. Le résultat des expériences sur les animaux justifierait parfaitement, d'après M. Leblanc, l'expérimentation qui a été faite sur l'homme de la méthode Pravaz : ainsi la coagulation serait bien obtenue au moyen du perchlorure de fer ; il n'y aurait pas, comme on l'a avancé, amincissement des parois des vaisseaux, mais, au contraire, épaississement de ces parois; enfin, dans les expériences bien instituées, il ne surviendrait généralement pas d'accidents sérieux.

Après cette lecture, M. Leblanc donne connaissance à l'Académie d'une lettre adressée à M. le docteur Debout par M. *Valette*, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon. La méthode Pravaz, dit M. Valette, n'a pas donné jusqu'ici de résultats très satisfaisants, et il n'a pas été difficile à un critique aussi habile que M. Malgaigne de jeter de la défaveur sur une découverte que je persiste à regarder comme ayant un immense avenir. La lecture attentive des observations sur lesquelles s'appuie M. Malgaigne laissera à tout esprit impartial cette conviction, que le plus souvent ce n'est pas à la méthode, mais à la mauvaise application de la méthode qu'il faut attribuer la plupart des insuccès que l'on a eus à déplorer.

Après quelques considérations générales sur la question de la coagulation du sang dans les anévrismes au moyen du perchlorure de fer et l'examen critique de quelques cas malheureux, M. Valette passe à l'exposé de l'observation qui lui est propre.

ANÉVRISME DU PLI DU COUDE. — INJECTION DU PERCHLORURE DE FER. — GUÉRISON COMPLÈTE SANS ACCIDENT. (Analyse.)

Hugonnet (Louis-Étienne), ouvrier en soie, âgé de trente ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 14 juillet 1853. Ce malade est affecté d'une hypertrophie du cœur; sa constitution est assez chétive. Il porte au pli du coude une tumeur du volume d'une noix survenue après une saignée malheureuse. Cette tumeur est le siége de battements très forts, isochrones à ceux du pouls, et qui deviennent plus énergiques lorsque l'on comprime la radiale. La compression de l'artère cubitale ne paraît pas exercer d'influence sur la tumeur ; la compression de l'artère brachiale fait cesser complétement les battements de la tumeur, qui revient un peu sur elle-même. A l'auscultation, on perçoit un bruit de soufflet des plus intenses. La peau est saine. Une cicatrice récente indique qu'une saignée a été faite peu de temps auparavant. L'avant-bras est fléchi sur le bras. Les doigts sont encore engourdis, mais cet engourdissement tend de jour en jour à disparaître. M. Valette se décide à appliquer la méthode Pravaz. L'opération est pratiquée le 11 juillet dernier, en présence de MM. Pétrequin, Barrier, Desgranges, chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Lyon, de M. Bouchacourt, chirurgien en chef de la Charité, et d'un grand nombre de confrères de la ville. La capacité de l'anévrisme étant évaluée approximativement à un centilitre, M. Valette se décide à pousser dans la tumeur 15 gouttes de perchlorure de fer à 30 dégrés, préparé par M. Burin du Buisson lui-même, ce qui ne fait en réalité que 13 gouttes, car 2 gouttes sont absorbées par la canule de la seringue. L'injection est pra-

tiquée avec la seringue Charrière, à corps de pompe de verre, ce qui permet de constater que le liquide n'a pas passé au-dessus du piston.

M. Vallette fait appliquer un tourniquet sur l'artère brachiale, afin d'avoir une compression exacte et surtout permanente. Pour plus de sûreté, M. Chadrinski, interne du service, comprime avec les doigts au-dessus du tourniquet. M. Pétrequin, de son côté, exerce la compression des artères de l'avant-bras. Ces dispositions prises, un trocart est enfoncé au centre de la tumeur. Le stylet est à peine retiré, qu'un jet filiforme de sang artériel s'échappe de la canule; la seringue est rapidement vissée sur elle, et 15 gouttes de perchlorure de fer sont injectées. Le malade, d'ailleurs très pusillanime et effrayé de la curiosité active dont il est l'objet, accuse une douleur assez vive.

Après une minute d'attente, M. Valette enlève avec précaution la canule. La compression au-dessous de la tumeur est maintenue dix minutes. Quant à la compression de l'artère brachiale, elle est soutenue pendant vingt minutes, et le tourniquet n'est enlevé qu'une heure après l'opération. Pendant la journée, il existe un peu de douleur qui se propage le long de l'avant-bras jusqu'à la main. Les extrémités des doigts sont froides. Les battements de l'artère radiale ont complétement disparu; ils existent toujours dans l'artère cubitale.

22 juillet. M. Valette explore la tumeur, qu'il a évité de toucher jusque là; elle est dure; la coagulation du sang paraît complète; on ne perçoit aucun battement, excepté à la partie interne de la tumeur. M. Valette se rend compte, avec M. Barrier, de ce phénomène, en admettant une bifurcation de la brachiale. La radiale serait alors le siége de l'anévrisme, qui se trouverait côtoyé par l'artère cubitale. Cette présomption s'est changée depuis en une certitude absolue. — Les douleurs diminuent; la température de la main s'est élevée; l'état général ne présente rien d'extraordinaire.

Le 24, le malade peut se lever et descendre dans les cours de l'hôpital; la tumeur présente les mêmes caractères; un quart de portion.

Le 27, la tumeur, qui est toujours dure, qui ne présente aucun battement, commence à diminuer de volume.

31 juillet. La tumeur a diminué de moitié; elle n'offre plus que le volume d'une amande; il est possible de glisser l'extrémité du doigt entre la tumeur et le vaisseau dont les battements se faisaient sentir à la partie interne; la certitude est acquise que ce vaisseau est bien l'artère cubitale. Les mouvements du bras s'exécutent bien.

5 août. La tumeur n'a plus que le volume d'un gros haricot.

12 août. M. Valette accorde au malade son exeat, sur ses vives instances. MM. Pétrequin, Barrier et Desgranges constatent l'état du malade au moment de sa sortie. — La tumeur a le volume d'un noyau de cerise; elle est dure, roule sous le doigt. L'artère radiale ne présente pas de battements; toutefois ils semblent vouloir reparaître vers le poignet, mais ils sont tellement obscurs que quelques personnes ne les perçoivent pas. — Il est évident, dans tous les cas, que le rétablissement de la circulation se fait par les collatérales.

M. Valette a revu deux fois Hugonnet, à quinze jours d'intervalle. Il a constaté et fait constater la solidité de la guérison. La tumeur n'a plus que le volume d'un petit pois. Le malade a repris ses travaux, qui exigent, comme on sait, des mouvements continuels du bras droit.

M. Valette a revu encore le malade dans le courant d'octobre; la guérison de l'anévrisme s'est complétement maintenue.

M. Valette fait suivre cette lettre de quelques remarques sur les précautions qui ont été prises dans le seul cas de guérison obtenu jusqu'ici. Il insiste sur l'emploi du perchlorure de fer à 30 degrés, un perchlorure plus concentré devant être nécessairement acide. En second lieu, la quantité de perchlorure de fer injecté devra être rigoureusement déterminée d'après la capacité de l'anévrisme; dans l'observation qui précède, 13 gouttes ont suffi pour un centilitre environ de sang. M. Valette fait observer que le caillot qui se forme n'a pas immédiatement le volume qu'il doit avoir un peu plus tard; il arrive de là que si l'on a injecté dans un anévrisme assez de perchlorure pour que le caillot distende le sac, le lendemain la distension sera bien plus considérable, et si la quantité du liquide injecté est trop forte, cette distension pourra amener les résultats les plus déplorables, une inflammation suppurative, par exemple. Les expériences de M. Burin du Buisson indiquent 10 à 12 gouttes de perchlorure à 30 degrés, pour obtenir la coagulation d'un centilitre de sang. M. Valette fait encore ressortir l'importance qu'il y a à se servir d'un instrument bien fait, afin que le liquide passe bien dans la tumeur. Il faut aussi, dit M. Valette, que l'ouverture soit très petite, car si du perchlorure s'échappe à travers la petite plaie, le tissu cellulaire sera cautérisé; il en résultera une inflammation suppurative, qui pourra se propager jusque dans l'intérieur du sac. Enfin, il est de la dernière importance d'isoler l'anévrisme par la compression, car la coagulation du sang n'est pas instantanée. Si la circulation est libre dans l'anévrisme, une certaine quantité de perchlorure sera chassée dans les artères, et la coagulation du sang se fera, non pas dans le sac, mais dans les vaisseaux. C'est à cette circonstance que M. Valette attribue la gangrène du bras qui a suivi une tentative d'opération.

Médecine opératoire. — M. Maisonneuve présente à l'Académie un homme auquel il a reconstruit un canal de l'urètre, à travers un tissu inodulaire, dans une étendue de 3 à 4 centimètres, à l'aide d'un procédé qui lui appartient. Sur une interpellation de M. Malgaigne, M. Maisonneuve déclare que la guérison se maintient depuis plus de deux mois. Les fistules qui donnaient passage à l'urine ont entièrement disparu.

L'Académie se forme en comité secret à cinq heures.

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Hydrothérapie générale. — Du véritable mode d'action des eaux de mer en particulier; des eaux thermo-minérales et de l'eau simple en général, par A.-H.-A. Dauvergne, médecin de l'hôpital de Manosque. 1 vol. in-8°. Paris.

Nous ne sommes pas ennemi des explications en médecine, — des bonnes, s'entend. Il est certain que la notion positive du mode d'action d'un remède est une lumière jetée tout à la fois sur la physiologie et sur la thérapeutique; qu'elle aide puissamment à satisfaire les indications; qu'elle ouvre à l'instant des horizons où l'observation ne se serait peut-être jamais engagée; qu'elle est enfin, ou devrait être, la condition essentielle de tout traitement. La notion d'un remède est chose assez complexe; elle doit comprendre, et l'action physiologique du remède, et son action thérapeutique; deux sources de difficultés dont on ne se fait pas généralement une idée exacte. La détermination de l'action thérapeutique, en particulier, est un travail tellement délicat, qu'il n'a pu être accompli encore que pour un petit nombre de substances, si tant est qu'il le soit rigoureusement et définitivement pour une seule. Mais qu'est-ce que le *mode d'action*, physiologique ou thérapeutique, d'un remède? On peut imaginer, — car où est la barrière de l'imagination? — de certaines influences sur les forces intimes, primitives, de l'organisme humain, et, de fait, il y a nécessairement des influences de cette sorte; mais la première condition pour les reconnaître, pour y trouver le *pourquoi* et le *comment* des effets thérapeutiques, serait d'avoir une notion claire et nette de ces forces, de leurs modes, de leurs degrés, de leurs combinaisons, etc. Or c'est ce dont personne ne peut sérieusement se flatter. Que reste-t-il donc d'accessible à la recherche scientifique? Premièrement, l'étude des phénomènes *observables*, c'est-à-dire visibles et tangibles; secondement, la détermination de leurs rapports de succession et de génération; troisièmement, les rapports de chacun d'eux et de tous ensemble avec la cause qui les produit. Qu'est-ce qui peut conduire à ces résultats? L'observation et l'expérience; mais l'observation directe, l'expérience faite sur des éléments saisissables : voilà la route à suivre, si l'on ne veut pas se perdre dans les brouillards.

Le danger que nous signalons n'a pas retenu l'auteur du livre dont nous avons à rendre compte. De propos délibéré, sous le prétexte que toute pathologie et toute thérapeutique dérivent de la physiologie, il est allé poser les bases de son travail dans les régions les plus incertaines, les plus nébuleuses, où la physiologie puisse s'aventurer. On en aura une idée par un exposé de sa manière de comprendre la santé et la maladie, exposé que nous empruntons textuellement aux *Prolégomènes :*

« Tous nos traitements s'adressent aux phénomènes les plus » immédiats de la vie, c'est-à-dire à ce que nous pouvons atteindre » de cette prodigieuse merveille.

» Dans toute pratique, on est obligé de remonter à la connais» sance de ces moteurs physiologiques qu'on a appelés phéno» mènes vitaux, et que nous appelons éléments de la vie, parce que » nous avons pu réduire toutes les propriétés vitales, si nombreuses » pour quelques physiologistes, en quatre conséquences fonction» nelles, tellement essentielles, qu'elles sont à la fois les résultantes

» obligées de tout le mécanisme organo-plastique de l'économie et
» les véritables facteurs de ce que nous pouvons appeler la vie.

» Chacun de ces quatre éléments en particulier est la conséquence des fonctions organiques, et dépend même directement » de certains organes et de fonctions spéciales; mais, à son tour, » il devient la force motrice d'autres organes et d'autres fonctions. » C'est là le point de jonction du cercle de la vie, le *consensus unus* » d'Hippocrate et de l'école de Montpellier.

» Ces quatre éléments de la vie, fonctions de certains organes et » moteurs de certains autres, sont la sensibilité, la contractilité, la » nutrition et la caloricité.

» Toute cause de malaise, quand elle agit sur un organe, doit » nécessairement atteindre sa sensibilité, sa contractilité, sa nu» trition et sa caloricité; et de même, tout traitement doit toucher » une de ces facultés, et ce ne sera que par l'impulsion toute par» ticulière qu'il lui communiquera, qu'elle donnera à son tour aux » autres fonctions une impulsion qui devient la force médicatrice » que l'on regardait comme introuvable. »

Le paragraphe qui renferme ces généralités a pour titre : *Des fonctions physiologiques ultimes et résultantes, tellement capitales et essentielles, qu'elles constituent aussi bien les éléments de la vie que les forces médicatrices que nous pouvons atteindre et diriger.*

Un second paragraphe, intitulé *Pathogénie de l'inflammation*, est le développement des assertions suivantes :

« Toute inflammation ou congestion est l'effet d'une dilatation » des capillaires de la partie ; cette dilatation est provoquée, surtout » dans l'état aigu, par un changement survenu dans la caloricité » et la constitution des éléments du sang, c'est-à-dire dans sa cause. » On peut toujours dire tel sang, telle inflammation ; tel défaut de » contractilité organique, telle localisation phlegmasique ; ce qui » entraîne cette double idée : telle modification dans le sang et » telle excitation dans la contractilité, telle résolution.

» Il ne s'agit jamais, en médecine appliquée, que d'augmenter » la contractilité dans la partie enflammée pour obtenir la déri» vation, et de la diminuer dans les parties éloignées pour déter» miner la révulsion. Concours de mouvements organiques qui » effectuent la résolution, puissamment aidée par les actes géné» raux des élaborations et des sécrétions, changeant la plasticité » des humeurs et rendant ainsi au sang ses qualités, et par elles » des influences organiques perdues dans le trouble physiolo» gique. »

L'ouvrage est, dans son entier, conçu et écrit sur ces errements ; nous en indiquerons le plan, les divisions principales ; puis, sans nous astreindre à suivre l'ordre de l'auteur, nous donnerons un résumé, sinon complet, au moins fidèle, de ses idées.

Le premier chapitre renferme une description des propriétés physiques et chimiques de l'eau de mer, et ne présente de remarquable que cette assertion hasardée, que l'eau de mer est imprégnée d'un excès d'électricité. L'auteur étudie ensuite, dans autant de paragraphes distincts, l'action physiologique de l'air et du climat, des lieux où l'on prend les bains ; celle de la densité, de la température, du mouvement et des sels de l'eau de mer ; puis celle de la température et des sels des eaux thermales. L'exposé des résultats thérapeutiques des eaux thermales et de l'eau de mer, celui des indications et des contre-indications, celui du mode d'action, et enfin celui des divers modes d'application des différentes eaux, forment quatre dernières sections, et complètent le livre.

Nous avons vu déjà dans les prolégomènes que le point de départ, *le radical* de toute maladie, est une altération des liquides, et que sa cause déterminante et localisante est dans un défaut, un abaissement de la contractilité.

Ces altérations dont les liquides sont susceptibles, et qui constituent le caractère essentiel, la nature de la maladie, sont très nombreuses. Il serait à désirer que la science pût opposer à chacune d'elles un agent thérapeutique *spécifique*. Elle n'a pas cette puissance ; mais elle a celle de détruire ou d'éliminer, par l'intermédiaire d'un mouvement général de dépuration, les agents morbides qu'elle est impuissante à atteindre directement.

Ce mouvement régénérateur opère, tantôt en diminuant la plasticité du sang par l'élimination de ses matériaux les plus azotés, et tantôt en activant la formation de la fibrine et l'élimination de l'albumine, par l'accroissement de la contractilité.

Tout agent thérapeutique doit avoir la propriété de provoquer l'un ou l'autre de ces deux actes, et l'importance médicale de l'eau vient précisément de ce qu'elle peut, avec une puissance supérieure à celle de tout autre médicament, agir dans les deux sens, selon la manière dont elle est employée.

Administrée en bains et froide, surtout en bains de mer, elle augmente l'activité de la fibre organique et la plasticité du sang, par une série d'influences organiques dont la connaissance est indispensable pour comprendre et expliquer son action.

Le premier effet du contact de l'eau dans le bain de mer est une pression due à la densité du liquide, laquelle s'exerce de dehors en dedans, raccourcit la fibre, la rapproche de sa voisine, et force les liquides interposés à se porter dans les cavités splanchniques.

Ce refoulement obligé du sang dans le cœur et les gros vaisseaux accélère la circulation et la respiration. L'hématose se fait d'une manière plus complète, de telle sorte que les capillaires des muqueuses congestionnées contiennent à la fois un sang plus riche et un sang plus abondant, deux conditions également favorables à l'activité du travail de sécrétion qui s'opère à la surface de ces muqueuses.

Les sécrétions intestinales sont donc augmentées, et, par elles, l'élimination des fluides albumineux dont elles ont pour mission de débarrasser l'organisme. C'est une première cause de dépuration et de restauration des liquides à leur état normal, à laquelle s'en ajoute une seconde, qui est la suivante :

La contraction des tissus que nous venons de voir pousser le sang de la périphérie au centre, augmente le conflit des solides et des liquides, et par là rend plus énergique le mouvement d'échange qui a lieu des uns aux autres. La nutrition se fait mieux, l'agrégation de la fibrine à la fibre organique est favorisée, et, de plus, sous l'influence de l'accroissement général de la contractilité, les vaisseaux lymphatiques réagissent avec plus de vigueur sur le sérum qu'ils puisent dans les tissus, et transforment en fibrine une plus grande proportion de l'albumine de ce sérum.

On comprend, dès lors, comment le sang, perdant d'une part un excès d'albumine, et recevant de l'autre une plus grande quantité de fibrine, se trouve restauré et rendu apte à porter aux organes une excitation bienfaisante et résolutive.

Les bains chauds agissent en sens inverse des bains froids. Ainsi, le premier effet de la chaleur est l'expansion générale des liquides, et par suite la distension, c'est-à-dire la diminution de la contractilité des solides. Le mouvement d'expansion des liquides se fait du centre à la périphérie ; il résulte de là que les poumons fonctionnent avec peu d'énergie, que le sang est moins oxygéné et moins apte aux diverses opérations de la nutrition et des élaborations. La peau, au contraire, stimulée par le sang plus dilaté qui le pénètre, et par l'exaltation de sa sensibilité, fonctionne d'une manière très active ; et comme ses sécrétions éliminent précisément les matériaux les plus azotés des liquides, le sang finit par se trouver bientôt dépouillé par elle d'une partie des éléments protéiques dont l'excès constitue les diathèses rhumatismale et goutteuse, et par recouvrer ainsi sa constitution normale.

De cet exposé de l'action physiologique des bains froids et chauds, découle ce principe thérapeutique que les premiers conviennent dans les affections entretenues ou produites par la prédominance albumineuse, et les seconds, au contraire, dans les cas où il faut diminuer la plasticité des liquides. Il ne s'agit plus que de varier le mode d'emploi de l'eau chaude ou froide à l'extérieur pour l'adapter aux indications particulières.

Un chapitre est consacré à ce point important d'hydrologie ; mais voulant nous en tenir aux généralités, nous indiquons tout de suite le rôle que l'auteur attribue, dans les effets produits par les eaux thermales et l'eau de mer, aux sels tenus en dissolution.

Dans les bains chauds ou froids, toute absorption par la peau, dit M. Dauvergne, est impossible ; par conséquent, dans ce mode d'emploi de l'eau, un agent minéralisateur, quel qu'il soit, ne peut ajouter, à l'action propre à l'eau, qu'un surcroît de stimulation de la sensibilité. Par l'administration de l'eau à l'intérieur, les sels de

l'eau de mer exercent une influence plus importante. D'une part, ils produisent sur la muqueuse digestive une impression telle, que ses sécrétions albumineuses sont augmentées ; de l'autre, ils sont absorbés et favorisent l'oxygénation du sang. Quant aux minéraux dissous dans les eaux thermales, leur action est complétement dominée par celle de la température des eaux, de telle sorte que telle substance qui aide à la diaphorèse dans les eaux chaudes, le soufre par exemple, devient purgative dans les eaux sulfureuses froides. S'ils sont susceptibles d'exercer quelque influence spéciale sur la composition du sang, en favorisant telle sécrétion plutôt que telle autre, cette influence nous échappe ; et tout ce que la science peut affirmer, c'est que certains minéraux, comme le fer et le manganèse, augmentent la plasticité du sang, et que d'autres, au contraire, tels que le soufre et l'arsenic, agissent en sens opposé.

Telles sont les idées principales que renferme le livre de M. Dauvergne ; elles sont, à coup sûr, d'un esprit curieux et songeur, et révèlent, par la hardiesse même et l'imprévu qui les caractérise, une intelligence distinguée. Mais nous croyons n'avoir pas besoin d'insister beaucoup pour montrer combien peu elles remplissent les conditions que nous réclamions en commençant d'un tel genre d'études. Où est ici l'observation? où sont les expériences? où sont seulement les données acceptées et usuelles de la physiologie? Sur quelles preuves, en effet, repose toute cette théorie de l'inflammation dont le point de départ serait une altération du sang, et la cause localisante une diminution circonscrite de la contractilité? Sur quelle preuve aussi cette assertion, qui est, pour ainsi dire, la négation de la médecine et un démenti formel à l'expérience de tous les temps, que la médication par les spécifiques est à naître, et qu'il ne s'agit jamais, en pratique, que d'augmenter la contractilité dans un point et de la diminuer dans d'autres pour amener la résolution? Avec la meilleure volonté, peut-on voir autre chose qu'un ingénieux roman dans cette théorie du raccourcissement de la fibre organique, qui augmente le conflit des liquides et des solides, et favorise l'agrégation de la fibrine? Il peut être vrai, comme tendent à le prouver des expériences récentes (*Voyez* GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, p. 65), que, dans les bains contenant des composés minéraux, la peau n'absorbe que l'un des composants à l'exclusion de l'autre ; mais c'est la première fois que nous voyons refuser à la peau la propriété d'absorber des substances minérales. Et s'il en était ainsi, il ne s'ensuivrait pas du tout que l'action des bains minéraux se borne à une modification de la *sensibilité cutanée*.

M. Dauvergne aura peut-être un jour le mérite d'avoir indiqué à de plus patients que lui des problèmes à résoudre ; mais, quant à présent, il faut bien le dire, il n'a jeté dans la science que ses opinions personnelles, qui, dépourvues de démonstrations, n'ont même pas toujours le spécieux de la probabilité. Il a oublié que, pour ne pas se perdre dans les courants périlleux où il s'est jeté, il faut des instruments solides et un navire bien lesté. Or, en fait de science, l'imagination seule est un lest très insuffisant.

Docteur DARNEL (de Calais).

VII.

VARIÉTÉS.

CHOLÉRA. — Le choléra s'est montré à Paris il y a sept ou huit jours. On comptait hier une quinzaine de cas dans les hôpitaux et plusieurs autres s'y sont présentés depuis. Conformément aux nouvelles dispositions prises par le conseil de salubrité, les médecins qui font partie de ce conseil se sont transportés et se transportent encore dans les hôpitaux et hospices pour juger de l'état des choses et en faire leur rapport. Nous savons aussi qu'on s'occupe d'organiser les visites préventives à domicile.

— La fièvre jaune règne avec une telle intensité à Saint-Domingue, que les capitaines de navires américains refusent de frêter pour ce port. Le gouvernement en a donné avis à la chambre de commerce de Bordeaux.

— Nous avons reçu de M. le docteur A. Forget une lettre que le défaut d'espace nous force à renvoyer au prochain numéro.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ABEILLE MÉDICALE. — No 32. Analyses et revues.

BULLETIN DE THÉRAPEUTIQUE, 15 nov. 1853. — Vératrine contre les maladies fébriles et le rhumatisme articulaire aigu, par *Aran*. — Cautérisation circulaire des hémorrhoïdes, par *Amussat*.

BULLETIN DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. — No 7. Documents officiels.

GAZETTE DES HOPITAUX. — Nos 133 à 135. Extraits, revues et cliniques.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, nov. 1853. — Cliniques et revues.

MONITEUR DES HÔPITAUX. — Nos 135 à 137. Maladies de l'oreille, par *Triquet* (suite). — Cliniques.

PRESSE MÉDICALE. — No 45. Cliniques.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — No 22. Etude sur l'ergot de seigle, par *Martin-Lauzer*. — Chute du rectum ; rupture de l'intestin pendant la réduction, par *Roché*. — Corps étranger dans le rectum, par *Godefroy*. — Préparat. d'or dans la scrofule, par *Legrand*. — Cliniques.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE, oct. 1853. — Vératrine dans le traitement du rhumatisme articulaire, par *Marotte*. — Encéphalopathie albuminurique dans l'enfance, par *Rilliet*. — Luxation de l'extrémité sup. du péroné, par *Goyrand*. — Hypertrophie douloureuse des orteils, par *Chassaignac*. — Nouveau mode de tamponnement des fosses nasales, par *Leydet*.

REVUE SCIENTIFIQUE ET ADMINISTRATIVE DES MÉDECINS DES ARMÉES. — No 57. Organisation de la médecine militaire en Espagne.

UNION MÉDICALE. — Nos 134 à 136. Extraits et cliniques.

ANNALES ET ARCHIVES DE MÉDECINE (Belgique), oct. 1853. — Extraits et analyses.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — No 46. Siége et causes des maladies du cœur, par *Graux*.

ALLGEM. MEDICIN. CENTRAL-ZEITUNG. v. POSNER. No 87.—Trentième congrès de Tubingue. (Continuat.) 88. — Cas de nécrose et carie. (Nécrose de la mâchoire inférieure chez une fille occupée pendant trois ans dans une fabrique d'allumettes phosphoriques ; écartement de la portion nécrosée ; guérison). Communiqué à la Société de méd. scientif., par *H.-W. Behrend* (de Berlin). Trentième congrès de Tubingue. (Continuat.) Démenti formel donné aux journaux qui ont parlé d'un empoisonnement d'Omer-Pacha, projeté par son médecin, *M. Pelletan*.

DEUTSCHE KLINIK. — No 45. Mérite des travaux de Morgagni sur les maladies du cœur (distinction déjà bien établie de l'hypertrophie avec la dilatation, connaissance parfaite du trouble dans la circulation provoqué par les affections des valvules et le rétrécissement des orifices ; explication juste sur l'origine de la cyanose dans les maladies organiques du cœur, et appréciation du catarrhe chronique des poumons comme cause des maladies organiques du cœur, par le docteur *P.-J. Philipp* (de Berlin). — Trentième congrès de Tubingue (contin.). Choléra (ont été atteints à Berlin, le 25 oct., 8 malades ; le 26, 3 ; le 27, 2 ; le 28, 1 ; le 29, 6 ; le 30, 1 ; le 31, 3 ; et depuis le début de la maladie, 1,361, dont : morts, 898 ; guéris, 389 ; restés en traitement, 74). — Sur quelques eaux minérales de la Suisse et du Tyrol (Rorschah, Horn, Pfaeffers, San-Bernardino) ; par le professeur *Kramer* de Halle.

MEDICIN. ZEIT. v. d. Verein f. Heilk. in Preussen, année XXII, no 44. Berlin, 2 nov. Critique du 2e chapitre de l'ouvrage de Rademacher. — Mort occasionnée par l'emploi du chloroforme (chez une fille, âgée de treize ans, d'une constitution forte, qui s'adressait au docteur Wustenfeld, médecin du cercle de gouvernement à Neustadt, pour l'excision d'une tumeur située aux vertèbres dorsales inférieures. A peu près 4 grammes de chloroforme ont été employés ; par le docteur *Wustenfeld*. — Destruction douloureuse des muscles par des tubercules enkystés dans leur substance (observée, à l'autopsie, au biceps droit d'un tuberculeux), par *Book*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — No 45. — Pathologie et traitement du choléra, par *Cormack*. — Modifications de la vue comme signes précurseurs de la cataracte dure, par *Moxhay*. — Grossesse double ; avortement d'un fœtus à trois mois ; sortie de l'autre à terme, par *G. Brown*.

MEDICAL CIRCULAR. — No 45. Analyses et revues.

MEDICAL TIMES. — No 176. Maladie chronique d'estomac, par *W. Ranson*. — Polype de l'utérus avec inversion, par *G. Canney*.

THE LANCET. — No 20. Inertie de l'utérus dans l'accouchement ; valeur comparative de l'ergot et du galvanisme, par *R. Barnes*. — Action thérapeutique de l'huile de foie de morue, par *Glover*.

GAZZETTA MEDICA (Lombardia). — Nos 43 et 44. Infanticide présumé ; consultation médico-légale, par *Martinelli* et *T. Bonfanti*. — Hernie cérébrale, en avant et en arrière, par *Vannoni* (suite). — Observations physiologico-pathologiques sur le système nerveux, par *Morganti* (suite).

GAZZETTA MEDICA (Stati Sardi). — No 45. Clinique chirurgicale.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Liguria). — No 20. Épidémie de variole, par *E. Costa*. — Sur la syphilisation, par *Sella*. (Reçu en outre la *collection* depuis le no 13).

GAZZETTA MEDICA TOSCANA. — Nos 44, 45. Sur la maladie de Bright, par *Minati*. — Empoisonnement par les champignons, par *Scotti*.

GIORNALE DELLA R. ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — No 31. Traductions.

EL HERALDO MEDICO. — No 53. Du choléra-morbus, par *Velasco*. — Fœtus anormal par *Gr. Frechilla y Argenti*.

EL PORVENIR MEDICO. — No 43. — Histoire d'une fièvre qui a régné aux présides de la Coruña, par *Perez Rioyo*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 25 NOVEMBRE 1853. N° 8.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 24 novembre 1853.

LE CHLOROFORME A LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.—ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE L'EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER COMME AGENT DE COAGULATION DU SANG. —MESURES CONTRE LE CHOLÉRA.

M. Robert a continué hier la lecture de son deuxième rapport, qui a déjà rempli trois séances de la Société de chirurgie. Nous n'attendrons pas pour nous en occuper que cette lecture importante soit terminée. Toute la partie théorique du rapport a déjà vu le jour, et il est possible dès maintenant d'en apprécier la valeur et d'en discuter les bases.

Ce nouveau travail est remarquable, comme celui qui l'a précédé, par la facilité du style et par la clarté de l'exposition. Fidèle aux promesses qu'il avait faites, le rapporteur a abordé successivement toutes les questions qui se rattachent à l'emploi des anesthésiques ; il a discuté les opinions contradictoires qui ont été émises, et réfuté les objections que sa première lecture avait soulevées. Son œuvre a le mérite d'être méthodique, lucide, complète, et elle restera dans la science comme un document précieux que chacun consultera avec fruit.

Ces qualités, que nous sommes habitué à rencontrer dans toutes les productions de M. Robert, nous ont séduit tout d'abord, lorsque nous avons entendu son intéressante lecture. Mais quand nous avons eu sous les yeux le rapport imprimé, et quand nous l'avons froidement analysé, nous y avons aperçu des imperfections qui nous avaient d'abord échappé. Il nous a paru que l'auteur avait méconnu la nature de certains phénomènes, et surtout que la clarté apparente des distinctions établies par lui cachait une confusion regrettable.

Cette confusion, qui sera plus loin signalée, doit son origine, suivant nous, à l'emploi d'une dénomination vicieuse, qui a trompé M. Robert après en avoir trompé beaucoup d'autres; nous voulons parler du mot *sidération*, ressuscité il y a quelques années, lorsqu'on commença à s'effrayer de la mort mystérieuse et instantanée des malheureux tués par le chloroforme. On l'employa d'abord dans un sens purement descriptif, et un orateur, dont M. Robert réfute aujourd'hui les idées, s'en servit alors à l'Académie pour colorer ses discours d'une teinte poétique. Ce mot n'était encore qu'inutile ; mais il ne tarda pas à devenir nuisible. Il se glissa peu à peu dans le langage ; insensiblement, on s'habitua à croire qu'il désignait un genre de mort spécial, différent à la fois de l'asphyxie et de la syncope, et c'est ainsi que M. Robert a été conduit à établir « la

FEUILLETON.

Nous empruntons les intéressants épisodes historiques qu'on va lire à un savant travail de M. LITTRÉ, publié dans le dernier numéro de la *Revue des deux mondes*.

Science des poisons considérée dans l'histoire. — Mort d'Alexandre, de Germanicus et de Britannicus.

Des bruits d'empoisonnement coururent, on le sait, après la mort d'Alexandre. Ceux qui pensaient alors que la mort avait été naturelle alléguèrent comme une preuve non petite que le corps, étant resté pendant plusieurs jours sans aucun soin, à cause des discordes des généraux, n'avait présenté aucune trace de l'action d'un poison, bien que déposé dans des lieux chauds et étouffants. Ceci témoigne, non qu'Alexandre ne fut pas empoisonné, mais que les historiens qui invoquent de tels arguments sont sous l'influence de ce préjugé qui fit croire longtemps qu'un corps empoisonné cède plus vite à la putréfaction. Les observations positives n'ont aucunement justifié ces idées préconçues; la corruption inévitable de tout organisme de qui la vie s'est retirée et qui est livré aux affinités chimiques, peut survenir très vite dans des cas où aucun poison n'a été administré, et réciproquement elle peut, suivant les circonstances, tarder beaucoup, même quand un poison a donné la mort. Au reste, dire que le corps d'Alexandre resta sans se putréfier au sein de la chaleur et de l'humidité, c'est, par un autre côté aussi, obéir à ces chimériques notions qui élevaient hors de l'humanité les grands hommes, et voulaient même accorder à leurs dépouilles inanimées une vertu d'incorruptibilité.

Les historiens anciens se sont partagés sur la question de savoir si Alexandre avait été victime d'embûches secrètes. Quand on vit ce prince conquérant de l'Asie venir expirer à Babylone à moins de trente-trois ans, il n'est pas étonnant que des bruits aient circulé sur une fin si prématurée. Des projets gigantesques occupaient cet esprit actif et ambitieux qui sortait à peine de la jeunesse. Des députations lointaines étaient venues le visiter dans la vieille cité de Bélus ; il se préparait à faire le tour de l'Arabie, et on ne sait vraiment où il se serait arrêté si tant de puissance n'avait été soudainement arrachée à tant d'activité. On eut de la peine à penser que le hasard seul de la mort eût choisi cette victime de qui dépendait un si grand avenir. D'ailleurs des indices pouvaient conduire dans cette voie. Durant le cours de ces campagnes qui avaient mené Alexandre

» part qu'il faut attribuer à l'*asphyxie*, à la *syncope* et à la » *sidération*, dans les effets fâcheux du chloroforme. »

Il s'agirait pourtant de s'entendre sur la signification de ce mot : *sidération*. Il a eu des acceptions multiples. Du temps de Pline l'ancien, on s'en servait pour désigner plusieurs maladies des arbres et de la vigne, maladies dues à la grêle, au brouillard, à la gelée blanche et autres phénomènes atmosphériques (1). On l'employait également pour désigner chez l'homme une lésion externe sur laquelle on croyait utile de faire des frictions avec de l'urine d'âne (2). Les auteurs qui ont écrit depuis cette époque ont adapté ce nom à l'apoplexie, à la paralysie, à la gangrène, c'est-à-dire à des maux terribles et inconnus qu'on attribuait, faute de mieux, à l'influence des astres. Le mot latin *sideratio* n'a jamais voulu dire autre chose, et, notamment, il n'a jamais été employé pour désigner l'action de la foudre, comme on serait tenté de le croire en lisant cette phrase académique de M. le professeur Baudens. « Il n'y a pas eu sidération, car la foudre est bien autrement brutale (3) ! »

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on eut quelque idée de la nature des maladies, lorsque l'on connut les causes de la gangrène et les lésions de l'apoplexie, le mot *sidération* dut disparaître avec les superstitions qu'il avait consacrées. Il est naturel qu'on l'ait tiré de l'oubli le jour où le chloroforme vint porter l'effroi dans l'esprit des chirurgiens, en produisant des morts soudaines et mystérieuses. Mais aujourd'hui les brouillards commencent à se dissiper ; l'action du chloroforme sur l'économie, et la nature des dangers qu'il fait courir aux opérés, sont en grande partie connues, et le moment nous semble venu où le mot *sidération* doit être derechef expulsé de la science.

Du reste, on se tromperait fort, si l'on croyait que ceux qui continuent à s'en servir aient la moindre tendance à s'entendre sur la signification qu'il faut lui donner. M. Bouisson, par exemple, définit ainsi la sidération anesthésique : *Annulation dynamique de l'innervation dans ses divers foyers ;* c'est une intoxication spéciale qui se produit lentement et graduellement, qui a des phénomènes précurseurs, et qui peut être prévenue (4), c'est-à-dire que le professeur de Montpellier donne le nom de *sidération* à l'empoisonnement particulier que le chloroforme détermine tôt ou tard lorsqu'on l'emploie à doses excessives et trop longtemps prolongées. Or, M. Robert, qui, dans ses récentes expériences, a étudié sur les animaux ce genre de mort, reconnaît avec raison que les opérés succombent d'une manière toute différente ; ce qui revient à dire que le phénomène désigné par M. Bouisson sous le nom de *sidération*, n'a pas encore été observé chez l'homme.

Et cependant, pour M. Robert, la sidération est la cause d'un grand nombre de morts subites ; et ce qui, à ses yeux, en constitue le caractère distinctif, c'est l'instantanéité des accidents et l'absence de tout phénomène précurseur. Voilà donc déjà deux acceptions opposées données au même mot. Faut-il imiter M. Robert ? faut-il en croire M. Bouisson ? Il ne reste que l'embarras du choix.

Mais voici M. Jules Guérin, qui, lui aussi, parle de sidération, de sidération nerveuse. Pour M. Robert, la sidération est une paralysie subite du cœur. M. Guérin voit, dans cette doctrine, *une dernière émanation de la médecine organique*, et attribue la mort à l'anéantissement brusque des fonctions du système nerveux. Il nous est pénible de nous séparer ici de la *médecine inorganique* dont les *émanations* sont assurément fort respectables, et dont M. J. Guérin prophétise le triomphe prochain et complet. Mais nous sommes obligé de reconnaître que toute la série des faits connus donne raison à M. Robert. C'est bien par le cœur qu'ont eu lieu jusqu'ici la plupart des morts foudroyantes observées chez l'homme, et il n'est pas douteux que, dans les expériences faites sur les animaux, le contact direct du chloroforme exerce une action stupéfiante sur la substance même du cœur.

C'est-à-dire que le même mot, appliqué au genre de mort des individus soumis au chloroforme, exprime trois idées entièrement différentes. Pour les uns, la sidération est une mort lente et graduelle ; pour les autres, c'est une mort foudroyante due à l'arrêt de la circulation ; pour les autres, c'est encore une mort foudroyante, mais la suspension de l'innervation en est la véritable cause. Un mot dont la signification est aussi incertaine, ne peut que devenir une source de confusion, et c'est sur cet écueil que M. Robert est venu se heurter, ainsi qu'on va le voir.

Laissant de côté l'empoisonnement graduel qui est le résultat d'une inhalation trop longtemps prolongée, et qui ne paraît pas avoir été jusqu'ici observé chez l'homme, M. Robert fait la part des trois accidents qui peuvent survenir pendant l'éthérisation, et déterminer subitement la mort apparente ou la mort réelle : ces trois accidents sont l'*asphyxie*, la *syncope* et la *sidération*.

(1) Pline, *Hist. nat.*, lib. XVII, cap. XXIV.
(2) *Idem*, lib. XXVIII cap. XVI.
(3) Mémoire sur le chloroforme, lu à l'Académie des sciences, le 19 juillet 1853.
(4) Bouisson, *Traité de la méthode anesthésique*. Paris, 1850, p. 380.

---

jusqu'à l'Indus, bien des haines s'étaient développées dans le cercle de ses plus intimes officiers, et, soit qu'il se fût livré trop hâtivement à des soupçons, soit que réellement des complots eussent été tramés contre lui, il avait plusieurs fois sévi. C'était, pour une raison ou pour une autre, une cour dangereuse, un service mêlé d'écueils, et il n'y aurait rien eu d'étonnant à ce que de secrètes vengeances eussent couvé auprès de lui.

Au moment de la catastrophe, un homme surtout se trouvait dans une situation menacée et par conséquent menaçante : c'était Antipater, commandant en Macédoine. Une grande victoire remportée sur les Lacédémoniens, qui avaient fait une diversion dangereuse au moment où Alexandre était au fond de l'Asie, porta très haut sa renommée et sa puissance. On prétendait que ses services avaient attiré sur lui, non la faveur, mais la haine et le soupçon ; de plus, la mère du roi, qui était en querelles continuelles avec Antipater, ne cessait d'exciter l'esprit de son fils contre ce général. Aussi est-ce lui que la rumeur accusa de la mort d'Alexandre.

A ces présomptions générales, on ajouta des détails plus particuliers. Sur le moment, dit Plutarque, personne n'eut le soupçon d'un empoisonnement; mais on rapporte que, la sixième année, Olympias mit à mort beaucoup de monde, et qu'elle fit déterrer les restes d'Iolas, qui avait déjà cessé de vivre, comme étant celui qui avait administré le poison. Ceux qui disent qu'Aristote conseilla ce crime à Antipater, et que ce fut Antipater qui fit porter le poison, s'appuient d'un certain Agnothémis, qui prétendait le tenir du roi Antigone, et Antigone, comme on sait, fut un de ces généraux qui se disputèrent et se partagèrent l'empire d'Alexandre. Il paraît même qu'à Athènes les bruits d'empoisonnement trouvèrent un grand crédit, car au moment où cette ville, après la mort d'Alexandre, essaya de secouer le joug des Macédoniens, couronnant encore par quelques exploits glorieux cette dernière lutte pour sa liberté, Hypéride, un des orateurs qui tenaient avec Démosthènes contre le parti macédonien, proposa, dit-on, un décret pour que des honneurs fussent rendus à Iolas, qui avait délivré la Grèce de son formidable oppresseur. Cette croyance à l'empoisonnement pénétra loin dans l'opinion commune. Les livres sibyllins, apocryphes, il est vrai, mais anciens, présentant comme futur ce qui était passé depuis longtemps, disent que le Mars de Pella trouvera, trahi par d'infidèles compagnons, la fin de son destin, et que, revenu de l'Inde, une mort cruelle le frappera dans Babylone, au milieu des festins.

On ne s'arrêta pas là, et l'on indiqua les moyens à l'aide desquels l'empoisonnement avait été pratiqué. A la vérité, comme on va le voir, nous touchons ici de tous côtés au récit populaire et à la légende. Il est en Arcadie, près d'un lieu nommé Nonacris, une source très froide que les

Or personne n'ignore ce que c'est que l'asphyxie, ce que c'est que la syncope. La première est la suspension des fonctions pulmonaires; la seconde est la cessation de l'action du cœur. Mais en quoi consiste la sidération? C'est à M. Robert que nous nous adressons pour lever nos doutes sur ce point.

« Dans la syncope anesthésique ordinaire, dit-il, la mort » n'est pas aussi instantanée que dans la sidération. A » la pâleur du visage, à l'affaissement général, à la petitesse » du pouls, l'organisme semble être averti du danger qui le » menace. *Dans la sidération, au contraire, il est tout* » *d'un coup mortellement frappé par la paralysie du* » *cœur.* »

La sidération ainsi définie est une véritable syncope : c'est une syncope très grave, très prompte; mais ce n'en est pas moins une syncope. M. Robert le reconnaît lui-même, en indiquant, dans plusieurs passages, que c'est une forme particulière de syncope. Dès lors, pourquoi créer un mot nouveau pour désigner un phénomène déjà connu sous un autre nom? Pourquoi faire un chapitre sur la syncope et un autre sur la sidération? Ces deux formes du même accident, étant de même nature, sont dues aux mêmes causes, réclament la même prophylaxie, exigent le même traitement, et doivent, par conséquent, être étudiées ensemble. Il y a des différences de degré, nous le reconnaissons volontiers; mais quelle est la maladie, quel est le phénomène qui, sans perdre son nom et sans changer de nature, ne présente pas des différences de degrés? Dites, si vous voulez : La syncope anesthésique peut être grave ou très grave; elle peut être rapide ou très rapide; elle peut tuer tout à fait, ou laisser quelques chances de retour. Mais ne partez pas de là pour établir une division nouvelle, à laquelle la médecine *inorganique* applaudirait peut-être, mais contre laquelle la médecine organique serait obligée de protester.

Ceci n'est pas une simple dispute de mots. Cette distinction inexacte a porté un grave préjudice au travail de M. Robert. La multiplicité apparente des genres de mort par le chloroforme a disséminé son attention sur des détails secondaires, et ne lui a pas permis de mettre en lumière les véritables conditions qui déterminent l'apparition des accidents. Ce n'est pas seulement une cause d'embarras pour le lecteur, mais l'auteur lui-même n'a pas échappé à cette influence. Ainsi les faits de M. Bieckersteth, relatifs à des syncopes fort légères, ou même simplement à des menaces de syncope, se trouvent précisément placés dans le chapitre de la sidération. Dans le même chapitre, on trouve une observation inédite de mort foudroyante survenue à l'Hôtel-Dieu de Lyon; or, s'il fût jamais un exemple incontestable de syncope anesthésique, c'est bien certainement celui-là; l'observation vaut la peine d'être commentée. Un enfant de treize ans, *effrayé au plus haut degré* par l'approche d'une opération, se débat avant l'inhalation du chloroforme. On le place, bon gré, mal gré, sur une chaise; on lui fait respirer l'agent anesthésique *dans la position assise.* Il continue à se débattre violemment, mais on le fait maintenir par des aides, et l'on commence l'opération, sans attendre même l'insensibilité. Certes M. Baudens ne dira pas qu'on n'a pas suivi *ses* infaillibles préceptes. Et pourtant qu'est-il arrivé? Le pouls s'est arrêté tout à coup pendant que le chirurgien se retournait pour prendre un instrument, et il n'a pas été possible de rappeler l'enfant à la vie. Ne voit-on pas que cette prétendue observation de sidération n'est autre chose qu'un cas parfaitement clair de syncope mortelle? La mort a eu lieu par le cœur, puisque le premier phénomène constaté a été l'abolition des battements de cet organe : — syncope. L'enfant était en proie à une vive terreur : c'était une cause de syncope. Il était dans la position verticale : autre condition des plus favorables à la production de la syncope. A l'autopsie, on trouve tous les organes sains, le cœur flasque et vide, toujours comme dans la syncope. Jamais syncope ne fut plus évidente que celle-là. Or, M. Robert cite ce fait comme un exemple de sidération, sans même exposer les motifs de cette préférence.

Cette confusion est d'autant plus regrettable qu'elle a empêché M. Robert de mettre en évidence une vérité qui domine toute l'histoire de l'anesthésie : c'est que, *dans la très grande majorité des cas connus, les accidents se sont montrés chez des malades qui étaient dans des conditions propres à favoriser la syncope.* Ce fait, déjà connu depuis longtemps, énoncé par M. Maisonneuve à la Société de chirurgie, et exposé par nous-même dans un précédent article, a été tout récemment développé avec beaucoup de force par M. Stanski, qui a analysé à ce point de vue un grand nombre d'observations. Cet honorable praticien s'est laissé entraîné, sans aucun doute, à une généralisation trop grande, mais il a réellement prouvé que la plupart des malades qui ont succombé avaient été endormis *dans une position verticale.* Il en résulte, au point de vue de la prophylaxie, des conséquences précieuses que M. Robert n'ignore certes pas, mais qu'il n'a pas mises sur le premier plan. Il aurait dû dire à chaque page, répéter sur tous les tons et présenter sous toutes les formes, cet axiome malheureusement trop peu

Arcadiens assurent être l'eau du Styx. Il ne paraît pas que du temps d'Hérodote on eût attribué à cette eau des propriétés vénéneuses, car il en dit seulement que c'est un filet d'eau tombant d'un rocher dans un bassin, lequel est entouré d'un rebord en maçonnerie; mais plus tard des dires étranges circulèrent sur cette eau mystérieuse : on prétendait que, dépourvue d'odeur et de saveur, elle n'en était pas moins un poison très subtil, exerçant une action coagulante à l'intérieur. Bien plus, elle ne peut être contenue dans aucune espèce de vase ; elle perce le verre, le cristal, les métaux, et on n'a trouvé, pour la contenir et la transporter, que le sabot d'un cheval. De telles propriétés, visiblement chimériques, sont relatées par Vitruve, par Sénèque, par Pline, par Pausanias. C'est cette eau merveilleuse qui fut choisie pour l'empoisonnement d'Alexandre, et l'on comprend maintenant comment Aristote est impliqué là-dedans ; car, pour la légende populaire, il n'y avait que le philosophe — dont le savoir était aussi renommé que les conquêtes de son disciple — qui pût indiquer ce venin subtil et infaillible.

Ainsi préparé, le poison fut apporté par Cassandre, fils d'Antipater, à Philippe et à Iolas, ses deux frères, qui étaient échansons du roi ; mais alors, comme leur charge les obligeait de goûter les mets et les breuvages, comment se fit-il qu'ils n'aient pas été eux-mêmes empoisonnés? Justin, qui croit à l'empoisonnement, rapporte qu'on leva ainsi la difficulté. Philippe et Iolas goûtèrent en effet d'abord le breuvage du roi, et ils n'ajoutèrent qu'ensuite le poison qu'ils tenaient dans de l'eau froide. C'est, comme il sera dit plus loin, l'artifice dont on se servit pour empoisonner Britannicus.

Manifestement nous n'avons là que des contes sans consistance; mais il se pourrait que, quoique l'imagination populaire eût fait les frais des moyens par lesquels le crime fut commis, l'empoisonnement n'en eût pas moins été réel. Ceux qui y croyaient remarquaient que Cassandre par ses actions mêmes témoigna la haine qu'il portait à Alexandre, et de la sorte se dénonça comme celui qui avait tranché la vie de ce prince ; car plus tard, ayant acquis la souveraine puissance, il se montra animé de sentiments très hostiles pour tout ce qui concernait son ancien souverain, égorgeant Olympias, laissant son corps sans sépulture, et rebâtissant avec ardeur la ville de Thèbes qu'Alexandre avait détruite.

Ces détails prouvent, comme on le sait d'ailleurs par toute l'histoire de ces temps de trouble, que ce n'étaient pas les scrupules de la morale qui auraient arrêté ces hommes puissants se disputant l'empire. Un empoisonnement et un meurtre ne leur coûtaient pas beaucoup. Cependant de pareilles présomptions ne suffisent en aucune façon pour assurer qu'Alexandre

connu des praticiens : ***Il faut toujours coucher les malades avant de les endormir;*** et cet autre, moins connu encore et presque aussi important : ***Il ne faut jamais employer l'anesthésie sur les individus frappés de terreur ou épuisés par une perte de sang ou prédisposés à la syncope par toute autre cause.***

Si nous regrettons aussi vivement cette lacune dans le travail de M. Robert, c'est parce que sans elle, et sans la confusion dont elle est la conséquence, l'auteur eût certainement réussi à simplifier beaucoup cette obscure question du chloroforme. Les expériences nouvelles qu'il a faites sur les animaux, comparées aux résultats recueillis chez l'homme, l'ont porté, en effet, à penser que l'asphyxie ne fait courir aucun danger sérieux, à moins qu'on n'emploie des procédés défectueux d'inhalation. Nous nous rangeons volontiers à cette opinion, quoique nous ne soyons pas aussi convaincu que M. Robert de l'inutilité des préceptes donnés par M. Maisonneuve, préceptes dont, pour notre part, nous ne voudrions pas nous écarter. Quoi qu'il en soit, un chirurgien éclairé peut mettre de côté la crainte de l'asphyxie; il reste seulement, comme source d'accidents possibles, la sidération et la syncope. Qu'on nous permette de reprendre la question là où l'a laissée M. Robert. Sidération ou syncope, dirons-nous, c'est toujours la même chose : c'est la mort par le cœur. Voilà le véritable danger; voilà le point sur lequel le chirurgien doit concentrer toute son attention; c'est la base de la prophylaxie, c'est la base du traitement. Il n'y a plus rien de mystérieux dans ce genre de mort; ce n'est pas un aveugle hasard, ce n'est pas une idiosyncrasie fatale qu'il faut invoquer pour expliquer les accidents produits par le chloroforme; cette inconnue est désormais éliminée. C'est la syncope qui tue; c'est la syncope qu'il faut éviter par tous les moyens possibles. La syncope est un élément bien défini, et les conditions au milieu desquelles elle se produit sont connues de tout le monde. L'art n'est donc plus impuissant à conjurer le danger, et il n'est pas un seul chirurgien qui ne puisse, à l'avenir, soustraire d'une manière presque certaine ses opérés aux chances malheureuses qui les menaçaient jusqu'ici.

Peut-être aurions-nous quelques autres remarques à faire sur la première partie du travail de M. Robert; mais nous ne voulons pas surcharger cet article déjà trop long. Quant à la deuxième partie, qui est consacrée aux questions pratiques, nous n'en parlerons que lorsque nous l'aurons tout entière sous les yeux. Ce que nous en avons entendu jusqu'ici nous a laissé l'impression la plus favorable. L'éminent chirurgien de l'hôpital Beaujon s'y est montré digne de la réputation de sagacité, d'habileté et de prudence dont il jouit à si juste titre.

Au moment de quitter la plume, nous apprenons une bien triste nouvelle : on nous annonce qu'un de nos confrères les plus éminents, qui exerce dans une ville étrangère, vient de perdre son propre fils, qu'il avait endormi lui-même pour lui faire arracher une dent : le malheureux jeune homme avait respiré le chloroforme *dans la position assise*. Nous voudrions pouvoir espérer que cette déplorable nouvelle ne se confirmera pas.

PAUL BROCA,
Agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Nous dirons peu de chose aujourd'hui de la discussion engagée à l'Académie de médecine sur l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes. Deux discours ont défrayé la dernière séance : l'un, de M. Laugier, qui, sans rien dissimuler des fâcheux résultats de l'expérimentation actuelle, a néanmoins apporté dans ses conclusions la réserve qu'on devait attendre de cet esprit sage et prévoyant; l'autre, de M. Malgaigne, qui, dans une vive improvisation, a essayé de réparer les brèches faites à sa précédente argumentation par M. Laugier et par M. Velpeau. La séance prochaine, où l'on doit entendre M. Roux, terminera sans doute le débat; nous verrons alors s'il est de nature à modifier les opinions émises dans nos deux derniers articles. En attendant, nous reproduisons très longuement les discours.

Nous ne ferons, pour le moment, qu'une remarque. Tout le monde réserve l'avenir; seulement les uns puisent leurs motifs dans certaines particularités des faits actuellement connus; les autres ne voient de ressource que dans quelque découverte entièrement nouvelle et inattendue, celle d'un nouveau liquide, par exemple. M. Malgaigne est de ces derniers. Sous ce rapport, son argumentation de mardi ne nous semble pas décisive, ni même parfaitement concordante dans toutes ses parties. La gravité des accidents n'a pas été jusqu'ici en rapport avec la quantité et le degré de concentration du liquide employé; M. Malgaigne l'accorde. Mais, dit-il, voilà précisément le danger! Il y a des idiosyncrasies malheureuses; comment les prévoir? ***Idiosyncrasie*** est bientôt dit; rien au fond de moins démontré dans l'espèce. Mais si cela est; si, en fait, ce n'est pas la quantité du liquide injecté qui crée le danger, comment l'orateur invoque-

---

mourut, non par une maladie, mais par un poison. Aussi plusieurs ajoutent-ils qu'au moment où il vida la coupe présentée par Iolas, il ressentit une douleur aiguë. Soudain, dit Diodore, comme s'il avait reçu quelque coup violent, il gémit, et, poussant de grands cris, fut emporté dans les bras de ses amis. Justin ajoute que ses douleurs étaient telles qu'il demandait un glaive pour s'ôter la vie, et qu'il redoutait le moindre attouchement de ceux qui l'entouraient. Toutefois les assertions de Diodore et de Justin ne sont aucunement confirmées par un récit officiel que nous avons de la maladie d'Alexandre.

Alexandre avait deux historiographes, Eumène de Cardia et Diodote d'Érythrée, qui consignaient jour par jour les événements. Ce recueil fut publié; il était connu dans l'antiquité sous le titre d'*Éphémérides royales*. Des détails peu importants s'y trouvaient, comme le reste; ainsi nous apprenons dans ces *Éphémérides* qu'il arriva plus d'une fois au roi de Macédoine, après s'être enivré, de dormir deux jours et deux nuits de suite. Sa dernière maladie y a figuré, et des extraits concordants ont été conservés par Arrien et par Plutarque. Voici ce qu'ils disaient :

« Alexandre but chez Médius, où il joua, puis il se leva de table, prit un bain et dormit; ensuite il fit le repas du soir chez Médius, et il but de nouveau très avant dans la nuit. C'était le 17 du mois de *dæsius*.

» Étant sorti de là (c'était le 18), il prit un bain; après le bain, il mangea un peu et dormit dans le lieu même, parce qu'il avait déjà la fièvre. Il se fit transporter sur un lit pour faire le sacrifice, et sacrifia chaque jour, suivant les rites. Après le sacrifice, il resta couché dans l'appartement des hommes jusqu'à la nuit. Là, il donna des ordres aux officiers pour l'expédition par terre et pour la navigation; il enjoignit à ceux qui devaient aller par terre de se tenir prêts pour le quatrième jour, à ceux qui se devaient embarquer avec lui de se tenir prêts pour le cinquième. De là, il se fit transporter sur un lit jusqu'au fleuve, s'embarqua sur un bateau et se rendit dans le jardin royal, situé sur l'autre rive. Là, il prit de nouveau un bain et il se reposa.

» Le lendemain, il prit de nouveau un bain et fit le sacrifice ordonné. Étant allé dans sa chambre, il y resta couché et joua toute la journée aux dés avec Médius. Il commanda aux officiers de venir le trouver le lendemain matin de très bonne heure, puis le soir il prit un bain, fit le sacrifice aux dieux, mangea quelque peu, se fit reporter dans sa chambre, et déjà il eut la fièvre toute la nuit sans interruption.

» Le jour suivant, il prit un bain, et après ce bain il fit le sacrifice. Couché dans la salle de bains, il passa le temps avec les officiers de Néarque, écoutant ce qu'ils disaient de la navigation et de la grande mer.

-il les fortes doses employées pour jeter la défaveur sur ertains cas de guérison? A quel titre réprimande-t-il si verement les chirurgiens qui ont eu la témérité de guérir des névrismes avec des injections de *quinze gouttes*? On avait ecommandé à M. Valette, de Lyon, de n'injecter que cinq gouttes; il en a injecté le triple. Où est l'imprudence, si la quantité importe peu? C'est une simple question. A. D.

Dans la dernière séance du Conseil de salubrité, on a agité la question de savoir s'il était opportun d'appliquer immédiatement les mesures préventives et de secours précédemment arrêtées, pour le cas où l'épidémie de choléra envahirait la capitale. Nous avons fait connaître ces mesures tout récemment (voy. le numéro 5). Le Conseil s'est divisé; mais le parti qui était, selon nous, celui de la prudence, l'a emporté. On n'a pas voulu effrayer la population par un déploiement d'instructions, de visites domiciliaires sur une grande échelle, de bureaux de secours, etc. Il a été seulement décidé que l'administration pourrait agir, sans nouvel avis du Conseil, dès que les circonstances lui paraîtraient l'exiger.

Nous savons que déjà l'administration envoie des médecins dans les hôpitaux civils et militaires et en ville, partout où de nouveaux cas lui sont signalés. Une instruction, tirée à 30,000 exemplaires, au lieu d'être affichée selon l'usage, va être distribuée dans la population.

Du reste, le choléra ne prend pas une grande extension. Nous tenons *de source certaine* que, du 7 au 22, on a compté, dans les hôpitaux civils et militaires, 37 cas développés à l'intérieur et 35 cas venus du dehors. Dans le même espace de temps, il est mort du choléra 37 individus dans les hôpitaux, et 17 à domicile. A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

VALEUR DE L'ACARUS DANS LA CONSTITUTION DE LA GALE, par M. A. DEVERGIE, médecin à l'hôpital Saint-Louis.

Aussi ancienne que le monde, si l'on en croit la plupart des interprétateurs de la Bible et des auteurs anciens, la gale a constamment attiré l'attention des médecins : de tout temps, elle a provoqué les recherches les plus assidues, tant au point de vue de sa nature qu'au point de vue de son traitement. Hier encore elle était l'objet des plus intéressantes découvertes de la part d'un observateur infatigable, dont l'Académie vient de couronner le remarquable travail, M. Bourguignon. Et néanmoins tout n'est pas dit à l'endroit de cette singulière maladie : les plus justes controverses peuvent encore être soulevées à ce sujet, et plus d'un point réclame les lumières d'une longue observation.

Pour les Grecs et les Romains, la gale était une maladie à forme spéciale, dont la *contagion* formait le caractère essentiel.

Les Arabes l'ont considérée comme contagieuse, et en ont attribué le développement, dans le plus grand nombre des cas à la *malpropreté*. L'un d'eux, Avenzoar, reconnut le premier chez les galeux la présence d'un *insecte* très petit, dont il ne connut pas le rôle, et auquel il n'attribua aucune part dans la contagion de la maladie.

Comme la notion de cet insecte ne se rattachait à rien de bien intéressant, elle demeura oubliée jusqu'au XVIe siècle, époque où presque tous les auteurs en parlèrent comme d'un ciron qui se loge sous la peau. Hauptmann, le premier, donne une description assez nette, sinon parfaitement exacte, de cet insecte, qu'il compare à la mite du fromage.

Cestoni, en 1687, fait connaître plus explicitement encore l'insecte qui coexiste avec la gale, et rejetant toutes les théories humorales inventées pour rendre compte des phénomènes que présente la maladie, il conclut à un traitement exclusivement externe.

Cependant, avec Pinel s'inaugure le retour aux idées humorales de Galien. Pinel ne conteste pas l'existence de l'acarus, mais il ne lui fait jouer qu'un rôle fort secondaire : pour lui, l'acarus est seulement la cause du prurit qui accompagne l'éruption galeuse.

Alibert et Biett allèrent plus loin encore, et nièrent formellement l'existence de l'acarus. Pour eux, la gale est simplement une éruption à forme spéciale et transmissible par la contagion, transmissible même par cette voie des animaux à l'homme.

Il n'y avait donc plus que doute ou négation absolue au sujet de l'acarus, quand Galès, par une imposture qui n'a pas de nom, vint démontrer dans les vésicules de la gale l'insecte qu'on ne savait pas y trouver. Le prétendu acarus, ramené sur la scène, valut à son inventeur, de la part de l'Académie, une récompense honorable au lieu de la réprobation et du mépris qu'il méritait.

En effet, grâce aux investigations de M. Renucci, Italien d'origine, et qui, durant une consultation de M. Alibert, à l'hôpital Saint-Louis, fit connaître la manière d'extraire l'acarus des sillons, tandis qu'on le recherchait dans la vésicule, M. Raspail démontra que l'acarus de Galès n'était autre chose que la mite du fromage; il fit une étude fort étendue du véritable *acarus scabiei*, qu'il décrivit sous le nom de sarcopte de la gale; seulement, l'histoire tracée par M. Raspail ressemble un peu à un poëme où l'imagination a étendu et embelli le champ de vision du micrographe. (Bourguignon.)

Renucci lui-même soutint, en 1835, une thèse qui résume ce qui a été fait de meilleur jusqu'alors.

M. Albin-Gras, élève à l'hôpital Saint-Louis en 1834, s'occupe aussi peu que Renucci de l'histoire naturelle de l'acarus; mais, à l'exemple de ce dernier, il fixe l'attention sur l'existence des gale-

---

» Le jour suivant, il prit un nouveau bain; il fit les sacrifices ordonnés. Il ne cessa plus d'avoir la fièvre, et la chaleur fébrile fut plus grande. Cependant il fit venir les officiers, et leur recommanda de se tenir tous prêts pour le départ de l'expédition par eau. Il prit un bain sur le soir, et après le bain, son état se trouva déjà fâcheux; la nuit fut pénible.

» Le jour suivant, il fut transporté dans la maison située près du grand bassin; il fit, il est vrai, le sacrifice ordinaire; mais il avait beaucoup de fièvre. Il resta couché; néanmoins, avec ses généraux, il parla des corps qui étaient privés de chefs, et leur recommanda d'y pourvoir.

» Le jour suivant, il fut porté avec peine au lieu du sacrifice, qu'il fit cependant; il ne donna plus aucun ordre à ses généraux sur la navigation.

» Le jour suivant, ayant beaucoup de fièvre, il se leva pour le sacrifice, qu'il fit. Il ordonna aux principaux de ses généraux de passer la nuit dans la cour, aux officiers inférieurs de la passer dehors, devant les portes.

» Le jour suivant, il fut transporté du jardin royal dans le palais; il dormit un peu, mais la fièvre n'eut pas de relâche. Les généraux étant entrés, il les reconnut, mais ne leur parla plus; il avait perdu la parole, et il eut une fièvre violente la nuit.

» Le jour suivant et la nuit, grande fièvre. Les Macédoniens le crurent mort; ils vinrent, en poussant de grands cris, jusqu'aux portes, et par leurs menaces ils forcèrent les *hétères* de les leur ouvrir. Les portes ayant été ouvertes, ils passèrent tous en simple tunique devant le lit.

» Le jour suivant, même état, et le lendemain le roi mourut vers le soir. »

Voilà le récit authentique. Est-il possible de l'interpréter médicalement? D'abord remarquons que, dans tout le cours de ce récit, il n'est question que de l'état fébrile du roi, et qu'on ne mentionne aucun autre symptôme que de la fièvre. On ne parle ni de douleur en un point du corps, ni de la gêne de la respiration, ni de toux, ni de rien, en un mot, qui puisse indiquer une inflammation locale. C'est donc une fièvre qu'eut Alexandre. Il y a dans la description que nous venons de citer assez de traits conservés pour qu'on puisse diagnostiquer, même rétrospectivement, quelle fut la maladie qui emporta le roi. Ce qui est caractéristique, ce sont les apyrexies du commencement. Une fièvre qui dure onze jours, qui offre à son début des intermissions et qui finit par devenir continue, est une de ces fièvres qui sont communes dans les pays chauds, et que plusieurs médecins de l'Algérie ont désignées sous le nom de *pseudo-continues*. Deux médecins ont déjà essayé de déterminer la maladie d'Alexandre; mais, s'appuyant sur un passage mal interprété de Justin, ils crurent que

ries sous-épidermiques, ou sillons, dans lesquels se loge constamment l'acarus De plus, il précise le fait fréquent de l'isolement absolu des vésicules d'avec ces galeries.

C'est sans doute après avoir vérifié cette disposition incontestable que M Rayer a classé la gale parmi les *inflammations vésiculeuses*, et que, tout en reconnaissant qu'elle est entièrement le fait de l'acarus, il ne considère les vésicules et les pustules qui se produisent constamment que comme une complication de la maladie; telle est encore l'opinion généralement acceptée.

En 1843, M. Bourguignon commença cette série de longues et patientes recherches qui aboutirent, sinon à des idées *absolument* nouvelles sur la nature et le traitement de la maladie, du moins à une connaissance complète des mœurs, de l'anatomie et de la multiplication de l'acarus.

A la même époque, un médecin de Vienne, M. Hébra, publiait dans les *Annales de la maladie de la peau* un travail dont les conclusions sont que l'acarus est la seule cause de la gale, que les sillons sont indispensables pour la reconnaître, que les topiques insecticides suffisent pour la guérir, et que les prétendues métastases racontées par les anciens sont de pures chimères.

Enfin, un des points les plus importants de l'histoire naturelle de l'acarus, la distinction des sexes, qui avait jusqu'alors échappé à MM. Bourguignon et Hébra, ayant été mis en lumière au mois d'octobre 1852, par M. Lanquetin, externe de l'hôpital Saint-Louis, il ne reste presque rien à désirer dans l'étude de cet insecte.

Cette identification de l'acarus avec la maladie dans laquelle on le rencontre, n'est cependant, il faut bien le reconnaître, qu'une pure induction de l'esprit; et comme il n'est aucune théorie en médecine qui ne retentisse plus ou moins directement dans la thérapeutique, celle-ci conduisit tout naturellement à la curation instantanée de la gale par un traitement insecticide purement local. Il y a quelques années, on avait suivi une marche tellement opposée à celle d'aujourd'hui, que l'on était arrivé à traiter la gale là où l'on croyait que siégeait seulement l'acarus, c'est-à-dire aux mains et aux poignets, et dès lors on limitait les frictions à ces parties. M. Bourguignon ayant reconnu que, si l'acarus se fixe de préférence dans l'intervalle et le long des doigts, cela ne l'empêche pas de parcourir toutes les régions de la peau, conduisit à apporter dans le traitement de la gale une modification essentielle recommandée par Helmeric en 1815, c'est-à-dire l'emploi des frictions générales, ce qui fut établi à l'hôpital Saint-Louis par mon honorable collègue, M. Bazin, qui, reprenant les prescriptions faites par le médecin hollandais, obtint comme lui la guérison en trois jours. Mais mon collègue, M. Hardy, entrant plus tard plus avant dans cette voie, chercha à décharger l'administration des hôpitaux de l'admission et du séjour des galeux à l'hôpital en les guérissant en deux heures.

Ce traitement énergique, en effet, détruit l'acarus en une seule séance; mais la mort de l'acarus est-elle la guérison complète?

A ces doctrines captivantes en apparence, j'oppose une opinion un peu différente, qui flatte moins les esprits avides de merveilleux, mais que je soutiens avec d'autant plus de ferveur depuis longtemps, qu'elle touche plus directement aux intérêts du malade.

Pour moi, au lieu de ne reconnaître dans la gale qu'un effet de la présence d'un insecte, je suis porté à croire qu'elle consiste, avant tout, dans *une éruption qui s'accompagne d'un produit particulier, l'acarus, agent d'ailleurs lui-même d'infection*. Cet acarus est-il l'effet ou bien la cause de l'éruption? Je crois que, si le plus souvent il est la cause par le fait d'une transmission, il peut en être uniquement l'effet. Je suis ainsi conduit directement, comme vous le voyez, à une question que M. Bourguignon ne soulève qu'incidemment; c'est celle de savoir si la gale peut être spontanée. Eh bien, pour moi, l'éruption de vésicules, de papules ou de pustules qui constituent la gale, peut se développer sous la seule influence de la malpropreté, de la misère, des excès, de la débauche, par exemple; et l'acarus lui-même, au lieu d'en être la cause dans ce cas, n'en serait que le produit.

Expliquons-nous à cet égard.

Je dis d'abord que le fait capital, et qui prime tous les autres par son importance dans le développement de la gale, c'est non la présence de l'insecte, mais bien l'éruption, quelle qu'en soit la forme. En faut-il d'autres preuves que ce fait journalier d'observation, à savoir que, dans une gale pustuleuse, par exemple, le nombre des sillons, autrement dit des acarus, est presque en raison inverse du nombre et du volume des pustules? Si l'acarus est la cause de l'éruption pustuleuse, expliquez comment l'effet est d'autant plus intense que la cause est plus faible. Ainsi voilà une pauvre malade toute couverte de pustules volumineuses, et nous trouvons à peine quelques imperceptibles sillons pour nous assurer de la présence de l'acarus.

D'ailleurs, il résulte des observations les plus positives de M. Bourguignon lui-même que, lorsque l'acarus a été inoculé sur une peau parfaitement saine, une démangeaison générale vive, et même diverses éruptions ont lieu avant que l'insecte ait eu le temps de se multiplier, et sans qu'il ait changé de place. M. Bourguignon se demande en passant, et d'une façon incidente, si l'acarus ne serait pas porteur d'un venin qui, lancé dans la circulation, donnerait immédiatement lieu à une intoxication générale. J'avoue qu'une pareille hypothèse n'est pas dénuée de raison, et que si des tentatives d'inoculation avec des acarus broyés et introduits sous la peau n'ont pas réussi, on ne devrait pas désespérer si vite de voir triompher une opinion qui s'accorderait si bien avec les faits.

D'après les observations de M. Bourguignon, et des partisans exclusifs de l'acarus, l'inoculation de la gale peut se faire par un acarus mâle, par un acarus femelle non fécondé, par un acarus femelle fécondé, ou enfin par un ou plusieurs mâles avec une ou plusieurs femelles. Dans les deux premiers cas, il se produit une fausse gale qu'il est difficile de reconnaître, puisque l'acarus vit là seul, sans se multiplier. Combien de temps y vit-il, c'est ce qu'on ignore, et à sa mort cette gale devra se guérir spontanément, ce

---

la maladie du roi n'avait duré que six jours, et d'ailleurs ils ne se rendirent pas un compte exact de la série des jours dans les *Éphémérides royales;* toutefois ce caractère intermittent les avait frappés. — Ainsi Alexandre est mo t d'une de ces fièvres qui sont si communes en Algérie, en Grèce, dans l'Inde, et qui certainement règnent encore sur le bord de l'Euphrate. Dès lors, la question d'empoisonnement se trouve résolue; puisqu'il est établi que son affection fut une fièvre, il est établi par cela même que le poison et encore moins l'eau du Styx n'y furent pour rien.

LITTRÉ (de l'Institut).

(La suite prochainement.)

— LETTRE DE M. KRAMER. — A l'occasion de la lettre que l'honorable M. Menière nous a adressée, en réponse à une note du *Moniteur des hôpitaux* (voir *Gazette hebdomadaire*, n° 5), M. Kramer, de Berlin, nous écrit que son *Traité des maladies de l'oreille*, traduit par M. Menière, date de 1848; qu'il en a publié en 1849 une autre édition, *considérablement augmentée et enrichie des résultats de milliers d'observations;* que, par conséquent, c'est dans cette édition, et non dans la traduction française, qu'on doit prendre connaissance *de ses vues pathologiques et thérapeutiques à l'égard des maladies de l'oreille.*

— SECRET MÉDICAL. — La question du secret médical soulevée à l'occasion d'un fait de la pratique de M. Cazeaux, et dont nous avons longuement entretenu nos lecteurs (voir le n° 5), vient de recevoir une solution conforme aux droits de la conscience professionnelle et aux désirs de *l'association générale des médecins du département de la Seine.* La réponse de M. Cazeaux au magistrat, délibérée et arrêtée dans une séance du comité de l'association, a été accueillie par le ministère public. On se rappelle que cette réponse, destinée à consacrer pour le médecin le droit d'apprécier le caractère confidentiel ou non des communications qu'il reçoit de ses clients, était ainsi conçue: « *Je considère comme confidentiels* les rapports qui ont amené à ma connaissance les faits sur lesquels vous m'interrogez; je ne puis donc répondre à vos questions. »

— La séance annuelle de l'Académie de médecine aura lieu le mardi 6 décembre 1853, à trois heures. — M. Dubois (d'Amiens) y prononcera l'éloge d'Orfila.

— On annonce la mort de M. Fourcault, membre correspondant de l'Académie de médecine.

ne s'observe jamais pour la gale! Dans les deux autres, un mois au ins se passe avant que de nouveaux acarus soient éclos et se soient veloppés. Cependant tous les observateurs sont parfaitement d'ac-d pour reconnaître que peu de jours après l'inoculation, la ma-ie peut apparaître bien distinctement. D'où vient cette divergence, on de ce que M. Bourguignon et ceux qui émettent la même inion se sont vus contraints de forcer les faits pour les soumettre eur théorie, qui attribue à l'acarus dans l'évolution galeuse une portance qu'il n'a peut-être pas?

J'ai ajouté, comme conséquence de l'importance secondaire que ttribue à la présence de l'acarus dans la gale, que cette maladie ut naître spontanément. Et comment pourrait-il en être autre-ent? Est-ce qu'il n'y a pas eu un *premier* galeux chez lequel il y avait pas eu de transmission? et si la gale s'est développée spon-nément une première fois, n'a-t-elle pas pu se montrer une se-onde, une troisième, une centième, etc.? Sur ce point, M. Bour-uignon, fidèle à cette louable réserve, qui le porte à n'avancer que e qu'il a observé, semble ne pas se prononcer: « Qui soulèvera mais le voile impénétrable qui cache la naissance pour ainsi dire es infiniment petits? Est-il même donné à la nature humaine de mais pénétrer ces mystérieuses créations? Nous ne savons. Quoi u'il en soit de cette question, un fait est incontestable: c'est que, ans tous les temps et dans tous les lieux, la transmission d'un carus paraît avoir été nécessaire pour que la contagion de la gale ût se produire. »

Je loue une semblable réserve; mais on voudra bien réfléchir ux considérations suivantes.

(*La suite à un prochain numéro.*)

SECOND RAPPORT SUR LE CHLOROFORME, par M. ROBERT.

(Lu à la Société de chirurgie dans les séances du 9, du 16 et du 23 novembre 1853.)

Nous donnons à nos lecteurs une analyse détaillée du remarquable travail de M. Robert. La longueur de ce précieux document ne nous permet pas de l'insérer en totalité; mais nous citerons du moins textuellement les passages les plus importants.

Ce travail se compose de deux parties. Le rapporteur étudie d'abord le mode d'action du chloroforme et la nature des accidents qu'il produit; puis il s'occupe des questions pratiques telles que le mode d'administration du chloroforme, les précautions à prendre pour éviter les accidents, le traitement de ces accidents, etc.

La première partie, qui est de beaucoup la plus importante, est celle que nous résumons aujourd'hui.

Après une courte introduction destinée à rappeler les circonstances au milieu desquelles la Société de chirurgie a été saisie de la question du chloroforme, M. Robert entre ainsi en matière :

« Il n'est que trop avéré aujourd'hui que le chloroforme, quoique » pur et administré par des mains habiles, peut déterminer la mort » d'une manière inattendue, soudaine, et comme foudroyante, en » suspendant l'action du cœur. Les faits rapportés par votre com- » mission, joints à ceux en grand nombre que possède la science, » nous paraissent démontrer sans réplique cette première vérité. »

Le rapporteur répond d'abord à M. Giraldès, qui, pendant la première discussion, s'est efforcé d'atténuer les reproches qu'on adresse au chloroforme, et a montré, par des calculs approximatifs, combien les accidents deviennent rares, lorsqu'on les compare au nombre immense des individus chloroformisés. Suivant M. Robert, il est probable que tous les cas de mort n'ont pas été publiés. D'ailleurs, il ne s'agit pas de déterminer le degré de fréquence des accidents produits par le chloroforme; il s'agit de savoir quels sont ces accidents, et comme ils surviennent.

« Après ces courtes remarques, continue le rapporteur, je vais » suivre la Société de chirurgie sur le terrain où elle a placé la » discussion. J'établirai la part qu'il faut attribuer à l'*asphyxie*, à » la *syncope* et à la *sidération*, dans les effets fâcheux du chloro- » forme. »

1° *Asphyxie.* — Passant successivement en revue ces trois éléments, M. Robert s'occupe d'abord de l'asphyxie; il pense, contrairement aux assertions de M. Maisonneuve, qu'il n'y a aucun danger à craindre de ce côté.

Suivant M. Maisonneuve, on pourrait observer l'asphyxie foudroyante tout au début de l'inhalation chez les malades, qui, pleins de confiance et d'énergie, aspirent trop largement et trop vite les vapeurs du chloroforme. M. Maisonneuve a confondu l'asphyxie avec l'*empoisonnement* par le chloroforme pris en trop grande quantité.

La mort par asphyxie procède avec plus de lenteur; et, d'ailleurs, il y a toujours, au milieu des vapeurs les plus concentrées, assez d'oxygène pour entretenir la vie au moins pendant quelques instants. M. Maisonneuve a encore admis que l'asphyxie foudroyante peut se produire, pendant la période d'excitation, chez les malades qui, après un spasme de la glotte longtemps prolongé, aspirent tout à coup une énorme quantité de vapeur anesthésique. Or il y a bien quelque danger d'asphyxie pendant la durée du spasme; mais ce danger disparaît dès que le spasme cesse, et s'il arrive malheur à la suite de la grande inspiration dont parle M. Maisonneuve, cela est dû, non pas à l'asphyxie, mais aux *propriétés toxiques* des vapeurs anesthésiques.

M. Bouisson a dit, et M. Demarquay a répété, que, chez quelques sujets, le chloroforme détermine d'abondantes sécrétions à la surface de la muqueuse respiratoire, et que, l'anesthésie nuisant à l'expectoration, les sécrétions peuvent s'accumuler dans la trachée et les bronches. Il n'est pas douteux que l'asphyxie pourrait être la conséquence de cet état; mais il est toujours facile de constater à temps que la respiration est gênée, et il suffit alors d'interrompre quelques instants l'inhalation pour faire cesser le danger.

En résumé, l'asphyxie n'est à craindre que lorsqu'on emploie des procédés d'inhalation défectueux.

2° *Syncope.* — Les accidents dus à la syncope sont bien plus fréquents et bien plus fâcheux. « *A priori*, il est déjà facile de le » concevoir, quand on considère que le chloroforme affaiblit la force » de contraction du cœur, comme le prouvent les expériences sur » les animaux et l'observation journalière chez l'homme. A cette » cause il faut joindre toutes celles qui peuvent produire la syn- » cope dans le cours des opérations chirurgicales; ces causes sont » les impressions morales vives, et surtout la terreur qui s'empare » des malades à la pensée d'une opération, la chlorose, la faiblesse » congéniale ou acquise, la position verticale, et surtout la perte » de sang qui accompagne nécessairement certains actes chirur- » gicaux. »

Lorsque la syncope se produit dans ces circonstances, elle emprunte aux conditions d'anesthésie dans lesquelles se trouve le malade, un caractère de gravité tout particulier.

« Grâce à la volatilité du chloroforme, l'influence qu'il exerce » sur l'économie ne saurait être de longue durée. Cependant la » syncope peut survenir plus ou moins longtemps après que l'inha- » lation a cessé, et alors que le malade, ayant recouvré la sensi- » bilité et l'intelligence, semble être soustrait à l'influence délétère » de l'agent anesthésique. »

Ici M. Robert reproduit l'observation suivante qu'il a déjà communiquée à l'Académie en 1849 :

Un ivrogne, âgé de 45 ans, avait une hernie ancienne et maintenue qui s'étrangla le 27 août 1849, à la suite d'une chute de cheval. Il n'entre à l'hôpital Beaujon que le 30. Pour pratiquer le taxis, on soumet le malade à des inhalations de chloroforme.

Au bout de dix minutes, agitation extrême et délire sans anesthésie. On continue l'inhalation. Au bout de demi-heure, l'agitation se calme, les muscles se relâchent, et alors seulement il devient possible de tenter le taxis; puis, après avoir échoué à plusieurs reprises, on se décide à opérer la hernie étranglée. Jusqu'à la fin de l'opération, le malade fut maintenu sous l'influence de l'anesthésique. Il avait respiré du chloroforme pendant plus d'une heure, mais l'inhalation avait été plusieurs fois interrompue. Après l'opération, il ne reprit connaissance que lentement. Au bout d'une heure sa raison était revenue; il était calme et ne souffrait pas. Cet état dura plus de deux heures; mais l'infirmier, l'ayant quitté pendant une demi-heure, le trouva mort en revenant auprès de lui. Il avait expiré sans

bruit, sans même que ses voisins eussent pu s'en apercevoir. Quatre heures environ s'étaient écoulées depuis l'opération.

Autopsie : Cou et face violacés, cerveau et méninges très injectés, poumons souples, crépitants, mais partout gorgés de sang noir; cœur distendu par du sang noir sans mélange de gaz.

M. Giraldès a vu deux faits semblables dont voici une courte analyse :

Un blessé de juin 1848, âgé de quarante ans, fut chloroformé pour subir l'amputation du bras. L'insensibilité ne fut obtenue qu'après une longue période d'agitation. Le malade revint à lui, mais resta affaissé pendant tout le jour. La nuit suivante il expira subitement. *Autopsie* : Les centres nerveux sont sains; les poumons sont emphysémateux; le cœur droit et les grosses veines sont remplies de sang mêlé de gaz.

Le second malade, âgé de trente ans, avait un rétrécissement de l'urètre. On l'endormit une première fois avec l'*éther* (1847), ce qui fut simple et facile. Deux jours après, pour un deuxième cathétérisme, on l'endormit de nouveau. Cette fois, l'éther n'amena le sommeil qu'après avoir produit une longue agitation. Quatre heures après, le malade, qui était revenu assez promptement, qui avait marché et mangé, mourut subitement en allant aux lieux d'aisances. *Autopsie* : Centres nerveux sains; emphysème interlobulaire des deux poumons; sang spumeux dans le cœur droit, les grosses veines et l'artère pulmonaire.

Enfin, on lit dans le *Journal de médecine de New-York* (mai 1853, p. 404) l'observation d'un autre malade qui mourut de même trois heures après la chloroformisation. Il s'agissait d'un jeune homme amputé du bras.

Le rapporteur pense que, dans les quatre faits précédents, la mort a été due à une syncope tardive.

3° *Sidération*. — La syncope, déterminée sous l'influence du » chloroforme, survient souvent avec des caractères de soudaineté » et de gravité qui peuvent la faire comparer à une sidération véri- » table. Cependant elle offre quelquefois une forme particulière à » laquelle je donnerai encore plus volontiers ce nom, tant est ra- » pide le trouble général de l'organisme, tant est prompte la ces- » sation des fonctions qui président directement à l'entretien de la » vie : cette forme est celle que j'ai voulu plus spécialement si- » gnaler dans mon rapport.

» Un individu jeune, bien constitué, dans un état de parfaite » santé, est soumis à l'inhalation du chloroforme; il n'éprouve » d'abord rien d'extraordinaire : la réaction est modérée, la respi- » ration libre, la circulation naturelle. Tout à coup, sans signes » précurseurs, le pouls cesse de battre, la respiration ne tarde pas » à s'arrêter, le visage pâlit, les pupilles se dilatent, l'individu s'af- » faisse sur lui-même; il est mort. Certes, il y a là quelque chose » de caractéristique, et qu'on ne retrouve pas dans les lipothymies » et les syncopes anesthésiques ordinaires. Dans celles-ci, la mort » n'est point aussi instantanée. A la pâleur du visage, à l'affaisse- » ment général, à la petitesse du pouls, l'organisme semble être » averti du danger qui le menace. Dans la sidération, au contraire, » il est tout d'un coup mortellement frappé par la paralysie du » cœur. »

Ici le rapporteur intercale une observation inédite, qui se rattache, suivant lui, à *cette variété de syncope anesthésique*, c'est-à-dire à la sidération. Tout le monde sait qu'en 1849 M. Barrier, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, eut le malheur de voir un de ses opérés succomber entre ses mains sous l'influence du chloroforme. Ce fait inspira de telles craintes, que, pendant quelque temps, le chloroforme, remplacé par l'éther, fut presque entièrement banni de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Ce fut donc avec une certaine répugnance que M. Valette, chirurgien de cet hôpital, se décida à employer le chloroforme dans le cas suivant :

Mort subite par le chloroforme. Observation de M. Valette de Lyon (inédite). Staphyloraphie sur un enfant de treize ans. Craignant que l'éther ne donnât lieu à des vomissements qui auraient été très nuisibles, M. Valette se décida à employer le chloroforme. L'enfant *fut assis sur une chaise*. Dès la première inspiration, il se débattit violemment, mais il s'était débattu pour venir à la salle d'opération, *tant il était effrayé*; aussi ne tint-on nul compte de ses cris. Dès que cela fut possible, on ouvrit la bouche du malade à l'aide d'un abaisseur de la mâchoire, on continua encore l'inhalation. Au bout de quatre minutes, M. Valette passe un premier fil. Tout marchait bien jusqu'alors, la respiration était libre, le pouls naturel. M. Valette tourne la tête pour prendre une seconde aiguille, mais au même instant un aide s'écrie « le pouls ne bat plus! » L'opérateur se retourne vivement. Le chloroforme avait été retiré, mais l'enfant paraissait mort. On le plaça aussitôt sur un lit; on eut recours aux moyens les plus énergiques; tout fut inutile. On s'assura par l'analyse que le chloroforme employé était parfaitement pur. Il ne manquait que cinq grammes de liquide dans le flacon dont on s'était servi.

L'autopsie ne fournit que des résultats négatifs. Il n'y avait pas la moindre tache de sang dans l'arrière-gorge. Tous les organes étaient sains. *Le cœur était flasque et vide*. Les gros vaisseaux ne contenaient pas de gaz.

Dans ce cas, comme dans plusieurs autres, continue le rapporteur, il est digne de remarque que les accidents se sont produits précisément au moment où commençait l'acte chirurgical, alors que les phénomènes de l'éthérisation s'étaient jusque là succédé d'une manière régulière. C'est ce qui eut lieu dans le cas de M. Vallet, d'Orléans (ne pas confondre avec M. Valette, de Lyon), et dans plusieurs autres observations, parmi lesquelles il est bon de citer les suivantes, extraites d'un travail récent de M. Bieckersteth, de Liverpool (*Monthly Journal*, septembre 1853) :

Enfant de neuf ans, affaibli par une carie du tibia; amputé de la jambe en 1851, par Syme (méthode à lambeau). L'enfant fut endormi par le chloroforme. Il respirait très bien. Bieckersteth avait le doigt sur l'artère radiale. Au moment précis où le couteau pénétra dans les chairs par transfixion, le pouls s'arrêta tout à coup, cinq pulsations manquèrent, puis les battements reparurent; ils furent très faibles d'abord, mais au bout de quelques secondes ils reprirent leur force première. L'inhalation fut maintenue, et l'opération fut achevée sans accident.

Amputation de cuisse, par Syme, sur une dame de vingt ans. Simpson, qui administrait lui-même le chloroforme, déclara, après l'opération, que le pouls avait disparu au moment précis où le couteau traversait la cuisse et s'était rétabli presque immédiatement avec un mouvement confus et rapide.

Amputation de cuisse sur une femme de quarante ans, nerveuse et impressionnable. Anesthésie rapidement obtenue. Au moment où l'on transfixe la cuisse pour tailler le premier lambeau, le pouls s'arrête pendant dix secondes environ, puis reparaît faible et à peine perceptible. Une minute après, le pouls avait repris sa force, la respiration n'avait pas été modifiée.

Suivent deux autres observations, empruntées à MM. Stanley et Lloyd. Dans le cas de Lloyd, le malade eut trois syncopes consécutives, et mourut à la troisième syncope.

M. Bieckersteth admet que l'action délétère du chloroforme s'exerce sur la respiration et non sur le cœur. Or, les faits précédents infirmant sa théorie, il prend le parti de s'en débarrasser en disant que la syncope a été produite par le choc de l'opération sur le système nerveux, et non par le chloroforme. C'est abuser de l'interprétation; il est clair qu'avant l'emploi du chloroforme, les syncopes, pendant les opérations, étaient moins fréquentes, moins graves. Nier, dans ces cas, l'influence du chloroforme, c'est fermer les yeux à la lumière.

« De tout ceci, il résulte que le chloroforme, bien qu'il supprime » la douleur, n'en laisse pas moins persister le retentissement du » traumatisme sur l'économie, retentissement qui, joint à l'affais- » sement anesthésique, peut amener une syncope grave ou la mort, » qu'il n'eût pas produite à lui seul.

» En résumé, le chloroforme ne peut produire l'asphyxie, que » lorsqu'il est administré d'une manière défectueuse et qu'on ne » surveille pas l'état de la respiration; mais il exerce sur l'organe » central de la circulation une action hyposthénisante qui dispose » à la syncope, qui donne à celle-ci une gravité remarquable, et » qui peut enfin déterminer la mort par une véritable sidération, en » paralysant tout à coup les mouvements du cœur. »

Telle est la doctrine acceptée par le rapporteur; avant d'en exposer les conséquences pratiques, il s'attache à réfuter les objections qui lui ont été adressées.

1° On s'est demandé si la mort par le chloroforme ne serait pas

due à l'emphysème interlobulaire et au passage des gaz dans les gros vaisseaux et dans le cœur. Plusieurs autopsies ont été invoquées ; mais, d'une part, ces lésions ont manqué dans beaucoup de cas ; d'autre part, elles se sont rencontrées surtout dans les autopsies tardives, ou dans celles qui ont été pratiquées pendant l'été. Il est donc vraisemblable que la présence des gaz dans l'appareil circulatoire a été le résultat d'un commencement de décomposition cadavérique.

2° M. J. Guérin prétend que les morts subites produites par le chloroforme sont dues à une sorte de sidération dont il place le siége dans le système nerveux; et pour prouver, contrairement à l'opinion du rapporteur, que le chloroforme n'exerce aucune action sur le cœur, il a excisé des cœurs de grenouilles et les a plongés dans le chloroforme. Non seulement ces organes ont continué à battre aussi longtemps qu'à l'air libre, mais une fois même les contractions ont paru durer plus longtemps que de coutume.

A cela M. Robert répond deux choses : en admettant que l'expérience invoquée par M. Guérin fût vraie, cela ne prouverait pas que le chloroforme n'eût aucune action sur le cœur; rien n'empêcherait l'anesthésique de paralyser la portion du système nerveux qui anime cet organe.

Mais il y a plus : M. Robert, suivant les indications de M. Curie fils, a expérimenté l'action directe du chloroforme liquide sur des cœurs de grenouilles. En versant quelques gouttes de cet agent sur un cœur excisé, on constate pendant les premières secondes une accélération de contractions. Au bout d'une minute, il y a ralentissement; au bout de trois minutes, arrêt complet. A la sixième minute, les battements reparaissent peu à peu. L'expérience peut être faite plusieurs fois sur le même cœur pendant près d'une heure. Tout s'explique fort simplement. Le premier contact du chloroforme paraît stimuler l'organe, mais bientôt les fibres sont paralysées par l'action stupéfiante de cet agent; puis le chloroforme s'évapore, et la contractilité reparaît.

L'action directe du chloroforme sur la substance du cœur ne peut donc être mise en doute.

3° Le rapporteur réfute alors les assertions de M. Baudens; les arguments qu'il invoque ayant déjà été exposés par M. Broca dans notre numéro du 4 novembre, nous ne les reproduirons pas ici.

4° Des objections plus sérieuses ont été adressées au premier rapport de la commission par MM. Giraldès et Follin, qui ont rappelé les expériences de M. John Snow. L'expérimentateur anglais s'est servi d'un appareil qui a pour but de doser avec précision les proportions d'air et de vapeur anesthésiques qu'on fait respirer aux animaux.

Lorsqu'on administre aux chiens, chats, cochons d'Inde, lapins, etc., 3 ou 4 p. 100 de vapeur de chloroforme, la respiration et la circulation s'arrêtent en moyenne au bout d'un quart d'heure. Toutefois, l'animal peut encore en revenir.

A 8 p. 100 et au delà, les accidents sont très rapides, et l'air pur ne suffit pas, en général, pour ranimer la vie. M. Snow demande par conséquent qu'on ne s'élève jamais à cette dose lorsqu'on emploie le chloroforme chez l'homme.

Le rapporteur répond à ces expériences que rien ne prouve que les doses nuisibles aux petits animaux soient également funestes à l'homme ; de plus, il ne pense pas que l'appareil de M. Snow remplisse les indications que se propose son auteur ; il pense, au contraire, que le dosage du chloroforme chez l'homme, tel que l'entend M. Snow, est impossible.

5° La partie du premier rapport qui a été attaquée avec le plus de force est celle qui attribue certains cas de mort à une susceptibilité particulière de l'organisme chez quelques individus ; seul, parmi les chirurgiens qui ont abordé cette question, M. Jobert s'est rangé à l'opinion du rapporteur. Celui-ci ne croit pas cependant pouvoir accepter l'appui que M. Jobert lui a prêté. Suivant M. Jobert, il y aurait chez quelques individus des communications entre les bronches et les vaisseaux pulmonaires, et chez eux le chloroforme, pénétrant directement dans le torrent circulatoire, déterminerait des accidents formidables. Le rapporteur proteste contre l'existence de ces communications que l'anatomie a depuis longtemps réfutées; mais il maintient son assertion sur la grande diversité des aptitudes individuelles. Tel est plongé dans un profond sommeil par quelques gouttes de chloroforme, tel autre peut impunément en absorber plusieurs grammes. On lit dans la *Gazette médicale de Toulouse* l'histoire d'un nouveau-né opéré d'un bec de lièvre, et chez lequel on employa pour la réunion une bandelette imbibée de collodion. Dès que la bandelette fut appliquée, l'enfant tomba dans un profond sommeil, avec insensibilité et imminence de syncope. Cela dura une minute et demie (*Abeille médicale*, 15 juillet 1853). Qu'on évalue ce qui peut se dégager de vapeur anesthésique d'une bandelette de linge longue de 4 à 5 centimètres et large de 1 1/2, et l'on verra la petite quantité d'éther qui a été nécessaire pour déterminer le sommeil et l'insensibilité chez cet enfant.

Après avoir maintenu son opinion sur la nature des accidents que le chloroforme a jusqu'ici déterminés chez l'homme, le rapporteur expose les résultats de quelques expériences qu'il a entreprises sur les animaux. Ces expériences sont de deux ordres : les unes ont eu pour but de déterminer une mort prompte. M. Robert plonge la tête des animaux dans une vessie où il a versé et agité plusieurs grammes de chloroforme ; aussitôt l'animal crie, s'agite violemment, et tombe comme foudroyé en une ou deux minutes. Suivant M. Robert, cette mort rapide n'est pas due à l'asphyxie, parce que l'autopsie n'en révèle pas les lésions ; la grande quantité de chloroforme aspiré dans un temps très court a été la cause de la mort. Quelques unes des observations recueillies chez l'homme paraissent pouvoir être rapprochées de ces expériences. « Il est permis de » croire que, dans ces cas, le chloroforme a été administré en trop » grande proportion ; mais, il faut le dire, la physionomie de la » plupart des autres a été totalement différente. Ainsi, au milieu » d'une éthérisation dont la marche régulière ne présentait d'abord » aucun symptôme alarmant, les battements artériels se sont tout » à coup suspendus, et une syncope mortelle est venue frapper le » patient au moment où l'on devait le moins s'y attendre. Il existe » donc, en dehors de la sphère d'activité connue du chloroforme, » une cause spéciale, un trouble nerveux, dont la source ne peut » être placée ailleurs que dans la disposition où s'est trouvé l'organisme à un moment donné ; et c'est là, suivant nous, ce qui » constitue le danger véritable de l'éthérisation. »

Quant aux autres expériences de M. Robert, nous ne les reproduirons pas, parce qu'elles ne jettent aucun jour sur la question en litige, quoiqu'elles soient pleines d'intérêt au point de vue physiologique. M. Robert a tué des animaux par l'inhalation prolongée : la mort a été tardive et graduelle. Dans les périodes avancées de l'anesthésie, la moelle avait perdu la propriété d'obéir à l'excitation galvanique. Ce phénomène, et quelques autres que le rapporteur a signalés, sont très curieux, sans aucun doute, mais il n'en résulte aucune conséquence applicable à l'homme. M. Robert constate en effet que dans les cas malheureux observés jusqu'ici, la mort n'a pas été la suite d'une inhalation prolongée; elle n'est pas survenue progressivement, mais bien, au contraire, elle a été comme foudroyante, et s'est produite à une époque peu éloignée du début de l'inhalation.

III.

CORRESPONDANCE.

Nous avons reçu, au sujet de la première partie du mémoire de M. Velpeau sur le galactocèle (voir le n° 5 ; la seconde partie sera publiée dans le n° prochain), une lettre de M. le docteur Forget. Nous la publions ci-après, avec la réponse de M. Velpeau.

Paris, le 13 novembre 1853.

Monsieur le rédacteur, dans le mémoire sur la tumeur laiteuse du sein que renferme le numéro du 11 novembre de votre estimable journal, on lit le passage suivant : « Ce genre de tumeurs n'avait » été l'objet d'aucune description spéciale lorsque j'en fis le sujet » d'un court chapitre en 1838. Depuis, une seule observation pa-

» raît en avoir été recueillie dans les hôpitaux de Paris. M. A. Forget, qui l'a publiée, et qui ne semble point avoir eu connaissance de ce que j'en avais dit moi-même, n'en est pas moins arrivé aux mêmes conclusions que moi sur plusieurs points. »

» La citation que l'honorable M. Velpeau a bien voulu faire de mon nom dans cette circonstance me semble exiger quelques mots d'explication.

» Lorsqu'au mois de novembre de l'année 1844, je fis paraître, dans le *Bulletin général de thérapeutique* (t. XXVII, p. 355), non pas une observation isolée, mais bien un mémoire ayant pour titre : *Considérations pratiques sur le galactocèle mammaire et son traitement*, je savais ce qu'avait dit M. Velpeau touchant les tumeurs laiteuses. Or, en lisant ce qu'il avait publié à cet égard, je n'avais trouvé nulle part qu'il eût décrit la variété de kyste mammaire que j'avais exclusivement en vue, c'est-à-dire celui qui est constitué par une collection circonscrite de lait liquide ayant conservé ses caractères physiques et chimiques.

» Il y a plus, c'est que dans les meilleures monographies qui ont paru postérieurement sur le même sujet, notamment dans les thèses de concours de M. le professeur Nélaton, *année* 1839, d'Auguste Bérard, *année* 1842, où les travaux de M. Velpeau sur les diverses maladies du sein sont longuement analysés, il n'est nullement fait mention de recherches qui lui soient propres, ayant pour objet le point spécial de pathologie dont il est question, et que, le premier en France, je crois avoir étudié d'une manière complète, surtout au point de vue anatomique.

» Enfin, si faible que puisse être ici le mérite de la priorité, qu'il me soit permis de rappeler que, pour caractériser ce genre de tumeurs, le premier je leur donnai le nom de *galactocèle*, qui, depuis, est demeuré dans le langage chirurgical.

» J'ajouterai encore que, bien que réservant cette dénomination pour les kystes laiteux proprement dits, je proposai cependant de l'appliquer au gonflement général du sein produit par la diffusion du lait dans le tissu cellulaire, état morbide bien décrit cette fois par M. Velpeau, et que je désignai dès lors, c'est-à-dire en 1844, comme il le fait lui-même aujourd'hui, sous le nom de *galactocèle par infiltration*.

» Ce court exposé, que je vous prie, monsieur le rédacteur, de vouloir bien insérer dans le prochain numéro de votre journal, suffira, je pense, à justifier la situation que je me crois en droit de revendiquer dans l'étude du point de pathologie dont il est question.

» Veuillez agréer, etc. » AM. FORGET,

Membre de la Société de chirurgie.

J'en demande pardon à l'honorable M. Forget, mais je ne comprends pas bien le but de sa lettre. J'ai dit :

« Une seule observation (de kyste laiteux) *paraît* en avoir été recueillie dans les hôpitaux de Paris. » — Le conteste-t-il ? Non.

« Il n'a pas publié une simple observation, mais bien un mémoire. » — Ai-je dit le contraire quelque part?

Il « avait lu mes recherches sur ce point. » Comme il n'en dit rien dans son article, j'ai pu en douter. D'ailleurs, je ne lui en ai point fait un crime.

Je n'avais point mentionné les kystes « constitués par une collection circonscrite de lait liquide, etc.» — Il se trompe. Qu'il veuille bien lire ce passage entre autres.

« Certaines irritations du tissu mammaire peuvent forcer le lait à s'infiltrer hors de ses voies naturelles, et former là des *collections* anormales. Peut-être faudrait-il ici établir pour le lait dans les mamelles ce que j'ai essayé d'établir pour le sang dans toutes les régions du corps ; il est difficile, en effet, de ne pas admettre que le lait s'infiltre quelquefois en dehors des lobules ou des canaux excréteurs de la glande, soit par suite d'une simple transsudation, soit à l'occasion de quelques ruptures. Ce point étant accordé, on comprend que le fluide laiteux se dissémine dans le tissu cellulo-fibreux ou cellulo-graisseux du sein, comme le fait le sang dans tous les tissus possibles à la suite des contusions et des ruptures. Sous cette forme, la mamelle semble être comme imbibée de lait ou de sérum lactescent, et de manière que la résolution du mal ne soit pas plus impossible que s'il s'agissait de larges ecchymoses. Une femme, dont le sein paraissait transformé en une masse spongieuse fort sensible depuis quelques jours, m'a offert, en 1838, un exemple de ce genre d'infiltration laiteuse : après une ponction exploratrice, je vis exsuder par la piqûre une quantité notable de fluide laiteux, qui sortait évidemment des mailles du tissu cellulaire.

» Il n'est pas indispensable, au reste, que le lait sorte des voies naturelles, pour constituer de *véritables collections;* nous avons déjà vu que, retenu dans ses propres canaux, il peut les dilater çà et là, au point de les transformer *en kystes* de dimensions assez considérables : si donc ce liquide, au lieu d'être simplement infiltré, se rassemble en masses ou en *collections* un peu notables, il pourra, comme les *dépôts sanguins*, 1° rester plus ou moins longtemps à l'état de foyer peu douloureux ; 2° se décomposer de manière à être remplacé par un kyste séreux, si le caséum est résorbé par une masse solide ou demi-solide, si le sérum en est repris le premier ; 3° s'échauffer, s'enflammer, se transformer en un véritable abcès laiteux : on conçoit, enfin, 4° que, retenu dans les canaux galactophores ou épanché dans les tissus interlobulaires, le lait, une fois coagulé, pourra, tout en se confondant avec l'élément fibro-celluleux, se concréter, se durcir de plus en plus, comme le fait le coagulum ou la fibrine du sang dans les tumeurs sanguines, et devenir ainsi l'origine de tumeurs franchement butyreuses ou caséeuses. » (*Dictionn. de médecine*, 1839, t. XIX, p. 82.)

Il réclame enfin la priorité du mot *galactocèle*. — Mais c'est un nom dont je me suis servi sans avoir laissé entrevoir nulle part que j'eusse la moindre envie de me l'attribuer, et dont je n'ai point discuté l'origine.

Si M. Forget veut simplement dire qu'il a mieux décrit les kystes, la *cavité* des kystes laiteux, en 1844, que je ne l'avais fait en 1839, j'en conviendrai très volontiers, et je le félicite, sous ce rapport, de son excellent travail. Seulement, je ne vois pas ce qu'il a pu trouver d'inexact dans l'article dont il a l'air de se plaindre, et dans lequel je croyais, moi, lui avoir rendu pleine justice.

VELPEAU.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Nouvelle application de l'électro-puncture contre la grossesse extra-utérine, par M. BACCHETTI.

Le fait ne répond peut-être qu'incomplétement aux promesses du titre. Il peut, du moins, donner lieu à une interprétation différente. Une femme avait cessé d'être réglée depuis trois mois, et elle avait eu à plusieurs reprises des accès de douleur dans l'hypogastre et la fosse iliaque gauche, avec pouls petit et serré, lipothymies, sueurs froides, etc. Dans les derniers temps, une tumeur du volume d'une grosse orange devint perceptible dans la région indiquée.

On diagnostiqua, en consultation, une grossesse extra-utérine tubaire, et le but principal étant d'empêcher le développement de l'œuf, développement auquel étaient dus ces graves symptômes, on ne crut pas pouvoir y mieux parvenir qu'en agissant sur le fœtus lui-même au moyen de l'électro-puncture pour détruire sa vitalité. En conséquence, le 2 février 1853, on introduisit dans la tumeur deux aiguilles à acupuncture en acier, longues de 8 centimètres, et après les avoir enfoncées de manière que leurs extrémités restassent écartées, on les mit en communication avec les deux pôles d'une pile de Bunsen. L'appareil fut mis en action, et la malade reçut deux secousses, dont la seconde fut assez violente pour lui faire jeter un cri et éprouver une forte douleur.

Le résultat de l'opération fut aussi satisfaisant que rapide. Dès le lendemain, la tumeur avait sensiblement diminué. Le 6 mars, elle était réduite au volume d'un œuf de pigeon. Au bout d'un mois, la menstruation se rétablit, et depuis lors, elle a toujours, ainsi que la santé, été parfaitement régulière.

M. Balocchi soulève des doutes fondés sur l'exactitude du diagnostic qui, d'ailleurs, n'a été porté par M. Bacchetti qu'avec beaucoup de réserve. Il croit plutôt, dans ce cas, à un kyste de l'ovaire

commençant, dont le liquide a été résorbé par l'action de l'électricité, comme on le voit pour la sérosité de l'hydrocèle.

Quelle que soit l'opinion du lecteur sur ce point, il en tirera sans doute la conclusion que, dans le cas de grossesse extra-utérine ainsi que dans l'hypothèse d'un kyste, le pouvoir de l'électro-puncture comme agent curatif devrait désormais être essayé avec plus de confiance, d'après le souvenir du bien qu'elle a opéré chez cette malade. (*Gazzetta medica italiana, Toscana*, mai 1853, p. 137.)

De la péritonite par perforation de l'appendice iléo-cœcale, par M. le professeur Forget, de Strasbourg.

Les trois observations que M. Forget fournit à cette partie encore neuve de la pathologie, offrent un intérêt particulier au point de vue de la cause probable de la péritonite. On avait rencontré dans la première, à l'autopsie, un corps étranger semblable à un haricot, libre dans la cavité péritonéale, et nageant dans un foyer de pus situé à la région cœcale. Le cœcum, son appendice, l'intestin, étaient exempts de perforation : il y avait des caractères évidents de péritonite générale et de pleurésie. Le corps étranger, de consistance comme calcaire, était formé de plusieurs couches concentriques. Le cas observé sur un malheureux confrère occupa beaucoup la Société de médecine de Strasbourg, où l'on ne put que faire des conjectures sur l'origine et la nature du calcul; mais, depuis cette époque, M. Forget a rencontré, sur un sujet mort de péritonite, un corps olivaire, dur, comme sébacé, ayant la consistance du mastic. Ce corps était engagé dans la cavité de l'appendice cœcale, bien que celle-ci portât vers sa pointe une perforation longitudinale de 1 centimètre d'étendue, à bords comme gangréneux ; et l'auteur induit du rapprochement des deux observations, que très probablement, dans la première, le calcul était tombé dans le péritoine par une perforation de l'appendice cœcale, qu'une cicatrice avait ensuite fermée. Il est à remarquer en effet que, dans ce cas, la péritonite avait eu deux périodes distinctes, qu'elle avait paru être en voie de guérison, et s'était ensuite ravivée avec une intensité formidable. Il est donc admissible qu'un travail de cicatrisation se soit établi dans la période de rémission. Toutefois, on eût bien fait peut-être d'insuffler l'intestin *sous l'eau ;* c'est un moyen de découvrir les plus fines perforations.

Dans le troisième fait rapporté par M. Forget, l'appendice cœcale était également perforée ; mais, au lieu d'un noyau solide, on n'a trouvé que des matières fécales répandues dans la cavité du péritoine. Ces matières, sans doute, n'avaient pas eu le temps de se concréter.

Ces observations, où la péritonite avait pour point de départ la région cœcale, comme en font foi d'ailleurs les détails de l'autopsie, et était due à la présence d'un corps étranger dans l'appendice cœcale, tendent à réduire de plus en plus le champ déjà étroit et même problématique de la *péritonite spontanée*. De plus, elles tendent à montrer que, suivant une opinion déjà soutenue par M. Henri Favre (Thèses de Paris, 1851), les calculs dits *stercoraux* de l'appendice vermiculaire ne sont pas toujours constitués par de la matière fécale. Ceux qui ont été décrits plus haut ressemblaient à des concrétions épithéliales, et M. Favre croit en effet que le mucus sécrété par l'appendice peut se solidifier, s'agglomérer en noyaux, et devenir ainsi le point de départ d'une ulcération.

(*Gaz. méd. de Strasbourg*, 20 oct. 1853.)

Observation de trachéotomie faite avec succès pour l'extraction d'un haricot, par M. Albert Dufour.

Ce n'est pas un nouveau cas de succès à la suite de la trachéotomie que nous tenons à enregistrer ici ; les circonstances de l'opération n'ont rien qui la recommandent particulièrement à l'attention de nos lecteurs. Nous voulons seulement signaler un moyen efficace employé par l'auteur contre le danger imminent que sa malade courait par l'arrêt du corps étranger dans le larynx. Le haricot s'étant enfoncé ou ayant été enfoncé dans cette cavité, l'enfant (âgée de deux ans et demi) était comme asphyxiée, sans pouls, la respiration éteinte, le refroidissement commençant et la résolution musculaire complète.

Dans cet état on ne peut plus grave, M. Dufour, ne pouvant procéder tout de suite à la trachéotomie, se crut autorisé à tenter de faire pénétrer le corps plus avant. Il introduisit une sonde d'homme entre les bords du larynx ; aussitôt une colonne d'air sortit par l'instrument. Des mouvements de respiration artificielle furent pratiqués sur le thorax, et bientôt l'enfant reprit ses sens.

L'opération, pratiquée après un nouvel accès de suffocation, amena l'expulsion du haricot.

L'auteur remarque, avec raison, que si sa manœuvre de propulsion a réussi, cela est dû à ce que la trachée où le corps étranger fut refoulé a plus de largeur et moins de sensibilité que le larynx. Il n'en est pas pour cela moins nécessaire, et nous devons formuler avec insistance cette réserve, de n'en venir à de pareilles tentatives qu'en présence d'accidents graves, mortels si l'on tardait, et lorsque d'ailleurs on n'est pas en mesure d'y porter sur-le-champ remède par la trachéotomie.

(*Gazette méd. de Toulouse*, octobre 1853, p. 317.)

De la température animale dans les maladies chroniques accompagnées de fièvre, par M.-A. Jachmann.

Les malades sur lesquels M. Jachmann a fait ses recherches étaient atteints, pour la majeure partie, de tubercules ou d'autres maladies chroniques des poumons. La température a été prise deux fois, et souvent trois fois par jour, dans le creux de l'aisselle, et pendant une période de six à vingt jours. Le nombre des pulsations artérielles et celui des mouvements respiratoires était également noté avec soin.

Les observations de M. Jachmann ont toutes été faites à l'hôpital. Les conditions au milieu desquelles se trouvaient les malades étaient les mêmes pour tous. L'heure des repas et le régime, qui ont sur la température animale une influence incontestable, n'étant point assujettis au dehors de l'hôpital à des règles fixes, M. Jachmann ne fait point entrer en ligne de compte les observations de sa pratique particulière.

Le premier résultat de M. Jachmann, résultat tout à fait concordant avec les recherches déjà faites antérieurement sur ce point, c'est que les sensations subjectives de chaleur ou de froid sont tout à fait indépendantes de la chaleur réelle constatée à l'aide du thermomètre.

Ainsi, dans le *frisson* de la fièvre, M. Jachmann a constamment observé une élévation de quelques degrés dans la température.

Le malade accusait au contraire parfois un sentiment de chaleur, tandis que le thermomètre s'abaissait de 1 ou plusieurs degrés au-dessous de la température normale du corps, c'est-à-dire au-dessous de 37° centigrades.

L'auteur examine le rapport qu'il peut y avoir entre les variations de température du corps et les sueurs de la phthisie pulmonaire. A cet égard, il divise les sueurs des tuberculeux en sueurs symptomatiques et sueurs critiques. Les premières se manifestent régulièrement chaque nuit, et, pendant leur durée, on n'observe point d'abaissement de température. Pendant les dernières, au contraire, la température s'abaisse d'une manière notable, et le degré d'abaissement est proportionnel à leur intensité.

La fréquence du pouls dans les maladies chroniques est si variable, que la comparaison avec les variations de la chaleur animale ne conduit à aucun résultat bien tranché. L'état des forces, le repos ou le mouvement, le moment de l'observation, peuvent en effet changer complétement le rhythme des pulsations artérielles.

L'auteur a fait aussi quelques recherches relativement à l'influence de certains médicaments sur la température du corps dans les maladies. Il a principalement examiné, sous ce rapport, le sulfate de quinine et la digitale. Sous l'influence du sulfate de quinine dans la fièvre intermittente, il a observé l'abaissement de la température. L'administration de la digitale est accompagnée des mêmes phénomènes. (*Allgemein. medicinische Central-Zeitung*, n° 78, 1er octobre 1853.)

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

PHYSIOLOGIE. — *Nouvelles recherches sur la digestion des matières amylacées, précédées d'une notice sur la constitution de ces substances, et suivies de considérations sur la digestion en général*, par M. N. Blondlot.—Le premier des points auxquels M. Blondlot soit arrivé dans le cours de ses recherches est celui-ci : de tous les fluides qui se déversent dans le tube gastro-intestinal, depuis son origine jusqu'à sa terminaison, un seul, le suc gastrique, mérite la dénomination de *fluide digestif ;* car lui seul exerce une action véritablement chimique sur les aliments, tandis que les autres, savoir la salive, la bile, le suc pancréatique, en un mot, les fluides muqueux de toute espèce, ne sont autre chose que des produits excrémentitiels, qui, avant d'être expulsés définitivement de l'économie, lui rendent encore un dernier service, soit en facilitant le glissement des matières ingérées, soit en protégeant les surfaces qu'ils lubrifient, soit même en s'interposant, par leur viscosité, entre les molécules des matières adipeuses, de manière à les diviser, ou, autrement dit, à les émulsionner. Le second point fondamental qui ressort des travaux de M. Blondlot est que le suc gastrique est sans action aucune sur les matières non azotées, à l'égard desquelles il se comporte à peu près comme ferait de l'eau simple ou de l'eau légèrement acidulée, tandis qu'il manifeste une activité des plus énergiques sur certains produits azotés, tels que l'albumine, la fibrine, etc., produits qui, à raison de leur composition élémentaire, semblent appartenir à une même famille naturelle. Le troisième principe fondamental concerne la manière d'agir du suc gastrique, dont le *modus faciendi* ne consiste, d'après M. Blondlot, ni dans les transformations chimiques, sur lesquelles les physiologistes d'autrefois avaient donné une si ample carrière à leur imagination, ni dans une simple dissolution de la matière alimentaire, ainsi que l'avaient pensé quelques expérimentateurs modernes. La vérité est entre ces deux opinions extrêmes ; c'est une action *sui generis* en vertu de laquelle certaines matières, tout en conservant intégralement leur composition chimique, perdent une partie de leur cohésion, de manière à pouvoir se réduire en molécules plus ou moins ténues, sous l'influence des agents mécaniques les moins énergiques. C'est ainsi que M. Blondlot aurait constaté que la matière amylacée proprement dite ne subit aucune espèce de décomposition ni de dissolution pendant le travail digestif. Le dernier point fondamental que l'auteur cherche à faire ressortir, c'est qu'en dernière analyse le suc gastrique lui-même n'est après tout que la cause prédisposante de la chymification. En effet, quel que soit le degré de ramollissement auquel cet agent chimique ait amené la matière alimentaire par son action intestine, il faut toujours qu'une force mécanique, telle que le mouvement péristaltique, vienne terminer le travail dans ce qu'il a d'essentiel, en amenant cette matière à un degré d'atténuation suffisante pour qu'elle puisse être absorbée. M. Blondlot croit avoir démontré ce principe d'une manière incontestable pour la fécule, qui ne serait que simplement ramollie par l'action chimique du suc gastrique, et n'éprouverait de désagrégation que sous l'influence d'une force étrangère. La chymification, considérée d'une manière générale, ne serait donc autre chose qu'une dissolution ou une division de la matière, qui ne subirait, dans ce changement d'état, aucune espèce de décomposition. De tous les systèmes anciens, celui des mécaniciens, pris dans un sens large, serait donc, suivant M. Blondlot, celui qui s'approcherait le plus de la vérité. (*Comm.:* MM. Magendie, Flourens, Dumas.)

MÉDECINE. — *Mémoire sur une modification apportée au stéthoscope*, par M. Giraud.—La modification principale proposée par M. Giraud consiste dans la substitution d'un tube flexible en caoutchouc au tube rigide qui forme la continuation de la plaque auriculaire. De cette façon, devenu en même temps plus portatif et plus aisé à appliquer, le stéthoscope pourrait rendre tous les services qu'on lui a demandés jusqu'ici, et recevoir en outre diverses applications nouvelles. (*Comm.:* MM. Andral, Rayer.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° Six pièces officielles envoyées par le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics. *a.* Renvoi à l'Académie, avec une demande d'avis, d'une pétition de M. Berthé relative à une huile iodophosphorée.—*b.* Envoi d'échantillons avec une notice relative à une nouvelle pâte ayant pour base l'huile de foie de morue, le *théobrôme hépatique*, et à laquelle M. le docteur Jacquin, à Metz, attribue la propriété de guérir la phthisie pulmonaire. — *c.* Recette d'un médicament auquel le sieur Faure, de Lyon, attribue la propriété de guérir les dartres.—*d.* Demande d'avis et d'analyse au sujet de nouvelles eaux minérales provenant de sources situées au hameau des Fumades, commune d'Allègre (Gard).—*e.* Rapport du médecin des épidémies pour l'arrondissement de Valenciennes, sur une angine gangréneuse ou couenneuse dont les communes de Raismes, de Thiant et de Trith Saint-Léger viennent d'être affectées. —*f.* Rapport du docteur Furelhier, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montreuil, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Cleulen depuis le mois de mars dernier jusqu'au 24 août suivant. 2° Deux pièces du ministre de la guerre : *a.* Rapport sur le service de la vaccination publique en Algérie pendant l'année 1852, par M. le docteur Agnély, directeur du service de la vaccination en Algérie. — *b.* Exemplaire du *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires.* 3° Réclamation de M. Moreau-Boutard au sujet de la nouvelle méthode opératoire de trachéotomie, présentée récemment comme sienne par M. Chassaignac. 4° Lettre de M. Eug. Marchand, pharmacien à Fécamp, qui demande à être admis parmi les associés régnicoles de l'Académie. 5° Réponse de M. Leroy (d'Étiolles) à la dernière réclamation de M. Mercier. 6° Exemplaire manuscrit du rapport sur l'épidémie cholérique qui a régné à Beaume en 1849. 7° Mémoire sur un nouveau mode de déligation chirurgicale pour les fractures, l'appareil plâtré du docteur Mathysen, chirurgien-major hollandais, par M. le docteur Van de Loo, à Venloo, province de Limbourg (Hollande).

Reprise de la discussion sur le traitement des anévrismes au moyen du perchlorure de fer.

M. Laugier : Lorsque notre honorable confrère, M. Malgaigne, est venu par la lecture si intéressante de son mémoire, attirer l'attention de l'Académie sur le traitement des anévrismes par le perchlorure de fer, il m'a paru que cette question était portée prématurément devant vous ; je pensais que, sous peu de temps peut-être, des faits nouveaux pourraient changer le sens ou la portée des conclusions qui vous étaient demandées par notre collègue. C'est ce qui arrive souvent, en effet, quand ces conclusions ne dérivent que d'un petit nombre de faits ; un ou deux faits nouveaux suffiraient pour changer le sens des premiers résultats.

Une méthode nouvelle donne, je le suppose, quatre guérisons sur cinq cas de maladie, un seul insuccès réduit ce nombre à deux sur trois : que devient-elle par une série fortuite de revers ? Une opération désastreuse jusqu'à ce que de nouveaux exemples viennent rétablir l'équilibre en sa faveur. Il faut donc un assez grand nombre d'observations pour juger la valeur réelle des méthodes nouvelles.

Mais cela veut-il dire que toute opération nouvelle devra être expérimentée longtemps, et avoir fait de nombreuses victimes avant d'être rejetée ? Non, sans doute.

Avant d'être essayée, une méthode doit être raisonnable ; il faut qu'elle trouve des analogues qui lui servent de point d'appui dans la science, et rendent son succès futur au moins probable.

Les détails dans lesquels M. Velpeau est entré au sujet du perchlorure de fer ont prouvé que les injections de ce liquide dans le traitement des anévrismes offraient ces conditions. Des opérations plus ou moins analogues les avaient précédées, et leur avaient, pour ainsi dire, ouvert la porte.

Reste à savoir maintenant, et c'est la seule question posée devant vous par M. Malgaigne, si, après avoir eu le droit d'expérimenter, nous touchons au moment de juger le perchlorure de fer, et enfin si les faits acquis actuellement ne nous autorisent pas à le repousser de la pratique chirurgicale. L'inventaire des faits dressé par M. Malgaigne a donné des résultats défavorables ; toutefois une décision sur la valeur de ce traitement m'avait paru prématurée, et je ne croyais pas cependant, qu'au moment même où M. Malgaigne lisait son mémoire, on pouvant citer le plus beau succès que Pravaz lui-même aurait pu rêver pour l'avenir de sa méthode. — La ligature compte des succès pareils, mais elle ne peut en revendiquer de plus complets. Je veux parler de l'observation d'anévrisme de la brachiale guéri par M. Valette (de Lyon) par l'injection du perchlorure de fer. Quelque brillant que soit ce succès, je concevrais cependant que M. Malgaigne ne le regardât pas comme décisif. Notre collègue n'a pas nié la possibilité du succès, il en a même regardé l'existence comme hors de doute, mais cette éventualité rare lui a paru achetée par de graves accidents, et, dans l'état actuel des choses, contrebalancée par un grand grand nombre de revers, et même la mort des opérés. En conséquence, il a conclu par la proscription de la méthode.

Pour répondre à l'argumentation de M. Malgaigne, il ne suffit donc pas de citer un succès éclatant obtenu par le perchlorure de fer, il faudrait

plutôt soumettre à un nouvel examen les faits qu'il a analysés, et après leur avoir trouvé une autre signification, en tirer des conclusions différentes des siennes. Une lecture attentive des observations publiées avant celle de M. Valette m'a conduit à penser que le rôle attribué au perchlorure de fer, dans leur issue fâcheuse, avait été un peu exagéré.

Si le perchlorure de fer doit être considéré comme responsable de tous les accidents observés, il faudrait, ce me semble, que ses effets eussent été d'autant plus manifestes qu'il était plus concentré, que la quantité injectée a été plus considérable, et qu'ainsi on a été plus sûr, pendant l'injection, d'avoir fait pénétrer la canule du trocart dans le sang liquide que contient la poche anévrismale.

En étudiant les faits publiés sous ces trois points de vue, on est surpris de les voir répondre d'une manière opposée à ce qu'on devait attendre.

Dans la première observation de M. Malgaigne, le liquide injecté par un de ses élèves était un mélange de perchlorure et d'eau à parties égales. Il n'était donc pas très concentré; cinq gouttes furent injectées; à l'instant même la douleur fut atroce; dix minutes après la main était froide et violacée, et le lendemain la gangrène s'était déclarée. Nous verrons plus bas pourquoi, mais les accidents ne sont pas dus évidemment ici à la concentration du liquide.

Même remarque pour l'observation de M. Alquié : cinq gouttes de perchlorure de fer étendu de quantité égale d'eau sont injectées dans un anévrisme de l'artère cubitale; dès la nuit suivante, douleurs lancinantes dans la tumeur, le lendemain, frisson, tuméfaction des doigts, phlegmon de l'avant-bras. Ce n'est pas ici encore la concentration du liquide qui a fait le mal.

M. Velpeau injecte une première fois huit gouttes de perchlorure apporté par M. Dubuisson lui-même. Cette fois il était pur; cependant aucun accident n'a lieu, et il n'en survient qu'après une seconde injection faite vingt et un jours après la première.

Dans le fait de M. Lenoir, 7 gouttes de liquide étendu d'eau, puis 16 gouttes sont injectées sans aucun accident. Comment comprendre que ce soit le même liquide qui ait produit plus tard les accidents?

La lecture des mêmes observations prouve aussi que si ce n'est point la concentration du liquide qui cause les désordres, ce n'est point non plus la quantité. Pouvons-nous oublier l'injection de 50 gouttes de perchlorure faite par M. Barrier sans aucun accident? Ce n'est qu'à une troisième injection de 25 gouttes que l'inflammation finit par s'emparer de la tumeur. Ainsi les accidents ne sont pas proportionnels rigoureusement, ni à la concentration, ni à la quantité du perchlorure de fer injecté. Avec une solution étendue, avec une moindre quantité, on a observé des désordres plus considérables.

Mais les observations recueillies jusqu'ici diffèrent entre elles par une circonstance regardée à juste titre comme capitale. Dans les unes, l'extrémité de la canule plongeait dans le sang liquide de l'anévrysme au moment de l'injection; dans les autres, elle n'avait pénétré que dans le caillot déjà spontanément formé dans l'anévrisme. Comment des résultats identiques seraient-ils observés dans des circonstances si différentes? Une opération qui a pour but de coaguler le sang est sans objet, ce me semble, quand la canule du trocart reste engagée dans un caillot déjà formé. Aussi a-t-on pu, dans ce cas, injecter 6, 7 gouttes, 16 gouttes, 25 gouttes sans produire ni plus ni moins d'effet. On a vu de graves accidents survenir à la suite de ces injections, mais ce n'est point le liquide qui les a déterminés. Bornons-nous en ce moment à faire la remarque qu'ils ont été presque toujours alors consécutifs, et se sont fait attendre quelquefois plusieurs jours. Il n'en est pas de même quand la canule du trocart plongeait dans le sang liquide au moment de l'injection; c'est dans cette circonstance, qui est réellement la seule où la méthode Pravaz soit appliquée, que le véritable succès et les plus effrayants revers ont été observés. On ne peut plus dire alors que la quantité et sans doute aussi que le degré du liquide soient indifférents, car ici il pénétrera au delà de l'anévrisme, et, sans des précautions indispensables, il pourra produire, comme cela a eu lieu chez le malade mort à l'hôpital Saint-Louis, la gangrène immédiate, tandis qu'un éclatant succès pourra être obtenu, comme dans l'observation de M. Valette, si la compression de l'artère au-dessus et au-dessous de l'anévrisme est faite exactement et continuée pendant un temps convenable. Mais dans combien d'anévrismes il sera impossible de remplir ces conditions! et dès lors, je le dis avec M. Malgaigne, combien seront restreintes les applications de la méthode de Pravaz!

Elle est rationnellement inapplicable dans l'anévrisme poplité, dans l'anévrisme axillaire, dans celui de la sous-clavière, du tronc brachiocéphalique et de la carotide. Pourra-t-on même toujours la mettre en usage dans celui de la brachiale au pli du bras? Un anévrisme de la radiale et de la cubitale près du poignet, celui des arcades palmaires superficielle ou profonde y échapperait encore. Les cas les plus favorables seraient les anévrismes peu volumineux de la brachiale, et de la crurale à la partie moyenne du membre. Mais encore ce sera à une condition, qui me semble établie par les faits, c'est que le succès sera obtenu en une seule injection comme dans l'observation de M. Valette, de Lyon. Et ici j'arrive à un côté de la question qui n'a point été envisagé.

Les réflexions qui suivent s'appliquent aussi aux observations de MM. Velpeau, Malgaigne, Barrier, Lenoir, Soulé, de Bordeaux. Elles sont de nature, si je ne m'abuse, à poser des limites à l'emploi de la méthode, mais aussi à diminuer les reproches qui ont été adressés au perchlorure de fer.

Toute tumeur anévrismale qui est ponctionnée plusieurs fois, que la canule reste engagée dans le caillot ou arrive jusqu'au sang liquide, sera à peu près sûrement envahie par l'inflammation. Il arrive ici d'ailleurs ce qu'on voit pour d'autres tumeurs enkystées, une première ponction ne les enflamme pas, une seconde ou une troisième ponction y détermine le mouvement d'inflammation. Mais, pour ne pas sortir des anévrismes, ne sont-ce pas là aussi les résultats déjà connus de l'électro-puncture? Ce sont dans les cas où l'inflammation a fini par s'emparer de la tumeur (et ces cas sont nombreux), que les réintroductions d'aiguilles, qui en ont été la cause la plus évidente, ont été le plus fréquentes; je crois qu'il en est de même dans les tentatives d'injection de perchlorure de fer, lorsque la canule s'est arrêtée dans le caillot. Voyez, dans l'observation de M. Velpeau, l'effet de la première ponction : aucun changement, aucun accident. En serait-il ainsi, si le perchlorure avait sur le caillot une action nuisible? Vingt et un jours se passent sans aucun changement appréciable; une autre injection est faite avec les mêmes précautions, mais encore dans le caillot; elle est bientôt suivie d'inflammation et d'accroissement de la tumeur. Comment démontrer que, cette fois, c'est le perchlorure qui a causé les accidents? Dans l'observation de M. Barrier, il a fallu jusqu'à trois ponctions et injecter 75 gouttes de perchlorure de fer pour enflammer la tumeur. Quelle terrible inflammation aurait dû produire une pareille dose de perchlorure de fer! Celle qu'on a observée dans ce cas cependant n'a pas été plus violente que dans les autres cas. Dans l'observation de M. Lenoir, deux injections sont faites. Pas d'effet, comme l'a dit M. Malgaigne, ni en bien ni en mal. A la troisième tentative, une moindre dose de perchlorure est injectée; pourquoi aurait-elle eu plus d'effet? Mais cette fois une double ponction a été faite, et l'une d'elles avec des mouvements de la canule, que M. Lenoir lui-même n'a pas jugés sans danger. Il est vrai qu'une phlébite de la crurale paraît avoir été la cause de la mort, mais l'inflammation de la poche a été aussi le résultat de l'opération.

Enfin, dans la seconde observation de M. Malgaigne, quatre ponctions furent faites dans la même séance; les deux premières avec une canule jugée trop petite, et qui fut remplacée par une canule plus forte. Dans la seconde ponction, la canule avait été promenée dans la tumeur à diverses profondeurs et en sens divers, pour rencontrer la colonne sanguine, mais sans obtenir ce résultat; d'où il suit que l'injection a été faite dans le caillot. Six gouttes seulement furent injectées à la quatrième ponction; c'est peut-être l'observation où la moindre quantité de liquide a été poussée dans la tumeur. Eh bien, relisez la narration de M. Malgaigne; il a peint avec son énergie accoutumée les atroces douleurs du malade, l'accroissement rapide, la rupture du kyste anévrismal. Comment admettre que de pareils effets soient dus à six gouttes de perchlorure plutôt qu'aux ponctions successives, et aux mouvements de l'instrument dont nous devons la connaissance à la sincérité de notre collègue? J'espère, messieurs, que personne ici, et surtout M. Malgaigne, ne me supposera l'intention d'impliquer le moindre blâme aux habiles chirurgiens qui ont expérimenté la méthode Pravaz. La manœuvre opératoire a été faite, dans la plupart des cas, avec la plus grande prudence, et il suffisait, pour paraître s'en écarter, de ne considérer que l'injection en elle-même, et de n'attacher, comme tout le monde l'a fait jusqu'ici, soit dans l'injection, soit dans l'électro-puncture appliquée au traitement des anévrismes, qu'une médiocre importance à la ponction en elle-même; les ponctions répétées, les mouvements imprimés à la canule pour rechercher le sang liquide sont parfaitement rationnels dans l'esprit de la méthode Pravaz.

En résumé, avant de juger la méthode de Pravaz dans le traitement des anévrismes, il me paraît indispensable de faire deux catégories de faits, suivant que la canule du trocart est plongée dans le sang liquide, ou reste engagée dans les caillots déjà formés. Pour ces derniers, ce ne sont, à mes yeux, que des anévrismes traités par un mode particulier d'acupuncture. L'effet d'une seule ponction pourra être nul; mais des accidents auront nécessairement lieu si l'on répète les ponctions, et ils seraient en général proportionnels au nombre de celles-ci. Dans les faits de cette classe, il est difficile de concevoir un effet réel du liquide injecté.

Comment un fluide, qui n'agit que par ses propriétés chimiques, serait-il inerte à une première injection, et d'une action violente à une seconde ou à une troisième? L'intoxication et la dissolution du caillot par le perchlorure de fer en excès, ne sont encore que de véritables hypothèses; cela est si vrai, qu'une autre explication donnée par M. Velpeau tendrait à faire admettre que le caillot peut être, au contraire, par l'action du perchlorure de fer, induré, de manière à devenir un corps étranger dont

l'élimination sera nécessaire. Ces oppositions, du reste, n'avaient pas échappé à notre collègue, M. Malgaigne, et il les a signalées dans son mémoire. Pour moi, en lisant attentivement les observations d'anévrismes traités par le perchlorure, le galvanisme, et dont l'inflammation s'est emparée jusqu'à y produire une fonte purulente, je cherche en vain une différence dans les apparences du magma sanguin que contient la tumeur. Il en est de même de l'inflammation spontanée, ou de celle qui a suivi la ligature de l'artère.

Les faits de la seconde catégorie me paraissent les seules applications de la méthode Pravaz. C'est dans ces faits qu'il faut la juger, si l'on croit dès aujourd'hui le pouvoir faire.

Ici encore, et je citerai l'observation de M. Soulé; bien qu'un jet de sang, au moment où le poinçon est retiré, indique que la canule est placée avantageusement pour l'essai de la méthode, on retrouve le perchlorure infidèle; il ne coagule pas toujours, ne produit rien, et ce ne sera qu'à une seconde ponction que les phénomènes d'inflammation seront produits.

La méthode de Pravaz, mal faite, il est vrai, et en s'éloignant de certaines règles qu'il avait posées, peut avoir des effets terribles. Il suffit de rappeler la première observation où notre habile confrère, M. Malgaigne, n'est intervenu que pour réparer, autant que cela était possible, les désordres causés par une injection peu méthodique.

La méthode exige en effet la possibilité d'une compression exacte et suffisamment prolongée tant au-dessus qu'au-dessous de la tumeur, pendant et même après l'opération, un certain temps, de quinze à vingt minutes. Les injections de perchlorure de fer ne doivent jamais être tentées hors de ces conditions. Il faut que M. Malgaigne les proscrive absolument alors.

Reste donc le très petit nombre de cas où la tumeur sera située d'une manière favorable à la réalisation de ces conditions. Tel a été l'anévrisme brachial traité par M. Valette. Comment proscrire pour de pareils cas une méthode, qui peut réussir en une seule séance, sans aucun accident, et sans laisser après l'opération les éventualités fâcheuses de la ligature? Mais ce sera à condition que la première tentative aura réussi, une seconde ponction pouvant être suivie de cette inflammation qui menace le malade et conduit le chirurgien à l'emploi ultérieur de la ligature.

Tel serait donc le jugement qui, selon moi, pourrait être porté aujourd'hui; mais le fait de M. Valette n'est-il pas un fait exceptionnel? Combien de faits dans les mêmes circonstances se reproduiront-ils? Il est évident que c'est aux expériences répétées, qui se feront forcément, quel que soit le jugement de l'Académie, que l'on devra la réponse à cette question. C'est pour cela qu'il m'a paru, et qu'il me paraît encore prématuré de porter ce jugement définitif que M. Malgaigne attend de vous.

M. *Gerdy* après avoir longuement protesté contre l'accusation indirecte, adressée par un orateur à ceux *qui sont toujours prêts à blâmer*, continue ainsi :

Au point où en sont les choses, le fait de M. Valette n'a rien changé à mes convictions. Je persiste à penser qu'il y a lieu de s'arrêter et de réfléchir longtemps avant de songer à pratiquer une opération nouvelle sur l'homme vivant. Pour moi, je n'en ferai rien, sans bien savoir ce qu'il y a de vrai et de faux dans les faits publiés et ce ne serait qu'après un grand nombre d'expériences bien concordantes sur les animaux, que je me déciderais à transporter une opération nouvelle sur l'homme. C'est ainsi qu'il faut procéder si l'on veut se conduire prudemment; il vaut mieux savoir attendre que de vouloir marcher trop vite.

M. *Malgaigne* : Je viens rétablir mes conclusions; tout ce qui a été fait est mauvais; maintenant s'il se produit des faits nouveaux non expérimentés sur l'homme, nous verrons.

Je répondrai d'abord à M. Giraldès, qui a écrit à l'Académie une lettre où il me met en cause. Il demande où j'ai pris les données nécessaires pour blâmer ses expériences, qui sont sous un pli cacheté. M. Giraldès se trompe; il a parfaitement publié ses expériences; elles sont dans le Compte-rendu officiel des séances de la Société de chirurgie. Or, ces expériences, faites sur un âne et un cheval, sont mauvaises. Dans la première, d'abord, il y a eu trop peu de perchlorure injecté et la coagulation n'a pas été produite; puis une nouvelle dose, en tout dix-sept gouttes, a été injectée et il y a eu *racornissement* de l'artère. Dans le second cas, encore, il y a eu *racornissement*. Ce racornissement est signalé par M. Debout comme un effet des trop fortes doses de perchlorure.

J'arrive à M. Velpeau; que dit-il? Qu'il y a trop peu de faits pour que la méthode puisse être jugée dès à présent. Le cas qui lui paraît le plus grave est celui rapporté par M. Malgaigne, et dans lequel une gangrène foudroyante s'est établie; mais ce cas n'est pas le seul, il s'est rencontré sous les habiles mains de M. Velpeau lui-même. Qu'il paraisse invraisemblable, c'est possible; mais cependant je l'ai vu. Alléguera-t-on que les précautions indispensables ont été négligées? Le jeune médecin qui a pratiqué dans cette circonstance l'injection de perchlorure de fer et en qui j'ai une pleine confiance, m'a dit avoir pris toutes les précautions indiquées. J'ai expérimenté à mon tour, et j'ai vu se produire des accidents redoutables; maintenant peut-être on trouvera de nouvelles précautions à prendre. M. Jobert n'a pu éviter la gangrène dans l'essai qu'il a tenté avec le perchlorure de fer. Ce qui est arrivé pour un jeune homme sans nom s'est aussi présenté pour un homme qui porte un nom connu. Ne disons donc pas que le perchlorure a été employé sans précautions; ces précautions, personne ne les connaît. Prenons d'autres précautions d'abord, dit M. Velpeau, injectons moins et faisons la compression au-dessus et au-dessous de la tumeur. Eh bien, voyons le cas de M. Lenoir : deux injections sont tout à fait innocentes, une troisième injection, faite avec six gouttes, amène les accidents les plus inquiétants; puis il est trop heureux de recourir à la ligature. Il est grave que la gangrène du membre puisse survenir, il est grave de se voir obligé de recourir à la ligature dans d'autres accidents contre lesquels on ne peut employer d'autre ressource. On s'expose à la gangrène si l'on injecte trop de perchlorure, on n'obtient pas de résultat si l'on en emploie trop peu. Eh bien, messieurs, quel a été le résumé de M. Velpeau? Il a pensé que la méthode de Pravaz pourrait être conservée pour les anévrismes de la racine des membres; c'est là où j'en aurais le plus peur. En effet, on n'a réussi que dans les anévrismes peu volumineux; dans les autres cas, on a vu survenir, et cela devait être, des accidents formidables. Emporté par le désir du bien, M. Velpeau a donné des espérances qui ne pourront se réaliser en aucune façon. J'arrive au cas de M. Valette; ici on a injecté un autre perchlorure que le nôtre. M. Dubuisson dit que les expériences de Paris n'ont pas été faites avec son perchlorure. Il assure qu'à son passage à Paris il a remis à divers chirurgiens du perchlorure de fer qu'il avait acheté chez M. Rousseau, pour qu'ils pussent expérimenter la méthode de Pravaz. A cette argumentation singulière, il m'est venu un doute; je me suis adressé à notre honorable collègue, M. Soubeiran, qui m'a dit que M. Dubuisson n'entendait rien à la préparation du perchlorure de fer. M. Gobley, qui s'est occupé, il y a quelques années, de la préparation du perchlorure de fer, sur les indications de M. Soubeiran, est venu me dire de son côté : M. Dubuisson a avancé que son perchlorure concentré contenait de l'acide chlorhydrique, je crois bien, il est très mal préparé. Il est facile d'en faire de concentré qui soit exempt d'acide chlorhydrique; Bien fait, il ne dépose pas. M. Dubuisson en a envoyé à la Société de chirurgie; il dépose; il n'est donc pas bien préparé; c'est cependant avec ce mauvais perchlorure qu'on a opéré à Lyon.

Passons à la critique sagace de M. Laugier. Il a disséqué avec beaucoup d'art les faits que j'ai rapportés. Ce n'est pas, d'après lui, à la concentration du liquide qu'il faut attribuer les accidents; ce n'est pas non plus à la quantité de ce liquide; en effet, dans certains cas, on en a injecté des quantités considérables. Qu'est-ce donc qui cause les accidents? C'est là une condamnation profonde de la méthode; c'est l'idiosyncrasie du malade qui peut, à ce qu'il paraît, en supporter des quantités plus ou moins considérables. Et M. Dubuisson ose venir dire : « Le perchlorure de fer que je fournissais était détestable, aujourd'hui j'en vends d'excellent. » Je profite de l'excellente discussion de M. Laugier pour dire : prenez le perchlorure de fer en aussi petite quantité que vous voudrez, vous ne serez pas exempt d'accidents. M. Laugier a dit très justement, et je suis heureux de l'avoir à mon aide en ceci : ce sont les ponctions répétées qui ont déterminé des accidents. Il y a eu cependant des ponctions répétées dans plusieurs cas sans qu'il y ait eu d'accidents. Autant qu'il m'est permis d'en juger, c'est donc le corps étranger qui est la cause des accidents. Ce n'est pas en effet une injection limitée à six gouttes qui a pu amener des accidents semblables à ceux qui ont été observés. Il sera dans la conscience de la plupart des chirurgiens que les accidents doivent être attribués à la présence d'un corps étranger; pour moi, je vois ainsi les choses. M. Laugier, dans sa discussion, rétrécit beaucoup l'emploi de la méthode; il le limite aux petits anévrismes. Mais est-ce lui qui nous apportera de nouveaux faits? je le crois trop prudent pour cela. Je disséquerai aussi l'observation de M. Valette; elle a été faite contre toutes les règles; c'était ainsi que les deux premiers observateurs avaient guéri leurs malades. Dans un anévrisme de la capacité de 1 centilitre environ, M. Valette injecte 15 gouttes, après avoir dit que 10 à 12 gouttes suffisaient. Où prend-il d'ailleurs ses termes de comparaison? M. Dubuisson a dit que, pour 1 centilitre, 5 gouttes suffisent. Le chirurgien en injecte trois fois autant; c'est ce que M. Lallemant reprochait déjà aux premiers expérimentateurs. Ce fait mérite-t-il donc d'être si vanté? Si des accidents fussent arrivés, M. Dubuisson aurait dit que vous aviez injecté trop de liquide; vous en auriez porté toute la responsabilité. Qui donc nous guidera, en face d'un anévrisme, dans l'emploi d'un pareil moyen? L'expérience. L'expérience de qui, l'expérience sur qui, l'expérience aux dépens de qui? Combien faudra-t-il tuer d'opérés pour être fixé? Voilà pourtant à quoi se réduit ce fameux fait où M. Valette a eu le bonheur de guérir un malade! M. Dubuisson lui-même se serait retourné contre lui si l'issue avait été funeste.

Dans quels cas faudra-t-il donc avoir recours au perchlorure? Dans

les anévrismes, s'ils sont gros et à la racine des membres; mais ce serait une imprudence qui engagerait la responsabilité du chirurgien. Dans les petits anévrismes; c'est là où la ligature est le plus bienveillante. Sydenham disait : *Au commencement d'une épidémie, ce sont les premiers malades traités qui paient pour les autres.* Mais, de toutes les opérations, restées dans le domaine de la chirurgie ou rejetées après insuccès, il n'en est pas qui, à son principe, ait donné des résultats aussi funestes.

La ligature, dans les anévrismes, n'est pas le dernier mot de la chirurgie. Nos voisins d'outre-Manche les guérissent par la compression, et s'étonnent de nous voir rester fidèles à la ligature. Pour ma part, j'ai essayé une fois de la compression : le malade n'a pu la supporter. Il n'est pas à propos de laisser les opérations nouvelles aux téméraires. Que, par suite d'expériences sur les animaux, on vienne à découvrir un autre moyen, qui donne des résultats en proportion inverse de celui qui nous occupe, même en y ajoutant le succès de M. Valette, ce malheureux succès, puisqu'il peut conduire à des tentatives nouvelles, et je m'empresserai de l'adopter. Mais, quant au perchlorure de fer, c'est une question jugée; il n'y a que les chirurgiens imprudents qui auront recours à cette méthode.

Il est cinq heures moins dix minutes; l'Académie se forme en comité secret.

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur la pathologie et le traitement de la phthisie pulmonaire (On the Pathology and Treatment of Pulmonary Tuberculosis, etc.), par J. Hughes Bennett. Edinburgh, 1853, in-8, 142 p.

Le but principal de cet ouvrage du professeur Hughes Bennett, d'Édimbourg, est d'éclairer par la voie physiologique et des études sur la nature de la tuberculisation pulmonaire, le mode de curabilité et de traitement de la phthisie. Ce travail comprend deux parties bien distinctes : l'une toute théorique, l'autre, au contraire, pratique. Loin d'être une conséquence de la théorie, comme l'ordre suivi par l'auteur pourrait le faire croire, on peut facilement se convaincre que chez M. Bennett l'expérience empirique, le résultat de la clinique a précédé les idées théoriques.

Après une courte étude des caractères histologiques de l'élément tuberculeux, qui ne renferme que des détails déjà anciennement connus, l'auteur s'occupe de la nature même du produit morbide. Le tubercule n'est, à ses yeux, que le résultat d'une exsudation du sang, qu'une modification du plasma déposé par le liquide primitif dans les organes. Suivant cette théorie, que M. Bennett a, du reste, déjà professée dans d'autres ouvrages, le cancer, le tubercule et le pus ne sont que des modifications du même élément, des degrés de développement, pour ainsi dire. Cette doctrine n'est pas seulement celle du professeur d'Édimbourg, et l'on peut voir, dans la plupart des ouvrages allemands ou anglais, les mêmes idées défendues à l'étranger, tandis qu'en France la plupart des pathologistes, et les histologistes surtout, et à leur tête notre savant ami, le docteur Lebert, admettent la nature spécifique du cancer et du tubercule.

Cette différence de doctrine était essentielle à signaler, car, suivant l'opinion qu'on admet, on est conduit nécessairement à accepter ou à repousser toute la théorie de M. Hughes Bennett.

L'origine du tubercule étant une fois reconnue dans une modification particulière du plasma sanguin, M. Bennett cherche quelles sont les conditions inhérentes au sang et propres à déterminer cette modification de son plasma. Cette condition réside dans l'insuffisance des matières grasses absorbées par les villosités intestinales, d'où résulte un développement incomplet des éléments du sang, qui au lieu de devenir ces éléments globuleux que nous connaissons, donnent lieu à la formation des tubercules.

Cette théorie repose sur plusieurs principes physiologiques que nous ne pouvons admettre aujourd'hui comme parfaitement démontrés. Nous voulons parler de la transformation des éléments du chyle en globules rouges du sang. M. Bennett a publié dans un autre recueil un mémoire sur la transformation de ces éléments; il ne partage pas seul cette opinion, déjà émise par Hewson, Gulliver, W. Jones, en Angleterre, J. Müller, en Allemagne. Il serait trop long d'exposer ici les différentes phases de développement que les auteurs font parcourir aux globules du sang. On connaît la divergence qui existe encore à ce sujet parmi les auteurs qui adoptent cette théorie. La science n'a pas dit son dernier mot sur le développement des globules rouges du sang; et c'est pour ce motif que ce principe physiologique ne peut pas devenir, à nos yeux, le point de départ d'une doctrine pathologique.

Mais si l'on en fait abstraction, on voit d'avance le résultat de cette théorie : le tubercule résulte d'une insuffisance des substances grasses; par conséquent le meilleur moyen de prévenir son développement, de le guérir même, c'est de suppléer à ce défaut d'énergie digestive, incapable d'emprunter aux aliments ordinaires la quantité de matières grasses nécessaires, par l'administration de substances de ce genre facilement absorbables et assimilables. Ce moyen, c'est l'huile de foie de morue.

Avant de donner les preuves cliniques de l'efficacité du traitement qu'il conseille, M. Bennett rapporte quelques faits propres à démontrer que la phthisie pulmonaire peut guérir et guérit souvent sous l'influence des agents thérapeutiques, même lorsque des excavations se sont déjà formées dans les poumons. Ces observations ne permettent pas de mettre en doute les conclusions de l'auteur, car le diagnostic pendant la vie est confirmé par l'examen cadavérique, les malades ayant succombé plus tard à des affections étrangères à la phthisie. Cette guérison s'effectue : 1° par la transformation graduelle du produit morbide en matière crétacée ou calcaire; 2° par l'expectoration et l'absorption du tubercule, et par suite, par l'affaissement des parois de la cavité et la formation d'une cicatrice; 3° par la persistance de la cavité, dont les parois se recouvrent d'une membrane bien distincte.

Le traitement doit donc remplir les indications suivantes : 1° faire cesser le dérangement de la nutrition, cause première du développement des tubercules ; 2° favoriser l'absorption du produit morbide sécrété; 3° empêcher le dépôt de nouveaux tubercules. La première indication se trouve remplie par l'administration de matériaux gras, et surtout de l'huile de foie de morue, la seconde par les révulsifs principalement, enfin la troisième par une bonne hygiène. Dans cette dernière partie, l'auteur se prononce d'une manière catégorique contre l'avantage du séjour, pour les tuberculeux, dans certains pays chauds comme Malte, Madère, l'Italie. Les cas de guérison obtenue par le séjour dans ces contrées sont, à ses yeux, beaucoup moins nombreux qu'on ne le croit vulgairement; et enfin le seul avantage que les malades puissent éprouver de l'habitation dans ces lieux, c'est la possibilité de faire toujours de l'exercice à l'air libre.

Quelques symptômes survenant dans le cours de la phthisie pulmonaire exigent un traitement spécial; cependant quelques uns, comme la toux accompagnée d'expectoration abondante, les sueurs profuses, la diarrhée du début, cèdent plutôt au traitement général qu'aux prétendus spécifiques employés pour les combattre. La diarrhée terminale, les vomissements, etc., exigent néanmoins dans quelques cas un traitement spécial.

Une série d'observations fort intéressantes est donnée à l'appui de l'opinion dogmatique : dans plusieurs cas, on voit la maladie arrêtée, ou d'emblée dans sa marche, ou, ce qui est plus fréquent, après plusieurs rechutes, se terminer par la guérison.

L'ouvrage du docteur H. Bennett se termine par un exposé des avantages des applications topiques laryngées et pharyngées d'une solution de nitrate d'argent dans le cas d'inflammation chronique ou d'ulcération tuberculeuse de ces organes. Ce procédé thérapeutique est connu depuis quelques années, et a été mis en usage en France ; nous n'aurons donc pas besoin de décrire les règles de son application, et nous nous contenterons de dire que l'auteur de ce travail l'a mis en usage avec succès.

Docteur Leudet.

VII.

VARIÉTÉS.

Assistance publique.—Création d'un service de traitement à domicile pour les malades pauvres de Paris.

On lit dans *le Moniteur* :

« Une importante et salutaire innovation vient d'être introduite, sous l'inspiration des hautes et généreuses pensées de l'Empereur, dans l'administration des secours publics à Paris. Jusqu'ici, lorsqu'un indigent tombait malade, il n'avait guère d'autre ressource que de se faire recevoir dans un hôpital ; encore n'était-il pas toujours assuré d'y trouver place, en raison de l'affluence des malades étrangers qui, grâce à la facilité des communications, viennent chaque jour, de tous les points de la France et même des autres pays, amenés par les chemins de fer, occuper dans les hôpitaux de Paris les lits destinés aux pauvres de la ville.

» Cette situation, qui va toujours s'aggravant, révélait un besoin auquel M. Davenne, directeur de l'assistance publique, s'est occupé de pourvoir en organisant un service de traitement des malades indigents à domicile. Le conseil de surveillance et la commission municipale se sont empressés d'adopter ce projet, qui, après avoir été approuvé par M. le préfet de la Seine, vient de recevoir la sanction définitive de M. le ministre de l'intérieur.

» Voici, très sommairement, en quoi consistent les dispositions arrêtées :

» Le nombre des médecins des bureaux de bienfaisance est fixé à 159 ; ils seront répartis entre les douze arrondissements en proportion de la population indigente, et leurs fonctions cesseront d'être gratuites. Ils recevront chacun une indemnité qui sera de 600 fr. dans les quartiers du centre, et de 1,000 fr. dans ceux, comme le quartier Popincourt, celui des Invalides, la Petite-Pologne, etc., où la population, généralement peu aisée, offre le moins d'avantages à un médecin sous le rapport de la clientèle, en même temps que les distances à parcourir rendent le service plus pénible. Il y aura, en outre, dans chaque arrondissement, selon les besoins, des sages-femmes qui seront également rétribuées.

» Les médecins seront nommés pour six ans sur la présentation des bureaux de bienfaisance et la proposition de M. le directeur de l'assistance publique. Ils pourront être réélus.

» Des locaux devront être disposés dans les divers quartiers pour que les malades puissent venir réclamer les conseils des médecins, qui seront tenus de s'y rendre à des jours et heures déterminés et d'y rester tout le temps nécessaire pour donner les consultations qui leur seront demandées. Un membre du bureau de bienfaisance assistera toujours à ces séances.

» Les médecins visiteront chez eux tous les malades qui ne pourraient se rendre à la consultation.

» Un registre sera ouvert au secrétariat de chaque bureau de bienfaisance pour recevoir les noms et demeures de tous les malades, la date de leur entrée en traitement et toutes les autres indications nécessaires.

» Les malades atteints d'affections aiguës seront visités au moins une fois par semaine par un administrateur ou commissaire de bienfaisance porteur d'une feuille où il consignera ses observations, particulièrement en ce qui concerne les soins dont ces malades sont l'objet de la part du médecin.

» Une commission, composée du président ou d'un vice-président du bureau de bienfaisance, d'un administrateur ou commissaire, du secrétaire-trésorier du bureau et d'un des médecins, se réunira toutes les semaines pour prendre connaissance de tout ce qui intéresse le service des malades, et notamment des feuilles de visite. Elle statuera sur les secours qui devront être accordés, tant en médicaments qu'en aliments, en linge ou autres effets, même en argent, s'il y a lieu. En cas d'urgence, pendant l'intervalle des séances, les secours les plus indispensables pourront être délivrés immédiatement sur bons du président, sauf à lui à en rendre compte à la commission.

» Pour les malades non inscrits au contrôle des pauvres, c'est-à-dire pour les ouvriers nécessiteux, pour les personnes chargées de famille, en un mot pour tous les individus notoirement dénués de ressources, le traitement à domicile sera commencé soit sur leur demande, soit sur la réquisition du maire ou d'un des administrateurs du bureau de bienfaisance de leur arrondissement, soit sur celle du directeur de l'assistance publique.

» Nous passons tout ce qui, dans le nouveau règlement, se rapporte aux mesures d'ordre purement administratives. Ce que nous avons voulu faire ressortir, et ce que la population nécessiteuse de Paris appréciera comme nous, c'est le bienfait qu'elle est appelée à en recueillir.

» Ainsi, désormais, les hôpitaux, désencombrés, s'ouvriront pour les individus isolés, pour les étrangers surpris par la maladie loin du lieu de leur domicile, pour toutes les personnes atteintes d'affections graves, dont la guérison exige les soins assidus et dévoués que de savants médecins et de charitables sœurs y prodiguent à tous ceux qui souffrent ; mais le père ou la mère de famille malade ne sera plus forcé, pour se faire traiter, de quitter le foyer domestique et de laisser à l'abandon ses enfants en bas âge ou de jeunes filles exposées aux dangereuses suggestions de la misère. Celui qu'une répugnance quelconque, bien qu'irréfléchie, éloigne de l'hôpital ne sera plus exposé à souffrir sans soulagement et à mourir sans secours. Ajoutons que dans beaucoup de cas les progrès du mal seront arrêtés par des remèdes administrés à propos et que la guérison en sera d'autant plus prompte et plus sûre.

» Déjà cette utile organisation subsiste et fonctionne dans le cinquième arrondissement, où elle a été introduite par les soins d'un administrateur habile autant que charitable, M. Vée, ancien maire de cet arrondissement, aujourd'hui l'un des deux inspecteurs généraux de l'assistance publique, et le bien qu'elle y a produit est une garantie certaine du succès qu'on doit espérer d'une semblable mesure, étendue à tous les quartiers de Paris.

» Le nouveau règlement recevra son exécution à partir du 1er janvier 1854. »

— Le choléra et les fièvres intermittentes continuent à sévir à Bucharest (*Wanderer*). Il a complétement cessé à Dantzick : sur 953 malades, il y avait, à la date du 12 novembre, 611 morts.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ALLGEM. MEDICIN. CENTRAL-ZEITUNG. v. POSNER. — N° 89. Cas de nécrose et caries, par *H.-W. Berend*. — Trentième congrès de Tubingue (fin). — N° 90. — Associations des familles pour la conservation de la santé à Berlin, extrait du rapport du docteur *S. Neumann* (histoire comparative des onze associations établies parmi les classes peu aisées de Berlin).

DEUTSCHE KLINIK, v. GOESCHEN. — N° 46. L'onguent de cuivre, par le prof. *Hoppe*, à Basel (recommandé comme résolvant). — Rapport sur la clinique chirurgicale et ophthalm. d'Erlangen (du 1er oct. 1852 au 30 sept. 1853), par le prof. *Heyfelder*.— Sur la dyssenterie, par le prof. *M. Naumann*, à Bonn. — Rapport succinct sur les cliniques de Berlin (prof. Langenbeck, prof. Jüngken, prof. Busch, et clin. pour les malad. syphil. et de la peau, du prof. de Baerensprung). — Lettres.

MEDICIN. ZEIT. herausgeg. v. d. Verein f. Heilk. in Preussen. — N° 45. Le IIe chap. de Rademacher (fin), par le docteur *Lutz*. — Application de la douche froide dans les fièvres intermitt., d'après Fleury (avec beaucoup de succès dans les hôpitaux militaires). — Ont été atteintes du choléra : le 1er nov., 6 ; le 2, 3 ; le 3, 4 ; le 4, 5, le 5, 6 ; le 6, 1 ; le 7, 1 personnes ; depuis le début, 1387, sur lesquelles 918 décès.

NEUE MEDICIN. CHIRURG. ZEITUNG (*de Munich*). — N° 45. Analyse d'ouvrages chirurgicaux.

WIENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT (*Gazette hebdom. méd. de Vienne*).—Nos 40 à 45. — Le contenu sera publié dans notre prochain numéro.

ANNALES D'OCULISTIQUE (Belgique), fondées par le docteur Fl. Cunier, continuées par MM. les doct. *Fallot, J. Bosch, Hairion, van Roosbroeck* et *Warlomont*. XVe année, t. XXIX (5e série, t. v), 5 et 6e livrais. de 1853.—Première leçon faite à l'hôpital r. ophthalmique de Moorfields à Londres, en 1847, par *W. Bowman*. — Observ. du nerf moteur oculaire commun, par *J. Struthers*.—Du pannus, par *van Roosbroeck*. — La belladone en instillation dans l'œil, par *Warlomont*. — La mélanose est-elle un cancer ? par *Tavignot*. — Revues.

Livres nouveaux.

ÉTUDE MÉDICALE sur les eaux minérales sulfureuses de Pierrefonds les-Bains, près Compiègne, par le docteur *Sales-Girons*, in-8 de 3 feuilles et demie. A Paris, chez Victor Masson.

MONOGRAPHIE DES THERMES DE WEISSEMBOURG (Suisse) ; par le docteur *J.-P. Pointe*. In-8, de VIII-144 pag. Lyon. 3 fr.

PNEUMATOLOGIE. DES ESPRITS et de leurs manifestations fluidiques. Mémoire adressé à MM. les membres de l'Académie des sciences morales et politiques, sur un grand nombre de phénomènes merveilleux, intéressant également la religion, la science et les hommes du monde, par le marquis Eudes de M..., 1 vol. gr. in-8°, XXIV-472. Paris. 7 fr. 50 c.

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES VIEILLARDS, par le docteur *Durand-Fardel*, in-8°, de XLVIII-876 pages. A Paris, chez Germer Baillière. 9 fr.

TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, bandages et appareils, par le docteur *Ch. Sédillot*, deuxième édition. Tome Ier, 2e partie, pages 305 à 578, avec 100 fig., à Paris, chez Victor Masson. 4 fr.

La première partie du tome IIe paraîtra en février 1854.

DIE neuere in London gebraeuchliche Art der Anwendung des Chloroforms waehrend der Geburt (*Chloroforme dans les accouch.*), par *G. Kauffmann*, In-8, Hannover. 75 c.

ELECTRICITAET UND MAGNETISMUS als Heilmittel (*L'électricité et le magnétisme comme remèdes*), par *B. Bamberger*. In-8, Berlin. 2 fr.

ENCYCLOPAEDIE der medicinischen Wissenschaften. 6e partie : Die Physiologie des Menschen (*Physiologie de l'homme*), par *E. Thomas*. In-12, Leipzig. 11 fr. 25.

HANDBUCH DER ALLGEMEINEN ARZNEIMITTELLEHRE oder die Lehre von der Arznei-und Heilwirkung in Krankheiten (*Matière médicale générale*), par *J.-F.-H. Albers* In-8. Bonn. 5 fr. 50

KLINISCHE VORTRAEGE ueber specielle Pathologie und Therapie der Krankheiten des weiblichen Geschlechts (*Maladies des femmes*), von *Kiwisch Ritter* von *Rotterau*. Continué après sa mort par *F.-W. Scanzoni*. Tome III, In-8, Prague. 15 fr.

KURZE BEMERKUNGEN ueber die Section der Leichen zu pathologischen Zwecken (*Sur l'autopsie au point de vue pathologique*), par *B. Weber*. In-8. Herzberg. 1 fr. 50

LEHRBUCH DER PHYSIOLOGIE DES MENSCHEN fuer Aerzte und Studirende (*Physiologie de l'homme*), par *A.-F. Guenther*. Continué par *O. Funke*. Tome II, 4e partie, in-8, Leipzig. 9 fr

UEBER AERZTLICHE BILDUNG UND BILDUNGSANSTALTEN (*Sur l'éducation médicale et sur les écoles de médecine*), von *J.-M. Leupoldt*. In-8, Francfort. 2 fr. 75

ZUR ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE DER BECKENORGANE (*Organes du bassin*), par *O. Kohlrausch*. In-fol., Leipzig. 12 fr,

OBSERVATIONS on the Remittent (so called), and Yellow Fevers of the West Indies, by *D.-L. Finlay*. In-8, Londres. 2 fr.

REMINISCENCES of a Medical Life with Cases and Practical Illustrations, by *J. Toogood*. In-8, Londres. 7 fr. 50

THE PHYSIOGNOMY of Diseases, or Twenty Five Years' Hospital Practice, by *G. Corfe*. In-8, Londres. 6 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'Ecole-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 2 DÉCEMBRE 1853. N° 9.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 1er décembre 1853.

G. RADEMACHER ET SON ÉCOLE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE L'EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER COMME AGENT DE COAGULATION DU SANG. — MESURES CONTRE LE CHOLÉRA.

G. Rademacher et son école.

Le 9 février 1850 s'éteignait en Prusse un homme dont le nom, à peu près inconnu en France, sert aujourd'hui de drapeau à un certain nombre de disciples répandus dans le nord de l'Allemagne et dans quelques provinces de la Russie. Les doctrines du maître, consignées dans un volumineux ouvrage, ont été expliquées et commentées depuis dans des journaux et des monographies. Si l'école de Rademacher est peu nombreuse, il faut avouer qu'elle supplée au nombre par le bruit qu'elle s'efforce de soulever autour d'elle. Les adversaires de Rademacher prétendent, il est vrai, que ses admirateurs n'appartiennent pas à la portion la plus éclairée du corps médical, ils ajoutent même qu'ils ne sont pas tous de bonne foi : ce n'est pas notre affaire. En ce qui nous concerne, après avoir vu, il y a quelques mois à peine, les choses les plus merveilleuses, pour ne pas dire les plus absurdes, acceptées par des hommes dont nous étions accoutumé à respecter le jugement, nous ne sommes pas disposé à nous moquer de nos voisins ; et, connaissant toute la force des entraînements de l'esprit, nous croyons plus aisément à sa sincérité. D'ailleurs, le *Rademachérisme* est un fait, il dure depuis assez longtemps, il a exercé et exerce encore une influence notable sur la pratique d'outre-Rhin, et même, dit-on, sur celle de quelques parties de l'Alsace. C'est plus qu'il n'en faut pour motiver l'exposé qu'on va lire. Nous nous attacherons surtout à faire connaître la doctrine, laissant le plus souvent au lecteur le soin d'apprécier la valeur des assertions du disciple de Paracelse, ainsi qu'il se qualifie sans cesse lui-même ; et si nous adressons quelques objections critiques à son système, nous le ferons à coup sûr avec moins de passion qu'il n'en met lui-même dans son exposition.

Il y eut, on se le rappelle, au milieu du XVII siècle, un aventurier nommé Talbot, qui, après avoir fait en Angleterre une fortune considérable, passa sur le continent, émerveilla la cour et la ville par de nombreuses guérisons et vendit enfin sa recette à Louis XIV, en l'année 1679. Le remède de Talbot, il le rapportait du Nouveau-Monde, c'était l'écorce de quinquina. Or, tandis qu'il exerçait l'art de guérir, il fut un jour appelé en consultation par les médecins du temps. Ceux-ci résolurent, avant toute chose, et comme pour sau-

FEUILLETON.

Un voyage médical à Bordeaux.

AU RÉDACTEUR.

Mon cher ami, me voilà déjà en retard pour l'accomplissement de la promesse que je vous fis d'envoyer à la GAZETTE HEBDOMADAIRE mes impressions toutes fraîches sur *Bordeaux-Médical*. Ce retard n'est pas tout à fait involontaire, et votre indulgence amicale aurait tort de le reprocher entièrement à l'éternelle excuse des feuilletonistes. Revenant des bords de la Garonne et ne voulant dire que la vérité, me souvenant d'ailleurs du reproche adressé par Juvénal à Horace :

. . . *satur* est quùm dicit Horatius : *Euoè !*

j'avais à réfléchir non moins qu'à digérer avant d'ouvrir la bouche ; et si l'on accorde au Palais vingt-quatre heures pour maudire ses juges, vous savez assez que l'extrême bienveillance des miens m'avait rendu un plus long délai absolument indispensable, si je voulais parvenir à me reconnaître et faire autre chose que les bénir (1).

La médecine participe, dans cette somptueuse capitale, du caractère général que les mœurs locales ont imprimé partout sur les monuments, dans le costume, le ton, les manières et les moindres détails de la conversation ou des usages. Tout y est digne et grave en même temps qu'affectueux et empressé. Tout respire à la fois le sentiment contenu de sa propre force et l'aisance du vrai mérite qui se laisse volontiers sonder, sûr de n'avoir rien à perdre de quelque près qu'on le regarde.

Servi à point par une heureuse circonstance, j'ai pu apprécier, sous le jour le mieux fait pour les éclairer, les hommes et les institutions qui re-

(1) M. Diday fait ici allusion au but de son voyage à Bordeaux. Il était allé y recevoir le prix que la *Société de médecine* de cette ville lui a décerné à la suite d'un concours ouvert sur la question de la *syphilis des nouveau-nés*. Nous avons cédé à l'insistance de notre cher collaborateur en ne disant rien, dans le journal auquel il a dévoué sa plume, des détails donnés par les feuilles du lieu sur son séjour à Bordeaux, et reproduits par plusieurs feuilles de Paris. Mais ceux qui le connaissent devineront aisément tout ce que son esprit et son aménité ont dû lui conquérir de sympathies ; et ils auront une idée de sa réception par le corps médical de Bordeaux en imaginant tout ce qu'un accueil peut avoir de plus cordial et de plus chaleureux. A. D.

ver leur dignité, de le soumettre à une sorte d'épreuve. L'un d'eux se leva et lui adressa brusquement cette question : Qu'est-ce que la fièvre? La fièvre, répondit Talbot, sans se déconcerter, est une maladie que je ne connais pas, mais que je sais guérir. Vous qui la définissez, la guérissez-vous? — Cette réponse de Talbot résume toute la doctrine de Rademacher, et celui-ci n'eût pas mieux dit.

Le livre dans lequel Rademacher a exposé son système médical est une narration assez originale de tous les cas de médecine pratique observés par lui pendant une période de vingt-cinq années. Ces observations médicales servent en quelque sorte de canevas aux vues particulières de l'auteur, disséminées çà et là au milieu de ce livre, qui ressemble plutôt à un plaidoyer qu'à un traité de pathologie. Il est intitulé : *Défense de la véritable doctrine expérimentale des anciens médecins alchimistes, méconnue par les savants de nos jours*. Cet ouvrage, publié à Berlin, a eu quatre éditions successives.

Rademacher raconte lui-même que dans sa jeunesse les ouvrages de Paracelse étant tombés entre ses mains, ce fut pour lui comme une révélation. A partir de ce moment, le désir de soumettre les principes de Paracelse à l'épreuve de la pratique médicale s'empara de lui, et il se félicite hautement du hasard providentiel qui lui a permis d'établir le traitement des maladies sur ces bases positives. Son livre commence naturellement par une apologie de Paracelse, auquel il restitue le nom de Bombast de Hohenheim, que lui avaient contesté les contemporains, pour en faire simplement le fils obscur d'une misérable famille d'Appenzell. Il cherche à prouver que Paracelse n'était point un ivrogne ignorant et impudent, comme le dit Éraste, mais un novateur persécuté et malheureux. Il est certain qu'il ne survient point de révolutions dans les sciences sans que les esprits y soient déjà préparés et que Paracelse, en s'attaquant avec une certaine éloquence naturelle et surtout avec une grande véhémence, à la doctrine des qualités élémentaires de Galien, contribua puissamment à la ruiner. Les réformateurs puissants ont toujours négligé les ménagements de langage, témoin Luther. Ce que Rademacher admire surtout dans son modèle, et ce qui doit devenir pour lui le point de départ de sa doctrine, c'est sa matière médicale. Suivant Paracelse, en effet, il existe une harmonie cachée entre toutes les choses, entre le corps de l'homme et l'univers, entre les parties du corps de l'homme et les parties de l'univers. A chaque maladie du corps de l'homme, en général, ou à chaque maladie de ses organes, en particulier, correspond une substance qui lui convient, substance végétale ou minérale, que l'expérience apprend ou apprendra à reconnaître. Je ne parle ni des constellations, ni du soleil, ni de la lune, ni de la terre, qui ont sur le mode d'action du remède ou sur le moment de son administration une influence décisive. Rademacher paraît attacher à ces influences occultes beaucoup moins d'importance que Paracelse, qui en fait le point culminant de son système thérapeutique. Cependant, comme il tient beaucoup à passer pour un pur disciple de Paracelse, il signale, dans quelques passages de son ouvrage, le rôle que jouent, dans la guérison des maladies, non seulement les astres et la chaleur centrale du globe, mais aussi les affinités électives de l'homme sur l'homme. Hâtons-nous d'ajouter que Rademacher, en transportant parmi nous les idées de Paracelse, les a accommodées, sous ce rapport, avec les formes actuelles du langage, et que les influences astrales et cabalistiques de l'alchimiste se sont transformées la plupart du temps sous sa plume en influences épidémiques et en constitutions médicales.

Rademacher, après avoir rappelé les conseils pleins de sagesse que Paracelse donne aux jeunes médecins, et juré de se conformer à ses préceptes, termine la première partie de son livre par une sorte d'oraison funèbre qu'il termine en ces termes : « Nous éprouvons, chers confrères, un profond sen-
» timent de tristesse quand nous songeons que cet investi-
» gateur infatigable des secrets de la nature, cet homme,
» d'une vaste intelligence, ce médecin consciencieux, ce
» cœur si généreux, a été méconnu par la plus grande partie
» de ses contemporains, qu'on l'a persiflé et injurié. Quelles
» douleurs n'a-t-il pas souffertes, ce rude athlète! C'est pour
» nous une douce consolation de penser qu'il est depuis
» longtemps dans un séjour où il n'y a plus de douleurs, où
» il porte avec lui la conscience de ses actes, et où la voix de
» l'envie ne pénètre point. »

Rademacher entre alors en scène, et il commence par déclarer qu'il n'y a de véritable doctrine médicale que celle qui présente le double caractère de l'immuabilité et de l'évidence. Or, dit-il, les symptômes d'une maladie ne pouvant conduire à la cause du mal, on ne peut, en conséquence, les prendre comme point de départ d'une méthode thérapeutique, car l'évidence fait défaut. Les recherches physiologiques et pathologiques ne peuvent non plus, suivant lui, conduire à l'évidence, parce qu'on ne peut mesurer ainsi ni la force vitale, ni les rapports de l'organisme avec l'air, avec

---

présentent là notre science. A cette époque tombait le jour où la Société de médecine tient sa séance annuelle ouverte au public. La scène ne se passait point, comme ailleurs, en famille, et les plus hauts fonctionnaires du département faisaient preuve, par leur présence, d'une sympathie pour notre profession, dont les témoignages officiels méritent toujours d'être soigneusement enregistrés. Mais, au milieu de cet imposant concours, la médecine, je vous jure, ne se trouvait point éclipsée : c'est elle qui, de fait comme de droit, présidait réellement en la personne du vénérable M. Gintrac. Type élevé de la vertu médicale dans la plus large acception du mot, la grave et calme figure de M. Gintrac resplendissait, heureuse de présenter au public d'élite accouru pour les apprécier, le tableau des efforts, des progrès, accomplis par notre art secourable, pour le bien de l'humanité.

Tout, en effet, dans le programme de cette séance, était fait pour donner l'idée la plus favorable du rang et de l'influence dévolus à la médecine. Je mentionnerai seulement un spirituel aperçu de M. Venot *sur l'utilité des séances publiques*, et des conseils en vers (très vivement goûtés) *à la jeunesse sur sa santé*, par M. Boisseuil. Mais les honneurs de la journée ont été pour M. Jeannel. De récents démêlés personnels avec quelques unes des pseudo-sciences contemporaines l'autorisaient, m'a-t-on dit, à user de représailles. Si c'était son droit, je vous assure qu'il ne l'a pas laissé prescrire. Prenant résolument l'offensive, le fougueux orateur a stigmatisé, en traits cruellement véridiques, les basses manœuvres de ces fourbes qui osent s'intituler *confrères*. Il a surtout pesé sur la nécessité de les démasquer au plus tôt, sans attendre que le sentiment du vrai, toujours tardif, parfois arrêté dans sa marche, vienne désabuser les dupes qui leur servent de pâture. Véhément, incisif, vraiment éloquent, l'orateur a su éveiller dans son auditoire, en faveur de la simple vérité, une de ces émotions que les grands artistes ont seuls le privilége d'inspirer. Ç'a été, à coup sûr, l'un des plus grands succès académiques auxquels j'aie jamais assisté; et les suffrages qui se sont fait si bruyamment entendre sont d'autant plus flatteurs pour le mordant satyrique, que ce n'était certes là un public ni de confrères, ni de compères.

Deux jours après cette fête, il m'a été donné de voir la Société chez elle, en déshabillé, rendue à ses travaux habituels. Assurément l'activité n'y manque point. J'y ai entendu trois communications importantes; et l'ordre du jour n'était pas épuisé, lorsqu'a sonné l'heure de la clôture. Mais la discussion y fait ordinairement défaut. C'est ce que me disait, en en manifestant autant de surprise que moi-même, l'un des esprits les plus fins et les plus pénétrants de l'assemblée, M. Costes. Et pourtant n'est-ce

les miasmes, avec l'humidité, etc. Ainsi, toutes les lumières que l'étude attentive des symptômes, tout ce que les recherches cadavériques, tout ce que la considération de la marche et de la durée d'une maladie peuvent nous fournir sur la nature du mal, tout cela est inutile. L'œuvre à laquelle la médecine s'est dévouée avec une persévérance et une patience infatigables, les progrès incontestables que l'art du diagnostic a réalisés, ce que nous considérions enfin comme le côté brillant de la médecine actuelle et comme son plus beau titre de gloire, tout cela est nul et non avenu pour Rademacher. Parce qu'il est des choses que nous ne savons pas, et que nous ne saurons jamais peut-être, il faut abandonner les connaissances acquises par le travail des siècles!

Continuons. « La digitale, dit Rademacher, guérit les maladies du cœur, la chélidoine les maladies du foie, l'antimoine les maladies du poumon; tous les médecins qui connaissent l'action de ces médicaments sont d'accord sur ce point, et dans cent ans, dans mille ans, ils seront encore d'accord. Voilà l'évidence. »

Mais s'il existe en médecine un point douteux et controversé, n'est-ce pas surtout l'action des agents thérapeutiques? N'est-il pas permis, par exemple, d'élever des doutes sur les vertus curatives de la chélidoine dans les maladies du foie? Trouverez-vous seulement deux médecins qui soient d'accord sur la vérité de vos axiomes? Tandis, au contraire, que les signes anatomiques et symptomatologiques de la pneumonie et de l'hypertrophie du cœur sont évidents pour quiconque a touché au scalpel et appliqué l'oreille sur une poitrine malade.

Dans le système de Rademacher tout est subordonné à la thérapeutique; le médicament est à la fois l'agent de la guérison et la pierre de touche du mal; c'est-à-dire qu'une maladie ne peut être définie ni caractérisée par l'examen de l'organe malade, ni par celui des désordres fonctionnels, ni par les notions de l'anatomie pathologique. Une maladie n'est déterminée que par l'action thérapeutique du remède. Il résulte de cette manière de procéder, un cadre nosologique des plus bizarres. Rademacher reconnaît dans chaque organe autant de maladies possibles qu'il y a de remèdes propres à les guérir chacune en particulier. D'où il résulte qu'il peut y avoir pour le médecin d'autres maladies des organes que celles qu'il connaît, maladies que le temps et l'expérience lui révéleront sans doute. Pour sa part, Rademacher ne connaît jusqu'à présent dans le foie que les maladies suivantes : une *maladie de chélidoine*, une *maladie de noix vomique*, une *maladie de térébenthine*, une *maladie de casse*, une *maladie de chardon-marie*. Et pour que le doute sur sa doctrine pathogénique ne soit pas possible, Rademacher a bien soin d'ajouter que, fidèle à l'exemple de Paracelse, il place l'essence des maladies, non pas dans l'organe malade, mais dans les choses du dehors. Avec un pareil système, où s'arrêter? Un simple rhume ou une bronchite légère, comme nous l'appelons, ne sera-t-elle pas, et cela suivant le caprice et le goût du malade, une maladie *de bourrache, de violette, de guimauve, de gomme, d'orge miellée, de coquelicot, d'eau sucrée, d'eau pure* ou même tout simplement une *maladie de bas de laine?*

Rademacher cherche-t-il au moins à reconnaître par quelques signes extérieurs les cas dans lesquels il faut préférer l'emploi de la chélidoine à celui du chardon-marie ou de la casse? Il ne s'en préoccupe nullement : l'action du médicament doit seule l'éclairer sur la maladie qu'il veut combattre. Mais comme il doit examiner avec le plus grand soin l'action que l'une quelconque de ces substances exerce sur le malade, il en résulte que, tout en ne voulant point établir de diagnostic avant le traitement, il arrive forcément à en établir un pendant le traitement. En d'autres termes, Rademacher, qui rejette les symptômes pour arriver à la connaissance des maladies, complique la difficulté par l'étude comparée de l'action des médicaments, en n'agissant qu'au hasard dans leur administration. Il faut reconnaître, toutefois, qu'il simplifie tellement le problème par sa théorie des constitutions médicales, que la chose devient d'une admirable facilité, et qu'il met véritablement la médecine à la portée de tout le monde. Rademacher affirme, en effet, qu'en vertu de conditions extérieures qui nous échappent, il arrive la plupart du temps que toutes les maladies d'un organe sont les mêmes pendant une période de temps déterminée. Ainsi, pendant une année, les maladies du foie (qu'il prend volontiers pour exemple, peut-être parce qu'elles sont peu connues), seront toutes des maladies de chélidoine; l'année suivante, ou six mois après, elles se métamorphoseront en maladies de casse ou de chardon-marie. L'insuccès subit du remède, jusque-là efficace, indique ce changement. Ces périodes naturelles, dit Rademacher, rendent la pratique médicale très agréable, et le médecin n'a plus besoin de se creuser la tête pour trouver le remède.

De même que le foie, chaque organe a aussi ses remèdes divers, c'est-à-dire ses maladies diverses, car, pour Rademacher, c'est tout un. Ainsi, la rate est sujette à des mala-

---

pas par ces controverses animées qu'une société entretient sa propre vie et la manifeste au dehors? Avec des noms comme ceux de Gintrac, Costes, Venot, Burguet, Chaumet, Soulé, Dubreuilh, Brulatour, Jeannel, Barbet, Rollet, Caubric, etc., un corps savant n'est-il pas en mesure de se mesurer avec toutes les questions? Peut-être lui manque-t-il seulement un Castel, un Rochoux, pour engrener la discussion. Quoi qu'il en soit, en m'entretenant de cette lacune avec M. Burguet, qui comprend et exerce si avantageusement pour la Société, qui a le bon esprit de l'y perpétuer, les fonctions de secrétaire-général, je lui signalais, à titre de remède, la coutume d'inscrire, dans les lettres de convocation, les sujets mis à l'ordre du jour. Chacun, de cette manière, a le loisir de se préparer d'avance; et j'ai pu le remarquer, bien peu de gens résistent alors au désir de se faire entendre, quand ils peuvent, sans en courir les risques, se donner en apparence le mérite d'avoir improvisé.

L'hôpital Saint-André n'a nul besoin d'être décrit. Est-il un étranger qui ne connaisse cette construction modèle, cette belle cour centrale d'où rayonnent des pavillons, séparés entre eux par autant de jardins, et composés d'un rez-de-chaussée et d'un premier étage, ne renfermant pas chacun plus de quarante lits. Aération, clarté, isolement, gaie perspective, indépendance des services, vastes promenoirs, tous les avantages se trouvent réunis dans cet aménagement auquel j'ai seulement entendu reprocher l'excès de ventilation. J'entrai *incognito*, et non sans émotion, dans ce vaste théâtre dont le nom rappelle tant de découvertes cliniques. Je voulais prendre sur le fait les habitudes locales, voir sans influencer par la présence d'un spectateur qui s'est fait annoncer. Au premier abord, je crus mon désir trompé. Debout, auprès d'un lit, le chef de service explorait et expliquait successivement les symptômes, s'attachant minutieusement aux plus obscurs, excitant, par des interpellations directes, les élèves à examiner à leur tour, puis à dire la signification de tel ou tel signe. Tant de soins, *quoique ce fût un dimanche*, éveillaient déjà, dans mon esprit prévenu, quelque défiance; et je voyais mon but manqué, lorsque, m'adressant furtivement à un élève, j'obtins cette simple réponse : « M. Gintrac ne fait jamais autrement sa visite. » Je compris alors où ce profond clinicien a trouvé les matériaux du remarquable monument qu'il vient d'élever à la science, et je vis dès lors seulement la possibilité pour lui d'édifier son TRAITÉ DE PATHOLOGIE INTERNE ET DE THÉRAPIE MÉDICALE dans les larges et solides proportions sur lesquelles il en a fondé la base.

L'hospice Saint-Jean ne pouvait échapper à ma curiosité empressée. Une *affection* spéciale (sans compter la syphilis) m'y attirait en outre. J'étais pressé d'aller embrasser l'ami que je m'y suis fait, mon excellent

dies de charbon de bois, de scille, de gland, de garance, de ciguë, d'acide pyroligneux. Le pancréas n'a qu'une maladie, la maladie d'iode. Les maladies de l'estomac sont de nitrate de bismuth, d'acétate de chaux, d'acétate de potasse, de carbonate d'ammoniaque, d'acide carbonique et de vin de Champagne. L'encéphale est sujet à des maladies de tabac, de datura stramonium, d'oxyde de zinc, de chlorure d'argent, etc., etc.

Ce n'est pas tout. Indépendamment des remèdes d'organes, Rademacher reconnaît encore des remèdes universels, c'est-à-dire des agents thérapeutiques qui, suivant lui, s'appliquent à l'organisme dans son entier. L'organisme, envisagé dans sa totalité, a trois manières d'être malade, auxquelles correspondent trois agents thérapeutiques; ou si l'on veut, il y a trois agents thérapeutiques pour l'organisme; donc celui-ci a trois manières d'être malade. Encore un vestige des nombres cabalistiques de Paracelse. Ces trois agents sont le cuivre, le fer et le salpêtre. Mais voici bien une autre difficulté. Chacun de ces trois modes d'être malade (*maladie du cuivre, maladie du fer, maladie du salpêtre*), peut prédominer dans un organe en particulier et revêtir des formes diverses. Or, comme ces formes particulières, lorsqu'elles se présentent, peuvent être guéries par le cuivre, le fer ou le salpêtre, un observateur superficiel pourrait être tenté de considérer ces trois substances comme des *remèdes d'organes*, tandis qu'elles sont véritablement des *remèdes universels*. Le temps, la patience et la comparaison des faits, ajoute Rademacher, pourront seuls résoudre cette grave difficulté; difficulté grave, en effet, si grave, que la méthode thérapeutique, d'une simplicité et d'une clarté parfaite, il n'y a qu'un moment, au dire même de Rademacher, se couvre à l'instant même d'une impénétrable obscurité.

Tels sont les points fondamentaux du rademachérisme. Leur exposition suffit; la logique et le sens commun feront le reste. Avons-nous besoin de faire remarquer qu'une même maladie peut être guérie par les traitements les plus divers, et qu'un même agent thérapeutique peut s'adresser à des états organiques différents? Rademacher contestera, il est vrai, que la maladie guérie par des médicaments divers soit une même maladie, de même qu'il affirmera que des états organiques différents ayant été guéris par le même médicament sont identiques, c'est-à-dire qu'il fait litière du diagnostic et des lésions anatomiques, pour placer l'*évidence* dans l'affinité mystérieuse des médicaments et des maladies. Plaisante évidence, en vérité, qui conduit à la négation de ce qu'il y a de plus positif en médecine! Rademacher dit quelque part dans son livre, qu'il ne s'est jamais trompé et qu'il n'a jamais échoué dans ses prévisions. Nous regrettons de le dire, mais c'est là une prétention fâcheuse pour la doctrine et pour le chef d'école.

Rademacher est de la famille des Mesmer et des Hahnemann, mais sa doctrine a le tort d'arriver un peu tard, et nous doutons fort qu'elle s'étende bien au delà du Rhin, comme ses aînées. Nous doutons même qu'elle subsiste longtemps sur le sol qui l'a vue naître. Toute doctrine, quelle qu'elle soit, peut avoir un succès d'un jour. A la condition qu'une méthode thérapeutique ne consiste pas dans l'administration de substances toxiques, il n'en est pas, si absurde qu'on puisse l'imaginer, qui ne puisse amener la guérison d'une maladie. Et cela se conçoit facilement, puisque dans la plupart des maladies aiguës la guérison est la terminaison naturelle. La tendance presque générale, parmi les gens étrangers à la médecine, à considérer les cas de guérison qui suivent une méthode de traitement comme favorables à cette méthode, contribue plus puissamment à la faire prospérer que les efforts mêmes du médecin.

Aujourd'hui que les caractères physiques, chimiques et microscopiques des organes malades ont été notés avec une scrupuleuse exactitude, et que le symptôme est devenu durant la vie l'image fidèle des progrès du mal, cette connaissance, il faut l'avouer, a rendu le médecin de nos jours très circonspect relativement à l'influence d'une foule d'agents thérapeutiques autrefois préconisés arbitrairement. Ce n'est qu'avec une certaine défiance de lui-même et de sa puissance qu'il aborde le problème thérapeutique, et le secret de ses hésitations lui échappe souvent. Cette défiance et cette hésitation, Rademacher et ses disciples ne la connaissent point. Ils ont pour toutes les maladies des remèdes prompts et sûrs.

L'école de Rademacher a encore un autre avantage : sa doctrine est à la portée de tous, et elle n'exige pas de grands efforts. A quoi bon user sa jeunesse dans les amphithéâtres et les hôpitaux, et consumer péniblement ses veilles à fouiller dans le travail du passé? Vous avez dans la poche une feuille de médicaments, une sorte de machine à compter ou de Barême, cela suffit. Vous demandez au malade où il souffre, il n'y a plus qu'à administrer le remède. Voilà pour les disciples convaincus de Rademacher. Mais n'en serait-il point parmi eux qui, pour complaire aux caprices d'un vulgaire amoureux de tout ce qui est nouveau, ne font que changer

---

confrère Venot, dont la sagace activité, bien secondée par le directeur de l'établissement, a élevé l'hospice Saint-Jean au rang des institutions hospitalières où la science et la pratique se donnent le plus fructueusement la main. Grâce à son zèle, à son t lent pratique et son professorat, les élèves (j'ai pu en juger par expérience) ont appris à connaître la route de ce méridional *Hôpital du midi*. Et, chose qui vaut la peine d'être remarquée, il rappelle un célèbre syphilographe de Paris, tout à la fois, par les nombreuses qualités d'être spécia iste et par les ressources de l'esprit de saillie. C'est lui que j'entendis, vers la fin d'une séance qu'un banquet devait terminer, s'écrier gaiement, pour couper court à une discussion où les assertions commençaient à remplacer les preuves : « Au reste, messieurs, gardons chacun notre *Credo*, puisque c'est notre *Benedicite* qu'il va falloir dire tout à l'heure! » On voit quel est mon ami, et si je pouvais résister au désir de parler de lui, de son accueil fraternel. Aussi bien apprécié, aussi heureux qu'il le mérite, M. Venot a un fils sur le front duquel j'ai cru lire qu'il fera un jour plus encore que succéder à son père. Somme toute, j'ai passé chez mon bien-aimé confrère les plus doux instants de ma vie, et mon estime lui serait acquise sans réserve, si je n'avais à lui reprocher le tort grave d'inonder un peu trop ses hôtes de *Léoville* et de calembours.

L'École-de-Médecine n'avait pas encore ouvert ses portes lors de ma visite. J'ai d'autant plus regretté de ne pouvoir assister aux cours que j'avais pu mieux augurer, dans nos conversations particulières, du mérite des professeurs. Le nouveau bâtiment de l'école est vaste, spacieux, élégant; l'amphithéâtre, régulièrement circulaire, offre un aspect imposant. Il est seulement à regretter que la proximité des maisons voisines lui dérobe le jour d'un côté. On m'a montré, avec l'émotion d'une pieuse gratitude, les tables de bronze léguées par Orfila. Une vaste et très commode salle sera, m'a-t-on dit, bientôt remplie de pièces d'anatomie normale et pathologique. Tout, en un mot, dans cet édifice dû au crayon intelligent de M. Burguet fils, architecte, est parfaitement digne de sa destination actuelle. Comme l'école de Lyon, celle de Bordeaux porte, sur l'une de ses faces, des pierres d'attente... Cette aspiration muette doit être comprise; sera-t-elle exaucée?

Poser uniquement en académiciens, professeurs, chefs de service, nos excellents confrères bordelais, serait mal faire connaître leur caractère essentiellement aimable et prévenant. Ce n'est pas que je veuille aborder dans un feuilleton le chapitre, pour moi infiniment sérieux, de leurs bontés et de ma reconnaissance. Mais faut-il donc taire ici cette hospitalité généreuse, ces flatteuses distinctions qui savent trouver le défaut de la modestie

l'étiquette de leur marchandise; qui, disciples des saines doctrines et les pratiquant en secret, ne se parent d'un manteau d'emprunt que pour échapper à l'oubli ou à la misère?

JULES BÉCLARD,
Agrégé de la Faculté de médecine.

La discussion sur l'emploi du perchlorure de fer dans les anévrismes continue à l'Académie de médecine. MM. Roux et Velpeau ont occupé la tribune mardi dernier; M. Malgaigne a demandé la parole. Nous dirons encore quelques mots sur la question, quand le débat sera terminé.

La proportion quotidienne des cas de choléra, développée à Paris, a sensiblement augmenté depuis notre dernier bulletin. Les hôpitaux en ont reçu successivement 15, 20, et jusqu'à 31 par jour. Le 28 au soir, le nombre total des cas dans les hôpitaux civils et militaires s'élevait à 172, dont 115 venus du dehors, et 57 développés à l'intérieur. La mortalité a été considérable. A cette même date, 77 malades avaient déjà succombé, 84 étaient encore en traitement. On ne comptait que 11 sorties. De ces 77 décès, 45 portaient sur les cholériques amenés du dehors, et 32 sur les cholériques atteints dans les salles. Ajoutons que la journée du 29 a encore donné 30 nouveaux cas.

La banlieue de Bercy, le quartier de Popincourt, celui de Grenelle, ont fourni le plus fort contingent, et dans les hôpitaux civils et dans les hôpitaux militaires. Bercy, surtout, paraît avoir été assez maltraité; aussi l'hôpital Saint-Antoine, où sont dirigés les malades de cette localité, a-t-il reçu, dans un seul jour (le 28), sept cas. C'est de là aussi qu'est venu le plus grand nombre de cholériques entrés au Val-de-Grâce. Nous croyons savoir qu'un poste militaire qui y est établi va être évacué, s'il ne l'est déjà.

Mercredi matin, M. le directeur de l'assistance publique a convoqué chez lui une réunion de quatorze médecins attachés à divers hôpitaux de la capitale, pour les consulter sur plusieurs mesures relatives à la circonstance.

La plus importante était l'affectation de salles spéciales au service des cholériques. En ceci, l'administration n'entend, comme elle le déclare, s'immiscer en rien dans la question toute scientifique de la transmissibilité du choléra; elle n'a en vue qu'une mesure de service, et, au lieu de *séquestrer* les malades, dans le sens médical du mot, elle ne veut que les *séparer* des autres malades, pour faciliter la distribution des secours. Les avantages et les inconvénients de la mesure ont été exposés, discutés, dans la réunion. En soustrayant la vue des cholériques aux autres malades, on épargnera à ceux-ci une frayeur qui constitue peut-être une fâcheuse prédisposition au mal épidémique, et peut, en tout cas, exercer une influence pernicieuse sur la marche des autres affections aiguës. D'un autre côté, en réunissant dans un même lieu, en rapprochant lit à lit un certain nombre d'individus frappés déjà par le fléau, ne s'expose-t-on pas à créer dans chaque hôpital un foyer redoutable, non seulement pour ceux qui devront y entrer, mais encore pour les lieux circonvoisins? Et ne peut-il pas arriver qu'on porte ainsi ou qu'on active l'épidémie dans des quartiers qu'elle a plus ou moins respectés dans les invasions précédentes? Telles sont les considérations qui ont été présentées de part et d'autre dans la réunion. Il ne nous semble pas convenable d'engager à cet égard une polémique dans la presse, même en la réduisant à des termes purement scientifiques, et nous sommes d'avis qu'il importe avant tout de ne pas s'exposer à affaiblir l'autorité des mesures qu'une administration active autant qu'éclairée pourra prendre dans un but d'utilité publique. Disons donc seulement que le principe d'un *service spécial de cholériques* dans les divers hôpitaux a été décidé et va être sans doute appliqué. Seulement, dans la crainte que le transport dans ce service d'un malade qui serait pris de choléra à l'hôpital ne lui paraisse trop souvent une sorte d'arrêt de mort, le médecin de la salle restera libre d'aviser suivant les circonstances, et le service spécial ne recevra régulièrement que les cholériques amenés du dehors. Il est clair que cela suppose un chiffre courant médiocrement élevé de cas de choléra; car, au delà d'une certaine proportion, il deviendrait impossible de distraire à cet usage, dans chaque hôpital, un local suffisant. C'est ce qui a eu lieu en 1832, où la même mesure n'a pu, pour ce motif, recevoir d'application.

On attachera à chaque *service de cholériques* un infirmier pour quatre malades; il y en avait un pour cinq malades en 1832. Une garde d'élèves internes y sera installée de jour et de nuit, indépendamment de la garde habituelle de l'hôpital. Pour partager les fatigues, on établira un roulement parmi les internes et parmi ceux des infirmiers qui inspireront le plus de confiance. Enfin, le médecin, dont le service aura été consacré aux cholériques devra faire une visite matin et soir.

---

la mieux cuirassée, et vous inspirent, en dépit de vous-même, l'orgueil auquel il est si excusable de céder quand on se sent en mesure de rendre à de tels appréciateurs au delà de toute la sympathie qu'ils vous témoignent?... Mais je ne veux tirer de ce souvenir qu'un conseil, et je l'adresse à quiconque ira, sur ma parole, braver un tel accueil. Les solennités gastronomiques ne ressemblent point là-bas à nos froides réunions septentrionales où l'on se croit quitte envers son invité quand on a grassement rétribué la main étrangère chargée de l'abreuver. A Bordeaux, chacun tient à honneur de fournir, comme on dit, sa pierre à l'édifice. Autant de convives, autant de bouteilles. Et si, par fortune, *quorum pars parva fui*, vous vous trouvez être vingt-huit, c'est à vingt-huit crus distincts qu'il vous faudra successivement tenir tête. Point d'excuse admissible, pas de défaite possible! Chacun de ces noms respectables, annoncé à haute voix, a autour de la table son propriétaire-gérant-responsable. En refusez-vous un seul? C'est un ennemi secret que vous allez vous faire. Levez-vous un peu trop tôt le verre, c'est un crime de lèse-confraternité que vous êtes sur le point de commettre... Inutile de vous dire, mon très cher, que j'ai vu le péril à temps Entre de tels amis, il est doux de braver même les régurgitations; et, avec un peu de courage, j'ai pu partir en paix avec ma conscience, sinon avec mon estomac. P. DIDAY.

— M. Bérard, inspecteur général, a présidé la séance de rentrée de la Faculté de médecine de Montpellier. Il y a prononcé un discours plein d'élégance, d'à-propos et de courtoisie, sur lequel nous reviendrons.

— Le nombre des élèves inscrits jusqu'au 22 novembre à la Faculté de médecine de Paris s'élève à 1,065, dont seulement 287 nouveaux. L'année dernière, au 15 novembre, le nombre des élèves inscrits était de 1,434, et celui des élèves nouveaux, compris dans ce chiffre, s'élevait à 480.

— On a affiché sur les murs de Paris une ordonnance de M. le préfet de police, en date du 23 novembre, concernant la salubrité des habitations. Cette ordonnance est accompagnée d'une instruction du conseil d'hygiène du département de la Seine, sur les moyens d'assurer la propreté et la salubrité des maisons et des rues.

— Dans la *fête des Écoles*, inaugurée ces jours derniers à Sainte-Geneviève, la médecine était représentée par quelques membres de l'Académie et par plusieurs professeurs de la Faculté, entre autres MM. Bérard et Requin.

L'administration s'est aussi préoccupée des convalescents; elle se propose, et la réunion de mercredi n'a pu que l'y encourager, de créer deux maisons de convalescence. On disposerait, pour les hommes, la ferme Sainte-Anne, qui serait évacuée par les vieillards, et, pour les femmes, deux pavillons de l'hôpital de la Riboissière. A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

TUMEURS LAITEUSES OU GALACTOCÈLES, par M. le professeur VELPEAU.

Suite. Voir le numéro 6.

D. — *Formation des tumeurs laiteuses.* — Ainsi que je l'ai déjà dit, l'établissement de tumeurs laiteuses dans le sein n'a rien de surprenant. Certaines irritations du tissu mammaire peuvent forcer le lait à s'infiltrer hors de ses voies naturelles, et à former là des collections anormales. Un obstacle mécanique ou pathologique peut, d'un autre côté, en amener la rétention dans quelques uns de ses propres canaux. D'une façon comme de l'autre, il y a lieu d'appliquer au galactocèle la plupart des considérations dont j'ai fait usage ailleurs en traitant des hématocèles. Il est impossible, en effet, d'après les observations précédentes, de nier que le lait puisse s'infiltrer hors de ses conduits, soit par simple transsudation, soit à l'occasion de quelque rupture, et se disséminer ensuite dans le tissu cellulo-fibreux ou cellulo-graisseux, comme cela se voit pour le sang dans les divers tissus, à la suite des contusions ou des ruptures. Sous cette dernière forme de l'affection, la mamelle est comme imbibée de lait ou de sérum lactescent; la résolution n'en serait sans doute ni plus difficile ni plus longue à obtenir que s'il s'agissait d'une infiltration de sang.

Quoique le lait soit peu irritant et d'une absorption rapide, ses infiltrations offrent cependant moins de simplicité que celles du sang. La glande mammaire, continuant d'agir, fournit incessamment de nouveaux matériaux à l'infiltration, et fait que le mal se reproduit d'un côté à mesure qu'il tend à se tarir de l'autre. Aussi ne parvient-on à dissiper ce genre de galactocèle qu'en l'attaquant par des moyens qui ont d'abord pour but d'arrêter la sécrétion laiteuse; mais comme le travail mammaire ne se laisse pas toujours entraver facilement, il en résulte qu'une collection laiteuse, qu'un véritable kyste succède parfois à une simple infiltration.

Il n'est pas indispensable, en outre, que le lait sorte de ses voies naturelles pour constituer de véritables collections. A l'état aigu, on a déjà vu (engorgement laiteux des nourrices) que, retenu dans ses propres canaux, il peut les dilater çà et là, et donner à la mamelle un aspect bosselé très manifeste; à l'état chronique, la dilatation peut être portée au point de transformer de simples conduits galactophores en kystes de dimensions considérables. Voyant sourdre le lait sous forme de gouttelettes, par une ou plusieurs ouvertures du fond des kystes laiteux, les observateurs ont naturellement dû penser qu'ils avaient sous les yeux des poches formées aux dépens de quelques canaux excréteurs de la glande mammaire. La formation du sac, en pareil cas, est de tous points comparable à celle des tumeurs salivaires, et ne me paraît pas plus difficile à admettre. La dissection soignée à laquelle M. Forget s'est livré ne permet pas, je crois, de conserver le moindre doute sur la réalité de ce genre de dilatation.

Dans un sac formé aux dépens des tissus voisins, ou dans une poche résultant de la dilatation de ses propres canaux, le lait épanché, accumulé, n'en devra pas moins subir certaines transformations, à peu près comme le sang placé dans les mêmes conditions. Ainsi, il pourra :

1° Rester à l'état de foyer peu douloureux, sans s'altérer notablement, ainsi que cela existait chez la malade de Scarpa, par exemple, ou chez celle de M. Forget.

2° Se décomposer, être remplacé par un liquide purement séreux ou par un mélange de sérum et de caséum, comme chez la malade d'A. Cooper, ou bien, si la partie séreuse est reprise, devenir plus épais et crémeux, comme chez une des malades de Dupuytren.

3° Enflammer et transformer la tumeur en un véritable abcès laiteux qui, après avoir été longtemps indolent, revêt dès lors la marche et les caractères d'un dépôt aigu.

4° Donner lieu à des concrétions, à des grumeaux susceptibles de prendre toutes sortes de formes et d'apparence, au point de faire naître l'idée de pierres laiteuses.

5° Se durcir de plus en plus, comme le fait le coagulum ou la fibrine du sang dans les hématocèles, et servir d'origine aux tumeurs franchement butyreuses ou caséeuses, ainsi qu'on l'a vu dans les observations qui me sont propres.

Associez par la pensée quelques unes de ces nuances du galactocèle, unissez-en plusieurs ensemble dans des proportions variées, et vous vous rendrez facilement compte de toutes les espèces qui peuvent se présenter dans la pratique.

E. — *Diagnostic différentiel des tumeurs laiteuses.* — Les caractères séméiotiques qui permettent de distinguer l'engorgement laiteux à l'état aigu des inflammations ou des abcès chauds, ayant été indiqués dans un autre chapitre, n'ont pas besoin d'être rappelés ici.

Les tumeurs laiteuses proprement dites, faciles à confondre avec les tumeurs de nature différente, offrent des nuances qu'il n'est pas même toujours aisé de distinguer entre elles.

A l'état d'infiltration chronique, le galactocèle est une maladie rare, qu'on pourrait, à la rigueur, confondre avec un simple état œdémateux de la mamelle; mais comme il ne peut s'établir que chez les femmes dont la lactation n'est pas terminée, comme il peut exister sans maladie préalable, sans lésion matérielle appréciable des organes voisins, comme il survient sans travail inflammatoire, tandis que l'œdème n'est, en définitive, que l'ombre ou le symptôme de quelque autre affection plus grave, un chirurgien exercé ne trouvera pas le diagnostic différentiel du galactocèle et de l'infiltration laiteuse extrêmement difficile.

Les kystes laiteux diffèrent des abcès chroniques en ce que ceux-ci conservent une large base plus ou moins indurée ou empâtée, et se montrent rarement sans avoir été annoncés par un peu de douleur. Qu'ils viennent de la poitrine, de l'aisselle ou du cou, qu'ils tiennent à une lésion des cartilages ou des côtes, les abcès symptomatiques coïncident en général avec quelque disposition spéciale, qui en éloigne sans peine l'idée de tumeur laiteuse. Restent donc les kystes séreux, sanguins, mucilagineux, etc.; mais le galactocèle, ordinairement mollasse, un peu flasque, est renfermé dans un sac bosselé, inégal, et dont la peau paraît éraillée ou flétrie; quelquefois il en suinte, soit par transsudation, soit par de petits points fistuleux, un fluide qui lève bien vite tous les doutes. Certains foyers hématiques ou séreux, suite de violence extérieure, pourraient embarrasser; mais le point de départ du mal, la circonstance d'une violence externe dans un cas, l'état de lactation dans l'autre, mettent à même d'éviter la méprise. Il faut dire encore que les différentes sortes de tumeurs laiteuses, que le galactocèle par infiltration surtout, offrent souvent sur quelques uns de leurs points un empâtement qui en devient presque le signe pathognomonique.

Le plus difficile est sans contredit de séparer de prime abord les tumeurs butyreuses un peu anciennes de toute autre tumeur du sein. Les exemples de cette espèce ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse en indiquer maintenant les signes avec précision. Celui que l'on doit à Dupuytren avait laissé l'esprit de ce grand praticien en suspens. Chez la femme que j'ai observée, tout indiquait un encéphaloïde; la forme, la teinte rougeâtre ou violacée, la mollesse de quelques uns de ses points, la distinguaient aussitôt du squirrhe et des indurations mammaires, ainsi que des tumeurs colloïdes. Cependant son indolence, son développement rapide à la suite d'une lactation prolongée, le défaut absolu d'élasticité et de fluctuation dans ses différents lobes, une sorte d'empâtement à peu près indéfinissable de toute la masse ou de ses pelotons principaux,

me portèrent à dire qu'il s'agissait alors de concrétions laiteuses avec transformation caséeuse ou butyreuse.

Toutefois le diagnostic que j'ai porté ici peut laisser, j'en conviens, quelque incertitude dans l'esprit des hommes réservés. La repullulation du mal, les caractères à peu près incontestables du cancer qu'il a pris à la fin, sont là pour arrêter la conclusion, pour empêcher de se prononcer résolument. En somme, la tumeur était de nature cérébriforme, et non une tumeur butyreuse; ou bien les concrétions caséeuses, butyreuses sont susceptibles de subir la transformation cancéreuse. Or, ce double fait, d'où il ne me paraît pas possible de sortir, touche à des questions trop délicates d'anatomie pathologique pour que je me permette de le juger légèrement; c'est à l'occasion des tumeurs malignes qu'il conviendra de le discuter avec soin.

Traitement. — La thérapeutique des tumeurs laiteuses doit nécessairement varier, selon qu'elles sont aiguës ou chroniques, récentes ou anciennes, liquides ou concrètes. N'ayant point à revenir sur le traitement des engorgements laiteux, des tumeurs laiteuses aiguës, je passerai tout de suite à l'examen des moyens qu'on peut opposer au galactocèle chronique.

La source de ces tumeurs se trouvant dans les fonctions même de la glande, dans la lactation, il faut avant tout essayer de tarir la sécrétion laiteuse; il saute aux yeux qu'un traitement purement local, que des médicaments portés sur la tumeur seule resteraient inefficaces. C'est par les moyens antilaiteux, c'est-à-dire par les purgatifs, par les bains alcalins, par les émissions sanguines même, par les préparations iodées, par un régime végétal qu'il convient de commencer. Si c'est une simple infiltration, les topiques astringents, les liniments ammoniacaux, les cataplasmes vinaigrés ou saupoudrés, soit de sel ammoniac, soit de sel marin, ajoutés au traitement général, suffiront presque constamment.

Avec les kystes, on évitera rarement la nécessité de quelque opération chirurgicale. J'ignore jusqu'à quel point il serait permis de compter en pareil cas sur l'efficacité des emplâtres fondants de savon, de ciguë, de Vigo, des pommades d'iodure de plomb, de mercure ou de potassium, non plus que sur la vertu des vésicatoires volants répétés. La nature du liquide et des kystes eux-mêmes me porte à penser que de telles ressources ne réussiront que rarement. L'idée de traiter le galactocèle comme les hydrocèles a dû se présenter de bonne heure à la pensée. Il semble même qu'avec le traitement général, qu'après avoir tari la sécrétion mammaire, il doive suffire de vider le kyste par une simple ponction pour en obtenir la guérison radicale. Jusqu'ici cependant il en a été tout autrement; les galactocèles ainsi attaqués se sont bientôt remplis de nouveau, et nulle guérison n'a été obtenue de la sorte. Il ne faudrait donc pas se faire illusion sur la valeur d'un pareil moyen.

La ponction suivie d'injection irritante vaudrait-elle mieux? Tout en l'espérant, tout en conseillant de la tenter, je n'oserais pas affirmer néanmoins qu'elle réussira, comme s'il s'agissait d'une hydrocèle. Les recherches auxquelles je me suis livré sur les effets des injections médicamenteuses dans les cavités closes ont démontré que les injections irritantes ne jouissent de toute leur efficacité que quand on les applique aux cavités franchement séreuses. Or, l'intérieur des galactocèles se rapproche plus des surfaces muqueuses que des surfaces séreuses. En outre, le lait est un produit onctueux, gras, très différent du sérum ou de la sérosité qui constitue les hydrocèles. Les injections iodées, par exemple (et il en serait de même, selon toute apparence, des injections vineuses), sont loin de réussir avec la même constance dans les kystes à cavité tomenteuse ou muqueuse que dans les kystes lisses ou à cavités séreuses. Je ne serais donc point étonné que, dans le galactocèle, elles restassent quelquefois sans succès. Comme je ne serais pas surpris, non plus, de les voir réussir, je n'hésiterais pas cependant à les essayer.

En supposant que les orifices de quelques conduits lactés s'ouvrissent dans le galactocèle, et que le liquide médicamenteux vînt à pénétrer par ces orifices, je ne vois pas qu'il y eût lieu de s'en effrayer. L'inflammation que cause l'eau iodée est d'ordinaire si modérée, provoque si difficilement la suppuration, qu'une pareille possibilité n'est pas de nature à retenir le praticien. Voici d'ailleurs un fait qui semble justifier les remarques précédentes.

Observation.—*Galactocèle pédiculé, survenu pendant la grossesse.* Une femme âgée de trente-trois ans entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon avec un kyste laiteux pédiculé du volume d'une tête de nouveau-né. Survenu pendant la grossesse, ce kyste, soumis deux fois à l'injection iodée et une fois à l'injection d'une solution de nitrate d'argent, ne guérit pas. On n'en triomphe qu'au moyen du séton et d'une sorte de cautérisation. (*Gazette médicale de Lyon*, 15 janvier 1850, p. 9.)

Si la méthode des injections restait impuissante, ou si, pour tout autre motif, on ne voulait pas la mettre en usage, le chirurgien aurait le choix encore entre les caustiques, une large incision, le séton ou l'extirpation.

Les caustiques ont une action trop lente ou trop incertaine. Ils n'auraient de succès qu'en ouvrant et en faisant suppurer la tumeur. Or, l'incision ou le séton, qui remplissent la même indication, sont d'un emploi trop facile et trop peu dangereux pour qu'on ne leur accorde pas la préférence. Un séton un peu large convient mieux pour les grands kystes, et une incision de quelques centimètres devrait être préférée pour les kystes de médiocre volume. D'une façon comme de l'autre, il faut que tout l'intérieur du galactocèle entre en suppuration, et que sa cavité, n'étant plus distendue par le liquide, se rétracte, se réduise à une sorte de trajet ou de fistule. A partir de là, il suffit d'en tenir l'ouverture inférieure ouverte au moyen d'une mèche, afin qu'il ne se ferme définitivement que de l'intérieur vers l'extérieur.

J'ai peine à admettre, par conséquent, qu'il soit nécessaire d'extirper le galactocèle en entier. Ce serait une opération grave, difficile, longue, douloureuse, qui n'aurait pas d'autre résultat final que celui du séton ou des simples incisions. Si les tissus étaient extrêmement relâchés, allongés, il y aurait lieu d'exciser un lambeau plus ou moins large de la portion flottante du kyste, mais ce serait alors uniquement pour débarrasser la région d'une trop grande quantité de téguments.

Les incisions, même assez larges, sont de rigueur lorsque, outre du lait liquide et du sérum, le galactocèle contient, soit des flocons caséeux, soit des concrétions pierreuses, soit des pelotons d'adipocire, attendu que toutes ces masses, tous ces corps étrangers, doivent être soigneusement retirés de la tumeur.

Avec des tumeurs butyreuses ou caséeuses dures, les moyens dont il vient d'être question ne suffisent évidemment plus. S'il n'y avait qu'une seule bosselure, il est présumable qu'on pourrait l'énucléer par une simple fente du kyste, et en débarrasser ainsi les malades à l'aide d'une opération légère. S'il ne s'agissait que de deux, trois ou quatre pelotons isolés par autant de cloisons, on aurait encore chance de réussir en ouvrant largement chacune des bosselures; mais quand une grande partie de la mamelle est envahie, comme chez la malade dont j'ai parlé, lorsque les différents pelotons caséeux se sont en quelque sorte approprié le tissu glandulaire, lorsque la production morbide s'est en même temps infiltrée dans la trame des tissus, l'enlèvement par simple énucléation ne convient plus: c'est l'extirpation qui est alors indiquée, l'extirpation par les procédés qu'on applique aux tumeurs malignes et qui seront examinés plus tard.

Avec la pensée que les tumeurs butyreuses devaient être de nature bénigne, j'ai cru qu'il serait inutile de porter les incisions beaucoup au delà des limites de la tumeur. La récidive dont j'ai été témoin, quoiqu'il ne fût resté aucune apparence de tissu malade chez la femme opérée par moi, m'a mis sous ce rapport dans une grande perplexité. Je me demande aujourd'hui s'il ne serait pas préférable, au contraire, de procéder, en semblable circonstance, à l'ablation de la glande entière, plutôt qu'au simple enlèvement de la tumeur. Si l'un est beaucoup moins pénible et moins douloureux, l'autre est évidemment plus prudent et plus sûr. C'est d'ailleurs une question que l'expérience et l'avenir seuls pourront résoudre définitivement.

III.

REVUE DES JOURNAUX.

Nouveau mode d'administration des anesthésiques; éthéro-chloroforme; par M. Éd. Cellarier.

L'éther, comme agent anesthésique, irrite plus vivement les bronches que le chloroforme, et agit moins vite. Le chloroforme, en raison même de sa grande puissance, a des dangers que peu de personnes aujourd'hui songent à contester. M. Cellarier s'est demandé si le mélange des deux substances n'amoindrirait pas les inconvénients de chacune d'elles, en conservant, dans une mesure convenable, la propriété anesthésique.

Disons d'abord que la solubilité du chloroforme dans l'éther permet le mélange intime des deux liqueurs. Leur évaporation se fait-elle dans les mêmes proportions jusqu'à épuisement du mélange, comme il le faudrait pour un usage méthodique? C'est ce que l'auteur n'établit pas assez clairement. L'induction tirée de l'aspect de la liqueur ne suffit pas, surtout quand on considère cet aspect pendant une partie seulement de l'évaporation. Il y avait donc, à cet égard, des données préliminaires à établir. Maintenant le mélange, supposé que les proportions demeurassent fixes et invariables, mettrait-il à l'abri des graves accidents que produit parfois le chloroforme? On comprend que l'expérience, dans une question de cette gravité, doit seule prononcer : c'est dire que la question est réservée; car l'expérience manque à l'auteur, comme il le déclare lui-même.

Néanmoins, les recherches auxquelles il s'est livré sur plusieurs animaux méritent d'être prises en considération. Les voici en résumé :

1° Un jeune lapin, soumis à l'inhalation (par quel procédé?), devint insensible au bout de 2 minutes 1/4, et mourut au bout de 15 minutes. Chez un autre, placé dans le sac de M. Roux, l'insensibilité fut obtenue en 2 minutes 1/2; elle dura 3 minutes. Après 19 minutes de repos, nouvelle inhalation; insensibilité après 1 minute, 1 minute 1/2; mort au bout de 11 minutes 1/2 seulement, malgré l'affaiblissement déjà produit par la première inhalation. Or, d'un côté, chez les lapins, l'éther produit l'insensibilité en 4 minutes, et le chloroforme en 1 minute 1/2, en moyenne. De l'autre, les lapins meurent d'ordinaire après 10 ou 12 minutes d'inhalation continue de vapeurs éthérées, et après 5 ou 6 minutes d'inhalation de chloroforme; d'où il semblerait résulter que la puissance anesthésique du mélange tient le milieu entre les puissances isolées des deux substances, et que, en même temps, il tue moins promptement que chaque substance en particulier. Il y a, entre ces deux résultats, une contradiction, au moins apparente, dont il faudrait bien prendre son parti devant des expériences nombreuses et concordantes, mais à laquelle deux faits comme ceux que nous venons de rapporter ne sauraient enlever sa valeur.

2° Un chien de quatre mois, et de très petite taille, fut soumis à l'inhalation des vapeurs d'*éthéro chloroforme :* on ne dit pas encore de quelle manière. Insensibilité au bout de 1 minute 1/2; mort en 15 minutes. La quantité de mélange employé avait été de 30 grammes. Le résultat vient déjà à l'appui des réserves que nous établissions à l'instant, puisque l'éther employé seul n'amène la mort des chiens qu'en 20 minutes environ. La rapidité avec laquelle l'insensibilité s'est produite (1 minute 1/2) dépasse même celle qui est propre au chloroforme pur; nouvelle raison de ne tirer, quant à présent, aucune conclusion.

Il est entendu que nous ne contestons pas, théoriquement ni pratiquement, la possibilité d'employer avec avantage le mélange de chloroforme et d'éther. Nous établissons seulement que les données sur lesquelles l'application doit reposer, pour offrir quelque sécurité, ne sont pas encore établies sur des bases assez positives. (*Gaz. méd. de Montpellier*, 15 octobre 1853.)

Recherches sur l'anesthésie oculaire, par M. Chassaignac.

La sensibilité et la motilité des diverses parties qui constituent l'appareil visuel ont quelque chose de tellement spécial, qu'on ne pouvait déduire, *à priori*, des faits généraux de l'anesthésie la connaissance de la manière dont ces fonctions seraient modifiées par les agents de cet ordre. M. Chassaignac a donc sagement fait, en se bornant à observer des faits multipliés et à dire ensuite comment les phénomènes avaient eu lieu. De ses recherches cliniques, il a déduit les remarques suivantes :

L'effet constant du chloroforme, inhalé au point d'amener la résolution générale, est l'immobilité complète du globe oculaire. Mais, outre qu'il devient *immobile*, il reste *fixé* dans la situation où il se trouvait lorsque l'anesthésie l'a influencé. Cette position la plus ordinaire est la rotation en haut sous la paupière supérieure.

Cette fixité, avec résistance aux mouvements imprimés pour l'entraîner dans un autre sens, M. Chassaignac l'explique par la contraction tonique qui s'emparerait alors des six muscles moteurs de l'œil. Il y a dans ce fait physiologique quelque chose qui s'accorde peu en apparence avec le relâchement que la chloroformisation imprime à toutes les autres parties du système musculaire. Mais, quoi qu'il en soit, une circonstance bien réelle conduit à faire admettre que les choses se passent effectivement ainsi : c'est la rapidité et la force avec laquelle les liquides, renfermés dans les enveloppes oculaires, tendent à s'échapper aussitôt que ces enveloppes sont divisées. C'est par cette influence, que la tonicité ferait seule comprendre, que M. Chassaignac se rend compte d'un double chémosis séreux qu'il vit se produire presque instantanément chez un malade sur lequel il opéra la cataracte par abaissement durant l'état anesthésique.

Quant à la pupille en général, elle se dilate durant la période d'excitation. Mais au moment où l'anesthésie a atteint son maximum d'intensité, l'iris redevient contractile. On observe ce changement tout d'un coup, sans que nul avant-coureur, nul signe concomitant l'aient annoncé. Aussi le chirurgien, qui compterait sur l'influence anesthésique pour obtenir la dilatation pupillaire indispensable pour la manœuvre de certaines opérations, se verrait-il trompé dans son attente.

A un degré avancé d'anesthésie, il survient un état que l'auteur a pittoresquement et justement nommé *immobilité cadavérique* des paupières; elles gardent la position d'occlusion ou d'ouverture qu'on leur donne. L'apparition de cette disposition peut servir de critérium pour juger si l'anesthésie a été portée à un point suffisant. (*Archives d'ophthalmologie*, septembre 1853, p. 132.)

Du changement de la vue comme signe précurseur des cataractes dures, par M. White Cooper.

On sait que plusieurs personnes, jadis presbytes et ayant usé de verres convexes, recouvrent une vision naturelle à mesure qu'elles avancent en âge et deviennent même quelquefois myopes. M. Ware explique le phénomène en supposant que, par l'absorption d'une partie de l'humeur vitrée, les côtés de la sclérotique sur lesquels pressent les muscles se rapprochent l'un de l'autre, ce qui allonge d'autant l'axe antéro-postérieur du globe oculaire. M. Sichel considère ce retour apparent du pouvoir d'accommodation comme un raccourcissement réel du foyer visuel, causé par l'emploi de verres convexes trop forts.

M. White Cooper pense, d'après quelques cas qu'il a pu récemment étudier, que ce changement du presbyte en myope est, au contraire, souvent le signe avant-coureur d'une cataracte dure.

Il est d'observation, dit-il, que les myopes chez qui la cataracte se développe augmentent instinctivement le degré de leurs verres, même jusqu'au n° 14. On croit, en général, que ce besoin de verres de plus en plus forts n'est, chez eux, que le résultat d'une illusion qui leur fait rechercher, pour la vue qui s'éteint, un secours mécanique. Cependant, comme le verre concave du degré le plus élevé réduit les dimensions des objets à des proportions presque microscopiques, il est difficile d'admettre que leur usage, ainsi expliqué,

pût être de quelque utilité. L'expérience nous a cependant appris que leur emploi a alors un avantage réel; et cela tient probablement à ce que, dans la cataracte lenticulaire dure, le cristallin prend une structure plus dense et plus serrée, et une forme aplatie. Mais, dans quelques cas, l'aplatissement est moindre que l'augmentation de densité. Par cette modification de texture, le pouvoir réfractif se trouve altéré et la distance focale raccourcie, de telle sorte que l'œil myopique qui, auparavant, avait un correctif suffisant dans le n° 6 ou 8, a maintenant besoin du n° 12 ou 14 pour lire ou pour distinguer à une distance modérée.

Un pareil changement peut, toutefois, survenir dans la vue sans que le cristallin ait perdu de sa transparence, quoique le plus ordinairement il coïncide avec la coloration ambrée que ce corps prend dans un âge avancé.

Les individus qui l'éprouvent sont agréablement surpris de l'amélioration inattendue que subit leur vision; ils reçoivent des compliments sur ce prétendu retour de jeunesse. Il peut même se faire, comme le phénomène se produit durant la vieillesse, qu'ils meurent avant d'avoir été désabusés; mais la plupart du temps, leur vue commence à s'affaiblir, et s'obscurcit de plus en plus à mesure que les progrès de la cataracte se confirment. Néanmoins, il est digne de remarque que l'opacité cristalline suit en général, dans ces circonstances, une marche des plus lentes.

Il est d'autant plus utile d'avoir ces notions présentes à l'esprit, que les individus qui sentent ainsi leur vue s'améliorer inopinément sont plus portés à l'exercer sans ménagement, et à augmenter par là la congestion qui favorise les altérations du cristallin ou de ses annexes. La médecine, qui est si impuissante pour prévenir la formation d'une cataracte, peut au moins dans ces cas en ralentir le développement en éclairant le malade sur sa position, et en lui recommandant d'éviter le fonctionnement trop assidu ou à une lumière trop vive des organes qu'il croit rajeunis. (*Association Medical-Journal*, 11 novembre 1853, p. 996.)

Vaste fistule vésico-vaginale guérie par l'emploi seul des caustiques, par M. Antonelli.

Le prestige de méthodes plus ingénieuses a un peu trop fait oublier les services qu'on peut attendre de la simple cautérisation. Aussi cette médication est-elle depuis quelque temps employée, ce nous semble, avec moins de zèle et moins de persévérance. C'est là un mal; et d'autant plus grand que beaucoup de praticiens ne savent employer que la cautérisation, et que faute de foi en ce procédé, le seul à leur portée, ils manquent l'occasion d'agir efficacement contre les fistules à l'époque où elles sont encore récentes, et, comme telles, le plus curables. Le fait suivant, emprunté à la pratique du chirurgien en chef des hôpitaux civils et militaires de Novare, contribuera, nous n'en doutons pas, à ranimer cette confiance salutaire.

Une femme, mère déjà de sept enfants, fut accouchée en 1851 à l'aide du forceps. Cinq mois après elle se fit examiner par M. Antonelli. Une ouverture transversale, capable d'admettre trois doigts, divisait la cloison vésico-vaginale au-dessous du col utérin saillant en haut et en arrière. Il ne sortait pas une goutte d'urine par le méat. Les bords de la solution de continuité étaient très minces.

La cure fut entreprise par la cautérisation. On se servit de l'acide nitro-muriatique pour réprimer les excroissances fongueuses de la vulve. En outre, on pratiqua plusieurs fois des attouchements avec le nitrate d'argent sur le contour même de l'ouverture fistuleuse. Enfin, à trois reprises différentes, le fer rouge fut appliqué à une distance plus grande de la circonférence de la fistule.

Le traitement dura treize mois, pendant lesquels la malade ne fut pas détournée un seul jour de ses occupations domestiques. Une sonde fut maintenue à demeure.

Elle a été présentée aux médecins qui l'avaient vue avant le traitement, parfaitement guérie, avec une large, épaisse et solide cicatrice à la place de la solution de continuité.

(*Gazzetta medica italiana, Stati Sardi*, 16 mai 1853, p. 153.)

Moyen de prévenir la rupture de la peau dans les abcès, par M. Malgaigne.

Cette indication, que nous extrayons d'un travail plus étendu, n'a que la valeur d'un agent palliatif; elle n'en sera pas cependant d'un secours moins utile dans certains cas où la rupture de la peau devient imminente sans être inévitable, et où son amincissement suffirait pour produire une difformité choquante; on pourrait donc, en pareille circonstance, imiter l'ingénieuse conduite qui réussit à M. Malgaigne dans un cas d'abcès salivaire, à marche lente, qui menaçait de perforer la joue à l'extérieur.

Ayant soulevé un pli de la peau en arrière de l'amincissement de la joue, il traversa la base de ce pli d'avant en arrière avec une épingle longue et forte, de façon que la pointe vint sortir un peu en arrière de la partie amincie. Un second pli étant fait en avant, la même épingle le traversa comme le précédent; et un fil entortillé autour de ses deux extrémités, en rapprochant les deux plis de la peau, relâcha entre eux la partie amincie, qui se trouva ainsi déprimée du côté de la bouche.

(*L'Abeille médicale*, 15 octobre 1853, p. 284.)

De l'emploi du seigle ergoté contre les écoulements blennorrhagiques passés à l'état chronique, par M. Lazowski.

Nous voudrions pouvoir réunir dans un seul article tous les médicaments récemment préconisés en vue de la même indication, depuis la *décoction de pois chiches* jusqu'aux préparations de cantharides, y compris, bien entendu, le seigle ergoté. Tous, en effet, se prêtent à une commune appréciation; tous, expérimentés par nous, ont justifié l'opinion que nous allons exprimer sur leur compte. Incapables de modifier sensiblement le cours d'une blennorrhagie aiguë ou chronique, ils n'ont d'utilité qu'en occupant l'attention et retenant la confiance du malade, ils l'empêchent tout au moins d'aller affronter d'autres médications dangereuses.

Ceci bien spécifié, afin de montrer au praticien dans quelles limites il devra user de ces ressources, voici comment M. Lazowski recommande son médicament : Il le donne lorsque l'écoulement est entretenu par un état d'atonie de tout le système, ou seulement des organes génitaux. Il assure avoir guéri, en l'associant au quinquina, *un grand nombre* d'écoulements qui avaient longtemps résisté à la médecine. Bien plus, ce remède a guéri certaines blennorrhées compliquées de rétrécissements peu intenses; ou tout au moins, ajoute-t-il prudemment, il a rendu leur guérison plus facile et plus prompte. Sa formule est la suivante :

Seigle ergoté, récemment pulvérisé,	4 grammes.
Safran de mars apéritif,	5,50 centigr.
Poudre de vanille,	25 centigr.
Camphre pulvérisé,	25 centigr.

Mêlez, faites vingt paquets, dont on prendra un le matin et un le soir.

Le malade devra user d'une décoction légère de quinquina gris.

La durée moyenne du traitement, toujours d'après M. Lazowski, est de dix à vingt jours.

(*Revue thérapeutique du Midi*, 15 octobre 1853, p. 211.)

Des indications relatives au traitement de la congestion cérébrale chez les vieillards, par M. Durand-Fardel.

Dans ce travail, particulièrement relatif à l'emploi des évacuations sanguines contre la congestion cérébrale, nous relèverons deux points seulement qui touchent à des questions pratiques d'une grande importance.

M. Durand-Fardel fait ressortir avec vérité les indications spéciales qui résultent, quant à la saignée, des conditions où se trouve la circulation chez les vieillards. L'oblitération graduelle d'une partie des vaisseaux capillaires, les altérations des orifices du cœur, celles des parois artérielles, l'élargissement des canaux veineux, la diminution de l'élasticité des parois vasculaires, apportent de nombreuses difficultés au rétablissement de l'équilibre dans la circulation, quand, sous une influence quelconque, la congestion s'est établie dans un viscère important. Partant, la saignée générale, qui

a pour but de rétablir cet équilibre, n'offre pas les mêmes ressources que chez l'adulte. Pour en tirer un parti avantageux, il faut la porter relativement plus loin, et alors se présente l'inconvénient d'enlever à l'organisme la force de réaction nécessaire à la solution de toutes les maladies. De là l'indication de pratiquer la soustraction du sang le plus près possible de la lésion locale, c'est-à-dire, dans l'espèce, derrière les oreilles. C'est là, en effet, un précepte sur lequel nous ne saurions trop insister, et que nous appliquons journellement. M. Durand-Fardel conseille de tirer tout de suite une assez grande quantité de sang. Nous sommes de cet avis ; mais nous ajoutons que, pour ménager plus sûrement les forces sans nuire à l'effet thérapeutique, on se trouve bien de se montrer modéré dans une première application de sangsues ; d'attendre que les piqûres aient cessé de donner depuis quelques heures, pour juger de l'état du pouls et des forces ; puis, s'il y a lieu, d'établir un écoulement à peu près continu au moyen d'une ou deux sangsues tout au plus, qu'on renouvelle à mesure que les piqûres se ferment. Cette pratique nous a toujours paru avoir des avantages notables. On peut souvent, sans danger aucun, entretenir l'écoulement pendant un temps très long, pourvu qu'on ait soin de ménager des intermittences à propos, et la *continuité d'action* du moyen ajoute beaucoup à son efficacité.

L'auteur soulève aussi la question du *danger de la saignée dans les apoplexies*, question traitée par M. Aussagnel dans sa thèse inaugurale. Suivant M. Aussagnel, l'élévation du pouls après la saignée pouvant avoir lieu dans le cas d'apoplexie aussi bien que dans celui de pneumonie ou de toute autre maladie aiguë, et cette élévation indiquant une réaction vers l'organe malade, il n'est pas étonnant que la lésion s'aggrave quelquefois sous cette influence. M. Durand-Fardel s'élève avec raison contre ce rapprochement, en rappelant la rapidité avec laquelle surviennent parfois les accidents. C'est, en effet, immédiatement après l'évacuation, ou même pendant que le sang coule, qu'une aggravation de l'hémiplégie se déclare. Ce n'est pas le lieu d'entrer dans des explications théoriques sur le mécanisme de ce phénomène ; mais il importe aux praticiens d'être prévenus du danger des saignées copieuses dans l'apoplexie chez les personnes âgées. Il est prudent, dans ce genre spécial d'affection, de tirer peu de sang à la fois, sauf à y revenir à des intervalles rapprochés.

(*Bull. génér. de thérapeutique*, 30 oct. 1853.)

De l'emploi de l'électricité contre les paralysies et les contractions musculaires irrégulières, par MM. Nieto et Polin.

Les feuilles médicales espagnoles commencent à publier à leur tour des cas de guérison par l'application plus intelligente de l'électricité, à l'aide des appareils qui permettent d'isoler les différents pouvoirs dévolus à ce précieux agent. La diffusion de la découverte en prouve de mieux en mieux la valeur ; et les circonstances particulières où elle s'est montrée utile ajoutent encore à l'intérêt de ces observations, dont on aimera à lire un résumé.

Un homme de quarante-deux ans, autrefois atteint de syphilis, était affecté d'anesthésie et d'impotence des extrémités pelviennes. La paralysie du mouvement, plus prononcée à droite, y occupait surtout les muscles extenseurs des orteils et les péroniers. Cette maladie, qui durait depuis huit ans, avait amené l'atrophie des membres. Les sangsues, les bains simples et sulfureux, les dérivatifs sur le rachis, l'iode, etc., employés alternativement ou ensemble, étaient restés impuissants. Une première séance de faradisation, continuée pendant une demi-heure avec une force décroissante, donna au patient la faculté de sentir le contact des doigts sur les mêmes parties dont une piqûre n'éveillait auparavant en aucune manière la sensibilité. Bientôt, au bout de quatre séances, l'anesthésie se convertit en hyperesthésie. Plus tard, les muscles reprirent leur contractilité Ils sont encore un peu faibles aujourd'hui ; mais la sensibilité persiste telle qu'elle a été recouvrée, c'est-à-dire à l'état normal.

Une dame de soixante ans avait depuis trois ans une angine chronique, à laquelle se joignit bientôt une tension douloureuse du côté gauche du cou, répondant au milieu du sterno-mastoïdien. Elle finit par s'étendre à tous les muscles de la région, notamment à ceux de la langue et du voile palatin. Ces parties devenaient de temps en temps le siége d'un gonflement considérable nécessitant des émissions sanguines locales. Cet état rendait la déglutition difficile, saccadée ; impossibilité de retenir un liquide dans la bouche ; la prononciation s'accompagnait forcément d'une gesticulation pénible. L'emploi de l'électricité exigeait ici beaucoup de ménagement, à cause de la proximité du cerveau. Néanmoins, cinquante faradisations, de quinze minutes chacune, ont rétabli l'action musculaire et les fonctions précitées, à peu près dans leur régularité primitive.

Ce dernier succès est d'autant plus important à signaler, que, d'une part, toutes les méthodes rationnelles avaient déjà été essayées en vain, et que, d'un autre côté, il s'agissait ici de stimuler des muscles profonds, tels que les ptérigoïdiens et les faisceaux des régions palatine et pharyngienne (*Gaceta medica* et *Heraldo medico*, 3 novembre 1853.)

Emploi du quercus mesto contre l'hydrophobie.

Divers journaux italiens et espagnols contiennent des indications relatives à l'emploi médical de l'écorce de l'arbre appelé *mesto* par les Italiens. Le mesto est un arbre du genre *Quercus* (*Quercus cerris*) ; les Espagnols l'appellent *quercus mesto*. On le trouve en Espagne, dans le Piémont et dans quelques parties de la France et de l'Italie. Il passe au delà des Pyrénées, surtout à Valence, où il croît en abondance, pour un excellent remède contre la morsure d'animaux enragés. Bien que nous ayons peu de confiance dans cette réputation, il suffit que la science, à l'étranger, s'en préoccupe sérieusement, pour que nous en disions un mot à nos lecteurs.

Le docteur Demarchi, à qui l'on doit des indications sur le mode d'administration de l'écorce de mesto, en ayant transmis une certaine quantité à M. Abbene, celui-ci en a fait l'objet de quelques recherches chimiques dont il a entretenu l'Académie royale de Turin. D'un autre côté, M. Velasco, de Malaga, assure, dans *El Heraldo medico*, avoir employé avec succès le mesto dans vingt cas de morsure d'animaux enragés. Mais le *Porvenir medico* présente, à ce sujet, quelques remarques pleines de justesse. On n'a aucune certitude que les chiens qui avaient fait les morsures étaient réellement enragés, attendu qu'on les a sacrifiés avant d'avoir établi à leur égard un diagnostic précis. Plusieurs affections dont les chiens peuvent être atteints sont susceptibles de simuler la rage. Puis, on sait que tous ceux qui sont mordus par des chiens enragés ne prennent pas la maladie ; dès lors, sur les vingt cas cités par M. Velasco, il y en a au moins un certain nombre à qui le traitement n'a dû ni pu rendre aucun service. Ajoutons que tous les remèdes qui ont été prônés contre l'hydrophobie se sont présentés d'abord avec un cortége de guérisons aussi nombreuses au moins que celles dont se prévaut notre confrère espagnol.

Le résultat des recherches de M. Abbene se réduit à ceci : que la décoction de mesto contient beaucoup de tannin, des traces de matière sucrée et un peu de gomme ; que la combustion laisse 17 p. 100 d'une cendre qui renferme du carbonate de potasse, du carbonate de chaux, des traces de sulfate de potasse, de chlorure potassique, de fer, etc. Aucune induction à tirer de ces résultats au point de vue thérapeutique. (Pour tous les travaux dont il est question dans cet article, consultez : *Gazzetta medica*, *Toscana*, n° 41.)

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

CHIRURGIE. — *Mémoire sur l'ostéo-myélite.* — M. *Chassaignac* a étudié d'une manière approfondie l'inflammation du système médullaire des os longs, encore peu connue aujourd'hui. L'auteur résume lui-même son travail dans les conclusions suivantes :

1° L'ostéo-myélite s'accompagne inévitablement et très promptement de périostite suppurative et de phlegmon diffus.

2° Dans l'ostéo-myélite suppurante, le décollement de la toile médullaire dans la paroi qu'elle tapisse est un phénomène constant.

3° La propagation de l'ostéo-myélite d'une section de membre à celle qui est immédiatement au-dessus s'effectue par la perforation du cartilage, l'envahissement de la synoviale, et par la rupture du cul-de-sac supérieur de celle-ci.

4° Les perforations cartilagineuses dans l'ostéo-myélite diffèrent beaucoup les unes des autres, suivant qu'on les examine dans les cartilages épiphysaires ou dans les cartilages diarthrodiaux : dans les premiers, la perforation est de forme canaliculaire; dans les autres, elle ressemble à des trous faits à l'emporte-pièce.

5° L'ostéo-myélite s'accompagne toujours d'arthrite purulente : les articulations sont généralement envahies de bas en haut, c'est-à-dire sur le trajet ascendant du membre.

6° L'arthrite purulente causée par l'ostéo-myélite ne se déclare presque jamais avant le douzième jour de la maladie.

Les conclusions suivantes sont relatives au diagnostic :

1° La circonstance d'un œdème dur et douloureux qui s'arrête par une coupe abrupte sur le trajet d'un membre, est un caractère pathognomonique de la maladie.

2° Le pus sous-aponévrotique dans l'ostéo-myélite est constamment mélangé de globules huileux.

3° Les caractères différentiels de l'ostéo-myélite et de l'abcès sous-périostique sont les suivants :

A. Dans l'abcès sous-périostique, la fluctuation précède l'empâtement; dans l'ostéo-myélite, c'est tout le contraire.

B. L'œdème douloureux qui accompagne l'ostéo-myélite se termine brusquement par un rebord saillant et dur, juste à la hauteur où l'os cesse d'être malade.

C. L'ostéo-myélite s'accompagne de phlegmon diffus et de périostite suppurative ; l'abcès sous-périostique ne détermine ni la suppuration médullaire de l'os, ni l'infiltration purulente du membre.

D. L'ostéo-myélite se propage d'un os à un autre par une marche ascendante sous la racine des membres; l'abcès sous-périostique aigu reste généralement confiné dans la section du membre sur laquelle il est apparu.

4° Les caractères différentiels de l'ostéo-myélite et du phlegmon diffus sont : 1° la nature de l'œdème; 2° la présence des globules huileux dans le pus.

Voici enfin les conclusions relatives au traitement :

1° Dans l'ostéo-myélite, les incisions doivent être employées dans un but diagnostique et dans un but thérapeutique. Si l'affection est seulement présumée, les incisions doivent pénétrer jusqu'à l'aponévrose d'enveloppe exclusivement; si l'on trouve du pus sous l'aponévrose, elles seront immédiatement conduites jusqu'à l'os.

2° Dans l'ostéo-myélite, l'amputation du membre est la seule chance de salut.

3° L'amputation doit être faite aussitôt que le diagnostic est certain.

4° Le procédé opératoire, indiqué dans ce cas, est la méthode à lambeaux.

5° Le lieu d'élection est la première articulation saine au-dessus de l'os malade.

6° Il y a contre-indication dans le cas de suppuration de mauvaise nature, d'ostéo-myélite développée sur plusieurs membres, et d'empoisonnement typhoïde général. (*Commissaires* : MM. Flourens, Velpeau, Lallemand.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° Trois lettres du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics : *A*. Demande d'avis et d'analyse relative à une source d'eau minérale, la source Sainte-Élisabeth, à Cusset (Allier). (*Commission des eaux minérales.*) *B*. Rapport de M. le docteur *Fuzellier*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montreuil-sur-mer, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Beussent pendant les mois de juin et celui d'août 1853. (*Commission des épidémies.*) *C*. Rapport de M. le docteur *Campmas*, médecin de l'hôpital militaire de Baréges (Hautes-Pyrénées), sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de cette localité ont été appliquées pendant l'année 1853. (*Commission des eaux minérales.*)

2° Tableau des vaccinations pratiquées dans le département de l'Hérault, envoyé par M. le professeur *Dumas*, vaccinateur en chef de ce département. (*Commission de vaccine.*)

3° Table de mortalité de la ville de Rio-Janeiro, depuis le 1er octobre 1852 jusqu'au 1er octobre 1853, y compris la mortalité par la fièvre jaune, par M. *Zeixoto*.

4° Relation d'une épidémie diphthéritique, qui a sévi sur le 75e régiment d'infanterie de ligne en garnison à Avignon, du 14 août au 31 octobre 1853, par M. le docteur *Henri Espiau*, médecin aide-major de ce régiment. (*Commission des épidémies.*)

5° Lettre de M. *Maisonneuve*, qui demande l'adjonction de M. Malgaigne à la commission chargée d'examiner le malade qu'il a guéri d'une oblitération complète de l'urètre, au moyen de l'urétroplastie périnéale. (*Commissaires* : MM. Ségalas, Malgaigne.)

6° Réponse de M. *Sécrétan* (de Marseille) à la dernière réclamation de M. Cazenave (de Bordeaux). (*Commissaire* : M. Robert.)

7° Lettre de M. *Charbonnier*, qui soumet au jugement de l'Académie une nouvelle ceinture hypogastrique et un bandage pour la hernie crurale. (*Commissaires* : MM. Malgaigne, Velpeau, Bégin.)

8° Lettre de M. *Spitzer* (de Marseille), qui adresse quelques observations au sujet du rapport de M. Danyau sur son mémoire relatif à l'action du seigle ergoté et au mécanisme de l'accouchement.

9° Mémoire sur le choléra, par M. le docteur *Beauregard*, à Graville (Havre). (*Commission du choléra.*)

10° Réplique de M. *Burin-Dubuisson*, pharmacien à Lyon, à quelques uns des faits avancés par M. Malgaigne dans sa dernière argumentation.

M. *Giraldès* adresse à l'Académie une réfutation des assertions émises, en ce qui le concerne, par M. Malgaigne, dans la dernière séance. Cet honorable académicien a fait erreur, d'après M. Giraldès, en voulant démontrer qu'il était en contradiction avec lui-même, lorsqu'il affirmait que M. Malgaigne n'avait pu émettre qu'un jugement erroné sur des expériences qui n'ont pas encore été publiées. En effet, les expériences instituées à l'École vétérinaire d'Alfort pour étudier la question des injections par le perchlorure de fer sont nombreuses; les dix-sept premières forment trois séries, dont le résumé a été déposé, dans un paquet cacheté, à l'Académie des sciences, le 23 juin 1853. Quant aux trois premières expériences, consignées dans les *Bulletins de la Société de chirurgie* du mois d'avril 1853, elles ont été faites dans le but de constater la coagulation immédiate du sang dans les veines et dans les artères, par l'injection de quelques gouttes de perchlorure de fer. Les expériences ont été instituées d'après les données plus ou moins précises publiées alors dans le journal de M. Malgaigne, d'après le récit des trois premières expériences de Pravaz.

Au moment où Pravaz adressait son travail à la Société de chirurgie, au moment où la nouvelle méthode était mise en pratique à Paris, chez l'homme, MM. Giraldès et Goubaux avaient déjà terminé la deuxième série de leurs expériences; quelques uns des résultats observés avaient été communiqués à quelques membres de l'Académie, et il en avait été longuement question *devant M. Malgaigne;* ces expériences n'étaient donc pas un secret. Dans la supposition même que, dans la sincère appréciation faite par l'honorable académicien, il ne fût question que de celles citées dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, on est en droit de se demander d'après quelles données M. Malgaigne reconnaît-il que ces expériences ont été très mal faites? Il s'agissait de constater que quelques gouttes de perchlorure de fer injecté dans les vaisseaux déterminaient la coagulation immédiate du sang. Or l'expérience a réussi; mais, pour apprécier si quelque chose avait manqué à l'expérimentation, il aurait fallu connaître le degré de densité du perchlorure employé par Pravaz et par MM. Giraldès et Goubaux, la *quantité de sang* contenue dans l'artère comprimée. M. Giraldès s'étonne que M. Malgaigne, qui ignorait tous ces détails de leurs expériences, ait cru pouvoir néanmoins déclarer, sans plus ample informé et de sa propre autorité, que ces expériences avaient été très mal faites.

Lectures et Mémoires.

M. *Malgaigne* demande la parole à propos de la correspondance. Je ne répondrai pas, dit-il, au factum de M. Dubuisson, mais je veux compléter les renseignements que j'ai apportés à l'Académie dans le cours de cette discussion. M. Burin-Dubuisson a dit que M. Barrier n'avait eu aucun accident lorsqu'il a expérimenté le perchlorure de fer; or, j'ai reçu une

lettre d'un honorable praticien de Lyon, qui m'apprend que M. Barrier lui a dit qu'il avait failli perdre son malade et qu'il n'était nullement tenté de recommencer. M. Pétrequin avait parlé d'injecter dans les anévrismes, au lieu du liquide de Pravaz, le perchlorure de fer et de manganèse. La presse médicale belge avait même annoncé que M. Pétrequin avait eu occasion d'appliquer une fois ce moyen; les journaux de Paris, au contraire, avaient dit qu'il n'en avait pas encore eu l'occasion. Eh bien, messieurs, le fait de l'anévrisme existe réellement; il tiendra une déplorable place dans ce genre de tentative. Dans le cas de M. Pétrequin, le malade a succombé; cela fait aujourd'hui cinq morts sur douze opérations.

Rapport de la commission de vaccine sur un ouvrage intitulé : *Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes*, par M. Adde Margras. M. *Cazeaux*, rapporteur : M. Adde-Margras, ayant sollicité du ministre de l'agriculture et du commerce une souscription qui donnât à la publication de son ouvrage un caractère authentique, ce ministre a soumis le document à l'examen de l'Académie, et l'a priée, par une lettre en date du 12 septembre 1853, de lui faire connaître le plus tôt possible son avis sur la suite à donner à cette demande. L'auteur, dit M. Cazeaux, divise ce livre en deux parties: dans la première, il traite de la variole et de l'inoculation; dans la seconde seulement il parle de la vaccine. Toute la première partie, qui constitue à peu près le tiers de l'ouvrage, est un véritable hors-d'œuvre dans un livre destiné aux personnes charitables étrangères à l'art de guérir. Dans la seconde partie, les questions théoriques occupent également une place très étendue et sont traitées avec intérêt, tandis que c'est là où l'on devrait s'attendre à trouver le plus de détails minutieux que M. Adde-Margras s'en montre le plus avare. Il décrit avec soin, il est vrai, les caractères du bon virus, les moyens de le conserver et de le transporter à distance; mais du manuel opératoire, de la partie du corps sur laquelle on peut agir, des précautions à prendre après l'opération, pas un mot. Ce n'est pas, dit l'auteur, l'opération qui nous occupe, mais le résultat. Il n'y a pour lui qu'un principe, c'est de vacciner avec tel instrument qui se trouvera sous la main, pourvu qu'il soit aiguisé. L'opportunité d'un livre sur la vaccination, destiné aux personnes étrangères à la science qui se vouent à la pratique de la vaccine, est parfaitement contestable, fait observer le rapporteur, dans un pays où le nombre des médecins est assez considérable pour suffire à toutes les exigences de la pratique. Un tel livre, pour être réellement utile, devrait être clairement et correctement écrit, d'ailleurs, et surtout ne pas affecter le caractère d'un traité scientifique. Or, c'est à peu près le contraire qui a lieu dans le livre de M. Adde-Margras. M. Cazeaux termine ainsi son rapport : Vous penserez probablement, Messieurs, avec votre commission de vaccine, que ces détails suffisent pour juger l'œuvre de M. Adde-Margras. Il a manifestement oublié, en écrivant son livre, l'intention si souvent exprimée par lui, de n'écrire que pour les personnes étrangères à l'art de guérir. Préoccupé des grandes discussions soulevées par la découverte de Jenner, des objections que, dans ces derniers temps encore, on a formulées contre la vaccine, il est sorti du cadre qu'il s'était tracé, et a manqué complétement le but qu'il se proposait d'atteindre.

Nous vous proposons, en conséquence, de répondre à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, que l'Académie ne reconnaît pas au livre de M. Adde-Margras ce caractère d'utilité pratique qui seul peut mériter, à un pareil ouvrage, l'approbation et l'appui du gouvernement, et qu'il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de M. Adde-Margras.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Note sur un instrument à l'aide duquel on voit dans l'intérieur de l'urètre. — M. le docteur *Désormeaux* fait observer d'abord que, dans l'étude des affections de l'urètre et des moyens que l'on peut employer, soit pour leur diagnostic, soit pour leur traitement, il est une voie dans laquelle la chirurgie n'a paru entrer que pour l'abandonner aussitôt: c'est l'application de la vue à l'exploration des diverses parties du canal excréteur de l'urine. Il rappelle les tentatives de M. Rattier et de M. Ségalas. Pour obtenir un *urétroscope* qui donne les résultats désirables, la difficulté consiste à livrer passage à la lumière par un orifice étroit, tout en réservant un espace suffisant pour les rayons visuels. M. Désormeaux pense être arrivé à ce résultat au moyen d'un miroir placé à son centre, procédé que M. Léon Foucault avait déjà appliqué à l'éclairage des corps opaques sous le microscope. Ce miroir, placé sur le prolongement de l'axe d'une sonde droite à bec nu, pour mieux dire, d'une longue canule introduite dans l'urètre, est incliné de façon à réfléchir, dans la direction de la canule, les rayons qu'il reçoit d'un foyer lumineux situé sur le côté, et qui sont préalablement rendus convergents par l'interposition d'une lentille. En même temps, l'ouverture du miroir, répondant au centre de l'instrument, livre un passage suffisant aux rayons visuels, qu'aucun point lumineux intermédiaire n'empêche d'arriver à l'objet qu'on veut observer. M. Désormeaux a déjà retiré des résultats satisfaisants de l'emploi de cet instrument, et il pense qu'il pourra, non seulement éclairer le diagnostic dans certains cas, mais aussi servir à juger certaines questions de doctrine: par exemple, celles qui se rapportent aux ulcérations urétrales, et en particulier au chancre, objet de tant de controverses.

M. Désormeaux a constaté qu'une ouverture latérale faite à la sonde ne diminue pas sensiblement l'éclairage; de là la possibilité d'aller pratiquer, avec le secours de la vue, des opérations dans l'urètre avec des bistouris, des porte-caustique appropriés.

Reprise de la discussion sur le traitement des anévrismes au moyen du perchlorure de fer.

M. Roux : Dans la discussion engagée depuis quelque temps au sein de l'Académie, il y a un côté de la question qui a été complétement négligé. Il a semblé que la chirurgie était dépourvue de moyens contre les anévrismes, et que le perchlorure était un moyen contre une affection à laquelle la chirurgie n'avait rien à opposer. Lorsque j'ai pris la parole pour la première fois dans cette discussion, je me suis borné à reprocher à M. Malgaigne de n'avoir pas attendu que la méthode ait été expérimentée d'une manière suffisante. Je persiste dans cette manière de voir. Tout en faisant ce reproche à M. Malgaigne, j'en ai adressé un autre à M. Gerdy et à M. Moreau, qui se sont montrés trop sévères contre les expérimentations rationnelles en chirurgie. J'éprouve le besoin de revenir sur quelques considérations que j'ai déjà présentées et d'y ajouter quelques réflexions. La méthode qu'on cherche à introduire dans la pratique chirurgicale n'a pas l'importance qu'on lui a donnée, et ne peut être mise en parallèle avec les moyens dont la chirurgie est en possession. M. Velpeau a eu huit fois raison en disant que ce n'était pas une chose tout à fait nouvelle, mais une extension de procédés déjà connus, tels que les introductions d'aiguilles, les injections d'alcool de M. Leroy (d'Étiolles), l'acupuncture, la congélation. La glace employée pour déterminer la congélation n'est pas un moyen aussi indifférent qu'on pourrait le croire. Dans le cours de ma pratique, j'ai quelquefois eu recours avec succès aux applications réfrigérantes. Dans un cas d'anévrisme de l'aorte, j'ai pu déterminer ainsi une révulsion suivie d'une amélioration remarquable. Cette méthode a surtout été recommandée par Guérin, de Bordeaux. A Paris, entre les mains de M. Deschamps, elle ne donna pas alors des résultats aussi satisfaisants qu'entre celles du praticien de Bordeaux; c'est ce qui fit dire à M. Deschamps que les eaux de la Seine n'avaient pas la même action que celles de la Garonne. Mais j'ai vu moi-même, dans les salles de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, un très beau résultat obtenu par M. Guérin de l'application de la méthode réfrigérante aux anévrismes. Il s'agissait d'un anévrisme de la carotide primitive ou de la sous-clavière; je n'ai pu suivre les effets successifs de la méthode, mais je sais qu'il y a une réduction considérable du volume de la tumeur. J'ai été étonné que M. Velpeau n'ait pas fait considérer à l'Académie que la compression doit être rattachée à la méthode générale de coagulation du sang. C'est là encore une chose que nous devons à la chirurgie lyonnaise, qui semble en possession de ce qui concerne le thérapeutique des anévrismes. Il y a longtemps que M. Viricel, de Lyon, a trouvé qu'en exerçant une compression momentanée sur un point d'une artère, il se forme au-dessous un caillot, de sorte que la maladie est en voie de guérison. Je demanderai maintenant à l'Académie de poursuivre un petit différend avec M. Velpeau, et relatif à la méthode de Hunter, qui offre des résultats bien préférables à ceux du perchlorure de fer. Je sais bien qu'Anel avait eu avant Hunter l'idée de lier l'artère au-dessus de la tumeur dans les anévrismes; mais c'est Hunter qui en a fait l'application à un anévrisme poplité. C'est là un fait considérable dans la science et qui me fait dire que Hunter est l'inventeur de l'application et l'auteur de l'extension extraordinaire donnée à la méthode nouvelle de ligature dans les anévrismes; aussi je persiste à l'appeler du nom de *méthode de Hunter*.—Maintenant on a trop considéré la méthode Pravaz d'une manière absolue, comme s'il n'y avait aucun autre moyen pour la guérison des anévrismes; pas un mot de comparaison n'a été dit entre le perchlorure de fer et la méthode usuelle, la ligature. Quand bien même cependant le meilleur moyen serait celui qu'on propose aujourd'hui, il y aurait encore un parallèle à établir entre lui et la ligature. Je déplore d'autant plus cet oubli que je suis bien convaincu que la chirurgie a plus à faire encore avec l'ancienne méthode qu'avec la méthode de Pravaz. Je m'abandonne à une sorte de fiction. Supposons que le perchlorure de fer ait tous les avantages qu'on lui accorde, qu'on ait fait choix d'un hémoplastique meilleur encore que le perchlorure de fer, car on est encore à essayer; supposons qu'on se rende bien compte des modifications que peut subir le caillot, qu'on ait bien établi d'une manière précise les règles à suivre, les précautions à prendre pour éviter, par exemple, que le perchlorure de fer ne passe de l'artère où on l'injecte dans une artère ou dans une veine voisine, ce ne serait, malgré tout cela, qu'après un grand nombre d'observations qu'on pourrait accorder la préférence au perchlorure de fer sur la ligature. Les chirurgiens ont dû faire des efforts considérables pour introduire la nouvelle méthode de ligature au détriment de l'ancienne. Nous nous souvenons encore des luttes qu'il a fallu soutenir, du courage même qu'il a fallu

montrer pour faire triompher la méthode de Hunter, dont l'application est devenue aujourd'hui de plus en plus générale. Et je suis heureux de penser que j'ai peut-être contribué un peu à ce résultat.

Je suppose pourtant que la méthode des injections de perchlorure de fer donne des résultats meilleurs. Il y a, par exemple, le succès obtenu par M. Valette, ce succès incontestable qui est arrivé dans un cas où l'on s'était affranchi de tous les préceptes posés pour l'emploi de la solution de perchlorure, ce qui ajoute encore à l'indécision où nous sommes sur la méthode dont il s'agit. Je ne puis pressentir l'avenir; mais dans le cas où la nouvelle méthode viendrait plus tard à offrir des résultats qui puissent être comparés à ceux de la méthode ancienne, je ferai connaître les résultats auxquels je suis parvenu par l'emploi de la ligature. Comment voulez-vous que j'abandonne la ligature après être arrivé aux résultats que je vais citer. Il y a quinze ans que j'ai adopté pour toutes les varices des membres inférieurs le procédé que je suis aujourd'hui et que j'ai vu mettre en pratique par M. Riberi, de Turin. Dans un voyage que je fis en Italie, j'appris de ce chirurgien distingué qu'il pratiquait la ligature des veines variqueuses avec un succès assez constant; il lui était arrivé quelques accidents, quelques malheurs même, mais en très petit nombre. De retour en France, je fis l'essai de son procédé. Depuis je l'ai employé cinquante ou soixante fois, plus même, sans aucun inconvénient. En ce moment j'ai, à l'Hôtel-Dieu, quatre malades auxquels j'ai fait la ligature de la saphène interne, et chez lesquels j'ai obtenu une guérison entière. Quant aux autres, les varices avaient complétement disparu à l'époque de la sortie, et, comme je ne les ai pas revus pour la plupart, je dois les considérer comme guéris. Aussi je ne consentirai jamais à injecter du perchlorure de fer dans les varices. Le résultat le plus habituel de la ligature n'est pas moins avantageux dans les anévrismes faux consécutifs ou spontanés. Si jamais on peut recueillir un nombre considérable de faits relatifs à l'emploi des injections de perchlorure de fer, si ces expérimentations sont suivies d'assez de succès pour qu'elles puissent être continuées, on verra si cette méthode peut être comparée à la ligature. Au moment où je parle, j'ai pratiqué 84 fois la ligature de grosses artères, crurale, brachiale, poplitée; 66 fois l'opération a été pratiquée par la méthode que je m'obstine à appeler méthode de Hunter; 10 fois j'ai fait la ligature pour des anévrismes faux consécutifs. Les anévrismes faux consécutifs se présentent presque toujours au bras; j'en ai opéré deux par l'ouverture du sac et les autres par la méthode de Hunter : tous ont parfaitement guéri. Faut-il donc consentir à pratiquer la méthode de Pravaz dans les anévrismes du pli du bras ? J'ai parlé des anévrismes spontanés : j'en ai opéré 33, dont 23 anévrismes poplités; dans le plus grand nombre des cas, le résultat a été satisfaisant. Voyons maintenant à quels accidents et à quels résultats peut conduire la méthode de Pravaz. La tentative à laquelle on se livre en chirurgie est assurément une chose des plus graves, des plus sérieuses, si l'on examine ce qui a eu lieu jusqu'ici. Pourquoi donc s'écarter de la méthode ancienne qui donne de si beaux résultats? Avec la méthode ancienne, on avait à redouter la gangrène, les hémorrhagies, les accidents inflammatoires. Eh bien, n'a-t-on pas à redouter tout cela avec la méthode de Pravaz ? Qu'on relise, par exemple, le fait de M. Malgaigne. Il est vrai qu'à cette époque on n'arrêtait pas le cours du sang dans le vaisseau où était pratiquée l'injection. Avec la ligature, j'ai vu trois fois seulement la gangrène s'emparer d'un membre, et encore une fois l'opération avait été pratiquée dans de très mauvaises conditions; deux fois j'ai vu des accidents inflammatoires se développer après la méthode de Hunter; cinq fois j'ai vu survenir des hémorrhagies secondaires. En bonne chirurgie, il vaut mieux se tenir à une méthode qui est bonne et éprouvée par un long usage que de courir les chances d'un procédé nouveau et hasardeux. Il y a des personnes qui sont tourmentées par le désir de s'engager dans des voies nouvelles, mais, en bonne chirurgie, il ne faut pas changer une méthode pour le plaisir de la changer.

M. Velpeau : Je dirai d'abord à l'Académie qu'elle va porter un peu la peine de sa dernière décision. Mardi dernier, j'avais demandé la parole pour une petite rectification ; j'en avais pour une demi-minute, aujourd'hui j'en aurai pour un quart d'heure. Ce que vient de dire notre honorable maître, M. Roux, a agrandi le débat. Je voulais faire remarquer qu'il s'agissait simplement de discuter la valeur de la méthode nouvelle ; aujourd'hui nous en sommes à discuter la valeur des différentes méthodes, bien qu'elles soient connues maintenant. Un autre de nos collègues a pris la question sous le point de vue moral; il ne voulait blâmer personne, puisqu'il voulait blâmer tout le monde : je laisse à tout le monde le soin de se défendre. J'arrive au perchlorure même. Par malheur pour moi, M. Malgaigne n'était pas présent à la séance où j'ai pris la parole ; M. Malgaigne a cru que je l'avais blâmé, et que j'avais révoqué en doute quelques uns de ses faits. Je n'ai pas eu la moindre pensée de douter du fait qu'il a signalé. M. Malgaigne a encore cru que j'avais dit que la méthode pouvait être bonne pour les anévrismes de la racine des membres ; je n'ai pas dit cela. J'ai dit que cette question n'était pas mûre, qu'elle n'était pas jugée, que la ligature était insuffisante pour les anévrismes de la racine des membres, et qu'il était à désirer qu'on trouvât une méthode qui pût être appliquée au traitement de ces anévrismes. J'ai dit que nous n'étions pas en mesure pour juger définitivement cette question du perchlorure de fer. Je ne crois pas pour moi que les accidents soient inhérents à la méthode même. Cette gangrène de l'avant-bras que M. Malgaigne a signalée ne me paraît pas la conséquence de l'injection de perchlorure; il y a là une cause inconnue. Il y a eu des accidents inflammatoires ; en effet, on pouvait les redouter beaucoup. Pravaz avait annoncé le perchlorure comme quelque chose de très irritant. Je me suis vu forcé de l'employer dans un cas ; j'ai introduit au fond d'une vaste plaie des boulettes de charpie imbibées de perchlorure de fer sans qu'il en soit résulté aucun accident inflammatoire. Je ne crois pas que ce soit un moyen dangereux. Il y a eu dans cette question une chose fâcheuse, c'est l'intervention de M. Burin-Dubuisson. Que le pharmacien nous fournisse les moyens dont nous avons besoin, mais qu'il ne vienne pas se mêler aux discussions académiques. Voilà un moyen qui coagule le sang dans les vaisseaux : expérimenter; ce liquide n'agit pas d'une manière irritante, donc il n'y a pas à redouter d'accidents inflammatoires. Ce liquide coagule, cela est certain. Si en coagulant le sang dans les vaisseaux, on peut arrêter le cours du sang, il y a lieu encore d'expérimenter le perchlorure de fer sur les animaux, pas sur l'homme. Une autre raison, c'est qu'il y a quelques faits.

M. Malgaigne, esprit judicieux pourtant, rejette ces faits; je crois que c'est là une faute. Je ne connais pas bien la valeur de M. Valette, mais je sais que c'est un homme distingué; il est chirurgien d'un grand hôpital par concours. Il a injecté, dites-vous, une trop forte dose de perchlorure, mais l'expérimentation n'a pas encore donné la quantité de liquide à injecter; nous ne savons pas si M. Valette n'a pas fait mieux qu'on n'avait fait avant lui. Nous n'avons pas le droit de rejeter le fait de M. Valette, et ce serait d'une mauvaise philosophie de proscrire une méthode qui se présente dans les conditions où elle est aujourd'hui, car si elle n'est pas applicable aux anévrismes, elle peut être employée ailleurs avec avantage. M. Moissenet a obtenu d'excellents effets du perchlorure de fer dans les hémorrhagies utérines. Peut-être en retirera-t-on aussi de grands avantages pour arrêter les hémorrhagies dans certaines plaies. Tout le monde sait que depuis des siècles on cherche un hémostatique sûr. Pour les varices on a employé le perchlorure de fer, à Lyon, à Paris. M. Giraldès a pu en injecter des quantités considérables sans accidents, oblitérer des veines, et amener même la guérison. Je ne voudrais pas qu'on en conclût que je suis partisan de ce traitement pour les varices; on ne les guérira pas par ce moyen, pas plus que par autre chose. J'ai appliqué sur deux cent cinquante individus cette opération que M. Roux est allé chercher en Italie, et qu'il pouvait tout aussi aisément trouver dans un certain livre, sur les planches de sa bibliothèque.

Je n'ai vu d'accident qu'une seule fois. J'ai appliqué aussi, pour le traitement des varices, de petits sétons, sans plus d'accidents; j'ai lié les veines en les découvrant, sans les découvrir. J'ai réussi. Mais il faut s'entendre : j'ai oblitéré la veine, mais celle-ci a bien su retrouver son chemin autre part. En y réfléchissant bien, il est impossible de guérir les varices; les veines ne sont pas des canaux peu ramifiés comme les artères, elles ont des anastomoses par myriades. Mes malades revenaient, au bout d'un an, couturés d'anciennes cicatrices, et porteurs cependant de grosses veines variqueuses. J'ai même vu un malade, auquel j'avais excisé 5 centimètres d'une grosse veine saphène, revenir au bout de dix ans, dans mon service, à la Charité. Il s'était fait d'autres veines déjà très grosses. Nos collègues qui emploient le perchlorure de fer pour les varices perdront leur temps; les explications que je viens de donner éclairent sur les inconvénients de ce moyen. Il est un point sur lequel je veux donner un avis à nos jeunes collègues : c'est que le caillot a une tendance à adhérer. J'ai vu cela dans les grosses veines des chevaux, auxquels M. Leblanc avait fait des injections de perchlorure de fer; il y a lieu de croire que ce caillot peut s'organiser en restant adhérent à la veine ou bien être résorbé; s'il adhère en un point, il pourra se former un canal plus ou moins large au-dessous de lui. Mais voici une difficulté, qu'on injecte du perchlorure de fer ou autre chose. Ce n'est pas la même chose d'injecter dans une artère ou dans une veine saine, ou bien dans une poche anévrismale; ici, vous avez une poche qui n'est plus franchement organisée, ou vous avez des couches concrètes non organisées. Une autre difficulté, c'est que le trou de l'artère, au fond de l'anévrisme, n'est pas toujours centre pour centre. Dans un cas d'anévrisme au pli du bras, sur le cadavre, on ne pouvait pas trouver le trou de l'artère cubitale, qui était séparée des couches anévrismales par un cordon d'un trajet tortueux de 2 ou 3 centimètres. Réussirait-on à oblitérer la poche, rien ne dit qu'il ne viendra pas se former une nouvelle poche à côté de l'ancienne ; ce sera encore une cause d'insuccès. Quand on porte la canule dans une poche anévrismale, rien ne dit qu'on est en face du bout de l'artère ; c'est encore une nouvelle idée que je soumets aux expérimentateurs. Mais je ne veux pas blâmer ceux qui expérimentent les injections coagulantes. Je crois que la science et la pratique ne

feront qu'y gagner. Quelques mots sur la réfrigération. Ce n'est pas dans le même but que Guérin que j'ai agi. Il voulait amener par la réfrigération la coarction de l'artère. Sachant qu'avec un mélange de glace et de sel on solidifie les tissus, je m'étais proposé de congeler le sang dans les artères anévrismales : cela est différent de la réfrigération. Je m'étais demandé si, en coagulant le sang au moyen du froid, le coagulum ne persisterait pas; malheureusement c'est ce qui ne s'est pas vérifié.

M. *Leblanc* présente à l'Académie l'artère carotide d'un chien dans laquelle il a injecté du perchlorure de fer; la compression avait été établie en haut et en bas; il s'est formé un caillot qui depuis a été entraîné sans accident. Il ne reste plus aujourd'hui aucun magma dans l'artère, qui est entièrement libre, le caillot a évidemment passé dans la circulation. M. Leblanc est d'ailleurs porté à croire, par d'autres expériences, que des portions de magma peuvent impunément rester emprisonnées dans le vaisseau entre deux caillots sanguins ou deux points oblitérés.

M. Leblanc communique ensuite à l'Académie un mémoire relatif à des expérimentations qu'il a faites, de concert avec M. Debout, au sujet de l'action du perchlorure de fer injecté dans les vaisseaux.

Les nouvelles recherches auxquelles vient de se livrer M. Leblanc l'ont amené à conclure qu'il y a lieu d'espérer dans l'avenir de la méthode de traitement de certains anévrismes par les injections de solution de perchlorure de fer convenablement faites. Il y a lieu de croire, suivant lui, que l'on arrivera, dans un temps plus ou moins éloigné, à formuler un mode opératoire rationnel, non pas d'une manière mathématique, cela ne peut pas se faire en chirurgie, surtout dans la question dont il s'agit, où les modifications de lésions sont si communes, mais de façon qu'une main habile et intelligente puisse être utilement guidée.

On peut déjà dire:

1° Que l'on ne devra employer la méthode que lorsque le sac anévrismal contiendra du sang liquide;

2° Que les solutions de 30° et au-dessous, aussi neutres que possible, devront seules être injectées;

3° Que l'on devra éviter de faire plusieurs ponctions rapprochées;

4° Que, pour prévenir l'infiltration dans les parois de la tumeur du solutum resté au bout de la canule, il faut, avant de retirer l'instrument, faire rentrer ce solutum dans la canule, en faisant faire un tour en arrière à la tige du piston de la seringue;

5° Qu'il est nécessaire d'établir une compression assez prolongée sur le trajet du vaisseau malade;

6° Qu'il est très probable qu'une très petite quantité de solutum très dilué suffira pour provoquer la coagulation du sang maintenu en stagnation.

La séance est levée à cinq heures.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Documents pour servir à l'histoire du choléra-morbus. — Rapport du Registrar general.

Le rapport sur la mortalité du choléra en Angleterre (1848-49), présenté il y a quelques mois par le *Registrar general* (1) à sir Georges Grey, secrétaire d'État au ministère de l'intérieur, forme un des documents les plus considérables qui aient été publiés pour résoudre les problèmes scientifiques qui se rattachent à ce terrible fléau. Rédigé par M. William Farr, le savant créateur du *Weekly return*, etc., il porte sur 72,180 décès par choléra ou diarrhée. Chaque cas est inscrit sur un bulletin spécial où sont résumées les observations les plus intéressantes relatives à l'invasion, aux symptômes, au traitement de la maladie, aux conditions hygiéniques et sociales du malade.

Des cartes indiquent la marche de l'épidémie à travers chaque contrée, et cela pour une population de 17 millions disséminée sur une vaste étendue, dans les circonstances les plus variées de la vie. Sur une carte de l'Angleterre, on reconnaît l'intensité du choléra par la teinte plus ou moins foncée de chaque district : la plus noire s'observe à Hull, où la mortalité s'est élevée à 287 sur 10,000; la moins chargée à Guildford (Surrey), où la mortalité n'a été que de 5 sur 10,000.

Des tables admirablement exécutées présentent le chiffre des décès, jour par jour, avec les phénomènes météorologiques observés à Greenwich; ainsi on trouve, pour quelque moment que ce soit, le nombre des morts (choléra ou diarrhée), la température de l'atmosphère, son état hygrométrique, la quantité d'eau tombée, la direction des vents, etc.

Au moyen de figures circulaires, on se rend compte de la mortalité de Londres pour chaque semaine des onze dernières années.

Il n'est pas besoin d'insister sur l'importance et la valeur de pareils matériaux. Indépendamment de la signification scientifique qu'on peut y attacher en Angleterre, ils sont précieux pour tout le monde en tant que documents considérables recueillis sur une vaste échelle, avec un ensemble qu'on ne voit nulle part ailleurs. C'est à ce titre surtout que nous croyons utile de les faire connaître au lecteur; aussi nous attacherons-nous spécialement à en donner un exposé fidèle et complet, sans nous trop aventurer dans une critique que l'éloignement des lieux rendrait d'ailleurs fort difficile, sinon impossible.

Le premier fait à signaler est la différence qu'a présentée le chiffre de la mortalité, en 1849 et en 1832, dans les localités atteintes par les deux invasions. Il est des districts où la mortalité a été plus forte en 1849 qu'en 1832. Par exemple, à Londres, en 1832, 5,775 décès sur 1,624,896 habitants; en 1849, 14,137 sur 2,361,640 habitants. Il en est d'autres où elle a été moindre. Ainsi, à Newcastle en 1832, 801 sur 42,760; en 1849, 295 sur 89,145.

Tel est le résultat général; mais comme l'histoire du choléra dans une contrée est en relation avec l'état habituel de la santé publique, il est indispensable d'entrer à cet égard dans quelques détails.

Les rapports annuels du *Registrar* constatent que l'Angleterre est le pays le plus salubre du monde (*England is the healthiest country in the world*). On n'y observe que 22 décès par an sur 1,000 habitants, pendant qu'en France on en compte 24, en Prusse 27, en Autriche 30, en Russie 36.

Ce chiffre 22 est la moyenne entre celui de 35 des districts malsains de Liverpool et Manchester, et celui de 14 des pays mieux partagés du Northumberland. « Il arrive souvent, dit M. Farr, que » des villes, des villages, des paroisses, des rues insalubres, sont » immédiatement juxtaposés à des villes, des villages, des pa» roisses, des rues très salubres. Il résulte de là que même les » districts réputés malsains présentent des localités où les condi» tions hygiéniques sont excellentes, et que ceux plus favorisés » possèdent des lieux très peu salubres. »

C'est grâce au système complet d'enregistrement des décès que l'on a pu établir en Angleterre la mortalité annuelle de chacun des 330 districts, et qu'il a été permis de les classer suivant l'ordre de salubrité: Glandale, Bellingham, Anglesea, isle of Wight, Swansen, London-City sont inscrits en tête de la liste, qui se termine par Plymouth, Salisbury, White-Chapel (London), Liverpool. On a pu ainsi, avec les années, connaître l'influence des travaux d'art et des mesures d'hygiène sur la santé publique. Ainsi, pendant que l'on constate à Salisbury la diminution progressive de la population, on voit la mortalité devenir toujours moindre à Westminster (Londres). Or, la ville épiscopale de Salisbury est située dans une vallée basse et humide; les cours et les allées où réside la classe pauvre présentent un aspect déplorable, et il a été impossible jusqu'ici d'établir un système de drainage efficace. Par contre, à Westminster, ce vaste quartier où naguère les opérations de balayage, lavage, enlèvement d'immondices s'exécutaient sous la protection de la garde, où se donnaient rendez-vous toutes les abominations physiques, où la mortalité était effrayante, où le typhus et le choléra sévissaient avec fureur, la plus heureuse régénération a été accomplie sous la direction de la commission des travaux publics. Aujourd'hui, une belle rue s'élève de dix-huit pieds au-dessus du premier sol; un grand cloaque et des égouts bien entendus ont remplacé de mau-

(1) Dans chaque district de l'Angleterre et du pays de Galles, il existe un médecin chargé, sous le nom de *Registrar*, de recueillir tous les faits de quelque importance, relatifs à l'hygiène des localités où il réside, et de les transmettre à Londres au *Registrar General*. Ces médecins constatent les décès et les naissances, et en dressent des tableaux, centralisés ensuite à la métropole, et publiés par les soins du constatateur, dans un rapport hebdomadaire appelé *Weekly Return of Births and Deaths*.

vais canaux, et de charmantes habitations donnent à la *Victoria-street* l'aspect des boulevards de Paris.

Quelle est la nature spécifique du choléra? Diffère-t-il essentiellement du sporadique? A-t-il quelque cause naturelle assignable, ou doit-on le regarder comme un avertissement céleste, une expression directe du mécontentement de Dieu? Est-il propagé à travers l'air ou l'eau, par contact ou par infection?

Toutes ces questions ont été posées en Angleterre; on comprend que M. Farr ne s'y arrête pas longtemps. « J'ai cherché, dit-il, à présenter pour les comptes rendus un ensemble de faits, sans les rapporter à aucune théorie; j'ai voulu seulement démontrer que les conditions dans lesquelles le choléra est ou n'est pas fatal peuvent être déterminées et produire d'importantes déductions pratiques. » Rappelons seulement celles qui méritent au moins quelque attention.

1° L'hypothèse des agents volcaniques, de Parkin, ne peut donner lieu qu'à un genre d'éloge, et il s'adresse au courage qu'a eu l'auteur de suivre pendant plusieurs années l'épidémie, en se soumettant partout à l'influence des causes qu'il était si avide de reconnaître. Il croit que les éléments du poison morbide sont engendrés par des réservoirs souterrains et répandus de là dans l'atmosphère ambiante. On peut se contenter de faire observer que le choléra n'a pas été plus grave au milieu des contrées volcaniques, et que les invasions de 1832 et de 1849 n'ont pas correspondu à des éruptions ou à des tremblements de terre.

2° M. Orton attribue au défaut d'électricité la cause éloignée de l'épidémie. Personne cependant n'a démontré cette relation, et en mettant les observations journalières faites à Greenwich en regard des chiffres des décès, il a été impossible de trouver une relation quelconque entre ces deux ordres de faits.

3° L'on a prétendu qu'à Saint-Pétersbourg, pendant toute la durée du fléau, l'état électrique avait été troublé; « l'électricité » était si affaiblie, que l'on ne pouvait plus charger les machines. » Mais, pour accorder à ce fait une importance réelle, il faudrait: 1° Établir que jamais, à d'autres époques, il ne s'est produit en ville ou aux environs; 2° que les mêmes phénomènes ont été observés ailleurs. Or, les données pour répondre à la première hypothèse manquent, et les observations faites à Londres, à Berlin, à Hambourg, n'ont jamais autorisé la seconde.

M. Schoenbein a modifié cette théorie d'une manière ingénieuse: l'oxygène, au contact de l'étincelle électrique, est transformé en une matière odorante dite *ozone*, qui a la faculté de désinfecter l'air saturé des miasmes de viandes putrides. Par conséquent, ces miasmes, répandus dans l'atmosphère par le nombre infini de plantes et d'animaux qui meurent à toutes les heures sur la terre et sur l'eau, sont constamment décomposés par l'*ozone*. En généralisant, M. Schoenbein a attribué au défaut d'ozone, la cause du choléra. Mais les faits ne répondent guère à cette pure conception de l'esprit.

4° M. Snow ne définit pas « ce quelque chose qui transporte le » choléra d'une personne à une autre, en passant par la membrane » muqueuse du canal alimentaire de chacune d'elles, » et il n'explique pas l'origine de l'épidémie.

5° La théorie des champignons des docteurs Bristain et Swaine, de Bristol, a été victorieusement combattue par le comité de médecins devant lesquels ces messieurs avaient été appelés pour démontrer les *fongus* contenus dans plusieurs qualités d'eau servant à la boisson ordinaire des habitants des localités infectées.

Au milieu de toutes ces théories, le *registrar general* n'accepte que l'interprétation suivante: *Le choléra est produit chez l'homme par une certaine matière spécifique, variété de celle qu'engendrent aux Indes certaines circonstances défavorables;* douée de la faculté de se propager, de se multiplier elle-même à travers l'air, l'eau ou la nourriture, en détruisant l'organisme par la succession des phénomènes qui constituent le choléra asiatique.

M. Farr propose de nommer pour le moment cette matière CHOLÉRINE, et de classer l'affection elle-même dans les *zymotic*. Ce terme, nouvellement créé, embrasse l'ensemble des maladies endémiques, épidémiques et contagieuses, et de celles qui sont censées se produire d'une manière analogue à la fermentation. C'est de là même que le mot est venu. On sait que, suivant Liebig, les miasmes, proprement dits, ne peuvent que déterminer une maladie, mais non se reproduire. L'acide carbonique, l'hydrogène sulfureux qui se dégagent fréquemment des caves, mines, puisards, égouts, n'exercent une influence pernicieuse que sur les personnes qui les respirent. Mais il est d'autres miasmes dont nous ne connaissons en aucune manière la composition chimique, qui produisent la mort avec une rapidité effrayante, et dont le germe se renouvelle dans les organismes, de manière à se perpétuer et à se multiplier indéfiniment. La *cholérine* est au nombre de ces derniers agents. Engendrée aux Indes sous des conditions spéciales, elle a fait sa première apparition dans le Delta du Gange. Dès le mois de juin 1817, elle a acquis une intensité effrayante en Naddée, où la maladie était connue sous sa forme endémique.

Telle est la théorie de l'auteur du rapport. On conviendra aisément que, si elle est moins affirmative que d'autres, elle n'avance pas beaucoup plus la question étiologique.

PROSPER DE PIETRA SANTA.

(*La suite prochainement.*)

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ABEILLE MÉDICALE. — N° 33. Du choléra et des moyens de prévenir son développement, par *Bellanger*.

GAZETTE DES HOPITAUX. — N°s 136 à 141. Cliniques et analyses.

GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER. — N° 8. Sur les plaies de tête, par *Moutet*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 11. Sulfate de cinchonicine contre la fièvre intermittente, par *Pasteur*. — Traitement du staphylome, par *Hervier*. — Engorgements parotidiens critiques, par *Liégey*.

MONITEUR DES HÔPITAUX. — N°s 138 à 143. — Contagion de la syphilis héréditaire, par *Bergeret*.

REVUE MÉDICALE, 15 nov. 1853. — De l'usage externe de l'iode, par *Brault* (de St-Servan). — Lettre sur les fièvres malignes, par *Girard*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 9. Empoisonnement par des champignons blancs, par *Mourgue*. — Cataracte opérée avec succès sur un œil atteint de phlegmasie chronique; remarques, par *Beauclair*. — Thérapeutique de l'éclampsie pendant l'accouchement, par *Cabaret* (fin).

UNION MÉDICALE. — N°s 137 à 142. Observ. d'épicanthus externe, par *Zandick*. — Cliniques.

ALLGEM. MEDICIN. CENTRAL-ZEITUNG. — N° 91. Des associations de santé de Berlin (Fin. Pendant trois ans 6,400 membres; 20,300 cas de maladies; dépense, 15,069 thalers (56,500 fr.)

ARCHIV. F. PHYSIOL. HEILKUNDE, v. Vierordt, 12e année, 4e cah. — Critique de l'applicat. thérap. des astringents tirés des végétaux (sur le tannin) par *Hennig*. — La coqueluche des enfants, par *Friedleben* (contin.).

DEUTSCHE KLINIK (*Clinique allemande*), v. Goeschen. — N° 47. Recherches sur les effets de la picrotoxine (expériences sur des lapins, etc.), par *Falk*, de Marbourg (commencement). — La clinique chirurgic. et ophthalm. d'Erlangen, par *Heyfelder* (continuat.) — Observ. sur la dyssenterie, par le prof. *Naumann*, de Bonn (fin). — Rapport annuel de la polyclinique obstétricale de Munich (du 1er nov. 1851 au 30 sept. 1852), par *Berliner*. — Trentième congrès de Tubingue (contin.). — Les eaux de la Suisse et du Tyrol (Sanct-Moriz, déjà recommandé par Paracelse), par le prof. *Krahmer*, de Halle (contin.)

MEDICIN. ZEIT. herausgeg. v. d. Verein f. Heilk. in Preussen (*Gazette méd. de Prusse*). — N° 46. La nécrose dite phosphorique (deux stades, le premier est celui de la périostite, le second comprend la destruction du produit morbide par l'inflammation et la suppuration), par *Weihe*. — Danger de l'inflammation du tissu cellulaire du cou (deux cas dont un mortel), par *Flecken*. — Brûlures (efficacité de l'eau de créosote), par *Heer*. — Sueur limitée à une moitié de la tête, par *Davidsohn*. — Choléra. Ont été atteintes 1397 personnes, sur lesquelles il y a eu 926 cas de mort et 424 guérisons. Nouveaux cas: le 8 nov., 3; le 9, 1; le 10, 0; le 11, 1; le 12, 1; le 13, 2; et le 14, 2.

MONATSSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE UND FRAUENKRANKHEITEN (*Journ. mens. de l'art de l'accouchem. et des malad. des femmes*), par Busch, Credé, de Ritgen, de Siebold. Berlin, 1853. vol. II, 4e cah. — Sur le placenta prævia, sur la structure du placenta en général, et sur son adhésion à l'utérus, par *Holst* (de Dorpat) (contin.). — Souvenir de Smellie, par *de Ritgen*. — Sur la maison d'accouchem. de Christiania, dans l'année 1851, par *Faye*.

WIENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT (*Gazette méd. hebdom. de Vienne*). — Année 1853. N° 40. Lettres iatrochimiques, par *V. Kletzinsky* (de Vienne) (contin.). — L'ophthalmie égypt., par *Frisch* (contin.). — Revue des écrits les plus récents sur le ver solitaire, par *Küchenmeister* (contin.). — N° 41. Cas remarquables de la pratique chirurgic. (Tumeur emphysémateuse de la tête, en communicat. avec la

trompe d'Eustache, par le prof. *Balassa* (de Pesth) (contin.). — L'ophthalm. égypt., par *Frisch* (contin.). — Revue des écrits les plus récents sur le ver solitaire, par *Küchenmeister* (fin). — N° 42. Sur le typhus (observations sur les épidémies des années 1849-51, faites dans les hôpitaux militaires. Nosogénie), par *Moriz Haller*. — L'ophth. égypt., par *Frisch* (contin.). — N° 43. (Fin). — Sur le typhus (diagnostic différentiel entre le typhus et la méningite, la pneumonie, la tuberculose intestinale aigue., etc.), par *Haller* (contin.). — N° 44. Le mikania guaco, remède contre le choléra. Une teinture préparée du suc de cette plante a été déjà employée, en 1833, par le docteur Chabert, méd. à l'hôpital militaire de Mexico, avec beaucoup de succès contre cette maladie. Les médecins de Chaniai, officiers de la marine française, et le docteur Czeterin (en 1836) ont pu constater par leurs propres observations l'effet de ce remède. M. Jobst de Stuttgart, qui s'est beaucoup occupé, de 1836 à 1840, de l'étude des propriétés de cette plante, a publié un petit traité dans lequel il se prononce dans le même sens favorable. En résumé, cette plante joint aux qualités de l'ipécacuanha celles de la valériane. Dose : une cuillerée à café de la teinture ; au commencement, toutes les demi-heures ; plus tard, toutes les heures ou toutes les deux heures, par *W. Valentin* (voir le *Gaz. méd. de Paris*, n° 28, 1853, et Guibourt, *Hist. nat. des drogues simples*, 4e édit., vol. III, p. 60). — Sur le typhus (thérapeutique, calomel, saignée, quinine, acides minér. dilués, lotions froides, etc.), par *Haller*. — Lettres iatrochimiques, par *Kletzinsky* (contin.). — Les médec. de la Turquie, par le docteur *Muhlig*, de Constantinople.

ZEITSCHRIFT F. WISSENSCHAFTLICHE ZOOLOGIE (*Journal de zoologie scientifique*), publié par *C. Théod. de Siebold* et *Alb. Koelliker*. Vol. V, 1er cah. Leipzig, 1853. — Anatomie et physiologie de la rétine, réponse à une communication du profess. Koelliker, par *Ad. Hannover*. — Quelques remarques sur les corps de Pacini, par *Ad. Koelliker*.

ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN (*Journ. de la Société imp. et roy. des médecins de Vienne, par Hebra*). 9e année, 1er CAH., janv. 1853, Vienne.—Sur le diagn. et le traitem. des formes primaires de la folie, par *Leidesdorf*, à Pétersbourg. — Sur l'absence congéniale de l'iris, par *de Carion*, d'après communic. écrites du prof. *W. Boeck*, à Christiania (hérédité constatée par quatre cas dans la même famille). — Sur les malad. des enfants à la suite de la vaccination, par *Alois Bednar*. — Suites d'une morsure de serpent (*vipera chersea*), communic. du malade même (le docteur *L. Kreutzer*). — Rapport sur un voyage en Italie (sur l'extension, les formes et le traitement de la syphilis dans ce pays ; sur la syphilisation), par le prof. *C. Sigmund*. — Rapport sur un voyage en Norwége (études sur quelques maladies de la peau : le *Radesyge* de Norwege et de Suède, et le *Morbus Dithmarsicus* du Holstein ont disparu ; le *Spedalskhed* de Norwege, ou l'éléphantiasis des Grecs ; forme particulière de la gale, très repandue dans ces co trees et décrite par le prof. Boeck, de Christiania), par le prof. *Hebra*. — Rapport medical sur les malades traités pendant l'année 1851 dans l'hôpital général de Vienne (12,102 malades dont 2446 morts ; 1434 autopsies dirigées par *Rokitansky*). — IIe CAH., février. Sur le cancer gelatiniforme et les tumeurs gelatiniformes benignes, par le prof. *Rokitansky*. — Description de deux embryons humains, par le docteur *C. Wedl*. — Voyage en Italie (suite ; topographie médicale de Pise), par le prof. *C. Sigmund*. — Exposé critique de l'etat des hôpitaux d'Europe, d'après les observations du prof. *Jos. Dietl*. — IIIe CAH., mars. Fonctions des oreillettes du cœur, et influence de la force contractile des poumons et des mouvements de respiration sur la circulation du sang, par le prof. *Skoda* (conclut des phénomènes observes aux veines du cou, soit dans l'etat normal, soit dans l'etat morbide de la circulation et de la respiration, au rejet des opinions de Baumgarten et Nega, qui attribuent au sang poussé dans les ventricules, par la contraction des oreillettes, la fermeture des valvules atrio-ventriculaires). — Cas d'hémorrhagie de la retine des deux yeux, par *Ludwig Türk* (chez une malade atteinte de cancer du cerveau). — Voyage en Italie (contin. ; topogr. médic. de Nice), par le prof. *C. Sigmund*. — Exposé critique de l'état des hôpitaux d'Europe (continuat., Petersbourg), par le prof. *Jos. Dietl*. — Sur quelques maladies de l'Orient, communicat. prise des papiers du feu docteur *Eder* (sur quelques affections de la peau, etc.). — IVe CAH., avril. Mesurage de la cuisse comme moyen de diagnostic de quelques maladies du fémur et de l'articulation coxo-fémorale, par *Lorinser*. — Le traitement des varices et des anevrismes par la galvano-puncture (de l'influence que la difference des pôles exerce sur la coagulation). — Danger qui résulte de l'emploi des ustensiles de cuisine sans étamage, par *Adolph Pleischl*. — Exposé critique de l'état des hôpitaux d'Europe (contin., Stockholm, Gothenbourg, Christiania, Copenhague), par le prof. *Jos. Dietl*.—Ve CAH., Mai. Remarques pratiques sur l'amputation de la jambe, par *Wenzel-Linhart*. — Sur les condylomes, par le docteur *Hermann Zeissl*. — Sur la scoliose, par *Dietl*. Rapport clinique sur les affections syphilitiques, traitées dans l'hôpital général de Vienne dans les années 1851 et 1852 (1851 : 1554 admissions, 819 hommes et 735 femmes ; 1852 : 1577 admissions, 683 hommes et 894 femmes), par le docteur *C. Sigmund*. — Les eaux de Marienbad pendant les années 1851 et 1852, par *Jos. Frankl*. — VIe CAH., juin. Tumeurs hematoïdes caverneuses, par le prof. *Schuh*. — Perforation de l'intestin dans la fièvre typhoïde (arrive à deux époques différentes, entre le cinquième et le vingtième jour, à la suite de l'infiltration typhoïde des couches plus profondes de l'intestin, ou du trentième au soixante-dixième jour. Parmi 56 perforations observées sur 1271 malades dans les années 1840-1849, 31 tombent dans la première époque, et 11 dans la seconde, 14 sont marquées sans époque déterminée), par *Heschl*. — Formation nouvelle de sang et de vaisseaux sanguins, par *Wedl*. — Cas de fistule vésico-vaginale (suite de couches, pierre dans la vessie : lithotritie par l'urètre fendu, suture, cautérisation avec l'acide sulfurique, pessaire, guérison. Il y avait deux fistules), par le prof. *Boeck*, de Christiania. — Sur la clin. chirurg. du prof. Balassa, à Pesth, par *Pisztory*. — VIIe CAH., juillet. Diagnostic et traitement des formes primaires de la folie (contin., par *Leidesdorf*.— Sur la téléangiectasie, par le prof. *Schuh*. — Sur la gale dite de Norwége, art. I, par le prof. *Riegler* (a rencontré cette forme à Constantinople). Art. II, par le prof. *Hebra* (a observé à Vienne un cas analogue. — Ces deux observations contredisent l'opinion du prof. *Boeck*, qui considérait cette forme de la gale comme appartenant exclusivement à la Norwége).

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — N° 46. Diagnostic de l'amaurose par urémie, par *H. Walshe*. — Rapport de la Société pathologique, par *Moschay*.— Deux cas d'inflammation du pénis, suite de constriction par un anneau de fer, par *Chadwick*. — Cas de trachéotomie, par *C. Webb*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 776. Statistique des vaccinations et de la variole à Gibraltar, par *C. Trenerry*.

MEDICAL TIMES. — N° 177 et 178. Cours sur la chimie organique, par *Hoffmann*.— Traitement des fractures par le bandage gommé, par *E.-J. Franklyn*. — Affection chronique de l'estomac, par *Ransom*. — Chirurgie orthopédique, par *Brodhurst*.— Sur le choléra et la diarrhée cholérique traités à Newcastle, par *C.-J. Gibb*.

THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL, nov. 1853. — De l'anévrisme variqueux spontané, par *Mayne*. — Clinique médico-chirurgicale, par *Hargrave*. — Ablation de la mâchoire inférieure, par *Wilmot*. — Choix de manuscrits inédits d'*Abraham Colhes*. — Du pouls lent dans la fièvre, par *Kennedy*. — Application locale de la vapeur de chloroforme, par *Hardy*. — Fièvre rémittente en Irlande, par *Purefoy*. — Sur le type et les lois de propagation des fièvres tropicales, par *Jameson*.

THE LANCET. — Nos 21 et 22. Plusieurs cas d'anévrisme traités par la compression dans les hôpitaux de Londres. — Sur les effets et le mode d'action de plusieurs remèdes, par *Basham* (suite ; il est question ici de l'iodure de potassium employé contre le rhumatisme périostal chronique). — Sur le choléra, par *R. Knox*. — Empoisonnement par l'arsenic et le chromate de plomb, par *Thomson*. — Sur quelques affections cérébrales des enfants, par *H. Willshire*. — Du galvanisme comme agent obstétrical, par *Radford*. — Mort subite par apoplexie, par *J. Ogilby*.

THE MEDICAL CIRCULAR. — Nos 46 et 47. Analyses et revues.

GAZZETTA MEDICA (Stati Sardi). — N° 46 Cliniq. chirurgic.

GAZZETTA MEDICA (Toscana). — N° 46. Guérison de la fièvre périodique par l'emploi de courants électriques, par *Giuseppe Derossi* (le courant passe par cinq ou six malades qui forment la chaine en se tenant par les mains).

GIORNALE DELLA R. ACCADEMIA CHIRURGICA (Torino). — N° 32. Sur la phlogose des vaisseaux sanguins, par *De Meis* (continuation).

GACETA MEDICA. — N° 32. — Sur l'hygiène municipale, par *F. Mendez Alvaro*. — Applicat. de l'électricité au traitement des maladies, par *Nieto* et *Polin*. — Sur la fissure à l'anus (anonyme).

EL HERALDO MEDICO. — Nos 54, 55. Sur l'emploi du seigle ergoté (cette substance, qui excite les contractions utérines et convient dans l'inertie, est dangereuse dans les spasmes) par *Moreno* y *Lopez*. — Emploi médical de l'électricité, par *Nieto* y *D.-E. Polin*. — Sur le même sujet, par *Alarcon* y *Salcedo*. — Sur le choléra, par *Velasco*.

EL PORVENIR MEDICO. — Nos 44 et 46. — Traitement de la cataracte par l'iodure de potassium à l'intérieur et les vésicatoires ammoniacaux, par *D.-A. Garcia Lopez*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 11. Abus des sangsues et des purgatifs (suite), par *Gonzales*.—État apoplectiforme, suite de phlegmasie aiguë des voies digestives ; utilité des déplétions sanguines abondantes, par *José Angulo*. — Remarques sur l'observation de trachéo-laryngo-bronchite, publiée dans le n° 9 de *La Cronica*, par *Gonzales*.

Livres nouveaux.

MAZAS. Études sur l'emprisonnement cellulaire, par le docteur *P. de Pietra Santa*. In-8 de 32 pages. Victor Masson. 1 fr. 25

TRAITÉ DES MALADIES DU SEIN et de la région mammaire, par M. le profess. *Velpeau*, 1 vol. in-8, de XXIV-728 pages avec 8 pl. col. Paris, Victor Masson. 12 fr.

ANATOME TOPOGRAPHICA sectionibus per corpus humanum congetatum, von *N. Pirogoff*. Livr. 1-8, in-fol., avec texte grand in-4. Leipzig. 112 fr.

CANSTATT'S specielle Pathologie u. Therapie vom klin. Standpunkte ausbearb. (*Pathol. et thér. spéciales au point de vue clin.*). 3 Aufl. v. *E.-H. Henoch*. Erlangen, I. Bd. 2 Lfg. In-8. 4 fr.

DER AUGENSPIEGEL (*Speculum pour les yeux*), seine Anwendung u. Modificationen nebst Beitraegen z. Diagnostik innerer Augenkrankheiten. Trad. du holland. de *van Trigt*, par Schauenburg. Grand in-8. Lahr, 3 fr. 50

DIE HEILQUELLEN (*Eaux thermales*) v. Szczawnica, v. *Zieleniewski*. Wien. Gr. in-8. 1 fr. 60

DIE THEORIE U. PRAXIS der Geburtshülfe (*Accouchements*), von *Krause*. Grand in-8 cart. Berlin. 26 fr.

HANDBUCH der speciellen Pathologie u. Therapie (*Pathol. et thér. spéciales*), red. v. *R. Virchow*. I Bd. : Allgemeine Stoerungen der Ernaehrungen u. d. Blutes. Bearb. v. R. Virchow, J. Vogel u. Stiebel. I. Haelfte. Erlangen, in-8, 1854. 4 fr.

LEHRBUCH der Arzneimittellehre f. Thieraerzte (*Matière méd. vétérinaire*), von *M.-F. Roelle*. Wien. Gr. in-8. 4 fr.

LEHRBUCH der patholog. Anatomie, v. *T. Fœrster*. 3 Aufl. Iena. Gr. in-8. 8 fr.

LEHRBUCH der technischen Chemie, v. *F. Schubert*. Erlangen, 1854. In-8. 12 fr.

TASCHENBUCH der chemischen Receptirkunst f. prakt. Aerzte (*Art de formuler*), von *F. Mohr*. Gr. in-16. Hambourg, 1854. 2 fr. 25

UEBER STAAR und Staaroperationen (*Sur la cataracte et son opération*). par *E. Jaeger*. Vienne. Grand in-8°. 5 fr. 50
Pl. color. 6 fr. 75

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MEDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE **DE VICTOR MASSON** Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 9 DÉCEMBRE 1853. N° 10.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 8 décembre 1853.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : SÉANCE ANNUELLE, ÉLOGE D'ORFILA. — HYGIÈNE PUBLIQUE : DANGER DE L'ÉCLAIRAGE PAR DIVERS LIQUIDES COMBUSTIBLES. MESURES DE POLICE.

M. F. Dubois peut se flatter d'avoir eu mardi dernier, à la séance solennelle de l'Académie de médecine, un auditoire compacte et attentif. Les invités s'y sont portés de bonne heure, et nous avons vu le moment où un ancien ministre, dont le nom allait être plusieurs fois prononcé dans le discours, M. de Salvandy, serait condamné à rester debout au fond d'un couloir. On a eu quelque peine à l'insinuer dans l'hémicycle, derrière le rang des dames; car il y avait des dames, parentes sans doute de celui qui allait être loué.

Loué est un mot qui aurait peut-être besoin ici de quelque restriction. M. Dubois a dit lui-même, en terminant, qu'il avait voulu être impartial. C'était beaucoup dire, car l'impartialité est fort difficile dans un genre de discours qu'on n'appelle pas pour rien *Eloge* ou *Panégyrique*. Mais il est visible que l'orateur a cherché à éviter l'adulation, en essayant de pénétrer un peu plus avant qu'on ne le fait d'ordinaire dans le caractère de son modèle. Et par là, il semble avoir penché vers l'affirmative sur une question que lui-même posait, il y a trois ans, dans une très intéressante lecture, à savoir, si un discours nécrologique doit être une appréciation rigoureusement équitable. A en juger par l'effet produit sur nous par certaines interprétations voilées de quelques actes d'Orfila, notamment de celui qui a marqué la fin de sa carrière, par la recherche des mobiles de sa vie publique, nous sommes plus que jamais disposés à renfermer dans de très étroites limites, surtout en ce qui touche à l'homme, le droit de critique des discours officiels. Il est même des circonstances où nous lui refuserions jusqu'au droit d'intervention, plus encore, jusqu'au droit d'éloge. Nous aurions préféré, par exemple, que l'honorable secrétaire perpétuel, dans la meilleure des intentions, ne fût pas entré dans les regrettables débats qui ont suivi la destitution de l'ancien doyen, jusqu'à prendre la peine de démontrer, pièces en main, que *tous les mémoires produits avaient été réellement payés*. Ce sont de ces suspicions contre lesquelles Orfila n'eût pas aimé à être défendu de son vivant, et qu'il eût été préférable de ne pas rappeler sur sa tombe. Nous employons le mot à dessein : un discours d'apparat sur un illustre mort devant ses collègues, ressemble fort à une commémoration : il ne manque à la cérémonie que le cénotaphe,

FEUILLETON.

Science des poisons considérée dans l'histoire. — Mort d'Alexandre, de Germanicus et de Britannicus.

Suite. Voir numéro 8.

Éphippus, dans son livre *sur la Sépulture d'Alexandre et d'Éphestion*, avait attribué la mort d'Alexandre à des excès de boisson. « Protéas le Macédonien, dit-il, était très grand buveur, jouissant néanmoins d'une bonne santé, car il était habitué. Alexandre, ayant demandé une large coupe, la vida avant Protéas. Celui-ci la prit, donna de grandes louanges au roi, et à son tour but la coupe de manière à s'attirer les applaudissements de tous les convives. Peu après, Protéas, ayant demandé la même coupe, la vida de nouveau. Alexandre lui fit raison avec courage ; mais il ne put supporter cet excès de boisson ; il se laissa tomber sur son oreiller, et la coupe lui échappa des mains. Ce fut là que commença la maladie dont il mourut, maladie infligée par la colère de Bacchus, à cause qu'il avait pris la ville de Thèbes, patrie de ce dieu. » On déchargera Bacchus de toute intervention dans la maladie du prince. A la vérité, des excès de vin peuvent, débilitant l'économie, la rendre plus accessible aux influences morbifiques ; mais Alexandre était dans un lieu où les causes qui produisent les fièvres intermittentes et rémittentes sont très puissantes ; il venait de faire avec quelques vaisseaux une promenade dans les marais que forme l'Euphrate au-dessous de Babylone, et c'était là un ennemi dangereux contre lequel ne pouvaient rien son invincible phalange et ses victoires, mais duquel un médecin habile et actif l'aurait peut-être préservé.

Que fit-on pour combattre la maladie? Les *Éphémérides royales*, au moins dans les extraits qui nous ont été conservés par Arrien et Plutarque, omettent toute mention des médecins et des secours médicaux ; elles ne parlent que des sacrifices qu'Alexandre fit régulièrement et des bains qu'il prit avec non moins de régularité tant que ses forces le lui permirent. Les sacrifices lui avaient été prescrits pour détourner la colère des dieux. Les cérémonies religieuses exercent une influence morale qui dans certains cas peut être salutaire ; mais beaucoup de maladies, et entre autres les fièvres dont il s'agit ici, ne sont pas susceptibles d'être modifiées par ce genre d'action. Il ne resta donc des sacrifices auxquels Alexandre se soumit que la fatigue corporelle qu'ils lui imposèrent. Or toute fatigue,

et quel que soit le temps depuis lequel la cendre est refroidie, il est convenable de ne la remuer qu'avec discrétion.

Nous espérons bien qu'on n'exagérera pas les remarques dont nous avons cru ne pouvoir nous abstenir. En définitive, la figure d'Orfila, telle que l'a peinte l'orateur, était grande, noble, glorieuse; le sujet même avait été conçu de la manière qui pouvait le mieux la faire ressortir dans tout son relief. L'homme y a tenu plus de place que le savant. Dans le tableau même des services rendus à la science, c'est l'activité, la décision, la confiance en ses propres forces; dans la création de la toxicologie, c'est la fermeté de la conviction, la sérénité en face des problèmes les plus périlleux; dans la vie administrative, c'est la promptitude d'exécution, l'opiniâtreté des vues, l'habileté, la religion du devoir; ce sont enfin, en toutes choses, les qualités morales qui ont surtout préoccupé l'orateur. Il en est résulté, par un certain côté, une image fidèle et bien accentuée du caractère si fortement trempé et si personnel d'Orfila. C'est de ce point de vue surtout que doit être envisagé le discours; c'est par là qu'il brille. M. Dubois, d'ailleurs, ne visait pas à autre chose. Il s'est lui-même défendu d'avoir tenté une étude scientifique, et on peut dire justement que, dans les limites où il avait volontairement borné ses prétentions, il a pleinement réussi.

Nous ne pouvons pourtant terminer sans lui signaler un singulier oubli. Il a peint en traits saisissants le grand et redoutable rôle d'Orfila dans les cours d'assises, la confiance des magistrats, l'anxiété du public, l'angoisse des prévenus; il l'a montré armé, comme la vengeance, d'un flambeau devant lequel le crime n'avait plus de ténèbres. Mais Orfila n'a-t-il pas rendu à la justice un service d'un ordre plus élevé encore? N'a-t-il pas, par les procédés admirables de la science, prévenu de fatales erreurs? Certes, il est beau d'être *la terreur des empoisonneurs*, mais il est plus beau de sauver des innocents; et Orfila a eu cette glorieuse fortune plus d'une fois dans sa vie. Nous tenions à le rappeler expressément.

L'épidémie de choléra n'a pas pris d'accroissement sérieux depuis notre dernier bulletin. Le mardi 6 décembre, le nombre des cas reçus ou développés dans les hôpitaux, depuis le commencement de l'épidémie, s'élevait à un peu plus de 400. Le chiffre quotidien oscille, depuis huit jours, entre 18 ou 19 et 35. Ce dernier chiffre appartient au lundi 7.

La proposition numérique entre les malades venus du dehors et ceux qui sont frappés à l'hôpital reste toujours la même. Sur le total de 400 cas, il y en a plus de 100 développés dans les salles.

Les *services spéciaux de cholériques* pour hommes et pour femmes s'installent dans les hôpitaux, malgré l'avis contraire de quelques médecins.

On lit dans le *Journal de chimie médicale* :

« Déjà un grand nombre d'accidents dus à l'usage des gaz à hydrogène liquide ont été signalés; le fils d'un de nos chimistes les plus distingués a même succombé par suite de la rupture d'une de ces lampes contre lesquelles on ne saurait trop être en garde. Le fait suivant vient encore ajouter à tout ce qu'on pourrait dire sur ce sujet :

» Un funeste événement est arrivé, vers huit heures du soir, dans un pensionnat de jeunes filles, tenu par madame Bertrand, rue Boileau, 14, à Auteuil. Une lampe à gaz liquide qui éclaire le dortoir avait été allumée ce jour-là plus tôt que de coutume, à cause de la rentrée des élèves. Vers huit heures du soir, la lumière faiblissant, quelques enfants invitèrent la cuisinière à mettre du gaz dans la lampe; mais celle-ci répondit que son maître lui avait défendu d'y toucher, et qu'il fallait l'appeler.

» Sans tenir compte de cette recommandation, une autre femme, nommée Françoise, qui se trouvait là, alla chercher le vase qui contenait le liquide et qui était enfermé dans une armoire de la chambre de M. Bertrand; et, donnant la lampe à une élève, elle versa le liquide par l'orifice à côté de la mèche qui était encore allumée. Au même instant, le gaz s'est enflammé et s'est répandu sur le plancher, où il a mis le feu aux robes des jeunes filles qui entouraient Françoise.

» Trois des élèves ont reçu des brûlures extrêmement graves. L'une d'elles, la jeune Héloïse-Antoinette Maire, âgée de neuf ans, a succombé à ses blessures après cinq ou six heures d'atroces souffrances. Une autre, la jeune Émilie Lacombe, âgée de douze ans, est morte dans le milieu de la nuit suivante. La troisième, Emma Lesage, paraît aujourd'hui hors de danger; les brûlures ont attaqué principalement le cou et la figure. Les autres élèves ont pu heureusement être préservées des atteintes du feu. Une enquête a été ouverte immédiatement sur ce douloureux accident.

» On se demande si l'administration ne devrait pas faire examiner la construction des lampes usitées jusqu'à ce jour, et les faire disposer de telle sorte que les accidents fussent moins fréquents. »

La louable philanthropie du *Journal de chimie médicale* manque d'informations exactes. Le vœu qui termine son article n'est pas à remplir. Il y a trois ans déjà que l'administration a prescrit des mesures destinées à préserver de tout danger l'emploi de l'hydrogène liquide et autres substances

---

tout mouvement, tout effort tendent à aggraver le mal; le repos et la tranquillité sont recommandés expressément, comme une condition de succès, par les médecins qui ont écrit sur ces fièvres. Alexandre sacrifia le premier jour de sa maladie; il sacrifia encore le second, le troisième, le quatrième, quoiqu'il fût déjà dans un état fâcheux; le cinquième, il fut porté avec peine au lieu du sacrifice; le sixième, il accomplit encore la cérémonie malgré le mal qui l'accablait, et ce ne fut qu'après avoir ainsi persévéré jusqu'à l'extrême limite de ses forces qu'il cessa les sacrifices ordonnés. On peut prononcer avec certitude que dans l'état fébrile où il se trouvait, il ne se livra pas impunément à ces dérangements et à ces efforts quotidiens, et que le danger qu'il courait déjà par l'effet seul de la maladie fut encore accru par les pratiques qui lui étaient imposées. Il ne faut pas porter un jugement plus favorable des bains qu'il prit avec constance pendant les six premiers jours de sa maladie; les bains ne font pas partie du traitement dont les médecins modernes usent dans les fièvres dont nous parlons, et on peut dire que les médecins anciens ne les employaient pas non plus dans des cas semblables; du moins Hippocrate ne veut pas qu'on y ait recours dans ces fièvres graves.

Diodore de Sicile est le seul qui parle de l'intervention des médecins; il se contente de dire qu'ils furent appelés et ne purent être d'aucun secours au roi. Nous ne savons pas quels moyens ils employèrent; mais il est certain que le genre de vie suivi par Alexandre dans sa dernière maladie tendit à multiplier les chances mauvaises et à rendre plus immanquable la terminaison funeste. Une maladie aiguë est toujours un grand péril à traverser; il faut que le malade n'empire pas sa condition par des fautes; il faut que le médecin use habilement des opportunités qui se présentent et des ressources que l'art lui fournit. Un bon médecin anglais ou français, habitué à traiter les maladies des pays chauds, aurait employé les émissions sanguines au début, si l'état général et local l'avait exigé; puis il aurait eu recours aux évacuants et au sulfate de quinine, et il aurait eu beaucoup de chances pour guérir son malade; — un bon médecin des temps hippocratiques aurait employé le même traitement, sauf le sulfate de quinine, et aurait été secourable encore, quoique notablement moins que le médecin moderne; — mais le roi de Macédoine, dirigé uniquement par des conseils superstitieux dans cet extrême péril, succomba malgré sa jeunesse et sa vigueur.

Les soupçons au sujet de la mort d'Alexandre, soupçons d'ailleurs démontrés faux par la pathologie, ne sortirent jamais du cercle des rumeurs et ne donnèrent lieu à aucune recherche. Il n'en fut pas de même

analogues pour l'éclairage; et parmi ces mesures, il en est qui concernent spécialement la construction des lampes. Comme ce sujet intéresse à un assez haut degré l'hygiène ou plutôt la sécurité publique, nous en dirons quelques mots à nos lecteurs.

On compte six liquides combustibles employés, outre l'huile de poisson. Ce sont : 1° L'*huile de schiste*, obtenue par la distillation de ce minéral; 2° le *liquide gazogène*, qui n'est qu'un mélange d'alcool et d'essence de térébenthine très rectifié; 3° le *gaz liquide*, mélange fort analogue au précédent, mais moins concentré; 4° l'*oléide*, formé d'essence de goudron et d'esprit de bois; 5° l'*essence de pétrole*, donnée par la distillation du bitume; 6° enfin l'*alcool*. Ces divers liquides commencent à faire, dans l'usage domestique, une sérieuse concurrence aux huiles grasses, à la chandelle et à la bougie. A la fin de 1851, époque où divers accidents appelèrent l'attention de l'autorité, trois grandes entreprises fournissaient déjà de l'huile de schiste au commerce. Des usines considérables fabriquaient le liquide gazogène, le gaz liquide, l'oléide, l'huile de pétrole, et avaient d'assez nombreux dépôts à Paris. Depuis lors, ce genre d'industrie a pris encore de plus grands développements.

Comme nous le disions tout à l'heure, dès 1851, sur le rapport de M. l'inspecteur des *établissements classés*, M. le préfet de police se préoccupa des dangers du nouveau mode d'éclairage. Il en référa au conseil de salubrité, et la question fut l'objet d'un rapport très détaillé, en date du 11 novembre de la même année. Il y a trois mois, à l'occasion d'un nouvel accident survenu rue Neuve-Saint-Roch, un second rapport fut fait au sein du conseil, et nous savons qu'il conclut absolument comme le premier. Enfin, en ce moment même, on s'occupe de rédiger les ordonnances qui devront régir l'industrie de l'éclairage avec des liquides très inflammables.

Les rapports dont nous parlions à l'instant énumèrent les divers accidents auxquels a donné lieu l'usage de ces liquides, la manière dont ces accidents sont arrivés, les précautions à prendre pour les éviter. Si nous voulions les analyser d'un bout à l'autre, nous nous exposerions à sortir de notre domaine et à mettre le pied trop avant sur le terrain purement administratif. Nous nous arrêterons seulement au point signalé par notre confrère de la presse, et qui est d'ailleurs d'un intérêt très général.

Tous les accidents qui ne tenaient pas à un défaut de précaution dans les entrepôts, les dépôts particuliers ou le transport des huiles, mais qui sont arrivés pendant et par le fait de l'éclairage, ont eu lieu de la même manière que dans le cas rapporté par le *Journal de chimie*. Une lampe allumée va manquer d'huile ou d'alcool; on s'empresse d'en ajouter. Mais, comme l'ouverture par laquelle le liquide doit pénétrer dans le corps de la lampe est très voisine du bec et par conséquent de la flamme, le liquide prend feu. Au lieu de couvrir rapidement le goulot de la bouteille pour intercepter le passage de l'air, on s'effraie, on lâche tout; la combustion s'étend, la flamme se répand sur les meubles, sur le plancher, sur les vêtements, et l'incendie s'allume. Qu'y a-t-il à faire pour éviter sûrement de tels accidents? Une seule chose: ne remplir la lampe qu'après l'avoir éteinte. Et comme les recommandations les plus expresses ne sauraient prévaloir contre l'imprudence, il faut que la *construction* même de la lampe oblige à l'éteindre avant de l'emplir de nouveau. C'est ce qu'on obtient aisément en ne laissant qu'un seul orifice qui constitue à la fois le bec et la voie d'introduction du liquide. Or, le système des lampes à un seul orifice, déjà adopté, sur l'injonction de l'autorité, par toutes les entreprises et par leurs dépositaires, va être encore plus rigoureusement prescrit par les ordonnances attendues. Les rapports, approuvés en séance, spécifient non seulement que les dépositaires des liquides résineux et spiritueux destinés à l'éclairage ne pourront livrer au public que des lampes ainsi construites; mais ils veulent que la disposition du bec oblige le consommateur à la dévisser, conséquemment à l'éteindre, pour introduire de nouveau liquide. Cette dernière prescription est destinée à atteindre certains commerçants qui n'ont adopté l'ouverture unique que comme moyen de simplifier la main-d'œuvre, en laissant la possibilité de charger la lampe sans l'éteindre.

Pourquoi ces précautions si rationnelles n'ont-elles pas mis entièrement à l'abri des accidents? La raison en est simple : c'est qu'il y a maintenant dans la circulation bon nombre d'anciennes lampes à deux orifices. C'est évidemment d'une lampe de ce genre qu'on se servait dans la pension d'Auteuil. Mais, pour ces cas mêmes, l'administration ne reste pas inactive. Elle va, par une instruction spéciale, conseiller aux détenteurs des anciennes lampes de les *détruire*. De plus, dorénavant, les liquides inflammables ne pourront être livrés aux consommateurs qu'*avec étiquette* portant recommandation expresse de ne pas verser ces liquides dans les lampes avant d'avoir éteint complétement la mèche.

Disons enfin, comme complément naturel des renseignements qui précèdent, que l'administration s'occupe aussi de réglementer tout ce qui a rapport à l'usage des lampes à es-

---

d'une autre mort prématurée que la clameur publique attribua au poison, je veux dire celle de Germanicus. L'affaire fut plaidée devant le sénat. L'accusé, avant sentence rendue, mit fin à ses jours. Germanicus avait été envoyé dans l'Orient. En même temps Pison reçut le commandement de la Syrie. Ce gouverneur montra contre Germanicus un esprit d'insubordination et de violence qui se porta aux dernières extrémités. Sa femme Plancine ne resta pas en arrière de son mari, et quand Germanicus eut succombé, Pison et Plancine témoignèrent la joie la plus odieuse, l'un renversant par ses licteurs les sacrifices offerts à Antioche pour le salut du jeune César, et l'autre quittant, à la nouvelle de la catastrophe, le deuil qu'elle portait pour la perte d'une sœur. Aussi, en présence de cette conduite aussi étrange que coupable, tout le monde à Rome crut que Germanicus était mort du poison, et on ne s'arrêtait pas à Pison ; on supposait que celui-ci n'avait agi que par les ordres de Tibère, jaloux de la faveur singulière dont Germanicus jouissait parmi les Romains. La suite montra jusqu'à quel point allait cette haine de Tibère. La fière et vertueuse épouse de Germanicus, Agrippine, périt reléguée dans une île, après avoir eu un œil crevé d'un coup de bâton donné par un centurion. De ses deux fils aînés, Néron fut mis à mort dans une île, par la faim probablement, entraînant dans sa chute plusieurs personnages distingués et même leurs esclaves. C'est ainsi que Titius Sabinus, avec tout son monde, fut exécuté et jeté aux gémonies, et là, aux yeux d'une multitude assemblée, se passa un spectacle singulièrement touchant : le chien d'un de ces esclaves égorgés parce que leur maître était ami du fils de Germanicus ne voulut pas abandonner le corps du malheureux auquel il avait appartenu, et alla périr dans les flots du Tibre quand le Tibre emporta le corps inanimé. Quelle société que celle où l'on abandonnait tous ces cadavres des suppliciés au courant du fleuve qui traversait la grande ville ! Le second fils, Drusus, mourut aussi de faim dans un réduit du palais. Ajoutons que, Pison ayant été condamné après sa mort par le sénat, Tibère adoucit l'arrêt et sauva complétement Plancine des suites de l'accusation.

Mais tant de cruautés exercées contre cette famille infortunée ne prouvent pas que Tibère en eût fait disparaître le chef. Dans les détails de l'affaire, on trouve que le palais où Germanicus gisait malade était rempli de toutes sortes de maléfices par lesquels la superstition croyait alors, et crut longtemps après, abréger la vie. Ceci montrait beaucoup de haine de la part des ennemis du prince ; les maléfices sont de vaines armes qui n'agissent que sur l'imagination, et il paraît pourtant qu'à ce titre, mais à ce titre seulement, Germanicus en souffrit. Un de ses lieutenants en-

sence de térébenthine, si répandues particulièrement dans les ateliers de dorure pour la bijouterie.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE EXTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT ABORTIF DE L'ORCHITE BLENNORRHAGIQUE PAR LES CAUTÉRISATIONS SUPERFICIELLES AU MOYEN DE L'ACIDE AZOTIQUE, par M. Chassaignac, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

L'épididymite blennorrhagique aiguë est une affection habituellement très douloureuse. Quelquefois même, chez certains sujets très irritables et nerveux, la douleur est intolérable. C'est sous l'influence de ce puissant *stimulus* de la douleur que la partie malade se congestionne, et oblige presque toujours les sujets à garder le lit pendant un, deux, ou même trois septénaires. On trouve, en effet, très peu d'individus assez courageux pour continuer leurs occupations, sinon dans la période commençante, du moins dans la période d'état de l'épididymite blennorrhagique aiguë.

L'expérience nous ayant appris qu'il est au pouvoir de certaines applications irritantes sur le scrotum de faire cesser très promptement la douleur et d'arrêter en quelque sorte tout d'un coup le développement ultérieur de l'inflammation, nous avons eu recours à des attouchements avec l'acide nitrique, et nous avons dû à cette pratique des résultats qu'il nous paraît utile de soumettre à nos confrères.

Les applications d'acide nitrique ont été faites à des degrés divers depuis le simple parcheminage de l'épiderme jusqu'à l'escarrification superficielle des couches vivantes de la peau.

Ainsi, au lieu de sangsues à la racine du cordon, de cataplasmes, de bains; en un mot, du traitement antiphlogistique qui est employé habituellement, et qui du reste nous paraît très rationnel et très sagement institué, nous avons recours à une simple application d'acide nitrique. Le traitement dont je parle, comparé au traitement ordinaire, offre cet avantage que le malade, dans un certain nombre de cas, je ne dis pas dans tous, peut se dispenser de s'aliter; que la douleur, au bout d'une heure ou deux, devient à peu près nulle; qu'elle ne se développe plus que sous la pression de l'épididyme, et que le scrotum lui-même, à moins qu'on n'y mette de la violence, peut être touché sans réveiller chez le malade cette susceptibilité si vive que provoque ordinairement tout attouchement du scrotum dans l'épididymite blennorrhagique. Il ne faut pas omettre de dire que, coïncidemment à cette médication topique, nous employons dès le premier jour les moyens connus comme antiblennorrhagiques proprement dits, et particulièrement un mélange de cubèbe et de copahu, à la dose de 10 grammes de chaque substance.

Sauf les erreurs et illusions si faciles à naître dans l'esprit du praticien qui essaie un moyen thérapeutique nouveau, nous avons cru reconnaître, dans la médication dont il vient d'être parlé, les avantages suivants : cessation rapide de la douleur, diminution sensible de la période aiguë de l'affection, abréviation notable dans la durée, habituellement indéfinie, de l'engorgement épididymaire consécutif.

Nous avons parlé d'une durée indéfinie, c'est qu'en effet nous croyons que la trace de l'épididymite blennorrhagique est indélébile; car toutes les fois que nous avons trouvé, même dans des périodes avancées de la vie, très éloignées par conséquent de l'époque présumée de l'accident blennorrhagique, un état d'induration épididymaire, les malades, interrogés par nous avec soin, et recueillant leurs souvenirs, nous ont presque toujours fait l'aveu de l'existence antérieure d'une blennorrhagie. Nous avons constaté cette induration non-seulement comme liée à des antécédents blennorrhagiques, non-seulement chez des vieillards qui n'étaient point tuberculeux et qui n'avaient actuellement aucune autre affection des bourses, mais encore chez un très grand nombre de sujets atteints d'hydrocèle. Et dans tous les cas la réponse a été la même. L'orchite blennorrhagique est donc une chose plus sérieuse qu'on ne serait porté à le croire généralement, car c'est toujours quelque chose de sérieux qu'une affection capable de laisser, dans une partie quelconque du corps, et surtout dans un appareil à fonctions aussi délicates, un engorgement indélébile. D'ailleurs les recherches pleines d'intérêt de MM. Gosselin et Follin sur l'épididymite ont démontré que l'épididymite blennorrhagique double pouvait devenir la cause d'une stérilité sinon définitive, du moins persistant pendant des périodes assez longues de la vie et résultant de l'oblitération du canal déférent à son origine épididymaire.

Je dois, avant tout, faire connaître : 1° le mode d'application; 2° la série des phénomènes qui succèdent à cette application.

Mode d'application. — Lorsqu'un malade se présente à l'hôpital Saint-Antoine, atteint d'épididymite blennorrhagique, nous imprégnons d'acide nitrique un pinceau de charpie ou de coton cardé. Ce dernier se fait avec une extrême facilité. La carde de coton est étendue en lanières minces d'un à deux travers de doigt de hauteur sur quatre de longueur. On enroule sur l'extrémité d'une tige de bois très mince la petite lanière, en ayant soin d'imprimer à la tige un mouvement de rotation, pendant qu'on pince avec assez de force, contre elle, l'un des bords de cette lanière à l'une des extrémités du pinceau. L'un de ces pinceaux est plongé dans l'acide nitrique, puis promené sur toute la surface injectée de la bourse malade. C'est là ce que nous appelons le suspensoir à l'acide nitrique, parce que, sous l'influence de cet agent, le scro-

---

voya à Rome, pour figurer dans le procès, une sorcière célèbre par ses maléfices et ses empoisonnements. Cette femme mourut dans le trajet, et l'on accusa Pison de l'avoir fait périr. Vitellius, un des accusateurs, allégua, pour prouver l'empoisonnement, que le cœur de Germanicus n'avait pu être consumé par le feu du bûcher. Il est difficile de croire à la réalité de ce fait. En tout cas, si le cœur ne fut pas consumé, cela tient à quelque hasard de la combustion, et il n'y a rien à en conclure pour la question de l'empoisonnement. De plus, les accusateurs ne savaient dire où et quand le poison avait été administré. Ils prétendaient à la vérité que Pison, dans un repas, couché au-dessus de Germanicus (on sait que les Romains mangeaient couchés), avait de sa main empoisonné les aliments du prince; mais cela ne paraissait possible à personne, au milieu de serviteurs étrangers, en présence de Germanicus et de tant d'assistants.

La défense alléguait le genre de maladie qui avait emporté le jeune prince; probablement elle fit voir la durée du mal, l'amélioration momentanée qui s'était manifestée, et enfin les incompatibilités qu'elle crut apercevoir entre les symptômes et une affection causée par le poison. Ce qui est remarquable, c'est qu'on ne fit comparaître devant le sénat aucun médecin pour lui demander son avis. En définitive, Germanicus, durant sa maladie, crut, et sa femme, ses amis, crurent avec lui, qu'il succombait à un empoisonnement. Il leur fit promettre de poursuivre la vengeance de sa mort; mais devant le sénat les preuves positives firent défaut. L'accusé réfuta les allégations, et comme il ne nous a été conservé aucun détail sur la maladie, il est impossible de faire un pas de plus et de dissiper ou d'aggraver le soupçon qui pèse sur Pison et sur sa femme.

On voit par tout ce qui transpire de cette société ancienne, même à travers un si long espace de temps, qu'il y avait là des officines de poison, étroitement liées d'ailleurs avec la sorcellerie et la magie, qui étaient si curieusement cultivées dans le secret de la superstition romaine. Il est certain aussi que, malgré l'ignorance où l'on était de la chimie, ces ateliers de crimes savaient produire des poisons très énergiques. Sénèque, dans une phrase acerbe pour les mœurs de son temps, donne à ces préparateurs le titre de grands artistes, et dit que leurs mixtures n'offensent ni le goût ni l'odorat. On a une preuve de leur puissance dans un empoisonnement qui n'est sujet à aucun doute, à savoir, celui de Britannicus.

Les Romains avaient l'habitude de boire de temps en temps des verres d'eau chaude; cela faisait partie de leur régime, et montre combien les goûts et les usages changent de siècle à siècle et de peuple à peuple. Apporter cette eau au point juste de chaleur qui plaisait était une grande

tum se crispe en quelque sorte, fait remonter le testicule, et entre peut-être pour quelque chose dans la résolution de l'engorgement par l'action mécanique de la compression. Quand l'application est très légèrement transcurrente, elle ne détermine ni suppuration, ni escarres, mais tout simplement une crispation du scrotum et une espèce de dessiccation de l'épiderme qui semble n'être pas étrangère au résultat qu'on obtient. Si l'application nitrique a été plus forte ou plus prolongée, il est bien rare qu'il ne se produise pas des escarres superficielles, et plus tard de la suppuration. Dès le jour même de cette application, le malade prend en trois doses, une le matin à jeun, une dans l'après-midi, une le soir en se couchant, vingt et un bols contenant chacun 1/2 gramme de cubèbe et de copahu. Comme les accidents sont vigoureusement contenus par cette double médication, et cela dans l'espace de quelques jours seulement, il ne tient pas au malade qu'il ne croie sa guérison déjà complète.

Chose inattendue! Nous n'avons pas remarqué que la production des escarres et la suppuration eussent une influence bien marquée sur la rapide terminaison des accidents, et ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'il n'y a pas par l'escarrification des résultats meilleurs que par le simple parcheminage de l'épiderme, de telle sorte que nous conseillerions le premier degré comme méthode générale, et le second comme méthode exceptionnelle. Grâce à ce moyen, il nous a été possible de traiter, à la consultation de l'hôpital, c'est-à-dire de soumettre au traitement externe, des sujets qui ne voulaient point entrer dans les hôpitaux, et de les guérir ainsi très rapidement sans qu'ils aient été obligés de prendre le lit; d'autres fois il en est que la production d'escarres et la suppuration ont retenus au lit pendant un ou deux septénaires, mais aucun des malades n'a éprouvé d'accidents.

En parcourant les cahiers qui renferment les notes cliniques des malades reçus dans les salles et de ceux traités à la consultation, nous avons trouvé près de soixante observations ayant pour sujet des individus soumis à cette méthode, et nous n'avons eu qu'à nous féliciter des résultats prompts et décisifs auxquels elle a donné lieu. Citons seulement, à titre de spécimen, les deux observations suivantes.

Obs. Ire. — Sourillac (Augustin), trente-deux ans, musicien, faubourg Saint-Denis, 10. Entré le 25 juillet, salle Saint-François (no 27).

Le malade a une blennorrhagie depuis plus de trois ans: il y a deux jours, il a fait une course forcée; le soir même, il a senti son testicule droit gonflé et douloureux.

25 juillet. Acide nitrique.

27 — Id.

28 — Id. Le testicule est déjà mieux; diminution dans le volume. L'élasticité normale renaît.

30 juillet. Le testicule est dans son état normal, on dirait que l'acide nitrique produit une résolution instantanée.

31 juillet. L'inflammation a disparu avec une rapidité remarquable. Le canal déférent, qui était encore engorgé hier, n'a plus la même dureté.

1er août. Il n'y a plus que la vésication faite par l'acide nitrique. Solution.

Le malade a de plus une affection de la vessie par suite de laquelle l'urine se charge de dépôts pseudo-membraneux.

2 août. Exeat. Guérison parfaite.

Obs. II. — Moine (Edme), jardinier, âgé de cinquante ans, rue de la Muette, 12. Entré le 2 juin 1852, salle Saint-François (n° 32).

3 juin. Blennorrhagie d'un mois, étant actuellement arrivée à la période décroissante. Il y a dix jours, excès de boissons, suivi de tuméfaction et d'endolorissement du testicule droit. Application de sangsues faite en ville sur le trajet du cordon, et frictions avec l'onguent napolitain. L'orchite persiste, et aujourd'hui la bourse malade a au moins doublé de volume. Légère couche d'acide nitrique. Mixture antiblennorrhagique.

7 juin. Le testicule paraît avoir diminué de volume, et le malade n'y ressent plus de douleurs. Une seconde application d'acide nitrique a amené une légère ulcération du scrotum.

18 juin. Le scrotum est presque complétement cicatrisé. Le testicule n'est pas tout à fait revenu à son volume normal; mais il n'est plus douloureux; l'écoulement a disparu, et le malade est en état de sortir.

Nous avons eu aussi recours, avec quelques avantages, aux attouchements par l'acide nitrique dans des cas de varicocèle. La rétraction très prononcée qui succède aux cautérisations superficielles du scrotum, par l'emploi de ce moyen, amène une compression veineuse qui diminue sensiblement le volume de la tumeur. La bourse, en quelque sorte crispée, remplit l'office d'un suspensoir qui se moule plus exactement qu'aucun autre sur les parties contenues dans le scrotum. Nous n'avons point encore assez expérimenté le moyen pour en connaître la véritable valeur, et nous pensons provisoirement qu'il ne saurait amener une cure définitive. Mais si, grâce à quelques applications de ce genre, faites de loin en loin, une fois par exemple tous les six mois ou tous les ans, les malades devaient être délivrés de toute gêne et de tout accroissement de volume dans la tumeur, il nous semble que la thérapeutique aurait rendu un véritable service aux sujets chez lesquels on ne juge pas à propos de tenter la cure radicale, ainsi qu'à ceux qui redoutent l'opération. Nous avons eu plusieurs fois recours à ce moyen à l'hôpital Saint-Antoine, et notamment dans le cas suivant.

Obs. III.—De Bernardi, ébéniste, âgé de dix-neuf ans, se présente à la consultation le 15 septembre 1853. Il ressent depuis huit jours, dans la bourse gauche, des douleurs qui ont eu pour siége d'abord le testicule, puis le trajet du cordon. On reconnaît aisément au toucher l'existence d'un varicocèle. Les veines du cordon sont en effet assez développées. Le testicule n'est pas douloureux; il paraît avoir un peu plus de volume que celui du côté opposé. On sent assez difficilement l'épididyme.

On fait une application d'acide nitrique.

Le lendemain et les jours suivants, le malade revient nous voir. La rétraction du côté du varicocèle est tellement prononcée que la bourse de ce côté remonte plus haut que celle du côté opposé.

---

affaire pour les serviteurs, et Arrien, dans ses préceptes de morale, recommande aux maîtres de ne pas se livrer à des accès de colère contre l'esclave qui servait le breuvage trop chaud ou trop froid. Ce fut à l'aide de cet usage qu'on empoisonna Britannicus sans empoisonner le dégustateur. Les enfants de la maison impériale, avec quelques enfants des grandes familles romaines, mangeaient à une petite table où ils étaient assis; les parents mangeaient couchés à une grande table. Un serviteur apporte à Britannicus l'eau beaucoup trop chaude; il la repousse, on y verse de l'eau froide, mais de l'eau froide empoisonnée, et à peine a-t-il bu qu'il perd aussitôt la voix et la respiration. A ce spectacle, Agrippine fut frappée de consternation, ainsi qu'Octavie, la sœur de la victime. Néron prononça les mots que Racine a mis dans sa bouche; mais ce qui est bien plus tragique que la tragédie, ce qui fait pénétrer bien plus avant dans l'abîme de cette cour si profondément vicieuse, après un court silence, le repas recommença avec une gaieté apparente et comme si de rien n'était. Sans doute on emporta Britannicus, et il acheva d'expirer tandis qu'on achevait de dîner. Toujours est-il qu'un effet très rapide fut produit, et que le jeune homme tomba promptement en défaillance. Quelles étaient ces préparations vénéneuses qui attaquaient si rapidement les ressorts de la vie? Déjà on avait vu, sous le règne de Tibère, un chevalier romain, accusé du crime de lèse-majesté, avaler dans le sénat même du poison, et tomber mourant aux pieds des sénateurs. Des licteurs l'emportèrent en hâte dans la prison, et quand ils voulurent l'exécuter, ce n'était plus qu'un cadavre. Parmi les poisons connus maintenant, il n'y en a qu'un petit nombre capables de causer une aussi prompte destruction. Plusieurs viennent de contrées qui alors n'avaient point de communication avec l'empire romain, et il ne reste guère que l'acide cyanhydrique auquel on puisse songer. Plusieurs fruits à noyaux le contiennent; il n'est pas impossible que ces grands artistes dont parle Sénèque aient réussi, dans leurs manipulations multipliées, à rencontrer quelques combinaisons meurtrières où cet acide avait place. C'est ainsi que les alchimistes, à force de chercher, de souffler, de fondre, de combiner, avaient mis la main sur des substances singulièrement actives et précieuses, telles que l'eau-de-vie, certains acides énergiques, le phosphore, etc.

Littré (de l'Institut).

PATHOLOGIE INTERNE. — PATHOGÉNIE.

VALEUR DE L'ACARUS DANS LA CONSTITUTION DE LA GALE, par M. A. Devergie, médecin à l'hôpital Saint-Louis.

(Suite. Voir numéro 8.)

M. Bourguignon nous apprend que l'insecte, unique cause de la gale, est constamment enterré sous l'épiderme, et que, s'il sort de sa retraite, ce n'est que le soir, ainsi que l'avait fait observer M. Albin-Gras, lorsqu'il est poussé par l'instinct naturel de la réunion des sexes; si bien, ajoute M. Bourguignon, que bien qu'ayant été très souvent des journées entières en contact avec des galeux, jamais cependant je n'ai contracté la gale. Et quant aux faits de gale contractée par une poignée de mains, il les révoque fortement en doute, ne reconnaissant comme circonstance propre à la contagion que le contact prolongé d'un individu sain avec un individu malade, pendant la nuit. Or, les cas de gale contractée sans aucun contact avec un galeux pendant la nuit sont loin d'être rares.

A cet égard, M. Bidard, interne de M. Hardy, qui, pour le concours des prix des hôpitaux de l'année 1852, a présenté un résumé du traitement des galeux pendant les sept premiers mois de l'année, donne la statistique suivante sur l'origine présumée de la gale chez les individus traités à l'hôpital. Total général, 541 : 433 hommes, 93 femmes. Contractée en couchant avec des camarades, 249 cas; au bal, 4; dans des ateliers, avec des outils, 3; en soignant un galeux, 1; en couchant sur des chiffons, 1; en portant des chaussures achetées au Temple, 1; en frictionnant des chiens, 1.

Ceci posé, nous admettons donc comme proposition formelle que, s'il est vrai que la gale soit une maladie accidentelle et développée, dans la grande généralité des cas, par contagion ou transmission, cette maladie peut aussi survenir *spontanément*. En effet, toute maladie contagieuse de sa nature a sa spontanéité chez l'homme ou chez les animaux, car il faut qu'elle ait eu une origine. Rien ne nous prouve que la gale ait été transmise des animaux à l'homme, comme la vaccine, par exemple. S'il existe une gale canine; si même on a avancé que la gale peut exister chez le cheval; si, d'après Alibert et Biett, beaucoup de personnes appelées à donner des soins à des animaux galeux qui avaient été amenés au Jardin des plantes ont été affectées de la gale, les expériences récentes de M. Bourguignon, qui ont été faites à Alfort, démontrent : 1° que l'acarus est de forme différente chez chaque animal, et qu'il est impossible d'inoculer la gale avec les insectes d'un animal à un autre animal de différente espèce.

Avant la découverte de l'acarus, la gale n'était-elle pas considérée comme une maladie spontanée, qu'elle naisse de la malpropreté ou de toute autre cause? Aujourd'hui que l'existence de l'*acarus* est démontrée, on ne tient plus compte que de cet insecte, et l'on y rattache la maladie tout entière. On y est conduit par ce raisonnement d'apparence logique : *puisque l'on guérit la gale en détruisant l'acarus, puisque l'on ne peut même guérir la gale qu'à la condition de détruire l'acarus, c'est donc l'acarus qui est la cause de la gale*. Mais ne peut-on pas répondre : 1° L'acarus est un produit morbide de la gale, comme le mycoderme est le produit morbide de la teigne, comme l'insecte de l'*acne punctata* est le produit morbide de cette maladie, comme le *pediculus* est le produit morbide du prurigo pédiculaire? La teigne est contagieuse par le micoderme, non seulement de l'enfant à l'enfant, mais de la tête de l'enfant à l'écorce de certains arbres; la maladie pédiculaire d'individu à individu. La teigne, l'*acne punctata* et la maladie pédiculaire en naissent-ils moins spontanément pour cela? Les moyens que nous employons pour détruire l'acarus ne sont-ils donc pas propres à guérir aussi les boutons de la gale?

Ainsi établissons comme un raisonnement sain et juste, que la présence d'un insecte dans le bouton de la gale, non plus que la guérison de la gale en même temps, ou par la destruction de l'insecte, ne prouve absolument rien contre la spontanéité du développement de la gale, et ne démontre nullement la nécessité absolue de la transmission directe d'un individu à un autre; elles ne prouvent pas non plus que l'insecte soit la cause nécessaire de la gale, quoiqu'il puisse la développer et la transmettre d'individu à individu.

A l'appui de cette proposition, envisageons ce qui se passe, et lors de l'inoculation, et lors de l'incubation de cette maladie. On sait combien sont de nulle valeur les expériences de Galès quant à l'inoculation; d'une autre part, je puis citer un fait négatif d'inoculation très concluant. M. Gruby, bien connu par ses beaux travaux microscopiques, s'offrit un jour à moi pour recevoir des acarus; nous lui en avons placé trois sur le poignet de la main gauche; des verres de montre très petits avaient été choisis pour les contenir. Les deux verres furent mis sur les poignets au moyen de tours de bande convenablement disposés; le membre fut maintenu en repos. Il ne se manifesta aucun phénomène appréciable, malgré la conservation de l'appareil pendant huit jours. Je sais bien que ce fait est de sa nature purement négatif, mais il prouve au moins qu'il n'est pas aussi facile qu'on le pense d'inoculer la gale au moyen de l'acarus; car c'était un médecin instruit et désireux de s'instruire qui se soumettait à cette expérience. Les acarus sortaient des galeries qui les contenaient; nous avions eu le soin de bien examiner s'ils se mouvaient parfaitement sur la pointe de l'épingle avec laquelle nous en avions fait l'extraction; c'est sur le poignet qu'ils avaient été placés, c'est-à-dire sur la partie où se développe primitivement la gale. Ainsi toutes les conditions les plus favorables à l'inoculation avaient été remplies. Il est vrai que, d'après M. Rayer et les observateurs modernes, les vésicules ou pustules de la gale ne sont que des produits accidentels de l'acarus; qu'un nombre considérable de sillons logeant des acarus préexiste aux boutons de gale. Mais ce qu'on ne peut nier, et ce dont ils ne parlent pas, ce sont les faits suivants, que le médecin observe à l'œil nu : *des boutons de gale de l'un des points de la circonférence desquels part un sillon, et, à l'extrémité la plus éloignée du sillon, un acarus que l'on peut enlever avec la pointe d'une épingle, pourvu que l'on ouvre l'extrémité du sillon en déchirant l'épiderme*; d'où l'on est rationnellement porté à supposer que la vésicule, qui elle-même présente une ligne ombrée qui se relie directement avec le sillon, contiendrait l'acarus primitivement; que celui-ci s'en échapperait pour se rendre à l'extrémité de la galerie la plus éloignée de la vésicule. Que si l'on suppose que l'acarus fait naître le bouton, comme il creuse le sillon, alors se trouve détruite cette idée professée aujourd'hui d'une manière absolue, à savoir : que l'éruption boutonneuse de la gale, quelle que soit sa forme, *n'est qu'un accident*, une complication à forme lichénoïde, eczémateuse, pustuleuse, selon des circonstances diverses.

Y a-t-il quelque chose de fixe dans l'époque du développement de la gale après la contagion? Rien de positif à cet égard. Ici trois jours d'incubation, là cinq, sept, douze, seize, vingt jours et même six semaines, suivant les divers auteurs; il faut donc admettre que chez certains individus l'acarus se promène à la surface du corps avant de pénétrer sous l'épiderme. En effet, les boutons de la gale ont un lieu d'élection qui est presque constamment le même pour les adultes, et qui diffère seulement pour les très jeunes enfants, d'après toutes les observations faites à cet égard. Ce lieu d'élection pour les adultes, ce sont les poignets, l'intervalle des doigts, la verge, plus tard le pli des bras, le ventre, le bout des seins chez les femmes, etc. Or, on gagne la gale par le contact soit des galeux, soit des vêtements ou de la literie dans lesquels ont séjourné des galeux. Si la gale a été contractée par le contact d'un individu avec un autre, il faut admettre que le contact a eu lieu directement de main à main; ou si ce contact n'a eu lieu que par une autre partie du corps; si l'acarus est venu, par exemple, des fesses d'un individu à celles d'un autre individu, il s'est promené ainsi sur la plus grande partie de la surface de la peau et pendant huit à dix jours, c'est-à-dire jusqu'à l'époque du développement de la gale, pour venir se fixer définitivement aux poignets et entre les doigts et y développer l'éruption. Mais il y a plus : on admet qu'un acarus peut à lui seul développer la gale Or, voyez la conséquence : il faut qu'il se fasse une ponte d'acarus avant que la gale se développe; que les larves aient pris leur accroissement; que les nou-

veaux acarus se rendent, par exemple, d'une main à l'autre main, afin que la gale se montre aux deux mains à la fois, car c'est là ce que l'on observe le plus communément ! Ce mode d'incubation a quelque chose qu'il répugne d'admettre.

Je sais bien que les nouvelles observations de M. Bourguignon donnent, à cet égard, une grande élasticité pour des suppositions. Ainsi, suivant lui, il existe une période d'incubation et une période d'état. Tout acarus qui passe d'un individu à un autre s'enferme aussitôt sous l'épiderme ; il y trace un sillon. Il ne peut pondre que du sixième au dixième jour ; les œufs demandent huit à douze jours pour se développer et devenir acarus. Le malade a six à dix jours d'infection quand il présente un sillon ; il en a trente quand il en présente plusieurs. Or, les malades ne se présenteraient le plus souvent aux médecins, pour réclamer leurs soins, que lorsque les acarus sont à la troisième génération, ce qui donne à peu près quarante à cinquante jours d'incubation. En opposition avec ces idées, nous disons qu'il résulte des faits observés en 1852 dans le service de M. Hardy et de tous les observateurs précédents, que le terme moyen de l'apparition des sillons est de huit à dix jours après le contact contagieux. Ainsi il a lieu chez trois femmes du deuxième au troisième jour ; chez un tailleur le quatrième jour, et chez un élève en médecine qui avait extrait 8 ou 10 acarus d'un individu, il retirait dès le lendemain matin d'un sillon développé sur lui-même un acarus qui y était caché.

Mais pourquoi ce lieu d'élection dans le développement des premiers boutons de gale? Pourquoi cet insecte, qui se montrera plus tard au ventre, n'a-t-il pas pénétré tout de suite dans la peau de cette région lorsque la maladie a été contractée par la peau de l'abdomen d'un individu non infecté, qui a été en rapport avec le ventre d'un individu infecté? Pourquoi le point de première évolution de la gale ne varie-t-il pas en raison du contact primitif? Dirons-nous, avec M. Bourguignon, que l'*acarus a une préférence pour la peau du corps des enfants*, *et une répugnance pour celle du corps des adultes?* Est-ce que ce lieu d'élection toujours constant ne s'accorderait pas beaucoup mieux avec une maladie dont le développement se fait par une cause interne, comme cela a lieu dans toutes les maladies éruptives contagieuses? La nature a-t-elle donc, dans la marche des maladies qu'elle fait naître, des différences si tranchées? Quoi ! toutes les maladies éruptives débutent du dedans au dehors, voire même les maladies contagieuses, et la gale seule ferait exception? Lorsque les maladies cutanées se transmettent d'individu à individu par contact, c'est sur la partie où le contact a eu lieu que la maladie se développe, et quoi qu'en aient écrit certains médecins de nos jours, il est plusieurs maladies de la peau réputées autrefois contagieuses, et qui le sont réellement : l'impétigo, le lichen, sont par exemple dans ce cas. Quel est le praticien qui n'a pas vu des impétigos, ou sécrétions jaunes, croûteuses de la figure, se transmettre d'enfant à enfant par des embrassements réciproques? J'en ai cité plusieurs exemples (voy. *Impétigo*). Dans tous ces cas, c'est la partie contaminée qui est le siége de l'éruption, pourquoi donc serait-ce le contraire dans la gale?

Poursuivons et examinons les effets matériels de la gale. Il y a trois formes distinctes d'éruption. Dans une première espèce de gale, on observe un bouton dont les trois quarts sont constitués par une papule, et dont le sommet présente une vésicule très petite. Dans cette espèce, dite *gale canine*, et que l'on pourrait désigner sous le nom de *gale papuleuse*, les démangeaisons sont excessives et les acarus très nombreux. Dans une seconde espèce, ce sont, au contraire, de grosses et larges pustules, la plupart ombiliquées, ne présentant que fort peu d'engorgement à leur base, et sécrétant un pus jaune, ou jaune blanchâtre très abondant : c'est la *gale pustuleuse*. Dans une troisième, que l'on pourrait, à juste raison, nommer *vésiculeuse*, l'engorgement des boutons est nul ou presque nul ; une vésicule remplie d'un liquide séreux s'élève à la surface de la peau, et elle y acquiert un certain volume, le tout sans aucune apparence inflammatoire et avec l'état discret le plus complet de l'éruption dans quelques cas. Voilà trois sortes très distinctes de gale établies par Bateman, et dont nous nous attachons à reproduire les différences dans nos leçons cliniques, parce que l'on ne saurait en nier l'existence. Non pas que je prétende qu'on les retrouvera constamment isolées et avec les caractères tranchés que nous venons de leur assigner ; mais quelle est la maladie cutanée qui ne présente pas ces anomalies?

Cela nous conduit à nous demander pourquoi cette forme dans un cas, telle autre forme dans un autre, alors que la même cause, un insecte, a développé le même mal? Dira-t-on que cela tient à l'organisation de la peau, ou bien au tempérament et à la constitution de l'individu? C'est réellement l'explication que j'en ai toujours donnée, mais à la condition de considérer la gale comme une éruption générale, et non pas comme une production morbide provenant d'un insecte. La gale pustuleuse s'observe en effet principalement chez les sujets d'un tempérament lymphatico-sanguin ; la gale papuleuse, chez les sujets éminemment nerveux. Quelques auteurs ont trouvé plus commode, pour expliquer cette différence, de considérer la gale pustuleuse comme le fait d'une gale ancienne, chez laquelle le pus se forme sous l'influence de la perpétuation du mal, et de nier ainsi une forme créée avec beaucoup de raison par Bateman. C'est une erreur : la gale pustuleuse, avec ses apparences morbides beaucoup plus prononcées, peut être de date tout aussi récente. C'est dès le début que le pus se forme. Il y a plus, elle est d'une guérison beaucoup plus facile et beaucoup plus courte, et elle ne communique pas aussi facilement la gale que la forme papuleuse : tous les observateurs ont déclaré qu'ils avaient eu beaucoup plus de peine à découvrir des acarus dans la gale pustuleuse que dans toute autre espèce. Aussi peut-on se demander comment il se ferait que les désordres fussent beaucoup plus profonds là où il y a moins d'insectes.

Qu'on me permette à cet égard de rapporter le fait suivant. Une demoiselle de vingt-cinq ans perd son père. Devenue orpheline, elle est ramenée chez un oncle à Paris. Elle couche en route avec une bonne d'auberge, attendu qu'elle craint de coucher seule. Arrivée à Paris, elle voit apparaître, après quelque temps, des boutons à la peau. Ces boutons sont méconnus. Six mois s'écoulent, durant lesquels cette demoiselle vit au sein d'une famille composée de père, mère et plusieurs enfants. Ni les maîtres, ni les domestiques ne contractent la gale. Consulté, je reconnais cette affection à ses caractères non équivoques : c'était la forme pustuleuse qui prédominait. En douze jours de traitement, au moyen de la pommade d'Helmerich et des bains sulfureux, la guérison fut opérée, et, depuis plusieurs années, il ne s'est pas manifesté de nouveaux boutons. Inutile de dire que mon diagnostic avait été rejeté bien loin, et qu'il m'a fallu une déclaration bien nette et bien formelle, corroborée par un traitement suivi d'un rapide succès, pour convaincre cette famille.

La gale, essentiellement et rapidement transmissible, est la gale papuleuse. C'est aussi celle que l'on observe dans les contrées où la gale est, pour ainsi dire, générale : certaines parties de l'Espagne, par exemple, ou en Corse. C'est dans cette forme que l'acarus abonde ; aussi voit-on les habitants occupés à enlever leurs acarus avec la tête d'une épingle et à les écraser entre leurs ongles. Si dans cette forme l'acarus se multiplie plus que dans une autre, ne pouvons-nous pas nous demander pourquoi?

Or, dans l'hypothèse d'une maladie toute dépendante d'un insecte, on ne s'explique pas pourquoi l'insecte serait plus abondant dans une forme que dans une autre. Dans l'hypothèse d'une affection générale, développée sous l'influence d'une contagion, on accepte plus volontiers une génération spontanée plus abondante dans cette forme, parce que tout ce qui naît de conditions naturelles et spontanées est, sinon explicable, au moins beaucoup mieux admissible, en raison de la puissance naturelle qui le produit, et dont nous ne pouvons pas toujours pénétrer les mystères.

La gale papuleuse cause des démangeaisons incessantes ; la gale pustuleuse en détermine à peine.

Eu égard à la terminaison de la gale, on établit, à l'appui de l'acarus comme cause, la durée à tout jamais de l'affection, tant que l'acarus n'est pas détruit. Mais n'existe-t-il donc pas d'affections cutanées qui puissent se perpétuer ainsi, quoiqu'il n'y ait aucun insecte pour l'entretenir? Malheureusement nous n'avons que l'embarras du choix. Nous en citerons ici un exemple frappant, et nous le citons parce que, à part un phénomène de démangeaison

insupportable, il n'y a rien d'apparent à la peau; nous voulons parler du prurigo sans papules d'Alibert, dont quelques observateurs ont trop légèrement nié l'existence, et dont nous avons constaté bon nombre d'exemples, dans des classes même aisées de la société. Nous nous rappelons en ce moment un boulanger, établi dans une ville de province, et auquel nous avons donné nos soins. Depuis trente ans il avait cette affection; il l'avait conservée parce qu'elle n'était qu'incommode et qu'elle n'altérait pas sa peau. Retiré du commerce, il chercha à s'en guérir, et je fus assez heureux pour détruire une affection aussi ancienne. Elle avait été assez intense pour que le malade m'ait donné, après sa guérison, les témoignages de la plus sincère reconnaissance.

Faut-il nier d'une manière absolue ce que l'on désigne souvent sous le nom de dépôt de gale? Répugne-t-il donc tant d'admettre que, lorsqu'en trois ou quatre jours on a supprimé brusquement une suppuration générale, il puisse survenir un abcès? N'est-ce pas ce qui peut arriver tous les jours par suite de la suppression brusque de toute autre maladie cutanée sécrétante? Pourquoi donc nier dans un cas ce que l'on admet dans un autre? Là encore, il se passe pour la gale ce que l'on observe dans toutes les maladies à évolution spontanée et régulière.

J'ai vu plusieurs exemples de ces abcès: on dira que c'est là un accident dépendant de la prédisposition générale du sujet; mais pourquoi ne les observe-t-on pas dans d'autres maladies de la peau? Pourquoi paraissent-ils propres à la gale?

Enfin, une objection très grave à faire aux partisans de l'acarus envisagé comme constituant toute la gale, c'est cette circonstance qu'il est connu de temps immémorial que la gale peut disparaître sans traitement sous l'influence d'une maladie générale, et reparaître à la convalescence de cette maladie; c'est-à-dire que tous ses phénomènes disparaissent : boutons, sillons et insectes, et qu'à la convalescence reparaissent ces *trois ordres* de phénomènes. Ainsi, pendant au moins six semaines que durera une fièvre typhoïde ou toute autre, le galeux n'aura plus aucun des phénomènes appréciables de la gale, et que, lors de la convalescence, boutons, sillons et acarus se montreront de nouveau, et avec la même intensité. Que devient la gale? Que deviennent les acarus pendant ce long espace de temps, et pourquoi reparaît-il des boutons avec eux, si les boutons ne sont qu'une complication lichénoïde, eczémateuse, ecthymateuse, comme on le prétend? A cela on répond : *L'acarus sommeille; il se contente de vivre, maigrement sans doute, car sa fécondité en reçoit une vive atteinte, mais il continue de vivre....* (Bourguignon). Et M. Dumas, interrogé à cet effet, ne répugne pas à l'admettre.... Quoi! l'*acarus* est l'unique cause de la gale! Il manifeste sa présence par des sillons dans lesquels on le retrouve très facilement. Une maladie générale survient accidentellement; tout sillon, toute ponte d'œufs a disparu, quelques recherches que l'on fasse; et vous dites que l'*acarus* sommeille! Et si avec l'*acarus* vous supposiez un mal inconnu qui manifeste sa présence par une éruption à la peau, ne vous expliqueriez-vous pas plus facilement ce phénomène; car si, dans la gale, il ne suffit pas de détruire l'*acarus* pour en amener la guérison, s'il faut encore guérir les boutons, il y a autre chose que l'*acarus* dans la gale.

(*La suite prochainement.*)

III.

REVUE CLINIQUE.

Tumeur cancéreuse du fémur. — Disposition particulière de la matière cancéreuse. — Diagnostic. — Amputation de la cuisse par un procédé particulier.

Dans un livre, qui est aujourd'hui entre les mains de tous les praticiens (*Eléments de pathologie chirurgicale*, t. II, p. 24), M. Nélaton a admis quatre formes de cancer des os. Dans la première, le tissu osseux est détruit en certains points, et l'on trouve à sa place du tissu cancéreux, sous forme de plaques arrondies; dans la seconde, le tissu cancéreux remplit les cellules qui forment l'extrémité d'un os long; dans la troisième les deux lames de tissu compacte d'un os long ou plat sont écartées par la masse morbide; dans la quatrième, enfin, la tumeur est appliquée sur l'os et recouverte par le périoste; la surface de l'os présente une foule d'aiguilles osseuses qui pénètrent dans le tissu de la tumeur.

Un fait récent a fourni à M. Nélaton l'occasion de porter sur cette dernière forme un diagnostic remarquable. Voici d'abord le résumé de l'observation.

Obs. Le nommé X***, âgé de quarante ans, maigre, d'une apparence chétive, est déjà depuis quelque temps dans les salles de la Clinique pour une affection de la partie inférieure de la cuisse gauche, sur laquelle les renseignements suivants ont été recueillis.

Le père du malade est mort à l'âge de cinquante-neuf ans d'un ulcère à la jambe qui a occasionné de vives douleurs. Ce dernier phénomène se rattache-t-il à l'existence d'une affection cancéreuse? C'est ce que l'on peut tout au plus présumer.

Quoi qu'il en soit, X*** a commencé à éprouver, il y a environ dix mois, les premiers symptômes de la maladie dont il est actuellement atteint: engourdissement dans le genou gauche, faiblesse dans tout le membre de ce côté; le tout accompagné de douleurs sourdes, interrompues de temps en temps par des douleurs plus vives.

Au mois de février dernier, le malade reconnaît l'existence d'une tumeur à la partie interne et inférieure de la cuisse gauche, un peu au-dessus de l'articulation du genou; cette tumeur, grosse, au début, comme un œuf de poule, prend bientôt de l'accroissement et ne tarde pas à gagner la partie antérieure, puis la partie externe du genou. Dès le commencement, elle semble dure, fixée fortement aux parties sous-jacentes; il était impossible de lui imprimer aucun mouvement de latéralité, et le malade, homme très intelligent, nous précise admirablement ce dernier caractère, en faisant remarquer que la tumeur n'avait pas la mobilité d'une glande.

L'examen du membre inférieur gauche fait reconnaître la présence d'une tumeur qui occupe spécialement la partie supérieure du genou. Cette tumeur a la forme d'un ovoïde dont la grosse extrémité est tournée en bas, la petite extrémité dirigée en haut. Elle a environ 48 centimètres dans sa grande circonférence; elle est assez bien circonscrite de toute part. La consistance en est variable; en dedans elle offre de la mollesse, les tissus qui la recouvrent ou la constituent se dépriment facilement sous les doigts et l'on perçoit alors une sensation de fausse fluctuation. Dans les mêmes points, on reconnaît des battements uniformes, la main est légèrement soulevée. Dans une étendue fort circonscrite, il est facile d'entendre, soit à l'oreille nue, soit à l'aide du stéthoscope, un bruit de souffle isochrone aux pulsations artérielles. En avant, la tumeur offre une densité considérable; il y a absence complète de fluctuations et de battements.

Les ganglions inguinaux sont également développés dans les deux membres.

Le 9 novembre, M. le professeur Nélaton pratique au malade l'amputation de la cuisse. La méthode opératoire mérite d'être mentionnée d'une manière spéciale; c'est la méthode circulaire qui a été mise en pratique, mais avec cette modification, que la section, au lieu d'être perpendiculaire à l'axe du membre, était très oblique d'avant en arrière et de bas en haut, de telle façon que les liquides devaient trouver une voie d'écoulement facile par la partie postérieure.

Examen de la tumeur. La tumeur a été disséquée après l'ablation du membre; nous avons, de concert avec M. Vauthier, trouvé qu'elle était recouverte en avant par le muscle triceps crural, lequel muscle était très aminci. Une bourse muqueuse assez étendue, est placée immédiatement au-dessus de la rotule et sépare le tendon du muscle triceps de la face antérieure de la tumeur. Le nerf sciatique semble un peu hypertrophié; l'artère et la veine poplitées sont situées dans une gouttière creusée à la partie postérieuse de la masse morbide.

La tumeur, de forme ovoïde, a 46 centimètres dans sa grande circonférence; elle est revêtue à l'extérieur par une membrane fibreuse d'enveloppe. Fendue ou plutôt sciée suivant le diamètre vertical, et d'avant en arrière, on reconnaît, au centre de la masse, la diaphyse du fémur dans le quart supérieur de laquelle le canal médullaire est rempli de substance osseuse. En avant et en dedans existe une cavité creusée dans l'épaisseur même de la tumeur et contenant un peu de liquide jaunâtre. En arrière se trouve un noyau considérable de substance osseuse renfermée dans l'épaisseur de la production morbide.

Le tissu proprement dit de la tumeur est constitué par une masse d'aspect lardacé, ramolli en certains points, laissant suinter par la pression un liquide plus ou moins abondant. Examinée au microscope par M. Broca, elle n'a présenté que du tissu fibro-plastique et nulle part de cellules cancéreuses.

Parmi les affections analogues à celle qui vient d'être rapportée et sur lesquelles le professeur a appelé l'attention, dans une ex-

cellente leçon clinique, il faut citer surtout cette variété de tumeurs blanches dans laquelle la synoviale présente des fongus, et l'hydarthrose avec épanchement de la synoviale.

La tumeur blanche fongueuse du genou présente, en effet, fort souvent, une tuméfaction en forme de fuseau; au toucher, on reconnaît de la mollesse et de la fluctuation. Enfin, il n'est pas impossible de percevoir dans des cas de ce genre des battements. Comme on le voit, quelques uns des phénomènes qui viennent d'être énumérés se rencontraient chez le malade; mais le début de la tumeur à une certaine distance de l'articulation, l'inégalité de consistance de ses différents points ne permettaient pas la moindre méprise. Il n'était pas non plus possible de confondre cette affection avec une hydarthrose chronique; car il eût fallu pour cela reconnaître la présence d'un épanchement articulaire, ce qui n'avait pas lieu; cette élimination faite, l'idée d'une affection cancéreuse n'était donc nullement douteuse.

Restait, pour compléter le diagnostic, à préciser le siége du cancer et à déterminer d'une manière exacte sa forme. A l'égard du premier point, M. Nélaton s'est prononcé pour un cancer du fémur, et, relativement au second, il n'a pas hésité à annoncer l'existence de la *quatrième forme*, c'est-à-dire d'un cancer sous-périostal. On l'a vu, la dissection de la pièce pathologique a entièrement confirmé ce diagnostic si précis.

Nous ne nous étendrons pas longuement sur la dissidence qui, au premier abord, semble exister entre les résultats de l'observation clinique et ceux qui ont été fournis par l'examen microscopique. A la rigueur, si l'on veut entendre par cancer des os une tumeur dont l'élément histologique est la celluleuse cancéreuse, on rejettera tout d'abord la nature cancéreuse de l'affection indiquée plus haut, puisque le microscope n'y a montré que du tissu fibro-plastique. Les tumeurs qui sont formées par ce dernier élément ne sont bien connues que depuis un temps fort court, et si, au point de vue anatomo-pathologique, la distinction est très importante, au point de vue clinique, elle a une portée bien moindre, et c'est surtout relativement au pronostic qu'elle offre un certain intérêt.

Épanchement pleurétique excessif datant de huit jours; signes stéthoscopiques particuliers; guérison par la paracentèse thoracique.

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital des Enfants malades un jeune enfant qui peut donner lieu à quelques remarques intéressantes de pathologie et de thérapeutique, et offre en même temps un curieux exemple des efforts dont l'organisme est capable à cet âge. Il s'agit d'un petit garçon de quatre ans qui a passé successivement dans le service de M. Blache et dans celui de M. Guersant, pour deux affections très capables l'une et l'autre d'ôter la vie, soit directement, soit par suite des opérations qu'elles ont nécessitées, et qui pourtant se sont terminées de la manière la plus favorable.

Obs. — Cet enfant, primitivement bien développé, sans traces de scrofule, ni de rachitis, vacciné, et n'ayant eu antérieurement aucune maladie, entra, le 6 février 1851, au nº 19 de la salle Saint-Jean, service de M. Blache. Il portait alors, dans le côté gauche, un épanchement qui ne remontait pas à plus de huit jours, et dont voici les principaux symptômes: 70 inspirations très laborieuses par minute, forte cyanose, 120 pulsations filiformes, voussure, immobilité, matité absolue de tout le côté gauche, excepté sous la clavicule, où l'on trouvait encore de la résonnance, sans que ce fût pourtant le son indiqué par Skoda. On entendait un très faible murmure vésiculaire au-dessous de la clavicule et dans la fosse sus-épineuse; partout ailleurs un silence complet.

Nulle part on ne constate de souffle tubaire. L'enfant ne voulant pas parler, on ne put faire d'observations relatives à la voix. La rate débordait les fausses côtes, le cœur occupait une position oblique du sein droit au centre du sternum; le maximum des bruits se faisait entendre au-dessous et un peu au dedans du sein, et l'impulsion existait à l'appendice xiphoïde.

Le 7 au matin, M. Blache engagea M. Trousseau et M. Guersant à venir voir le petit malade; l'opération fut décidée et pratiquée avec le trocart, en ayant soin de détruire le parallélisme des ouvertures internes et externes, au moyen d'un pli cutané. On put extraire environ 1 litre de sérosité citrine; le trocart fut ensuite retiré. Une heure après l'opération, 14 inspirations en moins, disparition de la cyanose, décubitus dorsal facile, bien-être, résonnance et murmure vésiculaire au sommet de la poitrine. Le soir, il y avait 22 inspirations et 20 pulsations de moins qu'avant la thoracentèse; absence de chaleur fébrile et de soif. Les choses furent à peu près dans le même état le lendemain. Les jours suivants, l'épanchement se reproduisit en partie; on le traita à l'aide de la digitale, du nitrate de potasse, des purgatifs et des vésicatoires successivement employés. Les fonctions du poumon ne furent bien rétablies et l'enfant en pleine convalescence qu'à la fin du mois. La rougeole était dans les salles, le petit malade la gagna, ce qui arrive malheureusement très fréquemment à l'hôpital de la rue de Sèvres, où, pendant la convalescence d'une maladie déjà grave, les enfants prennent souvent une affection contagieuse, dont le moindre inconvénient est de les affaiblir pour un temps très long. Le malade fut retenu jusqu'à la fin de mai avec des alternatives de catarrhe bronchique, de diarrhée, qui firent un instant désespérer de lui; il sortit pourtant dans un état de santé assez satisfaisant.

Le 3 août suivant, ce même enfant dut subir l'amputation de la jambe rendue nécessaire par les progrès d'une arthrite à marche chronique, développée à la suite d'une entorse négligée. Les suites de l'opération, pratiquée par M. Guersant, furent des plus heureuses; au bout d'environ six semaines, la guérison était complète.

La première remarque à laquelle donne lieu cette observation est relative aux caractères stéthoscopiques de la pleurésie. Bien que l'on ait retiré par la ponction un litre de liquide, l'absence complète de souffle tubaire a été notée par tous ceux qui ont ausculté le malade. On sait que la présence du souffle, en tant que caractère habituel de l'épanchement, a été niée par plusieurs observateurs; mais des recherches spéciales et récentes, entre autres celles d'un médecin belge (M. Lebeau, croyons-nous), tendraient à prouver que ce doute était probablement assis sur des observations inexactes. Dans le cas présent, le souffle manquait positivement; cela tient-il à ce que, chez les enfants, les arceaux cartilagineux des bronches, même un peu volumineuses, s'affaissent sous la pression du liquide à un degré plus considérable que chez l'adulte, s'aplatissent plus ou moins complétement et cessent de donner accès à l'air? Cela supposerait qu'un épanchement d'une quantité déterminée produit moins sûrement la respiration bronchique chez l'enfant qu'à un âge plus avancé: ce n'est encore qu'une conjecture. On sait, du reste, que la respiration bronchique diminue d'étendue et finit quelquefois par disparaître, quel que soit l'âge du sujet, à mesure que l'épanchement devient plus considérable.

La rapidité avec laquelle le liquide avait envahi la cavité pleurale mérite aussi d'être signalée. Un ancien interne de l'hôpital des enfants, M. Archambault, a attiré spécialement, dans sa thèse, l'attention sur ces épanchements rapides qu'il appelle excessifs. On observe alors des symptômes intenses d'asphyxie, une matité absolue dépassant la ligne médiane en avant, le déplacement du cœur, etc.

C'est surtout dans les cas de ce genre qu'il importe de ne pas trop marchander la thoracentèse. On a vu de quels bons effets elle a été suivie: diminution immédiate des symptômes asphyxiques et du nombre des inspirations, avec retour de la résonnance et du murmure vésiculaire.

Si l'épanchement se reproduit, ce qui paraît être la règle quand on n'a pas recours aux injections iodées, on a au moins le temps de recourir au traitement médical, devenu plus efficace en raison de l'épuisement de la cause.

D'un autre côté, nous voyons, comme nous le disions en commençant, un enfant bien développé sans doute, mais affaibli par la maladie et le séjour à l'hôpital, traverser heureusement deux opérations pratiquées à peu de distance. Cette énergie de vitalité est remarquable dans le jeune âge; toutefois il faut bien savoir que cette heureuse disposition n'est pas si générale qu'il n'existe de nombreuses exceptions. C'est au chirurgien à interroger la constitution et les antécédents du sujet avant de se résoudre à une opération grave.

Ulcère de la jambe droite. — Nécrose ancienne du tibia. — Allongement du membre. — Courbure de la colonne vertébrale.

Les courbures de la colonne vertébrale, par suite d'inégalité de longueur des deux membres inférieurs, ne sont pas rares, et sont aujourd'hui bien connues dans leur mécanisme; mais le cas suivant offre un intérêt particulier dans la cause accidentelle de l'allongement du membre.

Obs.—Il s'agit d'un jeune homme âgé de vingt-deux ans, exerçant la profession de maçon. Il y a environ quinze ans qu'à la suite d'une chute sur le genou droit, la jambe s'est enflée ; deux abcès se font formés : l'un à la partie supérieure et antérieure, l'autre à la partie inférieure du membre. Pendant quatre ans, ces plaies sont restées fistuleuses, et ont donné passage à des séquestres qui ont été éliminés par cette voie. A cette époque seulement les plaies se sont cicatrisées.

Il y a environ trois semaines, le malade fait une chute d'une voiture sur le pavé ; il s'écorche la jambe ; néanmoins il continue ses travaux, et les plaies ne tardent pas à s'agrandir.

En ce moment, il existe à la partie inférieure de la jambe droite et à la face interne du membre un ulcère au fond duquel apparaissent des bourgeons charnus bien vermeils. Un autre ulcère beaucoup plus petit que le précédent existe à la partie supérieure de la jambe.

Le tibia du côté malade paraît plus volumineux à la partie moyenne du membre que du côté opposé. Lorsque le patient se tient dans une situation verticale, il est facile de reconnaître que la jambe droite est plus longue que la gauche. Cet excès de longueur est nettement indiqué, et par l'élévation plus considérable de la rotule, et par la situation plus élevée de l'épine iliaque supérieure correspondante.

Le bassin est incliné de haut en bas et de droite à gauche, et si l'on examine la partie postérieure du corps, on voit que le pli fessier gauche est plus bas que le droit. Enfin la colonne vertébrale présente une courbure manifeste dont la concavité est tournée à droite.

Le mécanisme de cette déformation du squelette se conçoit sans peine. Sous l'influence du travail réparateur qui a accompagné ou suivi la nécrose du tibia, cet os a subi une hypertrophie, non seulement dans le sens de l'épaisseur, mais encore dans celui de la longueur. Le membre du côté droit est donc devenu plus long que le gauche; le bassin s'est incliné, et la colonne vertébrale a dû suivre ce mouvement. Mais pour assurer l'équilibre du tronc pendant la station ou la marche, le haut de la colonne vertébrale s'est porté à droite, d'où est résulté cette courbure que nous avons signalée tout à l'heure.

Fano et Loiseau.

IV.

CONGRÈS MÉDICAUX.

Congrès d'Arras, de Novare et de Tubingue.

Excision des ovaires sur les vaches. — Traitement de la fièvre typhoïde. — Causes du goitre. — Administrations hospitalières. — Influence des rizières sur la santé. — Représentation graphique du pouls. — Influence des anesthésiques sur la tension du sang. — Mouvements de l'estomac pendant la digestion. — Moyen d'apprécier la quantité de l'élément coloré du sang. — Découverte d'un rameau nerveux. — Développement des maladies des animaux chez l'homme. — Hépatite syphilitique. — Fausse membrane dans la vessie. — Mouvements du cerveau. — Plusieurs cas d'obstétrique.

Il fut un temps, et ce temps n'est pas encore bien éloigné de nous, où le seul mot de *congrès médical* aurait suffi pour éveiller la curiosité du lecteur. Nous risquons fort aujourd'hui de ne rencontrer que l'indifférence. A qui la faute? A coup sûr, ce n'est celle ni de la science, ni de ceux qui se complaisent dans son paisible domaine. Mais si le prestige de ces réunions est à peu près tombé chez nous, il n'en est pas de même chez nos voisins. Les congrès médicaux de l'étranger deviennent chaque année plus importants et plus solennels. Il est vrai que la science, et la science seule, en fait en général tous les frais. Pour être juste envers tout le monde, nous dirons cependant que le congrès d'Arras vient de donner chez nous un exemple qui mérite d'être suivi : il s'est à peu près exclusivement renfermé dans son programme scientifique, et il ne l'a déserté qu'à de rares intervalles pour des questions d'administration.

Arras.

C'est dans la dernière moitié du mois d'août de cette année 1853 que le congrès d'Arras a tenu sa session. Les journées consacrées aux séances de la section de médecine ont été celles des 24, 25, 26, 27, 29, 30 et 31. Parmi les communications les plus importantes, nous avons remarqué celle de M. Charlier, vétérinaire à Reims.

M. Charlier propose de pratiquer, aux vaches destinées à l'engraissement, l'excision des ovaires. Cette opération, facile à exécuter, et tout à fait innocente dans ses résultats, a été faite par lui sur plus de deux cents bêtes. La vache, privée de ses ovaires, a une certaine analogie avec le bœuf privé de ses testicules, et elle s'engraisse rapidement avec la même quantité d'aliment qui servait autrefois à son entretien. Si l'opération de M. Charlier a en effet les conséquences qu'il annonce, on peut dire hautement qu'il aura rendu un grand service à l'économie rurale et à l'agriculture.

Nous signalerons aussi les observations de M. le docteur Leroy (de Béthune) sur l'emploi de l'eau froide et de la glace à l'intérieur et à l'extérieur dans le traitement de la fièvre typhoïde. Ce traitement, qui n'exclut pas d'ailleurs les indications en rapport avec les complications qui peuvent survenir, aurait fourni à M. Leroy les résultats les plus remarquables. MM. Ledieu et Brémard ont aussi confirmé, par des faits tirés de leur pratique privée, les avantages de cette méthode. Enfin M. Chatin a entretenu le congrès de ses idées sur le développement du goître. M. Chatin, ainsi que chacun le sait, a trouvé de l'iode dans la terre, dans les eaux, dans les plantes, et jusque dans l'air atmosphérique, ce qui est encore douteux pour quelques chimistes. Ses analyses l'ont déterminé à conclure que l'absence ou la petite proportion d'iode dans les eaux détermine l'hypertrophie du corps thyroïde. La doctrine de M. Chatin a rencontré dans le congrès des objections puissantes. M. Bertini, membre de la commission sarde chargée de rechercher les causes du goître et du crétinisme, lui a répliqué par des documents statistiques nombreux et précis, et M. le docteur Riboli a fait, à ce sujet, une remarque à laquelle nous avions nous-même songé plus d'une fois à l'époque où la question du goître était agitée devant l'Académie de médecine de Paris. Cette remarque est la suivante : Les individus goîtreux consomment du sel de cuisine comme tous les autres hommes, et cependant le sel marin (toujours impur) contient autant d'iode que la plupart des eaux auxquelles M. Chatin attribue la propriété de prévenir le développement du goître.

Novare.

Le congrès médical de Novare a eu lieu dans cette ville les 3, 4, 5 et 6 octobre 1853. L'*association médicale piémontaise* se trouvait ainsi, pour la troisième fois, réunie en assemblée générale. Les deux premières réunions en congrès ont été tenues précédemment dans les villes d'Alexandrie et de Gênes.

Le congrès de Novare, présidé par le professeur Bo, s'est occupé d'abord de plusieurs questions d'intérêt général, et il a formulé sur quelques unes des vœux déjà émis par lui dans sa précédente session d'Alexandrie. Parmi ces vœux, nous remarquerons les suivants : 1° que toutes les places de médecins d'hôpitaux soient données au concours; 2° que chaque chef-lieu de province soit pourvu d'un asile d'accouchements, à la fois dans un but hospitalier et dans un but d'instruction; 3° que des établissements spéciaux, destinés au traitement des maladies mentales, et semblables à ceux qui existent en France, soient créés sur le sol piémontais.

La partie purement scientifique du congrès a été presque entièrement remplie par une longue discussion pleine d'intérêt, relative à l'influence des rizières sur la santé, et sur la distance qui doit exister entre les rizières et les lieux d'habitation. Les rizières, on le sait, sont les endroits où l'on cultive le riz. Le riz est une plante dont le pied a besoin d'être entretenu dans une humidité permanente : il en résulte que les rizières sont de véritables marécages, et que, dans la saison de la culture, elles deviennent des foyers d'infection, à cause des débris organiques alternativement mis à sec par les ardeurs du soleil, et alternativement inondés par un système d'irrigations. Les rizières sont très répandues dans le nord de l'Italie; il en existe aussi en France dans la Camargue. Or voici ce qu'en avril 1850 M. le docteur Schilizzi, médecin en chef de l'hôpital d'Aigues-Mortes, écrivait à ce sujet, aux *Annales d'hygiène publique* : « Depuis l'établissement des rizières en ce pays, les pyrexies de toute nature qui y sévissaient auparavant ont *considérablement* augmenté. »

Dans la discussion qui s'est élevée à ce sujet dans le congrès de Novare, les avis ont été partagés. MM. Bo, Palestrini et Strada ont prétendu que, si cette culture a quelques inconvénients au point de vue de l'hygiène, elle est bien loin cependant d'être aussi pernicieuse qu'on l'a dit, et qu'il est facile d'éviter les dangers qu'elle entraîne à l'aide de quelques précautions bien entendues. MM. Ponza, Roccarey, Pasta et Leone, ont soutenu, au

contraire, que cette culture est essentiellement nuisible, qu'on peut bien en combattre et en diminuer les effets fâcheux à l'aide de précautions hygiéniques, mais que c'est une illusion que de croire qu'on puisse ainsi lutter victorieusement contre eux. Le discours le plus riche de faits, et le plus applaudi de la session, a été celui de M. le docteur Tosi, de Novare. M. Tosi a nettement établi, sur des preuves irrécusables, l'influence nuisible des rizières sur la santé publique, et démontré la nécessité de fixer par une loi la distance qui doit séparer les rizières des maisons d'habitation. Les conclusions de M. Tosi ont été adoptées par le congrès à une grande majorité. Mais comme les distances qui doivent exister entre les rizières et les lieux habités peuvent varier suivant la hauteur et la configuration du sol, les vents habituels, etc., il a été arrêté qu'une commission de douze membres, pris dans les comités médicaux de Biella, Mortara, Novare et Verceil, serait chargée d'étudier à fond la question, suivant les localités. Nous tiendrons nos lecteurs au courant de cette enquête importante.

Tubingue.

Le congrès de Tubingue s'est ouvert, le 19 septembre, avec beaucoup d'éclat. Cette fête de la science a été, pour la cité wurtembergeoise, une fête publique. Des mâts pavoisés aux couleurs nationales étaient placés dans les rues de Tubingue, inondées d'une foule accourue de toutes les villes voisines. Il y a eu des bals, des concerts, des banquets. Les membres du congrès ont été comblés de prévenances et d'invitations. Les petites villes voisines, Niedernau et Reutlingen en particulier, se sont distinguées entre toutes, et ont fait à leurs hôtes une réception splendide. Lorsque le congrès a fait son entrée dans les murs de Reutlingen, il a trouvé sur la route une députation de héraults d'armes dans leur costume éclatant du moyen âge, venus au-devant de lui pour le recevoir. Plus loin, une cavalcade de chevaliers s'est jointe au cortége pour lui faire les honneurs de la ville. Les représentants de la science ont passé sous des arcs de triomphe; les vins du Rhin les plus exquis leur ont été offerts, ils ont entendu les pièces de vers les plus flatteuses; et quand ils ont franchi le seuil du vieux château, les décharges de l'artillerie se sont fait entendre.

Tout le corps universitaire de Tubingue (qui compte parmi ses membres MM. Autenrieth, Bruns, Breit, Vierordt, Rapp, Wunderlich, Luschka), la plupart des savants de Stuttgard et des villes du Wurtemberg assistaient au congrès. Parmi les membres étrangers venus de Vienne, de Berlin, de Saint-Pétersbourg, de Paris, de Londres, de Giessen, de Francfort, de Bone, d'Erlangen, de Gottingue, de Wurtzbourg, on pouvait remarquer MM. Jaeger, Rose, Behrend, Dove, Carnall, Weisse, Roux, Seemann, Vogel, Weber, Mappes, Wutzer, Heyfelder, Schitzlein, Baum, Virchow, etc. — Dans sa première séance, le congrès s'est partagé en six comités ou sections comprenant : la physique, la chimie, la minéralogie et la géologie, la botanique et l'économie rurale, la zoologie, l'anatomie et la physiologie, la médecine. La section de zoologie, anatomie et physiologie, a choisi pour président M. Rapp, professeur d'anatomie comparée à l'Université de Tubingue. M. Virchow, de Wurtzbourg, l'un des hommes les plus considérables du congrès, a été élu président de la section de médecine.

Dans une des premières séances du congrès, M. Vierordt a mis sous les yeux de l'assemblée une série de feuilles de papier sur lesquelles se trouve figurée la *représentation graphique du pouls*. Le peu de rigueur des appréciations fournies à l'aide du tact, lorsqu'il s'agit de rechercher les qualités fines du pouls, a déterminé M. Vierordt à employer à cet effet un appareil très simple. Il consiste en un petit levier dont un des bras exerce par une de ses extrémités une pression douce sur l'artère, et dont le bras opposé, beaucoup plus long que le précédent, augmente 10 ou 20 fois le déplacement opéré par la pulsation artérielle. Ce déplacement est apprécié à l'aide d'une feuille de papier contre laquelle agit un crayon fixé à l'extrémité du long bras de levier. Comme cette feuille de papier est mue en même temps d'un mouvement uniforme, on peut ainsi noter de cette manière la *vitesse* du pouls. Le pouls est donc représenté par une courbe successivement convexe et concave, et l'étude de cette courbe permet de constater une foule de qualités du pouls mal connues jusqu'ici. On peut aussi, à l'aide de cet instrument, résoudre un problème de physiologie jusqu'à présent incomplétement connu. Les expériences tentées jusqu'à ce jour tendaient à faire supposer que le temps pendant lequel l'artère augmente ses dimensions (dilatation) était à peu près le tiers de celui qu'elle emploie à revenir sur elle-même (resserrement). Ce sphygmomètre d'une nouvelle espèce prouve que ces deux temps du pouls sont égaux pour la durée; car dans le pouls normal les courbes successivement opposées de la représentation graphique ont la même valeur sous le rapport de la longueur.—M. Vierordt a encore fait au congrès, dans une autre séance, une communication intéressante. Il s'agit d'expériences faites sur des chiens dans le but d'étudier l'influence des agents anesthésiques sur la tension du sang dans ses vaisseaux. Au commencement des expériences, les mouvements précipités de la respiration masquent les résultats, et il faut attendre que l'animal soit paisible et le narcotisme établi. Or l'expérience pratiquée dans ces conditions a conduit M. Vierordt à ce résultat remarquable, que toujours la tension du sang, dans l'arbre circulatoire, est considérablement abaissée. La tension actuelle du sang n'est plus que le tiers, et souvent la moitié seulement de la tension normale. (Dans le n° 5 de ce journal, p. 64, nous avons indiqué, à propos des expériences de M. Goll, le procédé à l'aide duquel on constate la tension du sang.)

M. le docteur Reclam, de Leipzig, met sous les yeux du congrès une préparation destinée à mettre en évidence les mouvements de l'estomac pendant le travail de la digestion, et à convaincre les plus incrédules. Il fait jeuner les chiens; puis quand ils sont affamés, il leur donne un lait riche en caséum. Le lait se coagule dans l'estomac. Il ouvre alors le chien, retire la masse coagulée, la laisse dessécher et la conserve pour montrer les liquides et les sillons imprimés à sa surface par les contractions de l'estomac. M. Reclam, pour compléter sa démonstration, et pour montrer le rôle que jouent les mouvements de l'estomac dans les phénomènes de la digestion, fait part au congrès d'une série de digestions artificielles faites dans des étuves à 37 degrés. Or il résulte de ces expériences que la dissolution des matières placées dans le suc gastrique a été plus rapide dans les flacons qui ont été soumis en même temps à un mouvement permanent.

M. J. Vogel, de Giessen, soumet au congrès un procédé à l'aide duquel il se flatte d'apprécier instantanément la quantité des globules du sang, ou pour mieux dire la quantité de l'élément *coloré* du sang. Ce procédé consiste à étendre d'eau, dans des proportions déterminées, une quantité donnée de sang, et à comparer le liquide qui en résulte à une *échelle colorée* construite par avance, et dont chaque teinte correspond à une quantité connue de globules. Ce procédé, qui paraît assez séduisant au premier abord, prête cependant à plusieurs objections sérieuses. En premier lieu, il faudrait que le médecin eût toujours à sa disposition de l'eau distillée, car l'eau ordinaire contient des proportions variables d'acide carbonique en dissolution, et l'acide carbonique a une influence capitale sur la coloration du sang. En second lieu, l'échelle colorée ne peut être faite qu'à l'aide du sang lui-même pour être tout à fait comparable. Or il est à craindre qu'au bout de peu de temps les teintes ne soient altérées sous l'influence de l'air atmosphérique.

M. Luschka, professeur d'anatomie à l'Université de Tubingue, et par conséquent le successeur d'Arnold, fait part au congrès de la découverte d'un rameau nerveux. Ce rameau appartient à la branche maxillaire supérieure du nerf de la cinquième paire ou trifacial. Il naît du nerf maxillaire inférieur, soit au niveau du trou ovale, soit un peu au-dessous. Ce filet s'engage alors en remontant dans le trou sphéno-épineux, et accompagne par conséquent dans ce trajet l'artère méningée moyenne. Il ne faut pas confondre ce rameau avec un autre filet accolé à l'artère méningée moyenne, et qui provient du ganglion otique. Celui-ci, en sa qualité de filet ganglionnaire, reste accolé aux vaisseaux, et est en relation avec la circulation. Le rameau décrit par M. Luschka, au contraire, abandonne l'artère pour se répandre dans la grande aile du sphénoïde et dans la portion pierreuse du temporal. Ce rameau est par conséquent, du côté de la tête, l'analogue des rameaux fournis par les troncs nerveux rachidiens au corps des vertèbres, dans le voisinage des trous de conjugaison.

M. le docteur Ritter, de Rottenburg, appelle l'attention du congrès sur le développement spontané, bien plus fréquent de nos jours, des maladies des animaux chez l'homme. M. Ritter attribue cette fréquence à deux causes principales : la première et la plus générale consiste dans l'usage de la vaccine; la seconde cause doit être recherchée dans l'habitude qui tend malheureusement à se généraliser, et qui consiste dans le remplacement du lait maternel par le lait des espèces animales. De même, ajoute M. Ritter, la pathologie des animaux *domestiques* se rapproche par certains côtés de la pathologie humaine.

M. le professeur Virchow décrit, comme caractéristique de l'hépatite syphilitique, un *tissu gommeux* de nouvelle formation, lequel est accompagné de l'atrophie du tissu normal du foie. Le tissu gommeux du foie a la plus grande analogie avec celui qui apparaît dans le crâne et dans les autres os. En ces lieux, en effet, non seulement il apparaît un tissu nouveau, mais encore les éléments de l'os, à l'endroit envahi, se raréfient et disparaissent. Le tissu gommeux envisagé en lui-même est constitué par les éléments du tissu cellulaire, et dans une période avancée ses éléments se condensent par places, de manière à présenter les apparences du *tissu des cicatrices*. Ce tissu calleux exerce alors des compressions locales sur les canaux excréteurs du foie, d'où l'ictère.

M. Bauer, de Reutlingen, présente au congrès une fausse membrane qui forme un sac complet. Cette fausse membrane, qui doublait l'intérieur de la vessie d'une femme, avait amené une rétention d'urine à laquelle le cathéter n'avait pu remédier, l'instrument ayant pénétré entre les parois de la vessie et celles du sac. Cette fausse membrane a été remise à M. le professeur Luschka, lequel a bientôt reconnu qu'elle n'était autre que la tunique muqueuse de la vessie qui s'était séparée tout d'une pièce de la tunique musculeuse.

M. Krauss, de Tubingue, fait part d'expériences faites par lui sur les mouvements du cerveau chez un individu qui présentait une solution de continuité à la voûte crânienne. Il fait observer que ces mouvements étaient complétement suspendus lorsque l'individu se trouvait sous l'influence du narcotisme chloroformique. L'absence des mouvements de l'encéphale doit être vraisemblablement rapportée à la diminution de la tension du sang dans ses vaisseaux, et par conséquent à la diminution de son effort impulsif.

Quelques communications intéressantes sous le rapport obstétrical ont été faites au congrès par MM. Schneemann, Mappes et Breit. M. Schneemann recommande la dilatation artificielle du col utérin dans les hémorrhagies utérines causées par l'insertion du placenta sur le col. Cette méthode, employée par lui dix-sept fois, lui a constamment réussi, tandis que le tamponnement a été suivi deux fois de la mort de la femme. Le docteur Mappes fait la narration de deux cas d'extirpation de l'utérus à la suite de cancers : les deux femmes ont succombé. M. le professeur Breit, ayant voulu arrêter une hémorrhagie survenue à la suite de couches, à l'aide du perchlorure de fer, la femme a succombé à des accidents de péritonite. Enfin MM. Mappes et Breit recommandent l'administration de l'ipécacuanha dans les hémorrhagies utérines à la suite de l'accouchement. L'ipécacuanha est pour eux un hémostatique puissant; ils l'ont employé souvent et toujours avec le plus grand succès.

Tel est le résumé aussi succinct que possible des principaux travaux du congrès de Tubingue. Pour compléter ce tableau, nous ajouterons que la plupart des communications ont donné lieu à des discussions assez étendues, et que plusieurs membres de l'assemblée, et en particulier MM. Dove et Carnall, ont fait preuve en cette occasion d'un talent d'orateur plus d'une fois salué par des applaudissements unanimes.

Jules Béclard,
Agrégé de la Faculté de médecine.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Adénites strumeuses, extirpation, par M. Huguier.

L'opération dont il s'agit, quoique rendue déjà plus acceptable par les succès qu'en a obtenus l'habile chirurgien sous le nom duquel elle se présente, ne prendra pas sans obstacles son droit de cité dans la pratique. L'auteur la réserve, il est vrai, pour les ganglions strumeux ou tuberculeux (il ne précise pas ce point; et souvent, en effet, on aurait beaucoup de peine aussi à le préciser sur le vivant). Mais ce qui soulèvera les plus vives objections, c'est que loin d'attendre, pour enlever les glandes, qu'elles aient suppuré et se soient accompagnées de décollements et de fistules, c'est *avant* ces complications, et dans le but de les prévenir, qu'il recommande l'ablation.

Plusieurs cas de ce genre ont déjà montré que l'opération, bien qu'elle doive ordinairement être faite dans des régions abondamment pourvues de vaisseaux et de nerfs, n'a rien d'impraticable, et qu'elle affranchit les malades d'une source d'incommodités et d'une cause de dépérissement qui, pour n'être à cette époque que vraisemblables ou même possibles, n'en méritent pas moins d'appeler d'avance, sur de pareilles conséquences, les plus sérieuses préoccupations de la chirurgie. Cependant, toute glande scrofuleuse se montre-t-elle absolument réfractaire au pouvoir des médications internes? D'autre part cause-t-elle une difformité ou une gêne dont les inconvénients soient en rapport avec le danger qu'une opération aussi délicate comporte intrinsèquement? Voilà deux questions que plus d'un praticien hésitera à résoudre par l'affirmative. Aussi l'opération que propose M. Huguier pour les ganglions non suppurés nous paraît-elle devoir être rangée parmi les procédés dont l'application demande, pour être rationnelle, un concours de circonstances exceptionnelles, telles que la difficulté qu'apporte la tumeur à l'exercice de fonctions importantes, sa situation superficielle, etc.

Une remarque, toutefois, pourrait agrandir le champ de ces indications. L'auteur fait observer qu'il ne s'agit point ici, comme pour les cancers, d'enlever à tout prix la totalité de la tumeur; s'il la trouve trop profondément enracinée, il se bornera à en retrancher le plus possible, et abandonnera à la suppuration, aidée ou non par l'emploi de moyens appropriés, le soin de faire tomber le reste de la masse morbide. (*Moniteur des hôpitaux*, 25 octobre 1853.)

Ablation d'une espèce particulière d'opacité de la cornée, par M. Walton.

Quoiqu'il ait eu, ainsi qu'il le dit, particulièrement en vue une variété de lésion qui n'est pas la plus commune, le succès obtenu par l'auteur et les considérations pratiques dont il en fait suivre le récit, n'en contribueront pas moins au perfectionnement d'une opération qui compte parmi les plus difficiles et les moins habituellement heureuses de la chirurgie.

Une femme de vingt-neuf ans était depuis plusieurs années à peu près complétement aveugle, inhabile à se conduire. La cornée était, des deux côtés, occupée au delà du niveau de la pupille par une opacité dense faisant un peu saillie, et qui, vue de côté, donnait en quelque sorte l'idée de la lésion nommée par les Anglais « conicité de la cornée. » L'aspect de cette opacité différait de celui des taches ordinaires, et semblait conduire à penser qu'elle était due au dépôt d'une substance probablement crétacée. D'ailleurs les yeux paraissaient sains; car la vision regagnait quelque chose dès qu'on provoquait la dilatation des pupilles.

M. Walton opéra à l'aide d'une petite gouge, semblable à l'instrument employé pour enlever les corps étrangers de la cornée. Il agit ainsi en grattant, en ratissant plutôt qu'en coupant, en quatre séances successives sur l'œil droit et en deux sur le gauche, à intervalles d'un mois. La transparence fut ainsi rétablie presque en entier, si bien qu'il faudrait maintenant regarder de très près pour y découvrir un reste d'opacité. La vision est à peu de chose près parfaite. Cette femme y voit de l'un et de l'autre œil à enfiler une aiguille.

L'auteur ne limite pas l'application rationnelle de ce procédé aux opacités saillantes; il le croit indiqué contre toutes celles qui paraissent résulter du dépôt d'une substance de nouvelle formation. Deux conditions essentielles sont requises pour le succès : c'est d'abord que la portion de cornée à conserver derrière celle qu'on enlève soit transparente; c'est, en second lieu, que la réparation de la perte de substance causée par l'instrument ait lieu aux dépens d'une matière transparente. La première se trouve presque dans tous les cas remplie. Quant à la seconde, il suffit, pour la réaliser, de ne déterminer par les tentatives d'abrasion qu'une irritation modérée; c'est dans ce but, c'est afin de mettre une différence profonde entre les suites de l'opération et celles des ulcérations cornéennes (qui, comme on le sait, se terminent si souvent par opacité), que M. Walton procède par un râclage superficiel; c'est encore dans ce but qu'il se borne, dans chaque manœuvre, à l'ablation d'une très légère quantité des tissus morbides, préférant y revenir à plusieurs reprises, suffisamment espacées, pour éviter l'inconvénient d'une réaction inflammatoire locale qui pourrait compromettre le résultat thérapeutique. (*Medical Times* et *Gazette*, 5 novembre 1853, p. 469.)

Anévrisme consécutif à une plaie de l'artère acromiale, guéri par la compression, par M. di Rocco.

Toutes les difficultés, toutes les causes de méprise semblaient s'être réunies chez ce malade pour mettre en défaut les ressources du diagnostic et le pouvoir de la thérapeutique : lésion rare, méconnue d'abord, accidents sérieux, indication et imminence de l'emploi d'un remède presque aussi grave que la maladie; en définitive, prompt succès, grâce au procédé le plus simple.

Un homme se présente avec une plaie reçue depuis huit jours au milieu de la face externe du bras gauche. Comme elle avait donné lieu à plusieurs hémorrhagies péniblement arrêtées, on juge qu'il s'agit d'une lésion d'artère; et, en conséquence, on fait la ligature de l'humérale. Mais, le treizième jour, une hémorrhagie reparaît par la blessure. Plusieurs fois, elle se reproduit, et finit par réduire le malade à un état anémique fort grave. Enfin une tumeur pulsatile se forme au milieu de la face postérieure du bras, sous la blessure. M. di Rocco, portant le doigt dans la poche qu'elle constitue,

la trouve pleine de caillots sanguins. Il ouvre largement ce sac, et rencontre au fond l'artère acromiale considérablement dilatée. Une pression exercée directement arrête temporairement l'hémorrhagie. Les médecins appelés en consultation opinent pour l'amputation du bras. L'appareil instrumental est déjà préparé; mais l'auteur, s'inspirant des exemples de guérison due à la compression, établit le tourniquet de J.-L. Petit entre la tumeur anévrismale et l'origine de l'acromiale, sur la face externe du membre. Au bout de 72 heures, on relâche un peu la compression; on la supprime enfin après quelques jours. La guérison était obtenue ; elle est depuis lors restée solide. (*Il filiatre Sebezio*, octobre 1853, p. 210.)

Nouvel appareil pour les fractures, par M. Choisy.

La description, quoique un peu prétentieusement pittoresque, de ce système déligatoire, faite par l'auteur lui-même, mérite d'être reproduite pour exciter de plus en plus les jeunes chirurgiens au culte de la simplicité, précieuse, indispensable qualité de toute innovation qui aspire à prendre rang dans la pratique.

Deux feuilles, l'une de plomb, l'autre d'ouate, composent exclusivement cet appareil; et cette dernière, qui ne remplit là d'autre office que celui de remplissage, il est permis, en cas de nécessité, de lui substituer du crin, de la filasse, de la bourre, de la mousse.

Pour la réduction et l'accommodation de l'appareil, le plus stupide des valets de ferme, un enfant, dix minutes de temps. (Pour l'accommodation, passe ; mais pour la réduction des fragments !)

En tout, d'une façon indispensable, une botte de plomb, de cuir fort ou de carton, botte d'une seule pièce ou résultant de deux valves juxtaposées, voilà pour la carcasse.

Comme accessoire, le remplissage que Dieu ou le hasard vous fait tomber sous la main.

Pour les mouler au membre et les fixer, deux mouchoirs, deux bouts de bande, de corde ou de fil de fer, au besoin même une branche tordue.

Comme luxe, pour le membre aristocratique, une toile imperméable pouvant s'appliquer immédiatement sur lui et pouvant l'isoler du remplissage.

Total, en ne faisant pas la plus légère concession, quatre pièces, c'est-à-dire huit de moins que l'appareil amidonné, quatorze de moins que l'appareil de Larrey.

Parmi les précieux avantages de ce bandage, M. Choisy signale son amovo-inamovibilité rapide qui permet de visiter en quelques minutes le membre, son inaltérabilité par le pus ou l'humidité extérieure, la faculté de le combiner aisément avec l'extension continue, de se prêter aux diverses inflexions qu'on peut désirer imprimer au membre fracturé. (*Société des sciences médic. de Gannat*, rapport, 1853, p. 20.)

Sur les luxations de l'extrémité supérieure du péroné, par M. Goyrand.

Le tableau complet de ces luxations peut être tracé avec d'autant plus d'intérêt, d'après la communication de M. Goyrand, que la désignation de chaque variété s'y trouve accompagnée d'une observation qui en prouve la réalité, et en fait en même temps apprécier cliniquement le mécanisme et les principaux caractères.

1° *Luxation en avant.* Le talon étant abaissé et retenu dans cette position, comme lorsqu'il s'accroche en descendant au rebord d'une marche d'escalier, les muscles extenseurs des orteils et du pied sont tendus, se contractent et attirent en avant la tête du péroné. M. Savournin a vu cet accident se produire ainsi. Une pression directe repoussa la tête, qui se réduisit avec un claquement distinct. La guérison fut rapide.

2° *Luxation en arrière.* Le professeur Dubreuil a observé ce déplacement, avec projection de la tête péronière à un pouce environ de distance de la tubérosité externe du tibia; il était survenu au moment où l'individu voulait franchir, en sautant, trois marches d'un escalier. Pour prévenir une chute imminente, il avait subitement contracté les muscles du membre inférieur et porté avec force la jambe droite dans l'abduction. Il éprouva aussitôt une vive douleur vers l'extrémité supérieure du péroné. Une pression directe opéra la réduction.

3° *Luxation en haut.* Ici, comme dans les espèces précédentes, ce n'est pas à un choc sur la partie déplacée que la luxation est due; le pied étant fortement renversé en dehors, le péroné, au lieu de se fracturer vers sa malléole, ainsi que cela arrive ordinairement, est refoulé tout entier de bas en haut par le tarse, et se luxe dans chacune de ses articulations avec le tibia. Dans un cas de ce genre, rapporté par Boyer, on fit reprendre au péroné sa place naturelle en réduisant la luxation du pied. Le blessé guérit, en conservant un peu de roideur à l'articulation du pied.

4° Enfin Sanson a vu, par suite du passage d'une roue de voiture sur la partie supérieure externe de la jambe, la tête du péroné rendue tellement mobile, qu'on pouvait aisément, en la poussant, lui faire dépasser dans les deux sens le niveau de son articulation ; mais dès qu'on l'abandonnait à elle-même, elle reprenait sa place normale. Ici la cause vulnérante avait agi directement. (*Revue médico-chirurgicale*, octobre 1853, p. 211.)

Quelques considérations pratiques sur le broiement de la pierre en une seule séance, par M. Amussat.

Il suffit de parcourir cet article pour comprendre qu'il est destiné à nous faire part d'un espoir que l'auteur nourrit, celui de pouvoir, quand le calcul n'est ni trop gros ni trop dur, terminer souvent le broiement en une seule séance. Par le fait, il ne cite qu'une seule observation; et si l'on jette un coup d'œil sur l'appareil instrumental qu'il propose, on voit qu'il ne diffère que par des nuances de ceux employés jusqu'ici. Ainsi il use d'abord d'un brise-pierre, dit *d'attaque*, plus volumineux et muni de fortes dents; puis d'un *broyeur*, dont les cuillères aplaties sont garnies de trois rangées de petites dents : c'est avec celui-là qu'on réduit en parcelles les fragments qu'a faits le premier.

Le reste de l'article, rédigé avec cette minutieuse sollicitude de praticien que l'on retrouve dans tous les écrits de l'auteur, est surtout consacré à démontrer l'avantage (peu contesté d'ailleurs) qu'il y aurait à pouvoir terminer la lithotritie en une seule séance. Mais le moyen de vulgariser et d'étendre à tous les cas cette opération expéditive se chercherait vainement, nous le craignons, en suivant la voie ouverte par M. Amussat ou par M. Heurteloup. D'après leurs systèmes (et ils ont une grande ressemblance), ce sera de temps en temps un hasard heureux réalisé par d'habiles spécialistes en faveur de malades placés dans des conditions exceptionnellement propices; mais nous ne saurions voir dans de pareils essais les caractères d'une méthode qui promette de généraliser ses bienfaits. Qu'on en juge par la proposition suivante que M. Amussat a placée en tête de son article :

« Briser un calcul vésical en plusieurs fragments que l'on broie immédiatement avec deux ou trois instruments différents, de manière à les réduire tous à un assez petit volume pour qu'ils puissent sortir sans difficulté par l'urètre, ou être extraits de la vessie avec un instrument approprié, si le malade ne peut les expulser, c'est là ce qu'on doit entendre par la lithotritie en une seule séance. »

A cette définition, où l'auteur place les imperfections et hésitations de la science actuelle comme une barrière infranchissable au progrès, nous substituerions celle-ci :

« Saisir la pierre et ne la lâcher qu'après l'avoir, avec le même instrument, réduite en fragments assez petits pour qu'ils puissent être expulsés sans difficulté par le malade.... c'est là ce qu'on doit entendre par la lithotritie en une seule séance. » Ajoutons que ce procédé est le seul avec lequel on soit *matériellement* sûr de n'avoir pas oublié un fragment dans la vessie.

Or, ce procédé n'est point à l'état de projet. Si nous rappelons qu'il fut exécuté avec succès, en 1845, par son auteur, M. Arthault, sur un *calcul mural*, à l'Amphithéâtre, c'est moins pour rendre hommage à un inventeur qui a pu, à ce qu'il paraît, se contenter de la gloire, que pour exciter le zèle de ceux qui peuvent aspirer à la partager. (*Gazette médicale de Paris*, octobre 1853.)

Traitement de l'angine tonsillaire par la saignée des veines ranines, par M. Aran.

L'influence de cette saignée pour hâter la résolution de l'angine, souvent préconisée, a toujours été contestée, et cela, d'après des considérations également puissantes. Telle est, en effet, la promptitude avec laquelle cette affection marche ordinairement vers une guérison spontanée, qu'on peut toujours nier la réalité de l'action médicatrice, même quand c'est par elle que la terminaison a eu lieu. Le doute est d'autant plus fondé, que, pour pratiquer cette saignée, on attend en général que la phlegmasie ait atteint un certain degré; or, comme on le sait, elle n'est jamais plus près de décroître d'elle-même que lorsqu'elle a atteint son *summum* de développement.

Malgré ces légitimes motifs de défiance, il est telles circonstances qui semblent faites pour dissiper la réserve qu'ils inspirent, et prouvent l'utilité de ce moyen énergique. Ainsi, dans un cas d'angine aiguë, survenue à la suite de refroidissement, chez un jeune homme, le gonflement des amygdales faisait redouter une suffocation prochaine. Un vomitif avait procuré quelque soulagement; mais les accidents s'étaient reproduits dès le lendemain matin. M. Aran crut alors devoir pratiquer la saignée linguale. Ayant tiré et tenant fixée la langue au dehors, il incisa les deux veines ranines avec une lancette dans toute leur longueur, de la pointe vers la base de l'organe. Un gargarisme chaud favorisa un abondant écoulement de sang. L'amélioration fut immédiatement ressentie par le malade; le lendemain, elle était encore plus marquée, et, quatre jours après, la gorge était revenue entièrement à son état normal. (*Gazette des hôpitaux*, 22 octobre 1853.)

Guérison de l'hydropisie ascite par l'opium, par le docteur Linoli.

Le but de l'auteur est de montrer que le traitement ordinaire de l'épanchement abdominal, par les purgatifs et les diurétiques, est un traitement banal, dont l'insuccès fréquent tient à ce que, dans beaucoup de cas, ce mode thérapeutique ne convient pas à la *diathèse* ou nature de la maladie; que cette diathèse est la première considération qui doive préoccuper le praticien, et qu'elle est quelquefois telle, que le meilleur remède contre l'épanchement se trouve être l'opium. A l'appui de cette dernière assertion, l'auteur rapporte avec détails deux observations.

Dans la première, il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, de tempérament lymphatico-sanguin, mère de six enfants. L'ascite datait de plusieurs mois; elle s'était développée graduellement, sans s'accompagner de fièvre ni d'autres symptômes aigus, soit locaux, soit généraux. M. Linoli songea d'abord à une hydropisie ascite *par diathèse asthénique;* puis la malade ayant accusé plus tard une douleur sourde dans la région utérine du côté droit, M. Pieri, appelé en consultation, crut à l'existence d'une phlegmasie lente dans cette région, et conseilla de recourir aux controstimulants avant d'en venir à la paracentèse. Mais M. Linoli, considérant que la malade avait eu des chagrins, qu'elle se nourrissait très mal et ne buvait pas de vin, qu'elle n'offrait pas de signes d'inflammation des viscères ou du péritoine; qu'en palpant la région de l'ovaire droit, le sujet étant couché sur le côté gauche, on ne déterminait aucune douleur et l'on ne sentait aucune tuméfaction, M. Linoli considéra le malaise accusé du côté droit comme l'effet mécanique de la pression du liquide épanché, et persista dans son opinion sur la nature asthénique de la maladie. Toutefois, M. Pieri, ayant insisté pour obtenir l'emploi de la gomme gutte à titre d'essai, on en prescrivit six grains, divisés en trois parties égales, à prendre de trois heures en trois heures. Ce médicament fut mal supporté et amena des vomissements. On y revint pourtant le jour suivant, mais sans plus de succès. La malade s'étant refusée à en prendre davantage, on eut recours à la scille. Même résultat : nausées, vomissements accompagnés de sueurs froides. L'ascite augmentait toujours. C'est alors que M. Linoli eut recours aux opiacés; il employa une potion laudanisée. Dès le lendemain, un mieux était sensible; la quantité des urines avait augmenté. La médication fut continuée, en aaccroissant progressivement la dose du médicament, et la diurèse s'établit largement; en même temps, l'épanchement diminua avec rapidité. Du 24 avril au 9 mai, la malade avait pris 5 onces 3 dragmes et 2 deniers de laudanum, unis à 3 livres et 1 once d'eau de cinnamome.

Ainsi, c'est comme *stimulant* que l'opium a été administré, et c'est en combattant l'asthénie que, dans l'opinion de l'auteur, il a guéri l'ascite. On reconnaît ici la doctrine italienne, et dans sa façon d'interpréter la nature des maladies, et dans ses croyances sur le mode d'action de l'opium. Il nous paraît, du reste, fort vraisemblable que, dans ce cas, l'épanchement était réellement de nature passive, et réclamait l'emploi de moyens propres à relever la tonicité des tissus. L'opium est-il, pour cela, un bon moyen? Sans entrer dans une discussion sur les effets physiologiques des opiacés, et sans nous faire les disciples entièrement soumis de la doctrine italienne, nous rappelons pourtant que l'opium, à haute dose, active fortement la cicatrisation, élève le pouls, le rend plus fréquent, détermine des sueurs brûlantes, produit enfin un effet général qui paraît assez propre à amener un effort résolutif. Mais en même temps, nous ajouterons deux remarques : l'une, c'est que, si c'est là le moyen par lequel l'opium guérit, ce moyen peut être fourni, au moins aussi sûrement, par d'autres substances dont l'administration a moins d'inconvénient; l'autre, c'est que l'opium, à hautes doses, active quelquefois la sécrétion urinaire, bien que ce soit ordinairement le contraire; et dès lors, il pourrait se faire, dans les cas analogues à celui que nous venons de raconter, que la diurèse fût la cause de la diminution de l'épanchement au lieu d'en être l'effet. (*Giornale della reale Accademia medico-chirurgica, Torino*, 20 *octobre* 1853.)

Sur la vertu fébrifuge de la salicine, par le Dr Macari.

M. Macari essaie de relever la salicine de la déchéance où l'ont fait tomber particulièrement les expériences entreprises en France. Il rappelle que les premiers essais poursuivis, après la découverte de la salicine par Fontana, avaient d'abord été favorables; que même plusieurs médecins français, entre autres M. Andral, avaient reconnu à cette substance une vertu fébrifuge, ou, comme disent assez justement les Italiens, *accessifuge*. Et il ajoute que si les expériences ultérieures ont donné d'autres résultats, c'est qu'elles avaient été faites avec des médicaments mal préparés, ou donnés à trop faible dose, comme 2, 3, 4 décigrammes, ou administrés avant que la maladie ait été débarrassée des complications et ramenée à un état de simplicité.

A l'appui de ces assertions, l'auteur rapporte brièvement huit observations de fièvre quotidienne ou tierce, dans lesquelles l'administration de la salicine, à la dose de 1 gramme, a été suivie de la cessation des accès. Dans un cas, il dit que la fièvre n'avait pas cédé complétement au sulfate de quinine. Pour ne pas mériter un des reproches qu'il fait aux détracteurs de la salicine, il a eu soin de combattre le plus souvent ce qu'il appelle les complications de la maladie; il a, par exemple, pratiqué d'abondantes saignées. On peut faire là-dessus une remarque : c'est que le traitement dit préliminaire a bien pu enlever toute la maladie. On est d'autant plus autorisé à le penser qu'il n'y avait pas le plus souvent, dans les cas cités, de complications au sens où on l'entend d'ordinaire, telles que des congestions locales ou quelque autre lésion matérielle déterminée, et que la saignée s'adressait d'ordinaire à un état général, à la pléthore, par exemple, ou à l'excès d'activité de la circulation. On sait très bien qu'il suffit souvent de saigner ou de purger, pour couper court à une fièvre intermittente. (*Gazzetta dell'assoc. med. degli Stati Sardi, et Gazzetta medica, Toscana*, 1853, n° 42.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Documents pour servir à l'histoire du choléra-morbus. — Rapport du Registrar general.

Suite. Voir le numéro 9.

Nos confrères d'outre-Manche ont donné la qualification de lois du choléra aux formes sous lesquelles les principaux phénomènes de la maladie se sont produits, et ils ont cherché à les déterminer par l'étude consciencieuse des faits dûment et soigneusement enregistrés.

Les lois relatives aux saisons méritent toute l'attention des médecins. Les deux précédentes invasions ont eu lieu à la fin de l'automne, et ont duré quinze mois, en présentant le maximum de la mortalité immédiatement après cette époque.

M. Farr signale une analogie très curieuse entre l'histoire du froment de blé et celle de l'épidémie. « Le développement du cho- » léra s'est opéré avec les mêmes successions que celui du froment. » En effet, le grain de blé prend racine en octobre, germe en » hiver, fleurit en juin, se forme et se remplit en juillet et août, » est coupé par le moissonneur avant la première semaine de sep- » tembre, tombe de maturité en octobre et en novembre. »

Or, en octobre 1848, il y a eu 354 décès par choléra; en décembre, 375; en janvier, 658; en juin, 2,046; juillet, 7,570; août, 15,872; septembre, 20,699; octobre, 4,656; novembre, 844; décembre, 163.

Les mêmes proportions se sont présentées en 1831-32.

Le degré moyen de la température et la marche de l'épidémie marchent donc parallèlement. Un pareil fait ne saurait être infirmé par quelques cas exceptionnels qui peuvent tenir à d'autres circonstances. Ainsi, si le choléra a sévi avec plus de violence à Saint-Pétersbourg pendant l'hiver, ne pourrait-on pas l'attribuer aux moyens de chauffage des appartements, qui ont déterminé des conditions artificielles analogues aux conditions naturelles qui se sont vérifiées en Angleterre? Il y a une observation, relative à l'état de l'atmosphère pendant les époques cholériques, digne de remarques. M. Gaisher croit avoir constaté, à Greenwich, que le mouvement horizontal de l'air pendant cette période était moindre de moitié du mouvement habituel. Il y avait donc à la surface de la terre une atmosphère épaisse et stagnante; l'air était excessivement oppressif, pendant qu'une forte brise soufflait au sommet de l'Observatoire, il n'y avait pas le plus léger mouvement dans l'air à la surface des eaux de la Tamise.

De son côté, le docteur Thorn avait observé que quelque temps avant la terrible invasion du choléra à Kurrachee « la température » était plus élevée que de coutume; la quantité d'humidité de l'at- » mosphère plus considérable qu'on ne l'avait jamais vue dans au- » cun pays du monde; des vents légers, faibles, ou des calmes plats » avaient régné en juin, au lieu des vents forts et du ciel orageux » qui signalent à Kurrachee les mois de juin et de juillet; finale- » ment il était tombé des pluies excessives. Comme conséquence, » le peuple, souffrant de langueur et d'oppression, était inhabile à » supporter la moindre fatigue sans un épuisement extrême.

» Il est important de ne pas perdre de vue, ajoute M. Farr, que » les conditions physiques de l'atmosphère qui oppriment ainsi » les agents vitaux sont les mêmes sous l'influence desquelles les » substances animales nuisibles et les résidus des végétaux se dé- » composent avec le plus de rapidité, et dans lesquelles les produits » sont introduits en plus grande quantité dans le sang par les or- » ganes respiratoires. »

Les lois du choléra en relation avec les localités présentent aussi un grand intérêt.

La proportion de la mortalité est moins influencée par la longitude et la latitude que par l'élévation au-dessus du sol, la position perpendiculaire. Il est généralement admis que les localités basses et humides sont nuisibles à la santé, et que rien ne ravive et ne restaure le malade comme l'air frais des montagnes. Le peuple, qui est parfaitement libre de choisir son lieu de résidence, recherche d'ordinaire les sites qui commandent une perspective; ses yeux sont charmés par l'aspect des collines et des montagnes, et ses oreilles préfèrent les chants des oiseaux qui les peuplent aux coassements des grenouilles et des crapauds des fossés marécageux. Le voyageur qui gravit une éminence modérée, ne sent-il pas à chaque pas qu'il est transporté dans une région plus pure, que sa respiration est plus libre, sa circulation plus active?

Le choléra asiatique, né dans la contrée basse et marécageuse du delta du Gange, n'a-t-il pas toujours suivi le cours des rivières et de certains rivages de la mer? Maintenant sa course au nord-est, il arrive, en suivant la côte, à Scinde, sur les bords de la mer, et graduellement il s'étend au-dessus de Hyderabad. Pénétrant en Syrie, il éclate à Damas, et peu de jours après à Alep, et le mois suivant, il porte ses ravages dans les pays au-dessus du Tibre supérieur et la partie la plus basse de l'Euphrate. L'enquête anglaise établit de la manière la plus péremptoire (*cæteris paribus*) le rapport constant entre l'intensité de l'épidémie et le degré d'élévation.

Le tableau des décès fait voir qu'en général la mortalité diminue à mesure que l'on remonte les rivières, et que la majorité des districts salubres sont à une certaine élévation au-dessus de la mer. Cette correspondance du niveau des localités et de l'intensité du choléra s'est vérifiée à Londres. Les paroisses de la capitale ont été classées, d'après leur élévation au-dessus du niveau de la Tamise, en cinq groupes : pour le premier groupe, de 20 pieds au-dessous du niveau, 102 décès par 10,000; pour le deuxième, de 20 à 40 pieds d'élévation, 65 sur 10,000; pour le troisième, de 40 à 50 pieds, 34; pour le quatrième, de 50 à 60 pieds, 29; pour le cinquième, de 80 à 100 pieds, la mortalité n'a été que de 22.

Dans un district à 100 pieds d'élévation, il n'y a eu que 17 décès, et à Hampstead, à 350 pieds au-dessus du niveau de la Tamise, il n'y a eu que 8 morts, dont 1 arrivé malade de Wandsworth. On voit, par l'examen de ces faits, que la mortalité du choléra étant représentée par 1 à la hauteur de 20 pieds, la mortalité relative pour les plans successifs est représentée par 1/2, 1/3, 1/4, 1/5, 1/6.

La découverte de cette loi est due à M. Farr.

Quoique la mortalité ne soit pas strictement en raison inverse des élévations du sol, nous pouvons la considérer comme telle, en tenant soigneusement compte des diverses circonstances qui la modifient ou en altèrent l'exactitude mathématique Ainsi, les avantages de l'élévation de Hampstead deviendraient moindres par le manque d'une bonne eau, et les inconvénients inhérents à certaines localités basses et humides seraient corrigés par une meilleure distribution d'eau, par des habitudes d'aisance.

Ce fait conduit les publicistes anglais à demander l'amélioration des paroisses situées à des niveaux peu élevés. Des travaux bien entendus peuvent améliorer l'état sanitaire de localités naturellement peu favorisées par la nature. On environnerait ainsi la contrée d'un cordon sanitaire qui seul résisterait aux invasions futures.

Le rapport entre l'intensité du choléra, dans une localité donnée et l'état de pureté de l'atmosphère, n'est pas moins constant.

A de grandes hauteurs, à mesure que l'air se raréfie, il paraît moins susceptible de servir de véhicule aux miasmes, et jamais le choléra ne s'est montré au sommet des Alpes ou de l'Hymalaya.

Cette conductibilité plus ou moins grande de l'atmosphère est influencée par sa condition hygrométrique; avec un temps sec, le corps humain peut endurer un degré de froid qu'il serait dans l'impossibilité de supporter si l'air était chargé d'humidité, et cela par la raison qu'un air humide enlève au corps une dose plus considérable de calorique.

Le même principe s'applique à la faculté que nous avons de mieux supporter une température plus élevée lorsque le temps est serein que lorsqu'il est dans les conditions dites vulgairement : *temps gris*.

Ceci posé, il résulte, des nombreuses et attentives observations, que la *cholérine* se répand plus facilement et plus généralement dans une atmosphère humide. « Du reste, ajoute M. Farr, le ré-

sultat général de l'observation et de l'expérience démontre que la condition naturelle et physique de l'air qui jouit d'un pouvoir de conductibilité plus grand pour la production et la propagation du choléra, sont une atmosphère humide et stagnante. » Dans les localités de l'Inde les plus sujettes à l'épidémie, il règne habituellement *un vent brûlant saturé d'humidité*.

Ces conditions atmosphériques ont été regardées par plusieurs écrivains comme accessoires; mais pour le registre général elles ont une importance réelle. M. Farr les a retrouvées dans les districts où la diffusion du choléra se faisait avec le plus de rapidité; d'autre part, il a constaté que la cholérine perdait de sa puissance au milieu d'un air pur, naturel, privé de tout élément de décomposition organique. D'un autre côté, le docteur Sutherland, auteur d'un appendice au rapport général, cite sur ce point des exemples très concluants.

Aux États-Unis, on est arrivé, après une étude attentive, aux mêmes conclusions.

L'enseignement pratique qui, pour nos honorables confrères d'outre-Manche, ressort de toutes ces observations, c'est toujours la nécessité de multiplier les travaux d'art et d'assainissement, d'établir un système de drainage satisfaisant, d'éloigner toutes les occasions de fermentation ou de décomposition organique quelconque, d'apporter dans la construction des villes et habitations particulières une parfaite connaissance des lois de l'hygiène. En terminant, nous ne pouvons nous empêcher de citer un fait remarquable qui s'est passé à Londres.

Les Juifs de la capitale n'ont pas été atteints par l'épidémie; on a cru trouver les raisons de cette immunité dans les conditions particulières de leur vie sociale et religieuse.

Quelle que soit l'indigence de la classe juive, il n'y a jamais plus d'une famille dans une chambre. Ils ne font jamais abus de liqueurs fermentées; leur religion, en leur imposant une nourriture spéciale, leur défend l'usage des poissons à coquille, et celui de la chair des animaux morts de maladie.

Le repos du sabat est une des obligations de leur culte, et les fêtes de Pâques les mettent dans la nécessité de blanchir leurs chambres, de purifier tous les ans leurs habitations.

PROSPER DE PIETRA SANTA.

VII.

VARIÉTÉS.

— *Prix à l'occasion du choléra.* — *Le Bulletin des Lois* publie un décret du 15 novembre, qui autorise l'acceptation d'un legs de *cent mille francs*, fait par M. Bréant, à l'Institut de France.

L'extrait de ce testament est ainsi conçu :

« J'institue et donne après ma mort, pour être décerné par l'Institut de » France, un prix de 100,000 francs à celui qui aura trouvé le moyen de » guérir le choléra asiatique, ou qui aura découvert les causes de ce ter- » rible fléau. »

Suivent des instructions sur la manière dont le testateur entend que ses intentions soient remplies et des considérations qui, selon lui, doivent engager les investigateurs à demander à l'analyse de l'air la solution d'une partie du problème qu'il leur propose.

Prix d'Argenteuil. — L'Académie de médecine avait interjeté appel d'un jugement rendu le 13 janvier 1853, et ordonnant que, faute par l'Académie d'avoir dans un délai de quatre mois, rempli les intentions du testateur, la somme de 9,744 fr. 60 c., résultant des revenus accumulés pendant la première période, serait remise à la disposition du légataire universel. Mᵉ Chaix-d'Est-Ange, son avocat, a cherché à établir que la mesure prise par l'Académie était conforme aux intentions du testateur, qui avait entendu laisser à la légataire une latitude suffisante pour le meilleur choix du lauréat.

Mᵉ G. de Villepin, avocat des légataires, a soutenu le jugement attaqué.

Conformément aux conclusions de Mᵉ Chaix-d'Est-Ange et de M. de Labaume, premier avocat général, la Cour a jugé que l'Académie avait fait une saine interprétation de la clause, a infirmé le jugement dont était appel et débouté les intimés de leur demande.

— M. BERNARD, suppléant M. MAGENDIE, commencera son cours au Collége de France, vendredi prochain, 9 décembre, à midi, et le continuera les mercredi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ALLGEMEINE MEDICIN CENTRAL-ZEITUNG. — N° 93. Maladies et remèdes populaires des tribus de l'Afrique méridionale (formes de Lèpre). — N° 94. Action de l'iode sur l'organisme, par *Moeller* (d'Altona) (résultat des études faites en Islande sur les suites d'une nourriture prise en partie des algues contenant de l'iode. Immunité d'affections du foie, de scrofules et de rachitisme). — Malad. et remèdes popul. des tribus de l'Afrique mérid. (fin). — N° 95. Les bains de mer d'Hapsal (en Esthonie), par *Hunnius*. — N° 93. Bains de mer d'Ostende, par *E. Schmalz* (de Dresde).

DEUTSCHE KLINIK, v. Goeschen. — N° 48. L'onguent de cuivre (résolvant et fondant préférable à tout autre (7-15 centigr. d'oxyde noir sur 30 gram. d'onguent rosat), par le prof. *Hoppe* (de Basle) (fin). — Clin. chirurg. et ophth. de l'Univ. d'Erlangen, par *Heyfelder* (contin.). — Rapport succinct sur les cliniq. de Berlin. — Clin. ophth. du doct. de Graefe (extirpation du bulbe de l'œil, affecté d'un carcinoma melanodes). — Clin. syphil. et des maladies de la peau du doct. *de Baerensprung*. — Trentième congrès des natur. et méd. allem. à Tubingue (contin.). — Ont été atteintes du choléra à Berlin : le 15 nov., 2 personnes; le 16, 1; le 17, 2; le 18, 0; le 19, 0; le 20, 0; et le 21, 1. Depuis le début de la maladie, 1403 cas, sur lesquels 934 décès et 441 guérisons. — N° 49. Sur les kystes sous-cutanés de la tête (ne sont pas, comme les tumeurs sébacées d'Astley Cooper, le produit de follicules sébacés, mais des formations toutes nouvelles et indépendantes; sans caverne à leur début, elles dépérissent avec la formation de celle-ci; leur croissance se fait par apposition, et elles ne possèdent ni vaisseaux, ni nerfs), p. *Benjamin* (de Hambourg). — Les effets de la picrotoxine (7ᵉ-13ᵉ expérience), par le doct. *Falk* de Marbourg (contin. L'analyse sera donnée après la publication complète du travail). — Clinique chirurg. et ophth. d'Erlangen, par *Heyfelder* (contin.) — Cliniques de Berlin : Clin. ophthalm. de de Graefe. — Feuilleton : Rapport de voyage (Paris; les prof. de clinique médicale), par *Heyfelder*.

MEDICINISCHE ZEITUNG herausgeg. v. d. Verein f. Heilk. in Preussen (*Gaz. méd. de Prusse*). — N° 47. Sur le sang des cholériques (diminution de la fibrine, constatée dans deux cas mortels). — Sur l'acromatopsie (impuissance de distinguer la couleur bleue chez un garçon serrurier qui a longtemps souffert d'une fièvre intermittente erratique avec état soporeux et syncoptique. Deuxième cas, incapacité de reconnaître la couleur rouge chez une personne hystérique, affectée d'odontalgie), par le doct. *Eichmann*. — N° 48. Sang des cholériques (contin.) — Deux cas de luxation de la tête du fémur; réduction d'après la méthode de Fischer, par le doct. *Vormann*. — Phosphore dans l'huile de térébenthine contre la fièvre intermittente, par *Behn* (Schreber le préfère au quinquina à cause de son bas prix et de sa plus grande efficacité. Phosphore, 10 centigr.; huile de téréb. 12 grammes. 15 gouttes dans une décoction de gruau toutes les 3 heures). — Lésion à la tête, produisant paralysie permanente des bras, par *C.-G. Jaeger*. — Hémorrhagie de l'oreille, par *Eichmann*. — Exhalation fétide de toutes les parties du corps (chez un soldat renvoyé du régiment pour ce motif, tout genre de médication étant resté sans succès), par *Massalien*.

Livres nouveaux.

DE L'AFFECTION TYPHOÏDE de l'espèce chevaline, et de ses rapports avec la fièvre typhoïde de l'homme, par *Loiset*, méd. vétér. In-8 de 48 p. Lille.

BAYERN'S RINDERRAGEN, Schlaege und Staemme (*Les races bovines de Bavière*), par *Fraas*. Münich, in-4. 7 fr. 50

MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS. Publiées par la Société royale médico-chirurgicale de Londres. Vol. XXXVI, in-8. 18 fr.

NEUES VERFAHREN den GEBAERMUTTER und Scheiden-Vorfall Sicher zu heilen (*Nouvelle méthode de guérir les descentes de matrice*), par *J.-A. Schilling*. Münich, in-8. 1 fr. 25.

NEW SYSTEM Illustrated of Fixing Artificial Teeth, by *A. Fitz-Patrick*. In-8. 3 fr.

ON DISEASES OF THE RECTUM, by *Z. Syme*. 3ᵉ édit., in-8. 6 fr.

ON PULMONARY CONSUMPTION, par *T. Thompson*. In-8. 10 fr. 50

THE DRUGGIST'S Handbook of Practical Reicepts : a Manual for the use of the medical and chemical practitioner, by *T.-F. Branston*. In-12. 5 fr. 50

THE PATHOLOGY and Treatment of Stricture of the Urethra in the Male and Female, by *H. Thompson*. In-8 avec planches. 14 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.
ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 16 DÉCEMBRE 1853. N° 11.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 15 décembre 1853.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE L'EMPLOI DU PERCHLORURE DE FER COMME AGENT DE COAGULATION DU SANG. — BULLETIN DU CHOLÉRA.

A la dernière séance de l'Académie de médecine, quand M. le président a annoncé la continuation de la discussion sur les injections coagulantes, personne n'a demandé la parole. Il n'y a pas beaucoup à le regretter. Cette question, qui attendra longtemps encore son jugement définitif, peut être considérée aujourd'hui comme suffisamment instruite. Après quelques oscillations d'un extrême à l'autre, malgré la ténacité d'une opposition qui s'isole de plus en plus dans son exclusivisme, on s'accorde aujourd'hui à reconnaître au perchlorure de fer ses propriétés réelles, celles d'un agent dont la puissance d'action compense, dans une rassurante mesure, les périlleuses difficultés d'application. Trois fois, en un bien court espace de temps, la science se sera trouvée aux prises avec ces mystérieux problèmes que le génie contemporain suscite partout, en médecine comme dans l'industrie, et qui ouvrent au progrès des perspectives jugées autrefois chimériques ; problèmes dont l'étude est hérissée de tels écueils, qu'on n'ose ni la quitter sans regret, ni la reprendre sans hésitation, tant la question de mort y serre de près la question de vie. Si une solution semble ici devoir surgir plus rapide que pour les anesthésiques, plus heureuse que pour la syphilisation, il faudra sans doute l'attribuer en grande partie à ce que les conditions à préciser ne consistaient cette fois qu'en modifications locales et non en une impression exercée sur tout l'organisme. Mais il sera juste de tenir également compte de la direction éminemment philosophique imprimée à la discussion. Séduite par la simplicité presque idéale du moyen, la chirurgie s'était laissé d'abord entraîner à des essais prématurés. Leur enseignement fatal a porté des fruits complets. Un mouvement de halte s'est spontanément opéré dans tous les rangs. Une défiance raisonnée, une salutaire timidité ont arrêté les plus intrépides. Cette masse de revers ou de compromettantes réussites qu'on avait là sous les yeux, véritable anatomie pathologique de la méthode, a servi à l'éclairer par une analyse lumineuse. La chimie, les vivisections ont aussi fourni leur secours. Et maintenant, bien que ce travail préparatoire soit incomplet, bien que l'expérimentation sur l'animal vivant nous laisse encore désirer plusieurs données importantes, la route est tracée ou du moins son terrain déblayé, et ceux qui s'y engageraient de nouveau n'iraient plus,

FEUILLETON.

Lettre médicale.

Rentrées des Facultés et des Écoles de médecine. — Les Inspecteurs-généraux. — MM. Bérard, Brongniart, Dumas. — Tendances universelles. — Nouvelle chaire de chimie : M. Soubeiran. — Toujours le prix d'Argenteuil. — Prix Bréant. — *Varia.*

CHER CONFRÈRE,

La médecine française vient de passer par une période très *solennelle* : solennité à la Faculté de Paris ; solennité à Strasbourg ; encore plus solennité à Montpellier ; rentrée solennelle des écoles préparatoires ; séance solennelle de l'Académie impériale de médecine. Ce que nous en avons pu voir de nos yeux, ouïr de nos oreilles, nous vous l'avons transmis incontinent, excellent confrère et abonné ; c'est ainsi que vous avez eu votre part des morceaux littéraires dont nous avons eu l'heur d'être régalés, et que vous avez pu apprécier la chaleur d'âme de M. Bouchardat et la rhétorique habile de M. Frédéric Dubois. Pour mettre le comble à nos attentions, nous vous dirons aujourd'hui quelque chose des solennités provinciales, en y rattachant, à la faveur du cosmopolitisme scientifique es avec votre permission, plusieurs de celles qui ont eu lieu récemment hors de nos frontières.

La présence de M. Bérard à Montpellier a seule occupé la presse médicale de Paris. Ceux qui connaissent l'aimable inspecteur s'en étonnent peu ; c'est le privilége de son talent comme de sa personne, d'attirer et d'attacher. On sait, toutefois, que sa mission n'a pas été une sorte d'accident universitaire, que Strasbourg et quelques écoles préparatoires ont été également gratifiés d'inspecteurs généraux, et que le tout répondait à une pensée particulière du gouvernement. Le décret du 10 avril 1852 sur l'enseignement a dérouté les traditions et heurté des convictions invétérées ; il a soulevé des interprétations diverses ; les commentaires dont on a eu soin, à plusieurs reprises, de l'accompagner, ont laissé encore des nuages dans certains esprits. Il s'agissait de calmer ces scrupules, en prenant nettement position. Or, c'est le décret lui-même, sous l'habit brodé, qui s'est installé dans le fauteuil de la présidence, — *verbum caro* — et c'est de lui qu'on a pu entendre la signification qu'il se donne et les avantages qu'il se promet. A cet égard, il n'a pas montré partout la même habileté, sauf erreur, ni le même à-propos. Il nous a paru sensiblement mieux dans son rôle, sous les apparences de M. Bérard, à Montpellier, que sous celles, par exemple, de M. Dumas à Lyon. Le célèbre chimiste a un peu trop oublié le milieu où il parlait, et les points de vue spéciaux sous lesquels l'innovation apparaît aux yeux du corps médical. Nous n'avons pas le droit d'en-

on peut l'affirmer, buter contre les obstacles qui ont coûté tant de faux pas aux premiers explorateurs.

Au point où en est aujourd'hui le débat, en présence de ce sentiment de confiante réserve qu'inspire à tous l'avenir de la méthode, enfin appuyée par un exemple de succès sans accidents, il ne saurait plus être question de la défendre contre des attaques qui eurent, au début, et leur raison d'être et leur utilité, mais dont l'exagération devient de plus en plus flagrante. A ce succès, aussi prompt, aussi peu chèrement acheté qu'on le pût espérer, que reproche l'opposition? « Qu'il a été obtenu *contre toutes les règles !* » Vraiment! et de quels législateurs nous viennent-elles, ces règles auxquelles on ne saurait déroger sans encourir votre blâme? Des théoriciens qui n'ont fait que les écrire, ou des chirurgiens qui les ont vues aussi souvent infidèles qu'appliquées? Pour nous, en médecine opératoire, c'est à celui qui réussit qu'il appartient d'édicter les lois. Le *modus faciendi* qui donne la guérison, voilà le seul que, malade, nous invoquerions; le seul que, critique, nous voulions conseiller. Sans doute un heureux concours de circonstances, d'anomalies peut-être, a aidé à la cure dans ce cas. Tirez-en, c'est votre droit et notre intérêt, la recommandation de chercher à réaliser autant que possible des conditions analogues pour vos futurs opérés, à n'agir même que lorsqu'elles seront à peu près semblables. Mais, quant à l'action manuelle, quant à ce qui concerne l'intervention personnelle du praticien, quant au procédé, on ne consentira pas, croyez-nous, à repousser celui qui a guéri, pour accepter sur votre parole un modèle exhumé de quelque autopsie où l'opéré aura eu la consolation de mourir selon toutes vos règles.

Veillons cependant à modérer à son tour la réaction qui tend à remplacer les défiances premières. Ce n'est pas seulement le souvenir des malheurs accomplis qui nous ordonne la prudence. Tout nous apprend que le perchlorure de fer possède un pouvoir irritant en rapport avec sa vertu médicatrice. Si, comme on l'a vérifié à Turin, la couche interne des tuniques artérielles est détruite par cette injection; — si, d'après les recherches de MM. Leblanc et Debout, elle a pour effet constant de déterminer une rétraction du vaisseau; — si le trajet de la piqûre, en contact avec le liquide coagulant, s'enflamme et suppure, ainsi qu'il résulte de plusieurs observations; — si une réaction phlegmasique locale, parfois médiocre, souvent intense, mais toujours constatée, s'observe dans tout tube vasculaire, veine ou artère, qu'a rempli ce liquide, évidemment on ne saurait lui supposer une innocuité qui permette de fermer les yeux sur les conséquences de son introduction dans le système circulatoire. Les craintes judicieuses exprimées par M. Velpeau sur la composition spéciale du caillot qu'il produit et sur l'*inabsorbabilité* de celui-ci, n'ont pas encore été dissipées. Pour tout esprit réfléchi, elles subsistent, même après les expériences récentes, où l'on voit 15, 23, 27 gouttes du fluide coagulant parcourir impunément les artères d'un cheval. Que n'a-t-on pas heureusement pu hasarder chez les animaux, en fait d'injections irritantes ou même toxiques? et à quels mécomptes ne s'exposerait-on pas en allant, sur la foi de ces succès dangereux, transporter de l'*animâ vili* à son semblable la manœuvre et la substance dont cette fallacieuse expérimentation aurait dissimulé les funestes effets!

Ainsi placés entre le pour et le contre, trouvant dans la théorie et dans l'observation de puissants encouragements aussi bien que de justes motifs de circonspection, tâchons de formuler comme nous le comprenons, d'après les nouvelles lumières qui nous sont venues depuis notre dernier article, l'enseignement qui résulte de ce long débat. Et, pour plus de clarté, traduisons-le en un certain nombre de règles, règles provisoires, peut-être trop larges, peut-être trop restreintes, mais que nous croyons, pour le moment, représenter tout ce qu'il y a de solide dans les acquisitions que vient de réaliser cette partie de la chirurgie.

Donc, selon nous, le praticien qui voudra employer la nouvelle méthode devra :

1° *Ne choisir que des artères où la suspension du courant sanguin puisse être maintenue complète et prolongée au-dessus et au-dessous de la tumeur.* — Agir autrement : déposer le sel ferrique dans un vaisseau où la circulation continue, serait provoquer à la fois l'insuccès de la méthode, puisque le cours du sang viendrait dissoudre le caillot à mesure qu'il se forme, et ses dangers, puisque ce corps irritant se trouverait ainsi entraîné vers les capillaires. On pourrait cependant admettre deux exceptions, l'une pour les tumeurs non compressibles au-dessous, mais dans lesquelles le sang n'est ramené qu'à la longue par d'étroites anastomoses; l'autre pour les tumeurs non compressibles au-dessus, mais où l'on a le moyen de suspendre la circulation au-dessous. Il suffit en effet d'une interception, pourvu qu'elle soit entière et durable, soit du côté du cœur, soit du côté de la périphérie, pour mettre le liquide du sac dans les conditions propices à sa condensation. C'est ainsi que M. Barrier a pu tenter l'injection d'un anévrisme innominé, en compri-

---

trer bien avant dans la question; mais nous pouvons dire au moins que la portée du décret n'est pas la même à l'égard de l'éducation médicale, que relativement à l'étude des sciences physiques et industrielles. L'éloquente dissertation de M. Dumas sur la grande bataille des industries nationales et sur l'avantage puissant que les sciences positives peuvent mettre entre les mains des adversaires, était assurément de nature à flatter la population lyonnaise; mais elle l'était moins à conquérir au décret les opposants (s'il y en a) de la classe des médecins. Il en est tout autrement du discours de M. Bérard, modèle de souplesse et de dextérité. M. Bérard est-il bachelier ès lettres? Très probablement, et c'est tant pis; car ce discours serait un bon argument *per exemplum* à l'adresse des fanatiques du grade, et qui prouverait qu'on peut exceller dans le genre persuasif sans avoir passé par l'étamine de M. Victor Leclerc et de M. Cousin. L'exorde est d'une insinuation charmante. Dans cet ardent Midi, que le génie local, plus encore que la tradition, anime au culte de la littérature, et pour qui les exercices de l'imagination sont encore des *jeux*, comme aux temps olympiques, il était périlleux de venir demander une plus large place pour les sciences exactes. Que fait l'orateur? Il se met à l'unisson du sentiment qui circule autour de lui. Il montre les ténèbres de la barbarie se dissipant à la lumière des belles-lettres, du midi au nord, et la cité de Montpellier apparaissant une des première dans cette aube éclatante; il parle troubadours et chansons provençales; il conjure les élèves de rester fidèles à ce maître illustre qui poursuit la physiologie dans les fresques de Raphaël et dans les monuments antiques de la littérature. Lui-même se lamente sur le sort d'un savant auquel serait interdit le commerce d'Horace, de Tacite et de Cicéron; mais en même temps il rappelle que, dans la régénération de l'esprit humain, le foyer des sciences a été rallumé avec celui des lettres, Hippocrate et Aristote réhabilités avec Virgile et Platon, dans les mêmes lieux, par les mêmes mains. Puis, le terrain ainsi préparé, il découvre la part, encore considérable, qu'ont laissée aux études classiques le décret du 10 avril et les règlements d'administration. Enfin, s'emparant d'une protestation fort habituelle à Montpellier, contre le reproche de négliger les sciences auxiliaires, il montre, par des applications saisissantes, à combien de questions de la plus haute importance la physique et la chimie sont seules en mesure d'apporter une solution. Avions-nous raison de vous dire, cher confrère, que M. Bérard a fait une *composition* excellente et conforme aux préceptes du livre *De oratore?* Vous saurez de plus que le style est au niveau de l'exécution. L'ingénieux inspecteur n'a rien écrit de plus élégant.

Presque en même temps que rentraient nos Facultés et nos écoles,

mant simultanément la carotide et la sous-clavière ; c'est ainsi que, plus logiquement encore, quoique au prix de plus de périls, M. Pétrequin a pu injecter un anévrisme de la sous-clavière, après avoir préalablement lié l'artère au-dessous de la clavicule ; judicieuse extension et utile auxiliaire apportés à la rationnelle, mais trop souvent impuissante, méthode de Brasdor.

2° *S'assurer que la compression est effectivement faite de manière qu'elle suspende les battements et que le malade la puisse supporter le temps voulu.* — Une dégénérescence crétacée de l'artère (cas de M. Lenoir), l'inexpérience des assistants, l'impatience du malade, sont autant de causes d'échec contre lesquelles le chirurgien a dû se mettre en garde par des essais antérieurs, qui n'ont que des avantages, en servant à préparer à la fois le patient, les aides et les collatérales.

3° *Constater, par l'issue d'un jet de sang artériel, que l'extrémité de la canule plonge bien réellement au milieu du sang liquide.* — Ce renseignement, dont M. Laugier a bien fait apprécier l'importance, n'est pas suffisamment obtenu par l'aspect du sang sorti ; on s'y est déjà trompé. Il serait donc dangereux de se fier à ce seul indice. Lâchez momentanément la compression supérieure, et l'*émission saccadée* du jet achèvera de vous éclairer. Avec ce complément de certitude, il est permis de croire qu'on ne lira désormais plus la relation d'opérations où le liquide coagulant a été poussé à travers une canule d'où il n'était cependant sorti que du sang *veineux* ou du sang *violacé*.

4° *N'employer que du perchlorure neutre et à 30 degrés au plus.* — Tout a été dit sur l'indispensable nécessité d'une bonne composition chimique du liquide. Et quant à sa densité, s'il est possible, comme le pensent MM. Debout et Leblanc, de descendre jusqu'à 15 degrés sans rendre impuissant l'agent de coagulation, cette réduction, dont nous avions les premiers (*Gaz. hebdom.*, p. 86) indiqué l'utilité et fixé le degré, aurait la plus salutaire influence sur les suites de l'opération.

5° *Pousser d'abord plutôt trop peu que trop de liquide.* — La quantité nécessaire n'étant séparée que par quelques gouttes de la quantité nuisible, mieux vaut rester en deçà qu'au delà de la limite où le danger succède à l'insuffisance. Jusqu'ici la règle, posée par Pravaz, de 3 gouttes pour 1 centilitre de sang, semble la plus sage. D'ailleurs, la conduite du praticien, sous ce rapport, sera rendue plus facile par la considération suivante.

6° *S'il faut plusieurs injections successives, les rapprocher ou les éloigner beaucoup plus qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.* — Nous avions déjà montré, dans un précédent article, le péril attaché à des séances trop peu espacées. Il est prouvé par les accidents survenus entre les mains de MM. Velpeau, Soulé, Lenoir, Barrier, à la suite d'une seconde ou d'une troisième injection faite cependant dans des conditions identiques avec celles de la première, qui était demeurée parfaitement inoffensive. M. Laugier, développant ce point de vue, a fait voir la cause de cette singularité apparente dans l'inflammation qui frappe presque inévitablement tout kyste ponctionné à plusieurs reprises. Il conviendra donc, si l'on n'a pas réussi du premier coup, ou de laisser longtemps *reposer* la tumeur avant de recommencer immédiatement, ou de recommencer avant que l'inflammation ait eu le temps de l'envahir. Ce second parti, à vrai dire, nous paraît préférable ; et nous nous étonnons que les chirurgiens n'aient pas plus généralement suivi l'exemple donné par M. Lenoir, de plusieurs injections faites dans la même séance. Puisque la coagulation est parfois si prompte que M. Soulé l'a vue s'opérer *immédiatement*, M. Leblanc *presque immédiatement*, M. Niepce en *cinq* minutes, Pravaz en *quatre*, M. Deslongchamps en *trois*, qui empêcherait, si elle n'est pas obtenue au bout de six à huit minutes, de pousser encore quelques gouttes par la canule laissée en place, après l'avoir débouchée avec la tige du trocart ? Mais pour que cette succession de manœuvres s'accomplisse avec sécurité, il faut :

7° *En cas d'injections répétées à courts intervalles, s'assurer que la première a échoué par le seul palper de la tumeur, afin de voir si elle a durci, et non en lâchant la compression pour voir si les battements y reparaissent.* — Cette suspension, quelque courte qu'elle puisse être, non seulement détruirait le travail de coagulation commencé, mais exposerait aussi à de sérieux accidents, si la compression au-dessous était imparfaitement pratiquée, ou si on la levait ensuite trop tôt. La lecture du cas de M. Lenoir nous justifiera d'avoir spécialement insisté sur ce point.

8° *Ne retirer la canule qu'après avoir fait faire au piston un ou deux tours en arrière.* — Grâce à cette précaution, indiquée par M. Debout, et ainsi qu'il l'exprime fort bien lui-même, « on substitue, dans la canule, du sang au perchlorure qu'elle contenait, et l'on met le tissu cellulaire à l'abri de toute agression » du liquide caustique. Ajoutons le conseil d'extraire la canule par un mouvement prompt et soudain, quoique sans brusquerie.

---

avaient lieu à l'étranger, comme nous le disions, plusieurs autres solennités médicales. Permettez-nous de vous parler seulement des Congrès de Tubingue et de Novare, dont vous avez pu lire un compte rendu dans le dernier numéro, et de la séance de rentrée de l'École universitaire de Florence. Vous savez que nous portons un intérêt particulier à cette école, dont nous voudrions introduire en France la méthode d'enseignement. Or, il n'est pas sans intérêt de rapprocher les discours de nos inspecteurs généraux de celui qu'a prononcé à Florence le professeur Pacini et des communications reçues par les Congrès. En effet, dans cette Italie où la chaîne du dogme est si forte, et qui pourrait être, sous ce rapport, comparée à Montpellier ; dans cette Allemagne qu'on accuse de rêverie, de quoi est-on surtout préoccupé en ce moment? Précisément des services que doivent échanger toutes les sciences, et surtout de l'application des sciences physiques à la médecine. Dans le domaine rigoureusement médical, où se porte de préférence l'investigation? Sur l'anatomie normale et pathologique, sur les actions et réactions des liquides de l'économie, sur les phénomènes acoustiques, etc. Le professeur Pacini a pris pour texte de son discours la *biologie*, mot créé par Treviranus, oublié à la fin du siècle dernier et ressuscité de nos jours. L'orateur définit la biologie : *la science de l'organisation* ; elle est constituée selon lui, *par l'assemblage de toutes les sciences naturelles.* Et ailleurs encore : « La biologie, dit-il, est la fusion de toutes les sciences qui ont pour objet les êtres vivants. »

La *fusion*, politique à part, c'est le mot de l'époque. Voilà assez longtemps que dure l'isolement, et, si nous osions le dire, l'encellulement de la médecine. Dans son monologue de plus de deux mille ans, à ne compter que d'Hippocrate, elle a dû dire son dernier mot. Oui, sans doute, honneur à ceux qui ont gardé intactes les grandes et saines traditions, qui ont sauvé l'arche dans la tourmente des vaines disputes et des théories audacieuses ! mais aujourd'hui la question n'est plus là. Veut-on avancer, veut-on s'arrêter? être locomotive ou borne? Il faut choisir. On aura beau discourir éternellement sur l'autonomie du corps vivant ; éternellement épier les actes du principe vital, les efforts de la nature médicatrice ; montrer dans la diversité apparente des symptômes et des lésions l'unité du génie épidémique, ou, dans un autre ordre d'idées, rattacher les phénomènes morbides à l'inflammation, à l'asthénie, au lymphatisme, etc., — on répétera des vérités relatives, bonnes en pratique, puisqu'elles peuvent décider du mode de traitement ; mais, en fin de compte, on ne fera guère que repasser par un chemin qu'ont déjà usé les générations précédentes. L'essence de la vie nous échappe ; l'organisme n'est pas un verre

9° *N'enlever ensuite les compressions, du moins l'une d'elles, et de préférence la supérieure, qu'au bout d'un temps assez long.* — Cinq minutes, vingt minutes étaient le terme jusqu'ici jugé suffisant. Mais depuis la publication du cas où une durée beaucoup plus considérable a coïncidé avec l'absence de tout accident, l'opinion sur ce point spécial ne doit plus avoir besoin d'être éclairée. Un mot cependant: après la compression qui *intercepte* le cours du sang, ne pourrait-on laisser quelque temps à demeure celle qui se borne à l'*affaiblir?* En Angleterre, c'est avec celle-là qu'on traite, qu'on dit guérir la plupart des anévrismes (1). Mieux supportée par les malades, ne serait-elle pas ici un précieux moyen d'assurer la guérison et de prévenir les accidents, en protégeant le travail graduel par lequel s'effectue la condensation du magma ferro-sanguin et son adhérence à la surface interne du vaisseau? P. Diday.

Le mouvement de l'épidémie de choléra, depuis son invasion jusqu'au mardi 13 décembre inclusivement, est le suivant : 1° Dans les hôpitaux civils et militaires, 478 *admissions*, 174 *cas développés à l'intérieur;* total, 652 : sur ce nombre, 292 *décès*. 2° A domicile, 210 décès dans l'intérieur de Paris. En outre, 49 décès à Bercy, 10 à Vaugirard, 4 à Grenelle, 3 à Courbevoie, 2 à Puteaux, 1 à Meudon. Le total des décès à Paris et dans la banlieue est donc de 571.

Nous savons en outre que, dans la journée du 14, 12 décès ont été déclarés aux mairies.

Le nombre des décès a diminué sensiblement depuis trois jours. A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE INTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

DU BAIN D'AIR COMPRIMÉ DANS LES AFFECTIONS GRAVES DES ORGANES RESPIRATOIRES, ET PARTICULIÈREMENT DANS LA PHTHISIE PULMONAIRE, par le docteur Francis Devay, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Depuis les précieux travaux du docteur Pravaz, sitôt enlevé à la science, nulle publication n'a paru touchant l'air comprimé envisagé comme agent thérapeutique; et cependant, depuis la mort de ce savant et consciencieux médecin, ce mode de traitement a pris une plus grande extension, par l'établissement sur une large échelle d'un nouvel institut pneumatique, où ont été réunis par MM. Tabarié et Milliet tous les perfectionnements apportés par la science.

L'usage du bain d'air comprimé s'est, en quelque sorte, vulgarisé parmi nous, soit par l'attrait de la nouveauté, les brillants dehors de l'établissement, soit aussi par le retentissement des cures remarquables qui s'y sont effectuées. Je crois qu'ici le succès en est peut-être arrivé à ce point où, comme dans les meilleures choses, l'abus commence; lorsque la vogue pousse en quelque sorte irrésistiblement le public à exagérer l'influence d'une médication, à dépasser les bornes de sa sphère d'action. Il y a plus : cette tendance, fondée sur une opinion trop absolue de l'excellence du bain d'air comprimé, détermine les malades, comme je m'en suis aperçu dans ma pratique, à négliger les autres ressources de l'art. Ce n'est là qu'une illusion; car si dans les cas légers tels qu'une bronchite, un catarrhe non compliqué, le bain d'air *seul* a réussi, je ne sache pas que *seul*, dans des cas plus graves, il ait suffi à déterminer une guérison.

Ayant eu l'occasion, depuis deux ans et demi, de donner des soins à un assez grand nombre de malades atteints d'affections graves du côté des organes respiratoires et que j'ai soumis au traitement par l'air condensé, je crois avoir acquis une expérience suffisante de ce genre de médication et pouvoir préciser ses indications. Les faits que j'ai recueillis après avoir suivi attentivement les malades se montent jusqu'à ce jour au chiffre de 28, et se rapportent presque à toutes les variétés des maladies des organes de la respiration, depuis les bronchites et les catarrhes jusqu'à l'asthme essentiel et la phthisie pulmonaire. Exposer les principaux résultats de cette série d'observations, c'est arriver à une sorte de critérium touchant cette médication qui, si elle n'est pas tout à fait nouvelle, est du moins peu connue par un grand nombre de praticiens. Ce traitement d'ailleurs n'étant point à la portée de tous, et se trouvant, sous certains rapports, dans les conditions des eaux minérales, demande à être jugé moins par des médecins qui en font une spécialité que par des médecins tout à fait étrangers aux intérêts des établissements. Nous savons trop combien, malgré la meilleure foi du monde, les inventeurs d'une méthode thérapeutique sont portés à se faire illusion sur sa valeur. Nous savons encore que les meilleures monographies de certaines eaux minérales ont été écrites, non par les médecins-inspecteurs eux-mêmes, mais par des médecins étrangers ayant fait des enquêtes indépendantes et motivées.

I. *Du mode d'action physiologique du bain d'air comprimé.* — Notre but étant ici de faire une appréciation tout à fait médicale de ce modificateur puissant, nous ne nous étendrons point sur la description des appareils au moyen desquels on le met en relation avec l'organisme. Nous renvoyons, à ce sujet, le lecteur à la savante monographie de Pravaz. Tout ce que nous devons dire, c'est

(1) L'importance des résultats récents fournis de l'autre côté du détroit par la méthode de la compression nous décide à préparer, pour un très prochain numéro, une histoire détaillée de cette méthode, très peu connue en France, quoiqu'elle soit réellement d'origine française. (*Note du Rédacteur.*)

à pied : voilà le grand grief contre les prétentions des sciences physico-chimiques ! Mais si la vie est inconnue, comme de fait, elle l'est pour tout le monde, c'est le grand tort de toutes les doctrines médicales et de tous les médecins, de ne pas savoir comment nous existons, pensons et mourons. Cela doit-il interdir la recherche des moyens matériels, visibles, tangibles, mesurables et comptables, que met en œuvre, pour l'entretien de la vie, cette force mystérieuse qui nous anime? Faut-il détourner les yeux du mécanisme parce qu'on ne connaît pas le moteur? A supposer que, dans cet ordre de recherches, l'art médical n'ait, quant à présent, rien à gagner, nous dirions comme un habile micrographe de notre pays, M. Ch. Robin, cité par M. Pacini : Les sciences marchent plus vite, étudiées indépendamment de toute idée d'application; cultivez ainsi les sciences médicales, et le temps viendra où l'art en recueillera tout à coup d'immenses avantages. On peut le dire hardiment, un instinct invincible pousse dans ces voies la génération actuelle des travailleurs. La *Société de biologie* de Paris, la *Société des sciences biologiques* de Turin, la *Société microscopique* de Londres, la *Société des naturalistes* de Naples, et d'autres encore, en sont des témoignages directs et très significatifs.

Cher confrère, notre missive, à qui l'espace est mesuré, va toucher à sa fin. Vous la prendrez justement pour une perfidie. Sous prétexte de nouvelles, nous vous envoyons une longue et lourde disquisition de la digestibilité la plus douteuse. Heureusement, péché avoué, péché pardonné. Cela dit, avant d'apposer notre seing, *paulo majora canamus*.

Nous vous disions récemment que la chaire de *chimie organique* allait être supprimée; dans le décret inséré au *Moniteur* du 10 décembre, la suppression porte sur la chaire de *chimie médicale;* mais en même temps la première prend le titre de *chaire de chimie organique et de chimie minérale*. Vous voyez que c'est tout un. A la place de la chaire supprimée, on a créé, conformément à l'avis de la majorité des professeurs, une chaire de pharmacie, dont le titulaire est M. Soubeiran. Cet arrangement, vous le savez, ne nous paraissait pas être le meilleur; mais on ne doutait pas qu'il ne prévalût. Ce sera affaire au nouveau professeur de ne pas répéter, sur beaucoup de sujets, le professeur de thérapeutique et de matière médicale. Il y aurait pourtant quelque chose de mieux et de possible encore : ce serait de distraire la matière médicale de la thérapeutique, avec laquelle elle ne se confond pas, et de la joindre à la pharmacie qui y adhère intimement. La pharmacie n'est que la matière médicale confectionnée, et un pharmacien instruit, un pharmacien professeur, sait toujours sa matière médicale sur l'ongle. La thérapeutique est tout autre chose : c'est l'application des substances au traitement des maladies, et l'on peut être un très habile thé-

que le mode d'administration du bain d'air comprimé repose sur la propriété fondamentale de l'air atmosphérique : la *compressibilité;* d'où il résulte qu'en le refoulant avec des pompes, on peut, dans le même espace, en retenir une quantité infiniment plus considérable que dans l'état ordinaire. C'est cet air condensé qui doit alimenter temporairement le poumon et déterminer deux effets physiologiques principaux : 1° Une absorption plus grande d'oxygène; 2° une aspiration plus puissante du sang veineux dans le ventricule droit. A ces deux phénomènes se rattachent les nombreux effets accessoires de l'air condensé et les mutations importantes qu'il détermine. L'air comprimé, contenant sous un volume donné une plus grande quantité absolue d'oxygène, augmente la solubilité de ce gaz dans le sang, et cette solubilité est favorisée par l'augmentation de la pression atmosphérique; car, d'après M. Biot, la quantité en poids des gaz dissous dans un liquide croît proportionnellement à la pression que ces gaz supportent. Mais, comme Pravaz en a donné l'utile et claire démonstration, il y a, dans l'action de l'air condensé sur l'organisme, un autre élément que la multiplication des molécules d'oxygène sous un volume donné ; cet élément est une force mécanique supérieure à celle qui agit sur les gaz expérimentés à la pression ordinaire de 0m,76. Cette différence entre les conditions d'absorption fait pressentir une différence correspondante.

Lorsqu'on associe à ces deux grands effets physiologiques produits par le bain d'air comprimé les résultats fournis par l'observation clinique, les cures des diathèses tuberculeuses, la régénération des constitutions affaiblies, on est porté à admettre que c'est sous leur double influence que de si importantes modifications s'opèrent dans l'économie. En effet, d'une part, alimentation pulmonaire plus abondante, sang plus vitalisé; d'une autre part, renouvellement plus rapide et plus intégral de la circulation veineuse, épuration facilitée du sang chargé du détritus des organes. Il existe donc là deux phénomènes corrélatifs : l'un pour la recorporation et l'autre pour la décomposition. Celle-ci se manifeste par une plus grande exhalation d'acide carbonique, n'ayant lieu toutefois qu'en dehors du bain d'air comprimé. « Lorsque, dit Pravaz, la respiration vient à se faire de nouveau dans l'atmosphère normale, la suroxydation des globules sanguins qui s'était produite pendant la durée du bain d'air comprimé ne peut manquer de donner lieu à des symptômes d'exaltation vitale, et à l'élimination en plus grande quantité du produit gazeux de la combustion du carbone, devenue plus active, puisque ce gaz cesse d'être soumis à la pression supérieure qui coerçait son expansibilité (1). » Le médecin qui aime à se rendre compte du mode physiologique présidant aux phénomènes curatifs, trouvera que les effets du bain d'air comprimé répondent aux tendances que comporte une saine méthode thérapeutique appliquée aux diathèses. L'indication, dans ce cas, ne consiste-t-elle pas à refaire ce sang, à renouveler les matériaux sur lesquels s'exerce l'activité de la nutrition, à changer par conséquent les mauvaises tendances qu'imprime à cette activité la vicieuse organisation des tissus? C'est bien là le but que l'on prétend atteindre par les moyens ordinaires de la thérapeutique, lorsqu'on administre des ferrugineux, des analeptiques ou quelques altérants. Mais il arrive souvent que ces médications, quelque bien entendues qu'elles soient, n'ont pas le résultat qu'on en espérait, parce que l'économie devient, en quelque sorte, sursaturée par les doses du médicament, et que les mouvements d'élimination de l'organisme ne correspondent point à l'absorption médicamenteuse. L'emploi du bain d'air comprimé, dans les cas de ce genre, me paraît avoir pour résultat de faciliter le mode de réceptivité de l'organisme pour l'action des médicaments; c'est du moins ce qui résulte de mes observations. J'ai vu des personnes qui, avant d'avoir eu recours à ce modificateur, ne retiraient aucun bien soit des ferrugineux, soit de l'huile de foie de morue, de l'iodure de potassium : quelques bains d'air ont amené ces malades à ressentir l'influence des substances qui leur étaient administrées. Cet heureux effet a continué après la cessation de la médication pneumatique. Il en est d'autres pour lesquels un séjour prescrit dans les régions méridionales n'avait amené aucun avantage, et qui ont rapidement guéri sous l'influence du bain d'air.

(1) Pravaz, *Essai sur l'emploi médical de l'air comprimé*, p. 29.

Ce dernier produit encore d'autres effets physiologiques moins importants que ceux qui précèdent, mais qui n'en méritent pas moins d'être signalés. Outre le sentiment de bien-être généralement éprouvé par une respiration plus facile et plus large, une sédation remarquable se produit, et pendant la durée du bain, on se trouve débarrassé de la sensation de cuisson et de déchirement qui se manifeste derrière la région sternale lorsqu'on est atteint de bronchite. C'est une modification que j'ai ressentie moi-même, lorsque, atteint de cette dernière maladie, je me suis placé sous la cloche à différentes reprises. La circulation s'abaisse un peu, les inspirations deviennent moins fréquentes; mais ces deux derniers phénomènes sont moins marqués chez les personnes en santé. J'ai également constaté par moi-même que la sécrétion urinaire augmentait pendant et après le séjour dans le bain; et cela, comme le remarque Pravaz, doit résulter rationnellement de la plus grande activité imprimée à la métamorphose des tissus par une absorption plus grande d'oxygène. Ce phénomène a une grande importance au point de vue thérapeutique, car il se rattache aux mouvements de décomposition dont nous avons parlé plus haut.

II. *Résultats thérapeutiques.* — La plupart des malades auxquels j'ai prescrit le bain d'air condensé avaient été soumis à d'autres modes de médication, et n'en avaient retiré que peu ou point de succès. L'adjonction de l'air comprimé au traitement suivi a déterminé la cure. Les faits cliniques, dont je ne donnerai ici qu'un court résumé, sont divisés en deux groupes, d'après le mode de médicamentation qu'on a eu pour but d'obtenir. Dans le premier rentrent les cas simples, ceux pour lesquels un effet local et temporaire sur les surfaces respiratoires était simplement nécessaire (bronchites,

---

rapeutiste, sans avoir, sur l'origine et le mode de préparation des médicaments, des notions bien étendues. Mais nous n'émettons nos idées là-dessus que pour l'acquit de notre conscience; nous ne parlons qu'à nous-même et à vous, très bienveillant confrère.

Vous n'êtes pas sans savoir quelque chose de l'histoire compliquée de la donation Argenteuil. Prix partagé, contre les termes exprès du testament; avis contraire du conseil de l'Académie; prix non adjugé au terme obligatoire. Instance judiciaire d'un candidat en délivrance du prix ; jugement contraire de la chambre civile, mais avec réserve des droits des exécuteurs testamentaires et héritiers. Demande en nullité du testament par les exécuteurs testamentaires, pour inexécution des conditions du legs; jugement de la même chambre qui condamne l'Académie à restituer la petite somme de 10,000 fr., chiffres ronds, faute par elle d'avoir adjugé le prix dans un délai de quatre mois. Appel.

> Quatorze appointements, trente exploits, six instances ;
> Six vingt productions, vingt arrêts de défenses.
> Arrêt enfin !...

Le voici. La Cour impériale a décidé que l'Académie avait fait une saine interprétation de la clause, et infirmé le premier jugement. C'est donc une affaire gagnée, et, sans doute, définitivement. Mais vous voyez que tout n'est pas rose pour l'Académie. On écrirait un intéressant chapitre sur *les malheurs des gens heureux*. Seulement il faut le dire, l'exemple d'autrui en cette matière ne corrige personne. Le spectacle lamentable de tant de tribulations n'a pas empêché l'Institut de France d'accepter tout récemment un legs de 100,000 francs pour être remis à titre de prix à celui qui aura trouvé le moyen de guérir le choléra ou en aura découvert la cause. Guérir quelquefois? Alors il ne sera pas aisé de le démontrer. Guérir toujours? C'est donc un spécifique qu'il faut exhiber. Il serait plus sûr de prétendre à une autre somme de 100,000 francs qu'un pédicure offre de payer sur le vu d'un cor qui n'aurait pu être guéri par sa méthode.

Le plaisir de causer avec vous, cher confrère, m'engagerait bien à vous dire encore quelque chose d'une société d'hydrologie fondée à Toulouse, et qu'un professeur de Montpellier, M. Boyer, a inaugurée par un discours aussi bien pensé qu'élégamment écrit; *item* de l'institution d'un nouvel hôpital de 400 lits pour les enfants, sous les auspices de S. M. l'impératrice; *item*, d'une question d'exercice relative aux officiers de santé et agitée dernièrement dans trois ou quatre journaux de médecine; *item*..... Mais nous n'avons plus de place que pour un mot, et nous vous l'envoyons du fond du cœur : *Vale*, A. DECHAMBRE.

catarrhes, laryngites simples). Dans le second, on trouve des lésions de texture ou de nutrition réclamant une plus longue durée de traitement en vue d'amener des changements radicaux dans la manière d'être de l'organisme. Appliqué aux affections simples, bronchites, catarrhe aigu, laryngites, le bain d'air comprimé agit presque d'emblée ; cinq à six bains suffisent pour calmer la toux, pour dissiper l'enrouement.

Je n'ai point observé, du reste, que cet agent thérapeutique eût de l'influence sur le retour de ces accidents. J'ai vu des personnes qui, pour se rendre moins sujettes aux *rhumes*, pour *fortifier* leurs poumons, ont pris successivement bon nombre de bains d'air, et qui, l'hiver suivant, n'en ont pas moins été atteintes de bronchites opiniâtres. Dans la forme chronique de ces affections, lorsqu'il existe dans le tissu pulmonaire une lésion de nutrition un peu plus prononcée, hypérémie veineuse du tissu cellulaire sous-muqueux des bronches, engouement passif, l'action de l'air condensé est plus décisive, et découle du mode physiologique imprimé à la nutrition par cet agent. C'est pour cela que la médication pneumatique nous paraît avoir une puissance plus grande dans les cas graves que dans les cas légers ; et cette proposition, tout en ayant l'air paradoxal, découle de l'essence même du bain d'air comprimé, telle que nous avons essayé de la faire saisir au lecteur. Dans les états dyscrasiques, l'air condensé agit par ses principaux effets ; dans les états légers, sans altération de nutrition, il n'agit que par ses effets secondaires. Nous l'avons employé dans l'*emphysème pulmonaire*, sans résultats bien marqués. Néanmoins, dans quelques cas, la dyspnée habituelle des malades a été amoindrie. Dans l'*asthme essentiel* (nerveux), les crises des malades ont été éloignées, et ont eu une durée moindre. Mais nous n'avons recueilli encore nul exemple de guérison radicale de ces deux dernières maladies, quoique nous ayons eu à traiter des sujets encore jeunes. Nous avons vu, comme Pravaz en a cité des exemples, des déformations graves du thorax survenues à la suite d'épanchements pleurétiques, considérablement amendées sous l'influence du bain d'air comprimé. Nous citerons, à cet égard, l'exemple d'un jeune homme, qui, à la suite d'une pleurésie négligée, terminée par un énorme épanchement du côté droit, se trouvait dans l'impossibilité de continuer ses études à cause de l'anhélation que déterminait le moindre mouvement. Je l'adressai au docteur Pravaz, qui le soumit pendant un mois au traitement pneumatique : au bout de ce temps, il put rentrer au collége avec une déformation beaucoup moindre.

III. *Phthisie pulmonaire*. — D'après mes observations, le bain d'air comprimé agrandit les éléments de la méthode thérapeutique qui doit être mise en œuvre contre cette maladie. Son application doit concourir à multiplier les exemples, déjà assez nombreux dans la science, de la curabilité de la tuberculisation pulmonaire à ses deux premières périodes (1). Les faits que je pourrais citer *in extenso*, mais dont je n'utiliserai ici que certains documents, sont au nombre de sept, et se rapportent au premier et au second degré de l'affection. Chez cinq, nous avons constaté, au sommet d'un ou des deux poumons, la respiration bronchique, la crépitation, la bronchophonie ; chez deux autres, nous avons perçu le râle caverneux et la pectoriloquie. A ces signes locaux se joignait, comme confirmation du diagnostic, cet ensemble de symptômes (hémoptysies, amaigrissement, sueurs, etc.) qui constituent les signes univoques de la maladie. Quatre de ces malades ont commencé leur cure de bains d'air dès l'année 1851 ; parmi eux se trouve un jeune homme atteint des symptômes les plus graves (caverne au sommet du poumon gauche) ; ils sont tous bien portants à l'heure qu'il est.

Les trois autres datent de l'année 1852 ; deux peuvent être considérés comme guéris. Le troisième a succombé : c'est une dame dont la position, après s'être sensiblement améliorée pendant quelques mois, a éprouvé une rechute déterminée par une grossesse. Les détails de cette observation ont été consignés dans les intéressantes études obstétricales de notre confrère et ami le docteur Passot. (Voyez *Gaz. méd. de Lyon*, 1853, n° 6.)

La moyenne de la cure du bain d'air comprimé a été de 100 bains pour les malades ; quelques uns en ont pris seulement 60 ; mais d'autres en ont pris 160 de deux heures de durée. Nous remarquerons, à cet égard, que le docteur Pravaz, en limitant à une heure chaque séance, a peut-être restreint en cela tous les bénéfices que l'on peut obtenir du bain d'air. Outre les modifications plus profondes apportées aux fonctions assimilatrices par une durée plus longue du contact de l'air comprimé avec la surface pulmonaire, les transitions pour l'administration du bain sont mieux ménagées ; on a plus de temps soit pour élever la pression en commençant, soit pour l'abaisser à la fin. Il nous semble encore que, par rapport au degré de pression réglé par le manomètre à mercure, le docteur Pravaz, en ne dépassant guère celle marquée par 18 centimètres, faisait preuve de timidité. Chez nos malades, nous l'avons toujours vue dépasser ce chiffre, aller jusqu'à 39,40 centimètres, soit une demi-atmosphère, sans aucun inconvénient. Dans un traitement qui doit se prolonger, et chez des malades affaiblis, on doit ménager la pression et l'élever chaque jour de 2 ou 3 centimètres, si les sujets n'en sont point incommodés. Ici, il faut se comporter comme pour le dosage des médicaments, écouter les dispositions du sujet, tenir compte de son degré d'assuétude. Nous savons, à cet égard, que l'habile directeur de l'Institut pneumatique fondé par Pravaz, le docteur Gilbert d'Hercourt, est disposé à modifier en ce sens l'application des bains d'air comprimés qu'on donne dans ce bel établissement.

Ce que nous avons dit précédemment laisse concevoir que le bain d'air condensé n'est pour nous qu'un élément de la méthode curative appliquée à la phthisie pulmonaire ainsi qu'à d'autres états diathésiques. Aussi dissuaderons-nous formellement nos confrères de renoncer, dans l'espèce, aux ressources ordinaires de la thérapeutique. Chez nos malades gravement atteints, nous avons employé, concurremment avec la médication pneumatique, un traitement en rapport avec les indications particulières. Aux uns, l'huile de foie de morue a été administrée ; aux autres, les eaux-bonnes, les eaux du Mont-Dore ont été prescrites à petites doses. Les préparations auriques ont été données à plusieurs. Chez presque tous, nous avons appliqué un ou plusieurs cautères sous les clavicules pour amener une fluxion dérivative. Un mode de traitement qui nous a paru entrer dans le sens de la rénovation organique déterminée par la cure des bains d'air comprimé, et que nous mettons en usage, c'est la médication vomitive d'après Giovanni de Vittis et M. Bricheteau. Le malade prend communément une cuillerée à bouche, matin et soir, deux heures avant et après le repas, du mélange suivant : eau de sureau, 150 grammes ; émétique, de 5 à 15 centigrammes. On augmente d'une cuillerée à deux, s'il y a lieu. Rien de plus propre, selon M. Bricheteau, à empêcher le dépôt de la matière tuberculeuse que l'action réitérée des émétiques, susceptibles d'augmenter la sécrétion bronchique et d'en activer l'expectoration, de prévenir enfin la localisation de la maladie sur les organes pulmonaires. Cette action locale ne peut qu'être puissamment secondée par les autres effets de l'émétique, tels que la diaphorèse, la stimulation sur l'appareil biliaire, l'activité générale imprimée à la totalité des organes excréteurs. Un moyen hygiénique que nous avons prescrit quelquefois lorsque nos malades avaient récupéré des forces suffisantes, c'est l'équitation. La succussion imprimée à tout le système par l'exercice du cheval n'est point sans influence, comme l'avait remarqué Sydenham, sur le dégorgement du poumon, et rentre dans le système du bain d'air en tant que médication adjuvante.

Les contre-indications à l'emploi de l'air comprimé se tirent de circonstances pathologiques facilement appréciables. Nous ne conseillerons jamais cet agent aux malades atteints de lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux. Le mécanisme de l'aspiration veineuse, ayant pour résultat d'augmenter la masse du sang vers l'organe de la circulation, peut avoir les conséquences les plus formidables. C'était l'opinion de Pravaz qui les justifiait en citant l'exemple remarquable du docteur Ollivier (d'Angers), atteint d'une affection du cœur, et qui demanda avec effroi, au bout de peu d'instants, à sortir de la cloche sous laquelle il s'était placé par curiosité. Les malades, atteints d'épanchement considérable dans les cavités de la poitrine, de pneumonies chroniques étendues et suppurées ; ceux qui sont prédisposés aux congestions et aux hémor-

(1) Bricheteau, *Maladies chroniques de la poitrine*, p. 266 et suiv.

rhagies cérébrales, rentrent dans les mêmes conditions. Pour eux, comme pour les premiers, on ne peut pas calculer l'effet que peut produire une plus grande oxygénation du sang, et, d'une autre part, un plus prompt déplacement de l'ondée sanguine.

PATHOLOGIE EXTERNE. — ÉTIOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Sur la spécificité de la blennorrhagie et sur le traitement de la blennorrhée, par M. Pierre Viguier, chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu, ex-interne de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon.

I. De la spécificité de la blennorrhagie.

La question de la nature de la blennorrhagie a été souvent agitée. Les anciens la mettaient à côté du chancre, et l'accusaient, comme lui, d'infection générale. M. Ricord a démontré que, sans complication d'ulcère primitif, elle n'est jamais virulente; allant plus loin, il lui a contesté toute *spécificité* comme inflammation. En conséquence, il a formulé, dans sa *Troisième lettre sur la syphilis*, une proposition aphoristique ainsi conçue : « Fréquemment les femmes donnent la blennorrhagie sans l'avoir. »

A notre sens, il eût été plus vrai de dire : « Souvent les femmes affectées d'écoulements à un des organes génitaux, tels que flueurs blanches, menstrues, catarrhes utérins, etc., etc., peuvent donner des urétrites. »

L'*urétrite* et la *blennorrhagie* sont deux inflammations du canal de l'urètre qu'on a confondues, et qui néanmoins diffèrent entre elles d'une manière radicale par leur cause, leur marche et leur nature. A ce sujet, nous lisons dans la *Gazette médicale*, nov. 1852, un résumé d'un travail inédit de M. Thiry sur les affections blennorrhagiques. Ce praticien distingue quatre espèces de blennorrhagies : 1° La blennorrhagie simple; 2° la blennorrhagie virulente, 3° la blennorrhagie produite par un chancre urétral; 4° une blennorrhagie spécifique qu'on ne définit pas. Nous avons trouvé dans cet abrégé plusieurs idées qui sont en parfait accord avec celles que nous émettons, et il aurait été pour nous d'un grand avantage de l'avoir connu plus tôt. Sa lecture nous aurait été, certes, très utile sous plusieurs rapports, quoique nous ne pensions pas, comme M. Thiry, qu'il soit sans inconvénient pour la clarté du sujet de multiplier les divisions de la blennorrhagie au point d'en faire quatre espèces.

J'appellerai *urétrite* l'inflammation simple du canal. Elle peut être produite par une boisson excitante, un excès de coït, une irritation mécanique, etc., etc. La *blennorrhagie*, au contraire, est une inflammation *spécifique;* elle n'a pu prendre naissance que dans le contact d'un pus spécial, le pus blennorrhagique.

Quand nous appelons la blennorrhagie une inflammation *spécifique*, qu'on ne se méprenne pas sur le sens de nos paroles, et qu'on se garde bien de croire que nous admettons chez elle un virus syphilitique quelconque. La question de la virulence de la blennorrhagie, longtemps obscure, est aujourd'hui, grâce aux travaux de M. Ricord et de son école, claire pour tous ceux qui ne sont pas aveugles quand même; c'est, en un mot, une question jugée. On voit bien encore des médications mercurielles instituées à titre préventif, au début ou à la fin des blennorrhagies, par des médecins non *syphilographes* et partisans par instinct de la vieille école. Mais, heureusement pour la doctrine de l'hôpital du Midi, les accidents constitutionnels, suite d'une simple chaudepisse, ne sont plus redoutés et vus que par des observateurs dont la rigueur de diagnostic syphilitique n'est pas la vertu principale. Malheureusement pour la science et pour les malades, ces observateurs ne sont pas rares.

Ainsi, il est parfaitement entendu que rien de ce que nous dirons par la suite ne se rapportera à la blennorrhagie *virulente*, c'est-à-dire à la blennorrhagie compliquée de chancres urétraux.

L'urétrite, habituellement bénigne, peut s'accompagner quelquefois de sécrétion purulente abondante, d'engorgement du tissu cellulaire du canal, de douleurs à l'émission des urines, du cortége complet de la blennorrhagie; mais elle aura cela de particulier, qu'elle suivra la marche des inflammations simples en général, c'est-à-dire qu'après quelques jours d'état aigu, elle tendra naturellement à la résolution. Son extinction sera complète et franche; elle ne laissera dans le canal aucune trace de son passage. La guérison restera solide, et pour l'obtenir, on n'aura nul besoin d'avoir recours aux spécifiques (copahu, cubèbe). Les exemples les plus nombreux de ces sortes d'inflammations simples nous sont fournis par les urètres des grands buveurs de bière. Chez eux évidemment, l'inflammation est produite par un liquide purement irritant, sans aucune spécificité; car, si nous en croyons un homme d'esprit, le fond du verre est moins suspect que le fond du vagin. Mais aussi quelle bénignité dans les symptômes! Ces écoulements guérissent avec la plus grande facilité par le repos et la suppression des boissons excitantes. Jamais on n'a observé à leur suite de complications ni d'accidents graves; tout marche heureusement et finit après quelques jours. Peut-on citer dans la science l'exemple d'une seule de ces urétrites qui soit passée à l'état chronique? Quand Swédiaur voulait prouver, par ses injections d'alcali volatil dans l'urètre, et concluait qu'on donnerait la blennorrhagie à volonté, il ne produisait autre chose que des urétrites.

Voyons maintenant la marche des symptômes de la blennorrhagie, et tâchons de faire ressortir de cette description les caractères qui la distinguent de l'inflammation simple que nous venons d'étudier.

Après le coït infectant, il s'écoule habituellement quatre, six, huit jours avant la première apparition des symptômes. Le début est marqué par un prurit incommode, puis par une cuisson modérée au passage des urines et par l'apparition d'un écoulement peu abondant. La cuisson et l'écoulement augmentent graduellement, et atteignent leur *summum* d'intensité vers le dixième jour environ. Alors le pus, qui s'écoule par le méat rouge et tuméfié, est abondant, épais, jaune verdâtre, mal lié, quelquefois mêlé de stries sanguines. Le passage des urines entraîne des souffrances aiguës, les érections sont douloureuses; elles troublent le sommeil. Le canal est dur; il est envahi par l'inflammation dans toute son épaisseur. On sent de petites glandules engorgées sur les côtés, dans les parties voisines des corps caverneux. Il y a de la pesanteur au périnée, presque toujours des envies fréquentes d'uriner, quelquefois propagation de l'état inflammatoire à la vessie, au canal déférent et à l'épididyme.

A cette période franchement inflammatoire, période de progrès ou première période, en succédera une seconde, ou de décroissance, que j'appellerai aussi période *curative;* c'est celle, en effet, qu'il faut choisir pour administrer les antiblennorrhagiques, si l'on veut retirer d'eux tous les bons effets dont ils sont capables. Cette seconde période est lente à venir, car les émollients et les antiphlogistiques qu'on dirige contre la première ont peu de prise sur elle. L'emploi prématuré des balsamiques, emploi intempestif, quoi qu'en aient dit MM. Ribes et Ansiaux, peut l'amener plus promptement. Le baume de copahu et le poivre cubèbe, administrés dans la période de progrès, font disparaître subitement la suracuité des symptômes, nous n'en disconvenons pas; mais toute leur action s'épuise contre cet élément inflammatoire, et ils deviennent incapables d'éteindre complétement le mal, but auquel on les destine. Dès lors, ils ont perdu toute leur efficacité, et le plus sage parti est de renoncer à leur emploi, qui n'est désormais que nuisible. On s'est privé, de cette façon, d'une précieuse ressource que rien ne pourra remplacer.

Qu'arrive-t-il ensuite? Il n'y a plus ici, comme dans l'urétrite simple, une tendance rapide vers la guérison spontanée. L'écoulement se dépouillera bien à la longue de son reste d'inflammation; mais il persistera, il prendra profondément racine sur la muqueuse : il s'éternisera. En même temps, le pus sécrété diminuera peu à peu d'abondance; il tarira presque, sa couleur passera à une teinte de plus en plus claire : il ne tachera pas le linge. La blennorrhagie prendra enfin tous les attributs de la chronicité; elle sera descen-

due à la troisième période, qu'elle n'abandonnera que pour s'exaspérer de nouveau. Son germe, en apparence éteint, sera toujours prêt à reprendre ses allures violentes dès qu'un coup de fouet lui sera donné. Cette résurrection subite s'observe tous les jours pour les vieilles gouttes qui repassent périodiquement à l'état aigu, sous l'influence d'un excès de coït ou de boisson.

Telle sera la marche de la blennorrhagie, livrée à elle-même ou mal traitée. Cette intensité, cette lenteur dans l'évolution des symptômes, cette ténacité, ces complications, cette absence de guérison spontanée forment une série de caractères qui suffisent déjà pour montrer qu'elle a quelque chose de spécial qui n'appartient pas à une inflammation simple. Mais poursuivons, et montrons que, de même que le chancre, elle ne peut être contractée qu'à des sources déjà infectées.

Comment la blennorrhagie se communique-t-elle, et quelles sont ses sources?

La blennorrhagie est toujours le produit de la contagion. Cette contagion s'opère par le dépôt du pus blennorrhagique sur la muqueuse urétrale. Ce contact, pour que l'action infectante ait lieu, doit se faire dans certaines conditions. Les plus favorables sont : 1° La qualité du pus, qui sera d'autant plus actif qu'il proviendra d'une blennorrhagie plus aiguë; 2° son séjour prolongé; 3° l'irritation de la muqueuse urétrale. Qu'un individu, par exemple, ait des rapports avec une femme affectée de blennorrhagie, qu'il se livre à des excès plusieurs fois répétés, il contractera certainement la gonorrhée; car il se sera mis dans les meilleures conditions pour l'infection. Le pus blennorrhagique, en touchant la muqueuse urétrale, la trouvera dans un état d'irritation très propre à le recevoir et à le laisser s'y implanter. Qu'un second, au contraire, apporte dans ses actes avec la même femme beaucoup de modération et de réserve; qu'à ces premières précautions il ajoute des soins minutieux de propreté, il sortira sain et sauf de ce pas difficile. Il est aisé d'en trouver le pourquoi. D'abord il aura couru moins de chances de souiller son canal, et dans le cas où le pus serait arrivé jusqu'à lui, il n'aurait pas trouvé un champ propice à sa germination, et il aurait été chassé par les lavages ou le jet d'urine avant d'avoir eu le temps de produire ses effets.

La connaissance de toutes ces circonstances, qui semblent accessoires, expliquerait mieux que l'hypothétique *prédisposition* l'infection d'un individu là où un ou plusieurs autres sont passés impunément. Les soins prescrits plus haut peuvent rendre parfaitement innocent l'écoulement purulent le plus suspect; on pourrait s'acclimater avec lui. Mais qu'un jour ils soient oubliés ou négligés, et on verra disparaître bien promptement cette immunité que M. Ricord a appelée *acclimatement*. En usant de la même prudence, on pourrait aussi s'acclimater avec une femme qui porterait des chancres, et cependant personne aujourd'hui ne conteste la spécificité de leur sécrétion.

C'est surtout quand la blennorrhagie est passée à l'état chronique qu'il peut s'établir une immunité qui fera croire à l'extinction complète de la propriété contagieuse de la sécrétion; immunité conditionnelle qui sera la source d'une foule d'erreurs dans l'appréciation du mode d'infection. En effet, tant que l'état chronique persistera, tant que l'écoulement restera séro-muqueux, la cohabitation sera sans danger; mais qu'une irritation quelconque survienne, la blennorrhagie reprendra un peu d'acuité, la sécrétion de la muqueuse deviendra purulente. S'il y a un coït alors, il pourra être suivi d'infection. Celle-ci, très certainement, sera considérée comme le produit d'une simple irritation mécanique; cette opinion sera d'autant plus raisonnable que l'inspection des lieux, si elle se fait, ne donnera pas l'explication d'une contagion; car il est à présumer que l'acuité passagère, cause de tout le mal, aura disparu pendant l'intervalle de temps écoulé entre le coït et l'examen. Voici un fait qui fera mieux comprendre ma pensée et la corroborera.

Une femme avait eu une blennorrhagie qui, sous l'influence de l'ancienneté et d'un traitement plus ou moins bien entendu, s'était transformée en un écoulement muqueux. Cette femme ne communiquait rien à son amant, qui avait avec elle des rapports fréquents, mais modérés. Un jour, ou pour mieux dire plusieurs jours de suite, cette sagesse prudente les abandonna. Une longue impunité rend quelquefois téméraire, ils oublièrent toute retenue. Le châtiment ne se fit pas longtemps attendre. La femme ressentit pendant quelques jours un peu d'ardeur dans les parties génitales, ardeur qui disparut par l'usage de quelques bains. Huit jours après, l'amant éprouva des cuissons qui furent le prélude d'une chaudepisse parfaitement conditionnée. Grande fut la colère de celui-ci, qui exigea la comparution devant le médecin. L'examen fut des plus minutieux, les aveux des plus complets. Il résulta de ces nombreuses investigations que, dans ces jours de plaisirs, la vieille blennorrhée avait été si bien stimulée qu'elle avait repris un peu de vie et sécrété du pus; que l'oubli des soins habituels de propreté avait permis à cette matière contagieuse de séjourner assez longtemps sur la muqueuse urétrale de l'amant, parfaitement disposée à recevoir l'infection. Plus tard, après la guérison, les rapports se renouvelèrent. Ils étaient sans danger tant que la modération, la propreté y présidaient. D'ailleurs plusieurs récidives finirent pas les instruire de la conduite qu'ils avaient à tenir.

Dans ce cas remarquable, la source de la contagion était certainement le vagin de la femme, où il existait une vieille inflammation spécifique rebelle et non un simple catarrhe utérin; cependant huit jours après le coït infectant, on n'y trouvait rien de suspect par l'examen le plus attentif. Ce fait pourrait, au besoin, servir de réponse à certaines observations que l'on a citées pour prouver qu'on peut contracter la blennorrhagie avec une femme parfaitement saine, et que, partant, cette inflammation est sans spécificité, et que les caractères particuliers qu'elle présente proviennent de la sensibilité et des fonctions de l'organe où elle a son siége.

Si la blennorrhagie était une inflammation simple du canal, si elle se produisait dans les circonstances que lui assigne M. Ricord dans sa troisième lettre, on la retrouverait fréquemment dans les campagnes. Si les flueurs blanches, l'existence des règles, les sécrétions du catarrhe utérin, etc., etc., suffisaient pour la faire naître dans ces lieux, certes ces causes d'irritation ne sont pas rares, et leurs qualités âcres sont encore augmentées par la malpropreté, beaucoup plus grande parmi ces populations que parmi celles des villes. Je ne sache pas d'ailleurs que l'habitant de la campagne se prive de rapports sexuels pour un peu plus ou un peu moins d'humidité vaginale. Pourquoi ne contracte-t-il rien? D'un autre côté, cette population, rebelle au mal tant qu'elle reste éloignée des grands centres, perd bien vite ses privilèges par son changement de séjour. Pour si peu qu'on ait été placé dans des conditions favorables à l'observation, on a pu voir que des localités où les cuissons urétrales aussi bien que la vérole avaient été de tout temps inconnues, ont largement payé leur tribut depuis que la facilité et le nombre des communications leur ont permis d'aller à la ville voisine puiser au foyer d'infection. Faut-il donc conclure de là qu'à la ville seulement les liquides âcres, sécrétés par les organes génitaux et les excès vénériens, aient le pouvoir de produire une inflammation sur une muqueuse saine? On admettait aussi, il n'y a pas longtemps, que le chancre était quelquefois une plaie simple, transformée par l'irritation.

En résumé, quoique la science ne soit pas encore parvenue à trouver dans le pus blennorrhagique la cause de sa spécificité, un virus, comme dans le pus chancreux, il n'en est pas moins vrai que l'inflammation dont il provient et qu'il reproduit se distingue radicalement, par ses allures et son génie, des inflammations simples du canal de l'urètre. La blennorrhagie, en un mot, est une individualité nosologique parfaite; on ne peut pas tout expliquer en elle en la considérant à ce point de vue, je l'avoue, mais à qui la faute? En présence d'un fait en désaccord avec la théorie reçue, il vaut mieux attendre de l'avenir la lumière que de la torturer pour la faire rentrer dans le cadre que l'on a tracé d'avance. Hunter fit de la blennorrhagie une sœur du chancre, malgré le langage journalier de l'observation, parce qu'il ne savait pas pourquoi elle était quelquefois suivie de la syphilis constitutionnelle.

Concluons donc que si, dans les parties génitales d'une femme qui aura communiqué la blennorrhagie avec les caractères ci-dessus exposés, nous ne trouvons rien qui puisse nous dévoiler le secret de la contagion, concluons, dis-je, que nos moyens d'investigation

sont imparfaits, et n'affirmons point qu'elle est la conséquence d'une irritation pour ainsi dire mécanique.

Avant l'emploi, par M. Ricord, du spéculum dans l'examen des organes génitaux de la femme, on ne soupçonnait pas l'existence du chancre profond. Il était difficile parfois de se rendre compte de certains accidents constitutionnels dont on ne trouvait pas la porte d'entrée dans l'intégrité parfaite des parties génitales externes. Il ne restait alors logiquement qu'une issue, c'était d'admettre la *vérole d'emblée :* c'est ce que l'on fit. Les observations à l'appui ne manquaient pas, et à cette époque elles étaient victorieuses. Nous savons aujourd'hui, et au besoin nous démontrons, qu'on ne prend plus la vérole à travers les grilles des parloirs. Un jour viendra peut-être où nous prouverons avec la même rigueur que les flueurs blanches ne donnent pas la blennorrhagie, et qu'il n'y a pas de blennorrhagie d'emblée... Sera-ce un bien?

(*La suite prochainement.*)

Sur l'élève des sangsues, par M. le prof. Soubeiran.

M. Soubeiran a lu, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, une notice relative à un établissement fondé depuis quelques années à peu de distance de Paris, à une lieue de Saint-Arnault, dans la commune de Clairefontaine. Là un industriel, M. Borne, sans avoir connaissance de ce qui avait été fait par d'autres, est arrivé, d'observations en observations, d'expériences en expériences, à former un marais artificiel qui est aujourd'hui en pleine voie de prospérité, et qui réunit mieux que tout autre les conditions nécessaires à la production et à l'accroissement des sangsues. Le marais qu'il exploite, et qui a un hectare d'étendue, occupe le fond d'une vallée dont le sol est tourbeux; vingt-huit bassins à sangsues y sont creusés. Éclairé par l'expérience, M. Borne a reconnu que les petits bassins sont plus avantageux que les grands, et il a donné généralement à chacun d'eux 6 mètres de longueur sur 3 mètres de large et 1 mètre de profondeur.

Nous reproduisons *in extenso*, du travail de M. Soubeiran, la partie relative à l'alimentation des sangsues et aux soins que réclament les cocons et les jeunes sangsues après leur naissance. Cette partie, d'une lecture attachante, est en outre d'un intérêt réel pour le praticien. A. D.

M. Borne nourrit les sangsues avec le sang des animaux que l'on abat dans la boucherie du pays. Son expérience ici donne un démenti formel à quelques entêtés qui prétendent encore que le sang des animaux à sang chaud est funeste aux sangsues; mais, ce qui est plus important, elle dément aussi l'opinion de ceux qui veulent que le sang ne leur soit bon qu'autant qu'elles le sucent elles-mêmes sur l'animal vivant. M. Borne réussit à merveille en faisant prendre aux sangsues le sang encore chaud. Ce résultat est d'une grande importance, car il contribuera certainement à empêcher les éleveurs d'adopter généralement la méthode pratiquée dans certains pays, et en particulier dans le Bordelais, où des chevaux et des ânes sont promenés dans les marais pour satisfaire au besoin impérieux de nourriture des sangsues, et ne tardent pas à périr épuisés par ce régime barbare.

J'ai vu cette année le même système mis en pratique à Strasbourg dans les marais de M. Coyard, mais cette fois avec intelligence. Des chevaux de peu de prix, ordinairement des chevaux fatigués, sont choisis par un vétérinaire. A leur entrée dans l'établissement ils sont déferrés, et on ne leur demande plus aucun travail. Tous les quinze jours on les promène à travers les marais; mais dans l'intervalle ils reçoivent une nourriture abondante. Ce régime leur réussit d'habitude. Je les ai vus, à l'écurie, l'œil bon, le poil brillant; ils reprennent de l'embonpoint, et il arrive ordinairement qu'après quelques mois le vétérinaire les revend avec bénéfice. Il y a loin de là à la méthode brutale des Bordelais, qui épuisent de malheureuses bêtes, mal nourries, par des saignées fréquentes, et qui laissent leurs cadavres pourrir au milieu des étangs et infecter le voisinage.

Mais j'en reviens à la nourriture des sangsues dans les marais de M. Borne.

Toute sangsue qui n'a pas été nourrie ne reproduit pas ou reproduit mal. Introduit-on dans les marais des sangsues qui n'aient pas été gorgées, il faut auparavant leur faire faire un repas. A cet effet, on les porte à la boucherie. Au moment où le bœuf, le veau ou le mouton viennent d'être saignés, on bat le sang pendant quelques instants pour enlever la fibrine et empêcher la formation du caillot, puis on y plonge les sangsues que l'on y laisse pendant plus ou moins de temps, suivant leur âge ou leur état de santé. On les retire, on les lave avec de l'eau tiède, on les remet dans de l'eau fraîche et on les reporte dans les bassins. Parfois encore, M. Borne transporte le sang au marais; il en sépare la fibrine par le battage, puis il enveloppe les vases qui le contiennent avec grand soin pour empêcher le refroidissement pendant le trajet.

Les grosses sangsues doivent faire un repas à l'automne, avant le moment où elles vont s'enfoncer en terre pour passer l'hiver. Alors, aux premières chaleurs, elles sortent, s'accouplent, et les cocons ont toute la belle saison pour éclore. Si, au contraire, les sangsues ne reçoivent de nourriture qu'au printemps, elles s'enfoncent en terre pour digérer, ne s'accouplent que tard, et les cocons ont de grands risques à courir pendant l'arrière-saison.

Quant aux petites sangsues nées dans les marais, M. Borne les soumet à un semblable traitement, seulement il a trouvé bon de les nourrir de préférence avec le sang moins substantiel des veaux. A peine sont-elles nées que leur avidité est extrême. Elles s'attachent aux mains ou bien à la peau des animaux avec une remarquable voracité. Dans les deux premières années de leur vie, ces petites sangsues croissent avec une extrême lenteur; leur accroissement devient ensuite assez rapide pour qu'en deux ans elles décuplent de poids. Je dois rappeler que la nature de l'eau a une influence marquée sur le résultat. Dans le jardin de M. Borne, les petites sangsues, nourries de la même manière, ne profitaient pas et n'ont pris rapidement de la taille qu'après qu'elles eurent été rapportées dans le marais de Clairefontaine.

C'est une bonne opération d'acheter des filets au printemps et de les élever. M. Borne leur fait prendre trois repas par an. Le premier doit être léger, car on a souvent affaire à des sangsues fatiguées par le voyage, qu'une forte nourriture incommoderait. Vers le milieu de l'été, on en fait la pêche, on leur donne un repas de sang, et on les reporte au marais. A l'automne, elles sont pêchées de nouveau et elles prennent leur dernier repas de l'année. Sous l'influence de ce régime, pourvu qu'elles ne soient pas tenues dans une eau trop vive, des sangsues filet de 20 centigrammes arrivent en deux ans à peser 1 gramme 1/2 à 2 grammes et peuvent être mises en vente. Toutes les espèces ne profitent pas également. Dans les marais de M. Borne, ce sont les sangsues grises de Hongrie qui arrivent le plus vite à la taille marchande.

Le temps pendant lequel les sangsues doivent rester plongées dans le sang, est différent suivant leur taille et leur état de santé. L'expérience de l'éleveur doit ici lui servir de guide. Pour les sangsues vaches, c'est environ cinq à six minutes, pour les sangsues moyennes dix minutes; un quart d'heure pour les filets; jusqu'à une demi-heure pour les sangsues toutes jeunes. Le temps doit être abrégé pour les sangsues fatiguées.

On opère à la fois sur 6 à 7 kilogr. de sangsues. Quand on les a sorties du sang et qu'on les a eu bien lavées, on les passe en revue pour mettre à part toutes les paresseuses qui n'ont pas mangé et que l'on réserve pour un autre jour; sans quoi, quand leur appétit viendrait à renaître, elles ne se feraient nul scrupule d'entamer la peau des autres et d'aller y chercher le sang qu'elles avaient d'abord refusé.

Ces détails font apprécier un des avantages que l'on trouve à multiplier les bassins, pour séparer les sangsues d'âges différents qui ne doivent pas être traitées de la même façon.

Une sangsue, après chaque repas, doit peser le double de ce qu'elle pesait à jeun. Cette nourriture leur est absolument indispensable, car elles ne trouveraient pas à vivre dans des bassins, où on les réunit en trop grand nombre. M. Borne a d'ailleurs constaté que les sangsues qui ont été nourries sont plus précoces dans

leur accouplement et qu'elles font des cocons où les petites sangsues sont en plus grand nombre et naissent plus vigoureuses.

Tous ces résultats pratiques sur la nourriture des sangsues tranchent nettement un point de leur histoire qui était encore controversé. Devant des expériences aussi positives, force est bien de s'incliner.

Dans les soins à donner aux cocons pour les amener à bien, et aux jeunes sangsues après leur naissance, brillent l'intelligence et l'esprit observateur de M. Borne. Personne avant lui n'était arrivé à des résultats pratiques aussi intéressants.

On sait que lorsqu'il y a possibilité pour elles, les sangsues font leurs cocons dans la terre molle et humide, en dehors de l'eau, à une petite distance au-dessus de son niveau. Si ces conditions sont maintenues et que les jeunes sangsues aient le temps d'éclore, aussitôt nées elles vont au marais. Mais si la terre s'est séchée et si la sécheresse a atteint les cocons avant la sortie des sangsues, elles sont perdues ; elles le sont encore si le niveau de l'eau s'élève et si les cocons sont inondés avant le moment où les sangsues seraient en état d'en sortir. De là le vice de la pratique des Bordelais qui, chaque année, suivant la judicieuse remarque de M. Vayson, perdent une grande quantité de cocons, en mettant leurs marais à sec. Une partie est brûlée par le soleil, une autre est noyée dans le moment où l'on rend l'eau au marais.

M. Borne jouit de l'avantage naturel d'un marais où l'eau garde toujours son même niveau. Les bords, ai-je dit, sont relevés par une portion de la tourbe qui a été retirée pour les creuser. C'est un sol mou, humide, favorable au dépôt des cocons ; les sangsues viennent les y déposer, de préférence à l'exposition du midi ou du levant. On sait que dans l'état de nature elles creusent de petits conduits dans lesquels elles disposent leurs cocons. M. Borne prend le soin de leur préparer leurs chambrées. Quand il s'aperçoit que les sangsues s'accouplent, il se met en devoir de disposer sur les bords sud et est des bassins, des cavités dans lesquelles les sangsues puissent trouver un abri facile et commode. Il soulève la couche superficielle de tourbe du bord à 15 à 20 centimètres de la surface, et trace sur la couche inférieure du marais et en appuyant sur la tourbe avec le doigt de petits sillons creux qui descendent jusque dans l'eau et qui s'élèvent dans une longueur de 20 à 25 centimètres. Il les recouvre avec la motte de tourbe qu'il avait d'abord soulevée. Ainsi se trouvent établies des galeries souterraines dont l'ouverture plongeante est atteinte sans difficulté par les sangsues qui y montent jusqu'à la hauteur qui leur convient. Elles y déposent leurs cocons, que souvent on y trouve accumulés à la suite les uns des autres sous forme de chapelets. De temps à autre, on soulève de nouveau les mottes qui recouvrent les galeries, et l'on enlève les cocons formés. Car il faut éviter que les petites sangsues ne naissent dans les bassins qui servent d'habitation aux grosses. On ne pourrait leur donner les soins qu'elles réclament et elles seraient presque infailliblement perdues.

Un petit bassin séparé, que l'on pourrait appeler bassin d'incubation, est destiné à abriter les cocons et à recevoir les jeunes sangsues à leur naissance. C'est une des plus heureuses créations de M. Borne. Je vais tâcher d'en donner une idée exacte.

Sur le bord d'un petit bassin creusé dans la tourbe et garni comme les autres de plantes aquatiques, M. Borne pose une caisse de bois rectangulaire, sans fond. De petites galeries pratiquées dans la tourbe partent de la surface comprise entre les côtés de la caisse, s'enfoncent et vont communiquer avec la vase du bassin. Le sol qui forme le fond de la caisse est recouvert d'un lit de mousse, et sur ce lit de mousse, on range les cocons sur une épaisseur de trois rangs. On les y apporte à mesure de la récolte. On les couvre de mousse et l'on ferme la boîte avec un couvercle de bois. Pour la préserver du soleil, on met encore par-dessus deux ou trois couches de mottes de tourbe. Les sangsues naissent quand leur moment est venu, à des époques différentes pour chaque cocon. Elles passent à travers la mousse, descendent dans les galeries et vont gagner la vase du marais. Les cocons tardifs qui auraient péri infailliblement, se conservent jusqu'au printemps et n'éclosent qu'aux premières chaleurs. Pendant l'hiver M. Borne les garantit de la gelée, en recouvrant la boîte avec une couche de tourbe de 30 à 40 centimètres d'épaisseur. Dans ce petit bassin, les jeunes sangsues sont pêchées par les mêmes procédés que les grosses, en battant l'eau et en les ramassant avec un filet à mesure qu'elles arrivent, excitées par le besoin de nourriture et par l'espoir de s'attacher à une proie.

M. Soubeiran décrit ensuite la surveillance continuelle et défensive exercée sur les marais pour préserver les sangsues des ennemis de toute sorte qui les environnent. Il fait ressortir les enseignements précieux qui résultent, pour les éleveurs de sangsues, des observations et des expériences de M. Borne : choix judicieux des terrains tourbeux, où les marais à sangsues peuvent être établis à peu de frais ; connaissance de l'exposition où les cocons sont déposés de préférence ; avantages des eaux stagnantes, mais maintenues saines par la nature tourbeuse du sol ou par la présence des végétaux aquatiques ; utilité de séparer les sangsues d'âges différents ; indispensable nécessité de nourrir les sangsues pour avoir une reproduction abondante ; méthode neuve pour préparer, dans les conditions les plus favorables, les galeries où les sangsues viendront déposer leurs cocons, et où il sera facile de les recueillir ; système ingénieux d'incubation des jeunes cocons ; indispensable nécessité d'une surveillance de tous les instants. Personne avant M. Borne, dit M. Soubeiran en terminant son travail, n'avait étudié avec autant de sagacité les conditions nécessaires à la reproduction des sangsues, et n'avait assuré, par des procédés aussi intelligents, le succès de cet art nouveau. Il a résolu complétement le problème qu'il s'était posé.

III.

REVUE DES JOURNAUX.

Trois cas de désarticulation coxo-fémorale, par M. J.-F. Heyfelder.

Obs. I. — Johann Reitenspiess, valet de ferme, vingt-deux ans, était atteint d'un cancer *ostéoïde* qui avait commencé au niveau du genou, et qui, dans un temps très court, s'était étendu à toute la cuisse, et même à la moitié supérieure de la jambe. Ce jeune homme, jusqu'alors robuste, avait beaucoup maigri depuis le début de sa maladie, quoique ses digestions fussent encore bonnes.

Le malade entra dans le service de clinique chirurgicale d'Erlangen.

Le 17 mars 1853, la désarticulation coxo-fémorale fut pratiquée suivant la méthode ovalaire. La guérison s'effectua rapidement, et, le 28 mai, l'opéré quitta l'hôpital. Jusqu'ici sa guérison ne s'est pas démentie.

Obs. II. — Johann Singer, quarante et un ans. Déjà, dans le courant de 1852, le malade avait subi l'ablation d'une tumeur fongueuse sanguine de la cuisse. Le produit accidentel avait récidivé, avait envahi la cuisse, en remontant jusqu'au voisinage de l'aine, et avait fait de tels progrès, qu'il n'était pas possible de l'enlever complétement sans désarticuler le membre.

La désarticulation fut, comme dans le cas précédent, pratiquée suivant la méthode ovalaire. L'opération fut faite le plus rapidement possible, et ne présenta aucune circonstance inquiétante. Le malade, qui avait été chloroformisé, revint très bien à lui ; mais, vingt-quatre heures après, il tomba dans un délire nerveux, auquel il succomba cinquante heures après l'opération.

L'autopsie montra que le mal avait été enlevé en totalité, et que tous les tissus voisins de la plaie, comme les organes internes, étaient parfaitement sains.

Obs. III. — George Hugel, manouvrier, vingt-huit ans, atteint d'un cancer du fémur, qui a débuté au niveau du genou, et a envahi en remontant la plus grande partie de l'os de la cuisse.

La désarticulation de la hanche fut exécutée, le 14 juillet 1853, par la méthode ovalaire.

Le 30 septembre 1853, le malade était encore dans l'hôpital ; sa plaie, presque entièrement guérie, était encore ouverte dans une longueur d'un pouce, et elle paraissait sur le point de se fermer tout à fait.

« J'accorde la préférence à la *méthode ovalaire* pour cette désarticulation, continue M. Heyfelder, parce qu'elle permet mieux que toute autre méthode de rapprocher exactement les lèvres de la plaie, et d'obtenir le plus souvent, dans une étendue considérable, la réunion par première intention. J'ai pratiqué cinq fois jusqu'ici

la désarticulation coxo-fémorale, et quatre fois j'ai choisi la méthode ovalaire. *Sur ces quatre opérés, trois sont encore vivants.* Je citerai entre autres Johann Parzer, de Meindorf, jeune garçon de treize ans, que j'ai opéré l'année dernière, et qui actuellement gagne sa vie en allant se montrer dans les foires des villes environnantes, et en faisant appel à le charité des passants. Je donne ce dernier renseignement parce que Parzer n'était pas encore complétement guéri lorsque je publiai son observation l'année dernière.

»La mortalité était, en général, des sept huitièmes à la suite de cette terrible opération : je pense que les chiffres que je viens de citer parleront en faveur du procédé que j'ai suivi.» (*Clinique chir. d'Erlangen. — Deutsche Klinik*, nº 11.)

Kyste pili-osseux congénial du scrotum. — Ablation; guérison, par M. Albert Reder.

Le docteur Albert Reder communique à la Société de médecine le fait suivant, accompagné de l'exhibition de la pièce pathologique.

Obs. — Un enfant vint au monde avec une tumeur dans la cuisse droite; cette tumeur s'accrut graduellement, et à l'âge de huit ans, époque où l'enfant a été opéré, elle était grosse comme un œuf de poule; elle se continuait avec le cordon spermatique. Sa forme était elliptique; en arrière, sa consistance paraissait osseuse ; il n'y avait ni fluctuation, ni transparence. La peau des bourses était lisse et non adhérente. Une ponction n'évacua aucun liquide. Reder diagnostiqua une production accidentelle (*Neue Gebilde*), et procéda à l'extirpation. Une incision longitudinale lui permit d'enlever une substance grasse et visqueuse; il ne fut pas possible de trouver un testicule. Alors on enleva la tumeur, et trois semaines après l'enfant était déjà guéri.

La dissection de la tumeur montre qu'elle est constituée par un kyste à parois épaisses d'une ligne ; en arrière, on y voit des saillies d'apparence glandulaire, épaisses de 3 à 4 lignes, et continuées avec une masse dure et ossiforme : à la place des testicules étaient des cheveux, les uns fins, les autres gros, avec une substance gélatineuse demi-transparente.

Aucun fait semblable, ajoute l'auteur, n'est connu jusqu'ici. Le docteur Heschl, secrétaire de la Société, a vainement feuilleté dans ce but les procès-verbaux de la Société depuis vingt ans. (*Wiener Wochenschrift*, 1853, nº 45, col. 713.)

—Il est possible que le fait de M. Reder soit le premier de ce genre qui ait été montré à la Société de médecine de Vienne; mais on en a observé ailleurs. M. Velpeau a publié une observation analogue dans ses *Leçons cliniques*, et il en a rappelé plusieurs autres consignés dans les recueils. Il est très probable, malgré les recherches récentes de M. Lebert, que les cas de ce genre sont relatifs à des monstruosités par inclusion. Le parasite inclus ne se développe que d'une manière très rudimentaire. Un squelette irrégulier, des portions de téguments témoignent seuls de l'existence d'une diplogenèse. Du reste, nous ne voulons rien préjuger ici de la nature de ces inclusions fœtales; nous nous contenterons de rappeler que deux doctrines sont en présence. L'une suppose que deux germes primitivement distincts se sont ensuite confondus en un seul; l'autre admet qu'un germe unique et irrégulier a donné naissance simultanément à un *autosite* bien conformé et à un *parasite* incomplet, qui est resté enseveli au sein de la substance de l'autosite, et qui ne s'est développé que très imparfaitement.

Conformation singulière du méat urinaire, par M. Voss.

Le fait suivant est une nouvelle preuve que souvent les états anormaux chez l'homme sont des états normaux chez certains animaux.

M. Voss fut appelé auprès d'un jeune homme robuste, atteint de rétention d'urine. Le malade disait n'avoir rendu aucune urine depuis deux jours et demi ; mais c'était seulement depuis vingt-quatre heures que les efforts pour uriner étaient devenus douloureux.

En examinant le gland, M. Voss vit que le méat urinaire n'avait pas sa situation habituelle. A sa place, exactement, était une tumeur d'un brun rougeâtre, grosse comme un noyau de cerise. Il prit cette petite tumeur pour une dilatation variqueuse des veines de la muqueuse urétrale, et il chercha à la déplacer avec le cathéter pour pénétrer dans le méat. Il ne réussit pas avec le cathéter ordinaire; il finit enfin par introduire, à une petite profondeur, l'extrémité d'une mince sonde élastique, et lorsqu'il voulut la retirer, il déploya une membrane qui était jusque là repliée en dedans de l'urètre.

En étudiant la chose avec attention, il reconnut un prolongement de l'urètre, long de 1/2 pouce de Paris, et rétréci en avant. Ce prolongement n'était nullement entouré par les corps caverneux; il était constitué simplement par la muqueuse et par un tissu cellulaire résistant; il était fixé sur l'orifice de l'urètre par des faisceaux isolés de fibres tendineuses. Cette disposition est l'état normal sur le mouton et le bouc.

Après avoir déployé ce prolongement en retirant le cathéter, M. Voss l'excisa au ras de l'ouverture du gland, après quoi le cathétérisme se fit sans difficulté. Il ne s'écoula que quelques gouttes de sang. — Voss pense que le reploiement en dedans de l'urètre de ce prolongement cutané avait été la seule cause de la rétention d'urine; du moins il ne put en découvrir aucune autre. (*Deutsche Klinik*, 1853, nº 31.)

Cas de mort par le chloroforme, communiqué par le docteur Wüstefeld, de Neustadt.

Une jeune fille de treize ans, d'une forte constitution, portait à la région dorsale un lipome volumineux, qui s'étendait depuis les dernières vertèbres du dos jusqu'à la partie postérieure de la crête de l'os iliaque. La mère de cette jeune fille, et la jeune fille elle-même, désiraient ardemment l'opération, et réclamaient l'emploi du chloroforme. Je ne laissai point ignorer à la mère, ajoute M. Wüstefeld, que cet agent anesthésique avait quelquefois déterminé des accidents graves ; elle n'en persista pas moins dans son désir. La jeune fille fut alors soumise aux inhalations du chloroforme en présence de ses parents et d'un chirurgien qui assistait M. Wüstefeld. On employa à cet effet un peu plus de 1 *drachme* de chloroforme. Aussitôt que l'insensibilité fut manifeste, on commença l'opération. Mais à peine le chirurgien avait-il entamé la peau, que la tête de la jeune fille, obéissant aux lois de la pesanteur, tomba tout d'un coup sur la poitrine. M. Wüstefeld, ému par un phénomène qu'il n'avait point encore remarqué en pareilles circonstances, abandonna immédiatement l'opération, et chercha à rappeler la jeune fille à la vie. Mais tous les efforts furent inutiles, et au bout de quelques minutes la mort ne fut plus douteuse. (*Medicinische Zeitung von dem Vereine für Heilkunde in Preussen*, nº 44. Berlin, 2 novembre.)

Cette observation vient prendre place auprès de celles qui ont été récemment rassemblées par M. Robert, dans son rapport à la Société de chirurgie. Il est à regretter que le fait communiqué par M. Wüstefeld ne soit pas plus détaillé. Il eût été du plus haut intérêt de savoir, par exemple, dans quelle situation se trouvait la malade au moment de la chloroformisation, et aussi au moment de l'opération. Était-elle *couchée* ou *assise*, ou soutenue par des aides dans une position *demi-verticale?* Il est à regretter que M. Wüstefeld ne nous apprenne pas quel était *l'état des battements du cœur* au moment où l'accident est arrivé. Tout porte à croire que la mort par le chloroforme est une véritable *syncope*. On comprend dès lors quel intérêt il y aurait à ce que dans les accidents de ce genre, tout ce qui concerne la position et les battements du cœur fût noté avec soin.

De la coloration du sang, par M. Bruch.

La couleur naturelle du sang est la couleur *foncée*. La matière colorante du sang forme avec l'oxygène une combinaison instable en proportion non définie, et d'une teinte rouge vermeille. Si l'on fait disparaître l'oxygène de cette combinaison, soit en plaçant le sang sous le vide de la machine pneumatique, soit en faisant passer dans le sang un courant gazeux d'hydrogène, d'azote ou d'acide carbonique, qui agisse par déplacement, alors la matière colorante reprend sa coloration originelle et elle redevient foncée. L'acide carbonique ne donne donc au sang une couleur

foncée que parce qu'il déplace l'oxygène de sa combinaison avec la matière colorante, et non pas parce que ce gaz forme lui-même une combinaison de couleur foncée avec le pigment sanguin. En effet, prenez du sang, déplacez l'oxygène qu'il contient en y faisant passer un courant d'acide carbonique, et placez ensuite ce sang foncé sous le vide de la machine pneumatique, la couleur foncée du sang n'est pas modifiée. Si la coloration foncée tenait à l'influence de l'acide carbonique, il devrait reprendre sa couleur rouge vermeille à mesure que la machine pneumatique lui enlève l'acide carbonique.

Dans l'organisme vivant, le sang artériel est porté par la circulation dans le sein des organes. Les changements en vertu desquels il revient coloré en rouge foncé par les veines, sont donc en rapport avec les pertes d'oxygène qu'il éprouve par suite des combustions de nutrition, et non parce qu'il se charge d'acide carbonique. (*Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie, v. Siebold u. A. Koelliker*, page 372, vol. IV.)

Emploi de la vératrine dans le traitement des maladies fébriles, particulièrement dans celui de la pneumonie et du rhumatisme articulaire aigu, par M. Aran.

Les deux articles que M. Aran a publiés dans le *Bulletin de thérapeutique*, à quatre mois d'intervalle, sur l'emploi de la vératrine dans le traitement de la pneumonie et du rhumatisme aigu, sont le commencement d'une série pour laquelle il continue à amasser des matériaux, et qui aura trait au traitement de la pleurésie, de la péritonite, de la rougeole, de la phthisie pulmonaire, de la néphrite albumineuse, etc. On connaît les idées de l'école italienne sur les sédatifs cardiaco-vasculaires, dont l'effet spécial serait de diminuer la fréquence du pouls. M. Aran avait institué, à ce point de vue, des expériences avec la digitale, le colchique et plusieurs autres substances, mais n'était arrivé qu'à des résultats négatifs, quand, ayant eu occasion d'employer la vératrine contre le rhumatisme aigu, il fut frappé de l'abaissement du pouls. Rapprochant ce fait des résultats obtenus de l'emploi du *veratrum viride*, dans le traitement des affections fébriles, par un médecin américain, le docteur Norvood, qui a vu tomber le pouls à 56 pulsations, il entreprit des recherches dans cette direction, et c'est de ces recherches qu'il vient rendre compte.

Relativement à la *pneumonie*, il rapporte six observations seulement. Quatre ont été recueillies chez des adultes (dont deux étaient pthisiques) et les deux autres chez des vieillards. Ce nombre serait à coup sûr insuffisant, s'il s'agissait de déterminer la valeur curative de la vératrine dans la pneumonie; mais les circonstances particulières de chaque fait sont de nature à fournir des indications au moins sur l'action thérapeutique. Dans tous les cas, l'emploi du médicament a été rapidement suivi, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, de l'abaissement du pouls, et d'un abaissement à un degré tout à fait remarquable. Plusieurs fois, par exemple, il est tombé à 56, à 50 et au-dessous. En même temps, l'affection locale a subi une diminution plus ou moins rapide, mais constante. Dans tous les cas, excepté dans le premier, la vératrine a été le seul moyen employé, sauf quelques pratiques insignifiantes. Enfin l'auteur a vu la pneumonie s'aggraver malgré l'emploi d'évacuations sanguines, le pouls rester très élevé, et tout l'appareil des symptômes s'amender rapidement après qu'on a eu commencé l'usage de la vératrine. Voilà les faits. Peut-on affirmer néanmoins qu'ils résultent uniquement d'une action spécifique *contro-stimulante* ou *hyposthénisante* de la substance employée? Les expériences que nous venons de rapporter ne suffiraient pas, selon nous, à autoriser une telle conclusion. La vératrine, employée à la dose de 5 à 10 milligrammes par jour, en pilules données à plusieurs heures d'intervalles, a presque constamment produit des vomissements abondants. Or, par quelque agent interne qu'on provoque les vomissements, il est rare qu'on n'amène pas la chute du pouls. Et quand ces vomissements, ou de très fortes nausées, se répètent pendant plusieurs jours de suite, on se demande quelle part ils prennent dans la production des phénomènes observés du côté de la circulation. Il est au moins probable qu'ils ne sont pas sans influence sur la marche de l'affection organique.

Cette supposition (car nous n'entendons pas faire autre chose) que la vératrine modifie l'affection pulmonaire en partie par son effet vomitif, et que la diminution du nombre des pulsations résulte tout à la fois et de cette amélioration locale, et de la dépression des forces opérée par les vomissements ou les nausées, cette supposition est un peu confirmée par les expériences concernant le rhumatisme articulaire aigu. En fait, la vératrine n'a pas donné, entre les mains de M. Aran, les beaux résultats annoncés par d'autres praticiens. D'un côté, l'abaissement du pouls a été beaucoup moins marqué et moins fréquent que dans la pneumonie; sauf dans un cas, il n'a été ordinairement que de 16 à 20 pulsations dans les vingt-quatre heures. De l'autre, les résultats thérapeutiques se résument ainsi : sur huit cas, déduction faite d'un cas de rhumatisme subaigu, de forme goutteuse, dans lequel l'insuccès a été complet, deux fois la vératrine a échoué complétement et l'endocardite s'est développée; quatre fois la guérison a été rapide, deux fois la vératrine n'a pu être continuée, malgré l'intolérance. Dans un cas, les douleurs, qui avaient d'abord été calmées, ont reparu avec intensité, et le pouls est monté à 104, bien que le médicament n'eût pas été discontinué pendant treize jours; les saignées et le sulfate de quinine ont parfaitement ramené le calme. Dans un autre, la vératrine avait paru produire une amélioration rapide; mais il y eut une rechute, et la même substance échoua complétement, et contre le rhumatisme, et contre l'état fébrile. Il semble donc que les vomissements provoqués dans ces expériences, comme dans les précédentes, par la vératrine, ne pouvant avoir sur la lésion locale la même influence que sur une lésion pulmonaire, et l'abaissement du pouls ne pouvant résulter que de la dépression des forces amenée par les vomissements, et non en même temps d'une amélioration locale, l'élément fébrile n'a pu être que légèrement modifié. Et c'est, comme on l'a vu, ce qui est arrivé. M. Aran fait remarquer lui-même que la résistance de l'état fébrile est facilitée par la mobilité des phénomènes arthritiques et la facilité avec laquelle ils se reproduisent.

En somme, l'auteur se montre peu favorable à l'emploi de la vératrine dans le rhumatisme articulaire aigu.

(*Bull. gén. de thér.*, 15 juill. et 15 nov. 1853.)

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Physiologie. — *Expériences sur le venin des serpents à sonnettes; Effets de ce venin et moyens de neutraliser son absorption.* — *M. D. Brainard*, professeur de chirurgie au collége médical de Chicago (Illinois), communique le résultat de ses expériences sur le venin des serpents à sonnettes. Ces expériences ont été faites en général sur des pigeons. Les serpents appartenaient tous à l'espèce du *crotalophorus trigeminus*, dont les morsures passent pour être moins dangereuses que celles d'autres crotales, ce qui s'expliquerait peut-être par la moindre taille des crotales de cette espèce. M. Brainard décrit les symptômes qu'il a observés chez les animaux mordus et les altérations que lui a fait connaître l'autopsie cadavérique. Parmi ces derniers faits, il faut signaler : 1° un changement dans la forme des globules rouges du sang qui, chez les animaux morts à la suite d'une morsure, paraissent s'être rapprochés de la forme sphérique; 2° l'abondance des corpuscules blancs qui se groupent entre eux et forment des masses mamelonnées; 3 quand la mort n'a pas été rapide, l'état très prononcé de la liquidité du sang contenu dans les cavités du cœur. Chez les mammifères, on a remarqué aussi, dans les cas où la mort ne survient pas promptement, qu'il y a une tendance aux hémorrhagies par les muqueuses, et quelquefois apparition sur la peau de taches pétéchiales.

Parmi les symptômes observés pendant la vie, un des plus apparents et qui est, chez les pigeons, très facile à observer, c'est la constriction de la glotte. La trachéotomie, si utilement employée dans les cas d'empoisonnement par la strychnine, se trouvait très naturellement indiquée. Elle a eu pour résultat de retarder la mort, mais non de la prévenir. L'action des ventouses appliquées sur les points mordus a agi dans le même sens et a semblé même plus efficace, mais encore insuffisante. Toutefois l'applica-

tion des ventouses, en retardant l'absorption du poison, donne le temps de faire pénétrer par infiltration dans la plaie et dans les parties environnantes des substances médicamenteuses. Celles que M. Brainard a essayées sont le lactate de fer et l'iodure de potassium, l'un et l'autre à l'état de solution aqueuse. On les fait pénétrer au moyen d'une petite seringue convenablement disposée. Avec ces deux substances employées en temps utile avec les précautions nécessaires, on a, dans le plus grand nombre des cas, sauvé la vie d'animaux qui, privés de secours, auraient nécessairement succombé. M. Brainard croit reconnaître dans l'iodure de potassium une action plus certaine que dans le lactate de fer. En ce moment à Paris, l'auteur espère pouvoir répéter, en présence de la commission, les expériences décrites dans ses mémoires. (*Comm.* : MM. Duméril, Magendie, Flourens et Pelouze.)

De la quantité d'ammoniaque contenue dans la pluie recueillie loin des villes. — L'air contient en suspension des corpuscules solides, des poussières d'une extrême ténuité, que Bergman caractérisait sous le nom d'immondices de l'atmosphère et dont la permanence dans le milieu gazeux qui nous entoure est mise hors de doute par le seul témoignage des sens, lorsqu'un rayon de soleil pénètre dans un lieu peu éclairé. Les eaux météoriques entraînent ces poussières en même temps qu'elles en dissolvent les matières solubles, parmi lesquelles se trouvent des sels fixes ammoniacaux, comme elles dissolvent les vapeurs de carbonate d'ammoniaque et le gaz acide carbonique répandu dans l'air. Une pluie, lorsqu'elle commence, doit donc renfermer plus de principes solubles que lorsqu'elle finit; et si cette pluie se prolonge par un temps calme, il arrivera un instant où l'eau ne contiendra plus que de très faibles indices de ces principes. Il résulte des expériences de M. *Boussingault* qu'il en est ainsi du moins pour les sels ammoniacaux; dans le cours de ses recherches entreprises à la campagne, il a constaté nombre de fois que la proportion d'ammoniaque diminuait dans l'eau à partir du commencement d'une pluie jusqu'à la fin. S'il y a une interruption dans la pluie, la fin d'une pluie fournit toujours moins d'ammoniaque que le commencement de la nouvelle, quelque court d'ailleurs qu'ait été l'intervalle pendant lequel il a cessé de pleuvoir. D'autres observations font voir qu'après une forte sécheresse, la pluie est bien plus riche en ammoniaque que celle qui tombe par intermittence durant une période pluvieuse. Une autre série de recherches montre que la rosée contient constamment une plus forte proportion d'ammoniaque que les eaux pluviales. L'eau condensée des brouillards, généralement plus riche en ammoniaque que les eaux pluviales, en contient assez habituellement moins que la rosée; cependant M. Boussingault a trouvé dans l'eau déposée par un brouillard épais jusqu'à 49 milligrammes 71 millièmes d'ammoniaque, ce qui représente près de 2 décagrammes de carbonate ammoniacal par litre. Du 26 mai au 16 novembre, M. Boussingault a mesuré, au Liebfrauenberg, soixante-quinze pluies, en considérant comme pluie la rosée et le brouillard; d'après l'analyse, il y aurait eu, dans les 1750 litres d'eau recueillis, 0 gram. 898 d'ammoniaque, soit en moyenne et par litre d'eau météorique, 1/2 milligramme.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

ANATOMIE. — *Nouvelles observations sur une substance animale analogue à la cellulose végétale.* — M. *Virchow* a trouvé dans le cerveau et la moelle épinière de l'homme une substance particulière et donnant lieu aux mêmes réactions chimiques que la cellulose végétale. Il avait depuis cherché, mais en vain, la nouvelle substance dans la plupart des tissus sains et morbides du corps humain, lorsqu'elle s'est présentée à lui dans un cas pathologique assez rare, dans une affection assez mal décrite de la rate humaine, qui commence par une dégénérescence presque colloïde des follicules (corpuscules blancs de Malpighi). En Allemagne, on désigne communément sous le nom de *Wachsmilz* (rate cireuse), cette dégénérescence qui est considérée par quelques pathologistes comme un épanchement albumineux ou fibrineux; par les autres, comme une dégénérescence graisseuse ou vraiment colloïde. Frappé de la ressemblance des corpuscules cireux de la rate et des corpuscules amylacés du cerveau, M. Virchow tenta l'action de l'iode et de l'acide sulfurique sur de petites portions de rate cireuse, et il vit apparaître avec une promptitude surprenante la couleur vive violacée de la cellulose. Cette dégénérescence singulière de la rate appartient principalement aux états de cachexie et se trouve, le plus souvent, chez des malades soumis à des affections ulcéreuses très prolongées. Cette substance jouit d'une telle fixité, qu'elle est encore sans altération dans une rate macérée dans l'eau courante pendant quinze jours. (*Comm.*: MM. Serres, Flourens, Pelouze.)

ANATOMIE. — M. *Kölliker* adresse une note en réponse à la réclamation de M. *Remack*, de Berlin, au sujet du mémoire sur la structure de la rétine communiqué à l'Académie par MM. Koelliker et Müller.

ORGANOGRAPHIE VÉGÉTALE. — *Nouvelles observations concernant le système nerveux des plantes.* — Les résultats des recherches qui font l'objet de la note de M. *Leclerc* sur le système nerveux des plantes peuvent se résumer dans les deux propositions suivantes : 1. le point de départ de l'ovule végétal est un peu de matière nerveuse; 2. le premier organe qui apparaît dans l'œuf végétal n'est autre que l'appareil nerveux. (*Comm.*: MM. Magendie, Flourens, Brongniart, Decaisne.)

MÉDECINE. — *Nature et traitement du choléra.* — M. *Beauregard* adresse le résultat de ses nouvelles études sur le choléra épidémique. La méthode de traitement de M. le docteur Beauregard consiste surtout dans l'administration de l'éther laudanisé à haute dose, dans la première période ou période de dépression. (*Comm.* : MM. Serres, Andral, Rayer.)

PHYSIOLOGIE. — *Des effets de la diminution de la pression atmosphérique sur les animaux.* — M. *Marchal*, de Calvi, adresse à l'Académie une note dans laquelle sont rapportées ses expériences sur ce sujet. Il a été amené à conclure que les variations de pression atmosphérique sont loin d'exercer l'influence qu'on leur suppose. Suivant lui, l'erreur vient de ce que dans la plupart des cas que l'on a considérés, en même temps qu'il y a diminution de pression à la surface du corps, il y a raréfaction de l'air qui pénètre dans nos poumons, et par suite diminution de la quantité d'oxygène nécessaire pour l'accomplissement normal de l'hématose. (*Comm.* : MM. Dumas, Regnault, Rayer.)

PHYSIOLOGIE. — M. *Missoux*, de Fournols, adresse l'observation d'un cas qui s'est présenté dans sa pratique chez une femme sur laquelle il avait pratiqué l'amputation de la mamelle. Dix-huit mois après cette opération, le mamelon correspondant a fourni *du lait* pendant toute la période de lactation.

Académie de Médecine.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 6 DÉCEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

M. *Gibert*, secrétaire annuel, lit le rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1853.

M. *Bérard*, président, lit la Notice des prix proposés pour 1854-55-56. (*Voir aux variétés.*)

M. *Dubois* (d'Amiens), secrétaire perpétuel, lit un éloge d'Orfila, accueilli par les applaudissements réitérés d'un auditoire d'élite.

La séance est levée à cinq heures.

SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture et du commerce adresse quatorze communications, savoir : — *a.* Demande d'avis et d'analyse relative à de nouvelles sources d'eau minérale, celle d'Escouloubre, arrondissement de Limeux (Aude). (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Rapport du docteur Rousset, médecin cantonnal à Sarreguemines, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Grosbliederstoff, pendant les mois de juillet, août et septembre 1853. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Rapport du docteur Jacquey, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure, sur une épidémie de rougeole compliquée de dysenterie, qui a régné dans la commune de Saint-Loup, du 1er janvier au 1er mai 1853. (*Commission des épidémies.*) — *d.* Rapport du docteur Barthez, médecin en chef de l'hôpital thermal militaire de Vichy, contenant des observations relatives aux malades qui ont fait usage des eaux de Vichy pendant les diverses saisons de l'année 1853. — *e.* Lettre pour prier l'Académie de hâter le travail de la commission chargée de faire un rapport sur une eau dite inodore et désinfectante de MM. Raphanel et Ledoyen. (*Renvoi à la commission composée de* MM. H. Gaultier de Claubry, Bussy, Huguier, *auxquels ont été depuis adjoints* MM. Robert et Bouchardat, rapporteur.) — *f.* Différentes communications relatives à de nouvelles préparations médicinales ou à de nouveaux spécifiques envoyés par MM. Permisseux, Besson, Rosaing, Roche, pharmacien à Marseille, docteur Jubin (de Niort), Engler, Taulet, etc. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *g.* Tableau des vaccinations pratiquées dans le département du Calvados pendant l'année 1852. (*Commission de vaccine.*)

2. Envoi par le ministre de l'instruction publique et des cultes de deux pièces : — *a.* Mémoire de M. le docteur Goudret sur un nouveau traitement des fièvres intermittentes. — *b.* Remède contre l'hydrophobie, par MM. Dupuis père et fils. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

3. Observation d'hémichorée syphilitique recueillie à Saint-Lazare par

e docteur Costilhes, médecin-adjoint de Saint-Lazare. (*Comm.:* M. Ricord.)

4. Lettre de M. Juillermon, relative à l'application thérapeutique d'un nouveau composé d'iode et de tannin, employé par M. Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon. (*Comm.:* MM. Bouchardat, Baillay.)

5. Mémoire sur le traitement de la fièvre typhoïde, par M. A. Florentin, docteur-médecin à Corrèze. (*Commission des épidémies.*)

6. Réponse de M. Chassaignac à la dernière réclamation de M. Moreau-Boutard. Les trois points fondamentaux de son procédé n'offrent d'après lui rien de commun avec celui de ce médecin. Ces trois points consistent : 1° A prendre pour guide la saillie médiane du cartilage cricoïde ; 2° à implanter un tenaculum cannelé à travers la peau, au-dessous du cartilage ; 3° à maintenir la trachée ouverte au moyen d'un dilatateur coudé. (*Comm.:* MM. Velpeau, Robert, Laugier.)

7. Communication de M. Pétrequin sur l'emploi d'une opération particulière, à savoir la combinaison de la méthode de Brasdor et des injections coagulantes dans le traitement de certains anévrismes. (*Ce mémoire est renvoyé sur l'avis du bureau à une commission qui sera chargée d'examiner toutes les communications sur le même sujet, et qui sera composée de* MM. Roux, Laugier, Malgaigne, Leblanc et Velpeau.)

8. Réclamation de M. Bonnafont, médecin principal à l'hôpital du Roule, au sujet de l'instrument de M. Désormeau, destiné à porter la lumière dans le canal de l'urètre; cet appareil est, suivant M. Bonnafont, en tout point semblable à celui dont il se sert depuis bientôt vingt ans pour éclairer le conduit auditif externe. (*Comm.:* MM. Ricord, Ségalas, Laugier.)

9. Lettre de M. Juy-Gautier, à Nogent, qui soumet à l'Académie la formule d'un remède contre le choléra. (*Commission du choléra.*)

10. Propositions relatives à un traitement préventif général et spécifique du choléra épidémique, envoyées par M. Semanal, de Lyon. (*Commission du choléra.*)

11. Addition au mémoire explicatif adressé dernièrement par M. Burin dn Buisson. (*Commission nommée.*)

12. Lettre de M. Zandyck, médecin à Dunkerque, qui demande un exemplaire du rapport publié cette année par la commission de vaccine.

13. Communication de M. Delfraysse sur les effets de l'iode dans la gestation pour diminuer le volume du fœtus dans le cas où cela est rendu nécessaire par les dimensions réduites du bassin. (*Comm.:* M. Cazeaux.)

14. Observations de deux kystes osseux, adressées par M. Missoux (de Fournols), pour servir de complément à sa précédente communication de *spina ventosa*, tendant à confirmer la puissance ostéogénique du périoste. (*Comm.:* M. Gimelle.)

15. Communication de M. Gouyon, de Clermont-Ferrand, relative au choléra. (*Commission du choléra.*)

16. Lettre de M. le professeur Alquié, de Montpellier, relative à une opération d'urétroplastie, pratiquée par lui dans un cas d'oblitération de l'urètre, et suivie d'une guérison complète. Ce fait, qui présente la plus grande analogie avec celui publié dernièrement par M. Maisonneuve, a été inséré dans le numéro du 10 août 1853 des *Annales cliniques de Montpellier*, que M. Alquié a joint à sa lettre. (*Commission nommée pour examiner le fait de M. Maisonneuve.*)

M. le président annonce la perte que vient de faire, il y a deux jours, l'Académie de médecine dans la personne de M. Bouriat, mort dans sa quatre-vingt-dixième année ; il annonce qu'immédiatement après la lecture de l'ordre du jour, il donnera la parole à M. Bousquet, pour la lecture du discours que celui-ci a prononcé sur la tombe de M. Bouriat, au nom de l'Académie.

M. *Bousquet* lit une notice nécrologique sur la vie et les travaux de M. Bouriat.

M. *Soubeiran* lit une notice sur le marais à sangsues de Clairefontaine. (*Voir* aux travaux originaux.)

M. *Desportes* demande si, pour encourager les heureuses tentatives de M. Borne, il ne serait pas juste et convenable de lui accorder une médaille. Cette proposition, fortement appuyée par M. Chevallier, est combattue par MM. Adelon et Bricheteau. Il n'est pas donné suite à cette proposition.

L'ordre du jour amène la discussion sur les injections de perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes. M. le président appelle successivement MM. Malgaigne et Gaultier de Claubry, qui s'étaient fait inscrire. Personne ne se présentant, en leur absence, pour continuer la discussion, le président déclare la discussion fermée. L'Académie n'étant pas mise en demeure d'émettre un jugement sur cette question, il n'y a pas lieu de terminer la discussion par un vote.

M. *Bricheteau* lit un rapport, au nom de la commission des épidémies, sur un mémoire considérable de M. *Druhen* aîné, de Besançon (Doubs), sur l'histoire des maladies épidémiques qui ont régné dans le département depuis 1836 jusqu'en 1850. Ce travail avait été renvoyé à la commission des épidémies, qui a décidé, en vertu d'un article du règlement qui la régit, que le rapport fait sur une des principales parties du mémoire de M. Druhen serait communiqué séparément à l'Académie, attendu qu'il se trouve en dehors des attributions propres de la commission. Cette partie, dit M. Bricheteau, a pour objet l'examen critique des documents invoqués par la statistique et la méthode numérique, dont l'idée première appartient à un mathématicien, mais qui a été transformée et formulée par un médecin, M. Bayard, de la manière suivante : la variole confluente et la fièvre typhoïde ne sont qu'une seule et même maladie, tantôt externe, tantôt interne, produite par la combinaison de la variole et du typhus. M. Bricheteau passe en revue avec M. Druhen les différentes raisons qui militent contre l'opinion des économistes statisticiens qui ont attaqué la vaccine et l'ont accusée de déplacer la mortalité. Le rapporteur fait ressortir l'importance des objections que M. Druhen a élevées, contre ce qu'il appelle l'hérésie médicale de MM. Carnot et Bayard. Il ajoute de nouvelles raisons à celles du médecin de Besançon et oppose aux chiffres de M. Carnot des chiffres empruntés à d'autres statisticiens. Le rapport de M. Bricheteau n'est suivi d'aucune conclusion, l'Académie ayant déjà décerné une médaille d'argent à M. Druhen, au sujet de son mémoire, sur la proposition de la commission des épidémies.

Nouveau bandage pour la hernie crurale. — M. *Lucien Boyer* présente un nouveau bandage pour la hernie crurale, dont l'idée et l'exécution première appartiennent à feu M. le docteur Foullioy, ancien chirurgien inspecteur général du service de santé de la marine. Le bandage de M. Foullioy est établi sur les données suivantes : il a pour point d'appui fixe et invariable toute la circonférence de la ceinture osseuse ; il est placé à l'abri de toute influence de la part des agents musculaires et de la flexion de la cuisse ; toute obliquité capable de favoriser son glissement est évitée dans la construction de ce bandage, auquel il n'est pas nécessaire d'adapter des sous-cuisses.

A cinq heures moins un quart l'Académie se forme en comité secret.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

La variole étudiée au point de vue de la pathologie et de l'hygiène publique, par Ch.-P. Eimer. Leipzig, 1853, 204 pages. (*Die Blatternkrankheit in pathologischer und sanitaetspolizeilicher Beziehung, etc.*)

Ce travail, écrit en réponse à une question de prix proposée par un congrès médical du grand-duché de Bade, en 1851, n'a pas pour base l'observation personnelle ; l'auteur a cherché dans l'analyse raisonnée des matériaux fournis par la science, la solution de questions importantes que soulève l'étude de la variole au point de vue de l'hygiène publique. Au moment où l'utilité de la découverte de Jenner vient de subir de nouvelles attaques, nous sommes heureux de signaler la publication d'un mémoire qui, s'il n'apporte pas de nouveaux éléments propres à avancer la discussion, est au moins un exposé complet des nombreux travaux épars dans la science.

Dans la première partie de son travail, l'auteur donne une description étendue de l'origine et de la marche des épidémies de variole. Après une discussion des fragments empruntés aux chroniqueurs anciens et allégués comme preuves d'une existence ancienne de la variole, il admet que sa première apparition, et surtout sa première description, remonte aux Arabes. La gravité et la mortalité des épidémies anciennes de variole est mise ensuite dans tout son jour, et comparée aux ravages que cette fièvre éruptive exerça plus tard sur les indigènes du nouveau monde, lors de la découverte de cette partie du globe. Le chapitre qui traite de l'inoculation de la variole ne contient rien de nouveau.

A propos de la varioloïde, qu'il ne considère que comme une modification d'intensité de la variole, l'auteur discute et réfute une opinion de Schœnlein, déjà émise en France par Moreau de Jonnès, et qui considère la varioloïde comme une maladie indépendante de la variole. Cette opinion n'a plus, nous le croyons, beaucoup de partisans en France ; elle en compte cependant en Allemagne.

La comparaison de la variole et des éruptions semblables sur les animaux, conduit l'auteur à une conclusion qui n'est peut-être pas encore assez démontrée. La variole et la vaccine ne sont que des modifications de la même maladie ; cette conclusion nous semble légitime ; mais dépassant cette conclusion, il trouve une identité

presque complète entre la variole, la clavelée du mouton, et d'autres éruptions des animaux.

La partie la plus intéressante de ce travail est celle qui a trait à la vaccination, et surtout aux revaccinations. Chaque homme apporte, dit-il, en naissant une prédisposition innée à la variole. Cette prédisposition est moins marquée dans un âge peu avancé ; elle s'accroît graduellement et atteint son apogée à l'époque de la puberté, pour diminuer de nouveau vers la trentième année. Cette prédisposition se trouve annihilée, ou plus ou moins modifiée par l'apparition d'une variole. La vaccine, la variole et la varioloïde, modifications d'une même maladie, produisent la même immunité ; si aujourd'hui la variole paraît moins grave qu'autrefois, il faut l'attribuer à la modification éprouvée par l'économie par l'introduction de la vaccine.

Quelle est l'efficacité de la vaccine ? L'auteur ne croit pas qu'elle procure à l'homme une immunité absolue ; cependant, ce n'est guère qu'après un espace de temps plus ou moins long, que l'influence de la variole ou de la vaccine antérieure cesse d'agir d'une manière préventive.

Les revaccinations sont le seul moyen d'empêcher la manifestation de la variole. C'est ce que Jenner et ses successeurs avaient déjà recommandé ; ils avaient déjà constaté, en effet, des récidives de variole et des exemples de la même maladie chez des personnes vaccinées. On sait quel appui les gouvernements allemands ont donné à la pratique des revaccinations faites en grand nombre dans l'armée allemande. L'auteur, en étudiant ce sujet, signale les vaccinations obligatoires dans la plupart des gouvernements allemands, tandis qu'en Angleterre et en France, un grand nombre d'enfants, surtout dans les campagnes, ne jouissent pas encore du bienfait de la vaccine.

Le vaccin est-il dégénéré ? On se rappelle les discussions que cette question a soulevées dans plusieurs de nos Sociétés savantes ; ce n'est pas ici le lieu de les analyser. M. Eimer les discute et les réfute, et croit que le vaccin, dans sa transmission à travers un grand nombre d'individus, s'affaiblit et dégénère. Pour obvier à cette altération du préservatif, il conseille de rechercher le cowpox, ou de mettre en usage les procédés de rénovation du vaccin, conseillés déjà anciennement, et qui ont donné jusqu'ici des résultats peu favorables. Nous voulons parler de la transportation du virus vaccin de l'homme à la vache, et de sa réinoculation à l'espèce humaine.

Nous avons regretté de ne pas trouver, dans le mémoire de M. Eimer, la discussion, et, nous allions presque le dire, la réfutation des idées émises par M. Carnot, idées qui ont provoqué la publication dans ce journal (n° 1, 7 octobre) d'un intéressant article de notre maître M. Barth.

L'ouvrage que nous venons d'analyser est écrit avec une grande clarté ; les faits analysés avec soin ; et la lecture de ce travail sera toujours intéressante pour tous ceux qui s'occupent de ce sujet, si important au point de vue de la pathologie et de l'hygiène publique.

Docteur LEUDET.

VI.

VARIÉTÉS.

PRIX ET MÉDAILLES DÉCERNÉS DANS LA SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE, LE 6 DÉCEMBRE 1853.

M. GIBERT, secrétaire annuel, lit le rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1853.

PRIX DE 1853.

Prix de l'Académie. — L'Académie avait mis au concours la question suivante : Existe-t-il des paraplégies indépendantes de la myélite ? En cas d'affirmative, tracer leur histoire. — Ce prix était de 1,000 fr. — Grâce à la bienveillance de M. le ministre de l'instruction publique, l'Académie ayant pu disposer d'une somme de 2,000 fr., elle a décerné : 1° un prix de 1,000 fr. à M. le docteur Raoul LEROY-D'ÉTIOLLES, auteur du mémoire n° 6 ; 2° un prix de 700 fr. à M. le docteur ABEILLE, auteur du mémoire n° 3 ; 3° un encouragement de 300 fr. à M. le docteur LANDRY (Octave), auteur du mémoire n° 5.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie avait proposé pour question : De l'anatomie pathologique des différentes espèces de *goître*, du traitement préservatif et curatif de cette maladie. — Ce prix était de 1,800 fr. — L'Académie décerne ce prix à M. le docteur BACH (de Strasbourg), auteur du mémoire n° 1. Des mentions honorables sont accordées à M. le docteur PHILIPPEAUX (de Lyon), auteur du mémoire n° 3, et à M. le docteur LE TERTRE VALLIER, médecin militaire à Amiens, auteur du mémoire n° 6.

Prix fondé par Madame Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé la question suivante : Faire l'histoire du *tétanos*. — L'Académie pouvait disposer d'une somme de 1,000 fr. ; elle a accordé : 1° un prix de 1,000 fr. à M. Émile REMILLY (de Versailles), interne des hôpitaux de Paris, auteur du mémoire n° 3 ; 2° un encouragement de 500 fr. à M. le docteur Jules GIMELLE, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — La question posée par l'Académie, en ce qui concerne l'*art des accouchements*, était la suivante : Des conditions physiologiques et pathologiques de l'état puerpéral. — Ce prix était de la valeur de 1,000 fr. — A l'exception d'un travail qui n'avait point trait à la question proposée, aucun mémoire n'a été envoyé à l'Académie. L'Académie décide que cette question ne sera pas remise au concours. La question proposée par l'Académie, en ce qui concerne les *Eaux minérales*, était la suivante : Trouver une méthode d'expérimentation chimique propre à faire connaître, dans les eaux minérales, les corps simples ou composés, tels qu'ils existent réellement à l'état normal. — Ce prix était de la valeur de 1,500 fr. — L'Académie n'a pas décerné de prix, mais elle accorde : 1° une médaille d'encouragement de la valeur de 700 fr. à M. Ernest BAUDRIMONT, auteur du mémoire n° 2 ; 2° une médaille d'encouragement de la valeur de 300 fr. à M. FILHOL, professeur de chimie à l'École de Toulouse, auteur du mémoire n° 1.

Prix fondé par M. Nadau. — Ce prix, qui est de la valeur de 3,000 fr., doit être décerné au médecin ou professeur qui aurait fait ou publié le meilleur cours d'hygiène populaire, divisé en vingt-cinq leçons. L'Académie a décidé que ce concours restera ouvert jusqu'au 31 décembre 1853, et que le prix, s'il y a lieu, sera décerné ultérieurement.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder, 1° un prix de 1,500 fr. partagé entre les trois médecins dont les noms suivent : M. BOISSAT, de Bourdeilles, directeur de la vaccine dans la Dordogne, pour avoir de nouveau donné par son activité, ses soins et son zèle infatigables, un développement considérable à la propagation de la vaccine dans ce département ; M. MORILLON, officier de santé à Coulonges (Deux-Sèvres), pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées, et les efforts qu'il n'a cessé de faire pour la propagation de la vaccine ; M. le docteur JAMES, d'Amiens (Somme), pour l'excellent rapport qu'il a fait au comité central de vaccine de ce département, dans la séance publique de 1853.

2° Quatre médailles d'or : à M. HULLIN, de Mortagne (Vendée), pour le mémoire qu'il a adressé l'Académie, ayant pour titre : *Sur la variole, la vaccine et les revaccinations*, et aussi pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées ; à M. HÉRITIER, médecin à Château-Ville-Vieille (Hautes-Alpes), pour le rapport judicieux qu'il a fait à M. le préfet, sur une épidémie de variole qui a régné dans le canton d'Aiguilles, et aussi pour le grand nombre de vaccinations qu'il a pratiquées ; à M. RENAULT, d'Alençon (Orne), chirurgien, vice-directeur du service de la vaccine, pour le zèle qu'il ne cesse de montrer, ayant pratiqué à lui seul 2,503 vaccinations, tandis que les vaccinateurs venant après lui n'ont pas atteint le chiffre de 300 ; à M. ANDRIOT, de Fontaine-Française (Côte-d'Or), dont les services ont été justement appréciés par M. le directeur du service de la vaccine dans le département, et que son zèle a fait ainsi placer en première ligne.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des mémoires et des observations qu'ils ont transmis à l'Académie.

MÉDAILLES ACCORDÉES A MM. LES MÉDECINS INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES ET A MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES.

L'Académie, chargée de faire annuellement un rapport général à l'autorité sur le service des eaux minérales et sur le service des épidémies, a décidé que, pour encourager le zèle des médecins, des médailles seraient accordées à ceux qui lui auraient envoyé les meilleurs travaux. En conséquence, elle accorde, pour ce qui concerne le service des *Eaux minérales :*

1° Une médaille d'argent à chacun des savants dont les noms suivent, savoir : à M. MAZADE, pharmacien à Valence, qui, le premier, a signalé dans les eaux minérales de Neyrac la présence du cobalt, du nickel, du

titane, de la zircone, etc.; à M. ALIBERT (Constant), qui a fait parvenir à l'Académie un remarquable mémoire sur les eaux d'Ax (Ariége) dont il est médecin-inspecteur, et une bonne notice sur les eaux peu connues de Marens, Carcanière et d'Escouloubre, monographie qui manquait à la science hydrologique; à M. Charles PETIT, qui a étudié avec une remarquable exactitude les effets physiologiques et thérapeutiques des principes minéralisateurs des eaux de Vichy; à M. DURAND-FARDEL, qui a adressé à l'Académie un mémoire très étendu sur les résultats cliniques de cinq années de pratique à Vichy; à M. BAILLY fils, qui a fait une judicieuse appréciation des propriétés médicales des eaux de Bains (Vosges); à M. KUHN, qui a transmis pour 1852 un rapport renfermant des considérations du plus haut intérêt sur les eaux de Niederbronn (Bas-Rhin); à M. NIEPCE, pour ses deux rapports sur les eaux d'Allevard (Isère), et pour ses notes sur les eaux minérales des Hautes et Basses-Alpes.

2° Des médailles de bronze : à M. PAGÈS, inspecteur des eaux de Barèges pour ses rapports de 1851 et 1852; à M. AFFRE, médecin-inspecteur des bains de mer de Biaritz (Basses-Pyrénées), pour son rapport de 1852; à M. BERNARD, médecin-inspecteur adjoint à Uriage (Isère), pour son rapport de 1852.

L'Académie accorde en outre, pour ce qui concerne le service des *épidémies :*

1° Une médaille d'argent à chacun des médecins dont les noms suivent : à M. FOUCAULT, d'Épernay (Marne), pour son rapport sur plusieurs épidémies d'angine couenneuse; à M. PONE, de Pontarlier (Doubs), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde; à M. DRUHEN aîné, de Besançon (Doubs), pour son rapport sur plusieurs épidémies de fièvre typhoïde; à M. DUBOURG, de Marmande (Lot-et-Garonne), pour ses travaux sur diverses épidémies.

2° Et des médailles de bronze : à M. MANGIN, de Neufchâteau (Vosges), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde; à M. GERMAIN, de Salins (Jura), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde; à M. MOTTE, des Andelys (Seine-Inférieure), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde; à M. CLOCMADEUC, de Vannes (Morbihan), pour son rapport sur une épidémie de dysenterie.

— Par décret rendu le 10 décembre dernier sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique, la chaire de chimie médicale de la Faculté de Paris est supprimée. Une chaire de pharmacie est créée en ladite faculté. La chaire de chimie organique prendra à l'avenir le titre de chaire de chimie organique et de chimie minérale.

M. Soubeiran est nommé professeur de pharmacie à la Faculté de médecine de Paris.

— La maison impériale de santé, ancien *Hospice Dubois*, va disparaître. Le jardin et les communs viennent d'être déjà considérablement réduits par le percement de la rue de Strasbourg. Cet hôpital, qui était *payant*, selon l'expression reçue, sera reconstruit; mais on n'est pas encore bien fixé sur le choix de l'emplacement.

— M. Coste, membre de l'Institut, ouvrira son cours d'embryogénie comparée, au Collége de France, le mardi 20 décembre, à une heure précise.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ABEILLE MÉDICALE. N° 34. Analyses et revues.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE, 30 nov. 1853. — Traitement de la congestion cérébrale chez les vieillards, par *Durand-Fardel* (fin).—Remarques sur le mode de préparation du perchlorure de fer, par *Debout*. — Emploi du perchlorure de fer dans le traitement des anévrismes et des varices, par *Vallette* (de Lyon).—Anévrisme brachio-céphalique, traité par le perchlorure de fer, par *Barrier* (de Lyon). — Perchlorure de fer contre l'hémorrhagie consécutive.

GAZETTE DES HOPITAUX, 142 à 147. — Note sur la psorentérie, par *Nonat*. — Cliniques et Revues.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N° 45 à 50. Réunion des tendons, par le docteur *Jules Guérin* (à propos d'un mémoire du professeur Sedillot, inséré dans le N° 4 de la *Gazette hebdomadaire*). — Anesthésie chirurgicale, par *Jobert* (de Lamballe) (suite et fin). — Incrustations du cœur, des artères et des veines, par *Deschamps*. — Broiement de la pierre en une seule séance, par *Amussat*. — Mandragore dans l'aliénation mentale, par *Michéa*. — Injections iodées dans la dysenterie, par *J. Delioux*.—Accidents produits par l'usage des cosmétiques au blanc de plomb, par *Fiévée*. — Traitement de la dysenterie en Afrique, par *Cordier*. — Sur le perchlorure de fer, par *Pétrequin*.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, décembre 1853. — Cliniques et Revues.

MONITEUR DES HOPITAUX, 144 à 149. — Cliniques et Revues.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — N° 23. De l'ergot de seigle; son emploi thérapeutique, par *Martin-Lauzer*.

UNION MÉDICALE, 143 à 148. — Observations de calculs lacrymaux, par *Chéreau*. — Traitement du choléra, par *J. Guyot*. — Éclampsie des enfants du premier âge, par *Cahen*.

ANNALES CLINIQUES DE MONTPELLIER. — N° 18 (1). Cliniques.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 11. Perchlorure de fer dans l'anévrisme brachio-céphalique, par *F. Barrier*. — Lettre sur le traitement des anévrismes et des varices par le perchlorure de fer, par *Valette*. — Note sur la galvano-puncture et les injections coagulantes, par *Pétrequin*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. N° 10. Extraction d'un corps étranger du conduit auditif; procédé particulier, par *Sirus-Pirondy*. — Mydriase et cécité presque complète, d'un mois de durée, guéries par l'expulsion de vers intestinaux, par *Falot*.— Spirée ulmaire; son emploi en médecine, par *Desmartis*. — Pustules malignes guéries par la cautérisation, par *Griolet*. — Propriétés hémostatiques de l'eau de Pagliari, par *Miergues* fils.

ANNALES D'OCULISTIQUE (Belgique), 31 octobre et 30 novembre. — Sur les ophthalmies contagieuses (suite), par *Van Roosbroeck*. — Des évacuations sanguines dans le traitement de l'ophthalmie gonorrhéique, par *Gouzée*. — Blépharite dartreuse, consécutive à une ophthalmie traumatique et compliquée de *psoriasis capitis*. Emploi avantageux de l'iodure de soufre à l'intérieur et à l'extérieur, par *S. Escolar*.— Micropie, par *Warlomont*. — Sur les granulations palpébrales, par *Van Kempen*. — Opacité de la capsule cristalline, par *J. Bosch*. — Modifications à l'ophthalmostat de Jaeger, par *Alessi*. — Nouveau kystitôme, par *le même*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE, 7°, 8°, 9° et 10° livraisons, de 1852-53. Contenu de la 10° livraison : Un cas de cirrhose, par *Lesueur*. — Obs. de glucosurie consécutive à la fracture des os du crâne, par *Szokalski*. — Délire fébrile, par *Liegey*.

PRESSE MÉDICALE BELGE.—N°s 49, 50 et 51 (2).—Sur la nature des affections blennorrhagiques, par *Thiry*.—Traitement iodé dans la phthisie pulmonaire, par *Anciaux*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — N°s 47, 48 et 49. Pathologie et traitement des maladies cérébrales, par *R.-H. Semple*. — Valeur relative de la méthode intra-péritonéale et de la méthode extra-péritonéale dans l'herniotomie, par *J.-S. Gamgee*.— De l'acide nitreux dans le traitement du choléra, par *Witheman*. — De l'inflammation chronique, par *Handfield Jones*. — Effet de l'injection de pus dans les veines des animaux, par *J.-S. Gamgee*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 778 et 779 (3). De la péricardite, par *O'B. Bellingham*. — Comptes rendus de sociétés savantes.

MEDICAL CIRCULAR. — N°s 46, 47, 48, 49. Analyses et Revues.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE.—N°s 179 et 180. Rapports sur le choléra épidémique de Newcastle (Jamaïque), par *M'Ilree*. — Note sur un bandage herniaire à vis, par *Neil Arnott*. —Rapport sur les cas de choléra et de diarrhée cholérique, traités à l'hôpital de Newcastle (Angleterre), dans la dernière épidémie, par *C.-J. Gibb*. — Instruction aux officiers de santé militaires sur la conduite à tenir en cas d'invasion cholérique. — Emploi thérapeutique d'une nouvelle préparation manganique, par *S. Templeman-Speer*. — Ulcère du rectum, traité par la simple incision de la muqueuse, par *W.-O. Chalk*.

THE LANCET. — N°s 23 et 24. Revues cliniques, médicales et chirurgicales. — Analyses.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N° 49. Analyses et Revues.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N°s 47, 48 et 49. Discours prononcé par *Pacini* à l'ouverture de l'Académie de Florence pour 1853-54. — Que la faculté préservatrice de la vaccination est temporaire, uniquement parce qu'on n'emploie pas le vrai *cow-pox;* mesures à prendre pour extirper entièrement la variole, par *Gio. Michele*. — Sur la glucosurie, par *Maurizio Buffalini*.

GIORNALE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — N° 33. Cinq cas de guérison d'épilepsie idiopathique, par *B. Gaspara*. — Sur la phlogose des vaisseaux sanguins, par *de Meis*.

IL RACCOGLITORE MEDICO, nov. 1853. — Revues cliniques.

EL HERALDO MEDICO. — N°s 56 et 57. Sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde, par *V. Terron y Molées*. — Tubercule cancéreux de la lèvre inférieure, extirpé avec succès, par *Ant. Poblacion Fernandez*. — Du bichromate de potasse comme antisyphilitique, par *Vicente* (de Paris).

EL PORVENIR MEDICO. — N°s 47 et 48. Sophistication du sel commun. (Anonyme.)— Plaie contuse par arme à feu; fracture comminutive de l'humérus; destruction d'une partie de la capsule huméro-cubitale; guérison, par *S. Macia Calderon*.

GACETA MEDICA. — N° 33. Considérations sur l'hygiène publique, par *F.-M. Alvaro*. — Sur les maladies les plus communes de Madrid, par *Santero*. — Considérations sur les fissures à l'anus. (Anonyme.)

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 12. Examen raisonné des différents modes de traitement de la tuberculisation pulmonaire, Par *Villargoitia*. — Fistule vésico-vaginale; suture; guérison. Réflexions par *P.-M. Torre*.

ANALES DE LA SOCIETAD DE MEDICINA MONTEVIDEANA. Tomo I, —N° 1. April 1853.— Statuts de la Soc. — Constitution méd. de 1852, à Montevideo, par *Martin de Moussy*. — Du nirlo, par *Odicini*. (Le *nirlo* est l'éruption papuleuse fébrile que Bonnet appelait *morbus lenticularis;* Fehérius, *variole hermaphrodite;* Sauvages, *rubeola varialoïdes*.) — Obs. d'hémiplégie faciale idiopathique, par *Candido d'Azambuja*. — Note sur la fièvre amaryle, par *Bentos de Carvalho e Souza*. — Observation de difformité congénitale, par *Bergara*.

(1) Le N° 17 des *Annales de Montpellier* ne nous est pas parvenu.
(2) Nous n'avons pas reçu les N°s 47 et 48 de la *Presse médicale belge*.
(3) Le N° 777 ne nous est pas parvenu.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 23 DÉCEMBRE 1853. N° 12.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Dans son numéro 3, LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE *a annoncé qu'elle donnerait un supplément de 8 colonnes tous les quinze jours. Nos lecteurs ont pu s'apercevoir que ce qui devait être un simple supplément est devenu partie intégrante de la publication. Avec son étendue actuelle, la* GAZETTE HEBDOMADAIRE *contient régulièrement par numéro 32 colonnes in-4°, soit 150,000 lettres environ.*

I.

Paris, ce 22 décembre 1853.

NOTE SUR LA SARCINE, AU POINT DE VUE DE LA PATHOLOGIE MÉDICALE. — QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES AFFECTIONS RÉGNANTES. — BULLETIN DU CHOLÉRA.

Depuis quelques années, l'analyse microscopique a révélé l'existence dans l'économie humaine d'un certain nombre de parasites végétaux. Récemment M. Charles Robin a rassemblé dans un excellent travail le résumé des travaux étrangers, augmenté d'un grand nombre de recherches qui lui sont propres sur ces végétaux parasites (Ch. Robin, *Histoire naturelle des végétaux parasites qui croissent sur l'homme et sur les animaux vivants*, Paris, 1853).

Un de ces végétaux microscopiques, la *sarcine*, dont le nom même est certainement ignoré de l'immense majorité des médecins français, a pourtant été l'objet de recherches assez nombreuses; on s'est occupé non seulement de son histoire naturelle, mais encore de ses conditions de production, de ses causes, des accidents auxquels elle peut donner lieu, et enfin des moyens thérapeutiques propres à la faire disparaître. Il nous a paru utile de résumer ce qu'on en sait aujourd'hui.

Découverte en 1842 par Goodsir (*Edinb. med. and surg. Journal*, 1842, vol. LVII, p. 430) dans la matière des vomissements, la sarcine a depuis été retrouvée dans d'autres liquides, dans les matières fécales, l'urine, le pus d'abcès gangréneux, et enfin dans les ventricules cérébraux.

La sarcine, qui a reçu son nom de Goodsir, rangé dans le genre *merismopedia* par M. Ch. Robin (*loc. cit.*, p. 331), est, d'après sa description, une plante coriace, transparente, consistant en masses cubiques, prismatiques, allongées ou même irrégulières, composées habituellement de huit, seize ou soixante-quatre cellules cubiques, dont chaque face est partagée en quatre saillies par de légers sillons. Ces cellules renferment habituellement un noyau dont la teinte de rouille détermine celle de toute la masse.

Ces végétaux microscopiques sont donc très faciles à re-

FEUILLETON.

De la saison des chaleurs en Algérie.

Quand on veut étudier les phénomènes météorologiques de l'Algérie aux quatre saisons de l'année, on est frappé des empiétements de l'hiver sur le printemps et de l'été sur l'automne. Si, en dehors des données astronomiques, on voulait diviser le temps sur l'observation des phénomènes atmosphériques, on serait nécessairement conduit par ce qu'ils offrent de plus saillant à partager l'année en deux grandes saisons, celle des pluies et celle des chaleurs. La première comprend de novembre à avril inclusivement; dans ce semestre il y a cependant de nombreuses séries de beaux jours, puisqu'il n'y a guère que cinquante-cinq à soixante jours pluvieux en moyenne. La deuxième dure de mai en octobre; pendant ce semestre, on est presque invariablement au beau fixe et à la chaleur. C'est cette dernière saison que nous avons l'intention de décrire dans le présent travail.

Le ciel d'un pur azur, une éclatante lumière et une haute température sont les principaux caractères de cette saison pleinement établie en juin et qui ne finit qu'en octobre.

La première période du nyctémère se passe comme il suit : Peu avant le lever du soleil, on goûte avec délices une fraîcheur relative très agréable, mais qui n'est pas de longue durée. A peine les rayons du soleil vous atteignent que la chaleur commence; elle devient incessamment plus incommode à mesure que le soleil monte au-dessus de l'horizon. Après midi la température s'accroît encore, puis vers trois heures les feux du jour commencent à diminuer, le soleil restant chaud toutefois jusqu'à la fin de sa course. Pendant le crépuscule, dont la durée, quoi qu'on ait dit, peut être évaluée à 35 minutes en moyenne, on a le moment le plus favorable pour prendre l'air; mais à peine la nuit arrive-t-elle qu'un abondant serein, proportionné à l'évaporation de la journée, selon l'hygrométrie des lieux, ne tarde pas d'imprégner les vêtements au point de devenir, sinon très incommode, au moins dangereux sous le rapport hygiénique. Cet état hygrométrique des soirées, quoique très sensible, très prononcé, n'approche pas de celui du matin. L'abondance de la rosée est telle qu'elle pénètre comme une véritable pluie les vêtements de ceux qui y sont exposés; la surface poudreuse des routes en est humectée, et toujours, sauf les nuits de grand vent ou de vent du sud surtout, durant les longues périodes que nous avons passées sous la tente, nous avons trouvé le matin les parois de ce mince abri plus ou moins humectées

connaître, et ne peuvent être confondus avec aucun autre principe animal ou végétal.

La sarcine a été trouvée à l'état physiologique dans quelques cas peu nombreux, chez l'homme comme chez les animaux; ainsi Todd (*Clinic. lect.*, rapportées dans le *Lond. med. Gaz.*, 1851, vol. XLVII, p. 755) dit l'avoir observée dans l'estomac et dans les intestins de gens n'ayant offert pendant leur vie aucun dérangement fonctionnel de ces organes; chez le chien, la sarcine a été rencontrée également dans l'estomac, beaucoup plus fréquemment chez le lapin.

Mais ce n'est pas dans l'état physiologique que la sarcine s'observe le plus fréquemment. Le premier fait fut recueilli par Goodsir (*loc. cit.*) sur un homme de dix-neuf ans atteint depuis quatre mois d'accidents gastriques offrant une grande analogie avec ceux que provoque une affection cancéreuse de l'estomac. Todd, dans ses *Leçons cliniques*, fort intéressantes, en a rapporté six observations à lui propres, et quatre cas observés par d'autres médecins. Tous ces malades offraient un dérangement marqué des fonctions stomacales, dont la cause première était un obstacle au cours des matières, par la production d'un rétrécissement de l'orifice pylorique. Le mois dernier, nous avons observé également dans les mêmes conditions, avec le docteur Davaine, un malade atteint de cancer de l'estomac, couché dans les salles de notre savant maître M. Rayer. La matière des vomissements renfermait de nombreuses sarcines.

La circonstance qui semble donc le plus favoriser le développement de la sarcine, c'est la stase des aliments, circonstance importante qui pourrait servir peut-être au pathologiste dans le diagnostic souvent incertain des affections organiques de l'estomac.

On avait autrefois émis l'opinion que cette production végétale ne prenait naissance que sous l'influence d'une fermentation acide; cette opinion, qui est celle de Todd (*loc. cit.*), a été réfutée par les faits de MM. Virchow, Jenner, etc., dans lesquels le milieu où existait la sarcine présentait une réaction alcaline. Aujourd'hui on sait d'une manière positive que la nature de la fermentation est insuffisante pour expliquer la production de la sarcine.

Observée d'abord dans l'estomac, qu'on a depuis constaté être son siége de prédilection, la sarcine a été rencontrée également dans l'urine par Heller (*Heller's Archiv.*, série nouv., 1, 3, analysé dans *Canstatt Jahresb.* pour 1852, vol. IV, p. 356), par le docteur Mackay, et enfin, plus récemment encore, par Heller, dans un autre fait (*Archiv. fuer physiol. und pathol. Chemie*, 1852, p. 30). Dans ce dernier cas l'urine fut examinée un grand nombre de fois, pendant plusieurs semaines, par Heller, et toujours on trouva la sarcine mêlée à des sédiments salins. Notre ami, M. le docteur W. Jenner, a publié récemment (*British and foreign medico-chir. Review*, n° 24, octobre 1853, p. 530) un fait plus curieux encore. C'est une observation de sarcine trouvée dans les ventricules latéraux du cerveau d'un garçon de quatre ans, mort dans son service à l'hôpital des Enfants, de Londres, d'une méningite tuberculeuse. Dans ce cas, la réaction du liquide était également alcaline. D'autres observateurs ont indiqué l'existence de la sarcine dans les selles des cholériques (Weld, *Grundzuege der Patholog. histolog.*, Wien, 1853, p. 754), dans les poumons, comme Zenker et Virchow.

On se demande naturellement, en parcourant cette liste d'observations, en voyant surtout les siéges différents du produit végétal, si, comme tant d'autres plantes de même nature, la sarcine ne serait pas un produit de décomposition. Les recherches multipliées faites jusqu'ici sur ce sujet permettent de répondre par la négative (Robin, *loc. cit.*).

On aurait tort également de croire que chez l'homme la production de la sarcine soit un phénomène passager; il suffit, pour se convaincre du contraire, de parcourir les observations de Todd, très complètes au point de vue médical: on y trouvera des faits où la sarcine fut trouvée dans la matière des vomissements, pendant dix-huit mois et même trois années consécutives; enfin, dans l'urine, Heller a constaté la présence de la sarcine pendant plusieurs semaines.

La sarcine a-t-elle, au point de vue de la médecine pratique, un intérêt réel? Dans les observations publiées, la cause première des accidents était presque toujours, dans l'estomac, un obstacle au cours des matières alimentaires, par un rétrécissement du pylore. Dans les cas, au contraire, où la sarcine existait seule, elle paraissait ne causer aucun accident sérieux. On peut donc dire avec Virchow que la sarcine n'a aucun rapport déterminé avec l'action de la fermentation ou avec quelques autres symptômes morbides.

On a néanmoins mis en usage, sans succès du reste, une foule d'agents thérapeutiques contre ce produit végétal. L'acide prussique, la créosote, comme le fit Goodsir dans le premier fait observé. Il amena ainsi une diminution de fréquence des vomissements, mais ne put les supprimer complétement et arrêter le développement ultérieur du parasite végétal. M. le docteur Jenner (*Med. Times*, 23 août 1851) a indiqué

---

et même complétement mouillées, quand nous avions bivouaqué dans les plaines basses et humides.

Tout cela soit dit en thèse générale du Tell, mais on comprend que certaines modifications notables doivent avoir lieu selon que l'on considère ce qui se passe dans la zone du littoral, dans celle de l'intérieur, ou sur l'une ou l'autre des zones montagneuses.

Sur le littoral et jusqu'au versant nord de la première zone montagneuse, les ardeurs du jour sont notablement amendées par la brise de mer qui, toutes les fois que le vent n'est pas au sud, s'élève régulièrement de neuf à onze heures et souffle une partie de la journée. Les bénéfices de cette brise sont inconnus dans la zone intérieure qui, éloignée du littoral, encaissée entre les deux zones montagneuses, peu élevée au-dessus du niveau de la mer, concentre dans ses bas-fonds une énorme quantité de calorique qui en rend le séjour insupportable au cœur de l'été; telle est principalement l'immense plaine du Chélif.

Les massifs des deux zones montagneuses trouvent dans leur altitude, qui leur vaut des courants d'air plus sensibles et plus fréquents, un notable correctif.

A la brise de mer qui se calme quand le soleil commence à baisser, succède pendant la nuit la brise de terre soufflant du sud au nord. Très légère dans l'intérieur et sur le littoral, elle est plus marquée sur les hauteurs, et plus encore à l'issue nord des coupures de l'Atlas.

Les nuits et les matinées offrent, sous le rapport hygrométrique, une notable différence aussi entre les zones des plaines et celles des montagnes. Celles-ci ont, il est vrai, d'abondantes rosées, mais les bas-fonds humides des plaines et les points marécageux sont couverts d'épais brouillards qui occasionnent un froid glacial, d'autant plus sensible que la chaleur du milieu du jour y est plus considérable. Ce contraste météorologique est du plus haut intérêt, principalement au point de vue des influences pathogénésiques et plus spécialement de l'étiologie des fièvres.

Les phénomènes météorologiques que nous venons de signaler, surtout si l'on y joint l'humidité, donnent sans doute à l'Algérie un cachet spécial; mais de tous le plus extraordinaire, celui qui sans contredit fait de l'atmosphère africaine un milieu inconnu dans nos contrées, et dont on ne saurait se faire une idée, c'est le sirocco, le simoun, le kamsin, le vent du désert. Dès qu'il souffle, un sentiment de chaleur brûlante parcourt tout le corps, l'air sec et chaud crispe la peau et dessèche les muqueuses de l'appareil respiratoire; sa dilatation extrême, sa raréfaction laisse l'hématose en souffrance; aussi éprouve-t-on un malaise général, toutes les positions deviennent incommodes, et une

contre cette production l'emploi des sels à base de soufre et des sulfureux, sans parvenir, du reste, à guérir son malade. Enfin, Todd, trouvant la cause du développement de la sarcine dans la stase prolongée des matières digestives dans l'estomac, insiste sur l'usage d'aliments qui séjournent habituellement peu de temps dans ce renflement du tube digestif.

Conclusions. 1° La sarcine existe dans des organes très différents.

2° On la rencontre à l'état physiologique et pathologique, le plus souvent dans l'estomac, lors de l'existence d'un obstacle au cours des matières stomacales.

3° Elle paraît incapable de donner lieu par elle-même à aucun accident grave.

4° La plupart des moyens thérapeutiques employés jusqu'ici ont été incapables d'arrêter son développement.

Docteur Leudet.

Nous ne nous sommes pas empressé de reproduire les traits nouveaux que peut offrir l'épidémie actuelle dans ses divers éléments étiologiques, symptomatologiques, anatomiques et thérapeutiques. A voir ce qui en a été dit ailleurs, nous ne le regrettons pas. Les plus pressés nous ont bien paru en être réduits à l'alternative de répéter les épidémies antérieures, ou de s'attacher à des minuties, quand ce n'était pas à des incertitudes. On n'invente pas l'histoire d'une épidémie, et si celle-ci se distingue par des traits particuliers, il ne faut guère moins de temps pour s'assurer de leur existence qu'il n'en a fallu en 1832 et en 1849 pour observer le tableau entier de la maladie. Aujourd'hui, les données sont devenues plus nombreuses, plus certaines ; on peut se hasarder à en tirer des éléments d'histoire nosologique, et c'est ce que nous nous proposons de faire très prochainement.

En attendant, nous dirons un mot des diarrhées.

Les recherches récentes sur la diarrhée *prémonitoire* et l'expression vulgaire de *cholérine* ont un peu faussé les idées des praticiens sur le caractère des flux intestinaux qui se comptent en si grand nombre à côté du vrai choléra. On se représente généralement un flux plus ou moins indolent, aqueux, se renouvelant à la moindre ingestion d'aliments ou de boisson ; quelque chose enfin d'analogue, sauf la couleur, aux premières selles cholériques. Et c'est dans une vue de ce genre qu'on recommande l'administration immédiate des sels neutres. Or, on commet en cela une erreur matérielle, regrettable surtout en ce qu'elle tend à égarer la thérapeutique. Tout praticien un peu occupé ne peut pas, à l'heure qu'il est, n'avoir pas rencontré des types très variés d'affection intestinale, et, parmi eux, le type dyssentérique et le type inflammatoire. Nous appelons *inflammatoire*, sans nous préoccuper du mot et pour être compris de tout le monde, le type qui est caractérisé par les phénomènes suivants : abdomen très tendu, douloureux à la moindre pression, bridé par des tranchées violentes qui forcent les sujets à se plier en deux; selles muqueuses, mousseuses, parfois mêlées de sang, brûlantes au passage, se répétant fréquemment, mais en petite quantité à la fois ; dans certains cas, nausées ou vomissements de matières bilieuses; pouls élevé ; peau chaude et halitueuse. Essayez dans cette forme, si elle est bien accentuée, d'administrer un purgatif quelconque, et vous n'arriverez qu'à activer les vomissements, à exaspérer les douleurs, le ballonnement, et à jeter les intestins dans cet état d'immobilité douloureuse où ils ne réagissent plus contre les matières irritantes et les gaz qui les distendent, et où le malade est tourmenté d'un perpétuel besoin d'évacuer sans pouvoir le satisfaire.

Sans nier donc que les laxatifs ne soient un excellent moyen de couper court à un certain nombre, à la plupart, si l'on veut, des diarrhées régnantes, nous voudrions élever contre l'engouement général cette réserve, que les règles ordinaires du traitement des affections intestinales sont encore en vigueur; que l'esprit d'analyse, qui fait les traitements rationnels, n'en doit pas plus être banni que par le passé; enfin que, s'il est des cas où les purgatifs sont de mise, il en est d'autres où le meilleur moyen de préserver du choléra une personne actuellement prise de diarrhée est de la soumettre tout simplement à l'emploi mitigé des opiacés, aux boissons émollientes, aux bains et aux cataplasmes émollients.

Nous sommes heureux de dire, en terminant, que l'épidémie a décliné sensiblement depuis notre dernier bulletin. Nous en donnerons une idée en disant que dans la journée du 20, il n'y a eu que 19 admissions dans les hôpitaux, et 7 cas développés à l'intérieur. Dans cette même journée, le nombre des décès a été : dans les hôpitaux civils, de 15; dans les hôpitaux militaires, de 2 seulement; à domicile, de 12; dans les communes rurales, de 7.

La récapitulation, depuis l'invasion de l'épidémie, donne les résultats suivants : *admissions* dans les hôpitaux, 611 ;

---

volonté ferme ne surmonte pas toujours l'accablement qui vous affaisse.

Si telles sont les sensations éprouvées à l'ombre et au repos, dans l'habitation la plus confortable, la mieux rafraîchie, qu'on juge de ce qui doit se passer en rase campagne, alors que la poussière, les ardeurs du soleil, la soif et les fatigues semblent se conjurer contre une troupe en marche. Oh ! alors tout ce qu'il y a dans l'homme de vie et d'énergie ne le sauvera pas toujours. Malheur au soldat haletant et exténué qui s'arrête et se jette à terre ; placé horizontalement dans une couche d'air plus échauffée, il périra d'asphyxie dans cette fournaise à fleur de terre où le thermomètre dépasse quelquefois les trois quarts de son échelle, pendant que d'autres seront frappés de délire, de folie, d'accès pernicieux, ou dirigeront contre eux-mêmes un suprême effort, et mettront fin par le suicide à une horrible torture. On en a eu de trop nombreux exemples : « C'est ainsi, dit M. Guyon (*Mémoires de médecine militaire*, t. XLIV), que dans les deux expéditions du général Bugeaud, en 1836, dans la province d'Oran, pendant les plus fortes chaleurs de l'été, on en compta jusqu'à onze.... Les vents du sud régnaient depuis deux jours et la chaleur était étouffante, lorsque, le 17 août, cinq hommes se firent sauter la cervelle. »

De nouveaux suicides, en juin 1837, dans la province d'Oran, furent signalés par M. Payen. En juin 1840, M. Rhul en enregistrait aussi sur la route de Philippeville à Constantine.

Les cas d'asphyxie ont été plus nombreux et plus fréquents; chaque année, depuis l'arrivée des Français, les chaleurs en ont produit en nombre variable. Le 25 juin 1830, à Sidi-Kalef, sous l'influence du sirocco, il y eut plusieurs asphyxiés parmi lesquels un chirurgien-major, qui tomba sans connaissance de son cheval et mourut peu d'instants après. Au rapport de M. Bonnafont, encore, au mois de juin 1833, par un violent sirocco, le 13e de ligne ayant débarqué, plusieurs hommes périrent d'asphyxie en allant prendre leurs cantonnements à deux lieues d'Alger. M. Jacquot a observé sept cas d'asphyxie par la chaleur en 1843, dans le défilé de la Chaire, entre Rio-Salado et Aïn-Temouchen, sur la route d'Oran à Tlemcen.

En 1846, le 13 juillet, un bataillon du 22e de ligne parti d'Alger pour la route d'Aumale, traversait la plaine de la Mitidja, lorsque le sirocco vint embraser l'atmosphère; à la deuxième journée on trouva taries les fontaines du bivouac habituel. On dut faire trois lieues de marche de plus, pendant lesquelles treize hommes périrent d'asphyxie.

Nous avons vu que les zones du Tell offraient des différences pour les autres phénomènes météorologiques; il n'en est rien pour le sirocco;

cas développés à l'intérieur, 223; total, 834. *Décès* dans les hôpitaux civils, 364; dans les hôpitaux militaires, 36; à domicile, 263; dans les communes rurales, 90. Total général des décès, 753.

Nous avons annoncé récemment (nº 8), qu'une instruction populaire sur les précautions à prendre contre le choléra allait être distribuée à domicile par les soins de M. le Préfet de police. C'est ce qui se fait en ce moment. On trouvera cette instruction à l'article *Variétés*.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE EXTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION, par le docteur Paul Broca, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

§ 1. GRAVITÉ DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA LIGATURE.

La substitution de la ligature simple à l'ouverture du sac dans le traitement des anévrysmes, a été l'un des plus grands progrès dont les annales de l'art fassent mention. La méthode ancienne, appliquée au traitement des grands anévrysmes, était d'une exécution tellement effrayante que les opérateurs les plus expérimentés osaient seuls l'entreprendre; et elle fournissait des résultats tellement désastreux, que beaucoup de chirurgiens éminents, parmi lesquels il suffit de citer Palletta, Wilmer, Deschamps, Lassus, Percival Pott (1), avaient fini par renoncer à cette opération meurtrière, et par donner la préférence à l'amputation.

Lorsque, à la place de cette méthode barbare, John Hunter eut fait triompher l'opération si facile, si efficace, et relativement si inoffensive de la ligature simple, ceux qui assistèrent à la réalisation de cet immense progrès purent croire un instant que la chirurgie des anévrysmes était enfin arrivée à un degré voisin de la perfection.

La méthode moderne, — tel fut le nom qu'on donna pendant quelque temps à la ligature placée entre le cœur et le sac anévrysmal; — la méthode moderne ne réussit pas seulement à diminuer, dans une proportion considérable, la mortalité à la suite de l'opération de l'anévrysme; elle eut, de plus, l'avantage de guérir certains anévrysmes devant lesquels la méthode ancienne avait dû reculer. — On ne citait qu'avec une sorte d'effroi l'histoire de cet orfèvre que Guattani opéra involontairement d'un anévrysme inguinal (1); et l'on savait que Desault, ayant osé attaquer un anévrysme de l'artère axillaire, avait eu la douleur de voir périr son malade d'hémorrhagie avant la fin de l'opération (2). La nouvelle méthode élargissait subitement le domaine de la médecine opératoire; elle offrait d'heureuses chances de guérisons dans des cas jusqu'alors désespérés. D'un autre côté, grâce aux progrès rapides de l'anatomie des rapports, l'exécution des ligatures avait acquis une admirable précision et une brillante rapidité. Le légitime amour-propre des chirurgiens se joignait donc à l'intérêt réel des malades pour assurer le règne de la méthode moderne; et telle fut l'importance attachée par tous à cette méthode, que la France et l'Angleterre se disputèrent et se disputent encore l'honneur de lui avoir donné le jour.

Certes, nous ne voulons pas méconnaître les services immenses que la ligature, pratiquée suivant la méthode d'Anel ou de Hunter, a rendus à l'humanité depuis un demi-siècle; et il est probable que si nous avions assisté, comme M. Roux, aux derniers désastres de la méthode ancienne, nous partagerions sa juste admiration pour la ligature. Mais nous sommes venus à une époque où la ligature était sans rivale; au lieu d'en apprécier les résultats d'une manière relative, nous les avons appréciés d'une manière absolue. Or, si la ligature gagne à être comparée à la méthode ancienne, elle perd au moins beaucoup à être examinée en elle-même; les relevés statistiques montrent, en effet, qu'elle constitue encore une des opérations les plus sérieuses de la chirurgie.

Parmi les faits qui figurent dans les tableaux de Lisfranc, nous en avons trouvé 128 qui sont relatifs à des *anévrysmes* traités par la méthode d'Anel. Sur ce nombre, il y a eu 36 morts, c'est-à-dire 28 pour 100 (3).

D'un autre côté, M. Benjamin Phillips a rassemblé 389 cas du même genre, qui ont donné 112 morts, c'est-à-dire encore 28 pour 100 (4).

Enfin, sur environ 600 cas de ligatures d'artères, pratiquées pour diverses causes, Porta a trouvé que la mortalité avait été de plus de 27 pour 100 (5).

On voit que ces chiffres s'accordent assez bien les uns avec les autres; ils ne diffèrent même pas notablement de ceux de M. Roux qui, sur 38 malades opérés par lui-même, en a perdu 10; c'est-à-dire 26 pour 100 (6).

(1) Pott, *Chirurgical Works*, édit. Earle, London, 1808, vol. III, p. 220. — Scarpa, *De l'anévrisme*, traduction française, par Delpech; Paris, 1809, p. 269. — Lassus, *Pathologie chirurgicale*; Paris, 1805, in-8, t. 1, p. 363.

(1) Guattani, *De externis aneurysmatibus*, Rome, 1772, Histor. XV.

(2) Bichat, *Œuvres de Desault*, t. II, p. 555, 1re édit. — Boyer, *Mal. chir.*, t. II, p. 189, 1re édit.

(3) Lisfranc, *Thèse de concours*, Paris, 1834, *De l'oblitération des artères*, etc., p. 130 à 149.

(4) Cité par Arnett, dans *Hunterian Oration*, february, 14th 1843, *London Medical Gazette*, 2e série, 1842-3, vol. 1, p. 749.

(5) Luigi Porta, *Delle Alterazioni pathologiche delle Arterie per la Ligatura e la Torsione*, 1845, p. 136.

(6) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1852-1853, t. III, p. 90.

---

partout il se fait sentir également; il roule avec la même impétuosité ses ondes embrasées au sommet comme au pied des montagnes, vomissant parfois sur le Tell des avalanches de sauterelles des genres *Acrydium peregrinum*, *Porthelis elephas*, *Ædepoda migratoria*, criquet voyageur, *calliptame italique*, etc.

Entre autres passages nous citerons celui du 26 mai 1846, à la redoute de l'oued Ruina, dans la vallée du Chélif. Nous étions sous la tente, quand il nous sembla entendre le bruit du vent s'engouffrant dans une allée de grands arbres. Nous pensions être dupes d'une illusion, d'autant plus que nous savions la plaine complétement nue sur un très grand périmètre. Nous fûmes surpris de voir le soleil obscurci par des nuées de sauterelles, suivant l'impulsion du vent du sud au nord, et tombant en grande quantité sur le sol, pendant que le gros de la troupe continuait son vol. Qu'on se figure l'un de ces jours d'hiver où il tombe de la neige; qu'on mette, par la pensée, un insecte à la place de chaque flocon, et l'on aura, moins le bruit, une idée assez exacte de la pluie de sauterelles qui, en quelques instants, jonchèrent le sol, les unes mortes, les autres dévorant le peu de verdure qu'elles pouvaient rencontrer. L'occasion était belle pour en ramasser, s'il nous eût pris fantaisie d'imiter les Arabes du sud.

On a souvent répété que le sirocco se chargeait aussi de la fine poussière des sables du désert. C'est inconsidérément qu'on a avancé cette assertion. Que les bouffées du sirocco soulèvent et portent à des distances variables la poussière de toutes les surfaces poudreuses, comme les routes et les dunes, rien de plus simple; mais qu'il y ait du sable dans les hautes régions de l'atmosphère, c'est ce que l'observation ne nous a pas démontré.

Il est vrai que l'air est comme troublé par le sirocco, à tel point que les montagnes, même les plus rapprochées, prennent une teinte effacée. Mais qu'on se souvienne, d'une part, que l'air desséché, et de l'autre, dilaté, raréfié, sont deux conditions qui troublent l'exercice normal de la vision. Il est si vrai que ces deux états de l'air sont les seules causes du défaut de translucidité de l'atmosphère que ce dernier phénomène a lieu alors que le sirocco se fait sentir à peine, sans courants; ce qu'on rend par ces mots : Il y a un peu de sirocco dans l'air. Bien plus, alors qu'une légère brise du nord glisse de la Méditerranée sur le Tell, le même phénomène se produit en été, quoique moins prononcé, à mesure que l'air s'échauffe; de sorte que le paysage, qui était ses plans successifs sur un pur horizon le matin, prend graduellement, à mesure que l'atmosphère se dessèche et s'échauffe aux feux du milieu du jour, une teinte effacée. Il n'y a donc, entre l'état de l'atmosphère aux jours du sirocco et aux autres

Il est clair que ces statistiques, portant à la fois sur toutes les artères du corps, pourraient conduire à des appréciations erronées. Pour éviter toute confusion, prenons les opérations pratiquées seulement sur une artère, sur la fémorale, par exemple, dans le cas d'anévrysme opéré suivant la méthode d'Anel : les chiffres ne seront pas plus rassurants.

M. Norris, de Philadelphie, à qui la science doit des relevés si importants sur les résultats de la chirurgie en général, et de la chirurgie américaine en particulier, a publié un total de 188 cas de ligatures, pratiquées sur l'artère fémorale, suivant la méthode d'Anel, pour des anévrysmes du membre inférieur (sur ce nombre il y avait 155 anévrysmes poplités). — 46 malades, c'est-à-dire 24 pour 100, sont morts des suites immédiates de l'opération. Les autres ont survécu ; mais 6 d'entre eux sont restés mutilés par une amputation de cuisse devenue indispensable. Je fais abstraction de plusieurs malades qui ont eu des gangrènes partielles du pied, et je les laisse au nombre des succès. Mais, en bonne logique, les amputés doivent être mis au nombre des revers de la ligature ; car il est présumable que les chirurgiens ne se sont décidés à pratiquer l'amputation, que pour éviter une mort imminente. La ligature a donc échoué environ 28 fois sur 100 (1).

Le tableau de M. Benjamin Phillips est plus sombre encore ; car sur 113 opérés, il n'en est pas mort moins de 36, ce qui fait 31 pour 100.

Ces chiffres parlent assez d'eux-mêmes ; et pour quiconque sait avec quel empressement on publie les succès, avec quelle facilité on oublie les revers, il sera évident que l'apparence reste encore au-dessous de la réalité, et que le nécrologe de la ligature, dans le cas d'anévrysme poplité ou fémoral, s'élève peut-être au delà du tiers des opérés.

Une opération qui donne de pareils résultats ne saurait être considérée comme le dernier mot de la science. Aussi, que de modifications ne s'est-on pas efforcé de lui faire subir ! Que de recherches, que de tentatives n'a-t-on pas faites depuis un demi-siècle pour substituer à la ligature des opérations moins graves ! On a essayé de nouveau, comme au dernier siècle, l'action des réfrigérants, celle de la compression directe, ou de la compression sur tout le membre ; on s'est efforcé de coaguler le sang dans le sac anévrysmal par l'action de la chaleur (2), par celle de l'électricité, par des injections d'acide acétique (3) ou d'alcool (4), ou de perchlorure de fer. Pour être définitivement convaincu des fâcheux inconvénients de la ligature, il suffit de voir avec quelle activité les chirurgiens s'agitent aujourd'hui autour de la question des anévrysmes. Pendant que la deuxième école chirurgicale de France suivant les inspirations de Pravaz, expérimentait successivement la galvano-puncture et les injections coagulantes, une autre école chirurgicale, qui occupe dans les Iles Britanniques une position au moins égale à celle que Lyon occupe en France, s'attachait à perfectionner la méthode de compression, et en obtenait de remarquables succès.

C'est cette dernière méthode que nous nous proposons de faire connaître dans le présent travail. — Que le lecteur toutefois se garde d'en conclure que nous ayons perdu tout espoir de voir triompher tôt ou tard l'une ou l'autre des méthodes lyonnaises.

Pour nous, l'idée de coaguler, par action directe, le sang dans la poche anévrysmale, n'est pas une de ces illusions passagères comme on en trouve à chaque pas dans l'histoire de l'art ; c'est une idée parfaitement rationnelle et tout à fait scientifique, et nous sommes convaincu qu'elle aura un bel avenir.

Aujourd'hui que l'opération ancienne par l'ouverture du sac est justement tombée en désuétude, et que l'anatomie pathologique a victorieusement réfuté les hypothèses anciennes sur le mode de guérison des anévrysmes, chacun s'accorde à reconnaître que cette guérison ne peut avoir lieu que par un seul mécanisme, c'est-à-dire par la coagulation du sang contenu dans le sac. Obtenir cette coagulation le plus sûrement, le plus simplement et le plus promptement possible, tel est le but que se proposent toutes les méthodes modernes ; et lorsqu'on pense à la facilité, à la rapidité avec laquelle le sang se coagule hors des vaisseaux, on s'étonne vraiment de la résistance que ce liquide a su opposer jusqu'ici, dans le traitement des anévrysmes, à l'action des agents physiques ou chimiques les plus propres, en apparence du moins, à en déterminer la coagulation. Nous ne pensons jamais sans regret à la galvano-puncture, cette autre conception de Pravaz, si logique, si simple, et en même temps si ingénieuse. Nous nous demandons si elle mérite bien l'oubli qui semble sur le point de l'atteindre, et nous nous proposons de publier prochainement un succès remarquable qu'elle a fourni entre les mains de M. Voillemier. Quant aux agents chimiques, nous ne pouvons nous habituer à cette idée que, parmi les innombrables combinaisons de la matière, il n'y en ait pas une seule qui réunisse à la fois ces deux propriétés, de ne pas irriter les parois de la poche anévrysmale, et d'en coaguler sûrement le contenu.

Les injections coagulantes n'ont pas fait fortune à l'Académie de médecine, et l'on pouvait s'y attendre. Il n'est pas douteux que les résultats des injections ont été jusqu'ici plus fâcheux que ceux de la ligature. La question, telle que l'avait posée M. Malgaigne, a donc reçu la solution la plus naturelle, dans l'état actuel des choses.

Mais les injections de perchlorure ne constituent qu'un procédé

(1) George Norris, Statistics of the Mortality following the Operation of tying the femoral Artery. — *The american Journal of medical Sciences*. Philad., 1849 octob., p. 324.

(2) Everard Home, *On the Coagulation by Heat of the Fluid in an Aneurismal Tumour. Philosoph. Transact.*, 1826, part. III, p. 189.—Cette opération consiste à coaguler le sang dans la tumeur à l'aide d'une longue aiguille à acupuncture dont la pointe est introduite dans le sac, et dont l'extrémité extérieure est chauffée à blanc.

(3) Voyez, relativement aux injections coagulantes dans les anévrysmes un article très remarquable de Wardrop, dans *The Cyclopædia of Practical Surgery, Conducted by Costello*, 1841, t. I, p. 218.

(4) Leroy (d'Étiolles), *Recueil de mémoires*, Paris, 1845, p. 281.

---

jours, qu'une différence du plus ou du moins entre l'échauffement, la dilatation et la sécheresse de l'air ; mais le sable n'est pour rien ici. C'est si vrai, qu'un de nos camarades, M. Beylot, qui a été placé à Biskara au premier plan pour observer ce phénomène, avoue que cette poussière ne se dépose pas, qu'elle ne gêne ni la respiration ni *la vue*. *L'œil*, a voulu dire notre collègue ; car il ajoute : « On ne la reconnaît, *pour ainsi dire*, qu'à la couleur du ciel. » Or, cette couleur, nous venons de dire comment elle se produit.

Arrivons à des données en chiffres sur la température.

D'après Casimir Broussais, la température moyenne de l'année serait à Alger de 18 degrés, et les moyennes trimestrielles auraient été pour 1845 :

	6 h mat.	10 h. mat.	10 h. soir.
Au 1er trimestre, de	10°	16°	13°
Au 2e trimestre, de	19	22	18
Au 3e trimestre, de	24	28	23
Au 4e trimestre, de	13	19	15

Cette température moyenne annuelle est à peu près celle de toutes les villes du littoral ; elle varie depuis 17°,5 (à Oran), jusqu'à 18°,2 (à Bougie). Aussi M. Boudin a-t-il reporté au sud d'Alger la ligne isotherme de 20 degrés, dans sa *Carte physique et météorologique du globe*.

Ces indications thermométriques ont sans doute une valeur ; mais l'inconvénient des moyennes est surtout de s'éloigner tellement des extrêmes, qu'en certains cas elles peuvent aboutir à zéro (1). Ce n'est point là une hypothèse : le fait s'est présenté pour Paris. Nous trouvons en effet cette indication météorologique pour le premier trimestre 1850 : Mois de janvier, température moyenne + 0,0.

Sans doute que + 0,0 exprime une moyenne résultant des données de chaque jour alternativement affectées des signes + et — se contrebalançant ; mais il ne donne en rien l'idée des limites extrêmes qu'elles ont pu atteindre. Les tableaux à moyennes, résumant de longues séries d'observations, ont donc besoin d'un complément indispensable ; c'est d'y faire figurer les deux chiffres minimum et maximum de température. Ce qui importe avant tout au physiologiste, en effet, c'est de savoir jusqu'où elle peut s'élever et s'abaisser. Ces deux points de l'échelle thermométrique d'un lieu une fois déterminés, il se fait immédiatement une idée des oscillations intermédiaires, et peut alors arriver à l'appréciation des in-

(1) Croirait-on que, par une aberration de calcul sur les moyennes, on est allé jusqu'à dire : *Que les grandes chaleurs à Paris sont, année moyenne, supérieures aux grandes chaleurs d'Alger !!!*

spécial de la méthode générale des injections coagulantes, et la plupart des objections développées par les orateurs de l'Académie s'appliquent au procédé bien plus qu'à la méthode. Il serait donc possible que le procédé fût mauvais et que la méthode fût bonne. M. Malgaigne, lui-même, a bien voulu le reconnaître, et, pour notre part, nous osons croire que tôt ou tard quelque nouveau liquide réalisera les espérances que le perchlorure de fer avait fait naître. Il est bien permis de faire des vœux pour le succès d'une méthode qui diminuerait le danger du traitement des anévrismes externes, qui en abrégerait la durée, et qui guérirait peut-être certains anévrysmes devant lesquels la chirurgie a reculé jusqu'ici, ou certains autres auxquels elle n'a osé s'attaquer qu'en exposant les malades à de terribles hasards.

Nous avons voulu faire nos réserves sur les méthodes lyonnaises, avant de nous occuper de la méthode de la compression, qui vient de donner de si beaux succès à Dublin, à Londres, et en Amérique.

Nous allons maintenant aborder l'étude de cette dernière méthode. Nous en donnerons d'abord une idée générale, puis nous chercherons dans l'histoire de l'art l'origine des principes sur lesquels elle repose ; enfin, après avoir étudié la question au point de vue clinique, nous terminerons par une description précise du manuel opératoire, et des instruments perfectionnés qui peuvent seuls conduire à des résultats avantageux.

§ 2. IDÉE GÉNÉRALE DE LA COMPRESSION APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES SUIVANT LA MÉTHODE MODERNE.

En attendant qu'on trouve le moyen de provoquer par une action *directe*, certaine et inoffensive, la coagulation du sang anévrysmal, l'art met à profit un moyen *indirect*, propre à favoriser la coagulation spontanée de ce liquide.

Le sang se coagule spontanément par le repos. Lorsque, par une cause quelconque, il vient à stagner pendant un temps suffisant dans un vaisseau, il s'y solidifie de lui-même, et il suffit pour s'en convaincre de disséquer une veine enflammée. Les caillots *actifs*, dus à l'inflammation, ont oblitéré le tronc veineux au niveau de la phlébite, et des caillots *passifs*, dus à la simple stagnation du sang, distendent ce tronc dans une étendue variable entre le point enflammé et les capillaires.

Ce qui se produit dans les vaisseaux se produit bien mieux encore dans les poches anévrysmales, surtout dans les anévrysmes sacciformes. Il semble que le contact d'une séreuse vasculaire normale soit un élément propre à conserver au sang sa fluidité ; et dans le fait, tandis qu'il faut une stagnation complète et prolongée pour coaguler le sang dans un vaisseau sain, il suffit au contraire d'une stagnation incomplète et même passagère pour produire le même résultat dans un sac anévrysmal.

D'ailleurs, la circulation n'est jamais aussi énergique dans un anévrysme que dans une artère non dilatée. Chaque pulsation artérielle communique une certaine agitation au liquide contenu dans le sac, mais dans les cas les plus ordinaires cela ne suffit pas pour renouveler entièrement la masse du liquide. Dans ce phénomène purement mécanique, tout dépend des proportions relatives de la poche anévrysmale et de l'ouverture qui la fait communiquer avec le tronc artériel. Si la poche est petite et l'ouverture large, le sang, incessamment renouvelé, conserve sa fluidité. Mais à mesure que la poche se dilate, l'ouverture de communication conservant le même diamètre, l'agitation intérieure devient de moins en moins énergique ; le renouvellement du sang devient de plus en plus lent. Il y a donc un grand nombre d'anévrysmes dans lesquels le sang stagne d'une manière incomplète, et cela suffit pour amener la formation de caillots intérieurs qui se déposent sur les parois de la poche. Quelquefois cette coagulation devient générale ; l'anévrysme se trouve ainsi guéri d'une manière spontanée ; mais ce sont là des exceptions aussi rares qu'heureuses. Le plus souvent, les caillots se déposent en couches stratifiées à la surface interne du sac, et cela s'arrête lorsque la cavité de la poche est réduite à des dimensions proportionnelles à celles de l'ouverture de communication.

L'étude de ce qui se passe dans un sac anévrysmal abandonné à lui-même, jette le plus grand jour sur les conditions artificielles à la faveur desquelles la coagulation spontanée peut être obtenue.

Le moyen le plus certain et le plus rapide serait celui qui suspendrait *complétement* le cours du sang dans l'artère anévrysmatique. On a pu croire un instant que cette condition était réalisée par la ligature, mais on n'a pas tardé à reconnaître qu'il n'en était rien, que l'artère liée conservait le plus souvent sa perméabilité entre le point soumis à la constriction et la tumeur anévrysmale, et que les hémorrhagies consécutives après la chute du fil pouvaient s'effectuer tout aussi bien par le bout inférieur que par le bout supérieur. Tout cela prouve catégoriquement que la circulation n'est pas supprimée dans la portion du tronc artériel placée au-dessous, et que les branches collatérales rapportent bien vite le sang dans le vaisseau anévrysmatique.

Et pourtant des milliers d'observations sont là pour prouver que la coagulation du sang et la guérison de l'anévrysme s'obtiennent presque toujours par le fait seul de la ligature, — que cette ligature soit placée tout près du sac, comme le voulait Anel, ou plus loin, comme le faisait Hunter, ou plus loin encore, comme l'acceptent, après Scarpa, la plupart des chirurgiens modernes.

Il n'est donc pas nécessaire que la circulation soit *supprimée* au niveau de l'anévrysme ; il suffit qu'elle soit *diminuée*, pour que le caillot se forme et que la poche s'oblitère. Cette diminution n'a pas besoin d'être définitive ; pourvu qu'elle soit prolongée jusqu'au moment de la coagulation, le résultat qu'on attend d'elle est produit et la guérison persiste.

Le rôle de la ligature étant ainsi défini, ne pourrait-on pas remplacer cette opération meurtrière par un moyen beaucoup moins grave et tout aussi efficace, propre à diminuer temporairement la circulation dans l'artère malade?

Ce moyen est tout trouvé : c'est la *compression*.

Non pas la compression pratiquée sur la tumeur, comme on l'a

---

fluences du climat en question, mieux que par un tableau de moyennes qui masquent précisément ce qu'il faut bien voir, les extrêmes. Nous croyons donc utile et nécessaire de préciser quelques données sur ce point.

I. — TEMPÉRATURES AU-DESSOUS DE ZÉRO.

A Alger, le thermomètre de l'observatoire, en sept ans, n'est descendu qu'une seule fois à zéro (1). Mais les neiges qui couvrent, une partie de l'année, les hautes cimes de l'Atlas, prouvent que la température y est longtemps au-dessous de zéro. Toutefois, dans les points occupés des zones montagneuses, comme Maskara, Milianah, Médéah, Constantine, Sétif, on n'a pas cité, que nous sachions, de température plus basse que — 6 degrés. Voici, à cet égard, quelques indications signalées d'après M. Aimé :

Médéah — 2 degrés ; Milianah — 2 degrés ; Constantine — 2 degrés ; Mascara — 3 degrés ; Sétif — 4°,5.

Particularité remarquable, dans la zone saharienne, M. Fournel a noté 5,66 au-dessous de zéro, le 26 mars sur les plateaux de Bathna, dans les Aurès, à 1000 mètres, il est vrai, au-dessus du niveau de la mer.

(1) D'après M. Aimé.

Enfin, M. Rodes a observé — 6 degrés, le 12 janvier 1846, à Sidi-Bel-Abbès, dans la deuxième zone montagneuse de l'Atlas.

(*La suite prochainement.*) Docteur ARMAND.

— Les *Annales cliniques de Montpellier* annoncent que le nombre total des élèves inscrits depuis la rentrée, à la Faculté de médecine de Montpellier, s'élève à 280.

— Une cérémonie qui honore le corps médical dans la personne d'un de ses membres les plus illustres a eu lieu récemment à Tournay (Hautes-Pyrénées), ville natale de M. Lordat. Le buste du savant professeur de Montpellier a été inauguré dans la salle des archives de l'hôtel-de-ville, au milieu d'un grand concours d'autorités et de citoyens. M. Achille Jubinal, de l'Institut, donateur du buste, a présidé lui-même à l'inauguration.

— Dans sa séance du lundi 19 décembre, l'Académie des sciences a élu M. Élie de Beaumont secrétaire perpétuel en remplacement d'Arago.

longtemps employée avec quelques succès et un grand nombre de revers, mais la compression exercée sur le tronc artériel entre la tumeur et le cœur, méthode qui est à la compression directe ce que la méthode d'Anel est à l'opération ancienne par l'ouverture du sac. Nous pouvons ajouter, pour terminer ce parallèle, qu'on a proposé, qu'on a même exécuté la compression sur l'artère entre la tumeur et les capillaires, ce qui est de nature à agir sur l'anévrysme de la même manière que la ligature faite suivant la méthode de Brasdor.

De ces trois manières de pratiquer la compression, la seule dont nous voulions nous occuper ici, la seule dont nous ayons l'intention de tracer l'histoire et de faire connaître les résultats, c'est celle qui agit sur l'artère entre le sac et le centre circulatoire. Le lecteur est, par conséquent, prévenu que désormais, quand nous dirons simplement *compression*, cela voudra dire *compression exercée au-dessus de la tumeur*.

Nombreux sont les appareils, les ressorts, les tourniquets de toutes sortes à l'aide desquels la compression peut être effectuée. Nous étudierons dans un autre paragraphe la question sous le point de vue instrumental. Ce que nous voulons dire seulement ici, c'est que la compression ne doit porter que sur une partie limitée de la circonférence du membre ; qu'elle doit autant que possible, — quoique cela ne soit pas toujours possible, — respecter les nerfs et les troncs veineux satellites de l'artère ; qu'elle doit être exercée sans interruption jusqu'au moment où la coagulation s'opère ; qu'enfin elle n'a pas besoin d'être complète, c'est-à-dire d'intercepter tout à fait le passage du sang, une simple diminution du courant circulatoire suffisant pour amener la guérison.

Mais quelque perfectionnés que soient aujourd'hui les appareils de compression, quelque douce, quelque graduée que soit leur action, il peut arriver que la peau s'excorie, et très souvent le membre devient le siége d'une douleur croissante qui finit par être tout à fait intolérable. Il devient nécessaire alors de relâcher l'appareil ou de le changer de place. Cette douleur, si vive quelques instants auparavant, disparaît en un clin d'œil dès que le vaisseau est remis en liberté, et il est possible, au bout de quelques minutes, de maîtriser de nouveau la circulation ; mais ces quelques minutes ont suffi pour laisser pénétrer dans l'artère anévrysmatique une forte ondée sanguine qui a renouvelé le sang contenu dans le sac, et qui a ainsi remis les choses dans l'état où elles étaient avant la première application de l'appareil.

La compression ainsi pratiquée doit donc le plus souvent rester inefficace, et cela explique pourquoi elle a si longtemps trompé l'attente des chirurgiens ; mais il est possible d'obvier à cet inconvénient. Voici en effet ce que l'observation a établi.

Lorsqu'un malade a supporté pendant quelque temps la compression sur la partie inférieure de la fémorale par exemple, et que la douleur est devenue intolérable, on peut, sans redoubler cette douleur, comprimer l'artère sur la branche horizontale du pubis. Si alors on relâche la compression inférieure sans interrompre la compression supérieure, la douleur se dissipe aussi vite et aussi complétement que si l'on avait supprimé toute compression. Il est donc possible de soulager le malade sans cesser d'opposer des obstacles à la circulation, et de là est née la pratique suivante, qui n'est sans doute qu'un procédé particulier de la grande méthode de la compression, mais qui a exercé une énorme influence sur l'avenir de cette méthode.

Ce procédé consiste à appliquer sur le tronc de l'artère deux appareils de compression inégalement éloignés de la tumeur. Ces deux appareils doivent pouvoir, sans se déplacer, être serrés ou relâchés isolément par le moyen d'une vis. Le malade étant couché, et le membre étant disposé d'une manière convenable, on place les deux appareils, et l'on serre l'un d'eux jusqu'à ce que l'exploration de la tumeur anévrysmale montre que l'activité de la circulation est suffisamment diminuée. On attend : au bout d'un temps variable, une demi-heure, une heure, deux heures ou même davantage, la douleur se développe dans le membre, et il devient nécessaire de soulager le malade. Pour cela, on commence par serrer la vis du deuxième appareil, puis on relâche celle du premier. La douleur se dissipe, et pourtant la compression n'a pas été un seul instant interrompue. Mais bientôt, à son tour, l'action du deuxième appareil devient douloureuse ; alors on serre de nouveau le premier appareil, on relâche le second, et ainsi de suite.

Grâce à cet ingénieux artifice, la plupart des malades peuvent supporter la compression assez longtemps pour que la coagulation devienne complète, et même la plupart d'entre eux peuvent comprendre le but du traitement qu'ils subissent, et manier eux-mêmes, toutes les fois que le besoin s'en fait sentir, les vis de leur appareil. Certes, il n'est pas impossible qu'il y ait des individus très irritables, réfractaires à l'application, ou même réfractaires à l'action de la méthode. Il y a même certains anévrysmes pour lesquels les avantages sont beaucoup moins marqués que pour certains autres. Mais quelle est la méthode qui peut se flatter de ne jamais échouer ? Et n'a-t-on pas vu la ligature elle-même rester sans efficacité, et laisser persister les pulsations dans la tumeur anévrysmale ? La compression n'est donc pas infaillible ; elle reste même en défaut bien plus souvent que la ligature ; mais comme elle n'expose par elle-même les malades à aucun danger sérieux, et comme elle ne nuit en aucune façon à l'exécution ultérieure de la ligature, nous pensons qu'elle doit être au moins essayée la première, lorsqu'aucune circonstance anatomique ne s'y oppose. Du reste, nous reviendrons plus tard longuement là-dessus ; nous nous proposions seulement ici de donner un aperçu général de la méthode de la compression, et nous pouvons ainsi résumer les idées plus ou moins nouvelles sur lesquelles repose cette importante méthode :

1° Les anévrysmes ne guérissent que par la coagulation du sang contenu dans le sac.

2° La compression, exercée sur l'artère entre la tumeur et le cœur, favorise la coagulation spontanée dans la poche anévrysmale.

3° La compression, pour être efficace, n'a pas besoin de supprimer le passage du sang ; il suffit qu'elle diminue la force du courant sanguin ; dès lors elle n'a pas besoin d'être très énergique, et elle peut être exécutée sans compromettre la vitalité de la peau.

4° Enfin, et surtout, la compression peut être supportée sans aucune interruption, lorsqu'on applique deux appareils destinés à être resserrés et relâchés alternativement.

De ces quatre idées, la première est depuis longtemps connue, et c'est elle qui a dominé depuis près d'un siècle toute la pathologie des anévrysmes. Quant aux trois dernières, elles sont beaucoup moins répandues, et il sera intéressant de chercher, dans l'histoire de l'art, leur origine réelle. Cette recherche, destinée à rendre à chacun ce qui lui appartient, prouve l'importance que nous attachons à la méthode de la compression. Si le lecteur est comme nous pénétré de cette importance, il excusera peut-être la longueur des développements historiques qui feront le sujet du paragraphe suivant.

(*La suite à un prochain numéro.*)

PATHOLOGIE INTERNE. — PATHOGÉNIE.

VALEUR DE L'ACARUS DANS LA CONSTITUTION DE LA GALE, par M. A. DEVERGIE, médecin à l'hôpital Saint-Louis.

(Suite et fin. Voir numéros 8 et 10.)

M. Bourguignon, dans son mémoire tout récent sur la gale, s'exprime ainsi :

« Chez deux galeux atteints de fièvre typhoïde, les complications de » la psore se sont spontanément amendées, *les éruptions ont disparu ;* » l'acarus lui-même a participé à ce mouvement rétrograde. Il se con- » tentait de vivre, maigrement sans doute, car sa fécondité paraissait » avoir reçu une sérieuse atteinte ; mais, fait important ! il continuait à » vivre : de telle sorte qu'au retour de la santé, on le rencontrait parasite » vivace, etc. »

Dans un rapport fait à la Société de médecine du département,

à l'occasion du mémoire de M. Bourguignon, M. Léveillé s'exprime ainsi, page 58 :

« L'un de nous, en 1819, pendant son internat à l'hôpital des Vénériens, » a observé un galeux chez qui survint un érysipèle phlegmoneux de la » main. La douleur remplaça immédiatement les démangeaisons. Deux » foyers purulents se formèrent et furent ouverts. *Pendant à peu près* » *vingt jours* que dura cet accident, le malade ne ressentit pas la moindre » démangeaison. Cette guérison locale de la gale n'était qu'apparente et » momentanée. Les acarus se firent bientôt sentir aussi vivement qu'à » l'autre main. »

Les deux faits suivants que je vais citer ont été observés dans mon service :

OBS. I^{re}. — B..., âgé de trente-huit ans, né de parents misérables, a joui d'une excellente santé jusqu'en 1842, où il fut pris de douleurs rhumatismales de peu de durée. Peu de temps après, quoique père de huit enfants, il se livre à la vie la plus déréglée ; passant les nuits dans les bois voisins du village qu'il habitait, vivant de pain noir et de légumes crus qu'il pouvait dérober, ayant d'ailleurs des rapports avec toutes les ouvrières d'une blanchisserie voisine, alors qu'elles le suivaient de gré ou de force. — Écoulement urétral et chancre. Peu après, développement de petits boutons pleins d'eau entre les doigts, se multipliant d'une manière successive aux poignets, au pli des membres, et causant de la démangeaison. Entré à l'hôpital de Bernay, le médecin s'occupe du traitement de la blennorrhagie et des chancres. Un jour, après avoir pris une potion nouvelle, que le malade a considérée comme étant plus énergique que de coutume, l'écoulement diminua tout à coup, ainsi que le gonflement du prépuce, mais en même temps il fut pris d'un malaise général avec céphalalgie intense... ; puis, tout son corps devint le siége d'une démangeaison beaucoup plus vive que celle de la gale, et, dans l'espace de vingt-quatre heures, il aperçut à la peau des milliers de poux. Il n'en avait jamais eu auparavant. En vingt-quatre heures aussi *disparurent tous les boutons de gale*. Telle était alors son affreuse position, qu'il se grattait jusqu'à s'excorier la peau ; et, au lieu de sang, c'était une matière roussâtre et infecte qui s'écoulait. Cette matière, en se concrétant, donnait naissance à des croûtes hideuses. Sa chemise, imprégnée de l'humeur qui s'échappait, aurait pu, dit-il, tenir droit comme un pieu, après avoir été séchée. Les poux pullulant d'une manière effrayante, et la peau devenant de plus en plus malade, le médecin de Bernay l'engagea à se rendre à Paris pour être traité à l'hôpital Saint-Louis. Il y arriva après vingt jours de marche, mendiant de ferme en ferme la nourriture et le coucher.

Le 2 janvier 1843, je le reçus dans mon service.

Il était à peine dans son lit, que déjà draps, rideaux, meubles voisins, étaient envahis par des milliers de poux ; il fallut l'isoler, l'entourer d'alèses que l'on étendit sur le sol, et les renouveler souvent.

Ses cheveux, longs et touffus, étaient agglutinés entre eux par une matière collante et humide qui suintait de sa tête. Sur les mèches de ses cheveux agglutinés et dans leurs intervalles, on découvrait des fourmilières d'insectes dans un mouvement continuel. La face antérieure de son cou présentait une large excoriation rouge, sécrétante, infecte et brûlante. Derrière chacune de ses oreilles, dans les plis des ailes du nez, dans celui qui sépare le menton de la lèvre inférieure, suintait avec cuisson une humeur collante et d'une odeur repoussante. Les sourcils étaient tombés ; à leur place un produit furfuracé grisâtre garnissait l'arcade orbitaire. Les bords libres des paupières étaient très rouges, chroniquement enflammés et presque entièrement dépouillés de leurs cils.

Il faut avoir vu cette hideuse figure, aux yeux chassieux et enfoncés dans les orbites, aux pommettes saillantes, aux joues creuses, incessamment parcourue par des milliers de poux, et surmontée de la coiffure animée et mouvante que j'ai décrite, pour s'en faire une idée exacte.

Le sujet était dévoré par une faim vorace ; mais il n'avait pu jusqu'ici que très difficilement la satisfaire, et de plus il était absolument privé de sommeil. Ainsi s'explique sa maigreur.

L'aspect du reste de son corps n'était pas moins remarquable.

Sur les différentes faces du tronc et des membres étaient disséminées de nombreuses plaques, élevées au-dessus du niveau des intervalles de peau restée saine. Ces plaques, de formes irrégulières, de dimensions très variables (de 2 à 6 ou 7 centimètres de diamètre), étaient isolées ou se touchaient et se confondaient par leurs bords. Elles étaient brunâtres ou violacées, ridées, rugueuses et recouvertes d'un produit squameux peu abondant. Leur ensemble si considérable donnait une apparence zébrée ou tigrée à la surface du corps du malade. De distance en distance on voyait de petites élevures, rosées ou plutôt d'une teinte spéciale, sous forme de petits boutons isolés ou plus ou moins rapprochés, présentant à leur sommet et à leur circonférence de petites lamelles épidermiques.

Sur ces plaques et dans leurs intervalles, des insectes parasites circulaient en foule. Je n'ai pas vu que les poux qui se promenaient sur le tronc fussent différents de ceux qui fourmillaient sur le cuir chevelu.

Mais ce que j'oubliais de mentionner, ce sont d'autres plaques humides et croûteuses (véritables tumeurs), entremêlées aux précédentes, sur toute la surface du corps, en nombre considérable, et qui constituaient de *véritables nids à poux*. C'étaient ces plaques qui fournissaient l'humeur sanieuse et infecte qui empesait la chemise du malade, au point, comme il le disait énergiquement, qu'elle aurait pu se tenir droit comme un pieu.

Je me gardai bien de débarrasser rapidement cet homme des innombrables poux qui le dévoraient ; je permis cependant, dès les premiers jours, qu'on lui donnât quelques bains alcalins, et peu à peu, mais *peu à peu* seulement, qu'on coupât les cheveux : d'abord le quart de leur longueur, puis la moitié, puis les trois quarts, puis presque ras.

Lorsque les cheveux furent en grande partie coupés, on put voir, sur différents points du cuir chevelu, mais principalement à la région occipitale, de petites tumeurs arrondies, sortes de végétations qui servaient comme de centres, de quartiers généraux aux légions pouilleuses qui habitaient la tête.

Quand le nombre des poux fut considérablement diminué par ces soins très simples, on s'occupa de leur destruction définitive ; mais on y procéda lentement et par portions. La pommade employée à cet effet fut d'abord de l'axonge fraîche. Puis on la rendit alcaline, et elle fut alors composée ainsi qu'il suit : axonge, 30 grammes ; carbonate de potasse, 2 grammes ; plus tard encore on porta la dose de carbonate de potasse à 4 grammes.

Les excoriations étaient pansées simplement ; le malade commença alors à goûter un peu de repos ; son appétit continuait à être bon.

A mesure que les poux étaient détruits, les végétations du cuir chevelu s'affaissaient, le suintement des excoriations diminuait. On ne négligea pas de dériver sur le tube digestif par des purgatifs, et en même temps on fit pratiquer une saignée pour dissiper une congestion encéphalique qui menaçait. Ainsi s'améliorait chaque jour l'état du malade ; mais en même temps son appétit diminuait. Ce ne fut que dans le commencement de février que l'affection pédiculaire fut entièrement enrayée.

A peine avait-elle disparu, qu'on vit de *grosses pustules* apparaître avec un prurit considérable, entre les doigts, sur le dos des mains, et sur les faces antérieures des poignets, ainsi que des boutons vésiculeux aux plis des bras, aux jarrets, sur le ventre. Il n'y avait pas de doute que ce ne fût une gale *pustuleuse*. La pommade d'Helmerich, aidée de bains sulfureux, en fit justice au bout de quelques jours.

Durant le traitement de cette gale secondaire, le malade fut pris de douleurs rhumatismales semblables à celles qu'il avait éprouvées au commencement de 1841, et probablement cette fois par suite de refroidissement au sortir des bains sulfureux ; elles ne furent pas très vives, mais résistèrent avec opiniâtreté aux bains de vapeur dirigés contre elles.

Cependant les plaques squameuses de la peau, que nous reconnûmes alors pour être de nature syphilitique, n'étaient modifiées qu'en ce sens qu'elles étaient maintenant dépouillées de leurs squames.

Vers le milieu de mars, d'autres symptômes secondaires de vérole, bientôt accompagnés de symptômes tertiaires, éclatèrent avec une extrême violence.

Les tibias en particulier devinrent le siége de douleurs intolérables, aussi vives, du reste, le jour que la nuit. On sentait ces os très notablement et très irrégulièrement gonflés sous les doigts qui les exploraient.

Des pustules plates furent constatées au pourtour de l'anus, et bientôt une magnifique végétation, d'aspect granuleux et humide, se développa dans le sillon mento-labial.

On commença alors le traitement antisyphilitique. Il y avait à peine quelques jours qu'il était commencé, que, sur les faces antérieures et latérales de chaque jambe, on vit une tache ecchymotique noirâtre apparaître et lentement s'étendre, pour recouvrir enfin presque toute la hauteur des deux jambes. En même temps les gencives se ramollissaient, les dents s'ébranlaient dans leurs alvéoles, et une odeur infecte s'échappait de la cavité buccale. Il n'avait pas encore été administré de mercure.

Un scorbut des plus graves était donc venu compliquer l'état morbide déjà si complexe de notre malheureux patient.

Des citrons à sucer, les ferrugineux, les toniques, le vin de Collioure, arrêtèrent et guérirent cette affection.

Alors un traitement antisyphilitique put être entrepris : il avait pour base le mercure et l'iodure de potassium.

Il serait trop long de décrire toutes les phases décroissantes par lesquelles sont passés les différents symptômes de tous ces états morbides qui se confondaient. Ainsi, pour le scorbut, les différentes teintes des vastes ecchymoses développées aux jambes, l'état de plus en plus ferme des gencives, etc. ; pour la vérole, l'affaissement progressif des syphilides

dont la teinte s'est peu à peu modifiée ; l'affaissement aussi, puis la disparition des végétations, contre lesquelles, outre le traitement général, on employa des applications mercurielles locales.

Sans doute, la marche vers la guérison a été lente, puisque ce n'est que le 24 juillet que le malade a quitté l'hôpital et qu'il en est sorti encore peu robuste ; mais il était parfaitement guéri de toutes ces affections successives.

Je passe ici beaucoup de détails sur ce malade, que j'appelais l'*homme des bois*, ainsi que tous les divers traitements qu'il a subis. Cette observation, si intéressante sous tant de rapports, a été relatée dans son ensemble dans la thèse de l'un de mes élèves les plus distingués, M. le docteur Faget. Je ferai remarquer, en terminant, que ce malade est constamment resté couché et isolé des autres, qu'il n'a marché que durant la dernière quinzaine de son séjour à l'hôpital, et qu'il était placé dans mon service où il n'existe jamais de galeux.

Obs. II. — Le nommé L..., menuisier, âgé de vingt-trois ans, était moins bien portant que de coutume, lorsque, le jeudi 25 mai, il se mit en route, à pied, du département des Ardennes pour Paris. Le village d'où il partit est distant de Reims de 18 lieues. Il fit ce trajet en douze heures, en compagnie de deux de ses camarades (de une heure du matin à une heure après midi). Sur la route, à chaque bourg, ils s'arrêtèrent pour boire une bouteille de vin (tantôt du rouge, tantôt du blanc) : à trois ils en burent sept. Le malade fait remarquer que depuis plusieurs mois il ne buvait que de la bière, et de plus, qu'il était déjà dans de mauvaises dispositions générales.

Arrivé à Reims, sa fatigue était extrême. Il ne put donc pas continuer son voyage à pied, comme c'était son intention, et il fut forcé de laisser partir seuls ses deux compagnons de voyage. A minuit, il monta dans la diligence de Paris, où il arriva le lendemain, à sept heures du soir. Le voyage en voiture fut très pénible pour lui. Son malaise était porté à l'excès. Il put à peine dormir deux heures, et sentit si peu le besoin de boire et de manger, qu'il ne prit absolument rien, ne descendit même pas de voiture durant la route, tant sa prostration, si je puis dire, était grande.

Arrivé à Paris, il mangea un peu, mais sans appétit, se coucha et s'endormit *sans s'être aperçu qu'il eût rien à la peau* : j'insiste sur tous ces détails, parce qu'ils me paraissent importants.

Le lendemain, 27 mai, à son réveil, une grande partie de sa surface cutanée *était en feu* (c'est l'expression dont il se sert). Il ne pouvait résister au besoin de se gratter, et plus il se grattait, plus la cuisson était vive.

Les parties où la cuisson se faisait le plus vivement sentir étaient le ventre, le scrotum et surtout les plis des cuisses ; sur ces parties comme sur les faces internes des cuisses la rougeur était intense et *uniforme*.

Sur les membres supérieurs, au contraire, c'était une véritable *démangeaison* qu'il éprouvait, et au lieu d'une rougeur uniforme, on voyait *disséminés* çà et là de *tout petits boutons* sur leurs différentes faces, ainsi que sur le dos des mains.

Un médecin qu'il vit dans l'après-midi du même jour, auquel il eut le tort de ne montrer que les avant-bras, lui assura *qu'il avait la gale*, et lui conseilla de se présenter à Saint-Louis, où il ne lui donna l'espoir d'être reçu que le jeudi suivant. Cette circonstance est assez importante en ce qu'elle prouve que ce médecin connaissait les usages de l'hôpital Saint-Louis, qu'il fréquentait cet hôpital et que probablement il était plus exercé qu'un autre dans le diagnostic de la gale.

Ne voulant pas attendre si longtemps, le malade acheta chez un pharmacien de la *graisse pour la gale* ; c'est-à-dire très évidemment une pommade irritante, probablement sulfureuse. Deux heures après s'en être *frictionné tout le corps* (et il ne la ménagea pas), il se trouva, comme il le dit, dans un *véritable enfer*. Une cuisson brûlante dévorait toute sa personne.

Il se mit alors au lit et passa la nuit dans une agitation difficile à décrire.

Le lendemain matin, dès qu'il fit jour, il put apercevoir, sur le ventre et sur les membres, un grand nombre de cloches ou ampoules pleines d'eau, qui se crevaient sous la simple pression du doigt et laissaient échapper leur contenu transparent et incolore.

Un second médecin, qui vint le visiter le lundi 29, affirma positivement qu'il n'avait pas la gale. Le mardi, il essaya vainement d'entrer à l'hôpital Saint-Louis ; enfin, le mercredi 31, il y fut admis par moi.

1er *juin*. Toute la moitié inférieure du tronc et la face interne des cuisses présentent une surface rouge, humide, comme excoriée, comme dépouillée de son épiderme, qui se serait roulé çà et là sous la forme de petites pellicules cylindriques jaunâtres, molles et minces ; pourtant il est probable que ces pellicules sont plutôt formées par le produit concrété de l'exhalation morbide qui se fait en abondance sur toutes ces parties. A leur contact, la chemise est mouillée par une humeur qui répand une odeur fade et désagréable. Sur la moitié supérieure du tronc, la rougeur est bien moins vive, et la sécrétion est desséchée : le linge n'est plus taché au contact de ces parties, qui sont recouvertes d'une foule de petites lamelles minces, molles, jaunâtres ou blanchâtres, ayant aussi l'apparence épidermique.

Sur les différentes faces des membres, l'affection offre les mêmes caractères que sur la moitié supérieure du tronc ; mais de plus, aux plis des coudes et des genoux, se montrent des excoriations suintantes sous forme de sillons assez profonds, à bords épais, constitués par le produit de sécrétion transformé en croûtes jaunâtres molles et humides. Ces croûtes sont de véritables croûtes d'impétigo.

Sur le dos des mains et sur plusieurs points de la face externe des avant-bras on voit des vésicules, en partie séreuses, en partie lactescentes, en général confluentes, qui appartiennent à l'herpès phlycténoïde.

La peau de la face est saine ; le malade accuse une sensation brûlante sur toutes les parties malades et spécialement sur toute la moitié inférieure du tronc. La diaphorèse est abondante sur toutes les portions de peau restées saines ; en particulier la face est couverte [illegible]

Le pouls est large et dur, mais point fréquent ; la soif [illegible] vive, son appétit est nul. A la bouche, il perçoit une saveur amère et pateuse à la fois, le matin en s'éveillant. Depuis plusieurs jours il n'est pas allé à la selle ; les nuits précédentes avaient été sans sommeil.

Je prescris au malade le repos au lit, une saignée du bras, la diète, de la limonade pour boisson, et enfin des bains amidonnés prolongés.

Au point de vue du diagnostic, je pensai qu'une éruption de nature inflammatoire, née sous l'influence des fatigues du voyage et du régime excitant suivi par le malade, déjà prédisposé par de mauvaises conditions générales, apparaissait lorsqu'il alla consulter le premier médecin ; que celui-ci, s'étant contenté d'un examen superficiel et incomplet, avait cru à l'existence de la gale, et qu'ainsi un traitement irritant, au lieu des émollients qu'on aurait dû mettre en usage, avait fait éclater une succession d'éruptions effervescentes dont nous voyions la continuation à l'entrée du malade dans nos salles.

Ces suppositions étaient en grande partie fondées ; mais nous verrons par la suite que le diagnostic du premier médecin a été justifié par les événements.

Marche des éruptions. — Pendant les jours qui suivirent l'entrée du malade, des éruptions inflammatoires aiguës continuèrent à se montrer successivement avec une variété étonnante. Ce fut à ce point, qu'on peut presque dire que notre malade a tour à tour offert à l'observation toutes les formes élémentaires sur lesquelles est fondée aujourd'hui la classification des maladies cutanées, et dans chacune de ces formes plusieurs variétés.

Le traitement émollient fit bientôt tomber les démangeaisons, et le malade put alors goûter un peu de repos.

Le 4 juin, alors que la vaste rougeur sécrétante et brûlante de la moitié inférieure du tronc avait en grande partie disparu, on aperçut, sur toute l'étendue qu'elle avait occupée, une foule de petites pustules d'*impétigo* qui s'étaient formées pendant la nuit.

Le 7 juin, sur le dos des mains et particulièrement de la droite, on voyait de larges *bulles* remplies d'une sérosité citrine et transparente : c'était du *pemphigus*.

Entre ces bulles étaient nées quelques pustules discrètes assez larges, reposant sur une base enflammée, et présentant un point brun à leur centre ombiliqué : c'était de l'*ecthyma*.

A côté de ces bulles et de ces pustules, toujours sur les membres supérieurs, une humeur concrétée, formant des croûtes jaunâtres et verdâtres, soulevées par une matière purulente analogue, présentait des traces d'*impétigo* qu'on trouvait les mêmes sur le ventre et les lombes, là où nous avions vu de toutes petites pustules naissantes le 4 juin.

Ce même jour, 7 juin, sur la face, le cuir chevelu, le cou, la partie supérieure du tronc et les membres inférieurs, j'ai noté la présence d'une foule de petites lamelles d'apparence épidermique qui rappelaient celles de l'eczéma et du pityriasis incolore.

Pendant ce temps le malade était soumis à un traitement émollient très bien observé, et était tenu au lit dans un très grand état de propreté.

Vers le 15 juin, commencèrent à apparaître des *furoncles* ; il y eut même aux lombes et aux cuisses plusieurs *anthrax* pour lesquels l'incision cruciale fut nécessaire.

Quelques jours après on voyait des papules de *lichen* et de *prurigo* répandues sur les différentes faces des membres.

Enfin, le 24 ou le 25 juin, alors qu'il ne restait plus que quelques papules de prurigo sur les membres, le malade fit voir de petites vésicules incolores, discrètes, acuminées, dans les interstices des doigts, sur le dos des mains et sur les faces antérieures des poignets ; ces vésicules étaient accompagnées d'une démangeaison assez vive : elles appartenaient évidemment à la *gale*.

Je prescrivis l'usage de la pommade d'Helmerich et des bains sulfureux.

Quelques jours après, la peau du malade était complétement revenue

à l'état normal, elle ne présentait plus le moindre petit bouton ; la santé était excellente.

Je le gardai jusqu'au 12 juillet ; aucune nouvelle éruption n'était reparue. Je pus donc croire que la guérison était définitive, et lui accordai son *exeat*.

Ce malade, comme le précédent, était placé dans mon service, sans rapport par conséquent avec des galeux. Toutefois, comme au moment où la gale s'est déclarée il descendait au promenoir, et que les galeux ne sont séparés des autres malades que par une barrière à hauteur d'appui, nous avons dû le questionner sur ses rapports possibles avec cette sorte de malades. Il nous a déclaré n'en avoir eu qu'une seule fois, le temps seulement d'acheter un morceau de pain de l'un d'eux. Une porte est donc ouverte à l'hypothèse de la transmission de la gale par cette voie... Il n'a même pas touché la main du galeux, il a reçu le pain qu'il lui a acheté.

Pour [illegible]nt deux faits de gale disparue, l'une pendant au moins cinq [illegible] l'autre pendant vingt-trois jours ; disparition qui, du reste, a eu lieu dans les deux cas sous l'influence d'une affection générale de l'économie.

Nous allons à ce sujet rapporter sommairement une observation aussi curieuse qu'inexpliquée encore, recueillie par M. le professeur Boeck, médecin d'hôpital à Christiania, et qu'il a communiquée à M. Cazenave.

Chez une jeune fille, âgée de quinze ans, très maigre, très pâle, non encore réglée, on a constaté à la paume des mains et dans l'intervalle des doigts, la présence de croûtes de 2 à 3 lignes d'épaisseur, d'une couleur blanche ou plutôt grise, adhérentes à la peau et formées d'une masse si compacte, qu'on peut y couper comme dans l'écorce des arbres. Les doigts sont fléchis et les tentatives que l'on fait pour les redresser lui causent des douleurs. Les ongles sont dégénérés, très épais et noueux. On trouve des croûtes analogues à la face dorsale des pieds, dont les ongles sont aussi altérés, aux coudes, aux fesses, à la partie postérieure des cuisses et sur le dos. Il y en a jusque dans le cuir chevelu qui est très dégarni. Si l'on détache des croûtes, la peau qu'elles recouvrent apparaît rouge, humide, un peu inégale. Toute la surface cutanée présente une rougeur érythémateuse ; aux jambes, on voit des taches non saillantes, d'un brun rougeâtre ; à la face postérieure des bras, on rencontre plusieurs vésicules ; enfin des pustules se montrent çà et là aux extrémités. La santé générale de la malade était évidemment altérée. Incertain de la nature du mal, M. Boeck a examiné les croûtes au microscope, et il a reconnu qu'elles étaient constituées par une masse compacte d'acarus, ou entiers, ou brisés, d'œufs, d'excréments. Des expériences ont été faites sur des croûtes prises de tous les points du corps, et elles ont donné des résultats identiques, c'est-à-dire qu'on n'y a trouvé exclusivement ou que des acarus ou que des débris d'acarus.

Malgré les recherches les plus assidues, les plus attentives, M. Boeck n'a jamais pu trouver *un seul sarcopte vivant ni un seul sillon*. Cependant il n'hésita pas à diagnostiquer une nouvelle forme de gale. Si le diagnostic avait pu être douteux, il aurait été singulièrement facilité par les résultats rapides et multipliés de la propriété contagieuse de cette affection. En effet, pendant son séjour à l'hôpital, la petite malade communiqua la gale à un grand nombre de personnes, même parmi celles qui ne la touchaient pas habituellement.

La chute des croûtes fut suivie d'une amélioration sensible qui dura trois semaines environ ; puis une éruption de vésicules se manifesta sur tout le corps et même au visage ; elle était accompagnée d'un prurit très violent. Il fut impossible de trouver des sillons distincts ; mais on vit bientôt se former de nouvelles croûtes. En les examinant au microscope, M. Boeck distingua deux lamelles : l'une supérieure, de couleur claire, et consistant seulement en des cellules d'épithélium ; l'autre inférieure, de couleur grisâtre, contenant des sarcoptes, d'où M. Boeck conclut que les croûtes ont été formées sous l'épiderme. Pendant cette poussée, la santé de la malade s'altéra de nouveau ; elle eut de la fièvre. Traitée par les frictions partielles et successives avec l'onguent de Vienne, elle guérit enfin. Les cheveux ont repoussé, les ongles sont revenus à l'état normal ; mais surtout l'air d'hébétude remarquable chez cette jeune fille a complètement disparu.

M. Boeck, en communiquant cette observation à M. Cazenave, lui a envoyé des fragments de croûtes recueillis chez la malade. La coupure de ces croûtes est lisse, unie, dense comme celle d'une substance cornée, si l'on examine une parcelle délayée au microscope, on la trouve formée d'une multitude énorme d'acarus entiers ou de débris d'acarus, d'œufs, etc., sans aucun mélange appréciable d'une matière résultant de l'inflammation. M. Lanquetin a répété ces expériences et a obtenu les mêmes résultats, en constatant que ces sarcoptes sont bien ceux de la gale.

Cette observation si remarquable, si importante et si concluante ne vient-elle pas fort à propos confirmer jusqu'à l'évidence les doctrines que nous venons d'émettre. La jeune fille se présente avec une forme spéciale de gale que les incrédules de nos jours disent compliquée de *rupia* ; elle est singulièrement améliorée par le traitement de la gale, au point de recouvrer la santé lorsqu'une nouvelle éruption vésiculeuse se fait à la peau. C'était une réapparition de la gale ; on n'avait pas trouvé de sillons une première fois : on n'en découvre pas plus dans la seconde éruption ; mais il se fait dans les deux cas pour l'acarus ce qui se passe dans la maladie pédiculaire générale et exagérée dont nous venons de rapporter un exemple, c'est-à-dire des espèces de poches renfermant des myriades d'acarus, à l'instar de ces poches décrites par les anciens pour la maladie pédiculaire.

Concluons des discussions dans lesquelles nous venons d'entrer :

1° Que la gale peut être une maladie spontanée ;

2° Que si l'acarus coïncide constamment avec la gale, son existence peut tout aussi bien être admise comme produit morbide et agent de transmission que comme agent de transmission seulement.

La conséquence principale, au point de vue thérapeutique, que nous croyons devoir tirer de cette exposition de faits, c'est qu'il y a lieu, contrairement aux usages établis aujourd'hui, de traiter non pas seulement l'acarus, mais bien la gale tout entière ; de la traiter comme toute autre éruption cutanée, c'est-à-dire d'après une thérapeutique d'ensemble, et non pas d'après une thérapeutique toute locale ; et cela est si vrai qu'aujourd'hui, et depuis la date toute récente du traitement de la gale en trois heures à l'hôpital Saint-Louis, mon honorable collègue, M. Hardy, qui est arrivé à limiter ainsi la durée du traitement, fait déjà deux parts de galeux. La gale canine, ou lichénoïde, est traitée en trois heures ; mais la gale pustuleuse, dite ecthymatoïde, et la gale aqueuse, ou phlycténoïde, sont traitées pendant huit jours par les émollients, puis par des frictions douces. Ainsi on est forcément arrivé à des préceptes que nous avons cherché à faire prévaloir il y a plusieurs années.

III.

CORRESPONDANCE.

Note sur la valeur pronostique du ralentissement du pouls dans le choléra.

Monsieur le Rédacteur,

Les auteurs qui nous ont donné la relation des diverses épidémies de choléra ont fait mention, dans quelques cas, d'une modification singulière de la circulation à la suite de cette maladie. En effet, ils ont indiqué souvent un ralentissement marqué du pouls. Ce phénomène n'a pas, il me semble, attiré suffisamment l'attention dans l'épidémie actuelle. J'ai pu, sur un certain nombre de malades confiés, à l'hôpital de la Charité, aux soins de mon excellent maître, M. Rayer, constater cette modification de la rapidité des battements artériels. On sait que dans le choléra grave, c'est-à-dire celui qui se caractérise par des selles nombreuses, blanchâtres, des vomissements, du refroidissement et de la cyanose, le pouls diminue plus ou moins de force, puis augmente en même temps de rapidité. A une époque plus avancée de la maladie, dans une forme de réaction particulière, cette fréquence anormale du pouls fait place à un ralentissement marqué.

Le ralentissement du pouls a été observé par nous uniquement chez des malades qui ont guéri ; il a, au contraire, fait toujours défaut chez ceux qui ont succombé. Ces malades sont presque tous morts après une courte durée de la maladie. Nous ne voulons pas avancer qu'il en soit de même chez les malades succombant à une époque avancée de la maladie, dans la forme de réaction que l'on

nomme typhoïde; cependant, ce que nous avons vu dans l'épidémie de 1849, à l'Hôtel-Dieu de Paris, nous porte, jusqu'à plus ample informé, à penser que le pouls demeure en général accéléré, même dans cette période du choléra.

Six fois, sur un nombre de malades encore assez restreint, ce ralentissement du pouls s'est manifesté sous nos yeux d'une manière marquée. Il s'est toujours produit chez ces malades du cinquième au septième jour de l'affection.

Tous ces malades offraient une forme grave du choléra : vomissements, selles blanches, refroidissement, etc. Chez la plupart d'entre eux, la convalescence s'était établie d'une manière lente et avait été troublée par des vomissements persistants, un affaiblissement prolongé; toutefois, le pouls ne se ralentissait ainsi qu'après la cessation des accidents de cette forme de réaction que l'on a nommée vulgairement *réaction incomplète*.

Jusqu'ici nous n'avons pas observé ce même ralentissement du pouls chez les sujets atteints de phénomènes légers, comme la diarrhée blanche sans vomissements, sans abaissement de température, surtout lorsque ces accidents avaient peu de durée et se terminaient par une guérison rapide.

Le nombre des pulsations diminue en général d'une manière très rapide, tombant souvent, dans l'espace de un à deux jours, de 80 à 40 pulsations. Ce ralentissement du pouls dure d'habitude peu de jours, puis fait place à la fréquence normale du pouls chez l'homme adulte sain.

En résumé, le ralentissement du pouls survient souvent à la suite du choléra grave, dans les cas qui doivent se terminer heureusement. Il semble donc que ce symptôme soit un signe pronostique d'heureux augure.

Agréez, etc. Docteur LEUDET.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

DE L'ALTÉRATION DU SANG DANS LA FIÈVRE JAUNE. — M. *Chassaniol*, chirurgien-major au 1er régiment d'infanterie de marine, s'est occupé de recherches sur l'altération du sang dans la fièvre jaune, de concert avec M. *Huard*, chirurgien, et M. Vardon, pharmacien de la marine. Les signes observés dans la fièvre jaune sont, pour tous les médecins, de nature à se partager en deux périodes bien tranchées, dit M. Chassaniol. Il appelle, la première, période de réaction contre l'agent délétère à l'état latent dans l'air atmosphérique; l'autre, période de dissolution du fluide sanguin par un agent septique puisé dans l'économie. En partant de ce raisonnement, M. Chassaniol a dû rechercher si la chute de la première période à la seconde n'était pas le résultat du passage et du séjour prolongé d'un agent septique provenant de la sécrétion urinaire; car il est d'observation constante que, dans la seconde période de la fièvre jaune, cette importante sécrétion est considérablement diminuée. M. Chassaniol et M. Huard ont de suite pensé à l'urée, et, avec l'aide de M. Vardon, ils ont recherché si ce principe se trouvait dans le sang en quantité notable; ils ont en même temps constaté son absence dans l'urine. Les résultats des analyses de M. Vardon ont confirmé les prévisions de M. Chassaniol et ont montré que, dans la seconde période de la fièvre jaune, la quantité de l'urée qui passe dans le sang est assez considérable, tandis que la diminution de ce même principe dans l'urine devient très sensible.

MÉDECINE. — *Nouvel instrument pour l'injection dans les veines de substances médicamenteuses liquides.*—M. *Gouyan*, médecin à Clermont, adresse une note sur l'intérêt qu'il y aurait pour le traitement des maladies, dont l'invasion est soudaine et la marche très rapide, à pouvoir porter directement dans les veines les médicaments jugés nécessaires. Il a imaginé, à cet effet, et principalement en vue du choléra-morbus, une seringue munie d'un trocart, instrument à l'aide duquel l'injection doit, suivant lui, se faire facilement, promptement et sans danger immédiat.

CHOLÉRA-MORBUS.— *Legs Bréant.*—L'Académie reçoit plusieurs communications relatives au choléra et au traitement qui lui convient, de MM. *Belon*, *Cavaillon*, *Bousquet* et *Limosin*.

M. *Cuinet* (Michel) annonce être en possession d'une méthode de traitement, au moyen de laquelle il guérit les dartres les plus rebelles. Il pense que cette méthode est un titre à recevoir un de ces encouragements dont le legs Bréant permet à l'Académie de disposer jusqu'au moment où elle pourra décerner le prix. (Ces différentes communications sont renvoyées à la section de médecine et de chirurgie.)

— La commission chargée de préparer une liste de candidats à la place de secrétaire perpétuel, vacante par la mort d'Arago, présente les noms suivants par ordre alphabétique : MM. Ch. Dupin, Lamé et Pouillet. Sur la proposition d'un membre, M. Élie de Beaumont est aussi porté sur cette liste.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Lettre du ministre de l'instruction publique et des cultes, qui contient une approbation de la résolution prise par le conseil d'administration de l'Académie de médecine, de faire frapper et de remettre à M. Chaix d'Est Ange une médaille comme témoignage de sa gratitude, pour l'assistance qu'il a donnée à l'Académie, dans tous les degrés de juridiction, lors de la contestation élevée entre cette compagnie et les héritiers d'Argenteuil.

2. Sept communications du ministre de l'agriculture et du commerce : *a*. Demande d'une nouvelle analyse des différentes sources qui alimentent l'établissement thermal de Plombières. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Demande d'analyse nouvelle de l'eau de la *source des Dames*, située à Cusset (Allier), que les concessionnaires de l'exploitation de l'établissement thermal de Vichy ont acquise pour la réunir à ces thermes. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Rapport du docteur *Bourdin*, médecin cantonnal à Pesmes (Haute-Saône), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Clamecy, depuis le 20 septembre 1853 jusqu'au 28 octobre dernier. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Rapport du docteur *Despiotte*, médecin des épidémies du canton de Grancey-le-Château, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Salive (Côte-d'Or). (*Commission des épidémies.*)—*e*. Recette et échantillon d'un remède auquel le sieur *Buchet* attribue la propriété de guérir l'hydrophobie. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)—*f*. Transmission d'un mémoire du docteur *Lalagade*, d'Albi, relatif à un nouveau procédé pour la conservation du virus vaccin. (*Commission de vaccine.*)—*g*. Lettre pour informer l'Académie que, sur la plainte du conseil d'administration, le ministre a invité le préfet du département du Loiret à se concerter avec l'autorité judiciaire pour réprimer les prétentions mal fondées du sieur *Limozin*, propriétaire d'une source située à Villaines-Saint-Aubin, à l'exploitation de laquelle l'Académie a refusé son approbation. (*Commission des eaux minérales.*)

3. Tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1852 dans le département de l'Hérault, envoyé par M. le professeur *Dumas*, vaccinateur en chef de ce département.

4. Lettre de M. *Léon Brilloin*, avocat et juge suppléant à Saint-Jean-d'Angely, qui demande si l'Académie a réellement donné son approbation à un élixir antipyrétique du sieur Simonin, pharmacien chimiste. M. le secrétaire perpétuel annonce n'avoir trouvé aucune mention de cette approbation dans les cartons de l'Académie et avoir répondu en ce sens.

5. Lettre du docteur *Swéron*, qui demande à ce qu'on adjoigne une *Topographie statistique et médicale*, dont il adresse un exemplaire, au *Manuel d'hygiène* à l'usage des habitants des campagnes, qu'il a précédemment envoyé pour le concours du prix Nadau. (*Commission du prix Nadau.*)

6. Note manuscrite sur les sources des Escaldas, par M. *Antoine Maury*, médecin inspecteur des eaux. (*Commission des eaux minérales.*)

7. Rapport du docteur *Beauregard*, médecin à Graville-le-Havre, sur les ravages de l'épidémie cholérique dans l'arrondissement du Havre en 1848-49. M. Beauregard transmet en même temps les observations de sept nouveaux cas recueillis cette année à Graville, et la statistique du choléra jusqu'à ce jour dans la même localité. (*Commission du choléra.*)

8. Lettre de M. *Porral*, médecin au Puy, qui sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie de médecine. M. Porral a joint à sa lettre l'exposé de ses titres. (*Future commission des correspondants nationaux.*)

9. Communication de M. *Cordier*, pharmacien à Épernayle, relative à une nouvelle gelée avec l'huile de foie de morue. (*Com.:* MM. Chevallier, Bouchardat, Gibert.)

10. Communication de M. *Rollet*, de Bordeaux, membre correspondant de l'Académie, sur l'élève des sangsues, pour compléter et rectifier en quelques points l'intéressante notice lue par M. Soubeiran dans la précédente séance. (*Commission nommée.*)

11. Mémoire du docteur *Duchenne*, de Boulogne, intitulé : *Recherches électro-pathologiques sur les usages de la sensibilité musculaire*. Voici les conclusions de ce travail : 1° Il existe un sens qui siége dans le muscle et qui sert à l'accomplissement de la contraction musculaire volontaire ; c'est lui qui, incité par le cerveau et réagissant sur lui, s'éclaire pour ainsi dire sur le choix des muscles dont il doit provoquer la contraction. M. Duchenne propose d'appeler ce sens : *sens musculaire*. 2° Il ne faut pas confondre le sens musculaire, qui dans l'acte des mouvements volontaires semble précéder et déterminer la contraction, avec la sensation qui donne la conscience de la pesanteur, de la résistance, etc., et qui a été justement appelée par M. Gerdy *sensation d'activité musculaire*. Cette dernière est le produit de la contraction musculaire. On doit aussi distinguer le sens musculaire de la sensibilité musculaire générale, sensibilité caractérisée par la douleur résultant d'une cause externe (l'excitation électro-cutanée, la pression, la contusion, etc.). 3° Le sens musculaire peut exister indépendamment de la sensation d'activité musculaire. 4° Le sens musculaire est nécessaire à la contraction musculaire volontaire et à la cessation de cette contraction. 5° Cependant le sens de la vue est l'auxiliaire du sens musculaire qu'il peut parfois suppléer. 6° La perte simultanée du sens musculaire et du sens de la vue produit conséquemment la paralysie des mouvements volontaires. (*Commission nommée*, M. Bérard, rapporteur.)

Élections.

L'ordre du jour appelle l'élection du président, du vice-président, du secrétaire annuel et de trois membres du conseil d'administration pour l'année 1854.

M. *Soubeiran* demande la parole pour s'élever, comme il l'avait déjà fait l'année précédente, contre l'habitude prise par le bureau de présenter une liste de candidats, ce qui lui transporte en réalité le droit d'élection. Il déclare d'ailleurs n'attaquer en aucune façon la liste actuelle, et ne faire cette observation que pour la forme. Il est bien évident, dit-il, que lorsqu'une liste est présentée à l'Académie, elle entraîne nécessairement les suffrages ; à l'avenir, il conviendrait, suivant lui, que le bureau se bornât à indiquer un certain nombre de candidats, et non pas à en présenter un seul pour chaque place.

MM. *Dubois* (d'Amiens) et *Bérard*, répondent à M. Soubeiran en faisant valoir les précédents.

M. *Bérard* prie M. Soubeiran de reproduire cette observation l'année prochaine, un mois avant l'élection ; pour le moment elle lui paraît complétement inopportune.

M. *Cazeaux* appuie la proposition de M. Soubeiran.

M. *Bérard* présente à l'Académie quelques observations au sujet de l'habitude prise par elle de nommer membre du conseil d'administration le président sortant. Le conseil a pensé, dit-il, qu'il vaudrait mieux y nommer le vice-président, ce qui l'initierait aux affaires de l'Académie, et aurait l'avantage de lui faire connaître d'avance l'ordre du jour, dans les cas où le président ne viendrait pas assister à la séance. M. Bérard déclare que, puisqu'il faut bien que l'Académie commence par ne pas élire dans le conseil d'administration un des présidents sortants, au cas où cette mesure lui paraîtrait avantageuse, il vaut mieux commencer par lui, qui, depuis quatre ans, fait partie du conseil de l'Académie.

M. *Boudet* comprend toute l'importance de cette innovation, il désirerait voir figurer dans le conseil le vice-président, mais il ne voudrait pas que sa présence y diminuât le nombre des autres membres de l'Académie.

M. *Moreau* rappelle que ce que l'on propose n'est pas nouveau, et avait été consacré par beaucoup de précédents ; cet usage avait été adopté sur sa proposition, et lui-même, en quittant la présidence, avait renoncé à faire partie du conseil.

M. *Gaultier de Claubry* voudrait que le vice-président fît, de droit, partie du conseil, et il fait la proposition formelle d'introduire dans le règlement une modification dans ce sens.

M. *Bérard* fait observer que, de ces deux propositions, il en est une qu'il est au pouvoir de l'Académie de consacrer par son vote, tandis qu'elle ne peut, par elle-même, modifier un article du règlement qui la régit.

On passe à l'élection du président.

67 membres sont présents ; majorité absolue 35.

M. Nacquart obtient 56 suffrages, M. Laugier 9, M. Jobert 2 ; il y a deux bulletins nuls.

En conséquence, M. Nacquart est proclamé président de l'Académie de médecine pour l'année 1854.

Élection du vice-président. — Votants 66 ; majorité absolue 34.

M. Jobert obtient 39 suffrages, M. Laugier 26, M. Renaut 1, et M. Larrey 1.

M. Jobert est proclamé vice-président pour l'année prochaine.

Élection d'un secrétaire annuel. — Votants, 58 ; majorité absolue, 30.

M. Gibert obtient 50 voix ; les autres suffrages se répartissent entre MM. Larrey, Cazeaux, Bouvier, Piorry, Renaut.

M. Gibert est élu secrétaire annuel pour 1854.

Élection de trois membres du conseil d'administration. — Au premier tour de scrutin, M. Jobert, vice-président élu pour 1854, est nommé à une grande majorité.

Au deuxième tour de scrutin, M. Michel Lévy est élu par 29 suffrages sur 32 votants.

Au troisième tour de scrutin, M. Soubeiran réunit l'unanimité des suffrages, 28 voix sur 28 votants.

MM. Jobert, Michel Lévy et Soubeiran sont nommés membres du conseil d'administration de l'Académie de médecine.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. *Leblanc* présente à l'Académie une pièce d'anatomie pathologique : la carotide droite d'un cheval, dans laquelle il avait injecté, le 27 novembre dernier, entre deux points comprimés, distants l'un de l'autre de 10 centimètres, 30 gouttes de solution de perchlorure de fer à 15°. Vingt-deux jours après l'injection, le 18 décembre, le cheval fut abattu, et l'autopsie faite immédiatement. En disséquant l'artère, on trouva derrière le vaisseau, et un peu en bas, un abcès du volume d'une forte noix, contenant du pus homogène. Le vaisseau, fendu dans toute sa longueur, a laissé voir, dans la totalité de l'étendue comprise entre les deux points comprimés, une cavité cylindrique entièremen close, dont les parois étaient d'abord les parois épaissies de l'artère elle-même, puis deux caillots sanguins qui obstruaient complétement la lumière du vaisseau, à chacune des extrémités de la cavité. Cette cavité ne contenait qu'une couche très mince de matière grenue, d'une nuance ardoisée, appliquée sur la membrane interne du vaisseau, se détachant par le plus léger frottement. Les deux caillots des extrémités offraient une même disposition ; constitués par de la fibrine, non colorée du côté opposé à la cavité, et colorée en rouge du côté de la cavité, ils adhéraient intimement à la membrane interne de l'artère vers les limites de la cavité, et n'y adhéraient aucunement en dehors. Il résulte de cette expérience, suivant M. Leblanc, que le magma formé par le sang et le perchlorure de fer peut disparaître dans l'espace de quelques jours ; qu'une solution de perchlorure de fer à 15°, introduite dans une artère, peut produire un magma qui favorise la formation de caillots sanguins adhérents aux parois du vaisseau, et capables d'interrompre le passage du sang ; que la présence du perchlorure de fer dans la cavité d'une artère n'entraîne pas la destruction du vaisseau, ni même une lésion grave de cet organe. Dans l'expérience de M. Leblanc, l'animal n'a pas présenté de symptômes généraux de quelque durée ou de quelque importance. M. Leblanc ne pense pas que l'abcès formé derrière l'artère ait été produit par l'action du perchlorure de fer, mais il suppose que ce pus s'est développé spontanément à la surface de la large plaie faite pour mettre l'artère à découvert, et que ce pus se sera trouvé emprisonné par une adhérence trop rapide entre l'artère et les parois de la plaie.

M. *Ch. Robin* a soumis à l'examen microscopique les différentes parties du caillot et l'épithélium des vaisseaux, qu'il a trouvé presque entièrement détruit. M. Leblanc dépose sur le bureau de l'Académie les notes où sont consignés les résultats des recherches micrographiques de M. Robin.

La séance est levée à quatre heures et demie.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Paraplégie syphilitique, par M. Charles BERNARD.

La syphilis peut-elle produire une paralysie directement, c'est-à-dire autrement que par une lésion osseuse du rachis ou du crâne comprimant les organes médullaires qui y sont contenus ? L'auteur répond affirmativement à cette question, et il cite à l'appui de sa croyance un cas observé à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Follin, où un homme de trente-sept ans, ayant eu autrefois divers accidents vénériens assez mal définis, entra, le 22 septembre, pour se faire traiter d'une impotence des membres inférieurs avec sensation de constriction autour de l'abdomen, constipation, et impossibilité d'uriner sans sonde. Il y avait en même temps au tibia une exostose qu'il attribuait, il est vrai, à un coup. Un traitement antisyphilitique par le proto-iodure de mercure et l'iodure de potassium, continué du 25 septembre au 15 novembre, améliora considérablement l'état des membres inférieurs et dispensa le malade de l'obligation de se sonder.

Ce résultat ainsi exprimé confirmerait l'opinion qui rapporte cette paralysie à la syphilis. Mais, pour prononcer sur ce point, il faut savoir qu'un traitement par la liqueur de Van Swieten et l'iodure de potassium, déjà suivi en ville, avait laissé la maladie continuer et *s'accroître notablement*. Il faut surtout savoir que, à partir du 10 octobre, il fut ajouté au traitement antisyphilitique de 4 à 7 pilules d'alcoolat de noix vomique de 0,05 chaque; et il n'est spécifié nulle part dans le texte à compter de quelle époque l'amélioration commença à se dessiner.

Selon nous, il est donc fort douteux que cette paralysie fût réellement de nature syphilitique. Du moins, l'influence du traitement ne servirait guère à éclairer le diagnostic ; et la nature syphilitique de la lésion fût-elle démontrée, on aurait encore à se demander si la présence d'une exostose intra-crânienne ou intra-rachidienne comme lésion génératrice des symptômes, ne serait pas, quoi qu'en dise M. Bernard, l'explication la plus rationnelle à donner. (*Union médicale*, 26 nov., p. 562.)

Traitement médical de la cataracte par l'iodure de potassium liquide, par M. Garcia Lopez.

La plupart des médecins considèrent comme une chimère la cure de la cataracte sans opération, comme une jonglerie charlatanesque les promesses que l'on fait aux malades à cet égard. Et cependant il est impossible de nier que la cataracte se soit quelquefois guérie spontanément. Est-il donc radicalement impossible à la thérapeutique de réaliser jamais ce que la nature accomplit parfois d'elle-même? M. Garcia Lopez, acceptant en quelque sorte ce défi, a appliqué sur plusieurs malades le traitement du docteur Pugliatti, qui consiste dans l'administration de l'iodure de potassium à l'intérieur et l'emploi de l'ammoniaque comme vésicant sur les tempes. Voici les résultats de ses tentatives :

1° Homme de cinquante ans; cataracte capsulaire presque complète, datant de trois mois; vésicatoires ammoniacaux, pas d'iodure; résolution en deux mois.

2° Homme de trente ans; cataracte lenticulaire, molle, striée, datant de deux ans, capsule saine. Après un mois et demi de traitement, le malade réclame l'opération. M. Lopez reconnaît, en la faisant, que la cataracte était devenue plus diffluente, et la trouve en effet constituée par des grumeaux nageant dans un liquide laiteux.

3° Femme de plus de quarante ans ; deux cataractes capsulo-lenticulaires dures, incomplètes, développées depuis un an. Elle ne peut distinguer que les objets rapprochés et d'un gros volume. Après sept mois de traitement, l'opacité a presque disparu, à part un point central; la malade a recouvré la vue, au point qu'elle peut coudre et vaquer aux occupations domestiques.

4° Femme de cinquante ans; cataracte capsulo-lenticulaire dure, de trois ans, à droite; à gauche, une autre semblable, d'un an, en voie de formation et compliquée d'amblyopie. Après six mois d'emploi de l'iodure et des vésications ammoniacales, le second œil a seul obtenu un changement favorable : l'opacité y est presque totalement dissipée.

Ces succès ne sont point exagérés, et l'auteur n'avait, du reste, aucun intérêt d'amour-propre à en grossir la signification, puisque la méthode qui les lui a procurés n'est point de son invention. Tels qu'ils sont présentés, ils doivent, ce nous semble, encourager les praticiens à expérimenter à leur tour cette méthode. Il est d'autant plus important d'instituer ce traitement curatif dans les cas qui semblent propices à son emploi, que si l'on n'y a pas recours, si l'on admet *a priori* l'inefficacité absolue des remèdes, on n'a plus à conseiller aux malades que d'attendre patiemment la maturité de leur cataracte; et l'on perd ainsi, en laissant écouler sans traitement les premiers mois, le temps qui serait le plus favorable à la résolution de l'opacité, celui où la lésion céderait le plus aisément à l'action des remèdes. (*El Porvenir medico*, 10 nov. 1853, p. 177.)

Corépie pratiquée pour des adhérences étendues de la cornée à la paupière, par M. Borelli.

Les altérations oculaires qui nécessitent l'établissement d'une pupille artificielle ne sont pas toujours suffisamment neutralisées dans leur fâcheuse influence sur la vision par la réussite même très complète qui suit cette opération. Souvent le chirurgien a ensuite à lutter contre des complications préexistantes tenant à l'état pathologique de la cornée ou des paupières, et le passage des rayons lumineux n'est complétement libre qu'après une série méthodique de médications locales ou d'opérations destinées à assurer le succès de la première.

M. Borelli s'est trouvé dans l'une des plus graves situations de cette espèce, en présence d'un malade qui, par suite d'accident, avait perdu l'œil gauche. Quant au droit, il était le siége d'une adhérence intime de la paupière inférieure avec la cornée. Le cinquième supérieur de cette membrane restait seul transparent; mais il était caché par la paupière supérieure ; de telle sorte que, pour rétablir la vision, il aurait fallu d'abord pratiquer une pupille artificielle vis-à-vis la partie de cornée qui conservait sa diaphanéité; puis amener cette partie de cornée dans une situation telle que l'écartement naturel des paupières (mouvement ici très limité, puisque la supérieure seule y prenait part) pût la découvrir. M. Borelli entreprit résolument cette double tâche. Il pratiqua d'abord l'iridectodyalise par une petite incision faite à la cornée vers le bord supérieur de la paupière adhérente, et obtint ainsi une pupille artificielle à travers laquelle le malade accusait la sensation des rayons lumineux.

Mais, ainsi qu'on l'avait prévu, ce n'était là qu'un premier temps de l'opération totale ; car le blessé ne pouvait, par cette ouverture artificielle, distinguer que les objets qu'on lui présentait sur un plan supérieur à celui de l'œil. Il s'agissait donc de trouver un moyen de porter la nouvelle pupille sur un plan tel qu'elle pût être traversée par les rayons lumineux d'objets situés plus bas que l'œil. M. Borelli y parvint en tirant en bas la paupière inférieure, laquelle étant adhérente au globe oculaire, entraînait celui-ci dans le même sens. Pour rendre cette position permanente, il produisit un ectropion artificiel en faisant une perte de substance à la base de la paupière, et en réunissant avec les serrefines les bords supérieur et inférieur de cette plaie artificielle.

Le résultat de l'opération fut tel qu'on l'avait prévu. L'horizon visuel habituel au malade s'agrandit tellement, qu'il peut aujourd'hui aisément se conduire et distinguer les objets les plus ténus. (*Gazzetta medica italiana, Stati Sardi*, 14 nov. 1853, p. 361.)

Nouvel instrument pour l'extraction des polypes de l'oreille, par M. Toynbee.

La ligature des polypes offre dans le conduit auditif de sérieuses difficultés d'exécution. Elle expose en outre à n'enlever qu'une portion de la production pathologique, et à laisser en place, avec sa racine, des chances très probables de repullulation. L'arrachement convient d'autant mieux, au contraire, que les végétations de cette région offrent en général peu de volume et par conséquent de résistance. Mais il faut, pour l'exécuter avec succès, un instrument à la fois assez fort, et d'autre part assez mince, afin qu'il puisse saisir la masse morbide par sa base même et non par une partie voisine de son extrémité libre.

Destiné à réaliser ces diverses conditions, l'instrument que M. Toynbee emploie avec avantage depuis plusieurs mois à l'hôpital Sainte-Marie et dans sa pratique particulière, est une *pince à levier* construite sur le modèle des ciseaux de M. Luer. Dans l'intérieur d'un tube ordinaire, se meut une mince tige d'acier qui à son extrémité, se bifurque en deux portions terminées chacune par un petit anneau ovalaire de 5 à 6 millimètres de longueur sur 3 à 4 de largeur. Elles sont écartées l'une de l'autre, et peuvent se rapprocher lorsqu'on presse sur le levier. On les introduit séparées, de manière à les faire glisser jusqu'au fond du méat, entre ses parois et la surface du polype; et lorsqu'elles sont parvenues jusqu'à la base de celui-ci, on les pousse l'une contre l'autre. Les

anneaux saisissent alors entre eux le corps à extraire et l'amènent aisément au dehors. (*Medical Times and Gazette*, 19 nov. 1853, p. 526.)

De l'anévrysme variqueux spontané, par M. R. Mayne.

Décrite ordinairement comme le résultat d'une blessure, la communication artérioso-veineuse peut quelquefois cependant être due aux progrès d'une lésion spontanée. Syme en publia en 1831 un cas dans lequel l'aorte s'abouchait par une large ouverture avec la veine cave inférieure. Depuis lors, et successivement, MM. Adams, Law et Todd firent connaître des exemples cliniques de communication établie spontanément, le premier entre l'artère et la veine iliaques communes, le second entre l'aorte et la veine cave supérieure, le troisième entre l'artère et la veine poplitée.

Mais l'auteur qui a fait les recherches les plus assidues sur ce genre d'altération est M. Thurnam. Il a spécialement étudié les communications anormales qui, à la suite d'anévrysmes des gros vaisseaux à sang rouge, s'opéraient entre l'aorte d'une part, et de l'autre l'artère pulmonaire ou les cavités droites du cœur. L'école de Dublin a ajouté à sa description des faits importants, tels que ceux de Robert Smith, où l'aorte s'ouvrait dans l'artère pulmonaire, et de M. Dowel, exemple d'anévrisme aortique rompu dans l'oreillette droite.

Il est remarquable que, dans de pareils cas, c'est toujours par une dilatation de l'artère que la maladie commence. Cela tient, d'un côté, à ce que les parois veineuses sont beaucoup moins sujettes aux dégénérescences organiques; de l'autre, à ce que le tissu artériel offre une résistance considérable à toutes les causes spontanées qui tendent à le perforer de dehors en dedans.

M. R. Mayne cite à son tour un cas intéressant de l'espèce de ceux que nous venons de rappeler. Il s'agit d'une femme de cinquante ans, souffrant depuis six ans des symptômes d'une maladie du cœur. A la suite d'un effort léger, elle éprouva un sentiment subit, comme de strangulation, avec suffocation et vertiges. Aussitôt, la moitié supérieure de son corps devint cyanosée, couleur de *prune*. En même temps, toutes les veines qui aboutissent à la veine cave supérieure parurent énormément dilatées. On la porta sur son lit. Malgré des déplétions sanguines répétées, la toux et l'oppression allèrent en augmentant. La gêne de la circulation cérébrale amena le coma, et elle succomba six jours après cet accident qui l'avait surprise au milieu d'un état de santé fort tolérable.

A l'autopsie, on constata que les veines cave supérieure et innominée étaient intimement unies, comme identifiées avec une poche anévrysmale constituée par la crosse de l'aorte. Une ouverture existait entre l'aorte et la veine cave, ovale, et de la dimension d'un bouton de chemise d'homme, mais à bords irréguliers, présentant, en un mot, les caractères d'une perforation récente. La veine innominée et la cave supérieure offraient une diminution considérable de calibre dans la partie de leur trajet où elles adhéraient à l'aorte; mais ensuite, là où elle reçoit l'azygos et débouche dans l'oreillette droite, elle reprenait sa largeur ordinaire.

M. Thurnam dit que, dans ces cas, l'auscultation révèle un bruit continu ou presque continu, circonstance qu'il attribue à l'action élastique de l'artère, qui pousse encore, pendant la diastole cardiaque, un faible courant de sang à travers l'ouverture anormale. Dans l'observation ci-dessus ce signe manquait; le bruit ne s'entendait que durant la systole: exception qui peut se comprendre, à cause de la perte d'élasticité qu'une dégénérescence aussi prononcée avait dû faire subir aux parois de l'aorte.

Une source particulière de dangers s'observe lorsque la communication artérioso-veineuse occupe des vaisseaux aussi rapprochés du centre circulatoire. Lorsqu'il n'y a abouchement qu'entre une veine et une artère d'un membre, la quantité de sang rouge qui passe dans le système à sang noir est insignifiante et n'arrive d'ailleurs au cœur que très mélangée. Mais lorsqu'il entre à chaque instant, en masse et directement, dans les cavités droites ou dans l'artère pulmonaire, il agit comme stimulant et irritant du parenchyme des organes respiratoires, et produit une toux, une dyspnée, une expectoration sanguine, accidents dont tous les faits de ce genre montrent le constant exemple, et qui acquièrent promptement une gravité sérieuse. (*The Dublin Quarterly Journal*, novembre 1853, p. 257.)

Emploi local de la vapeur de chloroforme contre les douleurs utérines, par M. S.-L. Hardy.

Les douleurs que le praticien anglais a surtout eu en vue de calmer par ce moyen sont celles que cause le cancer de l'utérus, souffrances atroces, torturantes, intolérables, que l'opium endort sans doute, mais au prix d'une congestion cérébrale qui amène un état de torpeur et de céphalalgie presque aussi insupportable que le symptôme contre lequel il a été administré. Aussi accueillera-t-on avec empressement cette nouvelle tentative, faite pour substituer un agent local à un sédatif qui n'opère que par l'intermédiaire d'une perturbation grave infligée à tout l'organisme.

L'appareil dont se sert M. Hardy est assez simple : c'est un récipient métallique auquel on adapte, d'une part, un insufflateur en caoutchouc, de l'autre un tube terminé par une canule de la longueur et de la forme les plus propres à porter l'agent anesthésique sur les parties malades. Notre confrère irlandais recommande de ne placer dans le récipient qu'une éponge imprégnée de chloroforme, et non du chloroforme en nature. Sans cette précaution, on s'exposerait, lorsqu'on comprime ensuite l'insufflateur, à pousser sur les parties malades non seulement de la vapeur, mais du chloroforme liquide, ce qui doit être évité.

On comprend qu'avec ce mode de propulsion le praticien demeure maître de varier la quantité de vapeur et sa force de projection suivant les indications spéciales à chaque cas et suivant aussi les premiers effets qu'il voit être déterminés par l'action de ce remède. En général, les malades ressentent d'abord une chaleur plus ou moins forte, et dont elles supportent plus ou moins aisément l'impression assez pénible; mais elle cesse au bout de peu de minutes et fait immédiatement place à un état de bien-être produit par l'apaisement des souffrances qui existaient précédemment. La douleur se suspend en premier lieu dans les reins, puis dans la région du pubis.

Le calme produit par ce procédé dure plusieurs heures; la douleur ne revient ensuite qu'atténuée. Toutes les malades chez lesquelles il a été mis en usage l'ont préféré à l'administration de l'opium, et comme il ne fatigue ni les organes digestifs ni le système nerveux, on reste libre d'en recommencer l'application aussi souvent que l'indication s'en renouvelle.

Du reste, la dysménorrhée, les douleurs utérines qui succèdent parfois à l'avortement sont également soulagées par cette douche anesthésique. M. Hardy cite plusieurs cas où il a suffi d'une douzaine de jets de vapeur (dans la même séance) pour amener la sédation vainement demandée auparavant à d'autres médications. (*Dublin Quarterly Journal*, nov. 1853, p. 306.)

Vomissement chronique guéri par les capsules d'éther sulfurique, par le docteur Elia Galante, d'Arpino.

L'observation rapportée par le docteur Elia Galante est intéressante, d'un côté par l'ancienneté des accidents, qu'un simple antispasmodique a rapidement guéris, de l'autre par le mode d'emploi de l'éther sulfurique.

Obs. — Il s'agit d'une fille de vingt-huit ans, qui, à l'âge de dix-sept, vit ses règles supprimées brusquement par un accès de frayeur. La menstruation ne se rétablit que six années plus tard; encore fut-elle peu abondante et irrégulière, malgré un traitement approprié. La jeune fille passa par une série d'accidents hystériformes de plus en plus caractérisés, malgré quelques trêves passagères. Au commencement de 1853, il se joignit à la gastralgie habituelle des vomissements qui se répétaient à la moindre ingestion d'aliments ou de boisson. La malade ne pouvait supporter qu'un peu d'*hydrogale* (mélange de lait et d'eau) au lait d'ânesse et quelques autres substances aussi légères. Plus tard, vers le mois de mai, le vomissement devint plus opiniâtre encore. Narcotiques, eau de laurier-cerise, castoréum, valérianate de zinc furent employés sans succès, aussi bien que les vésicatoires épigastriques, les bains et une série de moyens qui feraient une *Iliade*. Il est à noter que la sortie d'un peu de sang menstruel, si peu que ce fût, amenait un calme momentané.

Les choses en étaient là quand M. Galante eut l'idée d'essayer les *perles d'éther* du docteur Clertan, de Dijon. Le 28 mai, la malade prit une de ces perles, et but, un quart d'heure après, une tasse de bouillon de poulet, qu'elle ne vomit pas comme à l'ordinaire. Bref, six perles d'éther suffirent pour arrêter définitivement les vomissements. On eut recours ensuite au valérianate de zinc, qui fut pris à petites doses pendant tout le mois de juin, et la santé se rétablit entièrement.

L'acuité de la douleur gastrique, qu'exaspérait encore l'ingestion du moindre aliment et la plus légère pression, l'absence des signes propres aux affections organiques de l'estomac, l'existence de symptômes caractéristiques de l'hystérie, les circonstances enfin dans lesquelles la maladie avait pris naissance, tout dénotait la forme purement dynamique des accidents observés du côté de l'estomac. L'éther était donc parfaitement indiqué. Il ne paraît pas douteux que l'éther, retenu dans une capsule et ne se dégageant que dans le ventricule, ne possède contre de tels symptômes une efficacité qui n'appartient pas à l'éther administré à l'air libre. Mais la chose est évidente pour ce cas particulier ; car antérieurement on avait employé en vain l'éther et la liqueur d'Hoffmann en potions et en frictions sur l'épigastre.

Nous prendrons la liberté de rappeler à notre confrère d'Arpino un moyen de combattre les vomissements opiniâtres qu'on appelle nerveux, ceux principalement qui se lient à l'existence de l'hystérie : c'est de forcer les malades à manger, à prendre surtout des potages épais et de la viande. Quelque dégoût qu'ils aient pour les aliments, il faut les y décider. Un vomissement survient après un premier potage : on redouble. Presque toujours l'estomac s'habitue, même assez vite, à cet exercice forcé ; le vomissement s'arrête sans secours d'aucun médicament actif ; la nutrition se fait, et la santé se rétablit. (*Il Filiatre sebezio*, vol. XLVI, p. 145.)

VI.

VARIÉTÉS.

DES MÉDECINS DE COLONISATION.

Tous les territoires livrés à la colonisation, en Algérie, sont divisés en *circonscriptions médicales*. Chaque circonscription est desservie par un homme de l'art qui reçoit le titre de *médecin de colonisation*. Le titulaire, pris parmi les docteurs en médecine, est nommé par le ministre. Il lui est alloué un traitement annuel de 2,000 fr., et si l'étendue de sa circonscription exige qu'il soit monté, il reçoit, en outre, une indemnité spéciale, fixée à 500 fr. par an.

Le médecin de colonisation doit gratuitement ses soins et les secours de son art à toute personne indigente de sa circonscription. Un tarif arrêté par le gouverneur général de l'Algérie détermine les honoraires qui lui sont dus pour les visites et opérations par lui faites aux personnes non indigentes de sa circonscription.

Dans les localités où il n'existe pas de pharmacie, le médecin de colonisation délivre les médicaments à ses malades. Cette délivrance a lieu gratuitement pour les indigents, aux prix fixés par un tarif officiel pour les autres personnes. Les remèdes sont tirés du dépôt de pharmacie des hôpitaux civils et militaires.

Les médecins de colonisation sont tenus de résider au chef-lieu de leur circonscription. Ils sont placés, pour tout ce qui concerne leur service, sous les ordres immédiats et sous la surveillance de l'autorité administrative.

Ils portent un uniforme, qui est le même, dans son ensemble, que celui des aides-majors de l'armée, sauf que les broderies de l'habit sont en argent, et que le pantalon est en drap bleu sans bande ni passe-poil.

Les médecins de colonisation sont tenus ;

1° De faire des tournées périodiques dans chacun des centres ou groupes de population compris dans leur circonscription ;

2° De tenir, au lieu de leur résidence, à jour et heures fixes, un bureau de consultations gratuites pour quiconque s'y présente ;

3° De propager la vaccine ;

4° D'exécuter gratuitement, au lieu de leur résidence, à défaut d'un médecin spécial, les visites périodiques du dispensaire de police ;

5° De constater les décès, préalablement au permis d'inhumation, au chef-lieu de leur résidence, conformément à l'art. 77 du Code Napoléon ;

6° De fournir à l'administration tous les renseignements et documents de statistique nosographique auxquels peuvent donner lieu la constitution médicale et l'hygiène publique de leur circonscription.

Ils ont, en outre, la direction médicale des infirmeries civiles établies dans leur circonscription. Ils doivent en visiter régulièrement les malades et constater leurs visites sur le registre de chaque infirmerie.

Il est fait chaque année une inspection générale du service des médecins de colonisation.

Le nombre des circonscriptions médicales est fixé à *soixante*, quant à présent.

33 de ces circonscriptions sont desservies par des médecins militaires. Ces derniers ne reçoivent qu'une indemnité fixée à 300 ou 600 fr., suivant l'importance de la circonscription qui leur est assignée.

En général, les circonscriptions confiées aux officiers de santé de l'armée sont des centres épars sur le territoire militaire, où la colonisation européenne ne fait que commencer et n'a pas encore reçu son développement normal.

Ces 27 circonscriptions militaires ne comprennent que 34 localités dont la population coloniale peut être évaluée, en nombres ronds, à 10,000 individus.

Les 33 circonscriptions desservies par les médecins civils comprennent dans leur ensemble 144 centres de colonisation dont la population s'élève en nombres ronds, à 50,000 habitants. C'est, en moyenne, 1 médecin pour 4 villages et pour 1,540 habitants.

Il résulte de cette organisation, qu'il n'est pas une localité renfermant un groupe de population européenne qui ne se rattache à une circonscription médicale et qui, par conséquent, conformément aux instructions du ministre, ne doive recevoir au moins deux fois par semaine la visite du médecin, et dans toutes les circonstances, l'assistance et les soins gratuits de ce praticien pour la population indigente.

PRIX PROPOSÉS PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE POUR 1854.

Prix de l'Académie. — De l'huile de foie de morue, considérée comme agent thérapeutique. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus. Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par madame de Civrieux. — Déterminer, par des faits rigoureux et bien observés, l'influence positive des affections morales sur le développement des maladies du cœur. Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — De la mélancolie. Ce prix sera de la valeur de 3,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron.—De l'albuminurie dans l'état puerpéral et de ses rapports avec l'éclampsie. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. Nadau. — Ce prix, dont le concours reste ouvert jusqu'au 31 décembre 1853, sera décerné, en 1854, à celui qui aura professé ou publié le meilleur cours d'hygiène populaire en 25 leçons.

PRIX PROPOSÉS POUR 1855.

Prix de l'Académie. — Déterminer par des faits précis le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans les pays chauds et les voyages sur mer exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal.—Du goître endémique ; étiologie, anatomie pathologique, prophylaxie ; rapports avec le crétinisme. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — De la catalepsie. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le docteur Capuron.—Question relative à l'art des accouchements.—Des morts subites dans l'état puerpéral. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Question relative aux eaux minérales.—Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales *alcalines*, et préciser nettement les cas de leur application. Ce prix sera de la valeur de 1,500 francs.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. Ce prix sera de la valeur de 3,700 francs.

PRIX PROPOSÉS POUR 1856.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil.—Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs du rétrécissement du canal de l'urètre pendant cette troisième période (1850 à 1856), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. La valeur de ce prix sera de 12,000 francs.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1854 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars, à l'exception du prix fondé par M. Nadau, dont le concours sera clos le 31 décembre 1853.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie*, du 1er septembre 1838.) Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Nadau, sont seuls exceptés de ces dispositions.

INSTRUCTION POPULAIRE SUR LE CHOLÉRA.

L'instruction suivante est distribuée à domicile par les soins de M. le Préfet de police.

Le choléra est ordinairement précédé de légers symptômes auxquels on ne porte pas assez d'attention et qu'il suffit de dissiper pour arrêter le mouvement ultérieur de la maladie.

Le plus commun de ces symptômes, c'est la *diarrhée.*

Il est donc de la plus grande importance de se soigner dès que ce symptôme se manifeste, quelque léger qu'il soit. Les moyens les plus simples à employer en attendant les conseils d'un médecin, qu'il est toujours nécessaire d'appeler, sont les suivants : *diminution ou abstinence complète d'aliments; usage du riz ou de ses préparations; infusion légère de thé, administration de quarts de lavement émollient et calmant.* (Décoction de guimauve et de tête de pavot.)

Si la diarrhée persiste, et à plus forte raison, si d'autres symptômes l'accompagnent, il faut en toute hâte appeler un médecin.

D'un autre côté, les soins hygiéniques, si utiles dans tous les temps pour la conservation de la santé, deviennent surtout nécessaires à l'époque des épidémies. Il importe donc de se vêtir chaudement et d'éviter les refroidissements; de se tenir avec propreté; de vivre plus régulièrement encore que de coutume; d'éviter les excès de nourriture et de quelque autre nature qu'ils soient; ils disposent, ainsi que l'abus du vin et des liqueurs alcooliques, à la maladie.

Il importe également de tenir avec le plus de soins possible l'intérieur des habitations, et d'éviter tout ce qui peut vicier l'air.

Ces conseils peuvent être suivis par tout le monde, et leur observation suffit presque toujours pour prévenir la maladie.

— Ainsi que nous l'avions annoncé, la ferme Sainte-Anne et une partie de l'hôpital de La Riboissière ont été transformés en asiles de convalescence pour les cholériques des hôpitaux.

— Le navire *Marathon*, parti de Liverpool le 22 septembre avec 522 émigrants, est arrivé à New-York après un voyage de cinquante-neuf jours pendant lequel il a perdu 64 personnes du choléra.

— On a appris par l'arrivée du *Canada* à Liverpool que le choléra s'est déclaré à la Nouvelle-Orléans, déjà si éprouvée par les ravages de la fièvre jaune, et qu'on y comptait 214 victimes dans l'espace de quelques jours.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ALLGEMEINE MEDICIN CENTRAL-ZEITUNG, v. Posner. — N° 97. — La Faculté de médecine de Heidelberg (Arnold). — Nos 98 et 99. La source médicale de Lippspringe, en Westphalie, par *W. Fischer*, méd. de Lippspringe. — Visite à Leubus (asile d'aliénés en Silésie), par le doct. *Waldeck* aîné, de Berlin. — N° 100. Sur le traitement des tumeurs hémorrhoïdales compliquées avec la chute de la muqueuse du rectum, par *Alph. Amussat.*

DEUTSCHE KLINIK, v. Goeschen. — N° 50. Effets de la picrotoxine (contin., 14e et 15e expérience), par le doct. *Falk* (de Marbourg). — Clin. chirurg. et ophthalm. d'Erlangen, par *Heyfelder* (contin.). Cliniques de Berlin : clin. ophthalm. de de Graefe. — Trentième congrès de Tubingue (fin). — Sur quelques eaux minérales de la Suisse et du Tyrol (Tarasp), par le prof. *Kramer* (de Halle). — N° 51. Sur les effets de la picrotoxine (17-26 expériences), par le doct. *Falk* (suite). — Communications pratiques (Intussusception intestinale, sortie de la partie déplacée avec guérison du malade. Invagination nouvelle, mort), par le doct. *Thomas* (d'Ohrdruf). — Clin. ophthalm. du doct. de Graefe; clin. syphil. du doct. de Baerensprung. — Feuilleton : Voyage de Heyfelder (continuat. Paris; les maisons d'aliénés).

MEDICINISCHE ZEITUNG herausgeg. v. d. Vereine f. Heilk. in Preussen. — N° 49. Sur le sang des cholériques (contin.). — Constitution épidémique et choléra d'Anklam (Poméranie), en 1853, par *Kirschstein.* — Tableau des naissances et des décès dans la ville de Berlin (pour le mois d'octobre : Naissances, 1102, 582 garçons et 520 filles); décès, 1244. (Il n'est pas fait mention de nouveaux cas de choléra.) — — N° 50. Sur le sang des cholériques (critique des analyses de Schmids), par *Zimmermann* (fin). — Grand kyste dans l'orbite, par *Wolff.* — Statistique médicale de Prusse (1852). (Il y avait 3808 médecins; chirurgiens de 1re classe 1075; de 2e classe, 906; sages-femmes, 11,453; et 1518 pharmaciens en possession d'une pharmacie. La ville de Berlin seule comptait 446 médecins; 39 chirurgiens de 1re classe; 47 de 2e classe; 69 pharmaciens (sur à peu près 500,000 habitants); 35 médecins vétérinaires; et 489 sages-femmes.)

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSKUNDE, par *Busch, Credé, Ritgen, Siebold*t. Vol. II, cah. v. Quelques améliorations de mon procédé de provoquer l'accouchement prématuré, par *Cohen* (de Hambourg. (Ce procédé, consistant en des injections d'eau de goudron entre les membranes fœtales et utérines, compte déjà dix-sept cas de réussite et l'auteur se flatte de lui assurer un succès plus complet en substituant à la seringue dont il s'est servi jusqu'à présent un clysopompe muni du tuyau élastique ordinaire et d'un autre petit tuyau en étain ou en élastique.) — Sur le placenta prævia, etc., par *Holst* (contin.). — Maison d'accouchement de Christiania, en 1851, par le prof. *Fayl* (fin).

NEUE MEDEC. CHIRURG. ZEITUNG DE MUNICH. — N° 46. Analyses de travaux de chirurgie (fin), par *Franck.* — N° 47. De l'ophthalmiatrique.

SCHMIDT'S JAHRBUECHER, F. D. GES. MEDICIN. V. RICHTER UND WINTER. Vol. LXXX, année 1855. — N° 12. Analyses et Revues.

Livres nouveaux.

DE LA MÉTÉOROLOGIE DANS SES RAPPORTS AVEC LA SCIENCE DE L'HOMME, et principalement avec la médecine et l'hygiène publique, par le doct. *P. Foissac*, 2 vol. in-8 ensemble de 1028 p. Paris, J.-B. Baillière. 15 fr.

DE L'INFLUENCE QUE DOIT EXERCER LA PHRÉNOLOGIE sur les progrès ultérieurs de la philosophie et de la morale, par le docteur *La Corbière* (*Beunaiche de*), in-8, de 150 pages. Chez Victor Masson. 3 fr.

DICTIONNAIRE D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ, ou Répertoire de toutes les questions relatives à la santé publique, etc., par le docteur *Ambroise Tardieu.* Tome II (*Falsifications* à *Nourrisseurs*), in-8 de 532 pages. — Le tome Ier (*Abattoirs* à *Exhumations*), in-8 de VIII-568 pages, avait paru en février 1852. — Le tome III et dernier est annoncé pour février 1854. Paris, J.-B. Baillière. Prix de chaque volume. 8 fr.

ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE, par le prof. *A. Nélaton.* Tome IIIe, 1 vol. in-8, de 520 pages. Chez G. Baillière. 6 fr.
Prix des 3 vol. publiés. 22 fr.

ÉTUDES SUR L'INTELLIGENCE HUMAINE et la sensibilité animale, in-8, de 32 pages. (Extrait de *l'Espérance du peuple*; article signé : dr *Padioleau.*) A Nantes.

NOUVELLE DOCTRINE MÉDICALE ou DOCTRINE BIOLOGIQUE, par M. *Lepelletier* (de la Sarthe), membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, etc. (Ouvrage couronné par l'Académie de Caen.) 1 vol. gr. in-8, de XX-484 pages. Chez G. Baillière. 7 fr.

TRAITÉ DE LA CONTAGION, pour servir à l'histoire des maladies contagieuses et des épidémies, par le prof. *Ch. Anglada* (de Montpellier. 2 vol. in-8 ensemble de 866 pag. Paris, J.-B. Baillière; Montpellier, Sévalle. 12 fr.

DE GLANDULARUM ductibus efferentibus, ratione imprimis habita telæ muscularis, par *A.-J. Tobien.* Dorpati, in-8. 2 fr. 75

DARSTELLUNG DER LEICHENERSCHEINUNGEN, und deren Bedeutung. (*Phénomènes qui se présentent aux autopsies*), par *J. Engel.* Vienne, in-8. 9 fr.

DIE GEWOEHNLICHSTEN INNERLICHEN KRANKHEITEN DER PFERDE, und deren Heilung. (*Mal. internes des chevaux*), par *W. Winiker.* Toenning, in-8. 4 fr.

DIE VERRENKUNGEN DER KNOCHEN. (*Luxations*), par *C.-G. Burger.* Wurzbourg, in-8. 6 fr. 50

ENCYCLOPŒDISCHES HANDBUCH DER BRUNNEN, und Baederkunde. (*Encyclopédie des eaux minérales*), par *L. Posner.* Tome II. Berlin, in-8. 3 fr. 50

GEBURTSHUELFLICH-PRAKTISCHES VADEMECUM fuer Studirende, und Aerzte (*Vade-mecum d'obstétrique*), par *J. Mair.* Erlangen. In-16. 3 fr. 50

GRUNDZUEGE DER PHYSIOLOGIE DES NERVENSYSTEMS (*Physiologie du système nerveux*), par *C. Eckhard.* Giessen. In-8. 4 fr.

LEHRBUCH DER ARZNEIMITTELLEHRE (*Matière médicale*), par *B. Buchheim.* 1re liv. Leipzig, in-8. 5 fr.

LEHRBUCH DER PERCUSSION UND AUSCULTATION und ihrer Anwendung auf die Diagnostik der Brustfell-und Lungenkrankheiten, par *F. Zehetmayer.* 3e édition. Vienne, in-8. 7 fr.

POPULAR ERRORS ON THE SUBJECT OF INSANITY Examined and Exposed by *J.-F. Duncan.* in-12. 6 fr.

PRACTICAL OBSERVATIONS ON THE TREATMENT OF STRICTURE OF THE URETHRA AND FISTULA in Perineo, by *John Lizars*, 3e édition, in-8. 7 fr.

RECEPTIRKUNST oder Anleitung, die verschiedenen Formen der Arzneien nach den Regeln der Wissenschaft und Kunst zu verschreiben. (Art. de Formuler); von *W. Artus.* Brunswick, in-8. 4 fr.

THE SURGEON'S VADE-MECUM, a Manual of Modern Surgery, by *R. Druitt.* 6e édition, in-12. 17 fr. 50

UEBER TAUBSTUMME, Taubstummen-Bildung und Taubstummen Anstalten. (*Sur l'éducation des sourds-muets*), par *O.-F. Kruse.* Schleswig, in-8. 10 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : À LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

Tome I. PARIS, 30 DÉCEMBRE 1853. N° 13.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 29 décembre 1853.

TABLEAU ABRÉGÉ DU CHOLÉRA DE 1853.

Nous sommes fidèles à la promesse faite dans notre dernier numéro en entreprenant de rassembler les principaux traits du choléra épidémique de 1853. On sait pourquoi nous n'avons pas montré plus d'empressement. Nous concevons très bien que, en 1832, quand un mal inconnu se répandait sur la capitale, portant des coups affreux, terrifiant la population, on se soit hâté d'en signaler les caractères, de dire ses méfaits, ses caprices, ses insidiosités, les phénomènes qui en annonçaient l'approche, les moyens d'échapper à ses atteintes. L'épouvante d'ailleurs est un motif de curiosité, et l'on a toujours été avide de contempler le visage des grands ravageurs de nations. Les historiens les plus pressés du premier choléra se renseignaient au jour le jour; ils se faisaient l'écho de toutes les observations, de toutes les espérances et illusions thérapeutiques, sauf à se rectifier quand il y avait lieu. Tout cela était naturel et avait son avantage. Mais dans une troisième épidémie, à quoi bon? Non seulement à l'heure où nous sommes, il n'est pas trop tard pour résumer ce qu'on peut avoir appris d'utile; mais on ne peut se permettre encore, si l'on veut être rigoureux, qu'une simple esquisse avec beaucoup de lacunes. C'est ce dont il sera facile de s'assurer.

Nous nous proposons d'étudier successivement : 1° la marche de l'épidémie; 2° le rôle qu'ont pu jouer, dans son développement, certaines conditions hygiéniques; 3° la constitution médicale qui l'a précédée, les caractères qui la distinguent, les maladies qui l'accompagnent; 4° les résultats thérapeutiques.

I. — Marche de l'épidémie.

Si l'on embrasse la marche du choléra dans toutes les contrées qu'il a coutume de visiter, on est frappé d'un fait qui, déjà visible en 1849, devient plus évident encore et plus général en 1853. L'épidémie, à mesure qu'elle se renouvelle, est plus rapide dans son parcours; elle se montre sur un plus grand nombre de points simultanément et s'éteint sur place; elle sévit moins violemment dans chaque localité, sauf à s'y installer parfois plus longtemps. Ces trois circonstances, se montrant parallèlement, sont importantes en ce qu'elles sont favorables à l'hypothèse de l'acclimatement futur du choléra en Europe. Quand en 1832, le choléra, parti des rives du Gange, arriva à Moscou, il était en marche depuis plus de douze ans; tandis qu'en 1849, il y vint en quatre années. Dans les

---

FEUILLETON.

Lettre médicale.

Cher confrère,

Vous faites un journal, à ce que j'entends dire, et même à ce que je vois; car il m'en est tombé un numéro sous la main chez un mien confrère, qui a la manie des nouveautés. C'était précisément le numéro où, dans un petit *Avis* modeste en apparence, mais qui n'était pas là pour rien, vous calculiez expertement le nombre de colonnes et de lettres contenues dans votre feuille. En y songeant, j'ai deviné l'intention de cette arithmétique; elle signifiait, en bon français, que la quantité des matières contraste avec la modicité du prix d'abonnement. Parce qu'on habite loin de Paris, on n'est pas sans avoir quelque vent des ruses des journaux. Or, monsieur le rédacteur, il m'est venu, au sujet de votre entreprise, des réflexions d'une simplicité particulière; permettez-moi de vous les transmettre pour votre bien, et en même temps de vous faire connaître à quelles conditions je pourrais consentir à être de vos lecteurs.

Donc, pour parler net, vos prétentions sont tout à fait déraisonnables. Entre nous, l'esprit de prévoyance n'est pas votre fort. Je ne vois pas, en effet, que vous vous soyez assuré, avant de rien entreprendre, 10,000 livres de rente. Vous savez pourtant bien que la chose est de rigueur aujourd'hui pour soutenir la concurrence. La difficulté est grande, direz-vous, si peu de gens aiment à faire étalage de leur générosité! La modestie met si souvent obstacle aux bienfaits! Et il est tant de bonnes âmes qui se dépouilleraient de tout, n'était l'ennui d'être remarqués! Soit; j'accorde que le plus épineux, en ces sortes d'affaires, soit de se nommer. Mais est-ce là une raison? On aurait gardé l'anonyme, voilà tout!... Qui se serait plaint? Deux ou trois incrédules, Thomas d'un nouveau genre, plus mécontents encore que l'autre de n'avoir rien *touché*. Vraiment, vous êtes bien... Parisien!...

Ce que je vous en dis, monsieur le rédacteur, je le puise dans ma position personnelle, dont je vous fais juge. Je suis l'un des abonnés d'un journal qui, s'il jouait avec vous la scène des *Deux Gaspard*, aurait incontestablement droit au rôle de l'*Avisé;* d'un journal, en d'autres termes, qui a su attraper une grasse dotation anonyme. Le malheur de ladite dotation est de n'être garantie que pour un an, et il est à craindre que le bienfaiteur ne décède vers cette époque, — car il ne se donne pas pour être de première jeunesse; — mais, quant à présent, vous allez voir quels

deux épidémies, c'est par la même ville, par Calais, qu'il pénétra en France; mais, dans la première, il suivit sa route vers Paris, tandis que, dans la seconde, il visita presque en même temps un grand nombre de villes du littoral et de la frontière du nord, Dunkerque, le Havre, Fécamp, Lille, Valenciennes, Bourbourg, etc. Bien qu'il présentât tout d'abord beaucoup de gravité et donnât une forte *proportion* de décès, on le vit diminuer assez rapidement et disparaître sur tous les points. Entré enfin à Paris, il eut des violences passagères, plus répétées qu'en 1832, mais moins meurtrières; et les victimes, bien que plus nombreuses au total que dans l'épidémie précédente, se succédèrent moins rapidement. Cette fois, la marche capricieuse que nous venons de dire, cette sorte d'ubiquité, cette bénignité relative, s'étendent, si les renseignements sont exacts, à la presque totalité de l'Europe. Ainsi l'épidémie a régné simultanément en Angleterre, en Écosse, en Prusse, dans le Danemarck, en Suède, dans la Norwége, à Hambourg, dans plusieurs gouvernements de la Russie, en Perse. Et nous en passons. Dans la plupart des localités, il n'a pas exercé de grands ravages. Il en est qu'il n'a, pour ainsi dire, fait que traverser. A Bruxelles, par exemple, après quelques démonstrations assez graves, il s'est évanoui tout à coup. Même chose à Anvers. Dans le Jutland, il a aussi disparu brusquement, mais après avoir fait beaucoup de victimes.

En nous renfermant dans la France, le tableau change sous un seul rapport. Le choléra, envahissant encore le territoire par le littoral de la Manche, mais cette fois par le Havre, ne s'éparpille pas à l'entour; il vient droit à Paris. Voilà en quoi l'un des caractères de la précédente épidémie ne se continue pas dans celle-ci; mais pour le reste l'analogie est assez remarquable. La rapidité du parcours, par exemple est plus grande encore : à la première invasion le choléra avait mis près d'un an à venir de Calais à Paris, du 15 mars 1831 au 6 janvier 1832. A la seconde il a parcouru le même chemin en quatre mois, de la fin de novembre 1848 au 10 ou 11 mars 1849. Ces particularités ont été relevées dans le temps par l'auteur de cet article (*Gaz. méd.*, 1849). A la troisième invasion, enfin, il vient du Havre à Paris en moins de vingt-cinq jours; car c'est vers le 15 octobre qu'a été signalé le premier cas du Havre, et le 7 novembre le premier cas de Paris. En second lieu, en 1853 plus encore qu'en 1849, la maladie a diminué de violence ; elle n'a jamais atteint un grand nombre de personnes à la fois, et elle n'a pas été excessivement meurtrière. Du 7 novembre au 27 décembre inclusivement, 923 cholériques ont été soignés dans les hôpitaux civils et militaires; sur ce nombre il en est mort 463, c'est la moitié. Un tel mouvement épidémique dans l'espace de cinquante jours est assurément très modéré. Il faut noter pourtant que la mortalité proportionnelle dans les hôpitaux ne diffère pas sensiblement, quoi qu'on en aît pu dire, de celle des précédentes épidémies; en effet, 1832 donna, sur 12,661 cholériques traités dans les hôpitaux, 5,882 décès, et 1849 5,072 décès sur 9,863. Si donc, en 1853, la mortalité est un peu moindre qu'en 1849, elle est, par contre, un peu plus élevée qu'en 1832. Nous ne tenons pas compte ici des décès des hospices (qui en ont fourni une si forte proportion dans les deux premières épidémies), parce que cette année les hospices ont été épargnés.

Le nombre des cholériques à domicile n'est connu de personne ; pour mesurer l'intensité du mal, on ne peut consulter que le chiffre des décès. Or, le 27 décembre au soir inclusivement, la mortalité à domicile était de 293, non compris les décès des communes rurales. Si la proportion des décès est la même au sein de la famille que dans les hôpitaux, on voit que le chiffre des cholériques en ville a été de 600 environ ; et si elle est moindre, comme on le croit généralement et comme l'enseignent les médecins anglais, le chiffre des cholériques peut être porté approximativement à 700; ce qui, joint aux 923 des hôpitaux, donne le total de 1623 pour Paris.

Nous nous arrêterons peu aux oscillations de l'épidémie, parce que, portant sur des chiffres quotidiens très peu élevés, elles ne sauraient avoir une grande signification. Disons seulement que le mouvement ascensionnel, mesuré de semaine en semaine, a duré jusqu'au 13 décembre. Du mardi 6 au mardi 13, 252 cas nouveaux s'étaient présentés dans les hôpitaux. Puis la décroissance a commencé. Du 13 au 20, 182 cas nouveaux; du 20 au 27, 89. Dans cette même journée du 27, il n'y a que 4 admissions : 13 décès avaient été déclarés dans les mairies. Que si l'on veut suivre le mouvement jour par jour, on trouve des variations assez brusques. Ainsi, le 4 décembre, 16 cas seulement sont signalés dans les hôpitaux; mais le lendemain le chiffre monte à 35 et reste élevé les jours suivants. Le plus fort appartient au 10 décembre : il est de 47. A partir de ce jour, jusqu'au 15, le maximum est de 25 et le minimum de 22. Le 16, 37 cas; le 17, 37 également. Puis la décroissance se prononce définitivement.

---

avantages je retire ou pourrais retirer quelque jour de cet acte de libéralité.

Premièrement, le motif qui a inspiré le donateur est fort à considérer : c'est la reconnaissance, dit-il, qui a débordé de son cœur en forme de billets de banque, vu que, s'il a fait fortune, c'est uniquement et exclusivement pour s'être, dans la feuille en question, abreuvé de saines doctrines, nourri de solides observations, bourré de recettes plantureuses et récorporatives. Or, pourquoi ne m'adviendrait-il pas même bonheur, étant dans la même situation? Je remplis mon devoir d'abonné avec conscience : j'en prends pour mon argent; pas une ligne, pas un mot que je ne lise le doigt sur la page. Par conséquent, il n'est pas douteux que je ne sois, à l'heure qu'il est, sur le chemin de la fortune, et vous sentez vous-même que je serais fou, tenant mon avenir et celui de ma femme dans mes mains, de le lâcher tout à coup pour courir après votre ombre... je veux dire votre publication. Votre serviteur de tout mon cœur.

Second avantage : votre richard de rival peut, sans se nuire beaucoup, abaisser le prix de son papier et de son style. Aussi a-t-il créé deux cents abonnements à deux tiers de prix, autant à moitié prix, et cent à un tiers. On s'en est rapporté, pour le choix entre ces diverses catégories, à la délicatesse des confrères. Par goût, j'ai préféré le prix le plus bas. Je ne paye donc que 10 fr. par an. Mes compliments bien sincères à ceux qui, au dire du journal, n'ont pas voulu profiter du rabais. Je suis d'autre humeur. Je n'ai aucune peur des Grecs, et je commence par accepter les présents qu'on veut bien m'offrir. Ce n'est pas aux approches du 1er janvier que je changerais d'habitude. Bref, j'ai un gros journal presque pour rien, et c'est un agrément que vous n'êtes pas en état de me procurer.

Enfin, j'ai encore, avec ce précieux journal, une chance : celle de gagner quelque prime de collaboration ; car vous n'êtes pas sans savoir que, toujours sur les mêmes fonds, le propriétaire a institué des récompenses pour ceux qui auront envoyé les meilleurs travaux. Sans vanité, je ne suis pas plus maladroit qu'un autre. Je tourne assez bien une observation : causes, prodrômes, symptômes, marche, terminaison, etc., etc., suivant l'ordre classique. Mes connaissances en médecine et en chirurgie n'ont rien d'arriéré ; je sais mon Pinel et mon Boyer par cœur. De plus, j'ai eu une mention honorable à l'Académie de médecine pour avoir pratiqué beaucoup de vaccinations; et il y a tantôt vingt ans que je suis membre d'une société savante dont tous les confrères de la localité font partie. Je manœuvre même en ce moment pour arriver à la présidence. Ce sont des titres, je pense, et, en briguant une prime, je ne crois pas viser plus haut que mes moyens.

Disons enfin, autant que nous le permet l'insuffisance des documents, comment l'épidémie s'est distribuée dans les arrondissements de Paris. Il serait tout à fait sans intérêt de rechercher la part des divers hôpitaux dans le nombre total des cholériques, puisque la plupart des cas y arrivaient du dehors, et que ceux qui se développaient dans les salles trouvaient dans l'affection préexistante une prédisposition particulière, variable comme les individus. On sait seulement que les premiers malades portés dans les hôpitaux venaient des 5e, 8e et 9e arrondissements, comprenant : 1° les quartiers Saint-Sauveur, Bonne-Nouvelle, Saint-Laurent, du faubourg Saint-Martin, de la Douane; 2° les quartiers du Marais, Popincourt, de la Roquette, du faubourg Saint-Antoine, des Quinze-Vingts; 3° ceux de l'Hôtel-de-Ville, de l'arsenal et des Iles. Quant aux cholériques de la ville, dont le nombre ne peut être apprécié que par celui des décès, voici ce que nous en pouvons dire, sans posséder de chiffres précis, mais d'après des renseignements dignes de foi. C'est le 8e arrondissement qui a longtemps fourni le plus de décès; après lui le 7e, puis le 9e. Dans cette période, le 12e arrondissement, peu respecté ordinairement des maladies épidémiques, jouissait d'une quasi-immunité. Mais plus tard, vers le milieu du mois, sa bonne chance l'a abandonné, et il a fini par être le plus maltraité. Les 11e et 10e l'ont suivi dans le mouvement, pendant que les autres arrondissements, primitivement placés au haut de l'échelle de mortalité, sont descendus très bas. Les 10e, 11e et 12e arrondissements comprennent : 1° les quartiers de la Monnaie, des Ministères, de Babylone, des Invalides; 2° ceux du Palais-de-Justice, de l'École-de-Médecine, de la Sorbonne, du Luxembourg; 3° ceux de la place Maubert, de l'Observatoire, du Jardin-des-Plantes et Saint-Marcel.

Dans les communes rurales, où le chiffre des décès était de 94 le 27 décembre, c'est Bercy qui a le plus souffert. Nous avons fait connaître cette particularité en temps et lieu.

Telle a été jusqu'à présent la marche générale de l'épidémie. Nous l'avons tracée en simple narrateur, sans préoccupation aucune d'interprétation étiologique. C'est une besogne réservée pour la suite de ce travail, qui ne se fera pas attendre.

A. Dechambre.

On trouve dans l'article ci-dessus le mouvement du choléra jusqu'au 27 décembre inclusivement. Nous ajoutons seulement que sur les 923 cholériques qui ont été traités dans les hôpitaux, 675 étaient venus du dehors, et 248 avaient été atteints dans les salles. Des 463 décès des hôpitaux, 49 appartiennent aux hôpitaux militaires, et 414 aux civils. Quant aux décès à domicile, il faut ajouter aux 293 de l'intérieur de Paris 94 constatés dans les communes rurales. Le chiffre total des morts, dans les hôpitaux et en ville, est donc de 850.

L'épidémie, du reste, est en pleine décroissance. A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE EXTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION, par le docteur Paul Broca, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

Suite. Voir le numéro 12.

§ 3. RECHERCHES HISTORIQUES SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION DES TRONCS ARTÉRIELS.

La première origine de la méthode que nous étudions est passablement obscure. Plusieurs causes contribuent à jeter de la confusion sur ce sujet.

En premier lieu, les auteurs des deux derniers siècles ont assez généralement rangé au nombre des anévrysmes, même en l'absence de toute tumeur sanguine, les plaies récentes des artères, et il arrive souvent, lorsqu'on lit les observations de cette époque, qu'on ne peut savoir s'il s'agit d'une tumeur anévrysmale ou d'une simple plaie artérielle.

En second lieu, le mot *compression* a été employé par les auteurs pour désigner des manœuvres très diverses. Tantôt cette compression est appliquée sur la totalité ou sur une partie du membre, sans aucune opération préalable; tantôt, au contraire, on commence par inciser la peau, et l'on exerce directement la compression sur le vaisseau malade. Ces deux grandes subdivisions de la méthode de la compression portent aujourd'hui les noms de *compression médiate* et de *compression immédiate ;* mais ces dénominations sont presque modernes, et, avant la fin du siècle dernier, on ne se servait que d'un seul mot pour exprimer des idées si différentes.

Il y a plus encore : la compression immédiate, celle qui s'exerce directement sur le vaisseau malade, a été faite de plusieurs manières. Ainsi, lorsqu'on faisait l'opération ancienne par l'incision

---

Par toutes ces raisons, monsieur le rédacteur, vous ne trouverez pas mauvais que je conserve un vif attachement pour mon journal. Le bonheur que j'éprouve à lui rester fidèle n'est troublé que par le vague où flotte l'avenir de cette donation qui contribue particulièrement à me le rendre si cher. C'est pourquoi, bien souvent, je me surprends à répéter, à son intention, ces vers adressés jadis à un autre Mécène, et que tout le monde sait depuis le collége :

. . . . *Auctius atque*
Di melius fecere : Bene est! nihil amplius oro,
Maia nate, nisi ut propria hæc mihi munera faxis.

« Les dieux m'ont donné plus et mieux (que je ne souhaitais), très bien; je ne demande plus qu'une chose, fils de Maïa, *c'est de m'assurer la propriété de ces dons!* »

Pour conclure, je vais vous faire une proposition. Sans retirer mon abonnement à une feuille aussi avantageuse, je consentirai à recevoir la vôtre, mais aux conditions suivantes : 1° Vous me garantirez par écrit que je ferai fortune; 2° je ne paierai qu'un tiers du prix ordinaire, soit la somme de 8 fr. par an; 3° vous me verserez 1,000 fr. après l'année échue, si je vous envoie un bon travail. Il y a beaucoup de rhumes de cerveau dans ma localité : j'ai déjà songé à en faire l'objet de considérations philosophiques.

Agréez l'assurance de ma considération distinguée.

Post-Scriptum. — Au moment de signer, je reçois de l'administration d'un autre journal de médecine un séduisant avis, portant que toute personne qui s'abonnera pour un an recevra en prime un magnifique ouvrage qui vaut à lui tout seul le prix de l'abonnement. Que dites-vous de cela? De bon compte, êtes-vous assez en retard? Imaginez-vous la figure que fait votre *prix modique* (24 francs, Dieu du ciel!) à côté de cette large façon de faire les choses? Comprenez-vous ce qu'a de dilatant pour la rate le superbe élan de générosité par lequel vous promettez à ceux qui s'abonneront pour un an, le dernier trimestre par dessus le marché! Je ne suis pas pour vouloir la ruine de mon prochain; mais au moins suis-je libre d'opter entre les diverses offres dont on vient me poursuivre jusque chez moi. Or, je retire net ma parole de tout à l'heure. Vous êtes assez juste pour reconnaître que je ferais un marché de dupe en prenant votre journal tout sec pour 8 fr. Vous ne me posséderez pour abonné, que si vous voulez bien joindre à vos cinquante-deux numéros un volume quel-

du sac, il arrivait parfois qu'on se contentait d'enlever les caillots et d'appliquer dans la cavité du sac de l'agaric ou des compresses graduées à l'aide desquelles on exerçait une pression permanente sur l'orifice de la poche anévrysmale. On avait ainsi la prétention de guérir l'anévrysme et de faire cicatriser l'ouverture de l'artère sans oblitérer le calibre de ce vaisseau. Cela s'appelait « traiter l'anévrysme par la compression, » et cette méthode différait tout à fait, dans l'esprit de ses partisans, de la méthode de la ligature, qui sacrifiait complétement la circulation de l'artère anévrysmatique. D'un autre côté, les chirurgiens qui se décidaient à oblitérer l'artère ne s'y prenaient pas tous de la même façon. Les uns liaient simplement le vaisseau avec une anse de fil; mais les autres, craignant de couper trop tôt l'artère, préféraient l'aplatir en interposant un petite compresse entre elle et la ligature. Ce procédé, que Scarpa a sauvé du naufrage, est considéré aujourd'hui comme une variété de ligature; mais, au XVII[e] siècle, il était interprété d'une tout autre façon, et ceux qui l'employaient disaient encore qu'ils traitaient l'anévrysme par la compression.

Quant à ce que nous appelons la compression médiate, on l'exécutait aussi de plusieurs manières. On comprimait tantôt sur la tumeur seulement, tantôt sur la tumeur et sur l'artère, tantôt sur tout le membre à la fois; et, malgré ces acceptions opposées d'un mot qui désignait sept ou huit choses très différentes, il arrivait fréquemment que certains auteurs parlaient du traitement des anévrysmes par la compression, sans dire de quelle espèce de compression il s'agissait.

Cette confusion dans le langage n'a peut-être pas été sans influence sur le fond même des choses; et c'est à elle, sans doute, qu'il faut attribuer en grande partie la lenteur avec laquelle la méthode de la compression s'est développée, et les oscillations de faveur et de dédain qui l'ont accueillie aux diverses époques.

En tout cas, ce qui précède est plus que suffisant pour expliquer les difficultés que l'on rencontre lorsqu'on cherche, dans l'histoire de l'art, l'origine de la compression *indirecte*, c'est-à-dire pratiquée sur le tronc de l'artère, entre l'anévrysme et le cœur. M. Bellingham, de Dublin, auteur d'un ouvrage très important sur le traitement des anévrysmes par la compression (1), a évité une partie de ces difficultés en embrassant à la fois, dans le même historique, la compression *médiate* et la compression *immédiate*, la compression *directe* sur la tumeur, et la compression *indirecte* sur le tronc artériel, etc., en tout sept méthodes différentes, comme il le reconnaît lui-même (2). Il en est résulté que, tout en consacrant les trois quarts de son livre à des considérations historiques, le professeur de Dublin a passé sous silence une foule de documents d'une importance majeure, et qu'il a groupé les autres d'une manière assez confuse. Malgré ces imperfections, qui lui étaient imposées par la nature même du cadre qu'il s'était tracé, M. Bellingham a réussi à écrire un livre à la fois intéressant et utile qui a exercé une légitime influence sur les récents développements de la méthode compressive.

(1) O'Bryen Bellingham, *Observations on aneurism and its treatment by compression*. London, 1847. Petit in-8.
(2) *Loc. cit.*, p. 2 et 3.

Je me restreindrai donc, pour simplifier la question autant que possible, à l'histoire de la compression *indirecte*, c'est-à-dire exercée sur l'artère sans toucher à la tumeur; et s'il m'arrive parfois de parler de la compression immédiate, ou du traitement des plaies artérielles récentes, je ne le ferai qu'en passant, pour ne pas méconnaître la véritable origine d'une idée, et je m'efforcerai de ne jamais perdre de vue le but que je me suis tracé.

Après ces réserves faites, je diviserai l'histoire de la compression en trois périodes: 1° une période *préparatoire*, dans laquelle la compression indirecte a été employée sans un but bien déterminé, et seulement comme moyen adjuvant dans le traitement de l'anévrysme. C'est la *période italienne*. Elle s'étend jusque vers la fin du dix-huitième siècle. 2° Une période *de création*, dans laquelle la compression indirecte a été soumise à une étude scientifique et raisonnée, dans laquelle on a nettement établi les indications et le mode d'action de ce moyen thérapeutique; et dans laquelle enfin la compression, employée seule, a obtenu un grand nombre de succès, mêlés d'insuccès plus nombreux encore. C'est la *période française*; elle s'étend jusqu'à l'année 1842; 3° enfin une période *d'application*, dans laquelle nous verrons d'habiles chirurgiens, avec une ingénieuse patience, mettre en pratique les principes établis pendant la deuxième période, et en obtenir à force de soins et de persévérance des succès qui font pâlir ceux de la ligature. Cette troisième période, qui dure encore, et qui a vu réaliser d'une manière définitive un progrès cherché depuis si longtemps, mérite à tous égards le nom de *période irlandaise*.

1° *Période préparatoire ou période italienne*. — Guattani a été le véritable précurseur de la méthode qui nous occupe. C'est lui qui a appliqué pour la première fois la compression indirecte au traitement des tumeurs anévrysmales; mais avant lui déjà ce moyen thérapeutique avait été employé dans un autre but.

Je ne citerai que pour mémoire la pratique de Galien qui, pour remédier aux hémorrhagies des membres, appliquait d'abord trois ou quatre tours de bande sur la plaie, puis faisait remonter le reste de son bandage jusqu'à la racine du membre (1). Les idées inexactes qui régnaient alors sur la direction des courants sanguins, avaient même conduit Galien à adopter ce bandage pour les plaies des veines, tout aussi bien que pour les plaies des artères. La constriction circulaire, exercée uniformément sur les parties molles, entre la blessure et la racine du membre, se transmettait médiatement à l'artère blessée, et contribuait ainsi à maîtriser l'hémorrhagie. Reproduit çà et là par quelques compilateurs, défiguré par Guy de Chauliac, indiqué de nouveau par Fabrice d'Aquapendente, ce précepte de Galien n'avait jamais pris place dans la pratique ordinaire; et il est vraisemblable qu'on n'y avait renoncé qu'après en

(1) Galien, *Methodus medendi*, liv. V, cap. 3 et 4. — Édit. Froben, Bâle, 1549, In-fol. T. VI, col. 118, C.

---

conque, dont la valeur ne soit pas inférieure à ladite somme de 8 francs.

Quoi que vous fassiez, je suis, monsieur, avec civilité, etc.

Deuxième post-scriptum. — Voici bien une autre affaire. Je puis, quand il me plaira, me procurer un journal pendant un an au moins, sans payer un sou. Il ne s'agit plus ici d'une combinaison plus ou moins avantageuse, mais aboutissant toujours à un débours. *Gratis*, entendez-vous, *gratis*, don, cadeau, étrennes, *gratis!* une signature au bas d'un papier disposé *ad hoc*, un timbre-poste, un *bien obligé*, si vous voulez, et vous voilà quitte.

« Alcippe, à ce discours je vous trouve un peu morne. »

Et ce qui va achever de vous renverser, c'est que le don ne vient pas directement du propriétaire-gérant de ladite feuille, mais d'un philanthrope amateur, le plus rare en ceci des ophthalmologues de France et d'Algérie, en qui le besoin s'est fait sentir, ainsi qu'il le déclare, « de rendre service à ses confrères. » Combien d'exemplaires croyez-vous qu'il distribue ainsi? *Cinq cents*, pas un de moins. Étrange manie! direz-vous. Manie tant qu'il vous plaira; mais le fait est ce que je vous dis: Vous êtes chez vous, dans votre domicile, au coin de votre feu, dans une sécurité parfaite; on sonne, c'est un employé de la Poste qui vous remet toute une année d'un journal de la part d'un confrère qui désire vous rendre service. Il est à croire que le rédacteur en chef, s'il connaît cette excentricité, n'y contribue pas de ses deniers. S'il en était autrement, la générosité de ses intentions serait plus méritoire encore qu'on ne le supposerait; car les vrais abonnés vont comprendre tout de suite que c'est prodiguer son bien follement, que de payer espèces sonnantes une publication qu'on peut, avec quelque patience, se procurer gratis. Ainsi ont déjà raisonné plusieurs abonnés de ma connaissance. Pour moi, qui n'étais pas dans le cas de donner cette preuve de logique, je compte bien attirer à moi une part du gâteau. Au demeurant, je ne suis pas l'ennemi de ce généreux confrère; jamais je n'ai médit de sa personne, que je n'ai jamais vue; ni de ses écrits, qui ne sont pas de ma compétence; je le tiens enfin pour un fort galant homme. Dès lors, je ne comprendrais pas qu'il refusât de me comprendre dans ses distributions. Si d'aventure vous le rencontrez, obligez-moi de lui transmettre mon humble requête, en y joignant tout ce qu'une gratitude anticipée pourra vous suggérer de choses gracieuses.

C'est pourquoi, monsieur le rédacteur, je me vois forcé de regarder de plus près encore aux conditions de notre petit arrangement. Tout pesé,

avoir reconnu les inconvénients. Rien n'est plus propre, en effet, que cette constriction circulaire, à faire gonfler l'extrémité des membres et à entraver la cicatrisation de la plaie.

Mais au dix-septième siècle, Bernard Genga, appliquant à la pratique chirurgicale les notions récemment acquises sur la circulation, reprit l'idée de Galien et la développa d'une manière raisonnée. Cette étude le conduisit à imaginer, pour les plaies de l'artère humérale au pli du coude, un bandage qui a joui d'une grande célébrité. Genga commençait par entourer isolément chaque doigt d'une petite bande roulée. Puis lorsqu'il avait terminé ce gantelet, dont les modernes ont attribué l'invention à Theden, il enroulait de bas en haut une longue bande sur l'avant-bras jusqu'au coude. Là le bandage reposait, au niveau de la plaie, sur un gros tampon de linge destiné à comprimer l'artère dans le point blessé. Enfin, un morceau de bois cylindrique, de la grosseur du doigt, de la longueur d'une demi-palme, était appliqué sur le trajet de l'artère humérale jusqu'au-dessous de l'aisselle, et solidement fixé par le reste de la bande, comme les attelles qui maintiennent les os fracturés. — La partie inférieure de ce bandage était destinée à empêcher le gonflement de la main et de l'avant-bras; la partie moyenne exerçait sur la plaie une compression directe ; quant à la partie supérieure ou brachiale, elle avait pour but de modérer l'impétuosité du sang dans l'artère blessée (1). Genga guérit ainsi, en 1673, un homme qui avait eu l'artère humérale ouverte dans une saignée, et qui survécut onze ans sans aucun accident ultérieur.

L'idée de Genga semble avoir été introduite en France, par Joseph Lacharrière, d'Annecy (en Savoie), lequel vint à Paris pour se perfectionner dans la pratique chirurgicale, et y publia, en 1690, un Traité d'opérations. En parlant des plaies de l'humérale pendant la saignée, il décrit un bandage compressif et veut, entre autres choses, qu'on mette « à la partie interne du bras, le long des gros » vaisseaux, une compresse longitudinale que l'on assure avec le » bandage rampant. Cette compresse modère le cours rapide du » sang, et elle facilite la réunion de l'artère, parce que l'impulsion » du sang ne se fait sentir que tres foiblement (1). »

(1) Bern. Genga. *Anatomia chirurgica, sive istoria anatomica dell' ossi e moscoli del corpo umano, colla descrizione de' vasi.* Bologna, 1687, in-8. Cet ouvrage célèbre manque dans toutes les bibliothèques de Paris. Scarpa, qui a reproduit textuellement le passage de Genga, renvoie à la page 219 du volume. Il n'indique pas l'édition. Murray, dans sa *Dissertation sur l'anévrysme* (collect. de Lauth, in-4, p. 511), renvoie à une édition de Bologne, 1739, liv. II, p. 213. — Enfin, Morgagni (*De sedibus*, Epist. XVII, § 30, à la fin) renvoie au même ouvrage, liv. II, cap. 24. — J'indique toutes ces sources parce que Sabatier raconte qu'ayant voulu vérifier, dans le livre de Genga, la citation de Morgagni, il n'y a rien trouvé qui se rapportât à cette question (Sabatier, *Méd. opérat.*, 2e édit. Paris, 1810, T. I, p. 363). Il m'a paru, en premier lieu que Sabatier s'était mépris sur le sens du texte de Morgagni, chose excusable du reste à cause du peu de netteté de la rédaction. Mais il m'a paru, en outre, que Sabatier, très peu versé dans la langue italienne, avait fort bien pu laisser échapper le passage qu'il cherchait dans l'ouvrage de Genga. — Pour établir cette dernière assertion, il me suffira de dire que Sabatier fut le premier à dénaturer le nom du chirurgien italien en l'écrivant *Gengha*. Or, ceci n'est pas seulement une faute d'orthographe, c'est une faute d'italien, la syllabe *gha* n'existant pas dans cette langue. L'erreur de Sabatier vient de ce qu'on a fait un adjectif avec le nom de Genga, et que, pour conserver au *g* sa dureté, on a effectivement ajouté un *h*. Ainsi, pour indiquer le bandage de Genga, on écrit: *Fascia genghiana.*

Le précepte de Genga ne tarda pas à faire fortune en France. Quatre ans après la publication du livre de Lacharrière, J.-B. Verduc publia à son tour un traité d'opérations où il recommanda, en parlant des saignées malheureuses, de comprimer l'humérale avec une compresse épaisse, longue et étroite, placée à la partie interne du bras et fixée par une bande roulée (2). Jusqu'ici la compression indirecte avait été employée seulement pour amener la guérison des plaies récentes des artères. Verduc fit une addition importante : il proposa d'avoir recours au même moyen après l'opération de l'anévrysme par l'ouverture du sac et par la double ligature, pour diminuer le choc du sang sur la ligature supérieure (3). C'était la première fois que la compression indirecte intervenait dans le traitement de l'anévrysme ; encore ne s'y montrait-elle que comme un moyen complémentaire et tout à fait accessoire. Elle faisait partie du pansement après l'opération : elle servait à guérir le malade, mais elle n'avait aucune prétention de guérir la tumeur anévrysmale, puisque déjà cette tumeur n'existait plus. Ce rôle modeste de la compression indirecte va durer encore près de trois quarts de siècle, jusqu'à Guattani. Pendant toute cette période, les auteurs se contenteront de reproduire les préceptes donnés par Verduc : témoin La Vauguyon, Dionis, Garengeot, etc. (4). On s'occupera, il est vrai, avec activité de la compression directe exercée sur la poche anévrysmale, et on imaginera à cet égard des machines plus ou moins ingénieuses; mais je ne dois pas parler de ces tentatives, étrangères à mon sujet.

Toutefois, le traitement des plaies artérielles donna lieu, dès cette époque, à l'invention et à l'application de certains instruments destinés à remplacer l'appareil compliqué et insuffisant de Genga, et à jouer plus tard le principal rôle dans le traitement des anévrysmes par la compression indirecte.

Déjà, en 1674, pendant le siége de Besançon, Morel, chirurgien français, avait imaginé d'arrêter l'hémorrhagie pendant la durée des amputations, à l'aide d'un instrument désigné alors sous le nom de *tourniquet*, et plus particulièrement connu aujourd'hui sous le nom de *garrot*. C'était un lien circulaire placé sur la racine du membre ; une cheville de bois était introduite longitudinalement entre le membre et le lien, et il suffisait de faire tourner cette cheville par une sorte de moulinet, pour tordre le lien et exercer sur les parties molles une constriction uniforme, susceptible d'être graduée à volonté. L'instrument de Morel fut bien vite accepté dans

(1) *Traité des opérations de la chirurgie.* 7e édit. Paris, 1721. In-12, p. 280. La première édition est de 1690.

(2) J. Bapt. Verduc, *Les opérations de la chirurgie, avec une pathologie.* Paris, 1694. In-8, t. I, p. 68.

(3) *Loc. cit.*, p. 67.

(4) Lavauguyon, *Traité complet des opérations de chirurgie.* Paris, 1698, in-8, p. 166. — Dionis. *Cours d'opérations.* Bruxelles, 1708, in-8, p. 486. — Garengeot, *Traité des opérations.* Paris, 1748, 3e édit., t. III, p. 255. La première édition est de 1720.

---

tout réfléchi, je ne puis être votre abonné que si vous me donnez votre journal gratis.

Ceci est mon dernier mot.

Tels sont les sentiments avec lesquels j'ai l'honneur de me dire

Votre très dévoué serviteur,

PIERRE RUSTIQUE.

Pour copie conforme : A. DECHAMBRE.

STATISTIQUE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE DE LA VILLE DE PARIS.

La population totale de Paris est de 1,053,262.

Pour soigner cette population, Paris renferme : 1,351 docteurs en médecine ou en chirurgie, 164 officiers de santé et 446 pharmaciens; par conséquent, on compte :

1 docteur sur 779 habitants; 1 officier de santé sur 6,422 ; 1 pharmacien sur 2,531.

Si l'on rapproche ces chiffres de ceux que j'ai trouvés l'année dernière pour toute la France, on conviendra que Paris est excessivement riche en médecins et en pharmaciens. La statistique de la France m'avait donné pour les médecins (docteurs et officiers de santé réunis) : 1 sur 1,940 habitants, et pour les pharmaciens, 1 sur 6,914.

A Paris, les docteurs et les officiers de santé réunis sont, avec les habitants, dans la proportion de 1 sur 695. Ainsi, pour que la population entière de la France eût à son service autant de médecins et de pharmaciens que la population de Paris, il faudrait tripler le nombre des médecins et des pharmaciens existant aujourd'hui dans notre pays.

(Extrait de l'*Annuaire* du docteur Roubaud.)

— PRIX DES INTERNES. *Première division.* 1er prix (*médaille d'or*): M. Laboulbène. — 2e prix (*méd. d'argent*): M. Blin. — Mention : MM. Dumesnil et Bauchet.

Deuxième division. Prix (*méd. d'argent*) : M. Marcé. — Accessit (*des livres*) : M. Titon. — Mentions : MM. Dumont-Pallier et Masson.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris a tenu sa première séance le 21 décembre, elle a constitué son bureau. Ont été nommés : président, M. Mélier ; vice-président, M. Patissier ; secrétaire-général, M. Durand-Fardel ; secrétaire des séances, M. Lebret ; trésorier, M. de Laurès.

la pratique, et on lui fit subir promptement des modifications destinées à le rendre moins douloureux et plus efficace.

Cependant on n'avait recours à cet appareil que pour obtenir la suspension provisoire du cours du sang pendant la durée des opérations. On croit généralement que le premier emploi de la compression *permanente* exercée à l'aide du tourniquet sur le tronc d'une artère dans un point où elle est saine, est dû à J.-L. Petit, et l'on cite partout l'histoire du célèbre marquis de Rothelin, comme le premier cas de succès obtenu par ce moyen. Or, c'est là une erreur, car, longtemps avant J.-L. Petit, de Gouey, chirurgien de Rouen, en avait obtenu un succès remarquable. L'importance de cette observation, que tous les écrivains ultérieurs ont passée sous silence, me décide à la reproduire ici, à cause de la rareté du livre où elle a été publiée (1).

Observation d'une Playe à l'Artere Cruralle. — « Un Garçon Armurier de cette Ville de Roüen reçût deux coups de ganif à la partie inferieure et interne de la Cuisse droite, qui lui firent une Playe triangulaire dans le corps de l'Artere Cruralle : il accourut chez moy pour se faire panser, aprés avoir perdu beaucoup de sang dans l'espace du lieu où il avoit reçû la blessure et de ma maison, éloignez l'un de l'autre au moins de cent pas. Lorsque le Malade fut arrivé, je ne trouvai pas de moyen plus court que de prendre une liziere qui lui servoit de Jarretiere, avec laquelle je lui fis au dessus de sa Playe une forte ligature serrée par le tourniquet, de maniere que le sang cessa de couler.

» Lorsque le sang fut arrêté, j'apprêtai mon appareil et lui appliquai sur la Playe des compresses graduées et trempées dans une liqueur Stiptique, composée de deux onces de fort Vinaigre, d'un gros de Saffran de Mars, d'autant de Colcotar et d'une once de poudre de vesse de Loup ; par dessus ce remede j'y appliquai un bandage convenable, et lui laissai le tourniquet sans le desserrer l'espace de cinq à six heures, *aprés quoy je le desserrai de la moitié, en laissant seulement au sang la liberté de circuler foiblement.*

» Le lendemain j'ôtai le tourniquet sans que le sang me parut disposé à sortir par la Playe que je ne découvris que le troisiéme jour, sans cependant ôter la premiere compresse que j'avois appliquée sur l'ouverture du Vaisseau; je la laissai encore deux jours sans la lever, je pensai ensuite la Playe exterieure suivant l'usage ordinaire, et au bout de dix jours elle fut parfaitement bien guerie. »

C'est là, à ma connaissance, la plus ancienne observation de plaie de l'artère crurale suivie de guérison. On notera surtout le passage que j'ai souligné, et qui nous montre le tourniquet relâché à moitié au bout de cinq à six heures, pour laisser *seulement au sang la liberté de circuler foiblement.*

Ce ne fut que deux ans après, en 1718, que J.-L. Petit substitua au garrot, dont les inconvénients étaient nombreux, le *tourniquet* qui porte aujourd'hui son nom (2) ; mais il s'écoula encore douze ans avant que ce chirurgien pensât à exercer une compression permanente sur le tronc de l'artère au-dessus de la blessure, comme moyen hémostatique définitif. Ce fut à l'occasion de l'amputation de cuisse subie par le marquis de Rothelin (3). Le vingt et unième jour après l'amputation, une hémorrhagie secondaire se déclara. Pour y remédier, J.-L. Petit fit construire un appareil compliqué portant deux pelotes à vis, dont l'une comprimait directement la surface du moignon, et dont l'autre comprimait l'artère fémorale dans l'aine. Comme dans le cas précédent, la compression directe et la compression indirecte furent donc employées simultanément, et la guérison du malade couronna les ingénieux efforts du chirurgien.

Cette observation eut un grand retentissement. Plusieurs années après, la compression indirecte et permanente de la fémorale fut employée par Heister dans un cas de plaie de ce vaisseau. La plaie occupait le tiers inférieur de l'artère crurale. Une compression directe fut exercée au niveau de la plaie à l'aide d'une pelote, et une compression indirecte fut appliquée sur l'artère au pli de l'aine à l'aide d'un tourniquet (1). Le malade fut averti de resserrer lui-même son tourniquet si l'hémorrhagie reparaissait, de le relâcher, au contraire, si la douleur devenait trop vive. La guérison fut ainsi obtenue assez promptement, et il ne se forma pas de tumeur anévrysmale.

Jusque-là il n'avait été question de la compression indirecte et permanente que pour le traitement des hémorrhagies artérielles, ou pour le pansement des individus opérés de l'anévrysme par l'ouverture du sac; mais personne encore n'avait songé à appliquer ce moyen au traitement proprement dit de l'anévrysme. Guattani, compatriote de Genga, et l'un de ses successeurs à l'hôpital du Saint-Esprit, à Rome, eut donc le mérite d'introduire pour la première fois cette idée dans la pratique chirurgicale.

Certes, Guattani était fort éloigné encore de la théorie moderne, et il ne se doutait guère que la compression indirecte, employée par lui comme un moyen très accessoire, fût appelée plus tard à devenir le moyen principal dans le traitement des anévrysmes. Toutefois, comme il ouvrit au progrès une voie nouvelle, il importe de bien préciser sa doctrine, qui a été le point de départ des perfectionnements modernes. Voici de quelle manière il s'exprime à cet égard :

« Quum vero ea potissimum Aneurysmata inspicerem quæ in
» articulis oboriuntur, in suspicionem adductus sum, — quiete
» cubilis, ac extenuatione totius corporis, nec non *simul cohibendo*
» *sanguinis cursum in arteria ad effectum locum tendente*, ac deni-
» que linteorum beneficio ipsummet gradatim comprimendo tumo-
» rem aneurysmaticum, — fieri posse ut non saltem illius augmen-
» tum prohiberetur, sed tractu temporis paulatim in serum sua
» sponte converso, et ad permeandum idoneo reddito sanguineo
» grumo, ipsius quoque tumoris omnimoda resolutio aliquando
» contingeret (2). »

J'ai voulu citer textuellement cette phrase remarquable, parce qu'elle renferme en résumé toute la théorie et toute la pratique de Guattani. La diète, le repos, les saignées, n'étaient pas choses nouvelles, et Valsalva avait depuis longtemps donné son nom à cette méthode; la compression directe était bien plus ancienne encore. Quant à l'idée d'opposer un obstacle mécanique au cours du sang dans l'artère qui aboutit à l'anévrysme, c'était la première fois qu'elle voyait le jour.

L'occasion d'appliquer ces préceptes se présenta vers la fin du mois d'août 1765. Un portefaix nommé Valena entra, à cette époque, à l'hôpital du Saint-Esprit pour un anévrysme poplité du volume d'un œuf d'oie. Ce ne fut qu'au commencement de novembre que Guattani se décida à entreprendre par sa méthode la cure de cet anévrysme.

Je passe sous silence le traitement médical, et je ne décrirai pas davantage le bandage destiné à comprimer directement la tumeur du jarret. Tout ceci ne nous intéresse pas ; mais ce qu'il importe de connaître, c'est le moyen employé par Guattani pour modérer le cours du sang dans l'artère fémorale, *ad cohibendum sanguinis cursum in arteria ad effectum locum tendente.*

Ce moyen fut la compression indirecte, c'est-à-dire la compression exercée sur l'artère fémorale ; et ici Guattani reproduisit à peu près le bandage de Genga. Une sorte de coussin étroit et long fut appliqué sur toute l'étendue du trajet de l'artère crurale, jusqu'à l'aine, puis une bande roulée, partant du genou, remontant jusqu'à la hanche, et faisant même deux fois le tour du corps, comprima la cuisse dans toute sa circonférence, mais principalement au niveau du coussin longitudinal, c'est-à-dire au niveau de l'artère fémorale. Ce vaisseau, ainsi aplati dans toute sa longueur, donna passage *à une moindre quantité de sang*, et c'était l'indication que Guattani voulait remplir (3).

En effet, quoique les mots *cohibere sanguinis cursum* prêtent à deux interprétations, et qu'ils désignent simplement un obstacle,

(1) *La veritable chirurgie etablie sur l'experience et la raison*, par le sieur Louis Leger de Gouey. Roüen, 1716, in-8, p. 228. Cet ouvrage manque à la bibliothèque de la Faculté.

(2) *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1718. Edit. in-12, p. 252.

(3) *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1731. Édit. in-12 de Hollande, t. I, p. 143, avec une planche.

(1) *Reinig. dissert. inaug. de arteriæ cruralis vulnere feliciter sanato.* Helmstadt 1741. — Dans *Collect. chir.*, de Haller, t. V, p. 135 et pl. 40, fig. 1 à 3.

(2) Guattani, *De externis Aneurysmatibus.* — Dans la *Collection de Lauth sur les anévrysmes.* Strasbourg, 1785, in-4, p. 129.

(3) Loc. cit. *Historia*, VI, p. 131.

sans qu'on puisse savoir s'il s'agit d'un obstacle incomplet ou d'un obstacle absolu, il est aisé de démontrer que l'intention de Guattani n'était pas de *supprimer*, mais seulement de *diminuer* le cours du sang dans l'artère principale du membre. A l'époque où l'observation précédente fut recueillie, c'est-à-dire en 1765, on était loin d'être éclairé sur le rétablissement de la circulation par les voies collatérales, après l'oblitération de l'artère crurale. Les belles recherches de Haller et de Winslow sur les anastomoses artérielles n'avaient pas rassuré tous les chirurgiens. En vain Guénault et Vandenesse (1) avaient-ils soutenu que l'artère fémorale pouvait, sans que la gangrène s'ensuivît nécessairement, être liée à la partie moyenne de la cuisse, et que cette ligature était dès lors préférable à l'amputation dans le cas de plaie artérielle. En vain savait-on que, plus d'un siècle auparavant, Marc-Aurèle Severin et Jean Trullus avaient lié avec succès l'artère fémorale au tiers supérieur de la cuisse (2), et que Bottentuit, en 1688, avait eu la même hardiesse et le même bonheur (3). En vain possédait-on l'observation de Heister, que j'ai rappelée plus haut, et celle de Gouey, que j'ai textuellement reproduite ; tous ces faits étaient considérés comme des exceptions très rares, et Heister lui-même en était venu à penser qu'une anomalie artérielle, telle que l'existence de deux artères crurales ou de deux artères humérales, pourrait seule rendre compte des cas où la ligature pratiquée sur l'artère du bras ou sur celle de la cuisse n'avait pas déterminé la gangrène (4). Sans partager l'erreur de Heister, Guattani partageait ses craintes à l'endroit de la gangrène. Le but principal de sa méthode compressive, ainsi que cela résulte de la lecture de son livre, était de guérir l'anévrysme *sans oblitérer l'artère malade*, afin d'éviter les chances de mortification. Or, si l'oblitération de l'artère *poplitée* au niveau de la tumeur anévrysmale inspirait de semblables craintes, que n'aurait-on pas dû redouter d'une compression qui aurait complétement effacé pendant des mois entiers le calibre de l'artère *crurale*, non plus seulement en un point, mais dans toute sa longueur ? N'est-il pas évident que, dans ce dernier cas, la gangrène devenait presque inévitable ; que Guattani ne pouvait songer un seul instant à supprimer la circulation dans le vaisseau comprimé, et qu'il se proposait simplement de modérer la force du courant sanguin ?

Ainsi, dès le moment de sa première apparition, la compression indirecte, appliquée au traitement des anévrysmes, fut employée dans le but de *diminuer* et non point de *supprimer* le cours du sang dans l'artère malade. Cette indication, que Guattani avait posée, beaucoup d'autres la poursuivirent après lui ; et si j'ai insisté sur les détails qui précèdent, c'est parce que j'ai tenu à montrer la première origine d'une idée qui a soulevé en Irlande, il y a quelques années, d'amères discussions de priorité.

Guattani guérit son malade, et ne tarda pas à trouver une seconde occasion d'appliquer sa méthode. Il obtint un second succès en 1767 (5). Bientôt Pierre Javina, son collègue, et Joseph Flajani, son élève, réussirent à guérir chacun un anévrysme poplité par le même moyen. Lorsque le livre de Guattani parut (Rome, 1772), la compression avait déjà été employée sur sept malades pour des anévrysmes poplités. L'un d'eux avait refusé de se prêter à toutes les exigences du traitement : il avait obtenu une amélioration marquée ; mais sa tumeur, au bout de trois ans, persistait encore (6). Un second malade n'avait supporté la compression que pendant quelques jours, au bout desquels il avait exigé sa sortie de l'hôpital. Il était allé chez lui, où son membre avait fini par se gangréner (7). Enfin, les cinq autres malades s'étaient soumis avec patience et docilité à tous les détails du traitement, et, sur ce nombre, quatre avaient été parfaitement guéris : le cinquième seul était mort. Les anévrysmes de la partie supérieure de la jambe avaient été plus

(1) Vandenesse, *An vulnerata crurali arteria ab amputione auspicandum? Thes. inaug. præs. Guenault. Parisiis*, 1742.—Haller, *Thes. chir.*, vol. V, p. 155.
(2) M.-A. Severin, *De efficaci medicina.* — *Chirurg. effic.* Pars II, *Enarratoria de angiologia.* — Francfort, 1646, in-fol., p. 51, col. I.
(3) Saviard, *Observ. chirurgicales.* Paris, 1702, in-12, p. 277. *Observ.* 63,
(4) Reinig, *loc. cit.*, p. 149, § 36 et 37.
(5) Guattani, *loc. cit. Hist.* VII, p. 133.
(6) *Histor.* X, p. 136.
(7) *Histor.* XI, p. 139.

rebelles. La profondeur des artères tibiales avait rendu en effet la compression directe très peu efficace, et sur quatre malades, Guattani n'en avait pas sauvé un seul (1).

Quelque peu rassurants que fussent ces résultats, ils étaient bien supérieurs à ceux que fournissait l'opération de l'anévrysme par l'ouverture du sac. On est donc tenté, au premier abord, de s'étonner du peu d'empressement que mirent les chirurgiens à adopter la méthode de Guattani. Mais si l'on réfléchit à la lenteur extrême du traitement, à la contrainte excessive imposée aux malades, qui étaient obligés de garder le lit, de se soumettre à une diète prolongée, à des saignées fréquentes ; enfin, et surtout, aux douleurs vives que la compression ainsi pratiquée développait dans le membre captif, on s'explique comment le traitement de Guattani fut si rarement mis en usage. Palletta (2), Flajani, Scarpa (3) furent presque les seuls chirurgiens qui y eurent recours. Il est vraisemblable que, malgré ses imperfections, la méthode de Guattani aurait fini par supplanter l'opération de l'anévrysme par l'ouverture du sac ; mais John Hunter ne lui en laissa pas le temps. En élevant à la hauteur d'une méthode générale le procédé suivi par Anel dans un cas particulier, et en substituant la ligature simple à l'ouverture du sac, John Hunter diminua à un tel point la mortalité de l'opération de l'anévrysme, que cette opération devint réellement préférable, sous tous les rapports, au traitement de Guattani.

Quoi qu'il en soit, il était difficile, avec les faits connus, de porter un jugement sur la compression. Fallait-il attribuer les résultats obtenus au régime débilitant ou à la compression directe, ou à la compression indirecte ? La réponse était d'autant plus douteuse, que le régime seul et la compression directe seule avaient déjà donné des guérisons. Il aurait fallu employer la compression indirecte seule ; mais l'école italienne ne l'essaya pas. Sans méconnaître, par conséquent, l'importance historique des travaux de Guattani, il est permis de croire que ces travaux n'ont exercé qu'une médiocre influence sur l'avenir de la compression directe.

Avant d'entrer dans la période suivante, il est juste de consacrer quelques instants à un travail de Brückner, qui passa inaperçu dans le temps, et qui ne méritait pas l'oubli dans lequel on l'a laissé jusqu'à ce jour. Les auteurs qui ont écrit l'histoire de la compression n'en ont pas parlé. On va voir pourtant que ce travail est digne de fixer notre attention et qu'il a droit à nos éloges. Il y a des hommes qui devancent leur époque ; leurs idées restent sans écho pendant leur vie et après leur mort ; puis il vient un moment où ces mêmes idées sont émises par d'autres hommes, où elles fructifient, où elles triomphent. Rendre à ces auteurs méconnus la place qui leur est due est un devoir de l'histoire. Dans le cas actuel, le rôle de l'historien sera facile. Brückner a exprimé ses conceptions avec tant de netteté, qu'il suffira le plus souvent de citer ses propres paroles.

Comme les successeurs de Guattani, Brückner associa la compression à d'autres moyens curatifs ; mais, mieux qu'eux, il sut comprendre le véritable rôle de la compression indirecte. Au lieu d'en faire un moyen accessoire, il en fit au contraire le moyen principal. A cette innovation capitale il joignit des considérations très remarquables sur les conditions propres à favoriser la guérison des anévrysmes. Je cite d'abord un extrait de sa très longue observation.

Observation de Brückner (4).—*Énorme anévrysme poplité. Compression de la fémorale en deux points successifs. Origine du tourniquet annulaire. Guérison.* — Uhrlau, quarante et un ans, forgeron à Gotha, robuste et bien constitué, mais sujet aux rhumatismes. Vers le mois de juin 1794, douleurs dans le jarret droit. On y trouve une tumeur grosse comme un œuf de pigeon, pulsatile et réductible. Divers traitements locaux ou généraux furent vainement employés ; la tumeur s'accrut graduellement et acquit un volume énorme.

Le 14 janvier 1795, le malade, à qui tout le monde avait conseillé l'amputation, réclame les soins de Brückner. La tumeur remplit tout le jarret ; les battements se sentent dans le sens longitudinal jusqu'aux deux

(1) *Loc. cit.*, p. 162.
(2) Palletta, *Giornale di Medicina di Milano*, t. VI, p. 183.
(3) Scarpa, *Traité de l'Anévrysme*, trad. franç. par Delpech. Paris, 1809, p. 371. *Observ.* d'Antoine Gallina, février 1793.
(4) Loder, *Journal für Chirurgie and Geburtshülfe.* Iéna, 1797, In-8, Bd. I, s. 252.

xtrémités du creux poplité ; dans le sens transversal, on les trouve jusqu'à un pouce des bords de la rotule. La tumeur forme une vaste saillie hémisphérique qui soulève fortement la peau ; elle est très élastique ; sur les côtés, elle est un peu plus molle qu'à sa partie moyenne. Les battements sont si forts qu'on les aperçoit à la simple vue, et qu'ils sont capables de mouvoir un poids de 10 livres. En dehors, et notamment au niveau de la tête du péroné, la peau, distendue et amincie, présente une coloration d'un bleu foncé... (Suivent quelques autres signes de l'anévrysme.)... Jambe droite affaissée, froide; cou-de-pied œdémateux; genou demi-fléchi. Le malade ne peut marcher qu'avec des béquilles. Douleur dans toute la tumeur, remontant le long du bord externe de la cuisse jusqu'au niveau de la hanche.

On voit que le cas était grave. Brückner proposa l'amputation ; le malade s'y refusa. Ce fut alors que le chirurgien songea à la méthode de Guattani, à laquelle il fit subir d'importantes modifications. « Mon but, dit-il (1), fut de soutenir à l'extérieur les parois de l'anévrysme, d'augmenter leur tonicité, et de diminuer d'abord du sang dans l'intérieur du sac... Je prescrivis le repos horizontal, l'abstinence des boissons spiritueuses et des aliments indigestes. J'évitai à dessein de mettre le malade à la diète antiphlogistique... *Sur le tronc de l'artère crurale, dans la région de l'aine, je plaçai un tourniquet, et je tournai la vis jusqu'à ce que j'eusse constaté une diminution dans les battements de la tumeur.* Une compresse longuette, épaisse de deux travers de doigt, fut appliquée sur la tumeur. Une mince plaque de plomb fut plus tard placée dans l'épaisseur de cette compresse. » — Le membre tout entier fut entouré d'une bande roulée, appliquée depuis les orteils jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du genou. Mais cette bande ne fut pas très serrée ; trois fois par jour on enlevait la compresse longuette, et on faisait fondre sur la tumeur un gros morceau de glace. A la suite de ces applications, « la *peau restait pendant quelques instants insensible* et d'un rouge-brun ; la tumeur devenait moins volumineuse et surtout plus dure. Ces résultats se prolongeaient environ pendant une demi-heure. »

Le malade ne put pas supporter longtemps le tourniquet de l'aine. Alors Brückner fit construire l'appareil suivant: « Un anneau de fer, composé de deux moitiés articulées, fut placé un peu au-dessous de la partie moyenne de la cuisse. Il était assez large pour être partout séparé de la surface de la peau par une distance d'un travers de doigt. En dehors, il prenait son point d'appui sur une longue tige rigide dont l'extrémité inférieure reposait sur la saillie du genou, et dont l'extrémité supérieure appuyait sur le grand trochanter (2). En dedans, une forte vis poussait une plaque de fer blanc sur une compresse longuette préalablement appliquée sur tout le trajet de l'artère fémorale. Il en résultait une compression qu'on graduait à volonté. *Cette compression n'arrêtait pas entièrement les pulsations, mais du moins elle les diminuait notablement.* »

Le traitement fut commencé le 14 janvier 1795. Au milieu de février, il survint une fièvre rhumatismale et des symptômes thoraciques qui firent craindre un anévrysme de l'aorte. (Traitement antiphlogistique, saignées, etc.) On ne toucha pas au tourniquet, mais *on enleva presque tout à fait la compression directe exercée sur la tumeur*. Au bout de neuf jours, la fièvre céda. On réappliqua la compression comme auparavant.

Cette maladie incidente parut exercer une heureuse influence sur la tumeur qui diminua et devint indolente. Le malade, très soulagé, pouvait mouvoir assez librement son genou. Il fit même des imprudences, et recommença à exercer son métier de forgeron... (Je passe sous silence un rêve du malade et quelques autres détails non moins singuliers)... La compression, exécutée pendant quelque temps d'une manière inexacte, fut reprise et faite avec beaucoup de soin vers Pâques 1795. Les battements s'affaiblirent ; ils devinrent irréguliers ; parfois même ils disparaissaient tout à fait.

Vers la fin d'août, on enleva tout appareil compressif. La jambe restait un peu engourdie ; la tumeur diminuait toujours ; le malade recommença à marcher au mois de septembre 1795 ; la tumeur, réduite au volume d'un œuf de cane, était dure, nullement pulsatile, et occupait le centre du jarret. Le membre avait repris ses fonctions. La jambe, le pied n'étaient plus gonflés. Sur les côtés de la rotule, on sentait battre avec force deux artères collatérales dilatées.

A la fin de l'année 1796, la tumeur n'avait pas encore disparu ; elle était réduite au volume d'un œuf de pigeon.

Le 14 janvier 1797, en descendant un escalier, le malade soumit sa jambe droite à une extension forcée. Aussitôt il éprouva dans le jarret une vive douleur et une sensation de rupture. Le jour suivant, la douleur diminua, mais elle mit un mois à disparaître. Cette extension forcée avait produit dans la tumeur un dernier et remarquable changement qui a persisté depuis. Lorsqu'on fait fléchir la jambe, et qu'on explore par le toucher les restes de l'anévrysme, on trouve que la tumeur, devenue dure et ovoïde, présente en bas et en dehors une ouverture circulaire à travers laquelle une masse comme gélatineuse, du volume d'une noix, paraît s'être échappée.

Malgré ce nouveau changement, le malade se sert de sa jambe droite tout aussi bien que de la gauche. Il peut marcher, aller à cheval, et faire les efforts les plus violents.

(1) *Loc. cit.*, s. 263.

(2) Le grand trochanter n'est pas nommé dans le texte. Il y a seulement que cette tige prenait son point d'appui *au niveau du col du fémur*.

Le traitement adopté par Brückner dans le cas qui précède diffère sous plusieurs rapports de la méthode de Guattani. Nous y trouvons de moins le régime antiphlogistique, et de plus l'application de la glace ; mais la compression elle-même a été exécutée ici d'une manière entièrement nouvelle.

La compression sur la tumeur, qui était l'élément principal dans la méthode de Guattani, n'a constitué ici qu'un élément accessoire. Pendant les premiers temps, on l'enlevait trois fois par jour, une demi-heure environ chaque fois, pour appliquer directement la glace. On l'a enlevée encore lorsque le malade a été atteint d'une fièvre intercurrente. La compression sur l'artère fémorale, au contraire, a été maintenue sans aucune interruption. C'est elle qui a manifestement joué le principal rôle. Guattani la pratiquait avec une simple compresse graduée : Brückner remplace ce bandage par les tourniquets, qui sont bien autrement efficaces. Arrive-t-il que le malade souffre du contact de la pelote du tourniquet inguinal ? Un autre instrument très ingénieux est aussitôt imaginé pour porter cette pression sur d'autres points de l'artère crurale. Brückner n'ignorait pas, par conséquent, qu'on peut soulager les malades, sans rétablir pour cela la circulation, en appliquant un nouveau tourniquet sur un autre point de l'artère. Il n'ignorait pas surtout que la compression doit avoir pour but de diminuer et non de supprimer la circulation : « Pour que la compression réussisse » dans les grands anévrysmes, dit-il, il faut, d'après ma manière » de voir, qu'elle soit d'abord douce et qu'elle croisse graduelle» ment. Il faut *surtout* qu'en même temps l'abord du sang dans la » tumeur soit *diminué* par l'application du tourniquet ou de tout » autre appareil analogue (1). » Les chirurgiens modernes n'ont dit rien de plus explicite que cela. Il n'est pas jusqu'au moyen d'exécution que Brückner n'ait porté du premier coup jusqu'à un haut degré de perfection. Ce tourniquet annulaire, ce *ring tourniquet*, comme disent aujourd'hui les chirurgiens irlandais, n'est-il pas considéré aujourd'hui comme l'un des appareils les plus commodes et les plus efficaces ? On peut dire que rien n'a manqué à Brückner, ni une bonne théorie, ni le génie instrumental, ni la persévérance assidue, ni le succès, cette pierre de touche d'après laquelle les hommes ont tant de tendance à établir leurs jugements. D'où vient donc que le progrès réalisé par Brückner est resté si longtemps stérile? D'où vient que ses préceptes ont été sans écho, et qu'on a oublié jusqu'à l'existence de son observation ?

Un post-scriptum de quelques lignes, ajouté par Loder, nous explique en partie ce fait. Pendant qu'on corrigeait les épreuves de son mémoire, Brückner était mort phthisique, à l'âge de vingt-huit ans, emportant avec lui dans la tombe les espérances qu'il basait sur la méthode nouvelle, espérances qui ne devaient se réaliser qu'un demi-siècle plus tard.

(1) *Loc. cit.* s. 279.

(*La suite à un prochain numéro.*)

PATHOLOGIE INTERNE. — PATHOGÉNIE.

DE LA VACCINATION ET DE SON INFLUENCE PRÉTENDUE SUR LA PRODUCTION DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE ; par M. TEISSIER, Médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Un grave débat, qui intéresse au plus haut degré non seulement les médecins, mais la société tout entière, s'est élevé dans ces derniers temps au sujet des bienfaits de la vaccine. L'utilité de cette belle découverte est en ce moment remise en question, comme du temps de Jenner. Ses principaux adversaires sont M. Carnot, qui, bien qu'étranger aux sciences médicales, a publié un travail con-

sidérable et consciencieux sur cette matière, et deux médecins distingués, MM. Ancelon (de Dieuze) et Bayard (de Cirey), dont l'un, M. Ancelon, a porté l'attaque jusqu'au sein de l'Académie de médecine. Celle-ci, gardienne des intérêts sacrés de la science et de l'art, s'est émue de l'hérésie nouvelle qui tend à se produire au grand jour ; elle en a compris tout le danger, et, avant que le mal eût pris de grandes proportions, elle a voulu faire entendre sa voix et répondre elle-même à l'attaque.

Tout le monde a lu le remarquable rapport de M. Roche, dans lequel brillent tout à la fois la conviction de l'homme qui a étudié attentivement les faits, la valeur des arguments puisés aux meilleures sources, la discussion nette et lumineuse des propositions émises par MM. Carnot, Ancelon et Bayard, dans le but d'ébranler l'opinion générale relativement aux effets du vaccin sur la santé publique. L'Académie de médecine a approuvé à l'unanimité les conclusions de son rapporteur et a cherché, par cette importante décision, à ruiner d'un seul coup les doctrines imprudentes et mal fondées qui ont été émises par ces adversaires de la vaccine, et par arrêter immédiatement cette croisade funeste. Sera-t-elle assez heureuse pour avoir atteint ce but ? Il ne faut pas l'espérer. Et le devoir de la presse, dans cette occurrence, est de ne rien négliger à son tour, afin que l'opinion publique ne s'égare pas au milieu des discussions pour et contre la vaccine, qui peuvent maintenant surgir de tous les points du monde scientifique.

Je ne crois pas, en effet, qu'on puisse aujourd'hui retenir le torrent de l'opposition. MM. Carnot, Ancelon et Bayard ne se sentent pas désarmés, et loin d'être convaincus par le rapport de M. Roche, ils en récusent les arguments, persistent à affirmer que les maladies gastro-intestinales ont acquis une gravité insolite depuis l'usage de la vaccine, et à la considérer comme une ennemie de la société. Malheureusement, cette opinion ne restera pas isolée et sans écho. Je suis convaincu, au contraire, qu'elle entraînera des adhérents ; et si j'en juge par les doutes que j'ai entendu émettre par quelques médecins instruits, mais qui ne se donnent pas la peine d'étudier les faits qui existent autour d'eux, ces adhérents ne seront pas très rares.

Je crois même qu'ils seront assez nombreux, et voici pour quels motifs : On ne saurait se dissimuler que, depuis quelques années, les théories humorales ont repris une grande faveur ; l'organicisme exclusif ne règne heureusement plus en despote dans la première Faculté de médecine du monde. L'altération des liquides a reconquis la place qu'elle devait occuper dans l'étiologie des maladies ; les principes morbides diathésique, rhumatismal, psorique, scrofuleux, etc., ne sont plus méconnus : la nécessité de l'existence des gourmes chez les enfants est admise par beaucoup de médecins ; on revient insensiblement à l'élimination des matières morbifiques, et de là à reconnaître que les maladies éruptives, comme la variole, dépurent le sang et les autres liquides de l'organisme, il n'y qu'un pas et la pente est facile. Ce pas a été franchi, et il devait l'être, parce que les réactions s'accompagnent souvent d'enthousiasme et s'arrêtent difficilement aux limites du vrai. Une autre cause doit contribuer encore à augmenter le nombre des partisans de la variole et des ennemis de la vaccine : c'est la tendance qu'ont un certain nombre de médecins à considérer la fièvre typhoïde et la variole comme deux affections de même nature.

Cette opinion a trouvé de puissants défenseurs, en tête desquels il faut citer MM. Petit et Serres. Ces auteurs ont en effet beaucoup insisté sur la similitude et même sur la parenté qui existe entre ces deux terribles maladies. Bien que l'idée de parenté n'entraîne pas logiquement celle de substitution, séduits par l'idée préconçue d'un principe délétère commun, MM. Ancelot et Bayard n'ont pas vu un fait facile à rencontrer, à savoir, que rien n'est plus incontestable que l'existence de la fièvre typhoïde chez une personne ayant déjà subi la variole ; aussi M. Bayard se plaît-il à répéter dans plusieurs mémoires que les individus affectés de variole n'ont pas plus tard la fièvre typhoïde, et *vice versa* ; erreur matérielle et grossière, qui suffit à elle seule pour ruiner la doctrine du médecin de Cirey ; car la question capitale est là.

Le livre de M. Carnot sur les dangers de la vaccine a paru dans ces conditions. S'appuyant sur des chiffres spécieux et rassemblés avec soin, les conclusions de ce livre ont frappé les esprits trop préoccupés de l'utilité des éliminations et de la crainte des métastases, aussi bien que ceux qui admettent la substitution professée par MM. Petit et Serres. Et voilà comment, à mon sens, se sont enchaînées les idées qui ont conduit plusieurs médecins estimables à écrire des mémoires contre la vaccine, à reproduire les attaques qui ont été dirigées contre elles au commencement de ce siècle, et à se déclarer les adversaires d'une opération qui, depuis sa découverte, a probablement sauvé la vie, en France seulement, à plusieurs millions d'individus.

Pour détruire l'impression produite par les faits de ces médecins, il faut suivre le conseil donné par M. Malgaigne à la tribune de l'Académie, et par M. Barth dans le 1er numéro de ce journal ; il faut non seulement démontrer qu'il existait des fièvres typhoïdes avant l'introduction de la vaccine, en affirmant que les fièvres malignes des anciens auteurs n'étaient pas autre chose que des dothinentérites, parce que beaucoup de médecins pourraient ne pas être convaincus de cette identité ; mais il importe de répondre à des chiffres trompeurs par des chiffres plus exacts, ce qui est facile. « On tirerait plus de lumières dans l'espèce, disait M. Dechambre (*Gazette médicale*, juillet 1852), d'observations particulières, mais nombreuses et précises, que de toute la statistique. La fièvre typhoïde, qui a en effet de grandes analogies avec la variole, est signalée surtout comme une funeste compensation de cette maladie. Eh bien ! si, par l'intermédiaire de l'Académie, l'on voulait embrasser une bonne partie de la France dans une enquête, il ne faudrait pas longtemps pour savoir si la fièvre typhoïde attaque plus souvent les individus vaccinés que ceux qui ne le sont pas. Il y a des départements où la vaccine est presque repoussée. Ce serait un excellent terrain d'observations. »

C'est ce qu'a parfaitement compris l'Académie des sciences naturelles de l'Yonne, en traçant un programme qu'elle a adressé à tous les médecins de son ressort, afin que chacun d'eux enregistre avec soin tous les cas de fièvre typhoïde qu'il aura l'occasion d'observer, qu'il note si les individus affectés de cette maladie ont déjà subi la variole ou s'ils ont été vaccinés ; si la maladie a été grave ou bénigne, si des épidémies de variole et de dothinentérie ont existé à la même époque dans le même lieu, etc.

Convaincu que c'est par cette voie, qui a déjà été suivie par M. Barth, qu'on arrivera à connaître la vérité et à renverser complétement l'édifice élevé par M. Carnot contre la vaccine, je viens à mon tour payer mon tribut et faire connaître le résultat de mes observations sur ce sujet important. Ces observations portent déjà sur une assez longue liste de faits, parce que, depuis près de deux années, préoccupé des idées émises par M. Carnot, j'ai rassemblé avec soin tous ceux qui pouvaient m'éclairer. J'aurai en outre le plaisir de pouvoir les corroborer de ceux qui ont déjà été publiés par quelques uns de mes confrères de Lyon : par M. Roy, dans plusieurs rapports au nom de la commission de vaccine du département du Rhône ; par M. Brachet dans la *Revue médicale*, et par M. Bouchet dans son rapport sur les épidémies de 1852. Je suivrai dans mon exposition le questionnaire qui a été rédigé par la Société des sciences naturelles de l'Yonne.

1° *J'ai constaté des cas évidents de fièvre typhoïde sur des sujets ayant déjà subi la variole.* — Depuis dix-neuf mois que je suis chargé du service de la salle Saint-Charles, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, j'ai traité environ 170 fièvres continues à formes bilieuses, muqueuses ou nerveuses présentant tous les caractères de ce qu'on est convenu d'appeler les fièvres avec exanthème intestinal, c'est-à-dire dothinentérites, ou fièvres typhoïdes.

Sur ce nombre de 170, 30 au moins m'ont présenté des traces évidentes de variole, discrète le plus souvent, mais confluente dans quelques cas. Ces faits n'ont pas été vus par moi seul : ils l'ont été encore par les internes et les externes de ma salle, et je me suis fait un devoir de les montrer aux médecins et aux élèves qui m'honoraient de leurs visites.

Ces fièvres muqueuses ou typhoïdes ont été les unes bénignes, les autres, au contraire, très graves ; 6 se sont terminées par la mort, et chez 4 il nous a été permis de faire la nécropsie et de constater l'existence de l'altération caractéristique des fièvres ty-

phoïdes, c'est-à-dire l'éruption des plaques gaufrées et les ulcérations intestinales. Ces jours derniers encore, j'ai eu le regret de perdre une malade de quarante-deux ans, qui était affectée d'une fièvre grave à forme bilieuse et qui présentait des traces profondes d'une ancienne variole qui avait été très confluente ; en sorte que je puis dire n'avoir observé aucune différence sous le rapport de la gravité entre les fièvres typhoïdes existant chez les personnes ayant déjà subi la variole et chez celles qui ne l'avaient pas subie.

30 personnes sur 170, c'est-à-dire presque un cinquième ! Cette proportion me paraît considérable, et il ne faudrait pas longtemps pour atteindre un chiffre écrasant pour MM. Ancelon, Bayard et Carnot; car je ne doute pas que tous les médecins d'hôpitaux ne fassent des observations analogues. Je suis d'autant plus autorisé à le croire, que déjà, comme je l'ai dit plus haut, plusieurs de mes collègues de Lyon en ont recueilli de semblables. Ainsi, M. Roy a bien voulu me communiquer plusieurs faits très concluants à l'appui de ce que j'avance, et les renseignements qui m'ont été fournis par MM. Brachet, Bouchet et Grenier prouvent qu'ils sont arrivés aussi aux mêmes résultats. Je regrette de ne pas avoir noté avec le même soin et depuis un temps aussi long ceux de mes malades affectés de dothinentérie qui étaient vaccinés et ceux qui ne l'étaient pas. Mon attention ne s'est portée sur ce point que dans ces derniers temps, et néanmoins je suis arrivé à un résultat qui n'est pas sans intérêt, bien qu'il ne soit basé que sur un petit nombre d'observations. Sur 30 malades atteints de fièvre typhoïde, j'en ai observé au moins un tiers, soit 10, qui ne présentaient aucune trace de vaccine. Et ce résultat ne saurait être considéré comme une coïncidence fortuite ; car un jeune médecin, chef de clinique interne à l'École de médecine de Lyon, M. Bourland, a fait récemment des recherches consciencieuses dans tous les services de l'Hôtel-Dieu, et, sur un total de 60 fièvres typhoïdes qu'il a pu examiner, il en a trouvé plus de 20 qui ne portaient sur les bras aucune cicatrice de vaccination. Cette proportion d'un tiers de sujets non vaccinés ne doit pas surprendre, parce que notre hôpital reçoit beaucoup de malades de la Savoie et des pays de montagnes qui nous entourent, où la vaccination est loin d'être générale. Ainsi donc, l'existence de la fièvre typhoïde chez les personnes qui n'ont pas été vaccinées est loin d'être une chose rare, non plus que chez celles qui ont déjà subi la variole. La démonstration ressort déjà péremptoire des faits publiés par M. Barth et de ceux que nous venons leur joindre aujourd'hui; et quand tous les médecins chargés de grands services auront fait également connaître leurs observations, celles-ci se compteront vite par milliers, et la question de la substitution de la fièvre typhoïde à la variole par le vaccin sera définitivement jugée.

2° *J'ai constaté des cas évidents de variole et de varioloïde chez des individus qui avaient eu la fièvre typhoïde.* — On peut maintenant retourner les termes de la question, et dire : Si, comme le pensent MM. Ancelon, Bayard et Carnot, la variole et la fièvre typhoïde sont deux affections qui se substituent l'une à l'autre, si la variole dispense de la seconde, la fièvre typhoïde doit à son tour, et au même titre, créer une immunité pour la variole, et alors on ne doit rencontrer jamais, ou du moins que très rarement, cette dernière maladie chez les individus qui ont eu autrefois l'entérite folliculeuse. Eh bien ! les choses sont loin de se passer ainsi, et, au contraire, il est tout aussi commun de voir la variole après la dothinentérite que celle-ci après la variole. Ces deux affections sont distinctes ; elles ne s'appellent ni ne s'excluent l'une et l'autre. Elles peuvent avoir et elles ont incontestablement d'importantes analogies, mais elles n'ont pas moins une existence parfaitement indépendante.

Dans le cours de cette année et de l'année dernière, j'ai vu plus de vingt faits qui démontrent cette assertion de la manière la plus évidente. J'ai encore, à l'heure qu'il est, dans mon service, deux malades qui ont une variole entée sur une convalescence de fièvre typhoïde, et mon collègue, M. Roy, m'a remis plusieurs observations semblables qui avaient également frappé son attention.

3° Une question très importante à éclairer pour la solution du problème qui nous occupe, est celle de savoir *si les épidémies de variole et de fièvre typhoïde peuvent exister simultanément.* Sans sortir du cercle où il m'est donné d'observer les faits, je crois pouvoir répondre affirmativement à cette question. En effet, dans le cours de cette année, depuis le mois d'août jusqu'à ce jour, on a pu voir, à Lyon, sévir tout à la fois avec intensité la variole et la fièvre typhoïde. L'épidémie de variole a précédé, il est vrai, de plusieurs mois celle de la fièvre typhoïde, qui n'a commencé à sévir avec force qu'à la fin de juillet, tandis que la première faisait de nombreuses victimes depuis le mois de janvier ; mais les affections dothinentériques, en se produisant et se multipliant, n'ont point fait disparaître pour cela les varioles, et l'on pouvait voir, il y a peu de jours encore, dans presque toutes les salles du vaste hôpital de Lyon, un grand nombre de cas de ces deux maladies.

Aussi ce fait a-t-il été parfaitement signalé par un de mes collègues de l'Hôtel-Dieu, M. Girin, qui, dans un excellent article sur les maladies régnantes, qu'il a publié dans le dernier numéro de la *Gazette médicale de Lyon* (octobre 1853), n'a pas omis de faire remarquer que, dans ce dernier semestre, la variole a continué à marcher de front avec la fièvre typhoïde; que, durant l'été, des cas nombreux de petite vérole confluente se sont succédé sans interruption, et que l'influence qui la renouvelle n'est pas près de s'éteindre. Et à ce propos il adopte chaudement les conclusions du rapport dans lequel M. Roche stigmatise les assertions étranges de ceux qui ne craignent pas de soutenir que la vaccine, en éteignant peu à peu la variole, a engendré les fièvres typhoïdes.

Un autre de mes collègues, M. Bouchet, médecin des épidémies dans le département du Rhône, a noté la même coïncidence pour l'année 1852. Dans un rapport qui lui avait été demandé par M. le préfet, il a beaucoup insisté sur la simultanéité des deux épidémies de fièvre typhoïde et de variole dans plusieurs communes de notre département.

En présence de pareils faits, comment se rendre compte de l'opinion des médecins qui ont écrit que les sujets atteints de variole ne le sont pas, plus tard, de fièvre typhoïde, et *vice versa*, quand il suffit de se promener une ou deux fois dans une salle d'hôpital pour observer le contraire ? Vraiment on ne s'expliquerait pas une contradiction aussi manifeste, si l'on ne savait depuis longtemps à quelles erreurs les hommes les plus éminents peuvent être entraînés par les idées théoriques sur la nature intime et sur la cause génératrice des maladies. Alors même que l'observation directe est facile et lumineuse, on la délaisse ou l'on ne voit plus les faits qu'elle enseigne, parce que l'esprit ne peut se détacher des idées spéculatives qu'il a caressées. L'histoire de la médecine présente une multitude d'exemples de cette nature.

Il est évident pour tous ceux qui observent attentivement, qu'il y a entre la fièvre typhoïde et la variole de grandes analogies ; mais ces analogies sont loin de constituer une similitude complète de nature. Toutes deux sont des affections générales, des maladies *totius substantiæ*, de véritables pyrexies avec altération du sang. Dans l'une et l'autre, les prodromes sont à peu de chose près les mêmes, et souvent, à leur période d'invasion, il est difficile de les distinguer. Elles se rapprochent encore par les résultats de l'analyse du sang, aussi bien que par les abcès qui apparaissent fréquemment dans leur période de convalescence. Mais si elles ont des analogies, elles ont aussi des différences incontestables. Leur marche, leur durée sont loin d'être les mêmes. Il faut avoir par trop de complaisance pour trouver de la similitude entre les plaques gaufrées, les ulcérations intestinales et la tuméfaction des ganglions mésentériques de la fièvre typhoïde et les pustules cutanées de la variole; et puis celle-ci est évidemment contagieuse, tandis que la fièvre typhoïde ne l'est que dans des circonstances exceptionnelles, si toutefois elle l'est.

La variole et la fièvre typhoïde peuvent et doivent être classées, à mon sens, dans la même famille nosologique, celle des pyrexies ; mais on n'est pas en droit d'appeler la première une variole interne. Elles ont de nombreux rapprochements, comme la miliaire en a aussi avec la variole, comme la rougeole en a avec la scarlatine, mais elles ne se substituent pas plus l'une à l'autre que les fièvres éruptives ne se remplacent entre elles.

Quant aux propriétés dépuratives de la variole, elles sont plus que contestables. Sans doute, quand cette maladie existe, il importe beaucoup qu'elle se développe facilement, que l'éruption soit régu-

lière, les boutons pleins et saillants, parce que, lorsqu'ils sont pâles et flétris, ils sont l'indice de quelque fluxion intérieure grave, d'une tendance à la putridité du sang ; mais avancer que l'éruption variolique élimine de l'organisme certains principes morbides qui y étaient déposés en germe dès la naissance, dont la sortie est nécessaire et dont la rétention est des plus nuisibles, c'est là une opinion purement gratuite que rien ne démontre, tandis que l'observation de tous les jours prouve au contraire que la variole ébranle souvent les meilleures santés pour toujours ; qu'elle dispose aux scrofules, aux catarrhes, aux rhumatismes et aux tubercules des individus qui, antérieurement, jouissaient d'une excellente constitution.

Et maintenant, que doit-on penser des résultats statistiques auxquels est arrivé après tant de travail M. Carnot et des conclusions qu'il en a tirées et auxquelles se sont rattachés deux médecins très honorables, MM. Ancelon et Bayard, sur le mouvement de la population en France?

Ces conclusions, il est bon de le répéter, afin que les termes du problème soient nettement connus de tous, sont : 1° que depuis le commencement de ce siècle, la mortalité a diminué dans l'enfance, mais qu'elle a considérablement augmenté dans l'âge adulte ; 2° que cet accroissement de mortalité dans l'âge moyen de la vie coïncide avec une augmentation incontestable du nombre des affections gastro-intestinales graves (fièvres typhoïdes, fièvres muqueuses, gastro-entérites) ; 3° que ces résultats fâcheux sont dus à la pratique de la vaccination, qui a transformé la variole externe en variole interne. A ces propositions on a déjà répondu : 1° que si la mortalité a diminué dans l'enfance, il est tout naturel qu'elle se soit accrue dans l'âge adulte, et qu'on n'est pas en droit de s'en plaindre ; car cette mortalité, dans l'adolescence, n'est pas aussi considérable que l'a prétendu M. Carnot, puisque, d'après les chiffres les plus authentiques, la vie moyenne a augmenté ; 2° que les fièvres graves, appelées aujourd'hui typhoïdes, qui ont pour caractère anatomique une lésion des plaques de Peyer dans les intestins, ne sont ni plus nombreuses ni plus graves dans notre siècle que dans les précédents. Ce point a été démontré d'une manière irréfragable par le célèbre rapporteur de l'Académie, M. Roche, qui a parfaitement établi, à l'aide de documents historiques faciles à consulter, que les fièvres décrites par les auteurs anciens sous les noms de *fièvre putride*, *maligne*, *ataxique*, etc., n'étaient pas autre chose que notre fièvre typhoïde, et que ces fièvres étaient aussi meurtrières du temps de Stoll, c'est-à-dire avant l'introduction de la vaccine, que de notre temps. L'argumentation que M. Roche a tirée de Stoll, il aurait pu tout aussi bien l'emprunter aux descriptions de Boerhaave, de Baglivi, qui écrivaient dans le XVIIe siècle ; à celles de Fracastor, qui remontent au XVIe, et même à Hippocrate, dans son livre *Des épidémies*, et, par conséquent, bien longtemps même avant l'apparition de la variole.

Et à tous ces arguments, qui établissent déjà d'une manière si concluante que la vaccine n'a pas été la cause génératrice de la fièvre typhoïde, puisque celle-ci existait bien avant la découverte de Jenner, nous venons joindre d'autres preuves qu'on avait négligé de faire intervenir dans la discussion, et qui cependant ont une grande importance. Ces preuves, ce sont des faits cliniques nombreux vus par beaucoup de personnes, faits qui établissent que la fièvre typhoïde n'est pas une variole interne produite par une répercussion de la variole externe empêchée par le vaccin, puisqu'elle se montre fréquemment chez des individus non vaccinés, et même chez des sujets présentant des traces de variole confluente ; que ces deux affections ne se substituent pas l'une à l'autre, et que l'opinion qui a été émise à cet égard par MM. Bayard et Ancelon est erronée.

On pourrait encore se faire, contre la doctrine de ces honorables médecins, une arme de la contradiction qui existe parmi ceux qui considèrent la vaccination comme produisant une répercussion funeste et ayant multiplié le nombre des maladies internes ; car, tandis que MM. Bayard, Ancelon, Moos (de Vienne), soutiennent que la vaccine a engendré la fièvre typhoïde, M. Verdé de l'Isle prétend au contraire qu'elle a considérablement accru le chiffre des affections scrofuleuses et tuberculeuses.

Tout cela prouve combien il est difficile de faire des statistiques exactes, et combien il faut apporter de réserve dans la solution des problèmes qui touchent aux questions de politique médicale, puisque des hommes instruits, qui ont consacré plusieurs années de leur vie à faire dans cet ordre des recherches, des travaux consciencieux, et qui ont recueilli de nombreux matériaux, sont arrivés à des résultats complétement faux et dangereux pour la société. Évidemment, M. Dechambre, dont j'ai déjà cité l'opinion, avait raison quand il disait : « Les adversaires de la vaccine sont loin, bien loin d'avoir édifié leur doctrine sur des bases solides. Pour dire toute notre pensée, nous doutons, la doctrine fût-elle vraie, qu'elle trouve jamais un appui suffisant dans la statistique. Même quand elle travaille sur des éléments connus, la statistique n'est pas exempte de contradictions, parce que la combinaison des éléments, le groupement des chiffres, peuvent varier comme la perspicacité des hommes. C'est bien pis encore, quand il s'agit de dégager du milieu d'éléments nombreux, compliqués, divers comme les temps et les lieux, souvent livrés à un pur hasard, de dégager, disons-nous, un seul élément pour en déterminer l'influence spéciale dans le mouvement de la population. »

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

CHIRURGIE. — M. *Velpeau* fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier sous le titre de *Traité des maladies du sein et de la région mammaire*. Il donne, au sujet de cet ouvrage, les explications suivantes : « A l'aide de recherches multipliées et d'environ 2,000 observations, fruit d'une pratique de trente années, j'ai cru pouvoir reprendre, par ses bases, toute la pathologie de la mamelle. Guidé par l'anatomie chirurgicale, j'ai donné, dans cette monographie, une description nouvelle, et d'après nature, des inflammations du sein. Un chapitre, le chapitre des *tumeurs*, m'a ensuite et surtout occupé. On sait combien ces sortes de tumeurs sont nombreuses et variées ; on sait aussi que la plupart d'entre elles sont de nature cancéreuse ; on sait enfin qu'après avoir été enlevées par la chirurgie, il en est qui reviennent avec une opiniâtreté désespérante, tandis que d'autres ne repullulent point ; mais on manquait de caractères suffisants pour en faire la distinction avec quelque certitude au lit des malades. Je crois être parvenu à dissiper en partie, sous ce rapport, l'obscurité et la confusion dont l'humanité avait droit de se plaindre. Sans parler des kystes, des hypertrophies, des engorgements, des lipomes, des indurations, qui ont toujours été et restent de nature bénigne pour tout le monde, j'ai décrit, sous le nom d'*adénoïdes*, une classe entière de tumeurs qu'il sera facile dorénavant de ne plus confondre avec le cancer. Or ces tumeurs, qui guérissent radicalement par l'opération, qui disparaissent parfois d'elles-mêmes, et que beaucoup de femmes peuvent assez souvent garder sans danger sérieux, entrent pour un quart (un cent sur quatre cents) dans le total des tumeurs rangées jusqu'ici sous le titre de *cancers*.

» A côté de ce premier résultat, j'en puis indiquer un autre.

» Les médecins ont été de tout temps divisés sur la question de savoir si le cancer véritable est incurable ou non, par l'opération ou de toute autre façon. Une étude attentive de la question, des faits nouveaux et une longue expérience m'ont démontré qu'ici le désaccord tient à ce que les différentes formes de cancer n'ont pas toutes la même force ou la même puissance de reproduction. Partant de là, j'ai établi une sorte d'échelle qui indique le degré de malignité, la tendance à la récidive, propres à chacune des formes du mal. On arrive ainsi à pouvoir dire au praticien : Avec telle forme, la récidive n'est pas fréquente, quoique possible ; il faut opérer : avec telle autre forme, la récidive est fort à craindre sans être constante ; opérer encore ; avec cette autre forme, au contraire, la récidive est presque inévitable ; n'opérez pas !

« Sans me flatter, ajoute M. Velpeau, d'avoir complétement élucidé la question des cancers et des autres tumeurs de la région mammaire, j'espère au moins avoir fourni aux chirurgiens le moyen de mettre les secours de l'art d'accord avec la nature du mal, et de prescrire aux malades, mieux que par le passé, ce qui convient à chaque espèce de tumeur en particulier. Les données fournies par le microscope dans la question des tumeurs en général, et spécialement des cancers, ont dû être soumises aussi, par moi, au contrôle de la clinique ; je les discute longuement dans ce volume ; mais il est inutile d'en parler en ce moment, attendu que je

compte demander bientôt à l'Académie la permission de lui présenter un travail distinct sur ce sujet. »

Élection d'un secrétaire perpétuel. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un secrétaire perpétuel pour la section des sciences mathématiques, en remplacement d'Arago. Au premier tour de scrutin, le nombre des membres ayant droit de voter étant 54, et le nombre des votes 52, M. Élie de Beaumont obtient 19 suffrages, M. Charles Dupin 16, M. Lamé 8, M. Pouillet 7, M. de Sénarmont 1 ; il y a un billet blanc.

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue des suffrages, l'Académie procède à un second tour de scrutin.

Le nombre des votants étant 53, M. Élie de Beaumont obtient 29 suffrages, M. Charles Dupin 17, M. Pouillet, 5, M. Lamé 1, M. de Sénarmont, 1.

M. Élie de Beaumont ayant réuni la majorité absolue des suffrages est proclamé élu.

CHIRURGIE. — *De l'emploi du perchlorure de fer dans certains anévrismes, en associant les injections coagulantes à la méthode de Brasdor.* — M. *Pétrequin*, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, a eu l'idée d'employer la solution de perchlorure de fer comme auxiliaire de la méthode de Brasdor, dans les cas où cette méthode constitue la seule ressource connue de l'art qu'on ait à opposer à certains anévrismes. Il a pensé qu'on réussirait à augmenter les chances heureuses de la méthode de Brasdor, en coagulant rapidement le sang dans l'anévrisme, et que la combinaison des injections coagulantes et de la ligature artérielle dans ces cas désespérés pourrait conduire à des résultats favorables. M. Pétrequin a fait une fois l'application de cette méthode mixte dans un cas d'anévrisme de l'artère sous-clavière droite. Le malade a été opéré le 27 septembre par la méthode de Brasdor ; les suites de l'opération furent bénignes ; peu de réaction, sommeil ; tout s'annonçait bien. Le 29 septembre, M. Pétrequin ponctionne la tumeur et injecte 8 à 9 gouttes de perchlorure ferro-manganique à 30 degrés, préparé par M. Burin-Dubuisson. Compression préalable sur le tronc brachio-céphalique, laquelle est continuée dix minutes. Le 30, les battements ont à peu près cessé ; le 1er octobre on n'en sent plus aucun. Le 3 octobre, invasion d'une bronchite, compliquée de pneumonie avec quintes de toux intenses, qui ne cèdent au traitement que vers le 5 octobre ; plaie en suppuration. Le 7 octobre, hémorrhagie abondante par la plaie de la ligature ; tamponnement avec le perchlorure de fer. Le 8 octobre, nouvelle hémorrhagie ; dans la nuit, troisième hémorrhagie. Le 9, le malade s'affaiblit de plus en plus. A la visite du 10, on le trouve mort à l'état exsangue. L'autopsie a démontré que l'hémorrhagie avait été causée par la section prématurée de la sous-clavière. M. Pétrequin ne pense pas qu'on doive attribuer l'hémorrhagie au perchlorure de fer ; il fait voir, par des exemples tirés de la pratique de MM. Lisfranc et Velpeau, combien sont fréquentes les hémorrhagies dans les ligatures de l'axillaire et de la sous-clavière, en dehors de toute application du perchlorure. Il termine son travail en disant qu'avec un ensemble de précautions déterminées, la combinaison des injections coagulantes et de la méthode de Brasdor pourra devenir une ressource précieuse dans le traitement de certains anévrismes qui se trouvent aujourd'hui, malheureusement, au-dessus des ressources ordinaires de l'art.

ORGANOGÉNIE VÉGÉTALE. — M. *Payer* présente un mémoire sur l'organogénie des limnanthées et des considérations générales sur l'androcée (*étamines rangées en spirales, étamines rangées en verticilles, étamines dédoublées*). (*Renvoyé à l'examen de la section de botanique.*)

PHYSIOLOGIE. — M. *Duchenne*, de Boulogne, présente un mémoire intitulé : *Recherches électro-pathologiques sur les usages de la sensibilité musculaire.* (*Comm.*: MM. Becquerel, Despretz, Rayer.)

MÉDECINE. — *Choléra-morbus.* — La publicité donnée au legs Bréant attire à l'Académie une foule de communications relatives soit au choléra, soit au traitement des dartres, soit à l'une et à l'autre de ces affections. Diverses communications de cette nature lui arrivent aujourd'hui ; les auteurs sont MM. Martin, Josept, abbé Loison, abbé Carmentrer, Massias, Pelset, Everarts. (*Renvoi à la section de médecine.*)

PHYSIQUE DU GLOBE. — M. *Thenard* fait un rapport au nom d'une commission composée de MM. Magendie, Dumas, Thenard, rapporteur, sur une note de M. *Chatin*, concernant la présence de l'iode dans les eaux courantes et les plantes des Antilles et des côtes de la Méditerranée. Il conclut à l'insertion dans le *Compte rendu* de la note de M. Chatin, qui a pour objet de répondre à quelques observations de M. Casaseca, de la Havane, et à quelques autres de M. Martin, de Marseille. Suivant M. Chatin, les observations de M. Casaseca et de M. Martin, loin d'infirmer quelques uns de ses résultats, seraient au contraire, sur plus d'un point, la confirmation de ses recherches et de ses vues. Ainsi, M. Casaseca, qui a trouvé dans l'eau de l'Almendara environ $\frac{1}{5}$ de milligramme d'iode pour 10 litres d'eau, pense que cette proportion est inférieure à celle que M. Chatin a constatée dans les eaux des contrées affligées du goître endémique, et il en déduit que, pour expliquer l'absence de cette maladie à la Havane, il est nécessaire de faire intervenir la vivacité des courants d'air. Mais, d'après M. Chatin, c'est généralement dans les localités dont les eaux ne contiennent pas pour 10 litres d'eau $\frac{1}{30}$ de milligramme d'iode, qu'on observe le goître primitif, et M. Casaseca doit reconnaître que ses analyses, loin d'être contraires aux recherches de M. Chatin, en sont au contraire la confirmation. M. Chatin ajoute qu'il doit à l'obligeance de MM. Renaud, inspecteur de la marine, et Bretel, chirurgien-major de la frégate *l'Érigone*, d'avoir pu constater la présence de l'iode (environ $\frac{11}{20}$ de milligramme pour 10 litres) dans la pluie et dans l'eau des sources de la Guyane, ainsi que dans l'eau des rivières de la Guadeloupe. Il a aussi trouvé l'iode, et en quantité à peu près égale, dans le tabac de la Havane et dans le tabac de France.

M. Chatin fait suivre la note de M. Martin des observations suivantes : 1° J'ai trouvé l'iode (à peu près $\frac{1}{250}$ de milligramme par litre) dans l'eau de pluie tombée à Nice dans la première quinzaine d'octobre, dans l'eau des citernes de Cette, dans une pluie recueillie par moi-même, à Cette, dans la matinée du 27 octobre ; à Montpellier, dans la soirée du même jour. 2° J'ai constaté la présence de ce corps dans les eaux de sources légères qui m'ont été envoyées des contrées qui avoisinent Marseille, ou que j'ai recueillies moi-même. 3° Il est cependant vrai de dire, d'une manière générale, que, contrairement à ce qu'on pouvait prévoir, les eaux pluviales sont moins chargées d'iode sur les côtes de France qu'à l'intérieur des terres. M. Chatin pense encore qu'on doit trouver dans l'eau de pluie recueillie sur les côtes d'autant plus d'iode que le vent souffle plus des terres.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. *Gibert* demande la parole pour remercier l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant une fois encore aux fonctions de secrétaire annuel.

Correspondance.

1° Le ministre de l'agriculture et du commerce adresse sept pièces officielles : *a*. Rapport du médecin des épidémies de l'arrondissement de Bar-le-Duc sur une épidémie de variole qui règne depuis la fin d'octobre dernier dans l'asile d'aliénés de Fains (*Commission des épidémies*). — *b*. Rapport du docteur *Rousset*, médecin cantonal, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans treize communes de l'arrondissement de Sarreguemines (Moselle) ; ce rapport est terminé par un exposé d'observations faites lors des épidémies cholériques de 1832 et 1849 (*Commission des épidémies*). — *c*. Rapport du docteur *Chapel*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Malo, sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans cet arrondissement depuis le mois de mars 1852 jusqu'au mois de février 1853 (*Commission des épidémies*). — *d*. Communication relative à des sources thermales sises au lieu dit *le Plan de Phasy*, dans l'arrondissement d'Embrun (Hautes-Alpes), et qui paraissent avoir joui à une époque déjà éloignée d'une certaine réputation. En 1824, le département a fait construire, pour leur exploitation, un établissement thermal qui appartient aujourd'hui à la commune de Guillestre ; mais l'exploitation de ces eaux n'a jamais été régulièrement autorisée. Le ministre adresse un échantillon de l'eau des sources du plan de Phasy, afin que l'analyse en soit faite dans les laboratoires de l'Académie, et consulte cette compagnie tant sur la propriété des eaux médicinales dont il s'agit que sur la question de savoir s'il y a lieu d'en régulariser l'exploitation (*Commission des eaux minérales*). — *e*. Recette de pilules fébrifuges, de la composition de M. Gendrat, pharmacien à Rennes (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*). — *f*. Remède contre les tumeurs hémorrhoïdales de M. *P. Plègre* (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*).

2° Le préfet des Pyrénées-Orientales transmet les rapports de MM. les médecins-inspecteurs des établissements thermaux de Molity, Vernet, et des Graus d'Olette, pour l'année 1852 (*Commission des eaux minérales*).

3° Tableau des vaccinations pratiquées en 1852 dans le département de la Seine (*Commission de vaccine*).

4° Lettre de M. *Taulet*, de Belleville, qui demande que la commission chargée d'examiner ses remèdes, et dont M. Bouchardat est le rapporteur, veuille bien continuer ses expériences et hâter son rapport (*Commission nommée*).

5° Lettre de M. *Swéron*, à Haecht (Belgique), qui demande si la topographie statistique et médicale, qu'il a adressée pour la joindre à un mémoire précédemment envoyé pour le prix Nadau, est parvenue à l'Académie. (*Ce mémoire n'est pas parvenu*).

6° Lettre de M. le docteur *Debouge*, à Rollat, près Montdidier (Somme),

qui annonce l'envoi, sous le couvert du ministre de l'instruction publique, d'un petit ouvrage d'hygiène populaire pour le concours du prix Nadau. (*L'ouvrage annoncé n'est pas parvenu à l'Académie*).

7° Propositions adressées par M. *Pitancier de Montigni* au sujet de l'influence des gaz sur la production et le développement des maladies. Ce médecin, qui avait précédemment annoncé que tous les organes sont susceptibles de pneumatose, même le cerveau, revient aujourd'hui sur cette idée en disant que les apoplexies sans lésions sont dues à un gaz développé dans le cerveau (*Commission des succédanés du quinquina;* rapporteur, M. Grisolle).

8° Note de M. *Lepage*, pharmacien à Gisors, relative à la préparation de la digitaline. (M. Bouchardat, rapporteur.)

9° Remercîments de M. *Durand-Fardel* au sujet de la médaille d'argent qui lui a été accordée pour son dernier travail sur les eaux minérales.

10° Dépôt par MM. *Pâquet* et *Sindo* d'un paquet cacheté ayant pour but d'établir un fait de priorité sur certaines observations relatives au choléra.

11° Communication de M. le docteur *Laurencin*, professeur à l'École de médecine navale de Rochefort, au sujet d'un cas d'anévrisme de l'artère fémorale occupant toute la partie supérieure et interne de la cuisse. Essai d'une compression méthodique sur la tumeur, qui était aussi grosse que la tête d'un fœtus à terme; impossibilité de maintenir la compression à cause des douleurs qu'elle occasionnait; ligature de l'iliaque externe; mort vingt-deux jours après l'opération. (*Comm.* : MM. Velpeau, Laugier, Roux.)

Rapports et Mémoires.

M. *Robinet* lit successivement plusieurs rapports, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux. Les conclusions de ces rapports, toutes négatives, sont adoptées par l'Académie presque sans discussion.

M. *Bérard*, président, fait connaître les résultats de deux scrutins qui viennent d'avoir lieu pendant la séance pour la constitution de la Commission des épidémies et de la Commission des eaux minérales.

Commission des épidémies; membres sortants : MM. Rostan et Michel Lévy; membres entrants, MM. Bégin et Collineau. — *Commission des eaux minérales;* membres sortants : MM. Jolly, Patissier; membres entrants, MM. Patissier, Nacquart.

M. *Lucien Corvisart* donne lecture d'un mémoire intitulé : *Études sur les aliments et sur les nutriments*, ou *Nouvelle méthode pour le traitement des malades dont l'estomac ne digère point.*

Voici quelques conclusions qui pourront donner idée de ce travail :

L'aliment n'est qu'une substance brute qui laisse périr d'inanition celui qui ne digère point; de même que l'œuf brut reçoit tout à coup, par la fécondation, l'aptitude à faire un nouvel être, l'aliment brut, par la digestion, acquiert tout à coup une aptitude à nourrir, ou, si l'on veut, à faire vivre. 1. Lorsqu'il a acquis cette propriété élevée je l'appelle nutriment; 2. Le nutriment a, par lui-même, la propriété de nourrir, même celui qui ne digère pas. 3. L'albuminose est un nutriment, mais il est loin d'être le seul. 4. Il y a plusieurs nutriments azotés; il y a plusieurs manières de faire des nutriments azotés; plusieurs sortes de nutriments azotés sont aussi nécessaires pour faire vivre, que plusieurs aliments azotés, et par la même raison. 5. On reconnaît un nutriment à ce qu'il agit à la manière des substances digérées, quand on l'introduit dans la profondeur des tissus, quoiqu'on ne lui permette pas de toucher les organes digestifs. 6. Toute substance soluble, qui n'est pas utilisable pour l'économie, et qui y pénètre, est rejetée par les sécrétions (surtout l'urinaire); ainsi des poisons, des médicaments; ainsi des aliments bruts. 7. Toute substance utilisable, comme est le nutriment, est retenue, utilisée, et n'est pas rejetée par les urines. 8. L'injection dans les veines d'un animal, pourvu qu'on observe nombre de précautions opératoires, permet de reconnaître à l'instant un aliment d'un nutriment. 9. Ni les caractères physiques, comme croyait Spallanzani, etc., ni les caractères chimiques, comme il résulterait des travaux de M. Mialhe, ne peuvent faire reconnaître un nutriment; le caractère physiologique ou organoleptique seul est irréfragable. 10. On peut nourrir les malades dont l'estomac, par faiblesse ou impuissance, ne digère point; les nourrir en se passant, pour ainsi dire, de leur estomac, faire ses fonctions, et sans lui, et aussi bien qu'il les aurait faites lui-même, avec autant de profit pour la nutrition et l'entretien de la vie. Qu'y a-t-il de plus simple, de plus naturel, de plus puissant, que d'employer avec les prises ou cuillerées nutrimentives la force vive que renferme le principe digestif, cette force qui n'a de comparable que la force fécondante? (*Comm.*: MM. Longet, Londe, Bouchardat, rapporteur.)

M. Bouchardat lit en son nom et au nom de M. Lévy, sur l'alimentation insuffisante, un rapport dont nous rendrons compte dans le prochain numéro, ainsi que de la discussion qui l'a suivie, en les faisant suivre de quelques remarques.

M. *Bérard*, président, proclame les résultats de plusieurs scrutins qui ont eu lieu dans la séance :

Commission de vaccine. Membres sortants : MM. Gérardin, Danyau, Devilliers, décédé; membres entrants, MM. Depaul, Jolly, Émery.

Commission des remèdes secrets et nouveaux. Membres sortants : MM. Adelon, Bouchardat, Orfila, décédé; membres entrants, MM. Gérardin, Chatin, Renaudin.

Commission de publication. Membres sortants, MM. Bousquet, Bégin, Chomel, Bussy, Boullay jeune; membres entrants : MM. Bouillaud, Laugier, Requin, Boutron, Leblanc.

La séance est levée à cinq heures.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

De la lenteur du pouls dans le cours de la fièvre, par le docteur HENRY KENNEDY.

Nous ne nous arrêterons pas à une remarque préliminaire de l'auteur portant sur ce fait que, dans le cours d'une fièvre, le pouls devient plus fort et plus fréquent, très peu de temps après que le malade s'est mis au lit; changement que M. Kennedy attribue à la chaleur. Le fait est vrai, mais il est fort connu ; et chacun sait que le lit amène une réaction qui se traduit par l'élévation du pouls. Nous arrivons de suite à ce qui est le fond du présent travail.

La lenteur du pouls, pendant le développement d'une fièvre, se présente dans trois circonstances au moins : 1° dans le cours de la jaunisse. Une observation rapportée montre le nombre de pulsations descendu à 56. Ce symptôme est commun aux jaunisses ordinaires et à celles qui s'accompagnent de vomissements noirs et qui sont si fréquemment funestes ; 2° dans les maladies cérébrales. Le pouls lent n'appartient pas seulement aux affections cérébrales des enfants, mais encore à celles des adultes. L'auteur insiste beaucoup sur ce point, et il rappelle combien ce symptôme peut rendre la maladie insidieuse ; 3° dans certaines fièvres continues. Les dix observations rapportées à ce sujet sont fort brèves ; mais on voit aisément qu'elles ont trait ou à la fièvre typhoïde, ou au typhus fever. Les pétéchies et les taches (*spot*) y sont souvent notées, mais sans développements suffisants pour qu'on puisse en bien déterminer le caractère. Le pouls est souvent descendu entre 50 et 60, et même plus bas. L'auteur fait remarquer que l'abaissement du pouls a été le même dans les cas où les taches faisaient défaut que dans ceux où elles existaient; dans les cas où le cerveau était engagé que dans ceux où il restait parfaitement libre.

Enfin il rappelle que, indépendamment de ces trois conditions principales, le pouls lent peut s'observer exceptionnellement dans des maladies aiguës, où habituellement la circulation est très accélérée, comme la pneumonie, la pleurésie, la péritonite, etc.

On ne peut s'empêcher de reprocher à ce travail le défaut d'esprit analytique, et le peu de compte qu'on y tient de l'état actuel de la science. La lenteur du pouls dans l'ictère est consignée partout; et quant à ce qui est de l'ictère grave, on a pu voir récemment dans ce journal (n° 7) que ce symptôme avait été spécialement signalé par un grand nombre d'auteurs anglais et allemands.

Nous en dirons autant de la lenteur du pouls dans les affections cérébrales des adultes; du moins de quelques unes, comme l'apoplexie séreuse (et M. Kennedy ne spécifie que celle-là). Enfin, qui ne connaît la lenteur du pouls dans un grand nombre de fièvres continues? On sait que le pouls est loin de présenter la même fréquence du commencement à la fin d'une même fièvre. L'auteur le reconnaît; mais c'est ici qu'il aurait été bon d'entrer dans quelques considérations, relativement aux causes de ces variations. M. Louis a fait sur ce point des études qui méritent de servir de modèles. Mentionner des variations dans le nombre des pulsations du pouls pendant la durée d'une fièvre, sans pousser plus loin la curiosité, est-ce bien utile, scientifiquement et pratiquement? (*The Dublin Quaterly Journal of Medical Science*, nov. 1853, p. 299.)

Dix cas de fièvre intermittente traités par le sulfate de cinchonicine (de M. Pasteur), par le docteur Forget.

Il y a moins d'intérêt à chercher des succédanés du sulfate de quinine dans les autres constituants du quinquina, qu'à les demander à des substances de toute autre origine, comme le chlorure de sodium ou le sel ammoniac. En effet, toutes les fois qu'on peut se procurer de la cinchonicine, on peut avoir aussi de la quinine, puisque l'une et l'autre proviennent du même arbre, et la différence de prix qui existe entre les deux substances s'effacerait bientôt si elles jouissaient l'une et l'autre des mêmes propriétés. Le prix de la cinchonicine monterait, celui de la quinine baisserait, et le bénéfice ne serait jamais très grand. Le vrai problème, à ce point de vue économique, consiste à trouver le moyen de se passer de quinquina.

Les expériences entreprises par M. le professeur Forget sur le sulfate de cinchonicine de M. Pasteur intéresseront toujours la science en même temps que la pratique.

Des 10 observations qui font la base de ce travail, 6 sont relatives à la fièvre quotidienne, et 4 à la fièvre tierce. On peut dire sans crainte que le résultat a été insignifiant. Dans les 6 cas, en effet, où la fièvre a été modifiée, ç'a été si lentement, si imparfaitement, et la récidive a été relativement si fréquente (2 fois sur 6), que nous n'oserions en tirer aucune conséquence relative aux propriétés fébrifuges du médicament. Presque toujours il a fallu quatre, cinq, six, sept jours pour couper la fièvre. Il est en outre à remarquer que l'administration du remède a amené des vomissements (sans compter quelques troubles intestinaux) dans la moitié des cas où il a réussi, et l'on sait bien qu'un effet vomitif suffit assez fréquemment pour suspendre le cours d'une fièvre, alors même qu'elle dure, comme c'était le cas, depuis plusieurs jours. Le médicament a été administré généralement en solution à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, à prendre en deux fois (matin et soir).

M. Forget ne fait pas non plus honneur au sulfate de cinchonicine de la disparition de la fièvre dans les observations où cet effet n'a été obtenu que lentement, et il résume ainsi les principaux résultats de ses recherches : 1° la cinchonicine n'a supprimé franchement la fièvre que trois fois sur dix ; encore son action a-t-elle été moins rapide que celle du sulfate de quinine ; 2° la cinchonicine occasionne des accidents gastriques, même à la dose de 50 centigrammes ; 3° cinq fois le sulfate de quinine a manifesté sa supériorité sur la cinchonicine ; 4° la récidive a lieu au moins aussi souvent après la cinchonicine qu'après le sulfate de quinine ; 5° la cinchonicine, pas plus que le sulfate de quinine, n'empêche l'anasarque de se produire.

Ajoutons que l'auteur a expérimenté le sulfate de cinchonicine dans un cas de rhumatisme articulaire aigu datant de quatre jours. Il a débuté par 1 gramme en deux fois, pour arriver à 2 grammes ; mais de graves accidents gastriques se sont produits. Néanmoins, le rhumatisme a été enlevé complétement dans l'espace de six jours. (*Gazette médicale de Strasbourg*, n° 11, 22 nov. 1853.)

Observations d'hémiplégie faciale idiopathique, par le docteur Candido d'Azambuja.

Il vient de se fonder à Montevideo une *Société de médecine* dont les statuts et le règlement sont sous nos yeux. L'article premier du second chapitre des statuts dispose qu'il sera fondé une publication périodique où seront insérés les travaux de la Société, les actes de ses séances, le résumé de sa correspondance, les mémoires présentés que la Société jugera dignes d'être admis dans son recueil, des observations empruntées à la pratique civile et des hôpitaux, enfin des travaux nationaux et étrangers jugés dignes d'intérêt. C'est dans le premier numéro de ce recueil que nous trouvons le mémoire dont nous allons dire quelques mots.

L'hémiplégie faciale idiopathique est aujourd'hui bien connue. Les exemples en sont assez nombreux, et un confrère belge de beaucoup de mérite, M. François, en a fait, il y a deux ou trois ans, l'objet d'un mémoire spécial. M. Candido d'Azambuja en rapporte deux nouvelles observations ; mais auparavant il entre, sur les diverses formes de paralysie faciale, dans quelques considérations qui auraient besoin, peut-être, d'un peu plus de précision. Il admet, dans cette région, quatre formes de paralysie : 1° les muscles superficiels et profonds de la face ont perdu leur motilité, et la sensibilité de la peau est abolie ; 2° les muscles profonds sont paralysés, la sensibilité est abolie, mais les muscles superficiels ont conservé leur mouvement ; 3° tous les muscles ont conservé leur contractilité, mais la partie est insensible ; 4° enfin, les muscles superficiels seulement sont paralysés, la contractilité des muscles profonds et la sensibilité sont conservés.

On voit aisément que cette classification est puisée moins dans les faits observés jusqu'à ce jour (car on n'a peut-être jamais vu la paralysie des muscles profonds et l'abolition de la sensibilité coïncider avec l'intégrité des mouvements des muscles superficiels) que dans les notions acquises sur les fonctions des nerfs de la face. Sous ce rapport, la classification de l'auteur est parfaitement physiologique ; chacun des cas qu'elle suppose est physiologiquement possible ; mais alors elle est incomplète. On s'en assurera aisément si l'on veut bien se rappeler : 1° que le nerf facial anime les muscles superficiels ; 2° que la branche ganglionnaire du trijumeau et une partie du maxillaire inférieur président à la sensibilité de la face ; 3° qu'une partie du maxillaire inférieur anime les muscles profonds de cette région. Dès lors, on voit que si les muscles superficiels et profonds peuvent conserver leur contractilité et la sensibilité être abolie, parce que toutes les branches motrices du maxillaire inférieur et le nerf facial sont intacts et que les filets sensitifs du maxillaire inférieur et tout le maxillaire supérieur sont malades (forme n° 3), il peut aussi bien arriver que les muscles profonds soient seuls paralysés, pendant que la contractilité des muscles superficiels et la sensibilité faciale seraient conservés. Néanmoins, nous le répétons, les distinctions de l'auteur attestent des notions physiologiques d'une parfaite exactitude.

Ses deux observations sont relatives à la quatrième forme, celle dans laquelle il n'existe qu'une paralysie des muscles superficiels avec intégrité du mouvement des muscles profonds et de la sensibilité. Inutile de rapporter les détails de ces deux faits, qui n'offrent rien de particulier. Dans les deux cas, la paralysie s'était produite rapidement sous l'influence du froid, et l'on sait que c'est là la cause la plus fréquente de l'hémiplégie faciale idiopathique. Dans toutes les deux aussi, il existait de la douleur à la région mastoïdienne du côté paralysé.

Un mot seulement sur le traitement employé et sur le résultat. Le premier soin de M. d'Azambuja fut d'appliquer des sangsues derrière l'oreille, *loco dolenti*. Dans un cas où la maladie était toute récente, le succès fut rapide ; dans l'autre, où les accidents dataient déjà de deux mois, aucun résultat ne fut obtenu de ce moyen, et la guérison n'eut lieu qu'après l'emploi local de la strychnine. Nous croyons que, dans ce second cas, on eût pu se dispenser d'essayer les évacuations sanguines, qui n'offraient aucune chance ; mais en général, quand l'hémiplégie est de fraîche date, quand elle est survenue subitement sous l'influence du froid, quand elle s'accompagne de douleur aux environs du trou stylo-mastoïdien, nous ne connaissons pas de moyen plus efficace que l'application des sangsues. La douleur, ici, établit une indication formelle, et il importe de la chercher par des pressions faites avec le doigt sur cette région. (*Anales de la Sociedad de medecina Montevideana*, t. I, n° 1, p. 30.)

Mort subite par suite de la rupture d'un kyste hydatique dans le poumon, par le docteur Alfter.

Caroline H., âgée de vingt-quatre ans, avait joui jusqu'à sa seizième année d'une bonne santé. Onze mois à peu près avant sa mort, la malade commença à éprouver dans l'hypochondre droit des douleurs d'abord gravatives, puis lancinantes, accompagnées bientôt d'une toux sèche et d'un amaigrissement général. Trois mois plus tard environ, apparition, sous les fausses côtes droites, d'une tumeur ronde, sans changement de couleur de la peau, élastique, mate à la percussion. La sonorité était complétement mate en avant jusqu'à un travers de doigt au-dessus du mamelon

droit, jusque dans l'aisselle, et en arrière jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate. Dans toute cette étendue on n'entendait pas la respiration ; plus haut elle était puérile. Les autres organes ne présentaient rien d'anormal. Supposant la présence d'un kyste hydatique du foie avec un épanchement dans la plèvre droite, on pratiqua des émissions sanguines locales, on administra du calomel jusqu'à salivation sans aucun résultat avantageux. Vers la fin de septembre, après une nuit calme et tranquille, la malade ressentit tout à coup, en s'habillant, une douleur dans la poitrine avec oppression, puis toux intense et rejet d'une grande quantité de matière spumeuse par le nez et la bouche. La malade devint tout à coup pâle et succomba. A l'ouverture du cadavre on trouva à la face supérieure du foie un kyste hydatique volumineux qui avait perforé et usé le diaphragme pour se mettre en contact avec le poumon. Le kyste contenait une poche mère hydatique rompue et des débris nombreux de poches hydatiques nageant dans un liquide jaunâtre et visqueux. Le liquide avait pénétré dans les bronches communiquant avec le kyste et la tumeur hépatique, et avait ainsi déterminé la mort par suffocation. La plèvre droite contenait un peu de liquide séreux. (*Deutsche Klinik*, 1853, n° 39, p. 419).

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique des maladies mentales, considérées dans leur nature, leur traitement et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés, par M. le docteur Morel, médecin en chef de l'asile des aliénés de Maréville (Meurthe). 2 vol. in-8, ornés de 24 planches, représentant les types principaux de l'aliénation mentale.

Une idée domine et préoccupe, on peut dire, l'auteur de cet important ouvrage. Cette idée est celle de vulgariser l'étude de l'aliénation mentale, en ce sens que le docteur Morel espère, non seulement rattacher d'une manière plus intime l'aliénation mentale au cadre nosologique général, mais rendre encore l'étude de cette difficile et cruelle maladie indispensable aux magistrats, aux maîtres de la jeunesse et à ceux qui ont pour mission de diriger les consciences. Nous n'avons pas pour le moment l'intention de critiquer des aspirations de cette nature; nous constatons les tendances de l'auteur, nous les approuvons même ; car tout effort destiné à agrandir la sphère de l'action médicale sera encouragé par nous sans réserve. Nous sympathisons avec le but que se propose le médecin de Maréville, et nous citons avec bonheur ses propres paroles, qui renferment tout son programme : « La science » psychiatrique ne peut désormais que se développer dans son prin» cipe et s'accroître dans son but ; mais pour en arriver à être une » science d'une application plus générale, il faut le concours de » tous les médecins, des maîtres, des moralistes, des administra» tions générales et spéciales ; il importe, en un mot, que tous » ceux auxquels est dévolue la belle et difficile mission de l'amélio» ration intellectuelle, physique et morale de notre espèce, joi» gnent leurs efforts aux nôtres pour arriver au même but. » T. I, p. 122.

Ceci posé, entrons dans les détails de l'œuvre. Elle est de celles qui sont le mieux faites pour initier le lecteur à l'étude de l'aliénation mentale et aux progrès qui, grâce aux efforts des médecins aliénistes de tous les pays, ont été introduits depuis Pinel et Esquirol dans cette importante branche de l'art de guérir.

L'étude des débilités congénitales ou acquises sert d'introduction à celle des formes plus élevées de l'aliénation mentale. Ces débilités, comprises sous les noms de *simplicité d'esprit* (simplicitas), d'*imbécillité* (amentia), d'*idiotie* (fatuitas), se classifient non seulement par le degré plus ou moins avancé de dégénérescence physique, par les lésions plus ou moins profondes de l'innervation, mais encore par le degré de perfection du langage. Les simples d'esprit ont encore d'assez grandes ressources de langage ; il leur est possible de remplir une fonction dans la hiérarchie des êtres pensants, quoique leur intelligence se développe dans un cercle étroit, et que leurs tendances soient naturellement dépravées. Les imbéciles ont un langage plus pauvre ; leurs facultés sont plus restreintes, leur but fonctionnel est amoindri. Les idiots nous frappent et par l'automatisme de leurs mouvements, et par l'absencede leur langage. Ils poussent des cris à l'instar des animaux. Leur but fonctionnel est nul.

Cette classification, fort simple et basée sur un élément nosologique important, est appliquée aussi par l'auteur à une autre espèce d'êtres dégénérés, les crétins, que M. le docteur Ferrus avait déjà désignés sous les noms de *crétineux, semi-crétins et crétins complets*.

Mais il ne suffisait pas de faire rentrer dans une classification quelconque ces êtres dégénérés, il s'agissait encore de les étudier dans les conditions de développement de leur maladie. Il fallait en outre suivre l'évolution des symptômes, indiquer les lésions anatomiques et mettre sur la voie des indications curatives. Cette tâche difficile, l'auteur l'a très heureusement remplie. S'inspirant des travaux de ses devanciers, mettant à profit les savantes recherches de M. Ferrus, de M. Flourens et des auteurs qui se sont spécialement occupés de l'intelligence et de l'instinct chez les animaux, il fait voir clairement par quel côté et en quel sens l'étude des causes des dégénérescences physiques et intellectuelles de l'espèce se rattache au problème de l'amélioration intellectuelle et physique de l'homme. Si nous avons eu un regret, c'est de voir l'auteur procéder avec timidité dans cette voie, qui ouvrait un vaste champ à ses aptitudes médico-philosophiques. Au reste, la sobriété dont il a fait preuve tient à des causes que nous aurons à signaler, et peut être heureusement réparée. Elle n'empêche pas, d'ailleurs, M. Morel de répandre sur un sujet aussi triste et presque repoussant un attrait singulier. Les observations sont présentées d'une façon pittoresque, qui s'allie parfaitement avec les représentations typiques qu'y a jointes le crayon d'un artiste éminent.

Nous constatons, dans cette première partie de l'œuvre de M. Morel, de bonnes tendances scientifiques. Le cachet similaire que les maladies de même espèce impriment à la physionomie et au caractère des individus, n'est pas de nature à être négligé par la science anthropologique ; et, d'un autre côté, celui qu'anime l'amour du progrès est heureux de voir les nombreuses indications curatives qui surgissent de l'étude de la question examinée au point de vue où l'auteur a su se placer. En abordant franchement le terrain de le pédagogie, en empruntant à l'éducation des sourds-muets ses données les plus précieuses, M. Morel étend l'horizon de ses recherches en même temps qu'il se montre déjà fidèle au but qu'il se propose dans le passage cité plus haut, et qui est de rendre son œuvre profitable aux médecins, prêtres, magistrats et instituteurs. Cette vue, sur laquelle l'auteur aime à revenir, se développe et se fixe davantage dans la partie de l'ouvrage qu'il nous reste à examiner.

Le phénomène le plus saisissable dans toutes les manifestations maladives de l'intelligence est incontestablement le délire, qu'il se formule dans les paroles ou dans les actes. C'est à tort que le délire fébrile (*delirium febrile*) a été généralement séparé, dans l'étude du délire de l'aliénation mentale. Le délire se rattache à toutes les modifications que l'état fébrile amène dans les manifestations intellectuelles, que les fièvres soient inflammatoires ou chroniques, sthéniques ou asthéniques, continues ou intermittentes (t. Ier, p. 130, § *Considérations générales sur les phénomènes du délire fébrile dans les maladies, dans ses rapports avec le délire de l'aliénation mentale*). C'est en partant de ces données, c'est par l'étude des analogies que l'auteur parvient à établir la démarcation qui sépare le délire fébrile du délire de l'aliénation. Mais si *tout délire est une psychopathie, toute psychopathie n'est pas un délire.* Et bien mieux encore, le délire, en lui-même, n'est qu'un symptôme ; il ne constitue pas à lui seul l'aliénation, qui est une véritable maladie ayant sa période d'incubation, de développement et de déclin, et que l'auteur définit : Une affection cérébrale idiopathique ou sympathique enlevant à l'individu « lésé à la fois dans

» ses fonctions physiologiques et psychologiques, l'exercice de sa li» berté morale, et constituant dès lors chez lui une dépravation » maladive dans ses actes, ses tendances et ses sentiments, ainsi » qu'un trouble général ou partiel dans ses idées. » Or, si la folie est une véritable maladie affectant les fonctions organiques en même temps qu'elle imprime une direction maladive aux manifestations intellectuelles, il faut appliquer à l'étude de cet état pathologique les procédés ordinaires de la pathologie. C'est à quoi s'applique l'auteur au milieu de quelques digressions où l'entraîne son goût pour les choses de la philosophie, mais qui, par bonheur, n'obscurcissent jamais en lui les qualités du médecin.

Nous regrettons de ne pouvoir le suivre dans l'exposition des observations cliniques, où l'art avec lequel il sait disposer les faits et en tirer les déductions scientifiques et pratiques rachète largement le vague et les inégalités du début. Le lecteur se dédommagera de notre silence en consultant le livre lui-même, et il y gagnera de toutes façons; mais nous ferons connaître au moins la classification adoptée par M. Morel, qui, comme toutes les classifications vraiment scientifiques, est le reflet exact de ses doctrines.

Les formes principales admises par lui sont désignées sous les noms de manie (*exaltation*), lypémanie (*dépression*), et démence (*abolition*).

Ces trois types ne sont que des termes abstraits indiquant certaines conditions intellectuelles et certaines conditions physiologiques anormales; mais ils peuvent subir des transformations qui sont en rapport tout à la fois avec les progrès de la maladie et avec le caractère de l'individu. Ainsi : 1° l'aliéné tend à systématiser les produits de son intelligence, et il se concentre sur une idée fixe, sans que pour cela son intelligence soit parfaite sur les autres points (manie systématisée). 2° Le délire peut être général, avec un désordre extrême dans les mouvements et les actes (délire aigu). 3° Le malade éprouve des intermittences plus ou moins longues, des rémissions dont la durée est indéterminée, et puis, sous l'influence des causes dont le retour est périodique, la manie éclate avec les symptômes qui ont caractérisé le premier accès (manie périodique); 4° les phénomènes intellectuels et physiques anormaux, que l'on observe dans une manie, peuvent persister sans grande variation pendant des mois et des années, jusqu'à ce qu'enfin la démence soit confirmée (manie chronique); 5° la lypémanie peut aussi se montrer sans délire dans les paroles. C'est une indéfinissable tristesse, sans cause raisonnable, un dégoût insurmontable de la vie, tel qu'on l'observe souvent dans la transition de l'adolescence à la puberté, de la puberté à l'âge mûr, de l'âge mûr à l'âge critique (lypémanie simple); 6° la lenteur extrême des idées, le trouble des sens, l'anxiété de l'esprit dirigent l'esprit dans le sens des préoccupations les plus tristes, où dominent la crainte, la terreur; où les produits erronés de l'intelligence se présentent avec le cortége obligé d'ennemis visibles ou invisibles (lypémanie systématisée). 7° Le même type enfin se présente avec tous les caractères de la périodicité et de la chronicité, et se résume en dernière analyse dans la perte de plus en plus grande de la personnalité, dans la dépravation des tendances et des instincts, dans le silence plus ou moins complet des sentiments. Cet état se complique parfois de paralysie générale et offre, jusque dans ses limites extrêmes, des phénomènes intermittents et rémittents, avec des exacerbations activées encore, dans certaines circonstances, par les phénomènes hallucinatoires.

Ce n'est pas tout : ces diverses formes ne sont pas absolues. Elles peuvent, au contraire, se combiner de diverses manières, et donner lieu à des *formes mixtes*. C'est dans l'étude de ces aliénations complexes que l'auteur trouve, avec raison, les meilleurs arguments en faveur de la subordination du trouble mental à une lésion de l'organisme. En effet, pour lui, l'hypochondrie, l'hystérie et l'épilepsie sont le point de départ constant des formes mixtes d'aliénation; ce sont elles qui enfantent toutes ces idées systématiques étranges que tout le monde connaît. Les malades, d'abord préoccupés uniquement de leur santé physique, se disent ensuite lésés dans leurs intérêts intellectuels et affectifs, et finissent par devenir de véritables aliénés. La prédominance exagérée de l'élément affectif place souvent l'intelligence dans une situation périlleuse, et conduit aux délires amoureux, religieux. De même, dans les états névropathiques, tels que l'hystérie et l'épilepsie, nous voyons surgir des délires érotiques et des manies spéciales qui empruntent à la névrose d'où ils dérivent leur caractère le plus distinctif; et c'est ainsi que l'auteur a pu dire, avec les écrivains d'une école aliéniste allemande, que chaque organe de l'économie *a sa signification psychique*.

Enfin, ces différentes formes maladives se compliquent de phénomènes spéciaux que l'on peut, à juste titre, regarder comme les complications, les symptômes et, dans d'autres cas, comme les terminaisons d'une affection principale : tels sont la stupidité, l'extase, la catalepsie, les hallucinations, la paralysie générale.

C'est dans l'exposition de ces phénomènes complexes, dont la systématisation pourrait bien soulever quelques remarques, n'était l'alternative où nous sommes de les faire trop courtes pour être bien justifiées, et trop longues pour l'espace dont nous disposons, que l'auteur a déployé une remarquable sagacité. Il a tiré un excellent parti des richesses scientifiques entassées dans l'immense asile dont il dirige le service médical. Il a enfin le mérite de parler de folie en médecin plutôt qu'en psychologue. Il en établit fortement le diagnostic; il en décrit et les symptômes moraux et les symptômes physiques; il en étudie le développement, la marche et le pronostic; il en explique les transformations, et en apprécie les crises. Tous ses efforts enfin convergent vers le but indiqué dès les premières pages, de rattacher l'aliénation au cadre nosologique général.

Les indications curatives comprennent l'isolement et la théorie du traitement moral; mais ce qu'il en dit n'est qu'une sorte d'introduction à un ouvrage spécial, qui devra comprendre non seulement le traitement de l'aliénation proprement dite, mais le traitement des affections nerveuses, d'où l'aliénation dérive. Nous nous en tiendrons à cette simple mention. C'est aussi avec intention que dans l'exposé d'une œuvre aussi vaste et aussi consciencieuse, nous avons passé sous silence deux chapitres importants, qui se prêtent difficilement à une analyse générale, et qu'il faut de toute nécessité lire dans l'ouvrage lui-même. Le premier est une discussion philosophique sur l'union de l'âme et du corps, pour arriver à une théorie spéciale ainsi qu'à une définition de la folie. Le second traite d'un sujet ardu qui divise aujourd'hui les médecins aliénistes, et qui touche jusqu'à la racine la médecine légale des aliénés; nous voulons parler de la *monomanie* et de la compatibilité de son existence avec les progrès des sciences médico-psychologiques. Ce sujet ardu est à l'ordre du jour dans le sein de la société *médico-psychologique*. Nous laissons pour le moment à l'auteur la responsabilité des idées qu'il a émises. Nos lecteurs seront mis en état de les apprécier dans ce journal, où M. Morel doit lui-même, à ses risques et périls, exposer ses idées dans un travail spécial sur quelques *monomanes célèbres*.

VI.

VARIÉTÉS.

— A la suite d'un concours, M. le docteur Jarjavay vient d'être nommé chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Gosselin, dont les fonctions expirent cette année.

— La Société de médecine de Paris, séant à l'Hôtel-de-Ville, a formé son bureau ainsi qu'il suit pour 1854 : Président, M. Brierre de Boismont; vice-président, M. Géry; secrétaire-général, M. Boys de Loury; secrétaires particuliers, MM. de Pietra Santa et Guibout; trésorier, M. Jacquemin; membres du conseil, MM. Requin et Camus.

Le Rédacteur en chef : A. **DECHAMBRE.**

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr. POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 6 JANVIER 1854. N° 14.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 5 janvier 1854.

TABLEAU ABRÉGÉ DU CHOLÉRA DE 1853. — RÔLE DU PHOSPHATE DE CHAUX DANS L'ALIMENTATION. — LA SYPHILISATION A TURIN ET A PARIS.

Tableau abrégé du choléra de 1853.

Suite. Voir le numéro 13.

II. — Conditions de développement de l'épidémie.

Parmi les circonstances qu'on regarde généralement comme susceptibles d'influencer le développement du choléra épidémique, il en est quatre qui ont principalement attiré l'attention et dont nous nous occuperons exclusivement. Ce sont : 1° la température ; 2° la hauteur des lieux, à laquelle se rattache d'ordinaire le degré de stagnation et d'humidité de l'atmosphère ; 3° les conditions matérielles de l'existence ; 4° l'état antérieur de la santé.

1° Nous ne dirons qu'un mot de la température. Rien de plus difficile à constater que l'influence de cet élément. Le thermomètre descend de quelques degrés ; *le lendemain*, le nombre des entrées dans les hôpitaux diminue. Influence de l'abaissement de la température, dit-on. Cette assertion a été émise itérativement par un journal. Mais qu'on y réfléchisse un seul instant. Si une variation de température doit affecter l'intensité du choléra, ce ne peut pas être le lendemain, ni le surlendemain, mais seulement plusieurs jours après. La maladie s'annonce dans la très grande majorité des cas par des prodromes. Au moment où le thermomètre subit une variation, les individus destinés à avoir le choléra le lendemain sont déjà malades. Il faudrait donc qu'un léger abaissement ou une légère ascension thermométrique eussent le pouvoir d'enrayer ou de précipiter subitement une affection en marche, et une affection aussi caractérisée, aussi spécifique, aussi habituée à se jouer des prévisions de la science, que l'est celle dont nous nous occupons ! Le chose est au moins improbable. Au fond, nous le croyons, les variations brusques de température ne sont pas sans action sur le développement du choléra ; mais on ne peut en acquérir la preuve qu'en voyant des oscillations notables, soutenues, de l'épidémie, répondre dans un sens déterminé aux oscillations de la température. Il paraît en avoir été ainsi à plusieurs reprises en 1849 ; mais, cette année, les éléments d'appréciation font défaut. Si quelquefois la diminution du chiffre des cholériques a coïncidé avec le refroidissement de l'atmosphère, de courtes recrudescences ont eu lieu sous l'empire d'un froid de même inten-

FEUILLETON.

De la saison des chaleurs en Algérie.

Suite. Voir le numéro 12.

II. — TEMPÉRATURES AU-DESSUS DE ZÉRO A L'OMBRE.

On a observé à Milianah	36	degrés centigr.
— à Médéah	38	—
— à Sétif	38	—
— à Constantine	40	—
— à Mascara	41	—
— à Alger	45	—

Le 25 mai 1846, à l'Oued-Ruina, dans la vallée du Chélif, par un violent sirocco, notre thermomètre, placé dans l'intérieur d'un gourbi (cabane de branchages impénétrable aux rayons du soleil et à courants d'air latéraux), s'est élevé à 46° 1/4.

Le 20 juillet 1847, à trois heures du soir, dans la coupure de l'*Atlas des gorges*, dans la Chiffa, au camp de l'Oued-Merdja, le même instrument, placé dans les mêmes conditions, a marqué, encore par le sirocco, 48 degrés ; à Biskara, M. Bedié a observé 50 degrés, et M. Beylot 52 degrés.

Besoin n'est d'ajouter que sous la tente on note des températures plus élevées encore. Par exemple, au 20 juillet 1847, il y avait sous la tente 15° 3/4 de plus que sous un gourbi fraîchement ramé et arrosé.

Ainsi, il est bien établi que les oscillations thermométriques du point le plus bas sous zéro, au point le plus élevé à l'ombre, parcourent en Algérie, dans la période annuelle, une échelle de plus de 55 degrés. Voilà déjà une donnée pour le physiologiste ; mais ce n'est pas tout. Les observations prises à l'ombre ne peuvent donner une idée exacte de la température supportée par le colon et le soldat, quand ils agissent en plein soleil. Voilà pourquoi le physiologiste ne saurait se passer, dans ses investigations étiologiques, des observations thermométriques prises au soleil. Il doit savoir, en effet, que pendant les ardeurs caniculaires, surtout par les jours de sirocco, l'homme agissant sans abri est plongé dans une atmosphère aussi embrasée que celle des étuves de ces manufactures de coton dont M. Villermé a signalé les pernicieuses influences (40, 60 et 65 degrés) sur les populations ouvrières qui y vivent, ou plutôt qui y meurent.

sité. Nous ne supposons pas d'ailleurs qu'il vienne à l'esprit de personne d'attribuer au froid la décroissance rapide de l'épidémie; car il faudrait imaginer une autre raison pour le Havre et pour Bruxelles qui n'ont été frappés que légèrement et comme en passant, sous une température plus élevée.

2° Nous avons fait connaître récemment (N° 10, p. 147) la loi qu'a cru pouvoir établir M. Farr, et d'après laquelle il y aurait constamment, toutes choses égales d'ailleurs, un rapport inverse entre l'intensité de l'épidémie et le degré d'élévation des localités. Cette observation du savant Registrar général s'applique spécialement au choléra de 1849; et elle ne serait pas démentie, d'après le *Registrar's Office*, par le choléra de cette année. Même remarque a été faite à Berlin. Nous ne sommes pas en mesure de contrôler les statistiques anglaises; mais il ne serait pas difficile de trouver en France, dans les diverses invasions qu'elle a subies, des exceptions notables à la loi de M. Farr; de montrer que l'épidémie, loin d'augmenter toujours d'intensité en descendant le cours des rivières, comme on l'affirme, a au contraire épargné complétement certaines localités fortement encaissées, assises sur la partie basse de cours d'eau considérables, et ne manquant ni d'humidité, ni de misère, ni d'encombrement. Il suffira de citer Lyon, qui a joui d'une immunité complète en 1832 comme en 1849. Mais, pour nous en tenir à ce qui vient de se passer sous nos yeux, le degré d'élévation du sol a-t-il eu quelque rapport avec le mode de répartition des cas observés? Quelques personnes l'ont pensé, en remarquant l'immunité relative dont ont joui pendant un certain temps les 11e et 12e arrondissements, situés en partie sur des collines. Mais l'ensemble des faits n'est pas favorable à cette opinion. En effet, dans la première période, où l'épidémie a sévi principalement dans les 7e, 8e et 9e arrondissements, ce dernier arrondissement, couché le long de la rive droite et entre les deux bras de la Seine, comprenant l'île Saint-Louis et la Cité, a donné moins de décès que les deux autres, qu'il sépare du fleuve. Dans la seconde période, le plus grand nombre de décès est venu précisément des 11e et 12e arrondissements, placés en grande partie sur des collines et comprenant le Panthéon, le Luxembourg et l'Observatoire, et du 10e, qui, s'il n'est pas sur un terrain élevé, est au moins assez découvert. Donc, à ne consulter que ces données générales, il ne paraît pas qu'il y ait eu *rapport inverse* entre l'intensité de l'épidémie et l'élévation du sol. Pour savoir au juste à quoi s'en tenir, il faudrait, comme l'a fait en 1833 la commission nommée par le préfet de la Seine, diviser dans un même arrondissement, dans un même quartier, dans un même milieu hygiénique, les rues en partie haute et partie basse, et comparer ces deux sections sous le rapport du nombre des décès par choléra. On comprend que l'administration n'ait pas entrepris encore un pareil travail, qui, d'ailleurs, vu le petit nombre des victimes, n'aurait pas eu grande signification. Rappelons seulement que la différence constatée par la commission de 1832, à l'avantage des lieux élevés et découverts, a été fort minime.

3° L'étude de l'influence des conditions hygiéniques trouve mieux son compte dans la distribution des décès à domicile. On éprouve tout d'abord, il est vrai, une certaine difficulté à faire la part de ces conditions, qui sont multiples, diverses, et d'action inégale sur la santé. Si on voulait les apprécier une à une, au milieu des difficultés sans nombre dont de telles études sont toujours hérissées, on tomberait inévitablement dans la confusion. Il n'est qu'un moyen de sortir d'embarras : c'est de rattacher *in globo* les conditions d'habitation, de travail, d'alimentation, etc., à un élément qui les subordonne toutes et qui les détermine, à savoir, le degré d'aisance. Sauf exceptions, on se nourrit et on se loge bien ou mal, on a une vie douce ou des occupations pénibles, suivant qu'on est riche ou pauvre. Or, il y a à Paris des arrondissements et des quartiers pauvres, des arrondissements et des quartiers riches, et l'on sait exactement dans quelles proportions, par le chiffre des indigents inscrits. La question se réduit donc à savoir si et de combien une classe d'arrondissements l'emporte sur une autre en mortalité. C'est la méthode qu'a suivie M. Blondel dans son rapport sur les épidémies de 1832 et 1849; et un médecin russe, le docteur Hübbenet, répondait à une pensée analogue quand, dans un mémoire sur le choléra de Kiew, en 1848, il cherchait à établir que la proportion des individus frappés est affectée par l'*ensemble* des conditions hygiéniques, et non par une seule en particulier.

Cela entendu, voyons les faits. Les arrondissements pauvres sont surtout les 7e, 9e, 12e, et en partie le 10e (quartier des Invalides); les arrondissements riches le 1er, le 2e et le 3e. Or cette distinction s'est traduite, avec quelques variations, mais toujours fortement, dans les trois épidémies. En 1832, c'est le 9e arrondissement qui a donné le plus de décès à domicile; après lui venaient les 11e, 10e et 7e; les arrondissements qui en ont donné le moins sont les 1er, 3e et 2e. En 1849, le haut de l'échelle est occupé par les 12e, 9e, 10e et 7e; le bas, encore par les 1er, 2e et 3e. Ainsi,

Voici quelques unes des températures que nous avons recueillies dans les *camps* et au *soleil*.

Le 25 mai 1846, à l'Oued-Ruina, le thermomètre (1) a marqué, à midi, 58° 3/4. Le 20 juillet 1847, au camp de l'Oued-Merdja (gorge de la Chiffa, petit Atlas, sur un mamelon), à 75 mètres au-dessus de la rivière, par le plus brûlant sirocco que nous ayons ressenti, le thermomètre, suspendu à hauteur d'homme sur le plan incliné formé par la paroi extérieure d'une tente à seize hommes, et sous les rayons directs du soleil, a marqué :

A 2 heures.	66 degrés.
A 3 heures.	70
A 3 heures 35 minutes.	72 1/2 (58° R.)

En même temps, la température intérieure de la tente était de 63° 3/4.

Une carte géographique, que nous avions laissée sur notre planchette de travail, se fronça comme un parchemin crispé au feu, de telle façon qu'il fallut attendre l'humidité du lendemain matin pour pouvoir la plier dans son étui. Un bâton de cire d'Espagne se ramollit au point qu'en le soulevant, une partie filante resta adhérente à un porte-plume métallique et au tapis sur lequel il se trouvait.

Si les substances inertes étaient ainsi modifiées dans leur état, nous laissons à penser ce que devaient éprouver les êtres vivants : les végétaux étaient desséchés; les feuilles des orangers particulièrement étaient racornies comme si elles avaient subi une forte gelée; nos chevaux étaient mornes et abattus; du parc aux bœufs partaient par intervalles de sourds mugissements; nos chiens interrompaient souvent leur haletante respiration pour pousser des cris plaintifs; seule une jeune gazelle, que nous avions ramenée du désert, se tenait au repos, sous la tente, dans l'attitude de l'impassibilité; et nous tous, blottis sous nos gourbis, car personne n'était aux travaux ni debout pendant cette tempête, étions dans le plus indicible malaise. Ce fut à grand'peine que, sur nos instances, quelques camarades (1) se décidèrent à en sortir un instant pour voir de leurs yeux une indication thermométrique si extraordinaire. Bien qu'en effet tous ces phénomènes ne pussent trouver leur raison d'être que dans une tempéra-

(1) A alcool, échelle sur bois.

(1) Le commandant Bourjade, aujourd'hui colonel, et le capitaine-adjudant-major Trouillebert, que nous devions perdre sous les murs de Rome, ainsi qu'un autre ami, le capitaine d'Astelet.

toujours le faible tribut est payé par les arrondissements riches, et le fort par les arrondissements pauvres. Relativement à ces derniers, il est bon de faire remarquer que, dans le 10e, qui est généralement dans l'aisance, c'est un quartier pauvre, celui des Invalides, qui a fait monter le chiffre des décès, et que si le 11e, qui est loin d'être un des plus malheureux, occupe le second rang en 1832, il se trouve relégué presque au bas de l'échelle en 1849.

Comment les choses se sont-elles passées dans la présente épidémie? A peu près comme dans les précédentes. On a vu, en effet, dans le précédent article, que la plus forte proportion des décès avait été donnée, au début de l'épidémie, par les 8e, 7e, 9e arrondissements, et, plus tard, par les 10e, 11e et 12e. Tous ces arrondissements figurent en tête des nécrologes de 1832 et 1849, à l'exception du 8e. Ce dernier, qui est loin de l'aisance, puisqu'il comprend Popincourt, la Roquette, le faubourg Saint-Antoine, occupait le cinquième rang dans les deux épidémies antérieures.

Ces trois expériences successives sont trop concordantes pour laisser quelque doute touchant l'influence de la misère sur le développement du choléra épidémique. On peut même dire qu'aucune circonstance étiologique n'est mieux accusée.

4° Nous arrivons à la dernière question que nous nous sommes proposée : celle de la prédisposition engendrée par la préexistence de certaines affections. Nous n'entendons pas parler ici des *prodromes* du choléra, dont il sera question en temps et lieu, mais de troubles de la santé n'ayant aucun rapport direct avec la maladie épidémique. Les hôpitaux ouvrent, sous ce rapport, un vaste champ d'observation. On sait la proportion considérable des cas développés dans les salles : 248 contre 675 venus du dehors, presque un tiers du chiffre total. En 1832, les cas *intérieurs* n'avaient été comptés que pour 1/23e; mais on a lieu de croire, et c'est l'avis de M. Blondel, que les renseignements étaient insuffisants. En 1849, où le départ des cholériques du dedans (hospices non compris) et de ceux du dehors a été fait rigoureusement, la proportion des premiers a été d'un quart. On voit que cette année, jusqu'ici du moins, cette proportion a encore augmenté.

Plusieurs circonstances peuvent contribuer à faire des hôpitaux un foyer actif d'épidémie : l'encombrement, l'imprégnation miasmatique de l'atmosphère, l'état maladif des individus, la frayeur inspirée par les premiers cas développés, etc.; mais la prédilection du choléra pour certaines catégories de malades semble montrer que ses coups ne portent pas au hasard, et que la prédisposition générale à laquelle est soumise toute la population nosocomiale se fortifie et s'aggrave de prédispositions distinctes et spéciales. Il paraîtrait que l'organisme n'est pas également désarmé contre les atteintes du fléau par tous les désordres de la santé, même à intensité égale, mais qu'il l'est plus particulièrement par certaines affections, à la tête desquelles se place la fièvre typhoïde. C'est du moins cette espèce de pyrexie qui a fourni, à Paris, le plus fort contingent. Toutefois il n'en a pas été de même partout et dans toutes les épidémies. A l'hôpital militaire de Kiew, où 1,045 cholériques ont été soignés en 1848, sur les 220 individus frappés à l'intérieur, 31 avaient la fièvre typhoïde et 57 des fièvres intermittentes de divers types (mémoire du docteur Hübbenet). Il faut ajouter que le choléra s'est développé dans le cours d'un grand nombre d'autres affections : la péritonite, l'état puerpéral, la pneumonie, etc. Pour avoir des notions précises et certaines sur ce genre de prédisposition, il faudrait commencer par établir le chiffre *proportionnel* des diverses catégories de malades renfermés dans les salles au moment où le choléra y fait irruption; car, dans l'hypothèse d'une indifférence absolue du choléra à l'égard de ces catégories, il est clair que, toutes choses égales, il ferait plus de victimes dans les catégories les plus nombreuses. Si, dans l'ensemble des hôpitaux de Paris, la fièvre typhoïde a tourné au choléra deux fois plus souvent que la pneumonie, mais que les chiffres respectifs de ces deux affections aient été, au moment de l'invasion, dans le rapport de 2 à 1, le résultat ne dépose d'aucune prédisposition spécifique. Bien que, à vrai dire, cette supposition ne nous paraisse pas la plus vraisemblable, elle ne saurait tomber complétement que devant des données statistiques qui, jusqu'à présent, font entièrement défaut.

L'étiologie du choléra n'est pas toute enfermée assurément dans le champ que nous venons de parcourir; mais nous croyons avoir relevé les seuls éléments de quelque importance dont l'épidémie actuelle ait donné lieu de se préoccuper. Dans le prochain article, nous passerons à l'étude de la période prodromique et de la symptomatologie.

Nous ne voudrions pas laisser passer sans un mot de protestation l'espèce d'interdit dont on a voulu frapper, à l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine, les sciences physiques et chimiques, en tant qu'appliquées à l'hygiène, à la pathologie et à la thérapeutique. Le Mémoire

---

ture tout à fait exceptionnelle; bien que Ch. Broussais eût noté 60 degrés au soleil en 1845; bien que M. Philippe eût déjà noté 62 degrés à Isly; bien que nous eussions eu la même température le 5 juillet 1847, dans ce même camp de l'Oued-Merdja; bien que 65 degrés eussent été observés à Orléansville et à Biskara (1); bien que l'ascension thermométrique à 72° 1/2 nous rendît compte de ce que nous éprouvions et observions, en présence d'un chiffre si élevé nous nous prîmes cependant à douter du langage de notre instrument, et en rentrant à Alger, notre premier soin fut de le comparer à plusieurs autres avec lesquels il se trouva parfaitement d'accord.

Ainsi donc, il est bien et dûment avéré pour nous qu'au cœur de l'été, en Algérie, et pendant les bouffées embrasées du sirocco, on peut se trouver en butte à une action solaire qui, directe et prolongée, peut échauffer un thermomètre jusqu'à 72° 1/2. Aux physiologistes de calculer les perturbations qu'il en doit résulter dans tout l'organisme.

Ajoutons que le sirocco, cette grande phénoménalité de la saison chaude, souffle ordinairement deux ou trois jours, quelquefois cinq, six et sept consécutivement; mais ces derniers cas sont très rares. On peut évaluer en tout de vingt à vingt-cinq le nombre des journées de sirocco pendant le semestre d'été. Les premières bouffées ne se font guère sentir qu'à la fin de mai. En juin, juillet, août, septembre, il porte à une limite extrême la température déjà si élevée. En octobre, il se fait encore sentir par intervalles; puis ses dernières ardeurs s'éteignent sous les premières ondées de novembre. S'éteignent, c'est le mot; en effet, si le vent, qui d'habitude est à l'ouest dans la saison des pluies, vient à passer au sud, on ressent à peine ses tièdes haleines qui, dans nos climats, en février, viennent fondre les neiges et les glaces. Serait-ce que, pendant l'hiver, le Sahara, couvert de neige, se refroidirait autant qu'il s'échauffe en été, et soufflerait-il ainsi alternativement le froid et le chaud sur l'Algérie? Nous ne le pensons pas : car si les hauts plateaux, si le grand Atlas peuvent être plus froids, vu leur altitude supérieure au Tell, assurément le centre de l'Afrique, par sa latitude, a une température plus élevée que celle de l'Algérie : comment expliquer alors que le vent du sud paraisse pendant l'hiver plus chaud en France qu'en Algérie? Par une erreur de sensation. Le thermomètre, avons-nous vu, est presque toujours au-dessus de zéro sur le littoral algérien, même par le vent du nord. Si le

(1) En parlant de la température de Biskara, M. l'inspecteur Lévy dit même : « Au soleil, elle dépasse en été 67 degrés. » M. Massip a, en effet, observé 68 et 70 degrés en 1846. (Voyez *Mém. de méd. milit.*, t. XI, 2e série.)

de M. Mouriès, sur lequel M. Bouchardat a lu un consciencieux rapport (voir aux Sociétés savantes) peut laisser des doutes sur la légitimité des conséquences, théoriques et pratiques, qu'on a cru pouvoir tirer des expériences. Il est fort possible que la présence de sels de chaux dans les substances alimentaires, nécessaire à l'entretien de l'organisme dans ses conditions normales, ne le soit pas précisément par les raisons et dans la mesure indiquées par l'auteur; mais contester l'utilité de ce genre de recherches; tenir pour une futilité de s'enquérir de la proportion de sels calcaires contenue dans le lait d'une nourrice, quand on sait en quelle quantité ces sels doivent être fournis au système osseux de l'enfant; partir de là, comme le spirituel vitaliste qui siége à la gauche du président, pour crier *raca* à la physique et à la chimie médicales tout entières, c'est se permettre une boutade plutôt que raisonner. Prenons les choses plus simplement. Le phosphate de chaux, substance minérale, peut-il exister dans l'économie si ses éléments constituants n'y sont apportés en nature? Non. Doit-il normalement y exister en proportions définies? Oui. Comment, dès lors, serait-il indifférent de savoir quelle dose les aliments en contiennent?

Au reste, la science n'en est pas, sur ce point, aux conjectures. On a hâté chez les enfants l'ossification trop lente du crâne ou des os longs, en leur administrant des sels de chaux; M. Chossat a rendu minces et cassants les os de pigeons qu'il privait entièrement de petits graviers, et M. Bérard a vu, dans des conditions analogues, de jeunes poulets avaler des coquilles d'œuf plus avidement que leur contenu (*Cours de physiologie*). N'en est-ce pas assez pour présumer que la proportion de phosphate de chaux contenue dans le lait des nourrices importe beaucoup à la santé des enfants? Les remarques, d'ailleurs judicieuses, de MM. Moreau et Depaul, n'infirment en rien cette induction. Que disent-ils? « Des femmes de campagne, vivant surtout de végétaux très riches en sels calcaires, et pourtant médiocres nourrices, viennent à Paris, se placent dans des familles où elles trouvent une nourriture presque exclusivement animale, et bientôt elles donnent un lait substantiel et salutaire. » Le fait n'est pas contestable; il prouve que la proportion des sels calcaires ne suffit pas à décider de la qualité du lait. Mais s'ensuit-il qu'une trop minime proportion ne soit pas susceptible, comme le veut M. Mouriès, d'une part, de troubler les fonctions digestives et de produire la diarrhée, d'autre part, de retarder la solidification des os? Voilà ce qui mérite d'être examiné de près.

Encore un mot. Quand on déverse l'ironie sur l'immixtion des sciences physiques à la médecine, on oublie un peu trop qu'elle s'opère sous l'impulsion des esprits les plus éclairés, des savants les plus illustres. Ce n'est pas de tel ou tel correspondant de l'Académie qu'on se moque : c'est d'un Liebig ou d'un Dumas. Or, de tels investigateurs, livrés à l'étude du travail de composition et de décomposition de nos humeurs, auront ouvert de larges perspectives à la physiologie et à la thérapeutique, avant que les fanatiques de la force vitale, contempteurs obstinés de la chimie, aient ajouté un fétu à la gerbe de nos connaissances actuelles.

La syphilis sera bientôt à l'ordre du jour dans la controverse scientifique presque autant que dans la pauvre humanité; chose, du reste, assez naturelle. Pour le moment, c'est la *syphilisation* qui vient de comparaître devant l'Académie médico-chirurgicale de Turin et devant la Société de chirurgie, pendant que l'*unicité de la syphilis* occupait la presse. Nous ne nous arrêterons qu'à la première question, réservant l'autre pour l'occasion prochaine.

On se rappelle certaine lettre, envoyée ici par les membres de la commission de Turin, au sujet des débats alors engagés à notre Académie, et dans laquelle ils conviaient les partis au calme et à la modération, jusqu'à ce que la commission eût fait connaître le résultat de ses études. Cette lettre était d'une ambiguïté si heureusement calculée qu'il fut impossible d'en sonder le mystère. Aujourd'hui, nous connaissons le sens de l'oracle. Le voici en trois conclusions :

1° La syphilisation, quels que soient ses modes d'application parmi ceux observés par la commission, est une pratique longue, sans règles certaines, douloureuse, non sans inconvénients, et qui est cause directe ou indirecte d'accidents morbides plus ou moins graves.

2° La syphilisation, *dans l'état actuel des connaissances*, ne peut être considérée comme une méthode curative *sûre* des maladies vénériennes, lesquelles, *quelquefois*, ou ne sont pas guéries par elle, ou se prolongent ou empirent pendant ce traitement.

3° La syphilisation n'a aucune vertu prophylactique contre la syphilis.

Ces conclusions ont été adoptées. Seulement la discussion a amené la suppression du mot *quelquefois* (deuxième conclusion), comme contradictoire. A notre sens, la raison est mauvaise. Cette affirmation : « La syphilisation n'est pas une méthode curative *sûre* » contient implicitement une restriction, dont il était très logique de spécifier la mesure, et un adverbe de quantité était indispensable. « La syphi-

---

sud vient à souffler après le vent d'ouest, par exemple, à peine le thermomètre monte-t-il de quelques degrés, et l'on trouve peu sensible l'élévation de la température. Mais si nous nous reportons à Strasbourg, à Metz ou à Paris, par un de ces froids rigoureux allant quelquefois à 10 ou à 15 degrés au-dessous de zéro, et que brusquement on passe au sud, à la température de la glace fondante seulement, c'est alors, autant à la sensation qu'au thermomètre, un véritable sirocco. Voilà pourquoi les habitants d'Alger ne ressentent le sirocco qu'en été, et comment les habitants de l'est et du nord de la France pourraient dire qu'ils ont parfois du sirocco en hiver.

Pour compléter ce qui a trait à la saison des chaleurs, il nous reste à parler des variations de température quelquefois très brusques qu'on éprouve en Algérie. Les changements de vents jouent un des plus grands rôles, quant aux variations générales de la température. Ainsi, nous avons vu que le vent d'ouest, précurseur de la pluie, s'annonçait par un abaissement subit et très sensible du degré de chaleur, par la raison que l'air, venant alors de la Méditerranée, est plus froid et plus humide, et que les nuages dont il est chargé couvrent le ciel et interceptent la radiation solaire. A Bougie, le 8 novembre 1848, le sirocco entretenait encore chaude la température, car le thermomètre était à 25 degrés.

Le 9, vent d'ouest; le 10, pluie battante; neige sur les cimes de la Kabylie, abaissement du thermomètre à 12° 1/2. Dans le même lieu, le 20 novembre, le thermomètre, qui était dans les journées précédentes à 22 degrés, descend, par le vent d'ouest, à 13 degrés à midi. Cet abaissement peut atteindre 10 et 20 degrés dans le même moment. A Tlemcen, à la mi-juillet 1842, il y eut un abaissement brusque de 38° 1/2 à 29 degrés (1). Bien plus, M. Carette a constaté en 1840, dans l'espace d'une heure, une variation de température de 13 degrés au camp d'Aïn-Turc, à l'ouest de Sétif. Le thermomètre, marquant 36 degrés à deux heures de l'après-midi, s'abaissa à 23 degrés, par suite d'un orage qui couvrit les montagnes de grêlons de la grosseur d'œufs de pigeon. (*Univers pittoresque*, Algérie.)

Par opposition, de suaves journées, celles de mai, par exemple, sont parfois brusquement transformées en journées caniculaires par l'arrivée soudaine des bouffées sèches et embrasées du sirocco. Nous venons de dire à quelles calamiteuses limites il pouvait faire monter la température; mais où son action est surtout sensible, c'est lorsque les premières pluies ayant notablement refroidi l'atmosphère, il ramène subitement les

(1) M. Cambay.

lisation ne guérit pas *sûrement*, elle laisse *quelquefois* la maladie vénérienne se prolonger ou s'aggraver » : voilà le sens grammatical, très intelligible et très correct, de la deuxième conclusion. Si la commission avait dit moins qu'elle ne voulait, ce que nous croyons volontiers, il fallait exprimer une autre proportion (*souvent*, *le plus souvent*, *presque toujours*), mais non se borner à supprimer la première. C'est maintenant que la conclusion est contradictoire, puisqu'elle est restrictive au commencement et absolue à la fin. Toujours est-il que ni la commission, après des observations nombreuses et prolongées, ni l'Académie elle-même, malgré le retranchement dont nous venons de parler, n'ont cru pouvoir condamner formellement, radicalement, comme on l'a fait à Paris, les prétentions des syphilisateurs. Pourquoi? Parce que, dans la grande débâcle de la doctrine, subsistent quelques faits positifs, ou nouveaux ou remis en lumière, dont l'importance scientifique ne saurait être contestée. Pourquoi, dès lors, n'avoir pas relevé ces faits dans une conclusion expresse?... Mais ceci nous amène au débat de la société de chirurgie.

M. Cullerier a lu, dans l'avant-dernière séance de cette société, un rapport sur le *Traité de la syphilisation* de M. Sperino. Ce qu'a pu en dire le rapporteur, on le devine aisément. Sur l'ensemble de la doctrine et de la pratique, nous n'aurions pas beaucoup à le contredire. Mais, obéissant à l'esprit d'exclusion qui s'est, dès l'origine, attaché à cette malheureuse question, il n'a touché qu'avec des ménagements infinis à certains résultats expérimentaux, dont la certitude paraît pourtant bien acquise. Il n'est pas douteux, par exemple, que les insertions répétées du virus ne procurent très fréquemment l'immunité,— une immunité probablement passagère ; mais c'est une autre question. Voilà un premier fait qui répond au phénomène de la *saturation* syphilitique antérieurement signalé par M. de Castelnau. Un second, d'assez grande importance aussi et qui, pour être moins constant, n'en est pas moins positif à nos yeux, c'est que l'inoculation répétée a pu aider à la résolution de chancres indurés. C'est sur cette réserve de M. le rapporteur, spécialement à l'endroit du premier fait, qu'un de nos plus précieux collaborateurs, M. le docteur Broca, a demandé des explications.

Ainsi qu'il l'a dit, la question est du plus haut intérêt au point de vue scientifique; car elle touche à la racine même d'une brillante doctrine. Si le pus syphilitique n'est pas, comme on l'a écrit, *fatalement inoculable* ; si, après avoir été inoculable chez un individu, il cesse de l'être à un certain moment, il n'y a plus lieu d'ajouter une foi aveugle aux opinions qui n'ont été démontrées qu'à la pointe de la lancette. Or, nous sommes bien obligé de le dire, la non-inoculabilité accidentelle du pus syphilitique virulent a été reconnue par la plupart des orateurs, par ceux-là même qui repoussent le plus énergiquement la pratique de la syphilisation.

L'insistance de M. Broca aura eu un autre avantage. Elle aura amené de la part d'un autre orateur, M. Vidal (de Cassis), une ferme revendication du droit qu'a la science d'examiner sérieusement, de s'assimiler tous les résultats avérés de l'expérience, fussent-ils enfantés dans la passion ou dans l'erreur. C'est un droit que nous avons toujours essayé de sauver. Un homme tombe dans la rue, le malheur est grand ; voyons néanmoins si la science ne peut pas utiliser le cas. Nous craignons bien que la syphilisation, en tombant, ne se soit fait bien du mal; est-ce une raison pour ne pas tirer parti de l'inspection de ses blessures?

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE INTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

DES PRINCIPALES SOURCES D'INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DANS L'ÉPILEPSIE, par M. Delasiauve, médecin de l'hospice de Bicêtre.

Il s'opère aujourd'hui dans la science médicale une transformation digne d'intérêt. Les écrivains anciens les plus judicieux avaient cherché dans l'étude des causes et des expressions phénoménales une base de classement thérapeutique, un élément de diversité pour leur traitement. La période anatomico-pathologique, répudiant ces traditions, s'en tint à la constatation des lésions purement matérielles ; les conditions d'étiologie et de symptômes cessèrent d'être interrogées ; les méthodes s'appuyèrent alors exclusivement sur le siége du mal et sa gravité. Plus tard, le progrès des connaissances chimiques produisit une sorte de réaction qui rapprocha pour ainsi dire la pratique moderne des errements antérieurs, en ce sens qu'aujourd'hui les altérations des liquides et des solides correspondent, jusqu'à un certain point, aux variations fonctionnelles dont on tenait surtout compte autrefois.

Une catégorie d'affections, les névroses, par suite du principe obscur qui les régit, devait se soustraire à ce mouvement. On se contente plus que jamais de leur opposer des spécifiques. Combien, hélas! pour ne mentionner que l'épilepsie, n'en avons-nous pas,

---

ardeurs du gros de l'été. A Bougie, du 21 au 24 octobre 1848, grandes pluies pendant lesquelles on voit blanchir légèrement les crêtes les plus élevées de la Kabylie. Le thermomètre, qui était à 18 degrés, remonte à 25 degrés, sous l'influence inopinée du vent du sud.

Une autre cause de variations thermales, mais accidentelle et limitée, consiste dans les brumes qui se condensent sur le littoral, surtout dans les journées d'été, et s'étendent en épais brouillards couvrant assez régulièrement d'une nappe épaisse et froide les bas-fonds des plaines marécageuses. Les brumes s'observent assez souvent sur les plages d'Alger ; les brouillards couvrent presque tous les matins la plaine de Bouffarik. En quittant les points environnants, chauffés par un éclatant soleil, pour passer dans l'épaisse atmosphère de ce dernier lieu, on a beau s'envelopper du caban, on n'échappe pas à un frisson saisissant, et la muqueuse pulmonaire souffre du contact d'un air froid et humide à l'excès.

Le passage du jour à la nuit est une source constante d'abaissement de température dans tous les pays ; mais dans les pays chauds la transition est plus notable, plus considérable, plus sensible et aussi plus nuisible. Toutefois, par le vent du sud, la température des nuits, bien que relativement plus basse que celle de la journée, n'en reste pas moins très élevée. A Blidah, le 19 août 1847, à dix heures du soir, le thermomètre, suspendu à un oranger, marquait 35 degrés. En pareil cas, soit chaleur, soit défaut d'air suffisamment hygrométrique, soit perturbation électrique dans l'atmosphère, soit sensation insolite, le sommeil des personnes nerveuses surtout est toujours plus ou moins troublé, quand elles ne restent pas en proie à une insomnie aussi agitée qu'incessante.

Excepté les nuits où le sirocco se fait sentir, les soirées s'annoncent fraîches ; le thermomètre s'abaisse, en moyenne, à 20 degrés, et les vapeurs d'eau que, par les temps calmes, l'atmosphère a pompées, sont rendues par le serein. Cette humidité des soirées est très prononcée dans les bas-fonds, principalement ceux qui sont marécageux, et surtout sur le littoral. C'est ce qui explique pourquoi la place du Gouvernement, qui domine le port d'Alger, devient déserte d'assez bonne heure dans la soirée ; chacun se soustrait alors à l'humidité extrême qui pénètre les vêtements, surtout des personnes vêtues à la légère. On sait aussi, sur le littoral, qu'il y a impérieuse obligation, quand vient le soir, de fermer les fenêtres, principalement des appartements exposés aux courants d'air marin, sous peine d'atteintes graves à la santé par une humidité telle, que tous les objets de substances organiques se couvrent rapidement de moisissures. Cette humidité, déjà si notable vers la fin de la soirée, augmente progressivement durant le reste de la nuit, et atteint

dans nos hospices et chez des sujets qui, sous le rapport de l'âge et de la maladie, offraient les conditions les moins défavorables, inutilement expérimentés? Le nitrate d'argent promettait des merveilles, il engendre de nombreux mécomptes; la belladone n'aboutit qu'à des résultats équivoques; l'ammoniaque liquide, l'hydrocyanate de fer, dont nous attendions des avantages, ne justifient qu'imparfaitement nos espérances. Récemment, l'oxyde de zinc qui devait s'emparer en maître de la thérapeutique de l'épilepsie, et, pour ainsi dire, l'absorber, est tombé de son piédestal dans les réalités de l'application. Rien de mieux enfin à obtenir d'une foule d'autres substances, et qui, au lieu de dominer le traitement, ne sauraient prétendre qu'à le seconder.

Nous pensons, en un mot, avec Boerhaave, qu'il n'existe pas de spécifiques et qu'on doit se fonder, pour établir des règles de quelque valeur, sur l'étiologie de l'affection, sa marche et les dissemblances phénoménales que chaque cas peut présenter.

C'est ce qui nous fait croire utile de tracer, dans l'article suivant, quelques données générales sur le traitement de l'épilepsie.

On doit d'abord admettre dans cette maladie trois variétés principales: idiopathique, symptomatique et sympathique. Leur distinction, quand elle est possible, fournit, on le conçoit, la révélation la plus précieuse. S'agit-il de l'épilepsie idiopathique ou essentielle, c'est-à-dire d'une simple névrose? La lésion étant alors purement nerveuse, l'indication est négative. On se trouve en face de l'empirisme; et s'il y avait quelques modifications à apporter à la direction thérapeutique, elles seraient totalement subordonnées aux conditions secondaires d'âge, de tempérament, de saisons, de climat, de profession, etc.

S'agit-il d'une épilepsie symptomatique? Les traitements doivent se spécialiser en raison des causes organiques ou constitutionnelles, locales ou générales, auxquelles elle est liée. Reconnaître l'altération, en constater l'ancienneté, le développement, les conséquences probables, devient ici le premier objet à poursuivre. Malheureusement, cette espèce morbide embrasse, dans sa sphère, une foule de lésions, comme vices de conformation, ossifications vasculaires, kystes, cancers, tubercules, ramollissements cérébraux, contre lesquelles l'impuissance notoire de l'art ne permet guère que des palliatifs tendant, faute de mieux, à modérer les accès.

Quelques cas, cependant, sont de nature à légitimer des soins plus directs. En supposant, par exemple, que le mal provînt d'une phlegmasie chronique du cerveau ou de ses enveloppes, d'un épanchement séreux avec ou sans fausses membranes, etc., il conviendrait, suivant l'opportunité, d'avoir recours aux émissions sanguines derrière le cou ou à l'anus, aux révulsifs intestinaux, à l'usage interne du calomel, aux exutoires, cautères, moxas, sétons, etc., placés à la nuque, aux oreilles, aux bras ou aux cuisses. Des médications spéciales et appropriées seraient appliquées aux diverses dégénérescences encéphaliques ayant pour principe un vice syphilitique, scrofuleux ou autre. Au moyen du trépan ou de l'extraction, on pourrait avec avantage ouvrir une issue aux abcès sous-crâniens, enlever les esquilles irritant la substance cérébrale ou les corps étrangers ayant pénétré dans la tête. Quand la disposition morbide affecte, au contraire, l'ensemble de la constitution, on est conduit à la combattre par des modificateurs généraux. Ainsi: la pléthore par des antiphlogistiques, des bains tièdes, des émollients, un régime sévère; l'affaiblissement né de fortes déperditions, par des cordiaux, une nourriture succulente et des boissons généreuses administrées, d'ailleurs, avec la réserve qu'exige la débilité des organes; les suppressions ou répercussions par des agents propres à rétablir ou à suppléer les fonctions habituelles; enfin, les diverses cachexies ou intoxications strumeuses, vénérienne, saturnine, alcoolique, etc., par une thérapeutique conforme à leur caractère.

Pour les épilepsies sympathiques, de même que pour les espèces précédentes, il importe de discerner non seulement le foyer de la souffrance instigatrice des phénomènes, mais encore d'établir le diagnostic de la lésion, d'en fixer le degré et les conséquences probables. Cette lésion consiste-t-elle dans une affection intestinale? Une irritation ou une inflammation motiverait des moyens antiphlogistiques; une douleur névralgique, l'emploi des calmants; un état saburral, les délayants et la méthode évacuante; une dégénération organique, des dérivatifs externes et des médicaments accrédités. Contre les vers, enfin, on administrerait les anthelminthiques.

Les accidents ont-ils leur source dans une altération partielle du foie? La conduite médicale variera naturellement, suivant qu'on aura affaire à une hépatite, à un engorgement de l'organe, ou à des calculs dans les canaux et la vésicule biliaires.

Puisent-ils, au contraire, leur origine dans l'appareil circulatoire, les poumons, l'utérus ou tout autre viscère, des nécessités identiques apparaissent. Disons encore, pour ce qui est relatif aux épilepsies sympathiques, que, dominées par la même loi, celles d'entre elles dont le siége est externe, tantôt accusées par des douleurs ou des crampes, cèdent souvent à des applications topiques, frictions, ventouses, cautères, vésicatoires; tantôt dépendant d'une piqûre de nerfs, de tumeurs diverses, etc., disparaissent par la section ou l'enlèvement des parties malades.

En ce qui concerne particulièrement l'épilepsie dentaire, certains praticiens, outre diverses opérations (incision et frictionnement des gencives, extraction des dents) ont conseillé l'emploi des émissions sanguines locales.

Plus insister sur ces points serait superflu: c'est de la sagacité du médecin que doit naître son initiative.

Il semble, au premier abord, qu'on puisse faire surgir des indications du plus ou moins de violence des attaques. Quelques médecins ont, en effet, cherché à particulariser le traitement des vertiges; mais si Hufeland leur oppose le gaïac uni à la valériane et au tartre; si l'auteur d'un article du *Bulletin de thérapeutique*, leur reconnaissant une double origine, cérébrale ou intestinale, usait, dans le premier cas, de l'empirisme, et dans le second, des éva-

---

son maximum le matin. Aussi on la ressent partout, qu'on soit campé sur le flanc des montagnes, sur de hauts plateaux, dans les plaines ou sur le littoral; toutefois elle n'est nulle part si abondante, si froide, si pénétrante, que dans les bas-fonds marécageux. Quand on campe dans ces plaines à brouillards, les tentes sont mouillées le matin comme s'il avait plu dessus. Ce phénomène a lieu aussi en hiver; mais si alors la température des matinées baisse au-dessous de zéro, cette rosée se transforme en gelée blanche qui tient la toile roide au point de ne pouvoir rouler les tentes quand on lève le camp. Au contraire, si le sirocco souffle, l'état hygrométrique de l'air, très faible pendant la nuit, est nul au milieu du jour. Telles sont les circonstances où l'on voit, en Algérie, l'hygromètre, selon les temps et les lieux, atteindre ses limites extrêmes de sécheresse et d'humidité.

Nous venons de passer en revue les phénomènes météorologiques de l'Algérie, comme on doit le faire d'abord, instruments de physique à la main; toutefois nous croyons devoir dire un mot des sensations qu'on y éprouve par suite des variations de température. Nous ne constaterons pas ce que ce mode d'appréciation a de vague, physiquement parlant; mais nos sensations sont des cris de l'organisme impressionné dont le physiologiste doit encore savoir tenir compte.

La sensation de frais ou de froid se perçoit toujours dès qu'on s'éloigne des températures élevées. Le 28 mai 1846, à l'Oued-Rüina, le thermomètre marquait, sous la tente, 41° 1/4 dans la journée; à huit heures du soir, il avait baissé à 22° 1/2, et l'on éprouvait une sensation de fraîcheur très vive.

En été, 1846, à Alger, dans notre habitation, exposée au nord et dans un quartier très frais, le thermomètre s'élevait, par les chaleurs de juillet, à 28° 3/4; s'il baissait à 22 degrés, le frais devenait incommode.

Vers la même époque, le thermomètre à l'air libre, sous les arceaux de la Régence, marquait 36 degrés: la température était insupportable; tandis que, peu auparavant, dans la plaine du Chélif, alors que nous étions le plus souvent exposés au soleil, le thermomètre marquant 36 degrés à l'ombre, on éprouvait un sentiment de fraîcheur plutôt que de chaleur.

En juin et juillet 1847, dans les gorges de la Chiffa, où nous étions régulièrement assaillis tous les jours par des courants impétueux, nous étions dans l'obligation de nous vêtir chaudement quand venait le soir; le thermomètre marquait 20 degrés.

Il semble que la résistance au froid est pour l'homme en raison inverse des hautes températures de l'été. Aussi aux premiers abaissements de température éprouve-t-on un sentiment de froid d'autant plus pénible que

cuants, il n'y a rien dans ces moyens qui crée une spécification et s'éloigne des méthodes communes.

Le même vague existe pour la fréquence, le rapprochement et l'ancienneté des paroxysmes. Cette dernière condition motiverait surtout la persistance d'applications médicales énergiques. On s'efforcerait, dans les autres éventualités, de prévenir ou d'atténuer les crises dangereuses par des soins méthodiquement répartis. Lorsque enfin les convulsions ne reparaissent qu'à de longues distances, on peut se borner, dans l'intervalle, à une action pour ainsi dire hygiénique, réservant les remèdes plus directs pour l'époque présumée de leur retour.

Peut-être la question des formes est-elle moins stérile. Les attaques s'accompagnent-elles de symptômes comateux, on conseille, avec quelque fondement, les saignées, surtout locales. Ce précepte, néanmoins, ne saurait être absolu; car l'engourdissement cérébral, ainsi que nous l'avons observé, ne tient pas toujours alors à une vraie congestion sanguine.

Dans les accès à physionomie hystérique, on a recommandé, entre autres Pomme et M. Billod, l'emploi des bains froids et celui des médicaments usités contre l'affection dont la convulsion offre l'apparence. L'épilepsie dite hémiplégique, semblant à la fois et trahir la lésion cérébrale, et dénoter son siége; conduirait à diriger les efforts curatifs vers un point spécial de la tête.

La marche fournit aussi quelquefois des lumières au traitement. Le quinquina, par exemple, conviendrait aux épilepsies que ne distingue pas seulement un retour alternatif des accès, mais qui possèdent essentiellement le caractère de la périodicité. Dans les épilepsies nocturnes, on peut, suivant les éléments dont dépend cette particularité, employer soit l'opium, afin de détourner la crise en régularisant le sommeil, soit remplacer pendant le jour le repos de la nuit, en modifiant de la sorte les conditions multiples propres à cette dernière période; soit rapprocher le décubitus de la position verticale pour échapper à la congestion du cerveau. Tissot, en vue d'obvier à ce dernier inconvénient, conseille aux malades de ne prendre le soir qu'une légère nourriture.

L'heure est elle-même une indication. Ainsi, l'invariable retour des convulsions à un moment donné de la soirée serait une raison de varier la règle ordinaire des repas; d'imposer préventivement certains exercices, et de prolonger la veille au delà du terme où l'attaque a pour habitude de se manifester. Si elle se produisait avant l'aube, il serait bon de prescrire un lever prématuré. Enfin, sous ce rapport, la réflexion pourrait suggérer un emploi de moyens correspondants par l'examen des autres singularités quotidiennes.

Un préjugé, mal fondé peut-être, ayant porté à attribuer quelque importance aux mouvements lunaires dans les épilepsies présumées soumises à cette influence, on a choisi notamment, pour administrer les agents curatifs, la pleine et la nouvelle lune, lors de leur approche ou de leur déclin.

Il y a surtout à puiser de nombreux éléments thérapeutiques dans l'étude prodromique des accès. Mais les considérations émises à l'égard des épilepsies sympathiques justifient ici l'omission des principes qui doivent diriger le praticien en présence des signes précurseurs de l'affection.

Les conséquences immédiates ou consécutives des attaques n'ont pas communément une importance directe sur le fond du traitement; il n'en ressort guère que l'indication de quelques moyens destinés à les conjurer ou à les combattre : Tissot voudrait, en particulier, qu'on modérât, autant que possible, l'action du pouls lorsqu'il est trop accéléré.

Quelquefois, pourtant, les suites de l'accès sont de nature à exercer, au point de vue médical, une influence indirecte en contre-indiquant l'emploi de remèdes susceptibles d'aggraver la situation du malade. Ainsi, ne serait-il pas rationnel, chez les individus exposés à de fréquentes congestions cérébrales, de répudier la belladone comme pouvant, par son énergique action sur le système nerveux, exagérer la disposition apoplectique, et même la rendre mortelle?

La vraie source des préceptes à suivre, celle qui fournit les données les plus abondantes et les indications les plus formelles, gît dans l'examen des causes. A l'occasion des diverses espèces épileptiques, nous avons déjà envisagé la plupart d'entre elles; mais il en est quelques autres d'où peuvent également jaillir des lumières pratiques.

A l'exception des cas assez rares où le mal est dû à un vice constitutionnel appréciable, vénérien ou autre, et dont on peut dès lors espérer la guérison par des moyens appropriés, on ne saurait, en général, opposer à l'épilepsie héréditaire qu'une médication empirique et persévérante.

En ce qui concerne les tempéraments, on conçoit qu'une constitution robuste et sanguine appelle les antiphlogistiques, et que, au contraire, les complexions débiles, lymphatiques et nerveuses réclament de préférence les reconfortants et les calmants.

Cette règle s'applique encore à la distinction des sexes, sauf à tenir compte pour la femme de la prédominance nerveuse de son organisation et des troubles dont ses fonctions spéciales s'accompagnent. Les sangsues à l'hypogastre ou aux cuisses, les saignées de pied, les fumigations sur le siége, les topiques froids sur le bas-ventre sont spécialement favorables dans la plupart des irrégularités mensuelles. Tissot, dans l'épilepsie des femmes enceintes, assure avoir obtenu de la saignée de notables avantages.

Quant à l'âge, Maisonneuve se montre très partisan des émissions sanguines chez les vieillards prédisposés à l'apoplexie. L'épilepsie de l'enfance a surtout fixé l'attention. De grands médecins se sont bornés à prescrire, en ce cas, des soins hygiéniques, comptant presque exclusivement sur les révolutions salutaires produites par la marche du temps et les efforts de la puberté. Cette expectation optimiste, cette sorte de négation médicale a été justement improuvée par Tissot. Elle tend, en effet, conduisant le médecin à négliger, par une sécurité trompeuse, l'origine du mal, à laisser se flétrir le germe de l'intelligence dans son développement, et à favoriser ainsi la production de l'idiotie.

---

l'air est plus humide. L'influence de l'humidité sur la sensation du froid est des plus marquées.

Ainsi, le 18 janvier 1848, dans les gorges de la Chiffa, à sept heures du matin, par un temps sec, le thermomètre était à 6° 1/4; le froid était incisif, il est vrai, mais il fut plus incommode le 22 du même mois, par la pluie, bien que le thermomètre fût à 8 3/4. Ces faits, nous tenons à le noter, parce qu'ils sont essentiels à propos de la pathogénie, prouvent que, dans les pays chauds, il n'est pas nécessaire de s'approcher de très près du point de la congélation de l'eau pour éprouver une sensation de froid quelquefois très nuisible, puisqu'il peut en résulter des affections ou des aggravations.

A la mi-juillet 1852, à Tlemcen, la température s'abaissa brusquement de 38° 1/2 à 29 degrés, et « toutes les affections, dit M. Cambay, revêtirent le caractère de la saison épidémique d'Afrique. »

De même qu'il suffit de s'éloigner d'une dizaine de degrés de la température du jour pour avoir froid, de même il suffit d'une élévation de quelques degrés pour éprouver une chaleur insupportable.

Le malaise qu'on éprouve en certains cas est si notable, qu'on serait tenté de croire la dilatation thermométrique au-dessous de la température réelle.

En résumé, nos sensations, quant à la température, sont très vives en Algérie par suite des vicissitudes atmosphériques, soit périodiques, soit accidentelles. Ces sensations, bien qu'exagérées parfois dans leur langage, n'en sont pas moins des sentinelles vigilantes de l'organisme.

Quand elles dénotent la température qui se rapproche de celle du sang comme très fatigante, et celle qui la dépasse comme insupportable, elles nous avertissent des dangers de l'asphyxie par la chaleur.

De même, quand après l'élévation diurne de la température, elles traduisent l'impression pénétrante du froid humide des nuits et des pluies, elles signalent un autre danger; car si alors la température s'abaisse à zéro, les congélations partielles et même l'asphyxie par congélation sont à redouter. Asphyxie par la chaleur, asphyxie par congélation, sont les résultats extrêmes de l'influence du climat entre lesquels nous verrons se dérouler toute la pathologie algérienne.

Docteur ARMAND.

— Le docteur AUZOUX ouvrira son cours d'anatomie humaine et comparée, le dimanche 15 janvier, à une heure, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure, 2, rue Antoine Dubois.

D'après l'opinion commune, l'époque de la puberté commanderait d'extrêmes ménagements; le régime alors serait préférable à des médications soutenues. A la vérité, on a préconisé l'emploi du fer et des toniques; « mais, dit Tissot, plutôt rien que quelque chose. »

La question des enfants épileptiques soumis à l'allaitement a suscité des observations intéressantes. On a fait entre autres, de la nourrice l'objet spécial des prescriptions. Suivre une bonne hygiène, modérer son irascibilité, se priver du coït, telles ont été les indications principales. Certains praticiens même, s'inspirant de ce qui s'effectue quelquefois à l'égard des nouveau-nés syphilitiques, ont pensé que si des médicaments pouvaient être efficaces, c'est en en transfusant, pour ainsi dire, l'effet de la femme au nourrisson. Pour justifier un tel précepte, il faudrait, on le conçoit des expériences d'une nature d licate et fort difficiles à réaliser.

Une dernière remarque a été faite sur le même sujet. On a généralement signalé les inconvénients des lotions froides qu'on a coutume, en certaines contrées, d'appliquer sur la tête des enfants en bas-âge. Les *gourmes*, en revanche, si fréquentes dans cette première période de la vie, ayant été, sous l'empire de théories plus ou moins fondées, jugées salutaires au mal caduc, on a, en conséquence, conseillé de respecter, d'aider même ces éliminations, en quelque sorte naturelles et hygiéniques plutôt encore que morbides.

Sauf obstacle, le changement de climat pourrait être proposé si l'on avait lieu, soit de croire à l'influence pernicieuse du pays qu'habite le malade, soit de compter, pour l'amendement ou la disparition des accès, sur les nouvelles impressions produites par son déplacement et son séjour dans un lieu inaccoutumé.

On devrait également provoquer l'abandon d'une profession susceptible de fomenter la reproduction convulsive.

Il n'importe pas moins de tenir en sérieuse considération les habitudes. Corriger la funeste tendance à l'onanisme, prévenir les écarts de régime et les abus alcooliques, supprimer les exercices violents, les fortes contentions d'esprit, les veilles trop soutenues, conjurer les emportements de la colère, se garantir enfin des actes et des impressions dont l'expérience a dévoilé le péril, tels sont les principaux points sur lesquels doit se porter la sollicitude médicale.

L'union sexuelle est le remède naturel et direct de l'épilepsie entretenue par la continence. On peut toutefois, quand ce moyen est impraticable, modérer les crises, suivant les cas, par la saignée, les boissons émulsives et même les anaphrodisiaques, notamment le camphre.

Parmi d'autres indications de détail, Tissot, lorsque l'épilepsie dérive d'un refroidissement aux pieds, prescrit les bains pour les organisations énergiques; des semelles de poix ou des frictions sèches pour les complexions faibles. Dans cette variété épileptique, il défend d'ailleurs d'une manière spéciale, et sans en indiquer le motif, les chaufferettes de charbon dont l'interdiction devrait être généralisée. Pour les accès provoqués par les champignons, le même auteur faisait usage des potions éthérées, indépendamment des eaux minérales et des évacuants.

Comme tous les éléments dont se compose l'histoire de l'épilepsie, le pronostic, en groupant toutes les circonstances dans un jugement général ou particulier, comporte, au point de vue dont nous nous occupons, son genre d'utilité. Bien qu'il ne conduise pas directement sans doute à l'indication et au choix des remèdes, il détermine souvent le degré de convenance et d'opportunité de leur emploi en révélant les chances de guérison ou d'incurabilité, et les accidents éventuels qui peuvent ultérieurement surgir.

Il en est de même, enfin, des antécédents thérapeutiques. Le médecin non-seulement doit scruter avec une sollicitude patiente l'action du traitement dont il fait usage, mais il ne saurait, à cet égard, se renseigner trop complétement sur le passé du malade, sur les soins dont il a été l'objet, leur durée, l'exactitude avec laquelle les prescriptions ont été poursuivies et l'effet qu'elles ont pu produire, afin d'éviter ainsi une médication frappée de stérilité, ou de renouveler, en la fécondant, une médication avantageuse. Par malheur, cette tâche difficile est trop fréquemment négligée.

On le voit, il y a loin de l'observance de ces préceptes à la prescription aveugle et facile d'une panacée qui dispense de toute analyse individuelle, de toute étude des causes, des prodromes et des accidents. Dix années de déceptions nous ont en effet convaincu que, pour combattre efficacement le mal caduc, il faut, sans négliger l'intelligent emploi des spécifiques accrédités, chercher surtout sa direction thérapeutique dans l'examen des circonstances particulières à chaque malade, et ses moyens habituels d'action dans les applications générales d'hygiène.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

M. *Payen* fait hommage à l'Académie d'un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier sur les substances alimentaires, et les moyens de les conserver, de les améliorer et d'en reconnaître les altérations.

BOTANIQUE. — M. *Brongniart* lit un rapport sur une série de mémoires de M. Payer, relatifs à l'*organogénie de la fleur dans diverses familles de plantes*.

ORGANOGÉNIE VÉGÉTALE. — M. *Payer* présente un nouveau mémoire pour faire suite à ses *Considérations générales sur l'Androcée*. (*Renvoyé à l'examen de la section de Botanique.*)

PISCICULTURE. — M. *Millet* adresse à l'Académie le résultat de ses recherches sur l'application des fécondations artificielles à la pisciculture.

MÉDECINE. — *Choléra-morbus.* — *Legs Bréant.* — Le prix fondé par le *legs Bréant* attire à l'Académie plusieurs communications de MM. Giraud, J.-L. Loewe, de Ploesberg (Bavière), Thiel, médecin à Bielitz (Silésie), Ackermann, de Francfort-sur-le-Mein, etc.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1853 (SUITE). — PRÉSIDENCE DE M. BÉRARD.

Rapport sur un mémoire de M. Mouriès ayant pour titre : Note pour servir à l'histoire de l'alimentation insuffisante, par MM. Michel Lévy et Bouchardat, rapporteur.

Le mémoire de M. Mouriès aborde les questions les plus diverses et les plus intéressantes qui se rapportent au rôle du phosphate de chaux dans la nutrition des animaux, et à l'influence que l'emploi bien entendu de ce sel peut exercer pour diminuer la fréquence des maladies et la mortalité des enfants dans les villes.

Une étude approfondie nous montre que si pour subvenir aux principales fonctions, des principes immédiats ou des aliments plus composés, très dissemblables, peuvent se substituer les uns aux autres sans qu'il survienne aucun changement dans l'harmonie générale, les principes inorganiques, au contraire, ne peuvent être remplacés par leurs similaires les plus intimes. (Le rapporteur développe cette pensée pour bien indiquer la portée du travail de M. Mouriès, et former à son travail un préambule utile. Il arrive à formuler cette proposition : On voit qu'à chaque combinaison inorganique est assigné, dans l'organisme, un rôle défini et limité; on comprend sans peine alors combien l'absence ou la diminution d'un de ces composés peut être préjudiciable à la santé.)

Parmi les sels inorganiques indispensables aux animaux supérieurs, le phosphate de chaux des os vient au premier rang; c'est de l'appréciation de son rôle que M. Mouriès s'est exclusivement occupé. Voici les trois conclusions remarquables qu'il déduit, non seulement des expériences qu'il a exécutées, mais encore de la comparaison des faits que la science possède : 1° Le phosphate de chaux entretient une irritabilité sans laquelle il n'y a ni assimilation, ni conséquemment nutrition. Aussi, son insuffisance très accusée produit-elle la mort avec tous les symptômes de l'inanition, tandis qu'une insuffisance moins marquée fait naître la série des maladies lymphatiques. — 2° L'alimentation des villes est insuffisante sous ce rapport. Le lait des femmes a conséquemment le même défaut, et l'enfant, comme le fœtus, souffre de l'absence de cet aliment indispensable à leur vie et à leur développement. — 3° L'addition de ce sel uni à

une matière animale complète les aliments et prévient les maladies et la mort qui suivent toujours l'absence ou l'insuffisance du phosphate de chaux des os.

Pour établir ces trois conclusions, voici les faits principaux sur lesquels M. Mouriès s'appuie : Le sang des animaux contient une proportion constante de phosphate de chaux, et cette proportion est indépendante de la quantité qu'ils en trouvent dans les aliments. Ainsi le pigeon, par les phosphates alcalins des grains et par les graviers calcaires qu'il ingère, prend un léger excès de phosphate calcaire ; le cheval, par ses fourrages, en avale un excès ; le chien, qui se nourrit d'os, en prend un plus grand excès encore, et cependant le sang du pigeon contient, pour 1000 grammes, 1,20 de ce phosphate, celui du cheval 0,5, et celui du chien 0,4. Ce résultat n'est pas accidentel, tous les oiseaux dont on a analysé le sang en contiennent de 1,5 à 1,2, tandis que les herbivores et les carnivores n'en contiennent que de 0,4 à 0,9, malgré l'excès de ce sel contenu dans les aliments. La dose réglée par la nature peut aussi être modifiée par l'âge et le sexe. S'il y a insuffisance de phosphate calcaire, il y a abaissement de l'irritabilité, d'où atonie des organes digestifs, assimilation imparfaite, diarrhée, mort. Ce résultat a déjà été constaté par Chossat, et il se trouve vérifié par les analyses de M. Mouriès. D'autres principes inorganiques, le chlorure de sodium, par exemple, pourraient, suivant M. Bouchardat, déterminer des phénomènes analogues.

M. Mouriès a établi, par un calcul très intéressant, que la quantité de phosphate calcaire contenu dans les graines pouvait être suffisante pour la réparation des os, mais cependant insuffisante pour d'autres fonctions essentielles de l'économie. Partant de cette remarque curieuse qu'il existe un rapport constant entre la température des animaux et la quantité de phosphate contenu dans le sang, il en déduit la conséquence que le phosphate de chaux est destiné, chez les animaux, à entretenir l'irritabilité animale, sans laquelle la nutrition est impossible.

M. Bouchardat n'admet pas définitivement cette loi remarquable : des analyses répétées dans différentes conditions sont nécessaires.

M. Mouriès a annexé à son travail un tableau qui indique la relation entre la température de certains animaux et la quantité de phosphate calcaire contenu dans leur sang ; ce tableau comprend des exemples tirés du canard, de la poule, du pigeon, de l'homme, du cheval, de la grenouille. Si l'on admettait ces faits comme acquis, on verrait qu'il existe une relation remarquable entre la température propre d'un animal et la proportion de phosphate calcaire contenu dans son sang.

Dans la deuxième partie de son mémoire, M. Mouriès, partant de ce principe démontré par Chossat, vérifié et formulé par M. Boussingault, développé par M. Bérard et admis aujourd'hui par tous les physiologistes, que l'alimentation est insuffisante quand les aliments ne contiennent pas assez de phosphate calcaire pour restituer à l'économie celui qui en est continuellement expulsé, cherche à établir que l'alimentation communément en usage dans les villes ne contient pas une proportion suffisante de phosphate de chaux, lorsqu'il s'agit d'une femme enceinte et d'une nourrice. La quantité de phosphate qui doit être ingérée dans les vingt-quatre heures doit être, d'après l'examen des *excreta*, de 6 grammes environ. En prenant ce chiffre de 6 grammes par jour comme la dose nécessaire à l'entretien de la santé, M. Mouriès cherche à prouver que, dans bien des circonstances, cette quantité ne se trouve pas dans les aliments des nourrices des villes. Il invoque, comme preuve directe à l'appui de sa thèse, l'examen de la ration journalière de la femme de la ville, et arrive à formuler une insuffisance de moitié environ. Le rapporteur pense que le problème est plus complexe que M. Mouriès ne le présente.

Nous arrivons à des résultats plus susceptibles de précision, quoique présentant des difficultés considérables à l'expérimentateur. L'analyse des laits de femme pris dans diverses conditions est bien plus propre, suivant l'auteur, à faire ressortir l'insuffisance en phosphate du lait des nourrices des villes. Ici vient se placer le résumé des recherches exécutées par M. Mouriès sur le lait des nourrices de la ville et celui des nourrices de la campagne.

Dans la troisième partie de son mémoire, l'auteur réunit dix-sept observations cliniques. Dans treize cas, les enfants étant chétifs, et le phosphate de chaux se trouvant en quantité insuffisante dans le lait, l'administration de ce sel calcaire paraît avoir réussi dix fois : trois enfants seulement sont morts ; les autres sont promptement revenus à la santé et ont repris de la vigueur. Dans cinq autres cas, les femmes furent mises au régime du phosphate de chaux surajouté dans leurs aliments pendant l'état de grossesse, et ce régime fut continué pendant l'allaitement ; les enfants se développèrent bien et jouirent d'une santé parfaite.

Conclusions. Remercier l'auteur de sa communication et l'engager à poursuivre ses recherches.

Discussion.

M. *Londe* demande la parole pour faire remarquer que la dose de 6 grammes de phosphate de chaux, jugée indispensable dans la ration journalière, lui paraît fixée d'une manière arbitraire et un peu absolue. Il fait observer que des expériences récentes ont démontré que les enfants deviennent rachitiques lorsqu'on les nourrit avec du bouillon, tandis qu'ils se développent bien, nourris avec du lait ; dans l'enfance, le phosphate de chaux est plus utile que lorsque le système osseux est plus développé.

M. *Bouchardat* convient que le chiffre de 6 grammes indiqué par M. Mouriès est un peu arbitrairement fixé.

M. *Moreau* demande aussi quelques explications au rapporteur ; M. Mouriès a énoncé d'une manière générale que le lait des nourrices de la ville contenait moins de phosphate de chaux que celui des nourrices des campagnes ; il a dit qu'à Paris surtout il y avait une quantité insuffisante de phosphate de chaux dans le lait des nourrices. Sur quels faits M. Mouriès a-t-il basé son observation ? Il y a des nourrices dans toutes les classes de la société ; M. Mouriès a-t-il pris pour ses expériences du lait de pauvres femmes épuisées par le travail et par la misère, vivant d'une alimentation insuffisante ? A-t-il pris, au contraire, le lait de femmes appartenant à la classe aisée, soumises à une alimentation substantielle ? M. Moreau déclare que pour lui, il considère que, toutes choses égales d'ailleurs, le lait des nourrices des villes lui paraît aussi convenable pour élever les enfants que le lait des nourrices des campagnes.

M. *Bouchardat* répond qu'un rapporteur ne peut répéter des expériences de la nature de celles de M. Mouriès. A la campagne, le régime alimentaire est composé plus particulièrement de substances végétales plus riches en sels calcaires et fournissant plus aisément du phosphate de chaux par double décomposition. C'est du reste une question qui exige de nouvelles recherches.

M. *Moreau* déclare qu'il approuve généralement le travail de M. Mouriès, et qu'il a voulu simplement savoir dans quelle classe de la société M. Mouriès a pris ses nourrices.

M. *Depaul* s'associe aux remarques de M. Moreau ; il ne conteste en quoi que ce soit les analyses chimiques de M. Mouriès, mais il ne croit pas qu'on puisse accepter de la même façon la proposition d'introduire du phosphate de chaux dans l'alimentation des nourrices des villes. Il n'admet pas comme preuves suffisantes les quelques observations de M. Mouriès, et il est porté à soutenir que les nourrices de Paris sont d'excellentes nourrices quand elles s'alimentent bien. Les femmes venues de la campagne, lorsqu'elles s'acclimatent, fournissent à Paris d'excellentes nourrices. De nouvelles expériences sont nécessaires. M. Depaul va même plus loin ; il déclare qu'il a une grande déférence pour les analyses chimiques et microscopiques, mais que quand il s'agit de décider pour le choix d'une nourrice, le clinicien est souvent en désaccord avec les analyses, et qu'il doit surtout se décider en raison du résultat des nourritures antérieures.

M. *Bouchardat* : Si j'avais une nourrice à choisir, il est évident que je consulterais bien plutôt ses antécédents que l'analyse de son lait ; mais est-ce à dire pour cela qu'il faille repousser la lumière ? L'analyse n'est pas ici un criterium infaillible, mais c'est une voie d'investigation nouvelle qui est ouverte ; M. Mouriès est entré dans une bonne voie et nous l'engageons à poursuivre.

M. *Depaul* a voulu simplement faire des réserves ; il trouve que le rapporteur a abondé avec trop de complaisance dans le sens de l'auteur.

M. *Caventou* conteste que les expériences de M. Mouriès soient suffisantes pour faire accepter le fait qu'il a mis en avant, savoir : l'excitation déterminée par le phosphate de chaux agissant pour faciliter l'assimilation. Il demande de quelle façon M. Mouriès a dosé le phosphate de chaux.

M. *Gibert* regrette qu'on n'ait pas remis à la prochaine séance la suite de cette discussion. Il dit qu'il respecte profondément la chimie, mais qu'il préfère les observations et les expériences cliniques à ses analyses. Les nourrices sur lieu des gens riches élèvent de très beaux enfants. Il ne voit, ni dans le mémoire de M. Mouriès, ni dans le rapport de M. Bouchardat, rien qui justifie le rôle attribué au phosphate de chaux dans l'alimentation. Il demande que M. Bouchardat modifie sa seconde conclusion et n'engage pas M. Mouriès à persister dans la voie où il s'est engagé.

M. *Bouchardat* répond à M. Caventou que M. Mouriès, dans ses analyses de phosphate de chaux, s'est surtout attaché à doser la chaux. Il déclare à M. Gibert qu'il ne voit de danger que dans l'ignorance et que la fausse science elle-même n'est pas dangereuse lorsqu'elle ne fait pas de fausse application. Il ajoute que, pour lui, il voit des preuves dans les résultats des analyses des matières excrétées ; il consent à modifier la deuxième conclusion de son rapport, en ajoutant *par des observations nouvelles répétées*, etc.

Les conclusions du rapport sont adoptées avec cette modification.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1853. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° Quatre lettres du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics: — *a*. Communication relative au mode de traitement de l'hydrophobie par M. *Woll-Moreau*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.) — *b*. Rapport du docteur *Gerdy*, médecin-inspecteur des eaux minérales d'Uriage, sur le service médical de cet établissement pendant les années 1849, 1850, 1851 (*première partie*). (*Commission des eaux minérales*.) — *c*. Rapport du docteur Balme du Gavray, médecin des épidémies pour l'arrondissement du Puy (Haute-Loire), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cet arrondissement en 1853. (*Commission des épidémies*.) — *d*. Autorisation pour l'insertion au *Bulletin de l'Académie de médecine*, des formules relatives à l'opium indigène de pavot pourpre et de ses composés, proposées par M. *Aubergier*. Il n'a pas été envoyé d'autorisation de même nature au sujet des préparations de *lactucarium* de M. Aubergier, parce que celui-ci veut se réserver un privilége, qu'il croit tenir d'un brevet d'invention, à lui délivré antérieurement à la loi de 1844.

2° M. le docteur *Lucien Corvisart* écrit pour repousser toute supposition qui tendrait à faire croire qu'un intérêt autre que l'intérêt scientifique lui a fait nommer devant une assemblée et un public de médecins un collaborateur qu'il tient pour honorable et digne d'estime.

3° M. le docteur *Pagès*, médecin-inspecteur des eaux de Barèges, écrit pour remercier l'Académie de la médaille de bronze qu'elle lui a accordée.

4° M. *Billiard* adresse un mémoire intitulé : *Théorie du choléra*. (*Commission du choléra*.)

5° M. *Boinet* écrit pour prier l'Académie de vouloir bien hâter son rapport sur les mémoires qu'il a soumis à son approbation. (*Commission nommée*.)

6° PRIX NADAU. — Plusieurs mémoires, arrivés avant le 31 décembre, terme de rigueur, pour le concours du prix Nadau.

M. *Nacquart* donne ensuite quelques détails sur la réception de l'Académie de médecine, aux Tuileries et au ministère de l'instruction publique, à l'occasion du 1er janvier.

Rapports et Mémoires.

M. *Depaul* lit en son nom et en celui de M. Paul Dubois, un rapport relatif à un mémoire de M. le docteur Mascarel sur les convulsions des femmes enceintes.

Le mémoire de M. Mascarel est divisé en deux parties. La première comprend tout ce qui est relatif aux causes, aux formes variées de l'affection, à ses complications et à sa nature. La seconde s'occupe exclusivement des divers modes de traitement qui ont été conseillés.

Quant aux *causes*, après les avoir divisées en prédisposantes et occasionnelles, il énumère presque toutes celles qui ont été admises par les divers auteurs, et chacun sait combien elles sont nombreuses et souvent contradictoires. Toutefois, il regarde comme des prédispositions toutes spéciales la primiparité, les tempéraments sanguins et lymphatico-sanguins, l'infiltration des membres inférieurs, mais il ne considère pas l'albuminurie, et avec raison, selon M. Depaul, comme une cause essentielle de la maladie. Le rapporteur déclare qu'il est loin de contester la coïncidence presque habituelle de l'albuminurie avec l'éclampsie, ainsi qu'il a déjà eu occasion de l'avancer, mais qu'il lui paraît inexact de dire avec M. Cazeaux, qu'on trouve toujours de l'albumine dans l'urine des éclamptiques. M. Mascarel a apporté deux nouvelles observations contre cette manière de voir.

Si l'albuminurie des femmes enceintes était la cause essentielle de l'éclampsie, comment comprendre qu'on rencontre si fréquemment de l'albumine dans l'urine des femmes enceintes, et, qu'absolument parlant, les convulsions soient un accident fort rare ? Sur 41 femmes qui étaient albuminuriques, parmi 205 femmes enceintes prises indistinctement dans les salles de l'hôpital, et qui ont été observées par le docteur Blot à la Maternité, 7 seulement furent atteintes d'éclampsie. Une proportion aussi minime permet-elle d'admettre sans discussion une relation évidente de cause à effet? Si l'albumine avait l'influence qu'on lui prête, il serait tout naturel qu'on observât les convulsions chez les femmes dont l'urine renferme la plus grande proportion d'albumine; le tableau donné par M. Blot démontre qu'il n'en est point ainsi. Et d'ailleurs, dans les cas d'éclampsie où l'on a constaté dans l'urine la présence de l'albumine, est-on bien sûr que celle-ci ait préexisté aux attaques? Jusqu'à ce jour, dans la plupart des observations, l'urine n'a été examinée qu'après le développement des phénomènes convulsifs. Les recherches de M. Blot sont presque les seules qui aient été entreprises dans cette direction, et, quoique nombreuses et d'ailleurs fort intéressantes, elles ne répondent pas encore complétement à la question. M. Depaul a recueilli deux observations qui prouvent que l'albumine peut très bien n'apparaître qu'après le développement de l'éclampsie.

Sans vouloir prétendre qu'il en soit toujours ainsi, et en admettant même que le contraire ait lieu dans le plus grand nombre des cas, M. Depaul trouve dans ce nouvel ordre de faits un puissant argument contre l'opinion de ceux qui prétendent mettre l'éclampsie sous la dépendance nécessaire de l'albuminurie.

Une autre circonstance frappe le rapporteur dans l'histoire de l'albuminurie des femmes enceintes, c'est la rapidité avec laquelle l'albumine disparaît lorsque l'accouchement est terminé. Peu d'heures suffisent habituellement pour amener ce résultat. Il n'est pas rare cependant de voir les convulsions n'apparaître que quelques heures et même quelques jours après la parturition. Est-il probable que, dans ces cas, en admettant qu'il y ait eu de l'albumine pendant la grossesse, on la voie exceptionnellement persister aussi longtemps? N'est-il pas raisonnable de supposer, au contraire, ou bien qu'elle n'a pas existé un seul instant, ou qu'elle ne s'est montrée qu'après avoir été précédée par un nombre variable d'accès?

Si la science n'est pas encore fixée sur le rôle que l'albuminurie et l'éclampsie jouent l'une par rapport à l'autre, est-elle plus avancée quand il s'agit d'expliquer l'albuminurie des femmes enceintes? M. Depaul n'admet pas qu'il faille chercher dans la néphrite l'explication ordinaire de l'albuminurie. Le résultat de ses autopsies est en cela parfaitement conforme à celui qui a été obtenu par M. Blot. Il n'a pas rencontré les altérations qui sont regardées par *tout le monde* comme caractéristiques de la néphrite albumineuse. La cause de l'albuminurie serait plutôt dans les modifications que la grossesse fait subir au sang de la femme, dans lequel les auteurs s'accordent à signaler une notable diminution d'albumine.

Après quelques considérations sur la symptomatologie, la marche, la terminaison, le pronostic de l'éclampsie, M. Depaul arrive au traitement.

M. Mascarel, se rangeant sous la bannière de ceux qui ont cru trouver la cause de l'éclampsie dans le développement de l'utérus, ne voit de chance de salut que dans la déplétion de cet organe; il est partisan des émissions sanguines à hautes doses. M. Depaul considère aussi les émissions sanguines comme le seul moyen sur lequel on puisse véritablement compter, et qui doit faire la base du traitement qu'on oppose aux convulsions. De même, avec l'auteur du mémoire, il proscrit les vomitifs et les narcotiques; mais il repousse comme impressionnant les malades d'une manière fâcheuse, tous les révulsifs douloureux que préconise au contraire M. Mascarel; il n'admet pas non plus que les bains soient un moyen à employer, tant à cause de la difficulté d'exécution pendant l'accès lui-même, que par la crainte de voir apparaître une nouvelle attaque si l'on profite de la période de coma pour les administrer. Quant au chloroforme, que M. Mascarel réserve, ainsi que les antispasmodiques, pour les cas où les émissions sanguines sont tout à fait inapplicables, il ne croit pas que les essais tentés jusqu'ici, non plus que le raisonnement, puissent conduire à l'emploi de cet agent.

Mais il est une autre question d'une grande importance qui, sans avoir été négligée par M. Mascarel, n'a pas été, peut-être, suffisamment étudiée par lui. Il s'agit de la provocation de l'accouchement, ou même de l'avortement, selon l'époque de la grossesse où se manifeste l'éclampsie. Il y a quelques années à peine, le problème était résolu par presque tous les accoucheurs dans le sens de l'affirmative. Aujourd'hui beaucoup se montrent plus réservés, et M. Depaul est du nombre. Les faits très multipliés, qui prouvent que les convulsions peuvent persister, et même se terminer par la mort après la déplétion spontanée ou artificielle de l'utérus démontrent, suivant le rapporteur, que ce n'est pas là l'indication première et fondamentale. M. Depaul discute successivement, et avec détail, les raisons qui peuvent concourir à expliquer un pareil résultat, et formule les règles qu'il lui paraît utile de suivre selon les circonstances.

Le traitement de l'éclampsie qui survient après l'accouchement, ou qui, ayant commencé pendant la grossesse, dure encore après la déplétion de l'utérus, découle naturellement de tout ce qui précède. Si la saignée a été poussée sans succès jusqu'à ses dernières limites, on peut, ainsi que le propose M. Mascarel, insister sur les antispasmodiques et les révulsifs de toute sorte; mais c'est encore sur la saignée qu'il faut fonder tout son espoir si les forces de la malade permettent d'y recourir encore.

Conclusions : 1° Remercier l'auteur de sa nouvelle et intéressante communication; 2° renvoyer son mémoire au comité de publication; 3° inscrire son nom sur la liste des candidats aux futures places de correspondant.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

M. *Cazeaux* demande la parole pour discuter certains points importants du rapport que vient de lire M. Depaul, et sur lesquels il n'est pas d'accord avec cet honorable académicien, particulièrement pour ce qui a trait à l'influence de l'albuminurie sur le développement de l'éclampsie. Il

convient qu'il a écrit à une certaine époque que l'albuminurie coïncidait toujours avec l'éclampsie. Il avait alors dix-neuf observations à l'appui de cette manière de voir, et ne connaissait aucune exception à cette règle. Depuis M. Depaul a fait connaître deux observations d'éclampsie sans albuminurie. M. Cazeaux crut devoir alors modifier sa conclusion première et dire que, dans l'immense majorité des cas, l'albuminurie coïncidait avec l'éclampsie; il maintient aujourd'hui cette proposition. Il a imprimé, dans la seconde édition de son ouvrage, qu'il existait çà et là quelques observations d'éclampsie où l'absence d'albumine a été constatée dans les urines. Tous les médecins ne sont pas familiers avec la recherche prompte et précise de l'albumine. Il y a une foule de causes d'erreurs pour les personnes non exercées. Ainsi, parmi les faits que M. Depaul a empruntés aux auteurs, beaucoup ont besoin d'être examinés de nouveau. Dans la plupart des cas on n'a pas traité successivement l'urine par l'acide nitrique et par la chaleur. Dans d'autres, on s'est contenté de l'action de la chaleur; or, dans les urines albumineuses alcalines il n'a pas dû nécessairement se former de précipité; l'acidité ou l'alcalinité de l'urine n'a pas été constatée le plus souvent. D'autre part, en traitant l'urine seulement par l'acide nitrique, il arrive qu'on précipite des urates. Ces causes d'erreurs n'ayant pas toujours été évitées, ou bien aucun détail n'ayant été donné souvent sur la manière d'opérer, il faut se tenir en garde contre la plupart de ces observations. Les faits qu'a cités M. Depaul sont d'ailleurs peu nombreux, excessivement rares même, ses recherches ont été faites partout, et l'on cite 6, 8, 10 cas peut-être, où l'éclampsie a paru ne pas s'accompagner d'albuminurie. Il est donc bien permis de considérer que dans l'immense majorité des cas, la proposition émise par M. Cazeaux est vraie. Mais M. Depaul a été plus loin; il ne veut pas considérer l'albuminurie comme une cause d'éclampsie; il va même jusqu'à dire que c'est un effet et non une cause. Sur 41 femmes albuminuriques, M. Depaul en cite, d'après M. Blot, 7 qui furent atteintes d'éclampsie, et il ne trouve pas que ce nombre soit considérable. Mais l'albuminurie elle-même est une chose fort rare chez les femmes enceintes; dans l'état ordinaire elle ne se rencontre pas une fois sur deux cents; d'un autre côté, on trouve presque toujours de l'albumine dans l'urine des éclamptiques. Qu'on remarque, d'autre part, que les convulsions, les phénomènes épileptiformes sont assez rares, tandis que c'est un phénomène ordinaire dans la maladie de Bright. De plus, dans ces derniers temps, M. Paul Dubois a constaté la présence de l'albumine dans l'urine des petits enfants atteints de convulsions, et tout à l'heure M. Depaul se plaignait de la rareté des cas dans lesquels on avait constaté l'existence de l'albumine chez les éclamptiques. M. Depaul n'apporte que deux faits à l'appui d'une opinion contraire; deux fois seulement il a observé que l'albumine ne s'est pas trouvée avant les convulsions éclamptiques, et qu'elle s'est rencontrée après; M. Cazeaux croit ces deux cas uniques. Il y a des faits bien plus nombreux où l'éclampsie s'est manifestée après trois semaines, un, deux, trois mois après l'apparition de l'albumine dans les urines. Si les deux faits contraires n'étaient pas donnés par M. Depaul lui-même, M. Cazeaux n'hésiterait pas à croire que l'observateur ne s'est pas mis à l'abri de toute cause d'erreur. Le rapprochement qu'on peut faire entre ce qui se passe chez les petits enfants atteints de convulsions et ce qui a lieu chez les femmes éclamptiques tend à prouver la vérité de la thèse de M. Cazeaux. — M. Depaul dit encore: Cette albumine disparaît presque immédiatement après l'accouchement, souvent au bout de quelques heures, et cependant on voit l'éclampsie se manifester le lendemain. L'albuminurie n'est donc pas une cause de l'éclampsie. M. Cazeaux en demande pardon à M. Depaul; mais il fait observer qu'ici encore il a pris des faits exceptionnels pour des faits généraux. Il est bien certain qu'au bout de dix, douze, quinze jours, un mois, plusieurs mois même, l'albumine persiste souvent encore dans les urines.

Il y a à la Charité une femme chez laquelle l'albumine persiste encore dans les urines un an après les attaques d'éclampsie. Dans la clientèle de M. Cazeaux se trouve une femme qui a fait, il y a trois semaines, une fausse couche et dont les urines sont albumineuses aujourd'hui encore; lors de la fausse couche l'enfant était mort depuis vingt jours. L'albumine ne disparaît donc pas si vite que M. Depaul l'a avancé et la preuve qu'il a voulu tirer de la rapidité de la disparition de l'albumine n'a pas la valeur qu'il lui a attribuée. D'autres observations pourraient démontrer que l'albuminurie est due à une lésion rénale; il faut examiner des reins pris chez des femmes qui auraient succombé par suite d'éclampsie et offrant les lésions de la néphrite albumineuse. Or, c'est ce que M. Cazeaux dit avoir constaté bien des fois, et, ne se fiant pas à son appréciation personnelle, il a souvent présenté à M. Rayer des reins pris dans de pareilles conditions, sans rien lui dire, et celui-ci n'a pas hésité à diagnostiquer le premier, le second et quelquefois même le quatrième degré de la néphrite albumineuse. En rapprochant ces circonstances, M. Cazeaux croit que dans l'albuminurie des éclamptiques il y a une affection organique. Il désire qu'il n'en soit rien; la rapidité de la guérison et de la cessation des accidents dans un grand nombre de cas indique que souvent cela n'a pas lieu, mais ce n'est pas une chose exceptionnelle comme M. Depaul l'a avancé. Quand on y réfléchit, on s'explique bien comment l'existence de la grossesse peut déterminer une congestion rénale.

La veine rénale comprimée par l'utérus détermine la congestion du rein et consécutivement l'hypertrophie. M. Cazeaux dit qu'il croit, qu'il désire plutôt qu'il n'y ait pas d'altération organique dans l'albuminurie des éclamptiques; mais dire que cela n'ait lieu que dans des cas rares, exceptionnels, c'est à ses yeux manquer de réserve suffisante. M. Cazeaux a malheureusement constaté des faits de cette nature dans beaucoup de cas où l'autopsie a été pratiquée.

M. *Depaul* fait observer que M. Cazeaux a écrit que pour lui il n'y avait jamais d'éclampsie sans albuminurie, que l'éclampsie était sous la dépendance immédiate et directe de l'albuminurie. M. Depaul sait, il est vrai, que M. Cazeaux a modifié depuis sa première proposition; il le voit avec plaisir, car cette conversion a été opérée avec deux faits, et aujourd'hui il en apporte six et en conserve un septième dans son portefeuille. Il a profité du rapport qui lui était confié pour discuter cette importante question de la coïncidence de l'albuminurie avec l'éclampsie. M. Cazeaux objecte le petit nombre de faits que M. Depaul peut apporter à l'appui de sa manière de voir; mais depuis combien de temps examine-t-on si l'albumine existe dans les urines avant l'éclampsie? M. Depaul a trouvé dans le travail qu'il a été chargé d'examiner deux nouvelles observations; il les défend parce qu'il les a étudiées avec soin; il a vu M. Mascarel et s'est fait donner des détails par lui-même. M. Mascarel est un homme au courant de la science; il est bien à même de faire des recherches de la nature de celles dont il s'agit. Il a toujours employé successivement pour la recherche de l'albumine dans les urines l'acide nitrique et la chaleur: or, dans ce cas, on ne peut pas se tromper. M. Depaul affirme que, dans les observations dont il a parlé, ces deux réactifs ont été successivement employés. Quant au reproche que lui a fait M. Cazeaux d'avoir avancé que l'albuminurie est un effet et non une cause, M. Depaul dit qu'il y a dans son rapport beaucoup de doute, de restrictions dans l'expression de cette opinion; mais, quand on voit l'albuminurie n'apparaître qu'après l'éclampsie, il est bien permis de supposer qu'elle soit un effet plutôt qu'une cause. La constatation de la présence de l'albumine avant l'éclampsie n'est pas d'ailleurs toujours chose facile; on est appelé le plus souvent lorsque les convulsions sont établies. M. Depaul s'efforce de rétablir l'argument qu'il a tiré dans son rapport de la tardivité des attaques d'éclampsie, après la disparition de l'albumine. Mais ici se présente une question plus importante: l'albuminurie des femmes enceintes est-elle un premier, un second, un troisième degré de la maladie de Bright? M. Depaul a observé, comme M. Cazeaux, des cas de cette espèce; mais il ne comprend pas que celui-ci puisse s'étonner de ne pas le lui voir admettre. Dans la grande majorité des cas, il n'en est pas ainsi; les observations de MM. Blot et Mascarel sont là pour le prouver. Est-il d'ailleurs bien facile de reconnaître les altérations des reins dans la maladie de Bright? M. Depaul s'incline devant l'autorité de M. Rayer; mais il dit qu'il y a souvent désaccord à cet égard entre des hommes compétents. M. Depaul s'empare contre M. Cazeaux de ce fait, que les attaques d'éclampsie peuvent déterminer la congestion du rein; il conteste qu'il soit facile de distinguer les premiers degrés de la maladie de Bright, ce qui détruit la valeur tirée par M. Cazeaux des altérations du rein. L'orateur termine en faisant la remarque qu'il résulte de tout ceci cette conséquence qu'il n'y a pas entre lui et M. Cazeaux autant de dissidence qu'on pourrait le penser au premier abord.

Anatomie pathologique. — M. *Aran* présente différentes pièces provenant d'une femme qui a succombé à une atrophie musculaire progressive, et d'autre part aux progrès d'une néphrite. L'autopsie a été limitée aux muscles et à certaines parties du système nerveux. Les altérations qui ont été constatées sont celles qui ont été déjà décrites par M. Cruveilhier et par d'autres micrographes. Les muscles de l'éminence thénar et de l'éminence hypothénar, ceux des jambes, des pieds, présentaient une atrophie générale et une atrophie de chaque muscle en particulier. Les fibres musculaires, disparues en partie, étaient remplacées par de la graisse. Dans deux muscles de la partie postérieure de la jambe, les jumeaux et le soléaire, M. Mandl a cru reconnaître du tissu fibreux de nouvelle formation. Le système nerveux devait attirer surtout l'attention. La moelle, examinée avec grand soin, était parfaitement semblable à celle qui a été observée par M. Cruveilhier; il y avait une atrophie considérable des racines antérieures de la moelle, surtout à la région cervicale; ces racines antérieures étaient presque transparentes. L'altération était surtout frappante par la comparaison de la moelle altérée avec celle d'une femme à peu près du même âge et qui ne présentait ni altération ni anomalie.

M. *Debout* expose à l'Académie le résultat de l'examen nécroscopique du bras du malade auquel M. Valette, de Lyon, avait injecté avec tant de succès du perchlorure de fer pour un anévrysme du pli du bras. Cet homme, parfaitement guéri de son anévrysme, a succombé aux progrès d'une diathèse tuberculeuse. A l'autopsie, on a trouvé l'artère, où avait

été injecté le perchlorure de fer, oblitérée ainsi que l'origine de deux ou trois collatérales.

La séance est levée à cinq heures.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Diabète des vieillards, par le docteur H. Bence Jones.

M. Dechambre, dans un mémoire lu devant l'Académie de médecine de Belgique, a fait connaître que, dans des expériences faites sur vingt femmes âgées de la Salpêtrière, il avait dix-neuf fois constaté la présence du sucre dans l'urine. M. Dechambre a déduit de ces expériences que le sucre existe très fréquemment dans l'urine des personnes âgées. En parcourant ses notes sur les malades diabétiques observés depuis trois ans, M. Bence Jones écrit que, sur vingt-neuf malades, onze avaient plus de soixante ans, et, parmi ceux-ci, six plus de soixante-dix. Dans presque tous ces cas, l'auteur remarque que le diabète offrait des symptômes généraux beaucoup moins marqués qee ceux que l'on observe chez l'adulte.

Sur ces onze cas,

Deux fois la maladie était intermittente ;

Six fois la quantité de l'urine n'avait point ou à peine augmenté ;

Une fois l'urine avait augmenté de quantité, mais la maladie durait probablement depuis seize ans ;

Une fois l'urine était albumineuse et les signes du diabète à peine marqués ;

Une fois, chez un malade de plus de soixante-quatorze ans, la maladie existait dans toute son intensité.

(*London Medico-Chirurg. Transact.*, vol. XXVI, 1853.)

Du diabète intermittent, par le docteur H. Bence Jones.

M. Bence Jones, dont on connaît les nombreux et importants travaux sur les modifications de l'urine dans les maladies, commence ce travail par une discussion de la valeur des renseignements qu'on peut obtenir au moyen de l'étude de la pesanteur spécifique de l'urine. Si l'urine n'était qu'une dissolution de sucre dans l'eau, les tables de pesanteur spécifique mériteraient une confiance absolue; mais l'urine diabétique contient un grand nombre de substances autres que le sucre, et la quantité de chacune d'elles peut faire varier la pesanteur spécifique de l'urine, quoique la quantité de sucre demeure la même. Par des expériences d'analyse quantitative faites avec soin, l'auteur montre la vérité de cette proposition.

La deuxième partie de ce travail a pour but de prouver que dans un certain nombre de cas de diabète, soit sous l'influence du traitement, soit sous l'influence du régime ou uniquement de la marche spontanée de la maladie, l'urine peut tantôt contenir une quantité considérable de sucre, tantôt n'en offrir aucune trace. Sept observations sont relatées par l'auteur, dans lesquelles on voit le sucre disparaître dans l'urine pendant quelques jours et même pendant plusieurs mois ; puis, dans la plupart des cas, la maladie se terminer par la guérison. Outre l'intermittence dans l'existence du sucre, ces faits, comme le dit M. Bence Jones, présentent encore un autre intérêt, c'est le caractère offert par l'urine après la disparition du sucre. Dans ces urines, on remarque pendant l'existence de la matière sucrée comme après sa disparition, un excès considérable d'urée, de l'acide urique libre et de l'oxalate de chaux. L'existence de ces principes dans l'urine pourrait être attribuée au régime animal; cependant l'acide urique et l'oxalate de chaux semblent provenir plutôt d'un trouble digestif. Ce que ces faits offrent surtout de remarquable, au point de vue de la pratique médicale, c'est la présence d'un excès d'urée dans les urines des malades qui présentent des intermittences dans la glucosurie ; d'où l'on tire cette conclusion : lorsque l'on trouve dans l'urine diabétique un excès d'urée, de l'acide urique et de l'oxalate de chaux, on peut obtenir une guérison temporaire, sinon permanente de la maladie. (*London Medico-Chirurgical Transactions*, vol. XXVI.)

Nous rapprocherons de ces recherches intéressantes de M. Bence Jones, celles de M. le docteur M. Traube (Virchow und Reinhard, *Archiv fuer pathol. Anat.*, etc., 1851, vol. IV, livre 1, p. 109); elles se complètent mutuellement. M. Traube a prouvé que la quantité de sucre dans l'urine des diabétiques variait beaucoup aux différentes heures de la journée, et sous l'influence de diverses conditions hygiéniques. Cette quantité de sucre est surtout considérable quelques heures après l'ingestion d'aliments de nature animale et végétale, c'est-à-dire pouvant contenir du sucre et des féculents ; l'ingestion des aliments ne cause cette augmentation momentanée que pendant quatre à huit heures après le repas. Dans le diabète commençant, l'urine de la nuit, ou comme on la nomme vulgairement, l'urine du sang, ne contient pas de sucre; au contraire à une époque plus avancée de la maladie, l'urine contient du sucre à toutes les heures de la journée.

Les recherches de M. Traube portent, comme on le voit, sur un autre point que celles de M. Bence Jones; mais elles peuvent également fournir quelques indications pour la thérapeutique.

De la spirée ulmaire; de son emploi en médecine; des principes chimiques qu'elle renferme, par M. le docteur Télèphe P. Desmartis fils.

M. Desmartis, à qui l'on doit déjà quelques recherches sur les propriétés chimiques et médicales du peuplier et du saule, a été conduit à s'occuper également de l'ulmaire qui, par ses principes actifs et ses effets thérapeutiques, a plus d'une analogie avec les salicinées et les populinées.

La spirée dite *ulmaire*, à cause de la ressemblance de ses feuilles avec celles de l'ormeau, n'est autre chose que la plante vulgairement connue sous les noms de *reine des prés*, *herbe-aux-abeilles*, *ormière*, *vignette*, *pied-de-bouc*, etc. Elle jouit, surtout comme diurétique, d'une grande vogue dans le Midi; à Lyon, particulièrement, d'où nous la voyons quelquefois venir avec ce luxe d'empaquetage et d'annotations qui appartient aux remèdes populaires. Cette vertu diurétique, signalée pour la première fois par un prêtre du département de la Haute-Marne, a été vérifiée par M. le docteur Tessier, de Lyon, qui en a fait l'objet d'un travail spécial. M. Desmartis ne vient pas seulement confirmer sur ce point l'assertion de ses devanciers ; il détermine, d'après les expériences de plusieurs chimistes et thérapeutistes, et d'après les siennes propres, d'une part, les principes auxquels la spirée doit ses propriétés médicales et, de l'autre, la nature de certaines propriétés moins connues que celles dont il vient d'être question.

D'après MM. Dumas et Ettling, l'huile retirée par distillation des fleurs de spirée ulmaire est identique à l'acide *saliciteux*; et M. Piria obtint, en distillant ensemble une partie de *salicine*, une partie de bicarbonate de potasse, deux parties et demie d'acide sulfurique concentré, et vingt parties et demie d'eau, obtint, disonsnous, avec la vapeur d'eau qui passait dans la distillation, un acide parfaitement semblable à l'huile essentielle d'ulmaire. Or, M. le docteur Hannon s'est assuré que c'est à l'acide *spireux* qu'est due la vertu diurétique de la plante. De son côté, l'auteur de ce mémoire, ayant souvent expérimenté cet acide et les sels qu'il forme avec certaines bases, dit y avoir reconnu une action antiphlogistique spéciale et une vertu sédative s'exerçant sur l'ensemble de l'économie. Il a prescrit le *salicite de potasse* à la dose de 25 centigrammes dans certains cas de variole confluente avec fièvre et délire, et il a vu l'excitation tomber en quelques heures. Dans certaines affections inflammatoires de l'estomac, ajoute-t-il, dans des cas de vomissements opiniâtres, dans certains accès cholériformes, le même sel a *produit des effets rapides et très satisfaisants*.

M. Desmartis fait remarquer que le salicite de potasse livré dans le commerce est souvent altéré, noir, mal cristallisé ; tandis que le pur doit être en cristaux blancs. Et il ajoute, non sans raison, qu'il faut attribuer la déchéance de certains remèdes fort vantés

d'abord, autant au moins à la sophistication dont ils ne tardent pas d'être l'objet, qu'au peu de rigueur des premières expériences.

Les résultats annoncés par M. Desmartis, concordent avec ceux des observateurs qui l'ont précédé ; ils méritent donc doublement de fixer l'attention. Il est seulement à regretter que, ayant ou paraissant avoir à sa disposition des faits nombreux, il se soit contenté de les indiquer sommairement dans un rapide exposé. (*Revue thérapeutique du Midi*, 30 nov. 1853, page 297.)

Traitement des tumeurs érectiles par le broiement sous-cutané, suivi de l'injection de perchlorure de fer, par M. Cooper Forster.

Le traitement des tumeurs érectiles par les injections de perchlorure de fer a été assez fréquemment essayé en Angleterre depuis quelque temps. Les journaux anglais ont déjà publié plusieurs observations d'accidents inflammatoires graves survenus à la suite de ces injections. Cependant les résultats n'ont pas toujours été aussi fâcheux, et M. Forster, entre autres, vient d'obtenir deux succès que nous publions.

Le procédé suivi par le chirurgien anglais est le suivant. On commence par diviser la tumeur en plusieurs sens à l'aide d'un ténotome étroit, agissant suivant la méthode sous-cutanée. Au moment où l'on retire le ténotome, on introduit par la même ouverture la canule de la seringue, et l'on injecte quelques gouttes de la solution de perchlorure. Cela suffit si la tumeur est petite, mais si elle est plus grosse on introduit ainsi plusieurs fois le ténotome et la seringue en plusieurs points différents et en les faisant chaque fois manœuvrer de la même manière.

Nous ferons remarquer qu'il est difficile de dire si la guérison, lorsqu'on l'obtient, est due à l'injection coagulante, ou si, peut-être, elle ne serait pas la conséquence du broiement sous-cutané qui, comme on le sait, a été proposé et exécuté plusieurs fois avec succès. Nous ferons remarquer encore que ce procédé, envisagé théoriquement, semble de nature à provoquer souvent une violente inflammation. Quoi qu'il en soit, nous croyons devoir publier les deux faits suivants, que nous extrayons du *Medical Times and Gazette*, December 24th 1853.

Obs. I. — Thomas H..., âgé de dix-huit ans, atteint d'un nævus situé sur la bosse frontale gauche. Ce nævus de la variété mixte (cela veut dire sans doute qu'il est à la fois artériel et veineux) a déjà été traité inutilement par des applications d'acide nitrique. Il est large comme un florin, il fait une saillie considérable, et s'accroît lentement. Le 2 octobre 1853, on fait une première injection, sans commencer par faire les débridements sous-cutanés : effets nuls. Le 8 octobre, seconde injection, d'après le procédé décrit plus haut. On injecte probablement de cinq à huit gouttes. La tumeur devient dure et plus grosse, mais sans signes d'inflammation locale ou d'accidents généraux... Au bout d'un mois, tout a disparu, à l'exception de quelques petits vaisseaux sous-cutanés. Pour faire disparaître les derniers vestiges du mal, on applique sur la partie une pelote de plomb supportée par un bandage élastique ; on maintient ce petit appareil pendant une à deux semaines. Aujourd'hui le mal paraît parfaitement guéri.

Obs. II. — Louisa C..., onze ans. Le nævus est sous-cutané ; il est gros comme un petit œuf, et est situé derrière le bord postérieur du sterno-mastoïdien droit. Il y a six ans, cette tumeur a été traitée par la ligature dans un hôpital ; mais, plus tard, elle est revenue à ses premières dimensions.

Le 4 novembre, division sous-cutanée, suivie de l'injection de vingt gouttes environ de la solution : comme dans le cas précédent il y eut simplement gonflement et durcissement de la tumeur. Le quatrième jour, il est vrai, l'enfant accusa un peu de douleur, mais ce phénomène ne fut que de peu de durée. Il n'y eut ni inflammation ni accidents généraux. L'induration a persisté. La tumeur, qui a graduellement diminué de volume, est maintenant grosse comme une noisette, et présente une consistance comme pierreuse ; elle a perdu complétement les caractères d'une production vasculaire.

Le même procédé a été encore employé au moins une autre fois par M. Forster, et ici les suites de l'opération ont été moins bénignes, le trajet de la canule ayant suppuré. Il ne paraît pas, du reste, qu'il s'en soit suivi d'accident sérieux. Quant au résultat définitif de cette troisième opération, il n'est pas encore connu.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur les phosphènes ou anneaux lumineux de la rétine, considérés dans leurs rapports avec la physiologie et la pathologie de la vision, par le docteur Serre (d'Uzès). 1 vol. in-8°, de 460 pages. Victor Masson, éditeur, 1853.

M. Serre donne le nom de *phosphènes* (de φῶς, lumière, et φαίνομαι, apparaître) à ces images lumineuses, circulaires ou annulaires, qui apparaissent dans le champ visuel, lorsque l'on comprime la rétine au travers des paupières fermées et du globe oculaire. Ces images se montrent avec tout leur éclat lorsque l'expérience se fait dans l'obscurité. Les phosphènes appartiennent par conséquent à l'ordre des sensations *subjectives*.

Ce phénomène, déjà observé par la plupart des physiciens et des physiologistes, n'est qu'un des modes de manifestation de la spécialité d'action des nerfs des organes des sens. Quel que soit l'excitant à l'aide duquel on cherche à réveiller la sensibilité des expansions du nerf optique et du nerf acoustique, chacun sait, en effet, que ces nerfs répondent par une sensation qui leur est propre : le nerf optique, par une sensation de lumière ; le nerf acoustique, par la sensation du son. Dans les phénomènes particuliers dont nous parlons, la sensibilité du nerf optique est mise en jeu par compression ou par action *mécanique*. Dans les phénomènes ordinaires de la vision le sens de la vue, excité par la lumière, nous donne, en même temps que la notion de lumière et de couleur, celle de la configuration des corps. La sensation de lumière, résultant de la compression mécanique de la rétine, au milieu des ténèbres, est isolée au contraire de tout ce qui n'est pas elle. L'étude de ces sensations lumineuses, provoquées sans intervention de la lumière, a fourni à M. Serre l'occasion de mettre en relief quelques unes des propriétés de la rétine, et de rectifier aussi, sous plusieurs rapports, les idées admises par la plupart des physiologistes. Le travail de M. Serre renferme des expériences ingénieuses, que chacun peut reproduire à volonté, et qui sont le point de départ de déductions d'un grand intérêt. Ce livre est un travail consciencieux et original ; à ce titre, il mérite toute l'attention des physiologistes. Mais l'auteur ne se laisse-t-il pas entraîner un peu loin, en écrivant à la première page de son livre : « C'est en fermant les yeux à la lumière, qu'on découvre les lois de la vision ? »

L'idée dominante du travail de M. Serre, celle vers laquelle viennent converger toutes ses parties, c'est de démontrer que les sensations *subjectives* de la vue s'accomplissent suivant des lois analogues à celles de la vision *objective*. D'après M. Serre, en d'autres termes, ce n'est pas *localement* dans la rétine, ou sur la rétine, qu'apparaissent les phosphènes. Les phosphènes, comme les images de la vision ordinaire, peintes sur la rétine, sont redressés et perçus non par la rétine, ou dans la rétine, mais à distance. Nous verrons dans un instant comment l'auteur justifie sa proposition, et jusqu'à quel point les expériences invoquées par lui légitiment cette conclusion. Etablissons d'abord, en quelques mots, les conditions dans lesquelles se produisent les phosphènes ; examinons leur forme, leur situation, leur couleur.

La pression du globe oculaire, au travers des paupières fermées, fait naître la tache lumineuse ou phosphène. Cette pression doit être modérée, si l'on veut étudier le phénomène avec quelque fruit. Une compression violente détermine, il est vrai, des cercles lumineux d'un grand éclat ; mais outre qu'elle est douloureuse, comme elle s'étend par irradiation à toutes les parties de la rétine, celles-ci, ébranlées en masse, donnent des effets généraux sans utilité pour l'analyse du phénomène. C'est à cet ordre d'ébranlements violents, que sont dus l'apparition d'une vive lumière, dans les coups violents portés sur la face, et dans tous les efforts qui ont pour conséquence l'afflux du sang vers la tête ; dans ces cas, le réseau sanguin agit par compression sur la rétine, et détermine la sensation d'arborisations lumineuses.

La pression du globe oculaire peut être opérée, soit par la pulpe du doigt, soit à l'aide de corps mousses de formes diverses. Le globe oculaire peut être comprimé en haut, en bas, en dehors, en dedans ; il peut l'être aussi dans les points intermédiaires. Le lieu de la compression n'est point indifférent pour la *position* du *phosphène*, nous l'allons voir. Quant à la *forme* du corps comprimant, elle a aussi sur la *forme* du phosphène une influence décisive. La tache lumineuse annulaire n'est pas toujours également lumineuse sur tous les points de son étendue. Il y a ordinairement un point où la clarté est plus ou moins obscure, ce qui a fait dire à M. Serre que le phosphène offre ordinairement une *coche*, ou plutôt que le phosphène représente une sorte de croissant. C'est ainsi qu'il le figure sur les planches annexées à son ouvrage.

M. Serre attribue cette forme du phosphène à la construction anatomique de l'œil, c'est-à-dire à la ligne de terminaison antérieure de la rétine. Cette supposition ne nous paraît pas suffisamment justifiée ; le phosphène n'est pas également lumineux dans tous les points de son étendue, cela est vrai ; mais seulement dans un cas : c'est lorsque la compression est opérée à l'aide de la pulpe du doigt. Il est aisé, d'ailleurs, de s'en rendre compte. L'extrémité du doigt, appliqué à plat sur l'un des points de la circonférence du globe de l'œil, agit principalement suivant la courbe parabolique qui le termine ; et c'est sur cette courbe que la pression est le plus intense. Il n'est point surprenant que le plus grand éclat de la tache lumineuse corresponde à une courbe analogue. En appliquant le doigt perpendiculairement à la surface oculaire, le phosphène devient à peu près également lumineux dans tous les points. En comprimant le globe de l'œil avec des corps divers, qui agissent perpendiculairement, le phosphène est régulièrement éclairé. Il y a plus, et M. Serre le reconnaît lui-même, le phosphène a la *forme* du corps comprimant. Si l'on comprime l'œil avec l'extrémité arrondie d'un crayon, la tache lumineuse est *circulaire ;* si l'on taille en carré l'extrémité du crayon, la tache lumineuse est *carrée* (avec des bords mousses, bien entendu, les membranes de l'œil amortissant en quelque sorte les arêtes du solide dans la transmission de pression) ; si l'on taille en triangle l'extrémité du crayon, la tache est triangulaire.

L'image lumineuse produite par la pression du globe de l'œil présente des *colorations* variées qui se succèdent, et dont l'ordre n'est pas toujours le même : cela dépend de la sensibilité de l'individu, de la durée et de l'intensité de la compression. Ce phénomène de colorations successives rappelle, d'ailleurs, exactement ce qui se passe dans les phénomènes de la vision ordinaire. Lorsque, en effet, nous avons fixé jusqu'à la fatigue un corps blanc vivement éclairé, et que nous venons à fermer les paupières, la représentation du corps persiste dans le champ visuel avec sa coloration primitive, puis survient une coloration différente ; à celle-ci succède une autre coloration, souvent toutes les couleurs du spectre, jusqu'à ce que le repos de la rétine soit annoncé par de la couleur noire, c'est-à-dire par l'absence de couleur. Lorsqu'au lieu d'un corps blanc, vivement éclairé, le corps qu'on avait fixé était *coloré*, la représentation du corps persiste un instant après la fermeture des paupières avec sa couleur ; puis la couleur primitive fait place à la couleur *complémentaire* (1) ; la couleur primitive revient, puis de nouveau la complémentaire, et ainsi de suite jusqu'au repos de la rétine.

Lorsque les phosphènes sont déterminés par une pression violente, ils parcourent presque toutes les couleurs du spectre, et le repos de la rétine n'arrive qu'après des oscillations nombreuses. Le point de départ des phosphènes, quant aux alternatives de coloration, peut donc être assimilé à celui de la couleur blanche dans les phénomènes particuliers de la vision ordinaire dont nous venons de parler.

La partie, sans contredit, la plus intéressante de l'histoire des phosphènes, celle qui a surtout préoccupé M. Serre, c'est la recherche des parties de la rétine qui entrent en jeu dans leur production. Lorsqu'on presse le globe oculaire du côté de l'angle externe de l'œil, le phosphène apparaît du côté de l'angle interne ; lorsqu'on le presse en dedans, le phosphène apparaît en dehors ; lorsqu'on le presse en haut, il apparaît en bas ; enfin il apparaît en haut quand on le presse en bas. Jusqu'ici rien de nouveau, et c'est un fait bien connu. L'apparition du phosphène dans le point opposé à la pression du globe oculaire a fait supposer aux physiologistes que la pression est transmise par le liquide sur la partie de la rétine située de l'autre côté, et que le phosphène apparaît dès lors à l'extrémité de l'axe de pression.

Cette supposition ne nous a jamais paru en rapport avec les lois de la physique. La pression exercée en un point quelconque du globe oculaire n'a pas plus de tendance à se transmettre dans le sens de l'axe de pression que dans tout autre sens ; il faudrait, pour cela, mettre à néant le principe d'égalité de pression. La pression transmise par les milieux liquides de l'œil doit se répartir uniformément sur toute la surface interne de la rétine. La seule partie de la rétine directement ébranlée est celle sur laquelle agit le corps comprimant ; cette membrane, d'une sensibilité exquise, est *touchée* en ce point par l'intermédiaire de la sclérotique et de la choroïde.

Les expériences de M. Serre démontrent, en effet, que c'est au point directement *touché* que la rétine entre en jeu pour la production du phosphène. M. Serre s'appuie aussi sur l'observation pathologique. Ainsi, par exemple, il détermine l'apparition du phosphène vers l'angle *interne* de l'œil, en comprimant l'angle externe du globe oculaire chez un malade dont toute la partie *interne* de la rétine est paralysée.

Après avoir démontré que la partie de la rétine qui entre en jeu dans la production du phosphène est la partie *directement touchée* au travers des enveloppes oculaires, M. Serre se demande naturellement comment il se fait que nous rapportons la position du phosphène dans une direction opposée à celle où il se produit réellement. Ici l'expérience fait défaut, et l'on s'en aperçoit, car M. Serre, en désespoir de cause, attribue à la rétine « une puissance vitale restée inconnue, et dont l'éloquent langage, chaque jour mieux interrogé et mieux compris, ne peut manquer de mettre à découvert bien des mystères de la vision. »

C'est en effet une assez grande difficulté que celle de savoir pourquoi et comment les images du phosphène sont rapportées par la perception en un point différent de celui où la rétine est impressionnée. Mais cette difficulté est celle aussi de la vision ordinaire. En effet, ce n'est pas non plus l'*image* même de la rétine que nous percevons dans la vision, car les objets sont *vus droits* et non pas renversés, comme ils se peignent sur la rétine. Dans les deux cas, il y a un phénomène d'extériorité qui est le même.

M. Serre a touché, il est vrai, ce parallèle, mais nous regrettons qu'il ne l'ait pas poursuivi sous tous ses aspects.

Une expérience bien simple et dans laquelle n'intervient en aucune manière l'excitation mécanique de l'œil, ni par conséquent le phosphène, prouve bien manifestement que, dans la vision ordinaire, la rétine excitée par la lumière ne fournit jamais, non plus, la notion de l'image telle qu'il nous est donné, dans nos expériences, de la voir imprimée sur elle. J'ajoute que, néanmoins, ce sont bien *les états* de la rétine que nous sentons dans la vision. Je m'explique Fixons pendant longtemps un corps sombre, se détachant sur un fond vivement éclairé, un clocher, par exemple, sur un ciel lumineux, puis fermons les yeux et plaçons-nous dans l'obscurité. L'image du clocher persistera dans l'œil pendant une minute au moins et donnera lieu aux phénomènes de colorations successives dont nous avons déjà parlé. Mais ce qu'il importe de remarquer en ce moment, c'est qu'alors que les yeux sont fermés, l'image du clocher se présente exactement dans les mêmes rapports avec notre corps que lorsque les yeux étaient ouverts. Ainsi le sommet du clocher est toujours *en haut* et sa base vers *le bas*. L'ébranlement de la rétine qui, en l'absence de l'objet, persiste seul en ce moment pour nous en donner l'idée, cet ébranlement, dis-je, n'est pas perçu à l'état d'*image peinte sur la rétine*. S'il en était ainsi, à l'instant même où nous fermons les yeux, le clocher devrait nous paraître renversé, car c'est ainsi que *son image est peinte* au

(1) Une couleur est dite complémentaire d'une autre couleur quand ces deux couleurs reconstituent ensemble la lumière blanche. Dans le spectre solaire, le rouge est complémentaire du vert, le jaune est complémentaire du violet, l'orangé est complémentaire du bleu.

fond de l'œil. Dirons-nous, comme M. Serre, que c'est la rétine qui jouit du pouvoir de jeter en dehors ses impressions en les renversant? Non, car le point où se forme l'image n'est pas celui où cette image est perçue. L'impression a lieu sur la rétine, mais elle est transmise par un conducteur nerveux (nerf optique) dans les parties centrales du système, et c'est là que la sensation se complète.

L'image formée sur la rétine, telle que nous l'apercevons sur un œil disséqué, ne représente que les divers points de la rétine impressionnés par la lumière. Ce n'est point la rétine elle-même, et, dans son ensemble de figure que nous percevons comme *étendue figurée;* chaque point de la rétine, composé par un élément nerveux isolé (fibre primitive), sent isolément la lumière qui le frappe, de manière qu'on peut envisager chacun des points sentants de cette membrane comme autant de petits yeux qui transmettent isolément l'impression de chacun des points de l'objet.

Non-seulement chaque partie de la rétine sent isolément la lumière qui la frappe, mais encore elle sent la direction suivant laquelle elle est frappée. L'impression du rayon de lumière a lieu, en effet, grâce à la demi-transparence de la rétine, dans toute l'épaisseur de cette membrane, depuis la face postérieure du corps vitré jusqu'à la choroïde enduite de son pigment. L'impression n'a pas lieu, par conséquent, sur une simple surface, mais bien suivant une *succession de points* qui indiquent la *direction linéaire* du rayon de lumière. C'est dans cette direction qu'est rapporté chaque rayon lumineux qui frappe la rétine. C'est ainsi que nous voyons les objets tels qu'ils sont réellement, c'est-à-dire tels que le toucher nous les montre par rapport aux parties de notre corps; c'est ainsi que la sensation qui persiste dans l'œil fermé nous le présente exactement dans les mêmes rapports, bien qu'il n'y ait alors pour l'observateur qu'une *image renversée* sur la rétine. Quant à la notion de distance, l'expérience et le jugement, aidés du toucher et de l'appareil locomoteur, peuvent seuls nous la donner. De là la tendance invincible à reporter à leur véritable source, et non sur le point de l'organisme où ils exercent leur impression, les agents qui mettent en jeu les organes des sens. Cette tendance est si naturelle et si puissante, que lorsque, par hasard, ces organes entrent en action en l'absence de leurs excitants naturels, et par suite d'une cause anormale (hallucinations, songes), nous rapportons au dehors de nous les impressions qu'ils transmettent au sensorium.

Ce qui arrive dans la vision *subjective* consécutive à l'action de la lumière, arrive aussi dans les phénomènes de vision *subjective*, consécutifs à la compression mécanique. M. Serre a remarqué, et chacun pourra répéter l'expérience, M. Serre, dis-je, a remarqué que les phosphènes paraissent non-seulement projetés au dehors, mais encore que les impressions de la rétine sont, en quelque sorte, renversées. Si vous pressez l'œil sur un point de sa circonférence à l'aide d'une petite surface triangulaire, le phosphène sera projeté non-seulement en avant et sur le côté opposé à la pression, mais dans la figure lumineuse produite, le sommet du triangle correspond au point où était la base à l'endroit de la compression.

Les recherches de M. Serre ont encore porté sur la production simultanée des phosphènes dans les deux yeux. Les expériences tentées par M. Serre, sous ce rapport, me paraissent de nature à confirmer la doctrine des points identiques. Si l'on presse les deux yeux en même temps en dedans, ou en même temps en dehors, on aperçoit deux taches lumineuses distinctes et assez éloignées l'une de l'autre; mais si l'on presse l'un des yeux à l'angle externe de l'œil, et l'autre à l'angle interne, les deux taches lumineuses paraissent, en quelque sorte, sauter l'une vers l'autre et tendent à se superposer. Je dis *tendent* à se superposer pour parler comme M. Serre, lequel n'admet leur fusion en une seule que comme exception, et ne les représente dans ses planches qu'à demi superposées. Mais si la fusion des deux anneaux lumineux n'est pas toujours complète, c'est vraisemblablement parce qu'il est assez difficile de comprimer exactement des parties *identiques* des deux rétines. On peut d'ailleurs, en tâtonnant, arriver à fondre les deux images lumineuses en une seule.

M. Serre consacre la seconde partie de son livre à l'application des données expérimentales aux faits pathologiques. Que la perte de la sensibilité de la rétine soit déterminée par une lésion de cette membrane, ou qu'elle ait son siége plus haut, dans le nerf optique ou les centres nerveux, cette abolition de la sensibilité entraîne la suppression du phosphène. Dans l'amaurose, quelle que soit sa cause, la pression de l'œil ne fait donc pas apparaître le phosphène. D'un autre côté, la rétine qui se paralyse, perd plus tôt sa sensibilité *à la compression* que sa sensibilité *à la lumière*. Il en résulte que l'absence du phosphène sur un œil qui voit encore est un signe redoutable et qui doit faire présager l'amaurose. M. Serre étudie ensuite la valeur graduelle des différents phosphènes, et cherche à localiser les paralysies incomplètes de la rétine.

Il faut dans cette recherche, ne pas oublier le fait que M. Serre, le premier, a bien mis en lumière, à savoir, que la partie de la rétine qui entre en jeu dans le phosphène est celle sur laquelle est appliquée la pression. Il en résulte que, dans l'examen de l'œil, le médecin qui voudra essayer la sensibilité de la rétine devra faire mouvoir le globe oculaire en tous sens afin de l'explorer sur le plus grand nombre de points possible.

Tels sont les faits principaux consignés dans l'ouvrage de M. Serre. Nous ne quitterons pas la plume sans féliciter l'auteur d'avoir abordé un sujet peu étudié jusqu'ici. M. Serre a ouvert une voie d'investigation dans laquelle il y a sans doute encore à faire plus d'une découverte, et il l'a parcourue à l'aide de la véritable méthode scientifique, la méthode expérimentale. Il apporte des faits nouveaux, son livre est assuré de vivre.

JULES BÉCLARD.

VI.

VARIÉTÉS.

CHOLÉRA. — Le nombre total des cholériques soignés dans les hôpitaux s'élevait, le 3 janvier au soir, à 950, dont 692 venus du dehors, et 258 atteints dans les salles. Le chiffre des décès était, dans les hôpitaux civils et militaires, de 482; à domicile, de 307; dans les communes rurales, de 97. Chiffre total des morts, 886.

Dans cette même journée du 3 janvier, il n'y avait eu que trois admissions dans les hôpitaux, et deux cas développés à l'intérieur. Il n'était mort que deux cholériques dans les hôpitaux, et deux à domicile; ces deux derniers dans le 12e arrondissement.

BANQUET OFFERT A M. CHÉLIUS. — Lundi dernier, un banquet a été offert au professeur CHÉLIUS, de Heidelberg, par la Société de chirurgie. Un toast a été porté par M. Denonvilliers, président de la Société, à notre célèbre confrère, qui y a répondu avec à-propos. Un toast a été aussi porté par M. Ricord à M. Roux, ami particulier de M. Chélius; et un autre par M. Larrey à M. Marjolin, instigateur et organisateur du banquet. La fête a été des plus brillantes et d'une parfaite cordialité.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ABEILLE MÉDICALE. — Nos 35 et 36. Cliniques et Revues.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE, 15 décembre 1853. — Traitement du choléra, par *Lecointe*. — Seigle ergoté contre la paralysie de la vessie, par *Saucerotte*. — Blessure de la cornée par l'acide sulfurique, par *Ch. Deval*.

GAZETTE DES HOPITAUX. — Nos 148 à 153. Cliniques et Revues.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — Nos 51 et 52. Sur l'hypertrophie des éléments anatomiques, et sur celle des tissus, par *Ch. Robin*. Combinaison des injections coagulantes et de la méthode de Brasdor dans le traitement des anévrysmes, par *Pétrequin*. — Sur la force vitale régulatrice des actes organiques, par *Barbier*. — Traitement de la fistule à l'anus par les injections iodées, par *Boinet*.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE, décembre 1853. — Emploi médical de l'ergot, par *Martin-Lauzer*. — Traitement préventif et curatif du choléra, par *Bordes*.

REVUE MÉDICALE, 15 et 30 nov. 1853. — De l'épidémie dans le choléra, et des caractères qui les constatent (suite). — Étiologie de la fièvre jaune, par *Audouard*. — Réflexions pratiques sur le choléra, par *Sales Girons*. — Réductibilité des luxations congénitales, par *Gillebert d'Hercourt*. — Sur le même sujet, par *Bouvier*. — Guérison d'un iléus nerveux par la belladone, par *Séguy*.

UNION MÉDICALE. — Nos 149 à 154. — Traitement prophylactique du choléra, par *Filhos*. — Sur l'épidémie du choléra, par *Aran*. — Question de contagion du choléra, par *Richelot*. — Blessure des gaines synoviales qui entourent les fléchisseurs des doigts, par *Fano*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 11. Appareil de Scott dans le traitement de l'hygroma, par *Dunal*. — Emploi du *Galium palustre* dans l'épilepsie, par *Miergues* fils. — Histoire d'une fièvre muqueuse grave qui a régné à Pontevès en 1853, par *Légier*.

GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER. — N° 9. Emploi du seigle ergoté dans les accouchements, par *Chrestien*.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE, novembre 1853. — Cliniques.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE, 1852-53, 11e livraison. — Érysipèle de la face; phénomènes nerveux insolites du côté du cerveau, par *Macario*. — Du Getah Lahae (voir *Gazette hebdomad.*, n° 6). — Influence des pyrexies sur la marche des organopathies, par *Liégey*. — Faits de pathologie et de thérapeutique, par *R. Vanoye*.

ANNALES ET ARCHIVES DE MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE, novembre 1853.—Extraits de divers journaux.

ALLGEMEINE MEDICIN CENTRAL-ZEITUNG, v. Posner. — N° 101. Les établissements d'aliénés du duché d'Oldenbourg. — N° 102. Nécrologie du docteur G. Fischer, de Waldheim (le naturaliste le plus éminent de la Russie, né en 1771, à Waldheim, entre Leipsic et Freiberg, élève de Cuvier, ami de Humboldt, Daubenton, Jussieu, Fourcroy, Haüy, successeur de Pallas à la chaire d'histoire naturelle de Saint-Pétersbourg).

ARCHIV F. PATHOL. ANATOMIE U. PHYSIOLOGIE U. F. KLIN. MEDICIN, par *Virchow*. VIe vol., 2e cah. — Considérations sur la théorie de la percussion (changement que le son subit par sa transmission de la partie du corps qui a été percutée, à l'organe de l'ouïe de l'observateur. Sur les vibrations des plaques droites et courbées et des couches d'air qui les avoisinent, avec des expériences et application des résultats de ces expériences sur la percussion de l'estomac et de la poitrine. Recherches sur la pression à laquelle l'air et le tissu pulmonaire du thorax sont exposés, et sur son influence sur les vibrations des parois du thorax), p. *F. Hoppe*.—Sur le lupus (grandes variétés qu'il offre, causes, traitement), par *Oswald Pohl*, chef de clin. à Greifswald. — Sur l'empoisonnement par la solanine (contestation de l'influence toxique de la solanine sur les animaux nourris de pommes de terre), par le doct. *Fraas*, directeur de l'école vétérin. centrale de Munich. — Sur l'influence de la digitaline et de la section du pneumo-gastrique sur la sécrétion de l'urée (d'après des expériences sur des lapins), par *Siegmund*. — Sur le cyanurin et la chromaturie, par *Virchow*. — Cas d'albuminurie et chromaturie intermittentes, par le doct. *Dressler*, à Wurzbourg.— Les chromatophores de la grenouille, par *Rud. Virchow*. — Suite des communications sur la présence de la cellulose végétale chez l'homme, par *Virchow*. — Corps amylacés dans le *ganglion de Gasser*, par *Luschka*, prof. à Tubingue.

DEUTSCHE KLINIK, v. Goeschen. — N° 52. Sur l'influence de la picrotoxine, par *Falk*, vingt-septième expérience (fin). (Ce poison exerce son action sur les organes centraux du système nerveux, et spécialement sur la moelle épinière, sur les nerfs vaso-moteurs des vaisseaux sanguins, sur le cœur et les organes de la respiration, sur les glandes et les membranes muqueuses, et avant tout sur les glandes salivaires.) — Histoire du traitement d'une paralysie hystérique très rebelle par l'idiosomnambulisme (guérison complète), observation du docteur *A. Hedenus*, de Dresde. — Cliniques de Berlin.

MEDICINISCHE ZEITUNG herausgeg. v. d. Vereine f. Heilk. in Preussen. — N° 51. Rapport entre l'inflammation et la fièvre. — Malades atteints du choléra depuis le 7 août jusqu'à sa cessation, 1405 sur lesquels 463 guérisons.

NEUE MEDIC.-CHIRURG. ZEITUNG V. MUENCHEN. — Nos 49 et 50. Analyse des travaux gynécologiques (continuat.).

SCHMIDT'S JAHRBUECHER, 1854, vol. LXXXI. — N° 1. Revues analytiques.

ZEISTCHRIFT FUER KLINISCHE MEDICIN, von Guensburg, Ve vol., 1er cahier. — Observ. sur les fractures et les malad. des os, par le docteur *Guensburg*. — Épid. cholériq. à l'hôpital de Breslau, en 1853, par *G. Joseph*. — Clin. des mal. de la peau et syphil., par *W. Boeck*, de Christiania.—Coup d'œil sur Paris, par le doct. *R. Biefel*. — Du prurit de la vulve et sa guér. par le Caladium seguinum, par le doct. *Scholz*.

ZEITSCHRIFT FUER WISSENSCHAFTLICHE ZOOLOGIE, p. C.-Th. de Siebold et A. Koelliker. Ve vol., 2e et 3e cahier. — Du rôle du sucre dans la transformation des substances animales (Expériences nombreuses servant à constater le passage du sucre de l'intestin dans le sang; influence du sucre sur le sang; Recherches sur le phénomène de l'augmentation du sucre dans l'urine, à la suite de l'irritation des racines du nerf pneumo-gastrique), par le doct. *F.-J. de Becker*, de Helsingfors. — La cornée artificielle, recommandée comme pouvant être substituée à la transplantation de la cornée, p. *Nussbaum*, avec quelques mots du prof. *Siebold* sur le même sujet (Siebold a vu deux lapins sur lesquels le doct. Nussbaum a remplacé la cornée par une cornée de verre; il se prononce en faveur de l'opération, en y ajoutant plusieurs dessins).

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — Nos 50 et 51. — Maladies de l'œsophage, par *Reeves*. — Chancre dans l'urètre pris pour une gonorrhée, par *J.-S. Gamgee*. — Source de l'hémorrhagie dans la séparation partielle du placenta, par *W. Mackenzie*. — Effets de l'injection du pus dans les veines des animaux, par *H. Lee*. — Nouveau lit pour les aliénés gâteux, par *J.-G. Davey*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 780. Cas de pupille artificielle, par *Dixon*.

MEDICAL CIRCULAR. — Nos 50 et 51. Analyses et Revues.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 181 et 182. Un cas d'épilepsie et un autre d'apoplexie, résultant de l'administration du fouet à des marins, par *Davidson*. — Mélanges de médecine et de chirurgie cliniques, par *G. Burrows*. — Sur le choléra de Newcastle, par *Greenhow*. — Anévrysme de l'artère fémorale; compression; insuccès; guérison par la ligature, par *J.-Mitcheel*. — Polype utérin guéri spontanément par mortification, par *H. Rambsbotham*. — Cinq cas d'amputation du pied par la méthode de Syme; par *Hadwen*. — Nouveau lit pour les malades, par *Fowler*.

THE LANCET. — Nos 25 et 26. — Leçons et Revues cliniques sur l'anévrysme, différentes fractures, les rétrécissements de l'urètre, quelques maladies des yeux, les verrues du gland, etc. — Du traitement de la fièvre, par *W. Brinton*. — Pathologie et traitement du catarrhe utérin et de la métrite interne, par *E.-J. Tilt*. — Cas de fracture des os du bassin, par *W. Wood Bradshaw*. — Hernie congénitale étranglée; opération; mort, par *J. Mulreany*. — Remarques pratiques sur certains médicaments (strychnine), par *Vilkinson*. — Tumeur abdominale gênant la délivrance, par *W.-E. Humble*. — De l'évolution spontanée, par *J. Jones*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — Nos 45 à 50. — Observations physiologico-pathologiques sur le système nerveux, par *Morganti* (suite). — Que la faculté préservatrice du vaccin est temporaire uniquement parce qu'on ne se sert pas du vrai cow-pox de Jenner, par *Michele Goldoni*. — De la mélancolie avec stupeur, par *S. Biffi*. — Valeur nosologique de la pellagre, par *A. Verga*. — Convulsions tétaniques pendant la durée de l'allaitement chez cinq enfants nés de la même mère, par *Barbieri*. Guérison de l'épilepsie congénitale par l'atropine, par *L. Crosio*. — Du quinate de chaux du commerce, par *L. Manetti* (fin); emploi clinique du même remède, par *A. Scarenzio* (fin). — Sur l'instrument de Gandolfi appelé cylindre ou cœur pneumatique respiratoire.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nos 50 et 51. Description de deux jumeaux réunis, par *G. Borelli*. — Cliniques.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N° 50. Étiologie de la glucosurie, par M. *Buffalini* (suite).

IL FILIATRE SEBEZIO, décembre 1853 (contenu de tout le 46e volume). — Moyens d'améliorer l'atmosphère de San Germano, par *Zarlanga*. — Produits des eaux-mères du fulminate de mercure, par *Balestrieri*.—Moyen de connaître les vins falsifiés, par *Ranieri*. — Nouvelle propriété du chlorure d'argent, par *Ranieri*. — Sur l'accouchement provoqué, par *Grassi*. — Vertu thérapeutique des eaux de Castellamare, par *del Giudice*. — Des principaux remèdes contre la phthisie, par *Mammi*. — Capsules d'éther sulfurique contre le vomissement chronique, par *Galante*. — Principes fondamentaux de bionomie, par *Piccirilli*. — Cas de grossesse extra-utérine, par *de Renzi*. — De l'action médicale relativement aux choses objectives et subjectives (*in rapporto alle cose obbiettive, etc.*) sur l'organisme, par *Marisi*.— Anévrysme consécutif à une blessure de l'artère acromiale, par *di Rocco*. — Cas d'hydropisie avec caractères d'intermittence, par *Santoli*. — Anévrysme traumatique de l'artère musculaire superficielle, par *Masciangio*.

IL RACCOGLITORE MEDICO, décembre 1853. — Deux cas d'herniotomie crurale droite, par *G. Madruzza*.

GACETA MEDICA. — N° 35 (1). — Considérations sur l'hygiène publique, par *Fr. Mendez-Alvaro*.

EL HERALDO MEDICO. — N° 58. Préparation du tartre émétique; emploi du sulfate d'antimoine tribasique, par *E.-S.*—Catalepsie guérie par le magnétisme animal et le galvanisme, par *J. de Alarcon y Salcedo*. — Du mercure en nature dans la hernie étranglée, par *F. Sepulveda y Lucio*.

EL PORVENIR MEDICO.—Nos 49, 50 et 51. État des vaccinations pratiquées dans diverses localités de la province de Santador, par *J. de Rueda y Barada*. — Clinique. — Sur les eaux de Misana, par *Suender*. — Sur la phthisie granuleuse de Bayle, avec mélanose, par *Santéro*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 13. Quelques indications sur l'apparition du choléra à Paris, par *Villargoitia*. — Tumeur et ulcération scrofuleuse du cou; guérison, par *Capdevila*.

Livres nouveaux.

APERÇU D'UNE ORGANISATION MÉDICO-RURALE EN FRANCE, par le doct. *Maugenest*. Broch. in-8 de 46 pages. Paris, chez Germer Baillière.

MÉMOIRE HISTORIQUE sur divers points de la pathologie urinaire, par le docteur *Aug. Mercier*. Paris, Lenormant, rue de Seine, 10, broch. in-8 de 104 p. 1 fr. 50

PHONOGRAPHIE A PENTE UNIQUE. Nouveau système d'écriture abrégée, par *J.-J. Thierrmieg*. In-8° de 88 p. et 7 tabl.

AUSWAHL (neue) Medicinisch-Gerichtl.-Gutachten, hrsg. v. der K. wissenschaftl. Deputation f. das Medicinal Wesen (*Rapports médico-légaux*). 2 fasc. avec ce titre : *Zur Gerichtlichen Psychologie*, v. *K. W. Idler*. Gr. in-8, 1854. 6 fr.

LA SIFILIZZATIONE DIFESA, OSSIA RIPOSTA DI C. SPERINO AL SIG. PROF. F. FRESCHI (*Défense de la syphilisation*). Broch. in-8 de 68 p. Torino.

(1) Nous n'avons pas reçu le n° 34 de la *Gaceta medica*.

Le docteur DECHAMBRE a l'honneur de prévenir ses confrères qu'il est chez lui tous les mardis soir, à partir de huit heures et demie, pour les affaires du journal.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 13 JANVIER 1854. N° 15.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 12 janvier 1854.

QUESTION DE L'UNICITÉ DE LA SYPHILIS. — DROIT INTERNATIONAL EN MATIÈRE DE SCIENCE (LE MUSÉE DE GUY'S HOSPITAL, A LONDRES).

Nous publions, à l'article CORRESPONDANCE, une lettre qui nous est adressée, sous le couvert de M. Diday, par M. le docteur Vénot, et la réponse de M. Follin, qu'elle met directement en cause. La lettre de notre confrère de Bordeaux, relative à l'*unicité de la syphilis* et motivée par une controverse récemment engagée dans la presse, fournit un prétexte naturel aux quelques remarques que nous avons promises sur le même sujet (n° 14, p. 200). Mais d'abord mettons sous les yeux du lecteur le fait qui sert d'aliment à la discussion. C'est une observation recueillie à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Vidal, par M. Follin, suppléant, et publiée par le *Moniteur des hôpitaux*, sous ce titre : DEUX CHANCRES INDURÉS A TROIS ANS D'INTERVALLE CHEZ LE MÊME INDIVIDU.

OBS. — Deberg... (Adolphe), âgé de trente-quatre ans, forgeron, d'un tempérament lymphatique, est entré à l'hôpital du Midi (service de M. Vidal), salle 10, n° 7, le 14 octobre 1853.

Ce malade présente un vaste chancre induré, siégeant sur la portion dorsale de la face cutanée du prépuce. Ce chancre, qui est en voie de réparation, a été contracté il y a deux mois ; il est large comme une pièce d'un franc, et le fond est au niveau des bords ; sa base donne au toucher la sensation d'une dureté élastique caractéristique qui s'étend à toute l'épaisseur du prépuce, et forme au gland une espèce de demi-coque cartilagineuse ; un phimosis incomplet est la conséquence naturelle de cette induration.

Les symptômes qui accompagnent l'ulcération spécifique sont : une adénopathie inguinale très marquée, une syphilide érythémateuse assez prononcée, et n'occupant que le tronc, enfin un engorgement notable des ganglions cervicaux postérieurs. Ce malade n'ayant point porté son attention vers ces derniers symptômes, on ne peut préciser quel est le moment de leur début.

Les antécédents du malade sont les suivants.

En 1840 et 1844, Deberg... eut deux écoulements qui ne furent guéris qu'après plusieurs mois d'existence.

En 1850, il entra à l'hôpital du Midi, salle 11, n° 5, pour y être soigné d'un chancre situé sur la muqueuse préputiale, dans un point qui correspond parfaitement à celui qu'occupe le chancre actuel. Seulement celui-ci est cutané, tandis que l'autre occupait la muqueuse. Ce dernier, qui datait de quinze jours, était dur et accompagné de tumeurs non suppurées dans les aines. Cinq semaines s'écoulèrent avant qu'il fût complétement cicatrisé, et pendant sept semaines le malade prit des mercuriaux. M. Puche, qui lui donnait alors des soins, a rédigé sur les circonstances de son affection la note suivante, dans laquelle le caractère d'induration du premier chancre est positivement affirmé.

« *Chancre induré.* — Deberg... (Adolphe), âgé de trente ans, forgeron, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution, est entré à l'hôpital du Midi, salle 11, n° 5, le 12 septembre 1850. Il était affecté :

FEUILLETON.

Van Swieten, sa Vie et ses Écrits (1770) (1).

Gerhard Van Swieten naquit à Leyde le 7 mai de l'année 1700. Issu d'une illustre et ancienne famille, il reçut une éducation distinguée ; mais ayant perdu de bonne heure ses parents, il fut confié à des tuteurs, qui, heureusement, ne contrarièrent pas le désir qu'il avait d'étudier et de s'instruire. Dans sa seizième année, il fut envoyé à Louvain, pour s'y livrer à l'étude de la philosophie et se préparer à la science administrative. Placé sur ce nouveau terrain, il montra toutes les dispositions d'un futur savant, et la sécheresse de ses études ne tarit pas les brillantes dispositions de son esprit. Toutefois, ses tendances pour les sciences naturelles se firent jour d'une manière si extraordinaire, que sa vocation fut confirmée. Il se rangea définitivement parmi les disciples de l'illustre Boerhaave.

Ce célèbre médecin ne fut pas longtemps sans remarquer son disciple, et il l'honora de sa confiance la plus entière. Ce fut avec une ardeur que Boerhaave était souvent obligé de modérer, que Van Swieten se mit à lire dans leur propre langue les médecins grecs, et particulièrement Hippocrate et Galien. Il était persuadé qu'il trouverait chez ces grands hommes les modèles qu'il aurait à suivre, et que les préceptes de ses maîtres actuels, en se rattachant à cette brillante tradition antique, fourniraient à son esprit des éléments nouveaux de connaissances et de progrès. Il concentra enfin, dans ces recherches pénibles et laborieuses, toute l'activité de son esprit; il y dépensa, on peut le dire, toutes les forces de son âme. Ce travail obstiné sembla briser, pour un moment, les ressorts de son énergie intellectuelle, et un état de dépression mélancolique le réduisit à l'impossibilité de continuer ses études chéries. Mais heureusement pour Van Swieten, il était doué d'une de ces natures ardentes et sensibles qui trouvent dans les exercices corporels, dans l'influence de la musique, et surtout dans les consolations de l'amitié, un adoucissement aux pénibles travaux de l'esprit. Lorsque, sept années après s'être attaché à son maître bien aimé, il reçut le grade de docteur (1) en 1725, il n'en continua pas moins d'être le disciple le plus assidu de Boerhaave; il le suivit

(1) Cet article commence, sur l'Allemagne médicale du XVIIIe siècle, une série d'études promise à la *Gazette hebdomadaire*.

(1) Sa thèse inaugurale a pour titre : *De arteriæ fabricâ et efficaciâ in corpore humano.*

1° d'un *chancre* térébrant *induré* de l'impasse du prépuce en haut, de seize jours (le dernier coït remontait à quarante-six jours); 2° d'un ganglion engorgé dans la région inguinale gauche, de quatre jours. Pas d'autres symptômes syphilitiques.

» *Première infection chancreuse.* — *Antécédents* : Deux urétrites, la dernière, guérie depuis quatre ans. Ce malade était un peu ivre lorsqu'il a contracté son chancre. Traitement nul.

» *Traitement à l'hôpital.* — Le 13 septembre, coton cardé entre le gland et le prépuce; lotions de chlorure d'oxyde de sodium étendu de neuf parties d'eau; cataplasmes émollients sur la verge, qui est très tuméfiée; pilules de proto-iodure de mercure de 5 centigrammes : une matin et soir pendant neuf jours (18 pilules). — Le 21, suspendre l'usage des cataplasmes; 3 pilules par jour, en trois doses, à intervalles égaux pendant quatre jours (12 pilules). — Le 26, gingivite en bas; suspendre l'usage des pilules; gargarisme chlorhydrique, bouteille d'eau de Sedlitz. — Le 30, reprise du traitement; 2 pilules. — 4 octobre, 3 pilules. — Le 7, 4 pilules. — Le 10, cautérisation du chancre. — Le 14, nouvelle gingivite, mais peu intense : suspendre l'usage des pilules; gargarisme chlorhydrique, bouteille d'eau de Sedlitz. — Le 17, pansement à plat du chancre, avec une bande de sparadrap de Vigo *cum mercurio;* 2 pilules. — Le 21, 3 pilules. — Le 24, cicatrice indurée du chancre; 4 pilules. — Le 28, le malade quitte l'hôpital avec une cicatrice indurée; pendant son traitement, aucun symptôme de syphilis constitutionnelle ne s'est montré. »

En lisant la polémique engagée par M. Ricord sur cette observation, on est assez surpris de voir qu'elle est absolument sans objet. M. Ricord, écrivant à l'*Union médicale*, refuse de reconnaître dans la publication d'un tel fait « l'amour de la science, la recherche froide et impartiale de la vérité et le véritable désir d'instituer de saines doctrines. » Et, en même temps, moins absolu que son disciple de Bordeaux, il se défend d'avoir jamais fait de l'unicité de la diathèse syphilitique autre chose qu'une *règle très générale*, ouverte aux *exceptions*. Bien plus, il a écrit ceci : « On doit trouver pour la syphilis, quoique bien plus rarement, ce qu'on trouve pour la variole et pour la vaccine: la disposition acquise peut s'atténuer et finir par s'éteindre. Dans le premier cas, *une nouvelle infection générale*, *devenue possible*, *produira des accidents constitutionnels modifiés*... Dans le second cas, *une infection nouvelle donnera lieu à la reproduction d'accidents constitutionnels à forme et à succession régulières* (1). » Ce qui signifie très catégoriquement qu'on peut avoir la vérole, la vérole parfaite, plusieurs fois.

Eh bien, il faut le dire, ce procédé bilatéral, par lequel on admet, d'un côté, la possibilité d'un fait, et l'on jette, de l'autre, le discrédit sur tout ce qui tend à démontrer ce fait, crée à ceux qui n'ont pas en ces matières la foi du charbonnier une position véritablement inacceptable. On voudrait savoir au juste où s'arrêtent les prétentions de la doctrine. Si, comme elle l'assure, elle ne repousse pas les exceptions, que n'accepte-t-elle de bonne grâce celle qu'on lui présente? L'observateur manque-t-il d'autorité, d'habileté, de circonspection? Ce n'est pas ce qu'on pense généralement de l'honorable M. Follin. Il est bien jeune, dit M. Ricord! il n'a guère passé qu'une quinzaine de jours à l'hôpital du Midi! Petite raison en toute circonstance; raison inapplicable dans l'espèce. En effet, pour que la doctrine ne soit pas entamée par la succession de phénomènes décrite plus haut, il faut qu'une erreur de diagnostic ait été commise et que cette erreur porte, non sur le second chancre, mais sur le premier. Et M. Ricord déclare en effet que le second chancre, suivi de syphilides, est parfaitement classique. Mais qui a observé, décrit, le premier chancre? qui l'a pris et le tient encore pour chancre induré? Est-ce M. Follin, le novice? Non; c'est M. Puche, dont la maturité est incontestable, médecin depuis trente ans, et qui doit connaître tous les recoins de l'hôpital du Midi; M. Puche, un partisan déclaré de l'unicité, à qui l'évidence seule pouvait arracher l'aveu d'une exception. En vain se rejette-t-on sur les difficultés que peuvent apporter au diagnostic certaines particularités de la lésion locale; en vain M. Ricord allègue-t-il la forme du premier chancre, la limitation de l'adénite inguinale à un seul ganglion, et M. Vénot les diverses conditions susceptibles de donner à une ulcération consécutive les apparences du chancre primitif. La *galerie*, pour parler comme le chirurgien de l'hospice Saint-Jean, la galerie s'inquiète d'apparences assez fallacieuses pour tromper les syphiliographes les plus expérimentés, et se demande si elles ne sont entrées pour rien dans la constitution des *règles générales*, *lois* ou *décrets*, comme on s'exprime suivant la circonstance.

Nous l'avons dit avec plaisir quand l'occasion s'en est présentée : M. Ricord a répandu de vives lumières sur le sujet auquel il a consacré l'ingénieuse activité de son esprit. Il y a introduit un ordre qui est loin d'être arbitraire, et qui ne pèche que par excès de rigueur. Les services qu'il a rendus sont donc considérables; ce n'est pas nous qui les méconnaîtrons. Mais son tort est de ne s'être pas corrigé à temps du défaut qu'il reproche à M. Follin, et de conserver une *juvénilité* manifeste dans ses croyances et ses prétentions scientifiques. Il a plus tort encore de supposer, comme il le fait dans une de ses lettres à M. Follin, qu'il y a des gens

(1) *Compendium de médecine.* Note communiquée par M. Ricord.

à l'hôpital et au lit des malades; il fut son préparateur le plus intelligent, le plus laborieux et le plus zélé : la mort seule brisa les liens qui attachaient le disciple à son maître, sans que le souvenir des rapports qu'il avait eus avec lui s'effaçassent de son âme reconnaissante. On peut dire, sans exagération, que Van Swieten resta pendant vingt ans l'élève de Boerhaave (1).

Van Swieten aimait la retraite, et il avait en cela les goûts du célèbre professeur qu'il appelait son ami et son père. Rien n'était capable de briser ses habitudes laborieuses, ni le mariage heureux qu'il contracta, ni ses nombreuses occupations.

Bientôt, le bruit de son mérite s'étendit au loin et l'admiration de l'Angleterre vint offrir à son ambition, s'il avait été tourmenté par ce besoin, les perspectives les plus brillantes. Il préféra, toutefois, rester dans sa ville natale, quoique privé de toute position officielle, et rien ne put y troubler son ardeur pour l'étude, pas même la jalousie de ses adversaires, qui ne lui fit pas défaut. La haine qu'ils semblèrent lui avoir vouée, les persécutions qu'ils lui suscitèrent, ne firent même que donner une impulsion nouvelle à son goût pour le travail. Le premier volume de ses *Commentaires* parut en 1742, et le deuxième était à peine terminé, que l'attention de l'impératrice Marie-Thérèse se fixa sur lui, et que cette illustre souveraine l'investit de toute sa confiance en l'appelant à Vienne pour y soigner la santé de l'archiduchesse sa fille.

C'est en 1745 que Van Swieten se rendit à Vienne. Et, à peine installé dans cette capitale, tous ses efforts convergèrent vers le but qu'il sut glorieusement remplir, en répondant à la confiance de son illustre protectrice et en devenant, on peut le dire, l'âme de ses projets de réforme. Des circonstances déplorables semblaient avoir entravé en Autriche la marche des sciences, et ce grand empire était éclipsé, sous le rapport du progrès intellectuel, par plusieurs États secondaires du Nord de l'Europe. Tandis que l'Allemagne, la France, l'Angleterre et la Hollande marchaient à grands pas vers une ère nouvelle de rénovation scientifique, l'Autriche semblait présenter une résistance inerte à tout élément de progrès. Les positions scientifiques les plus importantes y étaient envahies par des hommes obscurs et retardataires. Les efforts mêmes des empereurs Léopold et Charles n'avaient abouti qu'à répandre un peu de lumière dans les parties éloignées de leur empire, et le seul homme important dans la science était alors Garelli, le médecin et le confident de Charles VI.

(1) Rara certe felicitate mihi contigit, forte unico viginti fere annorum spatio magni Boerhavii institutionibus frui. (*Præf. ad Commentar.*)

décidés à voir *blanc* quand il voit *noir*. La vérité est que ce sont ses disciples eux-mêmes qui ont fait les plus irréparables brèches aux dogmes principaux de sa doctrine. Et puisque M. Vénot associe à l'absolutisme de son opinion un savant collaborateur de ce journal, nous lui rappellerons que M. Diday, inébranlable jusqu'à présent, autant que nous pouvons croire, sur l'unicité de la diathèse syphilitique, a plus d'une fois donné témoignage de son respect pour le droit d'examen, en se séparant de son ancien maître sur des points essentiels. M. Diday, par exemple, est convaincu que certains chancres *non indurés* peuvent donner la syphilis constitutionnelle; de sorte que les objections tirées des caractères extérieurs du premier chancre chez le malade de M. Follin, non plus que les avertissements de M. Venot sur la fausse induration, ne doivent le toucher que médiocrement. M. Diday ne croit plus ou n'a jamais cru à la non-contagionabilité des accidents secondaires, à telles enseignes qu'il vient d'être couronné, pour cela même, par une société dont M. Venot fait partie, la Société de médecine de Bordeaux. M. Diday n'accorde pas que le pus chancreux soit *fatalement inoculable*, puisqu'il admet l'état réfractaire après des insertions répétées de virus... Mais, sur tout cela, notre ami prendra sans doute la parole en temps et lieu.

A. Dechambre.

Le *Moniteur des hôpitaux* renferme la narration d'un fait que nous croyons devoir porter à la connaissance de nos lecteurs.

M. Deville, ancien prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux de Paris, a été, par suite des événements politiques, forcé de quitter la France, et il est allé s'établir à Londres. Doué d'une activité scientifique peu commune, notre confrère a profité de son exil pour étudier à fond l'état actuel de la chirurgie en Angleterre, et il a publié sur ce sujet, dans les journaux français, une série d'articles que le public a accueillis avec faveur.

Il puisait à une double source les matériaux de ses articles. Il suivait assidûment les visites des hôpitaux et explorait attentivement les nombreux musées d'anatomie pathologique de Londres. Cela durait depuis plus de quinze mois, lorsqu'un matin, s'étant présenté comme d'habitude à la porte du musée de Guy's Hospital, il s'en est vu refuser l'entrée. Ses réclamations auprès des chirurgiens n'ont abouti qu'à lui faire obtenir un billet imprimé valable *pour une fois seulement !*

L'administration de l'hôpital a donné pour prétexte que M. Deville avait dessiné quelques unes des pièces du musée. M. Deville ayant annoncé dans les journaux anglais (*Medical Times*, 27 août 1853, n° 165, p. 232) que ce prétexte était illusoire, *attendu qu'il ne sait pas dessiner*, Guy's Hospita- n'a rien répondu, mais il a maintenu sa décision.

Des renseignements directs nous sont parvenus sur les causes de cette expulsion. Chacun a deviné qu'à côté du ridicule prétexte inventé par les administrateurs de Guy's Hospital, il y avait un motif véritable que l'on n'a pas cru devoir alléguer. Ce motif, ou plutôt ces motifs, nous les connaissons, et si l'on nous y poussait, nous serions en mesure de les dire. Nous nous bornerons à affirmer aujourd'hui que M. Deville n'a transgressé aucun des articles du règlement du musée. Cela suffit pour le but que nous nous proposons.

Cela suffit, disons-nous; nous ajouterions presque que cela n'est pas nécessaire. Car même, en admettant, — ce que nous n'admettons pas, et ce qu'on n'eût pas manqué de dire si cela eût été vrai, — même en admettant, disons-nous, que M. Deville eût manqué à quelques-uns des usages du pays où il est obligé de vivre, nous protesterions encore contre une mesure qui ne nous semble pas compatible avec l'état actuel de la civilisation en Angleterre.

Au point de vue de la *loi*, nous reconnaissons volontiers que l'administration de Guy's Hospital n'a pas dépassé ses pouvoirs. Les hôpitaux anglais et les musées qui en dépendent appartiennent à des associations particulières, et comme tels, ils peuvent être capricieusement interdits à telle ou telle personne, sans que l'on puisse élever à cet égard aucune réclamation *légale*.

Mais, au point de vue plus élevé des droits de la science, nous prétendons qu'un établissement de cette nature doit être ouvert indistinctement à tous ceux, étrangers ou indigènes, qui viennent y chercher des lumières. Nous prétendons en particulier que le musée de Guy's Hospital n'appartient pas à quelques individus transitoires, qui sont payés pour l'administrer, comme leurs prédécesseurs l'ont été, comme leurs successeurs le seront. Ces messieurs croient-ils, par exemple, qu'ils auraient le droit de vendre les pièces de leur musée? Evidemment non; et s'ils ne peuvent pas les vendre, c'est qu'elles ne sont pas à eux ; et si elles ne sont pas à eux, c'est

---

La connaissance des écrits d'un homme célèbre peut difficilement se séparer de ses actes; et si l'on suit Van Swieten sur le terrain où son activité va se déployer d'une manière si féconde, nous serons initiés au génie de cet illustre médecin. Ses débuts dans le professorat furent des plus éclatants, et ses leçons publiques sur les institutions de Boerhaave attirèrent de nombreux auditeurs. Ce fut, sous ces heureux auspices, que Van Swieten fut appelé à la haute direction des études médicales en Autriche. Il déploya, dans cette tâche importante, toutes les ressources de son esprit ; il sut éviter tous les dangers inhérents à cette brillante position.

On peut dire que Van Swieten, administrateur, eut la conscience complète et entière de ses nouvelles destinées. Conservateur éclairé du dépôt sacré commis à ses soins, il étendit en tous lieux l'influence salutaire de la science, et de royales faveurs n'obscurcirent jamais son intelligence au point de lui faire oublier que le protecteur des savants était en même temps et leur ami et le modèle qu'ils avaient à suivre. Dans un âge avancé, on le vit encore, avec une ardeur extrême, se livrer à l'étude de l'arabe et du hongrois et perfectionner ses connaissances dans les sciences naturelles et dans les mathématiques.

Comment une vie si active et si bien remplie n'aurait-elle pas réagi d'une manière heureuse sur les destinées scientifiques de l'Autriche et sur la réalisation des plans si chers à la grande impératrice Marie-Thérèse ? Oublions pour un moment le médecin de cette femme illustre, et arrêtons-nous sur le ministre intelligent de ses pensées réformatrices. Le mouvement intellectuel est désormais donné, et Van Swieten va le diriger dans le sens de ses applications les plus fécondes. Rien ne peut détourner son activité intellectuelle de l'accomplissement des nouveaux devoirs qui lui sont imposés. Le médecin intime de l'impératrice et de la cour, le professeur, que ses obligations de chaque jour appellent au lit des malades et au soin d'instruire ses nombreux auditeurs, présidera avec la plus grande assiduité l'Académie de médecine, dirigera la bibliothèque qu'il a contribué à fonder, remplira les hautes et difficiles fonctions de la censure, inspectera non seulement les études médicales dans toute l'étendue de l'empire ; mais à ses immenses attributions il réunira encore la surveillance et l'organisation des sciences naturelles et des sciences mathématiques dans les facultés de philosophie. Ces soins si assidus, Van Swieten les remplit jusqu'à un âge avancé ; mais en l'année 1772, ses forces commencèrent à faiblir, et une affection gangréneuse de la cuisse l'emporta dans le mois de juin de cette même année. Il mourut à Schœnbrunn, et sa mort, dit le docteur Hecker, auquel nous empruntons ces

qu'elles ne sont à personne; et si elles ne sont à personne, enfin, c'est qu'elles sont à tout le monde.

Elles sont à tous ceux qui, ayant lu dans les livres ou dans les journaux la description de ces pièces, éprouvent le désir de vérifier l'exactitude de cette description. Elles sont à tous ceux qui, ayant entrepris quelque travail utile, ont besoin, pour compléter leur œuvre, de connaître les faits analogues et non publiés qui ont été recueillis jusqu'à eux. — Elles sont en un mot à tous ceux, quels qu'ils soient, qui demandent à s'en servir, dans un but scientifique, à la condition pour eux de ne rien détériorer.

Quant à la prétention d'empêcher les visiteurs de prendre des croquis, ce n'est pas en Angleterre seulement qu'elle existe, on la retrouve encore dans plusieurs autres contrées étrangères. Mais nous le déclarons, nous rougirions de honte si nous apprenions jamais que pareille prétention se fût manifestée dans notre pays.

Tous les lecteurs français nous ont déjà compris, et ont joint leur protestation à la nôtre. Nous ne savons pas quel est en Angleterre l'état des esprits sur ces questions de droit scientifique. Mais nous faisons appel au souvenir et à la bonne foi de tous ceux de nos confrères d'outre-Manche qui sont venus, et le nombre en est bien grand, puiser à ces larges sources d'instruction que la France ouvre si généreusement aux étrangers.

Lorsqu'un médecin ou un étudiant étranger arrive à Paris, il lui suffit d'exhiber son diplôme ou son passeport, — le plus souvent, cette formalité n'est pas même nécessaire, — pour jouir immédiatement et gratuitement de tous les droits conférés par l'administration aux étudiants et aux médecins nationaux. Les cours, les hôpitaux, les musées, les bibliothèques lui sont ouverts gratis; on l'admet dans les salles officielles de dissection aux mêmes conditions que s'il était Français, au risque même de lui donner une place que l'on sera obligé plus tard de refuser à un étudiant indigène, — car l'espace et les cadavres manquent à l'école pratique et ne suffisent pas toujours aux besoins de la foule qui s'y presse. En échange de tous ces avantages, que demande-t-on à l'étudiant étranger? Rien, absolument rien. L'étudiant français est loin de jouir du même bénéfice; il dépose chaque année 200 francs dans la caisse de la Faculté, où l'étranger ne dépose pas un centime. L'entrée des cours, des musées, de la bibliothèque n'est donc réellement gratuite que pour ce dernier. Quant à l'entrée des hôpitaux, il semble, au premier abord, qu'elle soit gratuite pour tout le monde. Qu'on se détrompe pourtant, car cette gratuité n'existe pas pour l'étudiant français. Ce n'est pas de sa bourse qu'il paie, il est vrai, mais c'est de sa personne. Il faut que pendant une année entière, sans interruption aucune, il consacre toutes ses matinées et une partie de ses soirées à la besogne fort peu instructive d'appliquer des sangsues et des cataplasmes, ou de panser les sétons et les vésicatoires dans un service d'hôpital; s'il ne s'acquitte pas exactement de ce stage, on le prive du droit de prendre ses inscriptions et de passer ses examens. Qu'à cette condition, les portes des hôpitaux lui soient ouvertes, c'est un privilége qu'il a bien gagné par son travail et par les services qu'il a rendus. Dès lors on s'attend peut-être à apprendre que l'étranger n'est admis dans les salles d'hôpital que par une faveur spéciale, transitoire et révocable. Non, ce privilége que le Français acquiert à la sueur de son front, est accordé gratuitement à l'étranger comme un droit imprescriptible et inaliénable.

C'est-à-dire que l'administration française, obligée de prélever sur les étudiants de notre pays des impôts de diverse nature, accorde l'instruction généreusement et libéralement aux étrangers sans rien leur demander en échange, de telle sorte que pour jouir dans toute leur plénitude des bénéfices de l'instruction médicale à Paris, il y a tout avantage à ne pas être Français.

A Dieu ne plaise que l'on prenne ceci pour un reproche ou qu'on y voie le moindre regret. Nous sommes heureux et fier de vivre dans un pays qui octroie si magnifiquement l'hospitalité scientifique. — A Dieu ne plaise encore que nous considérions les étrangers qui ont profité, et qui profitent sans cesse de cette hospitalité, comme responsables des petitesses ou des caprices de l'administration de Guy's Hospital. Mais il était nécessaire pourtant de tracer le tableau qui précède, pour montrer, par ce simple contraste, combien l'affaire de Guy's Hospital est en opposition avec les plus simples notions de la justice générale.

Et maintenant qu'il nous soit permis d'adresser quelques mots, non pas au *treasurer*, ni au *steward*, ni aux autres personnages plus ou moins bureaucratiques qui administrent l'hôpital de Guy, mais à MM. les chirurgiens de cet hôpital, qui sont des hommes de science, et capables comme tels de comprendre qu'il y a des droits supérieurs aux articles tracassiers de leur règlement.

Il eût dépendu de ces messieurs, il eût même dépendu d'un seul d'entre eux peut-être, d'empêcher la production de ce fait regrettable. Nous voulons bien croire qu'ils n'en

---

détails, fut regardée comme une calamité publique. Il fut pleuré non seulement par l'impératrice, mais par des milliers d'individus qui honoraient en lui le savant dont la médecine était fière, et l'homme bienfaisant dont le cœur ne fut jamais fermé anx douleurs de ses semblables.

La lutte que les hommes de génie ont eu à soutenir dans tous les temps et dans tous les lieux contre la médiocrité jalouse et routinière n'est pas un des côtés les moins intéressants à étudier de l'existence de ces mêmes hommes. Le lecteur nous saura gré de suivre un instant Van Swieten sur le terrain de cette lutte; et si la foi qui n'agit point n'est pas une foi sincère, ainsi en est-il de la science, qui se résumerait dans la stérile contemplation de la vérité, sans application aucune des éléments qui la constituent, aux progrès intellectuels, physiques et moraux de l'humanité.

Van Swieten était un savant dans la haute acception de ce mot; il aimait la science à laquelle il se consacra corps et âme. Il en fut, dit un de ses admirateurs, l'amant fidèle, sans que les séductions de la grandeur fussent capables de ternir son amour, sans que les occupations les plus nombreuses le détournassent de ce culte que, dans sa conscience de chrétien, il élevait à la hauteur d'un devoir religieux à remplir.

Inaccessible à la jalousie, le but suprême de cette intelligence d'élite qui savait agrandir la sphère la plus pure par un dévouement sans borne aux intérêts professionnels de son art, fut de faire rayonner dans tous les cœurs la plus noble, la plus louable des émulations. Admirable position des hommes scientifiques quand ils savent la comprendre ! Leur influence est d'autant plus grande qu'ils sont plus haut placés; les vérités qu'ils enseignent pénètrent d'autant plus vivement dans les cœurs, vivifient d'autant mieux les intelligences, qu'on les connaît plus détachés des intérêts matériels, et plus exempts des misérables jalousies et des stériles tracasseries qui ont empoisonné l'existence de tant d'hommes intelligents, et tari à leur source les plus légitimes influences.

Semblable sous ce rapport à Boerhaave, Van Swieten poussait le culte de la vérité jusqu'au rigorisme. Il poursuivait l'esprit de mensonge partout où il le rencontrait, et quiconque étudie l'histoire de l'école de Vienne reconnaîtra que cet amour de la vérité plane comme une lumière bienfaisante et pure sur les tendances scientifiques de cette admirable école. On peut dire que, pénétré de sa mission, l'illustre fondateur de cette école savait imposer aux autres les vérités qu'il pratiquait lui-même. Ennemi du luxe et des divertissements fastueux, il pensait, non sans raison, que le médecin doit retremper son esprit et son cœur dans la contemplation de la vérité et dans l'amour de la solitude. Il savait parfai-

sont pas les auteurs, mais dès le moment que, prévenus de cette injustice, ils ne s'y sont pas opposés, ils en sont en partie responsables devant le monde scientifique. Ils ont perdu de vue cet axiome que n'oublie jamais le véritable savant : c'est que la science est cosmopolite, et que tous ceux qui la cultivent sérieusement se doivent mutuellement appui et secours. Ce qui est juste dans l'état ordinaire des choses, devient un impérieux devoir quand il s'agit d'un confrère étranger. Lorsque ce confrère a une valeur reconnue, lorsqu'il a voué sa vie à l'étude, et lorsqu'il en donne par ses écrits des preuves multipliées, mettre une entrave à ses travaux est déjà un délit de lèse-science; mais lorsque de plus ce confrère est frappé par le malheur, banni de sa patrie, et que, malgré l'exil et la pauvreté, il continue héroïquement à vivre pour la science, au lieu de chercher dans la clientèle une fortune facile, ceux qui lui ferment les voies de l'étude commettent un acte que nous nous dispensons de qualifier, et dont la conscience de nos lecteurs a déjà fait justice.

PAUL BROCA,

Agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE INTERNE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET SÉMÉIOLOGIE.

MÉMOIRE SUR LES ULCÉRATIONS ET LA PERFORATION DU GROS INTESTIN SURVENANT A LA SUITE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par le docteur LEUDET.

Il n'est pas très rare, à la suite de fièvres typhoïdes, lorsque déjà les symptômes aigus ont complétement disparu, parfois même lorsque la convalescence a commencé, de voir les malades demeurer dans un état d'affaiblissement prolongé, ou même après un commencement de convalescence, offrir, comme on le dit, les signes d'une rechute. Quelquefois à ces symptômes d'adynamie vient se joindre une diarrhée d'abord peu abondante, puis progressivement croissante; dans d'autres cas, au contraire, cette diarrhée fait complétement défaut.

Ces phénomènes, fort graves, comme on pourra le voir par la suite de ce travail, n'ont pas peut-être attiré suffisamment l'attention des observateurs, et cependant ils ne manquent pas d'intérêt pratique ; en effet, tout le danger de la fièvre typhoïde ne réside pas à beaucoup près dans les lésions de l'intestin grêle, dans leur cicatrisation incomplète, dans les perforations de cette partie du tube digestif, ou dans quelques maladies intercurrentes. La lésion peut diminuer, cesser même dans l'intestin grêle, et le gros intestin devenir le siége principal de la maladie, la cause des phénomènes morbides. Ces lésions offrent tous les degrés depuis l'inflammation simple des parois du gros intestin, l'entérite folliculeuse, l'ulcération superficielle de ces éléments folliculaires, le ramollissement de la muqueuse, jusqu'à la production d'ulcérations plus ou moins larges et profondes, occupant quelquefois toute l'étendue du tube digestif, et enfin amenant dans quelques cas la perforation de l'intestin.

Nous avons d'abord à nous occuper de ces diverses lésions au point de vue de l'anatomie pathologique ; puis nous chercherons à établir leur valeur séméiologique, leur gravité, et enfin à en déduire les moyens thérapeutiques dont elles nécessitent l'emploi.

Notre excellent maître, M. Louis, dans son *Traité de la fièvre typhoïde* (vol. I, p. 211, 2e édition), rapporte n'avoir observé d'ulcérations du gros intestin que chez quatorze sujets, au nombre de 2à 3, rarement de 12 ou 13 ; leur étendue variait de 9 à 40 ou 60 millimètres de diamètre ; dans un seul cas, il a trouvé la tunique musculaire mise à nu. M. Andral (*Clinique médic.*, vol. I) indique également, mais comme assez rares, les ulcérations du gros intestin. La *Clinique* de notre savant maître, M. Chomel (publiée par M. Genest, p. 129) contient plusieurs observations, où la maladie du gros intestin avait fait plus de progrès; dans l'une même, empruntée à la clinique de Récamier, l'S iliaque avait été perforée.

Nous avons eu l'occasion d'observer nous-même un certain nombre de ces lésions, à des degrés variés, depuis l'ulcération folliculaire simple jusqu'à la perforation complète ; ces faits sont au nombre de douze. Nous réunirons dans notre travail nos propres observations à dix cas, rapportés dans la *Clinique médicale* de M. Andral, aux observations déjà citées de MM. Louis et Chomel, et enfin nous y joindrons quelques exemples remarquables empruntés à un auteur étranger.

La forme d'ulcération de beaucoup la plus fréquente est celle des follicules du cœcum. Ces ulcérations apparaissent comme de petites pertes de substance à bords nets, n'occupant que la membrane muqueuse, du diamètre d'une tête d'épingle. Le follicule tranche par sa couleur un peu plus pâle sur la teinte de la membrane muqueuse environnante. A un degré moins avancé le follicule présente son orifice un peu béant marqué d'un point noirâtre, et entouré d'une petite auréole blanche qui dessine ses contours. Le plus souvent le follicule n'a pas subi d'augmentation notable de volume ; dans quelques cas, au contraire, il est gonflé, et peut atteindre le volume d'un pois. D'autres fois, l'ulcération, au lieu de ressembler à une perte de substance à bords nets, offre des bords irréguliers, épaissis et environnés d'une matière jaunâtre analogue à celle qu'on observe dans les plaques de Peyer ulcérées, à une période de leur évolution morbide.

De ce dernier degré à un autre plus avancé, il n'y a pour ainsi dire qu'un pas : l'ulcération s'agrandit, présente le diamètre d'une

---

tement faire la différence d'une vie remplie par le travail, et celle de ces existences fébriles qui s'imaginent pouvoir impunément marier le travail de l'esprit avec les stériles et fatigantes exigences des plaisirs du monde.

Aussi longtemps que dura l'influence de Van Swieten, et cette influence ne cessa qu'avec sa vie, toutes les tentatives de la médiocrité vinrent échouer dans leur but d'envahir les positions médicales. Il était, sous ce rapport, d'une rigidité que rien ne pouvait fléchir; il ne tenait pas à s'entourer de créatures dont il n'avait pas besoin; et son devoir le plus impérieux et le plus sacré lui dictait une ligne de conduite qui assurait l'avenir des institutions qu'il avait été appelé à fonder. Mille témoignages des plus respectables attestent combien les médecins sortis de l'école de Van Swieten tenaient à honneur de propager dans toutes les parties de l'empire les principes qu'ils y avaient puisés.

La création médicale la plus utile, incontestablement, pour l'école de Vienne, fut celle de l'enseignement clinique. Cette création se liait aux traditions que Van Swieten avait apportées de Leyde, et il était, ainsi que son maître, pénétré de cette vérité : *que les sciences naturelles ne doivent pas seulement être étudiées, mais pratiquées.* Les services que Van Swieten et Boerhaave rendirent sous ce rapport à la science, sont d'autant plus dignes de fixer l'attention contemporaine, que l'enseignement médical était, avant eux, ce qu'il y avait de plus misérable. En dehors des rares privilégiés à qui il était donné de voyager en France et en Italie pour s'y perfectionner dans leurs études, la masse des étudiants se traînait péniblement dans les ornières de la routine de leurs maîtres. Ils en étaient réduits à une instruction qui ne dépassait guère quelques applications à la thérapeutique, et qui leur était débitée du haut des chaires professorales (1), en dehors, comme on se l'imagine facilement, de tout contrôle au lit des malades. Dirons-nous encore que le bon sens du public flétrissait déjà un enseignement de ce genre, et le proverbe si connu : *Novus medicus, novum cœmeterium* (2) en dit assez sous ce rapport. Ajoutons à ce tableau si triste de l'enseignement, que les hôpitaux, dans le XVIIIe siècle, étaient si mal organisés, que les affections les plus pernicieuses y sévissaient avec fureur, et que le seul mot de fièvres des hôpitaux suffisait pour en faire redouter l'entrée aux malheureux malades. En vain aurait-on cherché dans toute l'Allemagne un enseignement clinique régulier; il n'en existait pas, et bien peu d'élèves étaient admis à la faveur de suivre leurs maîtres aux lits des malades. Ce

(1) *Medici ex commentariis.*
(2) De nouveau médecin, cimetière bossu (proverbes populaires).

pièce de 1 franc, d'un écu de 3 livres (Andral), et enfin peut se confondre avec d'autres pertes de substance avoisinantes et donner lieu à des ulcères interrompus par des brides irrégulières, restes altérés de la membrane muqueuse intermédiaire aux ulcérations qui se sont graduellement confondues.

A ce dernier degré, le plus avancé de l'ulcération, correspond un changement dans l'aspect des bords de la perte de substance; outre un décollement des bords plus ou moins étendu, on remarque une couleur d'un gris noirâtre, occasionnée par le dépôt d'un pigment qui se retrouve souvent aussi en dehors des ulcérations dans l'épaisseur de la muqueuse avoisinante. C'est là du reste une modification de couleur qui se rencontre dans toutes les ulcérations anciennes à marche chronique, dans le gros intestin comme dans le grêle.

La profondeur de ces ulcérations varie autant que leur diamètre. Plus favorisé par le hasard, sans doute, que notre excellent maître, M. Louis, nous avons vu plus souvent que lui l'ulcération atteindre la surface péritonéale et même la perforer.

On observe, outre ces ulcérations, des changements dans l'épaisseur des parois de cette portion du tube digestif, soit un amincissement des parois, comme dans notre observation de perforation, soit une hypertrophie, ce qui était plus fréquent. Cette coexistence de deux effets si opposés se rencontre du reste consécutivement à l'ulcération de presque toutes les portions du tube digestif, et jusqu'ici l'anatomie pathologique n'a pas réussi à expliquer d'une manière satisfaisante ces effets quelquefois opposés d'une même cause.

L'ulcération revêt enfin dans d'autres cas une forme différente; elle se manifeste sous cet aspect que l'on a nommé *entérite villeuse*, et qui a été fort bien décrit par MM. Monneret et Fleury (*Compend. de médec. pratiq.*). La surface semble rugueuse, inégale comme un gazon nouvellement coupé, parsemée d'un grand nombre de petites granulations, d'hypertrophies partielles, mêlées d'ulcérations : avec cette lésion coïncidait une hypertrophie des parois, de la couche sous-muqueuse et musculaire dans les cas que nous avons observés. Le fait suivant pourra servir d'exemple de cette curieuse lésion :

Obs. 1.—Raynal (Joseph), âgé de trente-cinq ans, charbonnier, entre le 23 septembre à l'hôpital de la Charité. Il est couché dans le service de M. Rayer, salle Saint-Michel, nº 1. Malade depuis deux septénaires environ, il présentait lors de son entrée de la céphalalgie gravative générale, des étourdissements, de la diarrhée médiocrement abondante, une éruption encore visible de taches rosées lenticulaires sur le ventre, et des râles sifflants et sonores en petite quantité des deux côtés de la poitrine à la base. Le pouls variait de 84 à 110. Dans l'espace de deux semaines, sous l'influence d'un traitement expectant, les symptômes morbides, cérébraux et abdominaux diminuèrent; le malade avait de l'appétit, et le 8 octobre on lui accorda une portion d'aliments. Pendant près de quinze jours, la convalescence sembla marcher progressivement, quand, vers le 20 octobre, se manifestèrent les signes d'une pleuropneumonie de la base droite, la diarrhée reparut en même temps. Au bout de dix jours, les symptômes de la phlegmasie thoracique avaient presque disparu, mais la diarrhée persista; en même temps l'affaiblissement alla graduellement en augmentant. Les toniques, unis aux opiacés, furent vainement employés, et le malade succomba dans une adynamie profonde, le 1er décembre.— A l'autopsie, induration et friabilité légère de la base du poumon droit avec quelques tubercules au sommet (petites cavernes anciennes, tubercules crétacés). Dans la cavité du péritoine, on trouvait un litre environ d'épanchement citrin clair sans aucun dépôt floconneux. A la fin de l'intestin grêle, on rencontrait des plaques de Peyer, ulcérées, cicatrisées au moyen d'un tissu cellulo-fibreux étendu entre les bords de la perte de substance. Dans le cœcum, les follicules isolés étaient largement ulcérés; dans le côlon ascendant, transverse et descendant, et plus encore dans le rectum, la membrane muqueuse était détruite par larges bandes transversales, l'ulcération ne dépassant pas le tissu cellulaire sous-muqueux; tout le reste de la surface interne de l'intestin présentait un grand nombre d'ulcérations, situées au milieu d'une muqueuse irrégulière mamelonnée, d'une couleur rougeâtre, livide par places. Le tissu cellulaire sous-muqueux et la tunique musculaire étaient considérablement hypertrophiés.—Le foie était sain; la vésicule biliaire adhérait au côlon transverse sans communiquer avec lui. Dans la paroi postérieure de la vésicule biliaire, sans communication avec la cavité ou avec la surface péritonéale, existait une collection purulente de la grandeur d'une pièce d'un franc. La bile était jaunâtre et claire.

Nous avons eu l'occasion d'examiner une lésion absolument identique chez une femme de vingt-six ans, morte en 1849, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre excellent maître, M. Louis.

Nous avons rapporté à dessein cette observation, parce qu'elle présente un exemple type de la lésion que nous avons entrepris de décrire, elle offre en outre une altération assez rare d'un autre organe; nous voulons parler de l'abcès placé dans les parois de la vésicule biliaire. Cette altération a-t-elle quelque rapport avec la lésion principale, ou bien en est-elle indépendante, et reconnaît-elle pour cause une complication accidentelle? Nous croyons pouvoir la rattacher à la lésion du gros intestin. Nous avons noté, en effet, l'adhérence de la vésicule au côlon transverse; or cette paroi du tube digestif offrait les signes non douteux d'une phlegmasie chronique intense. Si, d'autre part, nous constatons l'absence des causes les plus ordinaires d'un abcès des parois de la vésicule, comme les calculs, etc., n'aurons-nous pas apporté un argument valable à l'appui de notre opinion? On a cité, il est vrai, d'autres faits de ce contenu dans la vésicule biliaire, où la maladie paraissait indépendante de la lésion du gros intestin, et était survenue à la suite d'une fièvre typhoïde; ainsi, M. Louis rapporte dans son ouvrage des faits de pus contenu dans la vésicule biliaire (*loc. cit.*). Hénoch (*Klinik der Unterleibskrankh.* Berlin) cite un cas semblable observé par Oppolzer; enfin, Budd en donne également (*On diseases of the Liver*, 2e édit.) plusieurs faits qui lui sont propres ou qui lui ont été communiqués par d'autres médecins. Les faits que nous venons d'emprunter aux auteurs offrent cette différence notable, que la collection purulente avait son siége dans la cavité même de la vésicule, et que par conséquent le pus était mêlé à la bile; d'où l'hypothèse émise par certains auteurs et par Budd, et Hénoch en particulier, que la production du pus

---

n'est pas à dire pour cela, que cette idée féconde d'enseignement n'existât en germe dans les esprits; car, en 1568, Bottoni et Oddo avaient commencé un enseignement de ce genre dans l'hôpital de Padoue, et leur exemple avait été suivi à Pavie et à Gênes. Toutefois, dans le XVIIe siècle il n'existait presque plus de traces de cette création, et dans les villes mêmes où cette idée féconde avait germé, l'enseignement clinique se réduisait à l'examen des urines et à l'étude du pouls chez les malades. Il faut bien reconnaître que si cet enseignement ne put alors persister, c'est qu'il était en désaccord, et avec les tendances de l'époque, et avec l'organisation des écoles.

Un médecin qui professa de 1602 à 1632, et qui sortait du *Collegium Praticum* de Leyde, dirigea, non sans succès, les élèves auprès du lit des malades. Le retentissement qu'eurent les leçons du professeur Straten dans la nouvelle université d'Utrecht excitèrent la jalousie du collége de Leyde, qui se vit menacé de perdre la plupart de ses élèves. Un des professeurs les plus célèbres de cette ville, Otto Heurnius, fit, pour ainsi dire, concurrence à l'enseignement d'Utrecht, en provoquant la création de douze lits de malades que les élèves étaient admis à visiter deux fois par semaine. Otto s'adjoignit son ami Ewald Schuvelius, et ces deux hommes distingués se chargèrent de diriger les élèves, non seulement dans l'observation des malades et dans l'application des remèdes à prescrire, mais encore dans les recherches nécroscopiques. Cependant, et pour des causes qu'il est assez difficile d'apprécier aujourd'hui, les maîtres étaient souvent abandonnés par leurs élèves et réduits à leur propre activité dans le traitement des malades. Toutefois, cet enseignement n'était pas destiné à périr; Albert Kyper (de Kœnisberg), fut le continuateur de Heurnius, et à celui-ci succéda le célèbre François Sylvius de le Boé, en l'année 1658. Ce dernier médecin, tout en cherchant à faire prédominer, au lit des malades, ses théories chimiques, fut le digne continuateur de Heurnius. On peut dire qu'il reconstitua la chaîne de la tradition clinique dans les hôpitaux de Leyde, et nous voyons cet enseignement continué par Bildoo, qui professait avec éclat en l'année 1715.

Enfin Boerhaave parut, et l'on sait ce que l'enseignement clinique doit à ce grand médecin, dont les nombreux élèves propagèrent la méthode et le renom dans toutes les parties de l'Europe. On peut dire que le représentant le plus illustre de la tradition clinique fut incontestablement Van Swieten, qui, sous ce rapport, guida ses élèves dans des voies inconnues pour eux auparavant. Nous ne pouvons assez admirer combien, dans cette circonstance, le génie de ce grand homme lui dévoila la véritable utilité de l'enseignement clinique. Il comprenait parfaitement que l'obser-

peut être attribuée à une modification dans la composition de la bile. Cette opinion n'est, bien entendu, qu'une hypothèse, car rien jusqu'ici n'a démontré sa réalité. D'autres faits ont, au contraire, une analogie plus marquée avec celui que nous venons d'analyser plus haut; au lieu de se borner à une lésion simplement du ressort de l'anatomie pathologique, l'altération de la vésicule à la suite de la fièvre typhoïde peut être plus profonde, d'où la perforation et l'épanchement de bile dans l'abdomen, comme cela avait lieu dans une pièce fort curieuse présentée par M. Archambault, il y a un an, à la Société anatomique de Paris. Ces lésions peuvent-elles s'expliquer par la même cause? Nous ne le croyons pas, et en les rapprochant nous n'avons eu qu'un but, celui de comparer à un fait observé par nous d'autres altérations trouvées dans les voies biliaires consécutivement à la même maladie, à la fièvre typhoïde.

La perforation du gros intestin, quoique très rare à la suite de la fièvre typhoïde, a cependant déjà été observée. Nous avons cité le fait recueilli à la clinique médicale de Récamier, et publié par M. Chomel (*Clinique médic.*, publiée par Genest, p. 329); nous en donnerons le résumé suivant :

Obs. 2. — Chez un sujet ayant offert les symptômes principaux de la fièvre typhoïde: céphalalgie, fièvre intense, prostration, des selles involontaires, et dans les derniers temps de la vie des signes de perforation intestinale, la mort survint au trente-deuxième jour de la maladie. — A l'autopsie, on trouva des ulcères cicatrisés à la fin de l'intestin grêle, et dans le côlon descendant une seule ulcération avec perforation. Le péritoine était enflammé; aucun épanchement de matières stercorales ne s'était fait dans la cavité du péritoine.

Les deux faits suivants que nous avons observés peuvent servir encore d'exemples de perforations du gros intestin.

Obs. 3. — Léger (Jules), âgé de vingt-six ans, domestique, entre le 28 mai 1853 à l'hôpital de la Charité; il est couché au lit n° 4 de la salle Saint-Michel (service de M. Rayer). La maladie datait alors de sept jours; elle était caractérisée par de la céphalalgie, des étourdissements, de la fièvre, un peu de diarrhée. Dans l'espace d'un septénaire, une adynamie profonde survint, caractérisée par un abattement extrême des forces, une rétention d'urine qui dura jusqu'à la veille de la mort. Le vingt-cinquième jour de la maladie, apparition d'une hémorrhagie intestinale. Mort le vingt-septième jour. A l'ouverture du cadavre, on trouve les organes intra-thoraciques dans leur état normal. Pas d'épanchement dans la cavité du péritoine, mais développement abondant et hyperémie des réseaux vasculaires situés à la surface des anses intestinales sous le péritoine viscéral. Dans la fosse iliaque droite, on voyait le cœcum entouré par un dépôt de pseudo-membranes circonscrivant un épanchement de matières fécales noirâtres et liquides; outre les fausses membranes, la cavité contenait des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé; elle communiquait par une ouverture oblongue, du diamètre d'un pois, avec une ulcération du cœcum. A l'intérieur, le cœcum présentait une coloration foncée lie de vin de la muqueuse très ramollie et ne se laissant pas enlever en lambeaux, puis une douzaine d'ulcérations du diamètre d'une pièce de 50 centimes, intéressant les tuniques muqueuse et musculaire; l'une d'elles avait perforé complétement le cœcum et offrait des bords amincis; elle communiquait avec la cavité décrite plus haut. Les autres ulcérations n'offraient nulle part de traces de travail réparateur; leurs bords étaient décollés. Leur nombre et leur étendue diminuaient à mesure qu'on examinait une partie plus inférieure du gros intestin. Cette portion du tube digestif contenait une grande quantité de liquide noirâtre sanguinolent. La fin de l'intestin grêle présentait une foule d'ulcérations des plaques de Peyer et des follicules isolés.

Ce fait nous montre donc une perforation du gros intestin, survenue d'une manière latente et causant un épanchement circonscrit de matières fécales.

Obs. 4. — Vigneron (Placide), âgé de vingt-quatre ans, charcutier, entre le 30 août 1853 à l'hôpital de la Charité; il est couché au lit n° 11 de la salle Saint-Michel, service de M. Rayer. Arrivé au dixième jour de la maladie, Vigneron offrait un ensemble complet des symptômes de la fièvre typhoïde: céphalalgie, étourdissements, rêvasseries, bruits dans les oreilles, épistaxis, diarrhée, état fébrile prononcé; enfin sur la peau de l'abdomen on reconnaissait la présence de taches rosées lenticulaires. Les accidents adynamiques graves persistèrent jusque vers le milieu de septembre. Pendant la dernière partie de cet intervalle, les selles demeurèrent toujours fréquentes, même involontaires; il survint un écoulement purulent par le conduit auditif externe gauche. Le 24 septembre apparurent dans la journée des symptômes de perforation : frissons, douleurs très vives dans le ventre, localisées surtout dans la fosse iliaque droite; pas de ballonnement de l'abdomen, pas de vomissements; pouls très fréquent, à 160, petit et faible; aspect grippé de la face. Des opiacés furent administrés (extrait d'opium, 0,10). Les jours suivants, la faiblesse alla graduellement en croissant, mais les phénomènes abdominaux diminuèrent légèrement d'intensité; la douleur dans la fosse iliaque était moins vive; les selles étaient rares et non liquides; une éruption pultacée se manifesta sur la langue. Enfin sans nouveaux accidents, par suite de l'affaiblissement progressif des forces, le malade succomba le 24 octobre, au matin, dans un état d'émaciation extrême.

Autopsie. — Le cerveau était sain, le poumon à peine un peu engorgé à la base. Aucune trace d'épanchement dans la cavité péritonéale, pas de traces d'inflammation des feuillets pariétal ou abdominal. La direction du côlon transverse était changée: au lieu d'être horizontale de droite à gauche, cette portion du tube digestif formait une sorte d'S iliaque. Cette déviation était occasionnée par une adhérence de l'extrémité inférieure du grand épiploon, qui, fixé à la face antérieure du cœcum, tirait en bas le côlon transverse. Le rectum était placé complétement à droite du sacrum formant une masse compacte unie au cœcum et au grand épiploon. L'adhérence de ces trois parties correspondait à une portion du cœcum placé à gauche, un peu en avant, et immédiatement au-dessus de la valvule iléo-cœcale. Des adhérences celluleuses, noirâtres, s'étendant au moins d'un pouce à la périphérie, maintenaient ces organes au contact, et avaient empêché l'issue des matières fécales. Le cœcum, examiné à son intérieur, présentait dans ce point trois larges ulcérations, avec destruction de toutes les tuniques bouchées par les organes accolés, comme nous l'avons vu plus haut. Les bords de ces ulcérations étaient noirâtres, flottants et amincis. Le reste du gros intestin ne présentait pas d'ulcérations. L'intestin grêle offrait, dans une étendue de 4 pieds au-dessus de la valvule iléo-cœcale, des ulcérations cicatrisées et un peu noirâtres des glandes de Peyer. Les autres organes étaient sains.

---

vation ne peut marcher sans la science, dont le flambeau fait nécessairement évanouir l'esprit systématique étroit et persécuteur qui impose aussi bien à ses sectaires la vérité que l'erreur. Il enseignait par son propre exemple que le professeur et les élèves doivent vivre dans une même communauté intellectuelle, et qu'il ne suffit pas seulement d'observer les malades, mais qu'il s'agit encore de féconder l'observation par une étude scientifique des faits. Cette étude, dans l'esprit de Van Swieten, devait être corroborée par la probité médicale dont la devise est la vérité, et c'est en marchant sous cette noble bannière que l'on a vu des savants illustres, et Van Swieten a donné cet exemple, sacrifier les plus brillantes théories à l'éclatant témoignage des faits observés. Nous verrons plus tard que, pour avoir négligé cette utile recommandation, de Haen, cet observateur si fidèle d'abord des préceptes de son maître et de son ami, dévia de cette ligne de conduite, et introduisit, dans l'enseignement clinique, l'élément passionné, cet ennemi mortel de l'étude et de l'observation des malades. Terminons enfin cette revue des travaux administratifs de Van Swieten, en signalant les nobles efforts qu'il fit pour relever l'enseignement chirurgical, lequel subissait encore à cette époque une éclipse que dissipèrent dans la suite les travaux des grands maîtres de l'art. Il fit venir de Florence à Vienne, Palucci, plus célèbre comme praticien que comme professeur. Jacquin et Crantz furent envoyés en mission scientifique, dans le but d'étudier les meilleures méthodes pour l'enseignement de la botanique et de l'art des accouchements. Gasser fut spécialement chargé des travaux anatomiques, et l'on peut voir par là qu'aucune des parties de l'enseignement médical n'était négligée par l'illustre professeur, qui, sans avoir le titre de ministre de l'instruction en Autriche, en remplissait, pour ainsi dire, les importantes fonctions. Ce seul point de vue suffirait pour immortaliser Van Swieten, s'il ne se recommandait encore à notre attention par ses *Commentaires*, ce livre, qui est son plus beau titre scientifique, et dont nous allons essayer, avec le docteur Hecker, d'exposer l'esprit scientifique et les tendances médicales, pour jeter ensuite un coup d'œil sur ses autres travaux.

Docteur Morel (de Maréville).

(La suite à un prochain numéro.)

La durée de la vie du malade après la manifestation des symptômes de perforation, l'examen des pièces après la mort ont dans ce cas un grand intérêt; en effet, le malade vécut près d'un mois après les signes de la perforation qui s'annonça par des symptômes d'une péritonite locale; l'examen cadavérique vint démontrer pourquoi sa vie avait pu persister aussi longtemps; l'absence de péritonite générale, reconnue pendant la vie, fut vérifiée sur le cadavre, l'adhérence du rectum et de l'épiploon à la paroi ulcérée expliquait l'absence d'épanchement des matières intestinales.

Les faits que nous venons de mettre en relief nous ont permis de montrer les diverses périodes de la lésion du gros intestin depuis sa forme la plus légère jusqu'à la plus grave. Il nous reste, pour terminer la partie anatomique, à ajouter quelques mots sur le siége de ces ulcérations.

Tous les auteurs s'accordent à dire que le siége le plus fréquent de la lésion est dans le cœcum : l'analyse des observations et des auteurs que nous avons cités nous a fourni la même conviction. Ainsi, nous avons trouvé l'ulcération limitée au cœcum dans neuf des observations de M. Louis, dans huit de celles de M. Andral, et sept fois dans les cas recueillis par nous. Deux fois seulement M. Louis (p. 264, vol. II, et p. 341, vol. I) a vu les ulcérations exister dans le cœcum et dans d'autres parties du gros intestin. Cela se rencontrait dans deux cas observés par M. Andral (*loc. cit.*, p. 83, 110); enfin, nous avons observé cinq fois le même fait. On aurait tort de croire que toujours quand des ulcérations existent dans les côlons et dans le rectum, on en rencontre simultanément dans le cœcum, il n'en est rien : dans une des observations de M. Louis (*loc. cit.*, vol. I, p. 32), les ulcérations n'occupaient que le côlon descendant; il en était de même dans un fait cité par M. Chomel. Ces derniers faits ne constituent donc qu'une faible exception à la règle que nous avons tracée.

Nous avons peu insisté dans cet exposé sur les modifications survenues dans la consistance de la membrane muqueuse du gros intestin; il suffira d'ouvrir l'ouvrage de M. Louis pour se convaincre que le ramollissement de cette tunique est un des phénomènes les plus fréquents; nous rappellerons que dans d'autres cas on rencontre, au contraire, une hypertrophie de toutes ces tuniques

Les lésions que nous venons de passer en revue sont donc à peu près celles de la dysenterie chronique.

Dans quelles conditions se développent les ulcérations du gros intestin, consécutives à la fièvre typhoïde? quels sont les symptômes qui les accompagnent? « C'est surtout, disent MM. Monneret et Fleury (*Compend. de méd. prat.*, vol. VIII, p. 180), chez les malades qui ont eu pendant longtemps une diarrhée opiniâtre qu'on les rencontre; » et ailleurs (*loc. cit.*, vol. VIII, p. 224) « l'ulcération du gros intestin et des plaques de Peyer est la cause de cette diarrhée persistante. » Cette opinion sur l'influence de la diarrhée a certes besoin d'être acceptée dans certaines limites, indiquées par les auteurs du *Compendium*, mais sur lesquelles il est utile d'insister. « La longueur et l'intensité du dévoiement, dit M. Louis (*loc. cit.*, vol. I, p. 435), n'indiquent pas d'une manière certaine une lésion de la membrane muqueuse du gros intestin dans la fièvre typhoïde. » Acceptée avec ces restrictions, l'influence de la diarrhée n'est plus douteuse. Sans aucun doute, les évacuations fréquentes involontaires accompagnent en général la lésion du gros intestin, mais la diarrhée peut exister sans lésion grave de cet organe, et, d'autre part, l'intensité de la diarrhée n'est pas toujours à beaucoup près en raison directe de l'intensité de la lésion.

La durée prolongée de la maladie, l'établissement incomplet de la convalescence, sont les conditions dans lesquelles s'observe surtout la lésion que nous étudions ici; ainsi les malades sur lesquels nous avons vu survenir cette lésion succombèrent : 1 le onzième jour; 4 du vingtième au quarantième, et 5 du quarantième au quatre-vingtième jour. Les lésions les plus prononcées furent observées chez les malades morts du cinquantième au soixante-neuvième jour de la maladie. La rareté des altérations graves du gros intestin chez les malades qui succombent à une époque peu avancée de la maladie est, au contraire, un fait bien connu.

Dans le gros intestin la lésion peut être grave et étendue, tandis que les ulcérations des éléments glandulaires de l'intestin grêle, caractéristiques de la fièvre typhoïde, peuvent arriver à une cicatrisation complète, c'est même ce qui a lieu le plus souvent.

Au nombre des causes de cet accident de la fièvre typhoïde, on a signalé les erreurs de régime, une alimentation réparatrice commencée trop tôt; ce sont là des influences dont l'action est difficile à apprécier, l'effet de la lésion locale pouvant être souvent confondu avec sa cause. Ce que l'on observe souvent dans les hôpitaux et ce que nous avons constaté fréquemment sur plusieurs de nos malades, c'est le début latent de l'affection, caché par les malades qui s'obstinaient à user des aliments qu'on leur donnait en l'absence de la connaissance de la diarrhée. Telle a été peut-être une des causes fréquentes des progrès de la lésion qu'on était appelé à traiter au moment où, par son intensité, elle devait rester réfractaire à l'action des agents thérapeutiques.

Les phénomènes que nous venons d'indiquer et qui appartiennent à l'étiologie, peuvent également, pour la plupart, être rangés au nombre des symptômes. Il faut y joindre les signes d'un affaiblissement progressif, comme l'amaigrissement, l'altération de la face, la pâleur cachectique du teint, la formation d'escarres dans les régions du corps les plus déclives, et enfin dans quelques cas les hémorrhagies intestinales, que l'on pourrait rapporter également aux effets locaux de la lésion.

Peut-on, au moyen de ces signes, reconnaître toujours la lésion du gros intestin? Non, sans aucun doute. Il existe dans la fièvre typhoïde une foule de différences dans le mode et la rapidité de la cicatrisation des ulcérations de l'intestin grêle. Ces variations dans la marche du travail réparateur nous sont connues; leur cause, au contraire, nous demeure encore cachée. Cette lenteur du travail réparateur des ulcérations de l'intestin grêle s'accompagne de symptômes analogues à ceux des ulcérations du gros intestin. Nous ne croyons donc pas jusqu'ici que le diagnostic puisse faire reconnaître d'une manière certaine le siége de la lésion.

On comprend qu'en l'absence de signes propres à établir d'une manière sûre le diagnostic, le pronostic repose principalement sur la connaissance de la durée des symptômes et l'examen de l'état général.

Deux observations citées dans ce travail pourraient faire surgir cette question : La perforation du gros intestin est-elle aussi grave que celle de l'intestin grêle? On pourrait arguer des deux faits cités plus haut, et surtout des conditions anatomiques différentes, de la situation presque immobile du cœcum, partie le plus fréquemment atteinte, que la perte de substance peut plus facilement se boucher et amener la guérison que dans la perforation de l'intestin grêle. Mais une pareille question ne peut se juger avec deux faits seulement; nous n'avons voulu ici qu'indiquer un sujet d'études sans prétendre établir un fait de pronostic nouveau.

Le traitement ne nous offre rien de particulier à signaler; les opiacés, les toniques et surtout les aliments réparateurs les plus faciles à digérer sont surtout principalement indiqués. Nous avons vu notre maître, M. Gendrin, mettre en usage avec succès un moyen particulier dans le cas de convalescence prolongée : nous voulons parler des frictions stimulantes sur le corps avec un liquide excitant, du vin aromatique coupé d'eau; ce mode de traitement rentre du reste dans l'emploi des toniques.

Conclusions : 1° Le développement d'ulcérations se rencontre assez fréquemment à la suite de la fièvre typhoïde.

2° Ces ulcérations siégent de préférence dans le cœcum et peuvent offrir tous les degrés depuis l'ulcération superficielle de la muqueuse jusqu'à l'ulcération de la plus grande partie de la membrane interne, la destruction de toute l'épaisseur des tuniques et la perforation.

3° La perforation du gros intestin est susceptible de guérison.

4° Ces ulcérations se rencontrent surtout dans les cas de convalescence lente accompagnée de diarrhée prolongée et de prostration des forces.

5° Le diagnostic ne peut faire reconnaître d'une manière certaine ni l'existence de la lésion, ni son siége, ni son intensité.

6° Le traitement est celui de l'entérite chronique du gros intestin.

PATHOLOGIE EXTERNE. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

SUR LA SPÉCIFICITÉ DE LA BLENNORRHAGIE ET SUR LE TRAITEMENT DE LA BLENNORRHÉE, par M. PIERRE VIGUIER, chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu, ex-interne de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon.

Suite. Voir numéro 11.

II. Du traitement curatif de la blennorrhée.

De l'aveu de tous les praticiens, rien n'est plus difficile à obtenir que la guérison de ces suintements chroniques du canal de l'urètre, désignés scientifiquement sous le nom de blennorrhées. M. Trousseau dit avec la plus grande raison, dans son *Traité de thérapeutique*, que cette maladie est une des plus rebelles, des moins disposées à cesser spontanément ou par le fait d'un traitement quelconque, enfin des plus susceptibles de récidive que l'on connaisse; qu'elle est le désespoir des malades et plus encore des médecins. Le nombre de ceux que l'on rencontre avec des écoulements anciens, avec des gouttes militaires, est dans une proportion inouïe, surtout dans les grandes villes. Une statistique complète qui dévoilerait tous les tourments physiques et moraux, toutes les idées noires que la ténacité de cette affection cause à la pauvre espèce humaine, la ferait peut-être classer au nombre des grands fléaux de l'humanité. On peut affirmer sans exagération que, sur dix hommes pris au hasard, huit ont eu maille à partir avec la blennorrhagie; que sur huit blennorrhagies contractées, six, par incurie ou mauvais traitement, deviennent interminables, durent un an, deux ans, dix ans, finissent par s'éteindre en apparence par un long repos de l'organe, mais laissent pour toujours dans le canal une susceptibilité telle, et une tendance si désespérante à la récidive des symptômes inflammatoires, que la vie de celui qui en est atteint en est empoisonnée. Il est désormais condamné à une modération dont il ne doit jamais s'écarter sous peine d'être ramené promptement à l'ordre par un picotement précurseur de l'orage.

Un pareil état de choses doit, certes, rendre le traitement d'une semblable affection d'un grand intérêt général, surtout si l'on considère que ces infortunes atteignent de préférence les hommes jeunes qui sont sur le point de se marier, et dont les nouvelles fonctions sont ainsi fortement entravées. S'il était permis de descendre au fond des choses et des consciences, que de célibats *volontaires* ne trouverait-on pas qui ne reconnaissent d'autre cause qu'une vieille inflammation chronique de l'urètre ; inflammation toujours menaçante, suspendue comme l'épée de Damoclès sur la tranquillité future du ménage !

Si nous compulsons les ouvrages tant anciens que modernes, nous sommes étonnés de ne trouver rien ou presque rien qui ait rapport à cette question si intéressante et si difficile. Hunter, Bell, Belliol, Astruc, Delpech, Ansiaux, Ribes, Baumès, etc., s'occupent exclusivement de disserter sur la nature de la blennorrhagie et sur les moyens à employer pour la guérir quand elle est aiguë. Ils ne la poursuivent pas dans ses retranchements, lorsque, après avoir résisté à leurs agents, elle devient chronique. S'ils indiquent quelques remèdes, c'est en passant, un peu au hasard, sans donner la raison de leur conduite. Cette lacune est immense, et laisse le médecin désarmé dans une foule de circonstances.

Quelle conduite tenir, en effet, en présence d'une blennorrhée? Telle est la question à laquelle les auteurs spécialistes en général n'ont pas répondu. M. Ricord seul nous enseigne qu'il faut la traiter par les astringents, qu'il faut dessécher le canal, le tanner, ou bien, par des injections au nitrate d'argent, modifier la vitalité de la muqueuse urétrale. M. Ricord pose comme condition nécessaire de succès un long usage de ces moyens, et encore ne se dissimule-t-il pas leur fréquente impuissance ; car il ajoute qu'un grand nombre de blennorrhées résistent à tout et ne meurent que de vieillesse. Cette conclusion est désespérante et pour l'homme de l'art et pour le malade ; aussi ne satisfait-elle ni l'un ni l'autre. Le médecin cherche, par des essais multipliés, de nouveaux moyens plus efficaces que ceux que la science connaît. De là l'origine du nombre infini des antiblennorrhagiques. Le malade, de son côté, constamment poursuivi par son mal et sa mélancolie, se livre entre les mains de tous les guérisseurs, et supporte avec un courage héroïque tous les tourments que l'empirisme et le charlatanisme ont inventés pour torturer les malheureux que la science officielle ne guérit pas.

Tel étant l'état de la question, il nous semble que les moindres recherches sur la thérapeutique d'une affection si mal étudiée doivent avoir leur intérêt.

La science possède aujourd'hui des moyens sûrs et infaillibles de guérir la blennorrhagie. MM. Diday et Rodet, qui se sont succédé au poste éminent de chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, de Lyon, nous ont démontré et nous démontrent tous les jours qu'il n'est pas de blennorrhagie qui résiste à une médication habilement maniée. Mais, je me hâte de le dire, cette inflammation *spécifique*, que tout le monde se croit apte à traiter, est une de celles où le savoir du médecin se fait le plus sentir. Facile à diriger en apparence, très difficile en réalité, la blennorrhagie est capricieuse à l'excès. Elle a son heure de retraite qu'il faut savoir saisir. Si l'on use de trop de temporisation, ou bien si l'on veut la gouverner sans tenir compte de ses tendances, elle résiste, elle émousse l'action des meilleurs remèdes, elle traîne en longueur et lasse la patience la plus infatigable. Il ne faut ni la brusquer, ni l'abandonner à elle-même trop longtemps. C'est l'oubli ou l'ignorance de ces principes qui amène l'emploi intempestif et sans succès des moyens thérapeutiques ordinaires, si efficaces en bonnes mains. Si la tâche que nous nous sommes imposée était de parler du traitement de la blennorrhagie aiguë, nous n'aurions qu'à rapporter ici les procédés si simples de MM. Diday et Rodet, nos chers maîtres. De l'exposé de leur pratique et des succès constants qu'ils obtiennent, il résulterait deux choses : 1° que la blennorrhagie est toujours guérissable; 2°, comme conséquence, que le passage de la blennorrhagie à l'état chronique accuse un mauvais traitement de l'état aigu.

Nous avons vu que les auteurs spécialistes qui ont écrit sur les maladies vénériennes ont négligé de s'appesantir sur l'histoire de la blennorrhée et particulièrement sur son traitement. D'un autre côté, il n'est peut-être pas de maladie contre laquelle on ait dirigé plus de moyens divers. Tantôt la théorie, tantôt l'empirisme ont présidé à leur choix. On a vanté tour à tour les injections les plus variées, telles que le baume de copahu pur ou mêlé à de l'huile d'amandes douces, les solutions d'iode, d'alun, d'acétate de plomb, de chlorure de chaux, de sulfate de zinc, de cachou, de ratanhia, de sulfate de fer, de camphre, de sublimé, de vin aromatique, mais surtout de tannin et de nitrate d'argent. On a conseillé les vésicatoires au périnée, les cautérisations profondes du canal de l'urètre avec le porte-caustique de Lallemand, l'introduction et le séjour des bougies, les boissons ferrugineuses, les purgatifs drastiques, les bains froids, etc., etc. On a même été, dans quelques cas, jusqu'à se jeter dans les bras du mercure. Toute la pharmacopée a été, pour ainsi dire, mise à contribution contre cette singulière et rebelle maladie. Cependant les ressources qu'offrent ces remèdes, successivement préconisés et discrédités, ne sont pas assez puissantes pour infirmer la conclusion désespérante de l'incurabilité de la blennorrhée. En jetant un coup d'œil sur leur mode d'action, nous trouverons peut-être le pourquoi de leur inefficacité.

En présence d'un écoulement ancien, on fait diverses hypothèses en vertu desquelles on choisit un médicament plutôt qu'un autre. Si l'on suppose que la muqueuse urétrale a été pendant longtemps sous l'influence d'une inflammation de mauvaise nature, qu'il s'est établi en elle un état fluxionnaire qui entretient la subinflammation et la sécrétion morbide, l'art devra s'efforcer de substituer à cette irritation sans tendance à la guérison une inflammation thérapeutique de bonne nature, qui s'éteindra d'elle-même. C'est en conséquence de cette idée théorique qu'on a fait et qu'on fait tous les jours des injections d'iode, de sulfate de zinc, de nitrate d'argent, etc. Quand ces moyens ne réussissent pas, on pousse le raisonnement plus loin, et l'on dit : Il n'y a plus d'inflammation sur la muqueuse; l'écoulement qui persiste malgré cette extinction de l'état inflam-

matoire est un reste d'habitude d'exsudation que cette membrane a gardée en souvenir de l'immense sécrétion purulente dont elle a été pendant longtemps le siége. Il faut donc dessécher, tanner le canal. Les injections astringentes, et surtout celles avec de fortes doses de tannin, sont les mieux choisies pour arriver à cette fin. Dans quelques cas, la persistance de la *goutte* est attribuée à un rétrécissement : on dirige contre elle les bougies; d'autres fois on accuse la retraite de l'inflammation dans un point profond et limité du canal : on porte alors le caustique jusque sur le col de la vessie, on applique des vésicatoires au périnée. Quand on soupçonne la mauvaise santé générale d'être pour quelque chose dans la persistance de ce catarrhe, on a recours aux ferrugineux, aux bains froids, aux amers, aux toniques sous toutes les formes, etc., etc.

Comme on le voit, les suppositions ne manquent pas pour donner une raison d'être aux nombreux traitements qu'on a institués contre cet écoulement. Tout a été invoqué comme pouvant l'entretenir, excepté la vraie cause, c'est-à-dire la nature spécifique, spécificité en vertu de laquelle il n'obéit pas au même modificateur que les inflammations ordinaires, mais seulement à des agents spéciaux. On a trop oublié ce principe quand on a essayé de nouveaux remèdes. En présence des insuccès du copahu et du cubèbe, ces précieux agents, n'aurait-il pas été plus sage de s'assurer si leur intermittence d'action ne tenait pas à leur mauvais emploi, et si une détermination plus judicieuse des circonstances où ils doivent être donnés ne leur aurait pas toujours conservé cette puissance et ces merveilleux effets que tous les praticiens ont pu constater?

Si l'on étudie avec soin l'action du copahu et du cubèbe dans la blennorrhagie, on observe :

1° Que, administrés pendant la période de progrès, ils font disparaître presque toujours la suracuité des symptômes; mais leur emploi continué n'amène aucun amendement ultérieur. Dès lors, la tendance de l'écoulement à passer à l'état chronique est presque invincible. Telle est l'origine de la plupart des blennorrhées.

2° Que le copahu et le cubèbe éteignent d'emblée la blennorrhagie, quand on l'attaque à sa période de décroissance, ou seconde période, c'est-à-dire quand le cortége inflammatoire se calme. Ces guérisons sont franches et solides.

3° Que les antiblennorrhagiques précités sont de nul effet sur un écoulement chronique.

Il y a donc un moment où la blennorrhagie est toujours maîtrisée par les balsamiques, mais il n'y a qu'un moment qu'il faut saisir. Qu'on ne s'étonne donc pas de leur insuccès, si l'on ne tient aucun compte de ces diverses phases de la maladie, insuccès qui les ont fait trop souvent abandonner pour leur substituer des agents qu'on croyait capables de les suppléer avantageusement.

D'un autre côté, l'histoire de la blennorrhée nous la montre prenant de temps en temps, sous l'influence de nombreuses causes excitantes, un peu d'acuité. Elle a alors de nouveau sa période d'augment et sa période de décroissance, ou son moment de sensibilité à l'action des agents spéciaux. Qu'on les donne quand, sous l'influence d'un traitement émollient, cette acuité passagère est tombée, et, chose remarquable! ils auront retrouvé toute la puissance qu'ils avaient perdue. On obtiendra une guérison prompte et solide, telle que seuls les spécifiques sont capables de l'amener. Tous les autres moyens, que j'appellerai *dessiccatifs*, ne font que pallier le mal. Secondés par le régime et le repos de l'organe, ils diminuent l'écoulement, le font passer inaperçu aux yeux des malades et souvent aussi à ceux des médecins. Ils assoupissent l'inflammation, arrivent le plus près possible de la guérison, mais ne l'atteignent pas. Qu'une irritation un peu forte arrive, et cette inflammation latente renaîtra avec la même intensité qu'à son début.

C'est ainsi qu'on s'explique sans peine la fréquence relative des blennorrhagies chez ceux qui en ont été atteints une première fois. Quand un malade de cette catégorie se plaint d'une nouvelle infection, qu'on examine bien, qu'on interroge avec soin, et l'on se convaincra, neuf fois sur dix, que cette prétendue nouvelle infection n'est que la recrudescence de l'ancienne, mal éteinte.

S'il s'agit maintenant d'aborder le genre de moyens que nous conseillons pour arriver à la cure radicale de la blennorrhée, le sujet devient des plus délicats. Les plus adroites circonlocutions n'émoussent pas toujours suffisamment les aspérités de certains sujets.

Oserions-nous conseiller d'aller, de propos délibéré, ramener par un excès de coït l'inflammation chronique à l'état aigu, d'imiter ainsi la conduite de certains malades, qui, d'eux-mêmes et instinctivement, cherchent à faire passer par une nouvelle phase leurs vieilles gouttes inguérissables, confirmant ainsi, par une expérience souvent heureuse quoique aveugle, la justesse des données qui précèdent? Non, certes. Nous nous bornerons, nous, médecin, à recommander de profiter des moments d'exacerbation qui surviennent très souvent contre la volonté du patient. On recommencerait donc le traitement *ab ovo*; on administrerait les boissons émollientes avec tout le cortége antiphlogistique, s'il en était besoin, jusqu'à ce que la décroissance de l'inflammation, qui serait marquée par la diminution de la sécrétion purulente, de la douleur au passage des urines, de la fatigue, des érections et des besoins fréquents d'uriner, indiquât que le moment est venu de donner les spécifiques. Ainsi seront guéries ces vieilles inflammations que rien n'aurait pu déraciner. Seulement, il importerait au praticien, dans ce cas particulier, de se tenir en garde contre l'*excès* de temporisation, le *défaut* de temporisation étant au contraire l'écueil le plus à craindre quand c'est le traitement d'une blennorrhagie et non celui d'une blennorrhée qu'il a à instituer.

Concluons donc :

1° Que la blennorrhagie est toujours curable par le copahu et le cubèbe;

2° Que la blennorrhée ne peut être guérie qu'en passant par l'état aigu.

CORRESPONDANCE.

III.

A M. LE DOCTEUR DIDAY.

Mon cher confrère,

Dans nos entretiens récents et si rapides sur la doctrine de M. Ricord, il doit vous souvenir de l'identité de nos vues, en ce qui a trait au point fondamental de cette doctrine, *id est*, à *l'unicité de l'induration du chancre primitif* comme caractère essentiel de l'infection générale. Aussi avez-vous dû apprécier comme je l'ai fait, l'étrange négation de principe qui vient d'être formulée à propos de cette *loi*, par un opposant de fraîche date, armé d'un fait isolé.

Le législateur s'est ému; une polémique vive et courte s'en est suivie. Nous, gens de la galerie, qui avons, je le crois, voix au chapitre, tout en nous tenant hors du débat, nous pouvons, nous devons même intervenir, pour l'acquit pur et simple de notre for intérieur, abstraction faite de toute évaluation des registres de l'État civil.

Pour ma part, depuis vingt-cinq ans que je *spécialise*, je déclare avoir toujours invariablement et sans aucune ombre d'exception, vu se vérifier le décret en question. Le chancre primitif induré ouvre fatalement la voie aux accidents des divers degrés; et cette ouverture une fois faite, ne se renouvelle pas chez le même individu. — On a beau torturer la symptomatologie protéiforme de la vérole constitutionnelle; on cherche vainement à remonter le fleuve de la contagion, les ulcérations qui reviennent chez des sujets autrefois *pris* de chancre induré sont d'origine, de teinte, de nature à exclure toute possibilité d'induration spéciale.

Je n'ignore pas que bon nombre de syphilisés de la deuxième et même de la troisième période peuvent offrir des chancres à bords frangés, calleux, retournés en replis plus ou moins rémittents. Dans ma clinique et la pratique de ville j'ai vu souvent des ulcérations de ce genre, affectant toutes les allures primitives, soit par leur siége, soit par leur surface, soit enfin par la pseudo-induration qui entourait leur circonférence; et cela chez des consultants à antécédents bien déduits, et présentant encore, pour la plupart, les stigmates de l'induration des anciens chancres. Il n'est pas rare de voir aussi de pareilles lésions à cercles racornis, siéger dans la cavité buccale, sur les staphylins, les amygdales, la langue, etc. — Des tubercules, des syphilides suppurantes se remarquent encore dans diverses régions de l'économie, avec ce caractère cicatriciel qu'il n'est pas possible d'assimiler à l'induration du chancre primitif. Parmi les filles que le dispensaire de Bordeaux envoie à l'hospice Saint-Jean, combien, qui sont déjà depuis longtemps placées sous l'influence de l'induration primitive, et qu'on voit revenir avec des chancres secondaires par érosion,

déchirure, éraillement de la muqueuse vaginale, dus à des efforts de copulation et développés sous l'empire d'un tempérament syphilitique bien avéré! Ces chancres ne sont pas des *récidives* comme on les appelle dans le bureau des mœurs et comme les considèrent plusieurs praticiens peu soucieux d'analyser le véritable sens des choses, ou dont le vouloir scientifique est impuissant à se plier à la logique inexorable des faits; ce sont des ulcérations du deuxième degré, liées presque toujours à d'autres manifestations de la même espèce, qui souvent se cicatrisent en s'entourant d'un nodule ferme, résistant, fort dur, que de prime abord, on pourrait prendre pour une induration primitive.

Pour en finir, convenez, mon cher ami, qu'il faut trouver une bien vive satisfaction à disputer ainsi à la science médicale, les quelques points démontrés qui forment son domaine, pour détruire sans raison les rares vérités qu'elle professe. Ne dirait-on pas que la certitude déborde de partout dans notre art si problématique, qu'on en fait si bon marché et qu'on se complaît si singulièrement dans le vague du doute et la roideur du démenti? Nous qui savons le prix du vrai, demeurons-lui fidèle et n'oublions jamais la devise réelle de tout médecin consciencieux et qui s'appuie sur l'expérience : *Ars tota est in observationibus.*

A vous, J.-B. Venot, D.-M. P.

Bordeaux, 6 janvier 1854.

—

RÉPONSE DE M. FOLLIN.

Monsieur le Rédacteur,

Souffrez que je réponde quelques mots à M. Venot, et excusez-moi si mon style, pour se mettre à l'unisson avec celui du spécialiste bordelais, prend quelquefois des allures cicéroniennes.

Ars tota est in observationibus (Venot). Je ne sais pas pourquoi M. Venot brandit sur ma tête cet aphorisme si plein de nouveauté. Ai-je fait autre chose que de publier une observation? *Quod vidimus testamur* (Rabelais). Cette observation n'était-elle pas d'ailleurs entourée de toutes les garanties désirables? *Non numerandæ sed perpendendæ observationes* (Morgagni). Et ce fait, accueilli par M. Ricord avec une hésitation bien naturelle chez un *législateur*, n'a-t-il pas fini par recevoir de sa propre main une sanction définitive? L'habile chirurgien du Midi, toujours d'accord avec son savant ami, M. Puche, s'est loyalement empressé de reconnaître que c'était là un fait unique au milieu d'un imposant relevé de plus de douze cents observations. Après cet aveu, d'autant plus précieux qu'il a été tout spontané, j'avais lieu de croire que le débat était clos.

Mais j'avais compté sans M. Venot, qui, se séparant des *gens* de la *galerie*, est descendu bravement dans l'arène, au risque de recevoir un peu de sable dans les yeux — semblable en ceci à Gargantua « qui se grattoyt où ne lui demangeoit point. »

Enfant terrible de la doctrine, il a voulu dire son mot dans cette affaire, *pour l'acquit pur et simple de son for intérieur*. Mais il a parlé quelques jours trop tard. Quand M. Ricord vient de reconnaître que j'ai publié un fait très réel quoique très rare, M. Venot, plus royaliste que le roi, ne se contente pas de ranger ce fait au nombre des exceptions ; il préfère le nier entièrement, parce que depuis qu'il *spécialise* à Bordeaux, il n'a jamais pu voir pareille exception, ni même, ce qu'on croira beaucoup mieux, une *ombre d'exception*.

Pour ne me laisser aucune porte de sortie, M. Venot a *remonté le fleuve de la contagion*, et tout lui fait exclure *même la possibilité d'une induration spéciale* chez les *individus autrefois pris de chancres indurés*. Je conçois qu'il ait de la peine à quitter des erreurs qu'il a mis vingt-cinq ans à apprendre ; mais il n'en est pas moins plaisant de le voir s'escrimer contre des *ombres d'exception* et contre la *possibilité* d'un fait que M. Ricord vient d'accepter si complétement. Je renvoie donc M. Venot à M. Ricord, qui lui expliquera le sens caché du fameux adage : *Ars tota est in observationibus*. Quant à moi, je suis encore trop jeune pour intervenir dans la discussion qui s'élèvera entre eux sur ce sujet. *Non nostrum inter vos tantas conponere lites.*

Il est permis de penser toutefois, puisque l'âge a maintenant tant d'importance dans les questions de syphilis, que la victoire restera à M. Venot, qui spécialise depuis plus longtemps que M. Ricord.

Vous trouverez sans doute comme moi, monsieur le rédacteur, que ma lettre est bien peu scientifique ; mais peut-on répondre autrement aux hypothèses déflorées pour la défense desquelles M. Venot a fait appel à ses meilleurs souvenirs classiques?

Une autre fois, si vous le permettez, lorsque le terrain sera dégagé de tout obstacle extra-scientifique, nous pourrons nous occuper plus sérieusement de la syphilis.

Agréez, monsieur le rédacteur, etc. E. Follin.

Agrégé à la Faculté de médecine.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Nominations. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de deux membres appelés à faire partie de la *Commission administrative* pour l'année 1854. — MM. Chevreul et Poncelet, réunissent la majorité absolue des suffrages.

L'Académie procède ensuite, également par la voie du scrutin, à la nomination d'une Commission chargée de proposer le sujet du prix fondé par feu M. *Alhumbert*. — MM. Flourens, Milne Edwards, Geoffroy Saint-Hilaire, Duméril et Brongniart obtiennent la majorité des suffrages.

Chimie appliquée. — *Mémoire sur le gluten de blé.* — En 1848 et 1849, M. *E. Millon* avait constaté que des blés de la meilleure apparence, recueillis et conservés par des cultivateurs soigneux, et moulus dans son laboratoire, offraient cependant de grandes variations dans la proportion de gluten que fournissaient leurs farines. Parmi ces blés pauvres en gluten, M. Millon cite deux échantillons de blé roux anglais, récolté dans l'arrondissement de Lille, dont l'un fournissait 6 p. 0/0 de gluten sec, tandis que le second, analysé par comparaison, contenait une proportion de gluten normale. Dans le premier échantillon d'ailleurs, l'azote n'était pas diminué dans la même proportion que le gluten; son chiffre correspondait à 10,3 p. 0/0 de gluten, ou mieux de principe albuminoïde. Il fut impossible à M. Millon d'établir, à cette époque, une distinction entre ces deux échantillons de blé.

En 1852, M. Millon eut l'occasion d'examiner en Algérie un échantillon de blé tendre des plus beaux, récolté à Guyotville et remarquable par le volume du grain ; il ne parvint pas à extraire de gluten de la farine. L'opération, faite et renouvelée avec les plus grandes précautions, ne donna jamais qu'une pâte cassante qui se fendillait bientôt et qui, délayée sous le plus mince filet d'eau et sur un tamis du tissu le plus serré, laissait à la place du gluten une matière sèche et friable. Après dessiccation, cette matière, si différente du gluten par l'aspect, représentait 4,8 p. 0/0 du poids de la farine. La proportion d'azote contenue dans le blé était assez forte et correspondait à 11,5 p. 0/0 de gluten ou mieux de principe albuminoïde.

En 1853, la recherche du gluten sur des échantillons de blé recueillis dans la même localité, dans une contrée qui communique aux céréales d'admirables qualités, fournit à M. Millon des résultats analogues. En examinant ce blé de près, M. Millon finit par découvrir que les grains, qui semblent au premier aspect, d'une uniformité remarquable, offrent cependant deux variétés distinctes. On reconnaît, dans la masse, un petit nombre de grains qui, tout en conservant la même forme que les autres, sont glacés à la surface, et ont une cassure demi-cornée. Il recueillit à part ces grains glacés et en dosa le gluten; il le vit alors se rassembler avec la plus grande facilité, et donner 11,8 p. 0/0 du poids de la farine. Il recueillit alors, par opposition, les grains les plus blancs, les plus féculents à l'intérieur, et leur farine ne donna pas la moindre trace de gluten. Ainsi, ce blé était composé, en très grande partie, de grains riches en gluten, et en très grande partie de grains qui en étaient entièrement privés.

Les recherches de M. Millon ne permettent pas de nier l'existence et la permanence de blés entièrement privés de gluten. La diminution du gluten, à différents degrés, dans des blés de provenance diverse, paraît aussi une conclusion nécessaire des faits qui précèdent. Ces blés produisent et versent forcément dans le commerce des farines d'une qualité correspondante. Dès lors, il peut arriver que la farine la plus fraîche, la plus belle et de la mouture la plus loyale, contienne, dans des cas qu'il faut considérer jusqu'ici comme exceptionnels, mais qui sont peut être assez fréquents, une proportion de gluten qui descendra à 7,8 et 9 p. 0/0. En matière d'expertise, cette donnée est de la dernière importance. En présence d'une récolte insuffisante, on est exposé d'habitude à une recru-

descence dans les tentatives de sophistication des farines : si les experts doivent, en de pareils moments, redoubler de vigilance, il faut aussi que leurs conclusions tiennent compte de tous les faits acquis par la science et l'expérience. (*Comm.*, MM. Chevreul, Pelouze, Péligot.)

Legs Bréant. — L'Académie reçoit encore deux notes relatives au legs Bréant, adressées l'une par M. *Maillard*, l'autre par M. *Salomon*. (*Future commission du legs Bréant.*)

M. *Brongniart*, au nom de la section de botanique, présente la liste suivante de candidats pour la place vacante par suite du décès de M. *de Jussieu* : au premier rang, M. *L.-R. Tulasne ;* au deuxième rang, M. *Moquin-Tandon ;* au troisième rang, *ex æquo*, et, par ordre alphabétique, MM. *Duchartre*, *Trécul*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 10 JANVIER 1853. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet deux pièces officielles : *a*. Brochure du docteur *Vingtrier*, médecin des épidémies de l'arrondissement de Rouen, sur les épidémies qui ont régné dans cet arrondissement, de 1814 à 1850 (*Commission des épidémies*). *b*. Recette et échantillon d'un onguent composé par le sieur *Herbert*, de Strasbourg, qui attribue à cette préparation la propriété de guérir les cancers inflammatoires, les glandes, les rhumatismes, etc. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. M. le docteur *Allier*, à Marcigny-sur-Loire, demande qu'il soit fait un rapport sur un mémoire relatif à l'emploi de l'ergot de seigle dans le traitement de certaines rétentions d'urine, adressé par lui à l'Académie en 1848. (*Commiss. :* MM. Villeneuve, Patissier ; Ségalas, rapporteur.)

3. M. le docteur *Alibert* adresse ses remerciements à l'Académie, au sujet de la médaille d'argent qui lui a été décernée à l'occasion de son mémoire sur les eaux d'Ax, etc.

4. M. le docteur *Bailly* écrit également pour remercier l'Académie de la médaille qui lui a été récemment décernée.

5. M. le docteur *Prosper Hullin* écrit aussi pour remercier l'Académie de la médaille d'or qu'il a obtenue pour sa relation sur les épidémies varioliques en 1851.

6. M. le docteur *Delaporte* adresse un rapport sur la variole et la vaccine dans le canton de Vimoutiers, en 1853. (*Commission de vaccine.*)

7. M. le professeur *Alquié*, de Montpellier, adresse un mémoire sur un nouveau mode opératoire applicable à la guérison de l'exstrophie de la vessie. M. Alquié sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie, et envoie, à l'appui de sa candidature, la note imprimée de ses travaux. (*Future commission des correspondants.*)

8. M. le docteur *Philipeaux* demande l'autorisation de faire prendre copie d'un manuscrit sur le goître, qui a obtenu la première mention honorable au concours du prix Portal.

9. M. le docteur *Goupil*, de Montereau-Faut-Yonne, adresse une note sur un nouveau mode de traitement du choléra. (*Commission du choléra.*)

10. M. *Guillon* revendique dans une note quelques réflexions pratiques sur le traitement des prétendues névralgies du col de la vessie et de l'inflammation de la prostate. 1° Il cherche à prouver que l'*uréthroscope* de M. Désormeaux n'est pas une invention nouvelle, et qu'il ressemble beaucoup au *speculum uretri* qu'il a fait connaître en 1833. 2° Il demande un rapport sur un mémoire qu'il a adressé à l'Académie de médecine en 1843, et où se trouve décrit un procédé pour la cure radicale de l'hydrocèle ; ce travail renferme aussi un fait d'incision intra-vésicale, pratiquée avec succès dans un cas de rétention d'urine produite par une valvule fermant l'orifice interne de l'urètre, etc. (*Commission nommée.*)

11. M. le docteur *Maisonneuve* présente une note sur une nouvelle méthode d'irrigations nasales et sur son application au traitement de l'ozène. Dans cette note, M. Maisonneuve établit qu'une injection à grande eau, poussée avec force dans une narine, ressort entièrement par l'autre, sans passer dans le gosier, ce qui tient à une contraction du pharynx semblable à celle qui a lieu dans la déglutition. M. Maisonneuve base sur ce fait une nouvelle méthode de traitement de l'ozène et de plusieurs autres affections des fosses nasales. (*Commiss. :* M. Ricord.)

Rapports et Mémoires.

De la présence de l'iode dans les eaux.—M. *Chatin* lit un mémoire sur la présence de l'iode dans certaines eaux du midi de la France et de l'Italie.

M. *H. Gaultier de Claubry* lit en son nom et au nom de M. Michel Lévy un rapport sur un mémoire de M. Poggiale intitulé : *Recherches sur les eaux des casernes, des forts et des postes-casernes des fortifications de Paris*.—M. *Poggiale*, professeur de chimie au Val-de-Grâce, a été chargé par le ministre de la guerre d'exécuter un travail d'ensemble sur les eaux qui alimentent les casernes, les postes-casernes des fortifications de Paris et les forts qui s'y rattachent. Les recherches de M. Poggiale confirment la présence de l'acide silicique dans les eaux potables ; il a aussi constaté la présence de l'iode dans toutes les eaux qu'il a analysées, mais, contrairement à l'opinion émise à ce sujet, il a trouvé que la proportion de l'iode n'est pas toujours en rapport avec la bonne qualité des eaux. Ainsi les eaux séléniteuses du Mont-Valérien renferment plus d'iode que les eaux de Seine et d'Arcueil. M. Poggiale ajoute cependant que les eaux chargées de matières salines, et surtout de sels calcaires, contiennent généralement peu d'iode. Les nitrates sont généralement plus répandus qu'on ne l'aurait pensé autrefois ; il en est de même des matières organiques dont il existe des proportions plus ou moins considérables dans toutes les eaux analysées par M. Poggiale. Le professeur du Val-de-Grâce a aussi constaté, dans un très grand nombre d'eaux sur lesquelles il a opéré, la présence de la magnésie, alors que ces eaux ne possèdent en aucune façon la propriété de déterminer le goître, ce qui vient à l'encontre de l'opinion de M. Grange.

M. Poggiale a établi une double classification des eaux qu'il a examinées : 1° d'après la proportion des sels de chaux qu'elles contiennent ; 2° selon la totalité des substances qu'elles renferment ; classifications qui les rangent au nombre des eaux potables ou impotables, et établissent leurs propriétés relatives. Il a annexé à son mémoire une carte dressée avec l'aide de M. Constant Provost, et qui indique la nature des couches de terrains dans lesquelles se trouvent les eaux qu'il a analysées.

Conclusions. — Remercier l'auteur et accorder à son travail la haute approbation de l'Académie. (Adopté.)

Après quelques mots échangés entre M. *Desportes* et M. *Michel Lévy* au sujet de ce rapport, M. *Chatin* prend la parole pour expliquer la contradiction apparente qui existe entre ses propres recherches et celles de M. Poggiale, quant à la présence de l'iode en quantité très notable dans des eaux fortement séléniteuses. Ce fait, contraire aux expériences de M. Chatin, trouve son explication dans la richesse excessive en iode des couches géologiques du Mont-Valérien.

M. *E. Gaultier de Claubry* lit le *Rapport général sur les maladies épidémiques qui ont régné en France pendant l'année* 1852.

Le rapporteur constate que l'Académie a reçu de nombreux documents relatifs aux diverses épidémies qui se sont manifestées sur divers points de la France en 1852. Le nombre des départements qui ont envoyé des rapports ou mémoires s'est notablement accru ; celui des documents mêmes est de beaucoup supérieur à ce qu'il était dans les précédentes années. Vingt-deux départements ont envoyé soixante-seize rapports ; il en est venu un de l'Algérie. En outre, quelques écrits sur les épidémies en général sont parvenus à l'Académie. M. Gaultier de Claubry exprime le regret que les départements qui n'ont pas été affectés par des épidémies n'en fassent pas la mention expresse, ce qui serait une chose d'une grande importance pour la statistique générale de la santé publique. La commission des épidémies a reçu 44 rapports sur des épidémies de fièvre typhoïde, 3 de fièvres intermittentes ou rémittentes paludéennes, 2 de suette miliaire, 6 de dyssenterie, 4 d'angine couenneuse et gangréneuse, 1 de grippe, de fièvre catarrhale et de croup, 1 de pustule maligne, 1 de pneumonie, 1 d'oreillons, et enfin 1 de teigne. Nous ne pouvons suivre le rapporteur dans l'examen successif de ces différentes épidémies, et nous passons immédiatement aux réflexions suggérées à la commission des épidémies par la lecture de tant de rapports envoyés par les médecins des départements.

Il semble incontestable à la commission que si, dans aucun cas peut-être, la mauvaise construction des maisons, la présence des fumiers sur la voie publique, telle nourriture peu substantielle, n'ont pas produit essentiellement les maladies qui ont sévi sur les populations rurales en 1852, et en particulier les fièvres typhoïdes, qu'on a vues être si nombreuses, cependant des habitations basses, enterrées dans le sol, humides, froides, peu spacieuses, privées de dispositions convenables pour l'établissement d'une facile aération et pour l'accès de la lumière, où les hommes et les animaux mangent, dorment, respirent ensemble, dans une atmosphère viciée, les émanations fétides des fumiers amassés sur la voie publique, devant l'ouverture unique des maisons, celles des masses d'eau corrompue existant au milieu des rues, etc., sont autant de conditions bien propres à produire une détérioration toujours croissante de la constitution des villageois, livrés d'ailleurs à des travaux excessifs pendant une grande partie de l'année, et forcément réduits à l'inaction pendant les mois d'hiver, et par suite à rendre des corps déjà affaiblis, cachectiques, plus propres à ressentir l'influence de causes le plus souvent inconnues, mais

réelles des épidémies; nous dirons même des causes spécifiques plus bornées dans leurs effets. — Qu'il serait donc du devoir de l'autorité supérieure, souveraine gardienne de la santé publique, de prendre des arrêtés sévères et indispensablement exécutoires pour que les voies publiques des communes rurales fussent mieux entretenues, que, dans certaines localités, la pente du sol des rues fût mieux ménagée pour faciliter l'écoulement des eaux pluviales ou autres, et pour qu'il ne pût s'y former des flaques d'eau croupissante ; — que l'utile système du drainage fût appliqué dans quelques endroits pour empêcher la diffusion des eaux à la surface du sol, où elles entretiennent une humidité nuisible ; — qu'il fût défendu d'accumuler les fumiers devant les habitations ; — que les habitants des campagnes fussent excités, encouragés à améliorer le système de construction de leurs modestes demeures, à y faciliter l'accès de l'air et de la lumière ; — qu'on fît combler sans délai les fossés où stagne une eau corrompue, source d'émanations délétères, ce qui tournerait au profit des communes, en rendant à la culture de vastes surfaces du sol aujourd'hui perdues pour elle ; en un mot qu'on s'appliquât à obtenir des améliorations dans l'état matériel des communes rurales, en vue de prévenir la production des épidémies, améliorations du sol, du cours des eaux, des habitations, etc., qu'on s'efforce, mais trop tard, d'exécuter quand une fois la maladie a éclaté et souvent a fait déjà de nombreuses victimes.

Discussion.

M. *Bussy*, au sujet de l'invitation adressée par la commission des épidémies dans son rapport, à l'autorité supérieure, en vue d'obtenir l'assainissement des demeures, d'éviter la stagnation des eaux, etc., rappelle qu'il existe en France, dans tous les arrondissements, des comités d'hygiène et de solubilité chargés de signaler toutes les causes d'insalubrité et d'en provoquer la disparition.

M. *Dubois* (d'Amiens) pense qu'il est nécessaire, malgré cela, d'adresser à l'administration supérieure les remarques contenues dans le rapport, parce que, dans la plupart des localités les comités d'hygiène ne fonctionnent pas.

M. *Moreau* émet l'opinion qu'en France ce ne sont ni les lois ni les règlements qui manquent ; c'est l'application qui fait défaut ; il faut que les conclusions de la commission subsistent.

M. *Chevallier* parle dans le même sens ; il dit que les comités d'hygiène sont le plus souvent impuissants, alors même qu'ils veulent énergiquement ; il faut qu'on leur rappelle ce qu'ils doivent faire, qu'on les y force, pour ainsi dire.

M. *Bussy* dit que sa pensée a été mal comprise ; qu'il aurait voulu seulement qu'on rappelât au ministre qu'il existe des comités d'hygiène, que ce sont des instruments à employer. Il pense que, de cette façon, il y aurait plus de chances de faire réussir les demandes adressées à l'autorité.

M. *E. Gaultier de Claubry* fait savoir que, dans le rapport plus général qui sera soumis à l'Académie, la commission n'a pas manqué de faire mention des conseils d'hygiène et de salubrité ; mais ces conseils sont impuissants; dans beaucoup d'endroits ils n'existent même pas, en dépit de l'ordonnance.

Après quelques mots de MM. *Moreau* et *Londe*, la discussion est close.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur les Phosphènes, par le docteur TIXIER.

Le présent travail est, si nous ne nous trompons, le premier qui ait été dirigé contre les opinions de M. Serre (d'Uzès), touchant le phosphène, opinions que nous nous sommes efforcé d'exposer clairement dans notre dernier numéro. M. Tixier attribue la production des phosphènes non à la compression de l'œil, mais à des *modifications électriques* dont l'œil deviendrait le siége « toutes les fois qu'une cause mécanique, même passagère, vient à exercer sur lui son action compressive, ou que, par un abus de ses facultés physiologiques, cet organe a trop dépensé du fluide qui entretient son jeu normal. » De là, suivant l'auteur, une diversité d'origine à laquelle répondent des manifestations variables également et qu'il désigne sous les noms d'*étincelles*, *anneaux de lumière*, *images colorées*. L'étincelle résulte d'un choc transmis à l'œil ; l'anneau de lumière peut être produit par la seule contraction des paupières, par une friction légère et soutenue pendant quelque temps, par une tension trop vive ou trop prolongée de la vue ; les images colorées se forment sous l'influence d'une compression lente et continue de l'organe. Et toutes ces formes lumineuses se relient à une cause commune, le développement d'électricité. Dans toutes aussi le foyer de la lumière est dans l'iris ; l'auteur en voit la preuve dans l'intensité et la mobilité des teintes offertes par les phosphènes.

Cette manière de voir soulève de fortes objections. Nous ferons remarquer d'abord que l'analogie qu'il peut y avoir, quant à leur cause intime et à leur nature, entre les divers phénomènes lumineux rappelés tout à l'heure, n'importe guère à la question soulevée par M. Serre (d'Uzès). Si l'on pouvait affirmer que l'électricité joue un rôle dans la production de tous ces phénomènes indistinctement, c'est qu'elle ne serait pas étrangère à l'accomplissement de la vision normale. Mais cela n'aide en rien à l'intelligence du fait particulier qu'on a désigné sous le nom de *phosphène*, et ne contredit aucunement les interprétations qu'on en a données. Or, nous l'avons dit avec M. Serre (n° 14, p. 210), c'est *la rétine* même qui entre en jeu pour la production du phosphène, et elle entre en jeu sur le point directement touché. On comprend dès lors comment la forme du corps comprimant peut déterminer la forme de l'image lumineuse, pourquoi la distribution de la lumière dans le phosphène est inégale ou uniforme, suivant que la compression s'exerce obliquement ou perpendiculairement. Toutes ces particularités, au contraire, s'arrangent mal de l'explication de M. Tixier. Aussi conteste-t-il, mais sans raisons suffisantes, la forme assignée au phosphène par M. Serre.

En second lieu, ce fait que le phosphène apparaît dans une direction opposée à celle où il se produit, s'il n'est pas actuellement explicable, a néanmoins cela de particulier qu'il est en rapport avec les conditions de la vision normale. Et cette analogie témoigne encore que le phénomène se passe dans la rétine, tandis qu'il serait en dehors de toutes les notions physiologiques si le foyer lumineux était dans l'iris.

Enfin, relativement à la mobilité des couleurs du phosphène, nous renvoyons M. Tixier à ce que nous avons dit dans l'article rappelé plus haut.

(*Rapport des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat*. 1853, p. 12.)

Traitement local de la goutte aiguë, par le docteur GOOLDEN.

La courte note consacrée à cette question n'est pas de M. Goolden lui-même : elle est anonyme et signale seulement les avantages obtenus par ce praticien, à l'hôpital Saint-Thomas, de l'emploi de l'*esprit de vin pur* en applications topiques sur le siége de la douleur goutteuse. On raconte particulièrement qu'un malade, qui souffrait atrocement au pied, fut soulagé presque aussitôt par ce moyen. M. Goolden y a recours dans sa pratique privée et s'en loue beaucoup. Il applique simplement des compresses imbibées d'alcool. Suivant lui, le liquide agit par absorption, et non par la soustraction de chaleur que doit amener l'évaporation.

Cette dernière assertion ne nous paraît pas parfaitement prouvée. La sensation du froid sur les parties atteintes d'engorgement goutteux et douloureuses procure un si notable soulagement, qu'on est porté à accorder, dans les résultats annoncés par M. Goolden, une certaine part à l'évaporation de l'alcool. S'il n'en est pas ainsi, le remède absorbé ne peut agir qu'en activant la circulation capillaire, conséquemment comme résolutif; et alors il ne nous paraîtrait susceptible d'être employé, dans les cas aigus, qu'avec beaucoup de circonspection. (*Medical Times and Gazette*, 12 novemb. 1853, p. 501.)

Cinq cas de guérison d'épilepsie idiopathique,
Par le docteur BORGETTI GASPARE.

Il ne s'agit pas ici d'établir quelque indication rationnelle, peu ou point étudiée, du traitement de l'épilepsie ; il ne s'agit même pas, à proprement parler, d'un *mode* particulier de traitement, mais seulement d'expériences empiriques sur l'action d'une substance médicamenteuse. Cette substance est la seconde écorce du sureau noir. On employait autrefois beaucoup la décoction ou le suc de la se-

conde écorce du sureau ; la décoction surtout jouissait, au temps de Boerhaave, d'une certaine réputation comme éméto-cathartique, et était fréquemment administrée dans l'ascite. Des expériences de M. Martin-Solon semblent légitimer, sous ce rapport, la confiance des anciens. Nous ne sachions pas que le même médicament soit entré jusqu'ici, en France du moins, dans la thérapeutique de l'épilepsie. C'est ce qui nous engage à dire quelques mots des observations de M. Gaspare.

Ces observations sont au nombre de cinq. Dans toutes, l'épilepsie était idiopathique, c'est-à-dire qu'elle ne se liait à aucun autre état pathologique que le trouble même du centre nerveux. Dans deux cas, il est bien spécifié que les parents du malade n'avaient jamais eu d'attaques épileptiformes ; dans les trois autres, le texte est muet sur ce point. Il est à noter que 4 des malades étaient des prisonniers de la prison centrale d'*Ivrea*, et que 3 d'entre eux présentèrent la *première attaque*, soit dans cette prison, soit dans celle d'où ils avaient été transférés à Ivrea. Tous ces individus, indépendamment d'autres conditions fâcheuses, telles que la pratique de l'onanisme, avaient donc subi des secousses morales, et chez l'un d'eux les accès devinrent plus fréquents et plus violents après une condamnation à cinq ans de réclusion. Chez le cinquième malade, l'onanisme paraît avoir été la seule cause déterminante des accidents. Presque tous, enfin, avaient déjà été soumis à divers traitements antispasmodiques, quand la décoction de sureau leur fut administrée.

Le premier sujet était épileptique depuis la fin de 1844 ; l'infusion fut donnée pour la première fois le 10 mars 1851. Elle produisit de violents vomissements et des déjections alvines ; la dose fut répétée le 16 et le 23. Les attaques, qui revenaient tous les mois (au premier quartier de la lune, dit l'observation), manquèrent le mois suivant. L'infusion fut donnée alors tous les quinze jours seulement, pendant deux mois, et produisit encore des vomissements. Les attaques ne s'étaient pas renouvelées le 13 août 1852, quand le sujet quitta la prison.

Chez le second malade, l'épilepsie datait de vingt-quatre ans. Elle se reproduisait tous les quinze, vingt ou trente jours. Une première dose fut administrée le 10 mars 1851 ; une seconde le 16, et une troisième le 24. Nouvel accès au bout d'un mois. Deux autres doses d'infusion. A partir de ce moment, plus d'accès jusqu'au 15 novembre, époque où le sujet fut transféré dans d'autres prisons. A Fossano, après une vive altercation avec d'autres détenus, il eut deux accès. Revenu à Ivrea le 9 juillet 1852, on revint au sureau. Les accès ne se répétèrent plus. La guérison datait de quinze mois quand l'observation fut publiée.

Le troisième malade n'était épileptique que depuis six mois. Les accès revenaient tous les mois. Quatre doses d'infusion à huit jours d'intervalle. Après la quatrième dose, il y eut encore un accès, mais très faible : ce fut le dernier. Le sujet resta encore à la prison pendant un an, et fut transféré au pénitencier d'Alexandrie, où il fut soumis aux mêmes travaux que tous les autres détenus.

Le quatrième eut sa première attaque, dans la prison de Turin, le 16 décembre 1851. Les autres se succédèrent de plus en plus fréquemment, et finirent par se répéter tous les huit ou dix jours. Il fut transféré à Ivrea le 5 mars 1852. Peu de temps après, quatre doses à huit jours d'intervalle. Néanmoins, une attaque eut lieu le 6 juin ; puis une autre le 27 octobre, à la suite d'une colère. On administra encore deux doses, et la guérison eut lieu : elle date de plus d'un an.

Dans le cinquième cas, enfin, l'épilepsie avait un an de date. Les attaques se répétaient tous les vingt ou trente jours. Après cinq doses d'infusion, elles ne revinrent plus. La guérison se maintenait encore au bout de huit mois.

La dose de seconde écorce employée chez tous les sujets est de 50 grammes, infusée pendant quarante-huit heures dans 150 grammes d'eau chaude ou même froide. L'infusion est bue en deux fois, à un quart d'heure d'intervalle.

Ces expériences méritaient vraiment d'être rapportées ; elles suffisent pour engager les praticiens à essayer du remède, dussent-ils s'exposer à de nouvelles déceptions. A supposer que l'efficacité de l'écorce de sureau contre l'épilepsie soit réelle, il y aurait à se demander si elle tient à l'effet émétique et purgatif. On serait d'abord disposé à le croire. Néanmoins nous ferons remarquer que l'un des malades (le troisième) n'a eu ni vomissements ni dévoiement. M. Kramer dit avoir trouvé de l'acide valérianique dans la seconde écorce du sureau noir ; est-ce à ce principe qu'il faudrait rapporter l'action spécifique du remède ? Mais plusieurs des sujets avaient déjà employé en vain, et à très fortes doses, la valériane et le valérianate de quinine. Sur ces questions, nous ne pouvons qu'en référer à l'observation ultérieure. (*Giornale dell'Accad. medico-chir. di Torino*, 20 novembre 1853.)

Observation curieuse de deux cordons ombilicaux formant entre eux un double nœud, par le docteur Soete.

M. Soete ayant reconnu, chez une femme en couche, un pied descendu dans le vagin et une tête engagée dans le col utérin bien dilaté, tira d'abord sur le pied, attira l'enfant, coupa et lia le cordon. Aussitôt après, la femme accusa de nouvelles douleurs. En touchant, M. Soete rencontra dans le vagin comme un paquet de cordons ombilicaux, puis un bras, et plus haut la tête. Au bout d'une dizaine de minutes, le second enfant vint au monde, vivant comme le premier. M. Soete déploya alors ces cordons, comme on le fait pour désentortiller une corde ; il vit qu'ils avaient beaucoup de longueur et qu'ils constituaient entre eux, vers la partie moyenne, un *nœud double* parfaitement formé. Le placenta était unique et rond, d'un volume à peu près double de l'ordinaire. Les cordons étaient implantés tous deux près du centre et seulement à 3 centimètres l'un de l'autre. Ils avaient la même longueur : 1 mètre au moins. Les deux enfants étaient à peu près d'égal volume (un peu au-dessous de la moyenne).

Ainsi la nutrition des enfants ne paraissait pas avoir été enrayée par le double nœud. C'est ce qui arrive ordinairement avec les nœuds les plus serrés ; c'est ce qu'on a remarqué même dans des cas où des tumeurs volumineuses existaient sur le siége du cordon et le soumettaient à une compression considérable ; c'est ce qu'on voit enfin quand des membres sont enlacés par des circulaires du cordon qui, dans ce cas, est lui-même aplati en raison directe de la compression qu'il exerce. Comment un double nœud peut-il se former ? C'est ce qu'il est difficile de concevoir. Il faut attribuer aux enfants des mouvements compliqués pendant la vie intra-utérine.

Ce cas, s'il n'est unique, doit être au moins fort rare ; car, ainsi que le remarque l'auteur du mémoire, il suppose un concours de circonstances peu communes, parmi lesquelles il faut noter une assez grande longueur des deux cordons et l'existence d'une poche membraneuse unique. (*Annales de la Société médico-chirurg. de Bruges* et *Annales et archives de médecine belge et étrangère*. Bruxelles, octobre 1853.)

Cas d'ulcère du rectum traité par la simple incision de la membrane muqueuse, par M. Chalk.

Cette opération est effectivement une simplification précieuse apportée à la section du sphincter, mais simplification fort connue en France. L'observation suivante, qui donne un exemple de son application, montre, par le rapide succès qui l'a suivi dans un cas très compliqué, qu'elle n'est pas seulement moins dangereuse, mais encore tout aussi efficace que la division plus complète du contour musculaire de l'anus.

M. Chalk avait à traiter une femme de trente et un ans, souffrant depuis plusieurs années de constipation et d'hémorrhoïdes. Elle éprouvait presque continuellement une sensation comme pour aller à la selle, accompagnée de douleurs à l'anus, au périnée et au col de la vessie, douleurs qui s'exaspéraient surtout après chaque défécation. Ces symptômes s'étaient peu à peu aggravés de façon à amener une fièvre hectique avec nausées, inappétence, des indigestions fréquentes. Le 20 avril, la malade ayant été chloroformisée, M. Chalk, qui avait précédemment reconnu en dedans du rectum un ulcère vers le coccyx de la largeur d'un shilling, et une fissure profonde à la marge de l'anus, fit une incision commençant au-dessus de l'ulcère et comprenant celui-ci ainsi que la fissure, mais n'intéressant que la muqueuse. L'opérée eut encore ensuite

un accès de vive douleur causé par la procidence, accompagné d'hémorrhagie d'une tumeur hémorrhoïdale.

Malgré cet accident, l'amélioration apportée par l'incision fut aussi prompte que complète. Au bout de quelques jours, il ne subsistait aucun des symptômes dont l'ensemble la tourmentait depuis si longtemps, et déjà son apparence extérieure présentait un amendement notable. L'auteur l'a revue après trois semaines, l'état favorable persistait. (*Medical Times and Gazette*, 10 déc. 1853, p. 599.)

Excision de l'articulation du genou, par M. JONES.

La convenance de la résection du genou, objet de discussions nombreuses, est encore contestée par beaucoup de praticiens. Toutefois, pendant qu'on examine ses indications à Londres et à Paris, d'autres médecins travaillent plus directement à vaincre les répugnances que, *à priori*, elle soulève. C'est ainsi que M. Jones, de Jersey, a exécuté six fois cette opération, et n'a perdu qu'un seul malade. Il a récemment présenté à la Société médicale de Londres deux de ses opérés. L'un, peintre en bâtiments, n'a le membre réséqué que d'un demi-pouce plus court que l'autre, de sorte qu'il n'a pas même besoin de porter de ce côté une chaussure à talon plus élevé. Il se sert parfaitement de ce membre, ankylosé au niveau du genou; il fait six milles d'une seule traite, et a pu reprendre les travaux de son métier.

Le second est un garçon âgé de douze ans, opéré depuis sept mois. De même que chez le précédent, le membre est ankylosé dans une rectitude parfaite; mais comme on a laissé la rotule en place, il peut le soulever tout d'une pièce. Une circonstance assez intéressante se présente ici. Quelques semaines après la résection, l'enfant eut, de l'autre côté, une coxalgie dont on put arrêter les progrès, mais qui se termina par une luxation du fémur. C'est pour cela que le malade, quoique l'affection de la hanche s'améliore de jour en jour, ne chemine encore qu'avec deux bâtons. Si, au lieu de reséquer le genou, on lui eût amputé la cuisse, forcé de porter un membre artificiel, et gêné de l'autre côté par la luxation, il n'aurait, en aucune manière, pu marcher. L'excision lui a donc rendu un double service.

Quant au seul cas où la mort eut lieu, il est relatif à une dame qui succomba, dix jours après l'opération, à une dyssenterie qui était alors endémique.

Après cette statistique si probante en faveur de la résection, M. Jones fait encore observer qu'un de ses opérés pouvait monter à une échelle, et qu'un autre jouait à la balle avec le pied. (*Dublin Medical Press*, 7 décembre 1853, p. 356.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveau traité de matière médicale. de thérapeutique et de pharmacie vétérinaires, 1 vol. in-8° de 831 pages, avec figures; librairie de Victor MASSON.

Sous ce titre, M. Tabourin, professeur à l'école impériale vétérinaire de Lyon, vient de faire paraître un livre qui est destiné à rendre un grand service non seulement à l'enseignement, mais encore à tous les vétérinaires praticiens. Ce n'est pas, à vrai dire, qu'un travail de cette nature fît absolument défaut; car, depuis la fondation des écoles vétérinaires en France, plusieurs ouvrages avaient été publiés sur cette matière, mais ils ne répondaient pas tous au mode d'enseignement de toutes les écoles. Nous avons besoin de faire comprendre notre pensée à cet égard.

Les différentes parties dont M. Tabourin a traité dans son livre comportaient des ouvrages différents. Ainsi, l'enseignement possédait déjà l'ouvrage de MM. Delafond et Lassaigne sur la *matière médicale et la pharmacie vétérinaire théorique et pratique*, et celui de M. Delafond sur la *thérapeutique générale vétérinaire*. Au moment où paraissait le livre de M. Tabourin, les élèves et les praticiens avaient donc entre les mains la description des matières dont il a traité. Cependant M. Tabourin a pensé qu'il y avait encore quelque chose à faire, et c'est en cela qu'il a rendu service, particulièrement aux élèves des écoles de Lyon et de Toulouse. En effet, à l'école d'Alfort, la matière médicale et la thérapeutique sont enseignées par deux professeurs, tandis qu'à Lyon et à Toulouse, c'est un même professeur qui enseigne ces deux branches de la médecine. Or, y a-t-il avantage pour les élèves à faire une étude simultanée plutôt qu'une étude successive de ces deux parties? Il nous semble qu'un élève aura d'autant plus de facilités pour étudier la thérapeutique, qu'il aura d'abord pris connaissance des termes de la pathologie par l'étude de la pathologie générale. C'est ce qui a lieu à Alfort, et c'est ce qui ne peut avoir lieu à Lyon et à Toulouse, attendu que le nombre des professeurs, partout insuffisant, y est moins considérable. Pour l'enseignement de ces deux écoles, il y avait donc opportunité à traiter simultanément, dans le même ouvrage, de la matière médicale et de la thérapeutique.

Quoi qu'il en soit, si les élèves éprouvent quelque difficulté en raison de ce mode d'exposition, les praticiens en retireront plus d'avantage, par cela même que, à côté des modes de préparation et d'administration, ils verront immédiatement dans quelles circonstances les substances médicamenteuses ont été conseillées et employées, quels effets elles ont produits sur l'économie, et quelle est leur action thérapeutique.

Pour rédiger son livre, M. Tabourin a fait des recherches immenses. En effet, il n'a pas seulement consulté les ouvrages spéciaux de France, d'Angleterre et d'Allemagne, et les publications périodiques; mais il a encore fait de nombreuses expériences et a profité de celles que plusieurs vétérinaires instruits ont bien voulu lui communiquer. Il en résulte que cet ouvrage renferme une très grande quantité de documents très précieux et instructifs.

Sous ces différents rapports, il est certain que le livre de M. Tabourin est un des plus considérables qui aient été publiés en France sur les différentes parties dont il se compose; et nous devons ajouter aussi qu'il a été exécuté avec un soin et avec un luxe auxquels ne sont généralement pas habitués les ouvrages de médecine vétérinaire.

L'ouvrage est divisé en trois parties distinctes, formant autant de livres spéciaux.

Le premier livre, intitulé *Pharmacologie générale*, contient un exposé succinct de l'histoire des médicaments. Il renferme des principes généraux de matière médicale et de thérapeutique qui, malgré les étroites limites dans lesquelles l'auteur a cru devoir se renfermer pour s'écarter le moins possible des vérités acquises, nous ont paru d'une très grande clarté.

Le deuxième livre, qui a trait à la *Pharmacie spéciale*, contient la description et l'histoire particulière de tous les médicaments employés en médecine vétérinaire, sous le rapport de la pharmacologie, de la pharmacie et de la thérapeutique. Cette partie, qui est la plus considérable de l'ouvrage, a été rédigée avec beaucoup de soin. Nous y avons remarqué l'histoire complète de l'*eau* : ce liquide n'avait encore été l'objet d'aucune étude dans les ouvrages spéciaux de thérapeutique vétérinaire, malgré son emploi très fréquent.

M. Tabourin a divisé l'étude de chaque agent pharmaceutique en deux parties distinctes : une *pharmacographique*, comprenant l'examen du médicament inactif; et une *pharmacodynamique*, qui le considère dans ses rapports avec l'économie animale. Enfin, pour les médicaments végétaux, il a eu recours à des figures très soignées, ce qui lui a permis de rendre ses descriptions plus concises.

M. Tabourin s'est occupé aussi des nombreuses *falsifications* dont les drogues simples sont aujourd'hui l'objet dans le commerce; et il a indiqué les procédés les plus simples et les plus nets qui aient été conseillés pour dévoiler les substances ajoutées frauduleusement à chaque médicament, en ayant le soin de choisir de préférence ceux qui sont à la portée des vétérinaires. Enfin, comme complément de l'histoire pharmacographique de médicaments, M. Tabourin a fait

connaître brièvement les manipulations qu'on fait subir à chacun d'eux dans les pharmacies, pour rendre leur administration plus facile et plus fructueuse ; il y a aussi rattaché les formules des préparations officinales dans lesquelles ces médicaments entrent, soit comme base, soit comme auxiliaire.

Dans la partie pharmacodynamique de l'histoire des médicaments, M. Tabourin a d'abord indiqué les modes d'administration et les doses de chacun d'eux ; puis il a exposé avec détails leurs effets physiologiques, en ayant soin de distinguer ceux de ces effets qui sont déterminés par le *contact matériel* des molécules médicamenteuses avec les surfaces vivantes, et qu'il appelle *effets locaux*, de ceux qui se développent dans l'intimité de l'organisme par suite du mélange de ces molécules avec le sang, et qu'il qualifie d'*effets généraux* ou *dynamiques*.

Dans le troisième livre, portant le titre de *Pharmacie* ou de *Pharmacotechnie*, M. Tabourin s'est occupé de l'art pharmaceutique au double point de vue de la théorie et de la pratique. Après avoir traité de la *récolte*, de la *conservation* et de la *préparation* des médicaments simples, il a exposé avec soin l'*art de formuler* ou l'art d'associer méthodiquement les médicaments entre eux pour en faire des préparations complexes.

Dans le *formulaire* qui termine le troisième et dernier livre de l'ouvrage, l'auteur a introduit la classification des médicaments, ce qui l'a rendu un peu plus méthodique.

Enfin, dans un appendice qu'il a appelé *Pharmacie légale*, M. Tabourin a réuni une analyse des lois, ordonnances et jugements concernant l'exercice de la pharmacie vétérinaire, et un tableau approximatif des médicaments, à Paris, Lyon et Toulouse, pour mettre les jeunes vétérinaires à même de se préserver de la cupidité et de la mauvaise foi de certains droguistes.

Nous regrettons que l'espace dont nous pouvons disposer pour faire connaître le livre de M. Tabourin ne nous permette pas d'entrer dans tous les détails qu'il comporte; et nous terminons cette trop rapide esquisse en disant, après avoir lu attentivement l'ouvrage de M. Tabourin, que c'est une œuvre considérable, consciencieusement accomplie, qui témoigne de tout le zèle de son auteur pour la profession vétérinaire, et qui sera très utile aux praticiens et aux élèves.

Arm. Goubaux,
professeur à l'école impériale d'Alfort.

VII.

VARIÉTÉS.

— Un arrêté de M. le ministre de l'instruction publique vient de créer à la Faculté de médecine de Paris, un emploi de contrôleur du matériel. Le contrôleur du matériel est chargé, sous l'autorité du doyen, de pourvoir à ce que les inventaires soient régulièrement tenus et à ce que les objets mis à la disposition des professeurs et des élèves pour les études et les démonstrations soient exactement réintégrés dans les collections. M. Alph. Sanson est nommé contrôleur.

— La Société d'Hydrologie Médicale, tiendra sa prochaine séance, à la Faculté de médecine, le vendredi 27 janvier, et les suivantes, le quatrième vendredi de chaque mois.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Abeille médicale, 1854, n° 1. — Cliniques et Analyses.

Gazette des hopitaux, 1854, n°s 1 à 4. — Cliniques et Analyses.

Gazette médicale de Paris, 1853, n° 53, et 1854, n° 1. — Electricité dans l'anesthésie chirurgicale, par *Jobert*. — Injections iodées contre les fistules à l'anus, par *Boinet*. — *Société biologique* : Kystes multiples, dus à la dilatation des glandes sudoripares, par *Verneuil* ; Grand sympathique : influence que la section de ce nerf exerce sur la chaleur animale, par *Cl. Bernard*. — Traitement du varicocèle par la cautérisation immédiate des veines dilatées, par *Gaillard*.

Moniteur des hopitaux, 1854, n°s 1 à 4. — Ligature de la sous-clavière entre les scalènes, par *Chassaignac*. — Cliniques et Analyses.

Recueil de médecine vétérinaire, décembre 1853. — Hématurie des vaches ; drainage employé comme préservatif, par *Salamé*. — Rapport sur la zootechnie, par *Yvart*. — De l'œstre du cheval, par *Giuseppe Lessona*. — Fonctions des poches gutturales des solipèdes, par *Prangé*.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 1851, n° 1. Opérations qui se pratiquent sur les amygdales, par *Verneuil*. — Effet prodigieux de la belladone dans le troisième degré de la pneumonie, par *Delarue*. — Colique par rétention de matières fécales, prises pour des symptômes de menstruation, par *Demarquette*. — Analyses et Revues.

Revue médicale, 15 et 31 décembre 1853. — Etiologie de la fièvre jaune dans ses rapports avec la navigation, par *Audouard*. — Moyens à opposer au choléra, par *Bonnafont*.

Revue médico-chirurgicale, décembre 1853. — Emploi de l'ail et de ses préparations contre le choléra, par *G.-F. Granich*. — Observations pour servir à l'histoire des luxations des vertèbres cervicales, par *Malgaigne*. — Des kystes séreux du jarret, par *Malgaigne*.

Union médicale, 1854, n°s 1 à 4. — Strabisme paralytique traité par la cautérisation de la conjonctive scléroticale, par *Deval*. — Empoisonnement par la digitaline, par *Chéreau*. — Gastrite aiguë, par *Mercier de Sainte-Croix*. — Accouchement prématuré, provoqué par des douches, par *Aubinais*.

Gazette médicale de Lyon, 31 déc. 1853. — Réflexions sur l'état mental de Feuillet (fin). — Cliniques.

Gazette médicale de Strasbourg, 29 décembre 1853. — Cliniques.

Gazette médicale de Toulouse. — Hernie inguinale étranglée ; mort ; autopsie, par *Raffey*.

Revue thérapeutique du midi. — Quelques mots sur l'emploi de l'iodure de fer, par *Artaud*.

Allgem. Medicin. Central-Zeitung. — N° 103. De la médecine des Indiens. — Une maison d'aliénés d'un comté anglais.—N° 1, 2 (1854). Sur la structure de la rétine de l'homme, par *Remak* (résultats des recherches les plus récentes de cet anatomiste).

Deutsche Klinik. — 1854, n° 1. Traitement des maladies mentales dans leur début, par le docteur *Erlenmeyer*. — Sur les différents appareils qui servent à examiner l'intérieur de l'œil (l'ophthalmoscope de Helmholz, sa modification, par Coccius, par Burow ; appareil de Donder, de Ruete), par le docteur *Oscar Saemann*. — Rapport sur les cliniques allemandes.

Journal f. Kinderkrankheiten (*Journ. pour les maladies des enfants*), publié par F.-J. Behrend et A. Hildebrand. XI° année, 1853, cahiers 9 et 10, sept. et oct. — L'asthme thyroïde, par *Fr. Betz* (l'auteur se prononce pour l'existence de cette forme d'asthme produite par le développement morbide et congénial de la glande thyroïde chez les nouveau-nés). — Expériences cliniques du prof. *Mauthner*, de Vienne. — Affections chroniques de la peau et leur traitement. — Ver solitaire chez un enfant, traité par la santonine ; action de cette matière sur l'urine (elle lui donne une couleur orange foncée).

Medicinische Zeitung v. d. Vereine f. Heilkunde in Preussen. — N° 52. Sur les rapports entre l'inflammation et la fièvre, par *Wolff* (fin). — Le collodion comme substituant la suture ensanglantée, par *Hupertz*. — Opération de l'atrésie du vagin, par *Menschel*. — 1854, n° 1. Deux cas de perforation du crâne (mères sauvées), par *Jacobs*. — La plique (plusieurs observations de cette maladie dans le cours d'une épidémie de scarlatine, et toujours avec cessation des affections morbides suivant la scarlatine), par *Haertel*, de Pless (ville de la Silésie supérieure prussienne).—Manie transitoire, par *Roth*. — Anomalie de la structure du rein (observée chez un soldat mort à la suite d'une blessure à la poitrine), par le doct. *Linden*.

Zeitschrift f. d. Staatsarzneikunde (Ad. Henke's) (*Journ. de méd. légale*), contin. par Fr.-J. Behrend, Erlangen, 1853. 33° année, 4° cahier trimestriel. — La mort par suffocation, provoquée par l'inspiration et l'introduction dans le larynx et la trachée des aliments rendus par vomissement involontaire, par le docteur *Blosfeld*, de Kasan. — Sur les voies de fait exercées pendant le délire du réveil. Suite d'une monographie publiée en 1853 sur ce sujet, par le conseiller *Kruegelstein*.

Livres nouveaux.

Agenda-formulaire des médecins praticiens pour 1854, publié par le doct. *Bossu*. 4° année. Prix, relié et doré sur tranches. De 3 à 7 fr.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur *F. Roubaud*. 6° année, 1854. Paris, 1 vol. in-12, de 496 pages. 4 fr.

Catalogue général de la librairie médicale et scientifique de Victor Masson, comprenant la liste des ouvrages sur la médecine, la chirurgie, l'anatomie, la physiologie, l'histoire naturelle, la physique, la chimie et la pharmacie, que l'on peut se procurer dans cette librairie. Paris, 1 vol. in-8° de 288 pages. 1 fr.
Et franco par la poste. 2 fr.
Nota. Ce catalogue sera envoyé gratuitement à ceux de messieurs les abonnés à la *Gazette hebdomadaire* qui en feront la demande par lettre affranchie.

Portrait de François Arago, lithographié par *C.-J. Traviès*, d'après le plâtre moulé au moment du décès. Paris, Victor Masson. 10 fr.
Épreuve avant la lettre. 20 fr.

Recherches sur la conformation extérieure et la structure de l'urètre de l'homme, par le docteur *Sappey*. Paris, in-8, de 94 pages. 2 fr. 50

Fijar los casos en que sea precisa la trepanacion (*Indications du trépan*), par *Enrique Suender*. Broch. in-16 de 45 pages. Madrid, chez Bailly-Baillière. 75 c.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'Ecole-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 20 JANVIER 1854. N° 16.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 19 janvier 1854.

Tableau abrégé du choléra de 1853.

Suite. — Voir les numéros 13 et 14.

III. De la période prodromique. — Caractères anatomiques et symptomatologiques. — Quelques éléments du pronostic.

1° PÉRIODE PRODROMIQUE. — La période prodromique du choléra peut être considérée relativement à l'épidémie et relativement à l'individu.

Il est connu que l'invasion des grandes épidémies est rarement subite; que presque toujours elle s'annonce, comme l'orage, par des signes avant-coureurs. On en a particulièrement noté deux, — la rareté des maladies habituelles de la saison, et l'apparition de formes morbides où d'ordinaire se dessinent déjà certains traits du mal attendu, mais qui peuvent aussi, quand elles le précèdent d'un peu loin, n'offrir avec lui aucune ressemblance apparente. Pour ce qui concerne le choléra, ce sont, ici divers troubles intestinaux, là l'acrodynie ou la grippe. Par esprit de méthode, sans doute, on n'a pas voulu priver l'épidémie actuelle de ces deux ordres de phénomènes précurseurs, et l'on a dit : 1° que les mois de septembre et octobre, le dernier principalement, avaient été remarquables par le petit nombre des malades et des décès (1); 2° que l'explosion du choléra à Paris avait été précédée d'une constitution diarrhéique (2). Ces deux assertions sont en désaccord évident avec les faits.

Nous ne savons trop d'abord sur quelle information on suppute le nombre des malades et des décès en septembre et en octobre derniers. Plus d'un mois après ce calcul imprimé, le relevé officiel du mouvement des hôpitaux, qui eût pu seul en fournir les éléments, n'était pas prêt à l'administration centrale. Il l'est aujourd'hui, et nous permet de donner le chiffre exact des *admissions*, sorties et *décès* dans les hôpitaux (hospices non compris) pendant les trois mois qui ont précédé l'entrée du choléra à Paris. Dans un second tableau, on trouvera le mouvement correspondant, pendant la même période, de trois autres années prises au hasard, les années 1845, 1846 et 1847.

(1) *Gazette médicale de Paris*, année 1853, n° 48.
(2) *Ibid.*, n°s 48 et 52.

FEUILLETON.

Sur l'instinct et l'intelligence des animaux (1).

Quelle question plus difficile, plus ténébreuse et néanmoins plus attrayante que celle dont nous indiquons ici le sujet ! En est-il qui ait suscité plus de controverses, enfanté plus de volumes, produit des théories plus contraires, depuis la gradation des intelligences dans l'échelle zoologique jusqu'à la séparation brusque, entière et absolue du mode intellectuel de l'homme et de celui des animaux ; depuis Descartes qui fait de l'animal un automate, jusqu'à Condillac qui en fait un être pensant et raisonnant, ou jusqu'à G. Leroy qui voit dans les mœurs des espèces le fruit d'une instruction transmise, ou encore jusqu'à ce père Bonjeant pour qui les bêtes n'étaient rien de moins que des diables, ou enfin jusqu'à cette bizarre législation des siècles derniers où l'animal, rendu responsable de ses actes, comparaissait devant un grave tribunal pour s'y entendre condamner à l'amende ou à la peine capitale ? Et entre ces doctrines que d'intermédiaires ! Combien de distinctions sur la perception, sur la mémoire, sur la raison, sur le sentiment, sur la conscience ! Combien d'explications des actes intellectuels et des actes instinctifs, et que de confusion sur cette partie de la science psychologique !

Puisqu'une aussi grave question est posée devant nous par un savant professeur dans un livre plein de réflexion et d'observation, on nous permettra de l'étudier avec quelque développement.

Mais tout d'abord une difficulté se présente, qui, si elle avait le caractère d'inéluctabilité qu'on lui prête parfois, rendrait vaine toute recherche comme toute dispute. L'homme connaît sa pensée uniquement par sa pensée ; c'est la faculté qu'a son esprit de se replier sur lui-même pour s'observer, qui seule lui permet d'affirmer son esprit et les qualités de son esprit. Or la pensée de l'homme ne peut atteindre la pensée de l'animal ; elle ne peut donc la connaître et ne la connaîtra jamais. Telle est, dans toute sa roideur, la fin de non-recevoir opposée à toutes les doctrines, et il est clair en effet que, placée à ces profondeurs métaphysiques, la question est tout simplement insoluble. Mais s'ensuit-il que nous soyons condamnés à ne rien savoir des qualités intérieures des animaux ? Nullement. Outre les droits de l'induction analogique, il est permis de juger des qualités invisibles par les déterminations visibles, du mobile par l'acte, de la cause

(1) *Études philosophiques sur l'instinct et l'intelligence des animaux*, par L.-A. Fée, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Strasbourg. — Strasbourg, 1853. In-12.

Mouvement des hôpitaux de Paris en août, septembre et octobre 1853.

Mois.	Admissions.	Sorties.	Décès.
Août	7,596	6,891	563
Septembre. .	7,107	6,284	618
Octobre. . .	7,259	6,788	655

Mouvement des hôpitaux en août, septembre et octobre 1845-46-47.

Mois.	Années.	Admissions.	Sorties.	Décès.
Août	1845	6,140	5,749	498
—	1846	7,125	6,822	579
—	1847	7,078	6,503	593
Septembre. .	1845	6,161	5,779	460
—	1846	6,529	5,915	541
—	1847	6,559	6,072	523
Octobre. . .	1845	6,385	5,747	527
—	1846	6,110	5,973	622
—	1847	6,681	6,234	591

En comparant ces deux tableaux, on s'assure d'abord que, dans la période d'août à octobre inclusivement, l'année 1853 l'emporte sur les trois autres quant au *nombre* des malades; que cette prééminence est surtout caractérisée en septembre et octobre, où l'on place précisément la diminution; que, dans ces trois mois, c'est celui que l'on décharge le plus de malades, c'est-à-dire octobre, qui donne le plus fort excédant sur le chiffre des années antérieures. Si le chiffre des admissions a un peu baissé d'août à septembre, il n'est pas vrai qu'il ait continué à descendre en octobre; bien au contraire, il s'est relevé, et relevé à un degré qui n'est pas habituel à cette saison de l'année. Quant à la *gravité* des maladies, mesurée par la proportion des décès, on peut voir que l'affirmation de la *Gazette médicale* est loin d'être exacte. En effet, la mortalité, loin d'avoir fléchi en septembre, s'est sensiblement élevée, puisqu'il est mort 618 malades sur 7,107 admis, et que dans le mois précédent il n'en était mort que 563 sur 7,596. La *proportion* des décès a été à peu près la même en octobre qu'en septembre, sensiblement égale à celle d'octobre 1845 et 1847, inférieure seulement à celle d'octobre 1846.

En résumé donc, la constitution médicale n'a rien offert de particulier dans le trimestre qui a précédé l'épidémie. Mais, dès le mois de novembre, un mouvement ascensionnel s'est fait sentir tout à la fois dans le chiffre total des admissions et dans le chiffre proportionnel des décès. Si l'on compare, sous ce double rapport, le mouvement des hôpitaux dont les états sont relevés au complet jusqu'à fin novembre (Hôtel-Dieu, Sainte-Marguerite, Pitié, Charité, Saint-Antoine), on trouve en octobre 3,499 admissions et 352 décès, en novembre 3,664 admissions et 388 décès.

Mais si l'épidémie n'a pas été précédée d'un silence de la constitution saisonnière habituelle, sorte d'avertissement négatif, a-t-elle été du moins annoncée par quelque avertissement positif, notamment par la diarrhée? Eh bien, ici encore, on a cédé à une exigence de système. On peut en donner une preuve logique et une preuve de fait. La preuve logique, elle est dans l'impossibilité de placer une constitution diarrhéique entre le mois d'octobre, auquel on rapporte *surtout* l'immunité dont avait joui la santé publique, et le 7 novembre, jour où le choléra s'est installé à Paris. Quant à l'argument de fait, nous le demandons à la pratique. Il est de notoriété que l'état sanitaire de la capitale au commencement de novembre répétait exactement celui que ramène tous les ans la même saison. Si l'on rencontrait quelques dérangements intestinaux, c'est qu'il n'en manque jamais dans une grande ville. Nous ajoutons, pour achever de rétablir la vérité sur une question dont le roman s'est emparé, que la diarrhée, à cette époque, n'offrait rien de spécifique, et qu'elle se présentait sous des formes variées. La dyssenterie, qu'on voudrait rattacher spécialement à l'épidémie de 1849, était une de ces formes. Ce défaut de spécificité dans les maladies régnantes la veille de l'invasion épidémique, était précisément, pour beaucoup de médecins, un motif d'inspirer dès les premiers cas quelque sécurité.

Absente de l'épidémie, la période prodromique a rarement manqué, au contraire, à la maladie individuelle. Nous l'avons dit ailleurs, les exceptions sont d'une faible importance pratique quand la règle est si générale, et ce n'est que pour sauver le droit de la science à l'exactitude qu'il est bon de les consigner. Or, sur ce point, on sait rigoureusement à quoi s'en tenir aujourd'hui. Entre M. Brierre de Boismont, qui, à son retour de Pologne et avant notre choléra de 1832, signalait la *fréquence* des phénomènes précurseurs, notamment de la diarrhée, et M. J. Guérin, qui décrétait l'indéfectibilité, non de la diarrhée, comme on le lui a fait dire à tort, mais d'un ensemble de manifestations morbides appelé *cholérine* et dont le flux intestinal est le caractère le plus constant, la vérité a pris place, et il est certain que les prodromes se montrent dans l'immense majorité des cas. M. Guérin lui-même paraît se contenter aujourd'hui de cette approximation. Nous sommes seulement obligé de lui faire observer

---

par l'effet. C'est le procédé ordinaire des sciences. Nous ajouterons que c'est le procédé de la psychologie; car l'esprit d'un individu ne peut se réfléchir que sur lui-même; il ne saurait descendre dans l'esprit d'autrui, et c'est analogiquement que, concluant d'un homme à tous les autres, nous arrivons à déterminer les facultés de l'espèce. Ce procédé est si légitime, il s'impose si naturellement, que Buffon, après avoir signalé le voile éternellement jeté sur la nature des êtres inférieurs, ne laisse pas que de s'enfoncer très avant dans l'interprétation des actes et de faire nettement la part des animaux et celle de l'homme. M. Fée dit aussi: « Rigoureusement parlant, l'homme ne peut être que l'historien de ses propres sensations; ce qui est en dehors de sa nature lui échappe ou bien est mal apprécié. » Mais cette restriction ne l'empêche pas de déclarer dès les premières pages que l'homme est *autrement* intelligent que les autres êtres de la création. Et nous croyons en effet que la prétention de la science peut aller jusque là.

Cet *autrement* de M. Fée nous conduit au cœur du sujet. Le premier objet de l'examen doit être en effet de rechercher empiriquement jusqu'à quel point les manifestations *cérébrales* des animaux (nous employons à dessein cette expression neutre) diffèrent de celles de l'homme ou s'en rapprochent, quant à leurs caractères d'extériorité. Il faut, en d'autres termes, commencer par considérer cet ordre de faits simplement comme sujet d'histoire naturelle. Si ensuite il reste interdit d'en tirer des conséquences quant à la nature intime des animaux, on est du moins en mesure de dire par quels côtés elle se distingue de la nôtre. Or, à ce point de vue, la science possède des données du plus haut intérêt.

L'une des plus curieuses est relative à l'*instinct;* mais ici une explication est nécessaire. Réaumur, Buffon, Condillac et d'autres n'ont pas assez nettement séparé l'instinct de l'intelligence; non pas qu'ils aient précisément méconnu les différences fondamentales de ces deux qualités internes, mais ils n'en ont pas compris toute l'importance dans la question actuelle. M. Flourens, après F. Cuvier, a fort insisté au contraire sur l'utilité de cette distinction. Mais, par contre, il ne s'est peut-être pas rendu un compte suffisant de la liaison étroite de l'instinct et de l'intelligence, de leur association nécessaire dans les actes que le mouvement instinctif inspire et détermine. Là réside un des problèmes les plus attachants qui se puissent imaginer. L'intelligence se proportionne à l'instinct; et les opérations les plus avancées, qui chez l'homme passeraient pour le plus fortement marquées du sceau intellectuel, sont toujours au service des impulsions instinctives. C'est l'instinct qui pousse le castor à bâtir sa cabane; il n'était même pas besoin des expériences de F. Cuvier sur de

que l'*absolutisme* à lui attribué par la presse ne lui a pas été précisément *prêté* (*Gaz. méd.*, 1853, n° 52); car s'il est vrai que, dans ses articles de 1832, il estimait aux 9/10es environ la proportion des symptômes prémonitoires, plus tard,' en 1837, il allait plus loin, et, dans un mémoire lu à l'Académie des sciences, il écrivait ceci : « A mesure que mon observation se répéta et que mes opinions sur la valeur de la liaison de la cholérine avec le choléra se développèrent, j'acquis la certitude que *toujours* le choléra était précédé et annoncé par la série de symptômes auxquels j'avais donné le nom de cholérine » (*Gaz. méd.*, 1837, p. 450). Bien plus, quelques jours avant cette plainte contre l'exagération dont on l'accuse, la présence constante des prodromes dans l'épidémie actuelle était encore affirmée par la *Gazette médicale*. Quoi qu'il en soit de ces variations, M. Guérin a le mérite d'avoir mieux aperçu que ses devanciers l'importance de la période préparatoire, et d'en avoir tiré des conséquences pratiques dont nous aurons à apprécier prochainement le degré de valeur.

Dans quelle proportion la période prodromique a-t-elle fait défaut en 1853 ? Il serait impossible de le dire au juste ; la plupart des médecins des hôpitaux ont rencontré des choléras *d'emblée*, mais aucun n'a produit à cet égard de relevés statistiques. Nous sommes en mesure d'apporter des chiffres précis en ce qui concerne l'hôpital de la Charité, MM. Rayer (1) et Briquet, chargés du service spécial des cholériques dans cet hôpital, ayant bien voulu nous transmettre le résultat de leurs observations. Or, M. Briquet, qui a eu à soigner 37 malades, nous écrit : « De même qu'en 1849, *un quart* de mes cholériques ont été pris d'emblée et sans aucun phénomène précurseur. » M. Rayer a noté une proportion différente ; sur 47 cas de choléra, 5 fois seulement les prodromes ont manqué. Il est curieux de voir que cette absence de prodromes paraît être en rapport avec une moindre intensité de la maladie. Ainsi, dans 15 cas graves qui ont eu une issue funeste, les symptômes prémonitoires ont existé constamment; sur 16 cas graves, terminés par la guérison, ils ont fait défaut 1 seule fois; enfin, sur 16 cas légers ou de médiocre intensité, ils ont manqué 4 fois. En général, la diarrhée précédait l'attaque de trois, quatre, cinq jours. Chez certains sujets pourtant, elle n'en était séparée que de quelques heures, comme chez d'autres elle ne tournait en choléra qu'au bout de plusieurs semaines. Un des malades de M. Rayer avait la diarrhée depuis un mois quand les accidents spécifiques se sont déclarés.

(1) Les relevés publiés dans quelques journaux sur le service de M. Rayer sont incomplets et renferment des inexactitudes. Ceux que nous avons entre les mains ont été recueillis par notre collaborateur, M. Leudet.

Du reste, les formes de la période prodromique ont été cette année les mêmes que dans les épidémies antérieures. C'étaient, outre la diarrhée, des tiraillements des membres, des crampes passagères, une tendance au refroidissement, des nausées, des coliques sourdes, etc. Le caractère particulier des dérangements intestinaux mérite ici une attention spéciale. Il importerait fort à la détermination de la valeur nosologique de la diarrhée et au jugement des prétentions affichées sur l'efficacité du traitement préventif, il importerait, disons-nous, de pouvoir toujours spécifier, dans les observations, la nature des garderobes prodromiques. Une distinction fondamentale doit être établie entre les selles blanchâtres, granuleuses, qui sont caractéristiques des affections cholériformes, et les selles purement séreuses, muqueuses ou bilieuses. Malheureusement elle n'a pu être faite que très rarement. Nous y reviendrons quand nous aurons à spécifier le *rapport de la cholérine au choléra*. Pour le moment, en simple historien, nous nous contenterons de rappeler ce que nous avons dit dans un précédent numéro (n° 12) touchant la diversité de forme des affections intestinales régnantes. A côté de flux diarrhéiques plus ou moins indolents, compatibles avec un état de bien-être, et qui sont néanmoins les plus dangereux de tous, on rencontrait en beaucoup plus grand nombre toutes les autres formes qui ont coutume de régner à cette époque. Il fut un moment (de la fin de novembre au 5 décembre) où peu d'habitants de Paris ont échappé aux troubles abdominaux. Chez celui-ci, du dégoût, des nausées, des gargouillements, des selles irrégulières et molles ; chez celui-là, des accidents plus franchement phlegmasiques, de vives tranchées, du ballonnement, des selles brûlantes ; chez un troisième, une véritable dyssenterie, ou l'ictère, comme nous en avons vu plusieurs exemples, ou la gastro-entéralgie, etc.

Ajoutons que, pendant tout le cours de l'épidémie, beaucoup d'affections, entièrement étrangères au choléra et aux désordres intestinaux, n'ont pas plus fait défaut que les autres années. Nous citerons en particulier la variole, la rougeole, la scarlatine, et plus tard l'angine, le lombago, le rhumatisme articulaire aigu. Cette circonstance s'accordait avec tout ce qui précède pour rassurer sur le degré d'intensité de l'épidémie.

2° ANATOMIE PATHOLOGIQUE, SYMPTOMATOLOGIE ET PRONOSTIC. — Nous n'avons rien de particulier à dire de l'*ana-*

jeunes castors séquestrés et sevrés de tout exemple, pour renverser sur ce point l'étrange doctrine de Leroy. C'est par instinct que l'oiseau bâtit son nid, que l'abeille construit sa ruche, que l'araignée tisse sa toile. Rien de plus certain. N'entre-t-il pourtant dans ces opérations que de l'instinct? Évidemment non. Chacune d'elles suppose une série d'actes qui, à moins de bouleverser le langage philosophique, ne peuvent être rapportés qu'à l'intelligence. Les brins d'herbe qui entrent dans la composition du nid ne sont pas ramassés au hasard ; ils sont choisis avec discernement ; puis ils sont disposés d'une certaine manière, et chaque brin a une disposition spéciale qui le met en harmonie avec l'ensemble, etc. M. Fée — quelques phrases de son livre en témoignent — n'a pas méconnu cette vérité (p. 33). Dira-t-on que l'instinct pousse l'oiseau à recueillir les brins d'herbe ? S'il en était ainsi, il en ferait provision en tout temps, à toute heure, sans but déterminé, au lieu qu'il ne s'en munit qu'en temps opportun et pour la satisfaction d'un besoin particulier. Il y a, en un mot, appropriation parfaite de certains moyens à un certain but, et l'on ne peut rapporter à l'instinct l'opération entière, sans réduire chez l'animal l'intelligence elle-même à l'instinct. Nous nous contentons d'indiquer ce point de vue, auquel nous reviendrons.

Les animaux, même d'un ordre inférieur, sont donc, à de certains égards, très intelligents. Mais voici un trait essentiel : ils sont intelligents dans une direction et pour des objets définis. Si les actes qu'ils accomplissent étaient le produit d'une intelligence *du même ordre* que celle de l'homme, on ne voit pas pourquoi ils n'appliqueraient pas la même faculté à une foule d'autres objets, et alors ils auraient bientôt égalé, sinon surpassé l'homme en industrie; mais il n'en est rien. Tandis que l'intelligence de l'homme, sauf les différences qui constituent les *aptitudes*, se répand également sur toutes ses œuvres, celle de l'animal se renferme dans un cercle fatal. Hors de ce cercle, où il est souvent supérieur à l'homme, il lui devient inférieur, et comme l'a dit Buffon, se moquant de Réaumur à propos des abeilles, elles ne seront jamais que de petites bêtes qui n'ont d'autre rapport avec nous que celui de nous fournir de la cire et du miel.

Ainsi l'intelligence des animaux est, comme le dit M. Fée, *autre* que celle de l'homme, et son caractère propre réside dans une sorte de concentration sur l'objet du besoin instinctif. Cela ne veut pas dire que leurs facultés intellectuelles soient strictement emprisonnées dans ces limites. A ne considérer ici encore que le fait, on peut dire que l'animal a de la *mémoire*, car le chien se souvient des bons et des mauvais traitements ; — qu'il *prévoit*, car le chien ne commet plus ou ne commet qu'à la dérobée

tomie pathologique. Nous ne sachions pas que l'épidémie actuelle ait été, sous ce rapport, sensiblement différente des épidémies antérieures. Mais il n'en est pas de même à l'égard de la *symptomatologie*. Les renseignements positifs dont nous pouvons disposer nous viennent de MM. Rayer, Briquet, Grisolle et Legroux, dont les services réunis ont renfermé au moins 120 cholériques. Leurs observations sont généralement concordantes, et confirment en partie les assertions déjà émises par plusieurs autres médecins des hôpitaux. Ce qui paraît le plus certain, c'est que la cyanose, l'algidité et les crampes ont été moins fréquentes et moins prononcées qu'en 1832 et 1849. Dans les observations tirées du service de M. Rayer, sur les 31 cas graves dont il a été question plus haut, la cyanose a été mentionnée 18 fois, sur lesquelles elle n'a été intense que 9 fois. Les crampes ne paraissent avoir manqué qu'une seule fois; mais dans la moitié au moins des cas elles étaient fort légères. M. Briquet a vu l'algidité 19 fois sur 36, tandis qu'en 1849 il ne l'avait pas rencontrée moins de 172 fois sur 200, c'est-à-dire dans la proportion des 4/5[es]. Les crampes ont été rares aussi dans son service; moins rares néanmoins que dans celui de M. Grisolle, car ce praticien affirme n'avoir noté de crampes un peu prononcées qu'une seule fois sur 20 malades.

La physionomie spéciale de l'épidémie ne tenait pas seulement à cette rareté des crampes et de la cyanose. Souvent, même dans les cas les plus graves, les fonctions urinaires se continuaient, le pouls conservait un certain développement, les vomissements étaient bilieux, les selles jaunes ou vertes, sans granulations. M. Grisolle et M. Legroux ont vu surtout des cas de ce genre. L'apparence des malades amenés dans leur service était parfois telle, qu'elle ne leur inspirait d'abord aucune inquiétude, et puis tout à coup la vie fuyait sans avertissement sérieux. L'existence des choléras sans diarrhée ni vomissements, des *choléras secs*, dans la dernière épidémie, a été niée par quelques médecins; néanmoins plusieurs cas incontestables paraissent s'être présentés, l'un d'eux notamment dans la pratique de M. Becquerel, qui en a fait part à la *Société médicale des hôpitaux*. Il ne faut pas oublier, du reste, que ces différents caractères n'avaient pas manqué entièrement dans les épidémies antérieures.

Les observateurs ne sont pas parfaitement d'accord sur ce qui concerne la réaction. La plupart d'entre eux l'ont trouvée faible et languissante, rarement accompagnée de cette plénitude du pouls, de ces érythèmes, qu'il fallait en 1849 attaquer de temps à autre par les évacuations sanguines; et pourtant, elle leur a paru sujette à autant de mécomptes. Elle laissait les sujets dans un état demi-typhoïde, au bout duquel était souvent la mort. MM. Guérard et Barth (*Société médic. des hôpitaux*) ont insisté sur cette circonstance; la même remarque a été faite par M. Rostan, par M. Grisolle; elle ressort de quelques unes des observations de M. Rayer. Cependant, on a signalé dans les hôpitaux divers cas de réaction très intense. Dans la note qu'il a bien voulu nous remettre, M. Briquet insiste sur *la promptitude du rétablissement, sans les apparences ni typhoïdes ni méningiennes de* 1849; mais, en même temps, il reconnaît qu'il mourait, comme en 1849, la moitié des individus qui arrivaient à la période réactionnelle. Ceci revient à dire que le danger persistait malgré les apparences bénignes de la réaction, mais que ceux qui devaient échapper arrivaient vite à la convalescence; assertion qui contredit celle de plusieurs confrères.

On voit assez, par ce qui précède, combien le *pronostic* était insidieux. Il serait inutile d'y insister. Nous nous contenterons de mentionner plusieurs circonstances susceptibles d'en affecter la gravité.

La présence d'un état morbide antérieur paraît exercer ici une fâcheuse influence, surtout si l'on y joint l'encombrement. En 1853, comme en 1849, la mortalité a été beaucoup plus grande chez les cholériques frappés dans les hôpitaux que chez ceux qui venaient du dehors. M. Briquet a relevé les chiffres suivants : En 1849, sur 477 cas *extérieurs*, 261 décès; sur 488 cas *intérieurs*, 314 décès. En 1853, 39 décès sur 111 cas de la première catégorie, et 13 sur 18 cas de la seconde. L'algidité était aussi d'un pronostic fâcheux. Si ce symptôme était plus rare qu'en 1832 et en 1849, ceux qui le présentaient mouraient, comme dans ces deux années, dans la proportion de moitié. C'est encore le résultat d'un calcul relevé par M. Briquet, et qui confirme l'opinion commune.

A. DECHAMBRE.

(La suite à un prochain numéro.)

---

l'acte pour lequel il a été châtié, car l'oiseau a des ruses singulières ; — qu'il *compare*, car sans comparaison pas de notions distinctes, — et l'animal qui a devant lui deux passages, l'un beaucoup plus étroit que son corps, et l'autre beaucoup plus large, ne prendra pas le premier ; — qu'il *juge*, puisque toute affirmation est un jugement, et que l'animal affirme à sa manière en traduisant certaines notions par des actes. Il faut encore ajouter, et Aristote l'avait bien vu, que l'intelligence n'existe pas au même degré dans toute la série zoologique. C'est un des mérites du livre de M. Fée de montrer que l'échelle intellectuelle des êtres n'est pas en rapport avec l'échelle organique telle que l'a établie G. Cuvier ; néanmoins, comme il le dit, les grands intelligences font exception dans chaque ordre, notamment le *chimpanzé* et le *pongo* parmi les quadrumanes. Or, dans ce voisinage de la race humaine, les opérations intellectuelles s'élèvent sensiblement et se compliquent. L'*orang-outang* qui secoue l'arbre pour effrayer la personne qui fait mine d'aller l'y prendre, qui monte sur une chaise pour ouvrir la porte, et en va chercher une autre quand on lui dérobe la première, se livre évidemment à un calcul assez semblable à celui que pourrait faire un tout jeune enfant (1). N'oublions pas que l'intelligence des animaux est ici à sa plus haute puissance.

Voilà les faits. Pour essayer de les interpréter, pour essayer de savoir jusqu'à quel point chez les animaux l'instinct peut se séparer de l'intelligence, et si leur intelligence est du même ordre que celle de l'homme, nous aurons à mettre ces faits en regard de données non moins positives, spécialement de l'absence de signes conventionnels, de l'imperfectibilité, et du défaut de subordination des espèces les unes aux autres. Ce sera le sujet du prochain article.

A. DECHAMBRE.

(1) F. Cuvier, *Lettres philosophiques sur l'intelligence et la perfectibilité des animaux*, page 18.

Le lundi 20 février 1854, à midi, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, pour la nomination à une place de pharmacien dans l'un des hôpitaux de Paris.

Les personnes qui voudront être admises à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission, et se faire inscrire avant le 1[er] février 1854.

Le Secrétaire général, L. DUBOST.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE EXTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION, par le docteur PAUL BROCA, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

Suite. — Voir les numéros 12 et 13.

§ 3. RECHERCHES HISTORIQUES SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION DES TRONCS ARTÉRIELS.

2° *Période de création, ou période française.* — On a vu, dans la période précédente, la compression indirecte employée dans le traitement des anévrysmes presque toujours comme moyen accessoire, et jamais comme moyen unique. On a assisté à l'origine et au lent développement des idées qui conduisirent pour la première fois à agir sur l'artère entre le cœur et la tumeur. Les principaux éléments du problème sont déjà découverts, mais on n'a pas encore trouvé la solution générale. Le sol est défriché, il n'est pas encore fécondé.

Nous allons entrer maintenant dans une nouvelle ère; la compression indirecte, qui n'était jusqu'ici qu'une conception assez vague, va être érigée en méthode générale ; — on établira avec plus ou moins de bonheur la théorie de ce moyen thérapeutique : l'empirisme deviendra science ; — on précisera les indications, on formulera les principes, on inventera les appareils, on imaginera les procédés ; en un mot, on créera la méthode telle que nous la connaissons aujourd'hui, on l'appliquera même, et l'on obtiendra quelques succès, mais le nombre des échecs sera plus grand encore, parce qu'on manquera de persévérance, et aussi parce que l'on aura recours à des procédés défectueux.

Pendant cette période, qui se prolonge jusqu'à 1842, nous verrons de temps en temps la méthode de la compression indirecte donner lieu, en Angleterre, en Irlande ou en Italie, à quelques tentatives isolées ; mais c'est principalement en France que la scène se passera. C'est en France que la théorie prendra tout son développement, et que la pratique donnera les plus beaux résultats. Voilà pourquoi nous donnons à cette deuxième période le nom de *période française.*

L'idée capitale, qui distingue avant tout cette époque de la précédente est celle-ci : *ne pas comprimer la tumeur, comprimer seulement l'artère dans un point où elle est saine.*

Ce n'est pas tout à coup qu'on est arrivé à négliger entièrement les moyens appliqués directement sur la tumeur, et ici encore, comme dans la période précédente, les chirurgiens n'ont fait qu'étendre au traitement de l'anévrysme proprement dit un principe qui avait déjà vu le jour à propos des plaies des artères.

Genga, Gouey, J.-L. Petit, Heister, avaient réprimé des hémorrhagies artérielles par une double compression exercée sur la plaie, et sur le vaisseau entre la plaie et le cœur. Bourienne et Jussy osèrent, — ce dernier surtout, — s'affranchir de la compression directe, et ne conservèrent que la compression indirecte. Je citerai d'abord en quelques mots l'observation de Bourienne, parce qu'il s'agissait d'une plaie oblique, presque sous-cutanée, et qu'il s'était formé une tumeur pulsatile assez volumineuse, établissant une sorte de transition entre les plaies artérielles ordinaires et les anévrysmes proprement dits.

OBS. III (Bourienne) (1).—*Tumeur pulsatile de l'avant-bras consécutive à une plaie artérielle. Compression de l'humérale. Guérison.* — Le 22 juin 1772, un soldat nommé Vive-Lamour reçut à la partie inférieure et interne de l'avant-bras un coup de baïonnette « qui pénétra oblique- » ment dans les muscles jusqu'à la partie moyenne supérieure, où l'extré- » mité de la bayonnette étoit parvenue sous la peau sans la traverser. » Gonflement. Formation d'une tumeur oblongue et pulsatile assez considérable, occupant la partie interne de l'avant-bras, au-dessus de la plaie. On pense que c'est l'artère cubitale qui est ouverte. Aucune hémorrhagie à l'extérieur.

« Je plaçai une compresse longuette sur le trajet de l'artere brachiale, » qui fut recouverte d'une autre, de façon que la compression fut graduée » de la partie supérieure vers le plis du bras ; le tout fut soutenu par un » bandage propre à remplir l'indication que je me proposois, *qui étoit de* » *rallentir le cours du sang successivement jusqu'à la tumeur.* La plaie » fut pansée simplement, et la *tumeur légèrement comprimée* par un » bandage. »

Deux saignées. Le troisième jour, on enlève l'appareil *de l'avant-bras.* La tumeur est un peu moindre, mais toujours pulsatile. La plaie commence à suppurer. Continuation du même traitement. « La tumeur a diminué de volume, et en trois semaines, le blessé a été entièrement guéri. » Pas d'autres détails.

(1) *Journal de médec.*, suite de Vandermonde, t. 40, p. 86.

La compression sur la tumeur n'a été que *légère.* La compression principale a donc été exécutée sur l'artère humérale, dans le but de *ralentir le cours du sang, jusqu'à la tumeur.* — Conformément au langage erroné de cette époque, l'observation est intitulée *tumeur anévrysmale;* de là à exercer la compression indirecte seule dans le traitement des anévrysmes proprement dits, il n'y avait qu'un pas.

Bourienne ne s'était servi que de bandes et de compresses graduées. Jussy remplit la même indication à l'aide d'un tourniquet.

OBS. IV (Jussy) (1).—*Plaie de l'artère fémorale. Application du tourniquet à une assez grande distance au-dessus de la plaie. Aucune compression sur la plaie. Guérison.* — Le nommé Cornibert, dix-sept ans, reçoit un coup de couteau à la cuisse le 28 avril 1774. L'artère fémorale est ouverte à sa partie la plus inférieure. Hémorrhagie considérable que Jussy, appelé immédiatement, arrête d'abord en comprimant avec le doigt l'artère au dessus de la plaie, puis en faisant placer un garrot sur la cuisse. Maître du sang, Jussy s'occupe alors du pansement, qu'il institue de la manière suivante:

La jambe est placée en extension et en élévation. Application du tourniquet de J.-L. Petit sur le trajet de l'artère. « Le point d'appui étoit » local; *la pelotte du tourniquet ne portoit que sur l'artère, dont je n'avois* » *certainement pas intercepté toute la fonction.* La circulation étoit libre » dans le reste de l'extrémité. » Le niveau du point comprimé par le tourniquet n'est pas précisé. Mais on lit (p. 444) qu'on plaça *plusieurs* compresses circulaires depuis le tourniquet jusqu'au bord supérieur de la plaie, ce qui suppose une distance assez grande entre ces deux points. Ces compresses furent peu serrées pour éviter l'engorgement et la gangrène. Quant à la plaie, « je la couvris simplement de charpie râpée ; je » n'insinuai rien dedans, faisant plus de cas du contact immédiat que de » tous les baumes. »

L'appareil resta en place pendant neuf jours. Le dixième, on renouvela le pansement, et on remplaça le tourniquet par une compresse longuette appliquée sur toute la longueur de la fémorale jusqu'à 1 pouce au-dessus de la plaie. Le 23 janvier, la guérison était complète.

Bourienne avait légèrement comprimé la tumeur; Jussy ne mit sur la plaie qu'un simple pansement. L'efficacité plus grande de l'appareil compressif appliqué sur le tronc artériel lui permettait une pareille confiance. — Je signale surtout la phrase où l'auteur dit que la pelote doit comprimer *seulement* l'artère, et ne la comprimer qu'*incomplétement.* Il est douteux qu'avec le tourniquet de J.-L. Petit il ait pu atteindre son but. Mais il n'est pas sans intérêt du moins de consigner ici l'idée qu'il poursuivait.

Il ne s'agissait plus que d'appliquer à l'anévrysme véritable la méthode qui avait si bien réussi dans le cas d'anévrysme *faux primitif.* La distance était facile à franchir, et d'ailleurs il y avait dans la science un élément propre à servir de fil conducteur

Les progrès de l'anatomie, en démontrant l'existence des voies artérielles collatérales, avaient permis de proposer et d'exécuter l'opération de l'anévrysme sur des artères de plus en plus volumineuses. Mais beaucoup de chirurgiens hésitaient encore, l'étroitesse des collatérales leur faisant redouter la gangrène. Pour remédier à cette étroitesse, William Hunter avait proposé, en 1757, d'exercer pendant quelque temps une compression directe sur la tumeur anévrysmale avant d'en venir à l'opération. Cela avait pour but de gêner le passage du sang, et de produire graduellement la dilatation des collatérales (2). Sue le jeune, écrivant, en 1774, un mémoire

(1) *Journal de médec.*, suite de Vandermonde, 1774, t. 42, p. 442.
(2) W. Hunter, *Medical Observ. and Inquiries*, Lond., 1757, in-8, vol. I, p. 352.

sur la possibilité d'opérer l'anévrysme de l'artère crurale, adopta le même principe, mais au lieu de conseiller la compression directe sur la tumeur, il proposa d'exercer la compression graduelle sur l'artère même (1). Cette idée se répandit peu à peu, et se conserva dans la science jusqu'au commencement de ce siècle, époque où elle fut longuement développée dans la thèse inaugurale de Piet (2).

Celui qui aurait mis à exécution le conseil donné par Sue le jeune aurait probablement été conduit à ériger la compression indirecte en méthode curative de l'anévrysme. Il y a même lieu de s'étonner qu'il n'en ait pas été ainsi. Les opinions erronées qui régnaient alors sur la nature des anévrysmes et sur leur mode de guérison ont probablement contribué à détourner les chirurgiens de cette voie. Quoi qu'il en soit, les esprits étaient arrivés graduellement, par des transitions presque insensibles, à concevoir l'utilité de la compression indirecte dans le traitement des anévrysmes. Voilà pourquoi sans doute plusieurs chirurgiens, à peu près à la même époque, songèrent à essayer cette méthode, sans avoir pour cela la prétention d'émettre une idée neuve, sans y attacher l'importance qu'on accorde aux innovations dont on est l'auteur, et sans même chercher l'occasion de l'appliquer. Puis la compression indirecte s'introduisit sourdement dans la pratique, et il est très difficile aujourd'hui de dire d'une manière précise à qui l'honneur en revient.

Si l'on en croyait certains textes, ce doute n'existerait pas, et dès l'année 1771 Sabatier aurait guéri un anévrysme de l'artère fémorale par la compression de l'artère entre la tumeur et le cœur. Voici ce qu'on lit, en effet, dans le deuxième mémoire de Pelletan sur le traitement des anévrysmes externes, mémoire très inférieur, du reste, à la réputation qu'on lui a faite. — Après avoir décrit l'opération de John Hunter, qui avait lié la fémorale pour guérir un anévrysme poplité, Pelletan continue en ces termes : « L'opération de Hunter n'était pas nouvelle pour nous. M. Sabatier, » aujourd'hui mon collègue et toujours mon maître, avait traité, » quinze ans auparavant, un anévrysme de l'artère *fémorale* par » une compression méthodique exercée sur cette artère, laquelle » compression *équivalait sans doute* à la ligature, et le malade » avait conservé le membre et la vie (3). »

Cette assertion est tellement précise, qu'il semble difficile de ne pas l'accepter pour vraie. De plus, elle trouve une sorte de confirmation dans plusieurs passages d'un rapport que Deschamps lut à la Société de médecine le 15 germinal an XI (1803) dans la septième séance publique. Il s'agissait du malade d'Eschards, dont il sera question plus loin. Un anévrysme *poplité* avait été guéri par la compression de la *fémorale*, à l'aide d'un tourniquet construit sur le principe de celui de J.-L. Petit. « La compression, dit Deschamps, fut dirigée avec beaucoup d'intelligence. Le bandage de » Theden n'ayant pas produit de bons effets, il fut promptement » abandonné, et M. Eschards, à *l'imitation de M. Sabatier*, lui substitua avec raison un bandage qui n'avait d'action que sur l'artère fémorale, sans gêner en aucune manière la circonférence du » membre (4). » — Et un peu plus loin, après avoir raconté l'histoire du malade d'Eschards, Deschamps ajoute : « Les exemples d'anévrysmes guéris par la compression sur la tumeur sont » assez multipliés ; mais ceux du succès de la compression sur un » point de l'artère au-dessus du sac anévrysmal sont rares. *L'idée* » *de comprimer l'artère seule par un moyen qui n'agisse que sur* » *deux points diamétralement opposés appartient à M. Sabatier*. » *Le bandage* employé dans le cours du traitement n'est pas non » plus de l'invention de M. Eschards, mais on n'en doit pas moins » des éloges à ce chirurgien pour avoir fait choix de ce procédé, et » prouvé pendant toute la cure beaucoup de jugement et de sagacité (5). » En rapprochant ces deux rédactions l'une de l'autre, on ne peut méconnaître que Deschamps rapporte à Sabatier l'invention de la méthode qui nous occupe. Le témoignage de Deschamps a ici une grande valeur. C'est celui d'un homme qui poursuivait depuis plus de dix ans l'étude de la pathologie des artères, et qui avait acquis sur ce sujet une instruction très étendue. On va voir en outre que ce témoignage porte le cachet de la plus grande impartialité.

En effet, dans cette même séance du 15 germinal an XI, la Société de médecine décerna son grand prix à deux jeunes chirurgiens qui avaient pris part au concours, ouvert depuis six ans, sur la question de l'anévrysme. Parmi les motifs qui avaient déterminé le choix de la Société, on remarquait le suivant : « Ils sont les premiers d'entre les concurrents qui ont rejeté la compression sur » tout le trajet de l'artère pour ne l'exercer que sur un seul point. » Par là ils ont justifié le succès que M. Eschards a obtenu, et dont » M. Deschamps vous rendra compte dans cette séance (1). » — La Société paraissait ainsi accorder à ses deux lauréats une sorte de priorité. Deschamps, au contraire, attribua cette priorité à Sabatier : et il est évident qu'en agissant ainsi il n'obéissait qu'à sa conscience, car l'un des deux lauréats s'appelait Jacques-Louis Deschamps, et était son propre fils.

Le témoignage de Deschamps s'accorde donc avec celui de Pelletan. En outre, il est certain que Sabatier lut à la rentrée publique de l'Académie royale de chirurgie, en 1776, un mémoire sur l'anévrysme de l'artère *crurale* (2). Le VI[e] volume de l'Académie de chirurgie, dans lequel ce travail devait paraître, n'a pas été publié, et il en est résulté que l'œuvre de Sabatier a été perdue sans retour. Notez qu'il s'agissait de l'anévrysme crural, et que c'est un anévrysme crural, en effet, qui fait le sujet de l'observation attribuée à Sabatier par Pelletan. On voit que tous ces documents coïncident assez bien les uns avec les autres. Malheureusement on peut élever plus d'une objection contre la priorité accordée à Sabatier.

De ces objections, la plus grave est certainement le silence que cet auteur lui-même a gardé dans ses écrits sur la méthode en question ; ou plutôt ce silence n'est pas absolu, comme cela résulte du passage suivant : « La compression peut être faite avec » succès sur les anévrysmes, si au lieu de l'exercer sur la tumeur » même on la fait porter sur le trajet de l'artère au-dessus du lieu » malade, de manière à *ralentir le cours du sang qui traverse le* » *vaisseau*. Ce moyen a été employé en Italie avec quelque succès, mais on y a joint la compression directe sur l'anévrysme, de » sorte que *l'on ne sait pas jusqu'à quel point on doit y compter* (3). » Il est clair, d'après ce passage, que Sabatier avait réellement réfléchi à la compression indirecte ; mais il est clair aussi qu'il ne l'avait jamais vu appliquer. Supposera-t-on qu'il eût oublié en 1796 le succès qu'il avait obtenu en 1771, et dont Pelletan prétend s'être souvenu en 1810 ? Mais il est bien difficile de perdre le souvenir d'un fait aussi important que celui-là. On connaissait si peu d'exemples de guérison pour les anévrysmes cruraux ! Sabatier lui-même n'a-t-il pas écrit qu'avant lui l'anévrysme crural n'avait été opéré qu'une seule fois, et que cette opération unique avait été faite par Saviard (4) ? Il y a là deux erreurs en deux lignes (5), mais cela prouve du moins que Sabatier, considérant la guérison de l'anévrysme crural comme une chose excessivement extraordinaire, ne pouvait pas oublier les succès de ce genre qu'il aurait lui-même obtenus. Ajoutons à ces considérations que le 13 février 1773, il présida une thèse sur les anévrysmes du jarret, thèse où on ne trouve pas la moindre allusion à la compression indirecte (6), — que plus de vingt auteurs, ses contemporains, ont écrit sur la

(1) Sue (le jeune), *Mémoire sur l'anévrysme de l'artère crurale*, dans le *Journal de médec.*, suite de Vandermonde, 1776, t. XLVI, p. 175.

(2) Louis Piet, *Essai sur l'emploi de la compression, comme moyen préparatoire à l'opération de l'anévrysme*. Paris, an XI (1803), thèse in-8.

(3) Pelletan, *Clinique chirurgicale*. Paris, 1810, t. I, p. 149.

(4) *Journal de Sédillot*, t. XVI, p. 381.

(5) *Loc. cit.*, p. 389.

(1) *Loc. cit.*, p. 394.

(2) *Journal de médecine*, suite de Vandermonde, 1776, t. XLVI, p. 44, en note.

(3) Sabatier, *Médec. opérat.* 1810, t. I, p. 375. Ce passage est textuellement le même dans la 1[re] édition (1796).

(4) Sabatier, *Médec. opérat.*, 1[re] édit. Paris. 1796, in-8, t. III, p. 194.

(5) L'opération fut faite par Bottentuit, et non point par Saviard, qui n'a été que le narrateur. En outre, M. A. Severin et J. Trullus avaient fait la même opération avant Bottentuit, et depuis lors, en 1762, Guattani avait opéré par incision et guéri un nommé Félix Morel, atteint d'un anévrysme inguinal. Le fait fut publié en 1772 (Guattani, *De ext. aneurysmatibus*, hist. XV).

(6) *De poplitis aneurysmate*, thèse de Caron, présid. Sabatier, 13 févr. 1773.

compression des artères sans parler de l'observation que Pelletan lui attribua plus tard, — enfin que Boyer, quatre ans après la publication du livre de Pelletan, s'occupa assez longuement de la compression indirecte, en cita plusieurs observations, et ne dit pas un mot du prétendu fait de Sabatier, prouvant ainsi qu'il n'y croyait guère.

Au milieu de ces éléments contradictoires, il est bien difficile de se faire une opinion définitive. Il me paraît probable, toutefois, que Sabatier s'est effectivement occupé de la compression indirecte, qu'il a été conduit théoriquement à la considérer comme un moyen utile dans le traitement des anévrysmes, qu'il en a parlé peut-être dans son mémoire à l'Académie de chirurgie ou dans ses cours, au milieu de ses nombreux élèves. Deschamps et Pelletan ont ainsi pu recueillir sur cette méthode, de la bouche de leur maître, des documents plus précis que ceux que Sabatier a publiés lui-même. — J'accorde tout cela, mais j'avoue que je considère comme apocryphe le fait raconté par Pelletan. Séparé par un intervalle de quarante années de l'époque où ce fait est censé avoir eu lieu, Pelletan, qui ne parlait que d'après ses souvenirs, a très bien pu confondre une histoire avec une autre, comme cela lui est arrivé plus d'une fois, du reste, dans son mémoire sur l'anévrysme.

Or il se trouve précisément que Sabatier a publié une observation d'anévrysme *crural* qui n'a pas été sans influence, comme on le verra plus tard, sur les progrès de la méthode qui nous occupe. C'est ce qui me décide à en donner un extrait :

Obs. V (Sabatier) (1).—*Anévrysme faux consécutif de l'artère crurale. Opération par l'ouverture du sac. Application de deux tourniquets alternativement serrés et relâchés. Guérison.* — Un jeune homme de vingt-deux ans reçoit un coup d'épée à la partie supérieure et interne de la cuisse droite. Hémorrhagie abondante. La plaie se cicatrise. Formation ultérieure d'une tumeur pulsatile qui s'accroît sans cesse. On finit par se résoudre à l'opération, qui est pratiquée suivant la méthode de l'incision. Après avoir évacué les caillots, au lieu de lier l'artère au-dessus et au-dessous de l'ouverture, on applique sur cette ouverture une compression immédiate et directe avec des morceaux d'agaric recouverts d'une pyramide de compresses.

Jusqu'ici l'opération n'avait présenté rien de bien insolite, si ce n'est qu'avant d'inciser le sac, on s'était mis en garde contre l'hémorrhagie avec *deux* tourniquets analogues à celui de J.-L. Petit. *L'un de ces tourniquets comprimait le vaisseau dans le pli de l'aine, et l'autre un peu au-dessous.*

« Le malade remis dans son lit, je fis relâcher les deux tourniquets » avec l'intention d'en conserver un médiocrement serré. Les tourniquets » étaient relâchés l'un après l'autre, pour que la compression que j'exer» çais sur le trajet de l'artère ne se fît pas continuellement sur le même » point. Malgré cette attention, il se forma au-dessous du second une » escarre qui m'obligea d'y renoncer de bonne heure. »

Le malade eut quelques petites hémorrhagies, ce qui ne l'empêcha point d'être guéri au bout de deux mois.

Tout permet de croire que ce fait, resté comme un souvenir confus dans la mémoire de Pelletan, s'y mélangea avec les souvenirs plus confus encore qu'y laissèrent, quelques années plus tard, la compression indirecte et la ligature suivant la méthode d'Anel. Ainsi s'expliqueraient à la fois l'origine de l'observation que Pelletan attribue à Sabatier, et l'incohérence des réflexions qui l'accompagnent.

J'ai dû insister longuement sur cette discussion, afin de ne commettre aucune injustice dans la recherche d'une priorité qui vient d'acquérir depuis quelques années une grande importance. Or, la personne de Sabatier étant une fois hors de cause, la plus ancienne application de la compression indirecte proprement dite au traitement de l'anévrysme ne semble pas remonter plus haut que l'année 1785, époque où elle fut prescrite à Londres, dans un cas d'anévrysme fémoral, par plusieurs chirurgiens célèbres.

(1) Sabatier, *loc. cit.*, 1re édit., t. III, p. 104. La date n'est pas indiquée. Il est dit seulement que ce fut quatre-vingt-dix ans après l'opération faite par Saviard (ou plutôt par Bottentuit), laquelle eut lieu en 1688. Cela correspond conséquemment à l'an 1778 ; mais il est probable que le chiffre de quatre-vingt-dix ans n'exprime qu'une approximation, et que Sabatier a pratiqué son opération vers 1775. Cela expliquerait pourquoi, à la fin de cette année-là, il lut à l'Académie de chirurgie un mémoire sur l'anévrysme crural et sur la possibilité de le guérir.

Obs. VI (Ford) (1). — *Anévrysme fémoral. Compression de l'artère au pli de l'aine, devenant promptement intolérable ; six mois plus tard guérison spontanée de l'anévrysme.* — Jack Robson, 30 ans, consulte le 24 septembre 1785 pour un anévrysme de la cuisse gros comme une orange de moyen volume, avec œdème de la jambe et du pied. État général très grave. Ford prescrit le repos au lit, les laxatifs et la diète.

Ce fut alors que Jakson, Hawkins, Home, Howard et Hunter virent le malade. Ils furent tous d'accord avec Ford sur l'impossibilité de pratiquer l'opération. « On essaya cependant, de l'*avis unanime* des consultants, de faire » une compression sur l'artère à l'aine ; mais la douleur qui se fit sentir dans » le membre quand la compression fut assez forte pour modérer la pul» sation de la tumeur, nous obligea bientôt à renoncer à cette tentative. » La maladie fut alors abandonnée à la nature. » Le malade resta pendant longtemps dans un état fort grave. . . . « Au bout de six mois, pendant » lesquels je fus fréquemment appelé auprès de lui, il commença à » s'apercevoir que les pulsations étaient moins fortes et que la tumeur » avait cessé d'augmenter, car il l'avait mesurée régulièrement chaque » semaine. » Puis la tuméfaction, la douleur diminuèrent, les mouvements du jarret reparurent. Deux mois plus tard le malade allait assez bien pour être renvoyé dans son pays, où il se remit peu à peu. Au bout de trois mois il marchait très bien avec un bâton. Aujourd'hui il fait près de dix milles par jour sans la moindre fatigue. Il reste dans le jarret une tumeur dure et incompressible.

La compression de l'artère dans le pli de l'aine fut conseillée, d'un *avis unanime*, par six des principaux chirurgiens de Londres, sans qu'on puisse dire lequel d'entre eux en fit la proposition. Ce silence volontaire ne semble-t-il pas indiquer que l'idée de la compression indirecte était déjà répandue, quoiqu'elle n'eût encore été développée par personne ? En tout cas, la date de cette observation est bonne à noter. On croit assez généralement que la compression indirecte est fille de la méthode de Hunter ; or, ce fut seulement en décembre 1785, c'est-à-dire environ trois mois après la première tentative de compression indirecte, que John Hunter lia pour la première fois l'artère fémorale sur un malade atteint d'anévrysme poplité. Jusqu'à quel point Hunter avait-il influé sur la direction donnée au traitement chez le malade de Ford ? et jusqu'à quel point le souvenir de ce malade le guida-t-il plus tard dans le choix de son procédé ? C'est ce qu'il est bien difficile de dire. Quoi qu'il en soit, J. Hunter ne tarda pas à trouver une nouvelle occasion d'essayer la compression indirecte.

Obs. VII (John Hunter). — Un cocher, âgé de trente-cinq ans, était atteint d'un anévrysme poplité. La compression de l'artère fémorale fut d'abord tentée suivant un procédé qui n'est pas indiqué. La douleur qui en résulta fut si vive, que la compression ne put être continuée. Hunter se décida alors à lier l'artère fémorale. La tumeur anévrysmale s'ouvrit peu de temps après, néanmoins la guérison fut complète au bout de trois mois (2).

M. Bellingham prétend (3) que Hunter traita ainsi deux de ses *opérés*, et cite ensuite l'observation de Ford. Il porte ainsi à trois le nombre des malades sur lesquels la compression indirecte fut essayée à cette époque en Angleterre ; mais il a fait double emploi d'un fait unique. On n'a pas oublié que Hunter avait vu le malade de Ford. Il est naturel, par conséquent, que ce malade ait été mentionné par Ev. Home dans son mémoire sur l'anévrysme poplité (4). Faute d'y avoir regardé d'assez près, M. Bellingham n'a pas reconnu que le premier cas de Hunter était le même que celui de Ford ; et j'ai dû rendre à cette observation, publiée en deux endroits différents, son unité et son indivisibilité.

La compression indirecte n'avait eu que des insuccès en Angleterre. Or, précisément à la même époque, la chirurgie anglaise entrait en possession d'une opération très efficace contre l'anévrysme, et il était naturel qu'on ne donnât aucune suite à ces deux essais infructueux. Il est probable, par conséquent, que la compression eût été entièrement oubliée, si les chirurgiens français ne l'eussent étudiée, perfectionnée et érigée en méthode.

(1) *London Medical Journal*, 1788, vol. IX, part. II, trad. dans le *Journal de méd.*, suite de Vandermonde, 1789, t. 81, p. 244.
(2) Œuvres de John Hunter, trad. franç. Paris, 1843, t. III, p. 660.
(3) Bellingham, *Observ. on Aneurism*. London, 1847, p. 28.
(4) Œuvres de John Hunter, édit. cit., t. III, p. 664.

Il paraîtrait que la première application de la méthode qui nous occupe aurait été faite en France par Desault.

Obs. VIII (Desault) (1). « Desault avait voulu comprimer l'artère axillaire (2) sur la première côte pour un anévrysme du creux de l'aisselle. » Les souffrances qu'éprouva le malade l'obligèrent bientôt de renoncer à » son entreprise. »

La même observation est rapportée d'une manière un peu différente dans la thèse de Cailliot (3). « Dans un cas d'anévrysme vrai de l'artère » axillaire situé au-devant de l'extrémité humérale de la clavicule, » Desault avait imaginé de comprimer cette artère au-dessus de la tumeur, » au moyen d'un petit bâtonnet fixé par son extrémité supérieure contre » une planche qui était placée horizontalement au-dessus du lit, et appuyant » par son extrémité inférieure sur la face supérieure de la première côte, » derrière la clavicule. Le malade fut effrayé de cet appareil, et il quitta » l'hôpital de la Charité où il était alors, pour se rendre à l'Hôtel-Dieu. »

Ferrand, qui était alors chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, prit cet anévrysme pour un abcès, l'ouvrit, et perdit son malade en quelques minutes (4).

Que la compression de l'artère sous-clavière ait été essayée sans succès, ou que le malade ait refusé de s'y soumettre, cela importe assez peu. Il serait plus intéressant de connaître la date de cette observation. Or, tout ce que nous pouvons dire, c'est que cette date est comprise entre 1782, époque où Desault entra à la Charité, et 1788, époque où il quitta cet hôpital pour prendre à l'Hôtel-Dieu la place de chirurgien en chef laissée vacante par la mort de Ferrand. Nous ne pouvons savoir, par conséquent, si cette tentative de Desault fut antérieure ou postérieure aux tentatives faites à Londres et à la résurrection de la méthode d'Anel.

Il serait possible qu'Assalini eût fait allusion à l'observation précédente, lorsqu'il a dit : « J'ai *vu* comprimer, à l'aide d'une espèce » particulière de bandage, l'artère axillaire *au-dessus* de la clavi- » cule, dans un cas d'anévrysme de l'artère du bras (5). » Ce passage très laconique, ayant pour but d'établir certains faits tout à fait étrangers à l'histoire de l'anévrysme, ne jette presque aucune clarté sur notre question. Toutefois, si on lit ce qui précède et ce qui suit, on voit qu'Assalini a passé quelque temps à Paris en 1785, qu'il a assisté à deux opérations faites sur des anévrysmes par Desault au mois de juin de cette année, et qu'il a quitté la France avant le mois de décembre suivant, puisqu'il était à Londres le jour où J. Hunter fit sa première opération d'anévrysme poplité. Si, comme cela paraît assez probable, le malade dont parle Assalini est le même que celui de Desault, ce serait vers 1785, c'est-à-dire en même temps que Ford, ou avant lui, que Desault aurait pour la première fois essayé la compression indirecte ; mais on conçoit que ceci reste douteux.

Même incertitude sur la date d'une tentative analogue faite par Chopart. Ce chirurgien comprima une fois l'artère crurale sur la branche horizontale du pubis, pour guérir un anévrysme situé au-dessous. Ici encore, la douleur fut telle, qu'il fallut renoncer à l'usage de ce moyen (6).

On peut rapprocher des faits qui précèdent une observation tirée de la pratique de Vernet, chirurgien-major des armées de la République. Chacun sait que Brasdor, et Desault après lui, avaient conseillé, pour les anévrysmes trop rapprochés du tronc, de lier l'artère *au-dessous* de la tumeur. Cette idée n'avait pas encore été mise à exécution.

Obs. IX (Vernet) (7). Vernet, ayant à traiter un anévrysme de la partie supérieure de la cuisse, essaya de comprimer l'artère fémorale au-dessous de la tumeur, espérant que l'obstacle opposé par la compression au passage du sang permettrait au sang de la poche anévrysmale de se coaguler. Son attente fut trompée. La tumeur s'accrut rapidement ; ses battements devinrent plus forts ; toute l'extrémité inférieure commença à s'engorger, et il fallut renoncer à ce moyen. « La maladie fut abandonnée à la nature, » ce qui revient à dire que le malade mourut.

(1) Roux, *Médecine opérat.* Paris, 1813, t. II, p. 547.
(2) C'est la sous-clavière des modernes.
(3) Cailliot (René), *Essai sur l'anévrysme*, thèse in-8, Paris, an VII, n° 4, p. 84.
(4) Cailliot, *loc. cit.*, p. 18.
(5) Assalini, *Essai sur les vaisseaux lymphatiques*. Turin, 1787. N'ayant pu consulter le texte original d'Assalini, j'ai dû m'en rapporter à une traduction allemande donnée dans le *Sammlung auserlesener Abhandlungen*. Leipzig, 1792, in-8, Bd XV, Stück II, s. 179.
(6) Roux, *Méd. opérat.*, édit. cit., t. II, p. 547.
(7) Cailliot, *loc. cit.*, p. 79. — Boyer, *Malad. chirurg.*, 1re édit., t. II, p. 149.

La date est encore incertaine. Tout ce que nous savons, c'est que cette tentative de Vernet fut antérieure à la première opération pratiquée par Deschamps suivant la méthode de Brasdor, le 10 vendémiaire an VII (1er octobre 1798). J'en ai parlé à dessein, parce qu'on y trouve la preuve que désormais la compression indirecte n'était plus seulement empirique, mais que c'était un moyen raisonné, et qu'elle avait déjà la prétention de remplacer la ligature des artères.

Pour en finir avec les tentatives infructueuses qui se succédèrent jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, je citerai encore les deux faits suivants.

Obs. X (Thillaye) (1). — *Anévrysme poplité. Compression de l'artère fémorale au pli de l'aine. Insuccès. Guérison spontanée un an plus tard.* — Morel, imprimeur, entré en 1793 à l'hospice de l'École de médecine pour un anévrysme vrai de l'artère poplitée.

Pendant quatre mois, on tint le malade au lit : diète (4 onces d'aliments par jour, très peu de boissons) ; saignées de temps en temps.

Au bout de ce temps, « la tumeur étant toujours dans le même état, » on tenta la compression au pli inguinal avec le tourniquet monté sur un » brayer. Cette compression lui occasionna des douleurs si cruelles qu'il » ne put la supporter. »

Alors il quitta l'hôpital, et s'en alla chez lui où il garda le repos au lit. Au bout de six mois, les battements et le volume de la tumeur diminuèrent. Au bout d'un an, le malade commença à marcher avec un bâton, et bientôt il reprit sa profession d'imprimeur ; il se porta bien pendant six ans, et vécut jusqu'au mois de thermidor an VII, époque où il succomba à une fluxion de poitrine.

Obs. XI (Cailliot) (2). — *Anévrysme fémoral. Compression de l'artère dans l'aine. Insuccès.* « J'ai eu l'occasion de voir *il y a deux ans* un » homme qui était venu à Paris, pour y consulter sur une tumeur ané- » vrysmale qu'il portait à la partie supérieure et interne de la cuisse. Cette » tumeur commençait à environ quatre à cinq travers de doigt au-dessous » du pubis. Le malade consulta successivement trois praticiens des plus » distingués de la capitale.

» Le premier conseilla d'exercer une compression continuelle sur la » partie supérieure de l'artère fémorale, à l'endroit où elle appuie sur le » corps du pubis. Le malade suivit ce conseil, et il employa pour faire la » compression une espèce de brayer dont la pelote pouvait être relâchée » par un mécanisme analogue à celui du tourniquet ordinaire ; mais il s'en » trouva si incommodé qu'il fut bientôt obligé d'y renoncer ; il remarqua » surtout que le membre s'était sensiblement tuméfié pendant le peu de » temps qu'il en avait fait usage. »

Les deux autres consultants conseillèrent autre chose. On ne dit pas ce que le malade devint.

La thèse de Cailliot ayant été soutenue au mois de février 1799, c'est à la fin de 1796 ou au commencement de 1797 que l'observation précédente paraît avoir été recueillie. Il est fâcheux que l'auteur ait cru devoir taire le nom du chirurgien.

Jusqu'ici la compression indirecte avait été mise au moins sept fois en usage par des praticiens habiles, et elle n'avait encore donné que des insuccès. Ce résultat était propre à jeter du discrédit sur la nouvelle méthode, et il est même permis de croire que les chirurgiens se seraient plutôt découragés, sans une circonstance assez curieuse et qui n'est pas sans exemple dans l'histoire de l'art. Cette méthode de la compression indirecte, à laquelle la science n'était arrivée que graduellement, par des transitions presque insensibles, une sorte de hasard la fit sortir de toutes pièces de l'imagination empirique d'un malade ignorant ; et, chose plus remarquable encore, là où les Desault et les Hunter avaient échoué, la persévérance obstinée d'un homme désireux de guérir réussit d'une manière complète, tant est grande la puissance de la volonté !

Ce fait d'un nouveau genre ne fut publié qu'en 1795 ; mais la plupart des chirurgiens de Paris le connaissaient déjà depuis plusieurs années. Je le transcris presque textuellement.

(1) Hybord, *Dissertation sur l'anévrysme de l'artère poplitée.* Paris, an X (1803), thèse in-8, p. 30.
(2) Cailliot, *Thèse citée*, p. 89 et 90.

Obs. XII (Lassus) (1). — *Anévrysme poplité. Compression de l'artère fémorale. Guérison.* — Un homme âgé d'environ trente ans fut examiné en 1789 par Lassus et par plusieurs de ses confrères, lesquels trouvèrent sur lui, dans le creux poplité, une tumeur anévrysmale très évidente et grosse comme un œuf d'oie. « Cet homme, ayant essayé plusieurs fois de » faire cesser les battements de sa tumeur par une compression faite avec » la main, s'aperçut que les pulsations de l'artère en étaient augmentées » le long de la cuisse, et il apprit à connaître par là le trajet de l'artère » fémorale et son rapport avec la tumeur du jarret. Il conçut *de lui-même* » le projet de ralentir le cours du sang dans la tumeur par une compres- » sion méthodique faite sur un point de l'artère fémorale. Pour cet effet, » il remplit de cendre un sachet de toile de la forme d'un carré long, » aux angles duquel étaient cousues quatre bandes de toile. Cette espèce » de pelote fut appliquée sur l'artère vers la partie supérieure et moyenne » de la cuisse, et retenue par les bandes qui entouraient plusieurs fois le » membre. A cette *compression*, le malade ajouta l'*application* d'un » sachet de sel marin sur sa tumeur anévrysmale. »

Le malade, grand théoricien, à ce qu'il paraît, attachait sans doute quelque importance à cette application de sel marin. De plus, il s'imagina qu'il guérirait mieux en faisant beaucoup d'exercice. Après avoir serré son appareil jusqu'à ce qu'il éprouvât un léger engourdissement de ce membre, il se mit à marcher chaque jour bien plus qu'il ne le faisait avant sa maladie. « L'événement fut si heureux que le malade fut radicalement » guéri dans l'espace de huit mois. »

Cette guérison fut constatée par Lassus et plusieurs autres professeurs de l'École. Le creux poplité était élargi et excavé. En l'explorant avec le doigt, on y rencontrait, vers le milieu du trajet ordinaire de l'artère poplitée, un noyau très dur, de la grosseur du bout du doigt. L'artère poplitée elle-même était positivement oblitérée dans toute son étendue. La maigreur du sujet permit en effet de s'assurer qu'il n'y avait dans la région du jarret aucun tronc vasculaire pulsatile.

Le malade vécut encore quinze mois, se livrant impunément aux exercices les plus pénibles. Au bout de ce temps, il mourut d'une autre maladie. L'autopsie ne fut pas faite.

Après avoir cité le fait qui précède, Lassus se demande si la guérison a été due à la seule compression. Il répond que cela n'est nullement probable, et que ce serait plutôt un cas de guérison spontanée. Toutefois il ne tarde pas à s'apercevoir que cette interprétation est tant soit peu arbitraire; de telle sorte qu'un peu plus loin, en résumant le traitement de l'anévrysme, il propose, avant d'en venir à l'opération sanglante, de tenter la guérison par le repos, les saignées répétées et le régime antiphlogistique, en ayant soin « de faire *avec le tourniquet*, sur le trajet de l'artère fémorale, une compression *modérée, mais capable de ralentir le cours du sang* (2). »

La méthode se trouvait ainsi formulée pour la première fois. Pour la première fois, un auteur didactique conseillait de comprimer avec un tourniquet l'artère au-dessus de l'anévrysme, sans exercer de compression directe sur la tumeur. C'était déjà quelque chose; mais ce qui était important, ce qui était propre à faire réfléchir, malgré le peu de cas que Lassus avait paru en faire, c'était l'exemple à côté du précepte, et le fait de guérison à côté de l'énoncé du traitement. Désormais les chirurgiens avaient un jalon devant les yeux. Surtout, ils savaient une chose que la science n'avait pas devinée et que la patience d'un malade avait seule mise en lumière; ils savaient qu'il ne suffit pas de comprimer l'artère; que la compression, pour être efficace, doit être employée avec persévérance, et que la guérison peut se faire attendre pendant plusieurs mois, sans qu'on doive pour cela perdre tout espoir.

Les choses en étaient là, lorsque, au commencement de ce siècle, un malade, atteint d'anévrysme poplité, réunit en consultation les principaux chirurgiens de Paris : Deschamps, Dubois, Pelletan et Boyer. La compression de l'artère fémorale fut conseillée. Eschards, chirurgien ordinaire du malade, dirigea le traitement avec habileté, et, après onze mois de persévérance, la guérison fut obtenue. Ce fait eut un très grand retentissement, et c'était justice; car c'était le premier succès officiel de la nouvelle méthode. Mais ce qui est au moins étonnant, c'est que personne n'ait daigné en publier l'histoire complète. Il en est résulté que tout le monde en a parlé, les uns par souvenir, les autres par ouï-dire; qu'il s'est glissé mainte contradiction dans ces narrations différentes, et que nous ne savons même pas exactement dans quelle année la chose a eu lieu. Ces reproches ne s'appliquent pas à Eschards, qui avait adressé à la Société de médecine de Paris l'observation détaillée de son malade. Malheureusement le comité de rédaction mit de côté cette observation précieuse, et préféra publier à la place l'analyse plate et vague qu'en donna Deschamps dans un rapport dont j'ai déjà eu l'occasion de parler. Quelque insuffisante que soit cette analyse, c'est elle qu'on devra surtout consulter, parce qu'elle a du moins l'avantage d'avoir été rédigée d'après des documents écrits et par un homme qui avait lui-même vu le malade. Mais on pourra profiter aussi de quelques renseignements fournis par les autres auteurs. C'est ce que je me suis efforcé de faire, en puisant à toutes les sources, et en ayant soin d'éliminer plusieurs détails évidemment erronés. Je crois avoir ainsi réussi à rendre cette observation plus complète et plus exacte qu'elle ne l'était jusqu'ici.

(1) Lassus, *Méd. opérat.*, 1re édit., Paris, an III de la République, t. II, p. 452.
(2) *Loc. cit.*, p. 461.

Obs. XIII (Eschards) (1). — *Anévrysme poplité. Compression de la fémorale avec un tourniquet. Guérison en onze mois.* — Léonard, trente-huit ans, marchand épicier demeurant rue et île Saint-Louis, bien constitué et bien portant. Une tumeur dont les premiers symptômes datent déjà d'un an, s'est développée sans cause connue dans le centre du creux poplité. Elle est grosse comme un petit œuf de poule; elle est le siége de fortes pulsations que l'on constate même à la vue. Il n'y a dans le membre correspondant ni lassitude, ni douleur, ni gonflement œdémateux.

Deschamps, Pelletan, Dubois et Boyer appelés en consultation, constatèrent la maladie et conseillèrent la compression *à l'unanimité*. On employa d'abord le bandage de Theden, mais on y renonça bientôt pour comprimer l'artère fémorale avec un tourniquet. « M. Eschards se servit » à cet effet d'un demi-cercle de fer dont une des extrémités portait un » coussin destiné à être placé à la partie diamétralement opposée à l'ar- » tère, et l'autre, appliquée immédiatement sur un point de l'extrémité » inférieure de la crurale, était surmontée d'un tourniquet semblable à » celui de J.-L. Petit. Ce tourniquet agissait sur l'artère et la comprimait » à volonté; cependant la compression n'était point constante, le malade » la graduait suivant qu'il éprouvait plus ou moins de douleur et d'en- » gourdissement; souvent même, quand elle devenait insupportable, il la » suspendait entièrement pendant quelques minutes. Pour remédier à » cette difficulté de supporter la compression, on tenta d'en changer » le point, et de la porter à la partie supérieure de la fémorale; mais la » pression au-dessus de la profonde gênant la circulation, on y renonça » aussitôt. »

Le traitement fut constamment dirigé par Eschards : Le malade fut tenu au lit, on fit sur l'anévrysme de fréquentes applications froides. — Deguise vit plusieurs fois le malade en présence d'Eschards : « Le tourni- » quet, dit-il, ne quittait point la cuisse, et plusieurs fois dans la journée, » le malade le serrait assez pour suspendre les pulsations; quand l'en- » gourdissement devenait fatigant, il relâchait le tourniquet. » — Au bout de onze mois les pulsations cessèrent, la tumeur commença à diminuer; un mois plus tard elle était réduite au volume d'une noisette; la guérison fut complète et se maintint. Les battements de l'artère fémorale étaient affaiblis, Deschamps pensa que ce vaisseau avait été oblitéré au niveau du point comprimé, c'est-à-dire au niveau de l'anneau du troisième adducteur.

Deschamps ne donne dans son rapport aucune indication quelconque sur la date de cette observation. Tous ses contemporains ont gardé la même réserve. Aujourd'hui il n'est possible d'établir cette date qu'approximativement. Ce qui est certain, c'est que l'observation d'Eschards fut déposée à la Société de médecine au plus tard le 15 floréal an X (28 avril 1802), puisqu'elle fut inscrite sous le n° 702 (2), et que la pièce n° 703 fut lue ce jour-là par Cadet de Vaux (3). D'un autre côté, la durée du traitement avait été de douze mois. Nous arrivons donc à cette certitude que la cure fut entreprise au plus tard dans le premier trimestre de 1801. J'ai dû établir cette date, jusqu'ici négligée, parce que M. Bellingham a donné comme antérieure à la précédente une observation de Blizard, qui ne remonte pas plus haut que le mois de décembre 1801.

(1) Rapport de Deschamps dans le *Journal de Sédillot*, t. XVI, p. 375 (avril 1803). — Piet, *Essai sur l'emploi de la compression, etc.*, thèse inaug., Paris, 1803, in-8, p. 42. — Richerand, *Nosogr. chirurgic.*, 1re édit., Paris, 1806, t. III, p. 83. — Pelletan, *Cliniq. chirurg.*, 1810, t. I, p. 115, en note. — Boyer, *Malad. chirurg.*, t. II (1814), p. 204. — Deguise, *Dissertation sur l'anévrysme*, thèse de Paris, 1er messidor an XII (1804), in-4, p. 45.
(2) *Journal de Sédillot*, t. XIV, p. 472.
(3) *Id.*, t. XIV, p. 257.

Quoi qu'il en soit, la compression indirecte venait d'acquérir droit de cité dans la science. Pour la première fois elle avait donné un succès réellement chirurgical. A partir de ce moment, tous ceux qui écrivirent sur l'anévrysme firent mention de cette méthode. La plupart d'entre eux parlèrent du malade d'Eschards. Seulement, le vague de la description de Deschamps ouvrit la porte à plus d'une inexactitude et laissa le champ libre à l'imagination des chroniqueurs. Piet attribua tout le mérite de la cure à Dubois, qui, suivant lui, proposa la compression et fournit *au malade* l'idée du bandage qui fut mis en usage. Deguise changea quelque peu la forme de l'appareil, dont il fit un cercle au lieu d'un demi-cercle. Richerand en fit un ressort élastique analogue aux bandages herniaires. Jusque-là c'était peu; mais Richerand ne s'arrêta pas en si beau chemin: il fit intervenir la diète et onze saignées, dont personne avant lui n'avait parlé. Surtout, il prétendit que le malade s'était guéri *lui-même* sans le conseil de personne. Enfin, la modification la plus remarquable que cette histoire ait subie s'observe dans le livre de Boyer. Le fait y est tellement défiguré, que, si l'on se contentait de le comparer à l'observation originale, sans en rapprocher les descriptions intermédiaires qui jouent ici le rôle de traits d'union, on croirait qu'il s'agit de deux malades différents.

Boyer commence par supprimer tout à fait la personne d'Eschards. Cette élimination une fois faite, il raconte que, dans une consultation à laquelle il assista avec Deschamps, Pelletan et Dubois, on conseilla au malade la compression au-dessus de la tumeur. La suite de l'observation est trop précieuse pour ne pas mériter d'être textuellement citée: « Le malade, ayant goûté nos conseils, devait être confié à une per- » sonne de l'art, pour mettre à exécution le plan de traitement que » nous venions de lui donner; mais *un serrurier de sa connaissance* » lui ayant fait l'éloge d'une machine que son père *avait imaginée* » pour lui-même *dans un cas semblable*, et qui lui avait parfaitement » réussi, il voulut essayer lui-même cet instrument, qui était une es- » pèce de *tourniquet* assez ingénieusement fait. Onze mois de compres- » sion suffirent pour obtenir la guérison radicale... » L'histoire se complique de plus en plus! Il y a au moins trois malades qui ont concouru à la génération de cette fable. L'épicier Léonard n'a fourni que son anévrysme. Le père du serrurier, serrurier lui-même apparemment, ressemble fort à ce malade dont Lassus nous a transmis l'histoire, et qui inventa, comme on l'a vu, la méthode de la compression indirecte. Si grande est la ressemblance, qu'on est tenté de se demander si le malade de Lassus n'aurait pas, par hasard, été serrurier aussi. Cet homme, qui, en 1789, avait déjà trente ans, pouvait, à la rigueur, avoir un fils serrurier en 1801. Malheureusement, le sachet de cendres dont il s'était servi ne peut être comparé, ni de près, ni de loin, au tourniquet si pieusement conservé par le fils de son Sosie. En vérité, lorsqu'on cherche parmi les individus dont les observations ont été recueillies avant la publication du livre de Boyer, on n'en trouve qu'un seul qui offre quelque analogie avec l'ingénieux *serrurier* qui nous occupe: c'est le *forgeron* que Brückner guérit d'un anévrysme poplité par la compression exécutée à l'aide d'un *tourniquet*. De serrurier à forgeron la distance est moindre que de Gotha à Paris, de l'allemand au français, et de 1797 à 1814. Ce vague souvenir d'une chose qu'on lui avait racontée, mêlé au souvenir tout aussi vague d'une autre histoire qu'il avait lue dans Lassus, s'était groupé dans la mémoire de Boyer autour d'un troisième fait qu'il avait vu lui-même en passant. Le tourniquet du premier malade, appliqué suivant les principes du second, avait guéri l'anévrysme du troisième! Si l'on cherchait bien, on trouverait dans l'histoire de l'art plus d'une légende analogue à celle-là.

(La suite à un prochain numéro.)

III.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

L'article de M. Follin sur le *double chancre induré* soulève plusieurs questions graves, l'une de critique expérimentale, l'autre de logique médicale, une troisième de doctrine syphiliographique. Permettez-moi, non pas de les traiter, il faudrait pour cela, sinon un volume, au moins un numéro tout entier, mais de les toucher successivement. Ce sera répondre à votre obligeante initiative ainsi qu'à l'effusion toute confidentielle de mon excellent ami Vénot.

Et d'abord, ce fait raconté par M. Follin prouve-t-il réellement que son malade ait réellement *contracté deux chancres indurés* à trois ans d'intervalle? On peut le contester, et voici, quant à moi, comment les choses me semblent s'être passées dans le cas qu'il cite. L'individu prend un chancre induré en 1850; un traitement mercuriel très énergique de sept semaines éloigne, retarde l'éclosion des symptômes secondaires; il quitte l'hôpital *avec une cicatrice indurée*. Trois ans après, la diathèse assoupie, mais non vaincue, se réveillant par une cause quelconque, l'induration, restée en germe, redevient plus prononcée (1); que, à ce moment, un coït impur ait lieu, ce sera à l'endroit moins souple que les autres qu'une excoriation se fera de préférence, et qu'un nouveau chancre viendra s'implanter, et, par le fait, le texte même de l'observation nous apprend que le second ulcère primitif « est situé dans un point qui correspond parfaitement à celui qu'occupait le premier. »

Remarquez maintenant que l'examen du dernier chancre n'a pu être institué par M. Follin que deux mois après son début, alors qu'il était en voie de réparation; et dites si, même pour l'observateur le plus exercé, ce chancre, sans être induré par son origine, mais reposant sur une base déjà indurée, n'a pas pu mentir une induration de source nouvelle.

Mais oubliez-vous, me dira-t-on, que si ces deux chancres occupaient effectivement le même point du prépuce, l'un était sur la peau, l'autre sur la muqueuse? Non, certes; mais je n'oublie pas non plus que le premier en date fut qualifié de *térébrant* induré; ce qui autorise à présumer que s'il n'a alors percé la peau, il l'approche du moins d'assez près pour étendre jusqu'à la couche sous-cutanée l'induration de sa base; et je vois en effet que l'induration constatée la seconde fois est décrite par M. Follin comme ayant gagné toute l'épaisseur du prépuce.

Mais, ajoutera-t-on peut-être, M. Ricord conteste le premier chancre induré; vous niez, vous, le second. Mettez-vous pour le moins d'accord; car il ne peut dépendre d'aucune critique, si habile qu'elle soit, de faire que ce malade n'ait pas eu, pour le moins, un chancre induré? — M. Ricord, répondrais-je, peut avoir raison et moi tort; tout comme le contraire est possible. En fait d'interprétation, ni lui, ni moi, qui n'avons rien vu, n'avons la prétention de substituer notre compétence à celle du médecin qui a pu observer par lui-même. Peut-être quelque circonstance que M. Follin tient en réserve invalidera-t-elle ou l'explication de mon maître ou la mienne, ou même toutes les deux. J'ai seulement présenté la version qui, à mes yeux, rend compte avec plus de vraisemblance des détails du fait; et, quoique sans parti pris, je m'y tiens jusqu'à ce qu'on m'en démontre la fausseté.

En effet, et c'est le second point que je veuille aborder, c'est en vain qu'on voudrait passionner ce débat, c'est en vain qu'on voudrait accuser M. Ricord et son école de s'obstiner dans la négation systématique des faits de ce genre qu'on lui oppose. Dût le cas de M. Follin prendre rang parmi les exemples de double vérole successive (ce que je n'accorde point), la *loi de l'unicité* en serait-elle ébranlée? Non, car les observations qui en confirment, au contraire, la justesse, se multiplient au gré, pour ainsi dire, du praticien qui veut prendre la peine seulement de faire appel à sa mémoire, et s'ils ne se comptent pas, c'est que, en vérité, on a aussi, et depuis longtemps déjà, renoncé à compter ceux qui, dûment vaccinés, échappent à l'infection variolique. Tranquille dans sa force, la *loi d'unicité* peut donc défier des exceptions même nombreuses et plus probantes que celle de M. Follin. Elle restera l'expression, sinon univoque, du moins la plus générale, et à ce titre le meilleur guide du praticien. Si elle n'a pas encore songé à exhiber de statistique, elle a des garanties non moins puissantes, l'assentiment des syphiliographes aussi compétents par l'habitude du diagnostic que par l'étendue et la *durée* (2) de leur pratique spéciale, MM. Ricord, Puche, Vénot, Bassereau, Melchior Robert, etc. Si j'ose parler, à la suite, de mes onze ans d'exercice public et privé, c'est que, dissident sur quelques points d'avec les doctrines de mon maître, mon adhésion franche et explicite à cet égard donnera peut-être, pour les hommes impartiaux, plus de valeur à mon témoignage.

Mais il se révèle parmi les *exceptionnalistes* une singulière tendance, qu'il importe d'éclairer. Sous prétexte qu'ils ne demandent place que pour un pauvre petit fait, ces messieurs voudraient l'imposer. Eh quoi,

(1) Cet effet, qu'on pourrait figurément appeler *réflexe* de la diathèse au moment où elle passe de l'état de puissance à celui d'action, n'est ignoré d'aucun syphiliographe expérimenté. M. Bassereau, dans ces derniers temps, l'a signalé d'une manière très claire.

(2) M. Follin voudra bien ne pas prendre le mot en mauvaise part. S'il a trop de courtoisie pour douter de la mienne, il a surtout trop de sens pour ne pas comprendre que, dans une question à juger par des souvenirs cliniques, l'âge constitue une condition dont on ne saurait méconnaître l'importance.

nous répètent-ils sur tous les tons, vous admettez en principe les exceptions; et lorsqu'on vous en présente une, vous refusez de l'accepter. Ne nous laissons pas prendre à ce reproche. Parmi les faits négatifs comme parmi les positifs, il en est de valables et d'autres qui ne le sont point : faudra-t-il, parce que ces derniers émanent d'une minorité, les affranchir de la commune mesure que le droit d'examen impose à toutes les preuves de ce genre? une telle concession serait-elle digne de la science, digne d'adversaires qu'on estime?... Ne commettons pas cette faute; sachons, tout en maintenant la porte ouverte, la refuser aux faits qu'une critique large et consciencieuse a reconnus indignes d'y pénétrer.

Mais je veux aller plus loin. Je suppose le cas de M. Follin pur de toute objection; je suppose que beaucoup d'exemples semblables aient été recueillis, infirmeraient-ils la *loi d'unicité?* Pour moi c'est encore là une question. En effet, les termes dans lesquels cette loi se formule sont les suivants : *Un individu ne peut pas contracter deux fois la vérole constitutionnelle.* Or, l'induration du chancre primitif annonce, il est vrai, que la vérole éclatera, mais est-elle, à elle seule, la vérole même? n'en serait-elle pas plutôt, et seulement, un signe avant-coureur? Ce qui me porterait *maintenant* à le croire, c'est que le mercure donné dès le début de cette induration, et avant que les symptômes constitutionnels aient éclaté, peut retarder leur apparition, mais ne l'empêche point; tandis qu'il les guérit, au contraire, si l'on attend pour l'administrer qu'ils se soient manifestés. Donc, l'état pendant lequel le remède se trouve insuffisant doit différer de celui pendant lequel il montre son efficacité. Ce sont deux situations qui ont de la ressemblance; peut-être deux périodes successives de la même disposition dyscrasique; ce ne sont point deux conditions de nature identique.

Ces doutes (car en fait d'induration et de sa véritable signification pathogénique, je doute encore; je doute d'autant plus que j'y ai plus pensé) s'appliquent naturellement, ce me semble, à toutes les observations, semblables à celles de M. Follin, où il ne s'agit pas chez le même individu de deux éclosions successives de symptômes constitutionnels, mais d'une de ces éclosions, puis d'un chancre induré. Si l'induration n'est qu'un prélude, peut-elle, doit-elle être considérée comme un tribut assez largement payé par l'individu à la diathèse pour le dispenser ultérieurement d'un second? Considéreriez-vous un homme qui n'aurait offert que des prodromes de la rougeole, de la variole, comme aussi assuré contre une récidive que celui chez qui l'éruption a suivi toutes ses phases? En deux mots, est-il déraisonnable de penser que la réceptivité syphilitique puisse tantôt s'épuiser tout à fait, tantôt s'atténuer seulement par une première atteinte, selon que celle-ci a été forte ou faible?

Je sais que M. Ricord a été plus loin que moi, qu'il a regardé comme suffisant à ruiner son dogme les faits de double chancre induré successif. Qu'il ait été en ceci mû par le désir de hâter la vérification expérimentale de l'*unicité*, qu'il maintienne ou retire aujourd'hui cette concession; que je sois ou non désavoué par lui sur ce point : ce sont là des questions accessoires qui s'éclairciront par un mot, mais auxquelles on comprendra que je n'avais point à sacrifier l'opportunité qui se présentait d'agiter les problèmes dont le public médical est en ce moment préoccupé.

Je suis volontairement resté indifférent à la question de forme. Si le nom de M. Ricord est forcément mêlé à tous les débats en semblable matière, ce n'est point sa faute. S'il sent un peu vivement ce que lui commandent les intérêts de sa doctrine, ce ne peut être un tort sans excuse. En pareille situation, qui de nous s'engagerait à garder toujours la modération si facile à celui qui se contente du rôle de critique? Qui oserait répondre de distinguer constamment, chez un adversaire, le mobile véritable de l'intention secrète? Pour moi, je ne veux ici incriminer ni un seul homme, ni une seule parole; mais ce que je sais, c'est que, en présence des services rendus par l'honorable chirurgien de l'hôpital du Midi, toute légèreté de style s'éteindrait spontanément sous ma plume reconnaissante; ce que je sens profondément, c'est que, dans les rares occasions où il se rencontrera entre nous quelque dissidence sérieuse, je désavouerais ma pensée si son expression venait à trahir en moi autre chose qu'un respect et une admiration sans bornes pour l'illustre créateur de la syphiliographie comme science.

Agréez, etc. P. DIDAY.

IV.

REVUE CLINIQUE.

Néphrite albumineuse chez un enfant de quatre ans, développée à la suite de la coqueluche et de la teigne faveuse; varioloïde concomitante; anasarque; ascite; traitement par les purgatifs et les diurétiques. Guérison.

La néphrite albumineuse est une maladie qui n'est pas rare dans le premier âge, qu'elle soit primitive ou secondaire. Lorsqu'elle se présente à l'état aigu, la guérison en est généralement plus prompte et plus facile que chez l'adulte, lorsqu'aucune autre affection ne vient en contrarier la marche, et surtout quand il n'y a pas complication d'encéphalopathie albuminurique. Malheureusement l'absence de complications est extrêmement rare chez les enfants, et le pronostic est souvent aggravé par l'apparition d'affections intercurrentes. Dans l'exemple qui va suivre, et que nous devons à l'obligeance de M. Roger, on verra une néphrite aiguë fébrile compliquée d'une varioloïde, et succédant d'ailleurs à deux maladies qui avaient débilité la constitution du petit malade, la coqueluche et la teigne faveuse, se terminer cependant par une guérison complète, après quinze jours de traitement.

Obs. — Baron (Adolphe), âgé de quatre ans, d'une constitution forte, est admis le 28 juillet 1853 à l'*Hôpital des enfants malades*, dans le service de M. Roger, pour y être traité de la teigne faveuse et d'une coqueluche peu intense. A la disparition de l'éruption, les plaies donnèrent une suppuration abondante, et il survint un engorgement des ganglions cervicaux. La santé générale était bonne, il se promenait dans les cours et mangeait avec appétit, lorsque vers le milieu du mois de septembre, il fut pris de cette adénite cervicale qui s'accompagna de fièvre. Il n'était pas encore complétement rétabli, lorsque le jeudi 6 octobre, on remarqua une enflure légère de la face avec un peu de fièvre seulement vers le soir, et sans autre accident d'ailleurs. Pendant les trois jours précédents le temps avait été pluvieux; l'enfant était sorti dans les cours, et l'on n'a pu savoir depuis s'il avait été mouillé ou s'il s'était simplement refroidi.

Le 7 octobre, la bouffissure de la face persiste, les extrémités inférieures sont œdématiées, il y a de la fièvre, de la chaleur à la peau, constipation, aucun autre phénomène morbide. (Chiendent nitré.) Dans la nuit du 7 au 8 octobre, vomissements abondants et répétés de matières verdâtres. Samedi, 8 octobre, l'anasarque se développe de plus en plus; les paupières œdématiées permettent à peine d'apercevoir les yeux, les membres tuméfiés ont pris une forme arrondie; la peau offre une coloration d'un blanc mat et une chaleur très prononcée. Une vingtaine de pustules de varioloïde, plus ou moins avancées dans leur développement, sont disséminées çà et là sur tout le corps, et principalement sur le ventre; le pouls est accéléré (144 pulsations); dyspnée sans râle (l'enfant toussait encore les jours précédents par suite de la coqueluche dont il était affecté depuis six semaines). Il n'y a pas de sérosité apparente dans les diverses cavités. Langue sale, gonflement des amygdales, pas de pustules dans la cavité buccale; il y a eu deux garderobes pendant la nuit; les urines sont peu abondantes (40 ou 45 grammes au réveil), jumenteuses; elles fournissent un précipité abondant par la chaleur et par l'acide nitrique. (Chiendent nitré.)

Le 8 octobre au soir, l'enfant est pris d'un accès de suffocation assez semblable à une quinte de coqueluche avortée, avec des palpitations très fortes; ces accidents se reproduisent à trois ou quatre reprises différentes dans la soirée. (Potion avec la digitale.)

Les jours suivants, l'anasarque fait des progrès : il s'y joint un peu d'ascite. La varioloïde offre dans sa marche des irrégularités qui lui sont habituelles; quelques pustules sont déjà desséchées quand d'autres se montrent à peine. La fièvre continue. En raison d'un peu de matité à la base des poumons, avec faiblesse du bruit respiratoire, on prescrit le 10 une saignée, mais qui n'a pas été pratiquée. Dix sangsues sont appliquées aux lombes, mais ne donnent que peu de sang. L'emploi de la digitale est continué; les urines, dont la quantité a sensiblement augmenté, sont analysées de nouveau : additionnées d'acide nitrique, elles donnent un précipité peu abondant qui ne se redissout pas par la chaleur. A une seconde épreuve, traitées d'abord par l'acide nitrique, puis par la chaleur, elles ne donnent pas de précipité, mais elles prennent une teinte rose groseille; dans cet essai la non-formation du précipité doit s'expliquer par la présence d'un excès d'acide nitrique; la coloration est due probablement à la réaction de l'acide nitrique sur l'acide urique. Dans une troisième expérience, l'urine, qui est louche, s'éclaircit à une chaleur modérée, mais à l'ébullition elle se trouble et donne un précipité considérable de flocons albumineux. En résumé, ces urines ne contiennent qu'une faible proportion d'albumine.

A partir du 11 on a recours à l'usage du calomel (5 centigrammes) et de la scammonée (50 centigrammes). Le 13, on remplaça le calomel par l'aloès; des garderobes peu abondantes ont lieu. Les urines, qui avaient d'abord augmenté de quantité, puis étaient redevenues rares, malgré la continuation de la digitale, sont rendues de nouveau avec plus d'abondance; l'anasarque diminue; l'ascite disparaît graduellement. Le 12, on ne trouvait plus d'albumine dans l'urine; l'acide nitrique et la chaleur, loin de la troubler, la rendaient plus transparente, mais le 14, en prolongeant davantage l'ébullition, on obtient un précipité évidemment albumineux.

Le 15, l'anasarque, sans cause appréciable, a un peu reparu; la face

est un peu enflée. On constate qu'il n'y a aucun épanchement dans les cavités. L'urine, examinée de nouveau, ne donne qu'une très faible proportion d'albumine. Cette recrudescence des accidents se continue le lendemain ; la fièvre, qui était complétement tombée, se rallume ; mais le surlendemain une nouvelle amélioration se manifeste, et en même temps l'albumine ne se montre plus. Après quelques faibles variations encore dans la bouffissure de la face, la guérison paraissait tout à fait consolidée à la fin du mois. Il est à noter que les purgatifs n'avaient pas été continués depuis le 13, et que l'enfant, loin d'avoir des selles abondantes, était resté constipé.

Dans l'observation qui précède, une des premières choses qui frappent l'attention, c'est de voir deux maladies, développées à peu près en même temps chez le même sujet, parcourir toutes leurs périodes sans exercer l'une sur l'autre d'influence réciproque. La varioloïde, maladie secondaire indépendante de la néphrite, ne paraît avoir eu d'autre action sur celle-ci que d'augmenter peut-être légèrement le mouvement fébrile, habituellement peu intense dans la néphrite simple. Une circonstance fâcheuse et de nature à rendre le pronostic inquiétant dans le cas qui nous occupe, c'était l'affaiblissement de la constitution du sujet par une coqueluche non encore terminée, et la teigne faveuse, suivie elle-même d'une suppuration abondante et d'une adénite cervicale. Sous le rapport de l'âge, nous ferons observer que, d'après les observations de MM. Rilliet et Barthez, l'albuminurie est très peu commune au-dessous de cinq ans ; cependant M. Vigla a eu occasion de l'observer chez un enfant de quelques semaines. La marche de la maladie a été normale ; l'anasarque est apparue d'abord, et, à une époque plus éloignée du début, l'ascite, comme cela a lieu habituellement. Les vomissements bilieux, la constipation, appartiennent aussi aux phénomènes ordinaires de la néphrite. Il n'y a eu aucun trouble du côté des organes de la vision, ce qui n'a guère lieu que dans la maladie de Bright à forme chronique, chez les enfants du moins. Les accidents cérébraux, la méningite, l'hydrocéphalie albuminuriques, si fréquents et si redoutables dans la néphrite qui succède à la scarlatine, n'ont jamais été à craindre chez notre petit malade. La sécrétion urinaire, peu abondante au début, a augmenté avec la diminution de l'intensité de la maladie ; l'albumine a cessé de se montrer dans les urines avant que l'infiltration du tissu cellulaire se fût dissipée, ce qui n'est pas le cas le plus ordinaire. Peu après la disparition de l'albumine dans les urines, l'œdème s'est dissipé d'une manière définitive après quelques oscillations. Le traitement a consisté dans une émission sanguine locale et les purgatifs combinés avec l'emploi des diurétiques, le nitrate de potasse à dose assez élevée, 1 à 2 grammes, et la digitale. Le résultat a été complétement satisfaisant (1).

Maintenant, la néphrite est-elle ici une affection aiguë ou secondaire ? Nous avouerons que nous avons hésité à la qualifier du nom de primitive. M. Rayer fait remarquer, dans son *Traité des maladies des reins*, que plusieurs auteurs ont cité des cas d'hydropisie survenus après la répercussion des dartres ; malheureusement, dans ces cas, la nature ou le caractère de l'hydropisie n'ont pas été déterminés ; de plus, l'examen des urines n'a pas été fait, ce qui infirme la valeur de ces faits. D'autre part, on a mis l'anasarque au nombre des complications de la coqueluche. Parmi les auteurs qui ont exprimé cette manière de voir, se trouvent Rosen, Joseph Frank, et, plus récemment, M. le docteur Lombard ; mais ici, comme dans le premier cas, on n'a pas tenu compte de la nature des urines, de sorte qu'il n'est pas permis d'avancer que la néphrite puisse être consécutive à la coqueluche.

La première supposition, celle qui consiste à considérer la néphrite comme consécutive à la teigne faveuse, paraît avoir une plus grande importance. La néphrite n'est survenue qu'après la disparition de l'éruption, une suppuration abondante et une adénite cervicale à peu près entièrement dissipées. Ne peut-on pas supposer qu'il y a là une relation de cause à effet, et cette cause ne peut-elle avoir exercé autant d'influence que l'impression passagère du froid humide ? C'est une réflexion que nous soumettons à la sagacité de ceux qui auront bien voulu nous lire. M. Rayer cite dans son livre des exemples de néphrites survenues à la suite de maladies de peau autres que la scarlatine, telles que le psoriasis, l'eczéma impétigineux, l'érysipèle gangréneux, etc. MM. Rilliet et Barthez rapportent une observation de néphrite consécutive à une éruption mêlée d'eczéma, d'impétigo et de lichen. La néphrite aiguë ou chronique peut certainement se développer, surtout chez les individus débilités, sous la seule influence du froid et de l'humidité, en dehors de toute affection de la peau aiguë ou chronique, mais nous pensons qu'il y a ici un rapport et non pas une simple coïncidence entre la suppression de la maladie du cuir chevelu et l'apparition de l'albuminurie.

(1) Faisons remarquer incidemment que la maladie fébrile intercurrente n'a ni suspendu, ni guéri la coqueluche, ni même manifestement modifié les quintes.

Cancer d'une grande portion de la langue. — Amputation de toute la partie malade.

Obs. — Le nommé Mousacré, âgé de soixante-six ans, ancien militaire, fort bien conservé, raconte avoir éprouvé depuis quelque temps des douleurs dans la partie gauche de la langue. Les premiers symptômes de l'affection qui l'a conduit à l'hôpital ont été énergiquement combattus par des cautérisations répétées de la langue, soit au moyen du nitrate d'argent, soit à l'aide du nitrate acide de mercure.

Le malade est bien manifestement atteint d'une affection à la langue, qui s'étend, d'une part, du bord gauche de l'organe jusqu'à la ligne médiane, et d'une autre part jusqu'à la réunion des deux tiers postérieurs avec le tiers antérieur. Le sillon de séparation de la langue et de l'os maxillaire est également envahi par l'altération morbide ; on reconnaît en effet que la langue est entourée, dans toute sa demi-circonférence gauche, jusqu'au niveau des incisives, par des tissus indurés. Le plancher buccal offre lui-même une induration qui dénote la propagation en ce sens de l'affection de la langue.

Nous ne nous arrêterons pas sur le diagnostic de cette maladie qui avait tous les caractères d'une affection cancéreuse. Nous rapporterons, au contraire, avec quelques détails, le procédé opératoire qui a été exécuté par M. Nélaton.

Le malade placé dans une situation horizontale, la tête cependant un peu élevée pour faciliter la manœuvre de l'opération, ayant été rendu insensible par l'action des vapeurs de chloroforme, une incision comprenant toute l'épaisseur des parties molles est pratiquée sur la ligne médiane de la mâchoire inférieure. Cet os est lui-même scié au moyen de l'instrument d'Aitken ou de Jeffray; les deux moitiés en ayant été écartées par un aide, il fut possible de reconnaître bien exactement les limites du mal et d'en atteindre toutes les portions. Du côté gauche de la langue on détacha de la face interne du plancher buccal, et jusqu'au niveau de l'os maxillaire, les tissus morbides; puis la langue ayant été attirée fortement au dehors par des pinces de Museux, on cerna avec des ciseaux courbes toute la portion altérée. Cette excision fut effectuée, en quelque sorte, couche par couche, et l'on arriva de cette manière à lier les artères linguales pendant le cours même de l'opération. Une portion de la partie droite de la langue fut conservée.

Dans l'après-midi il se manifesta une hémorrhagie abondante qui fut arrêtée par l'application sur le moignon de la langue de plumasseaux imbibés d'une solution de perchlorure de fer. Quelques jours après la plaie faite aux téguments de la mâchoire inférieure fut réunie par plusieurs points de suture entortillée.

Le procédé opératoire qui vient d'être décrit appartient à MM. Roux et Sédillot. Il offre surtout l'avantage de mettre largement à découvert l'altération morbide. Il a déjà été exécuté plusieurs fois avec succès, à Paris notamment, par M. Huguier (séance du 22 octobre 1850, de l'Académie de médecine), et par M. Maisonneuve (séance du 18 octobre 1853).

Loiseau et Fano.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

Séance du 9 janvier 1854. — Présidence de M. Roux.

Chirurgie. — *Sur les moyens d'extraire de la vessie les corps étrangers autres que les pierres et leurs débris*; par M. Leroy (d'Étiolles). —

Les corps étrangers arrivent dans la vessie tantôt par les voies naturelles, tantôt par des blessures; les premiers ont en général une forme allongée, et leur diamètre est inférieur à celui du canal par lequel ils ont pénétré : ce sont ordinairement des fragments de sonde, d'instruments brise-pierres, des tiges de fer, des épingles à cheveux, etc. Les instruments que M. Leroy (d'Étiolles) a imaginés pour opérer l'extraction de ces différents corps agissent de deux manières différentes. Ils ploient, en dirigeant leurs pointes en arrière, les tiges assez minces pour passer en double dans l'urètre ou dans un tube. Quant aux corps trop volumineux pour sortir ainsi pliés en deux, les instruments les saisissent, les font pivoter sur eux-mêmes, s'ils sont pris en travers, et les placent dans la direction de l'urètre qu'ils doivent parcourir. Cet effet est produit par des petites barrettes transversales semblables à de petits râteaux qui glissent sur les bords des gouttières dont sont creusées les pinces, lesquels râteaux, mus par de longues tiges, se prolongent à l'extérieur, poussent le corps jusqu'à l'extrémité de la pince dont les gouttières, coupées obliquement et échancrées d'un côté, favorisent le mouvement de bascule. Ces râteaux et cette coupe oblique des gouttières s'adaptent à toutes les pinces, mais plus particulièrement à celles en forme de brise-pierres qui est la plus usitée pour l'homme, et à la pince à anneaux qui convient pour les femmes. M. Leroy (d'Étiolles) obtient encore le pivotement, le placement en long et la sortie des corps allongés par d'autres mécanismes. Un tube droit ou courbe est échancré en gouttière dans une certaine longueur; sur le bord de cette gouttière glisse un crochet demi-annulaire qui peut dépasser le bord du tube en obéissant à l'impulsion et au tirage d'un fil de fer; ce demi-anneau accroche la tige à extraire, la fait basculer sur le bord de la gouttière, l'y couche et l'amène au dehors. Le mémoire de M. Leroy (d'Étiolles) renferme de nombreux exemples de succès obtenus avec ces divers instruments. (*Comm.* : MM. Velpeau, Lallemand.)

Choléra. — *Legs Bréant.* — L'Académie reçoit diverses notes et lettres relatives au legs Bréant, et adressées par MM. *Billiard*, *Guénée*, *Limorin*, *Bassenheit* (duché de Brunswick), etc. (*Future commission du* legs Bréant.)

Nominations. — Le scrutin pour la nomination d'un membre qui remplira, dans la section de botanique, la place vacante par le décès de M. de Jussieu, donne les résultats suivants : le nombre des votants étant 54, M. *L.-R. Tulasne* obtient 34 suffrages, M. *Moquin-Tandon* 18, M. *Payer* 1 ; il y a un billet blanc. M. *Tulasne*, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu.

MM. *Flourens*, *Milne-Edwards*, *Isid. Geoffroy Saint-Hilaire*, *Duméril* et *Ad. Brongniart*, sont ensuite désignés, par la voie du scrutin, pour former une commission chargée de proposer une question pour sujet du grand prix des sciences physiques qui devra être décerné, s'il y a lieu, en 1854.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 17 JANVIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire du docteur *Crusell*, médecin russe, sur un nouveau traitement du cancer par le galvanisme, etc., dont il demande l'insertion dans le journal officiel de l'empire. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. M. le docteur *Barthez*, médecin en chef de l'Hôpital thermal militaire de Vichy, adresse, comme complément au rapport qu'il a envoyé précédemment, diverses considérations générales ayant pour but d'établir, pour chaque groupe pathologique, le résultat thérapeutique de ces eaux sur les malades qui en ont fait usage à l'hôpital militaire de Vichy, pendant la saison de l'année 1853. (*Commission des eaux minérales.*)

3. M. le docteur *Coursolle* adresse l'état des vaccinations pratiquées par lui à Bayonne en 1853. (*Commission de vaccine.*)

4. M. le docteur *Piorry* écrit au sujet du rapport de M. Bouchardat, relatif à la note de M. Mouriès sur l'utilité de faire entrer le phosphate de chaux dans l'alimentation des enfants et des nourrices. Il rappelle que, depuis plus de dix ans, il a fait des recherches diverses à cet égard, dont n'ont fait aucune mention ni M. Mouriès ni M. Bouchardat. Les considérations théoriques et les faits cliniques qui se rapportent à ces expériences se trouvent consignés dans la *Gazette des hôpitaux*, dans le tome VIII du *Traité de médecine pratique* (articles Rachisomalacie et Rachisophymie, dans l'avant-propos de l'*Atlas de plessimétrie*, et enfin dans un mémoire lu à l'Académie des sciences il y a plus d'un an, et relatif à la curation de plusieurs lésions du rachis, dites *mal de Pott*, au moyen du phosphate de chaux et de l'iodure de potassium.

M. *Londe* demande la parole sur la correspondance ; il rappelle, au sujet de la réclamation de M. Piorry, qu'il y a bien des années, il a fait partie d'une commission chargée d'examiner un travail de M. Jules Guérin relatif à l'influence du phosphate de chaux sur l'alimentation, spécialement sur l'ossification.

Rapports et Mémoires.

M. *Ossian Henry* lit successivement plusieurs rapports au nom de la Commission des eaux minérales.

A. *Rapport sur deux sources d'eau minérale découvertes à Dammartin-sur-Rigeaux* (*Seine-et-Marne*). — L'analyse n'ayant fait reconnaître dans l'eau qui fait le sujet de ce rapport rien qui puisse justifier des propriétés médicales réelles, et aucun essai n'ayant été signalé, la commission est d'avis de répondre au ministre du commerce que, jusqu'à présent, il n'y a pas lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter l'eau des deux sources de Dammartin au point de vue médical. (*Adopté.*)

B. *Rapport sur un Mémoire de M. Poggiale relatif à l'eau minérale ferrugineuse d'Ovezza* (*Corse*). — La commission estime que l'analyse de M. Poggiale, exécutée avec une habileté et un soin remarquables, mérite d'être publiée en entier dans le recueil des travaux de l'Académie. En conséquence, M. Ossian Henry demande, au nom de la commission, le renvoi du Mémoire de M. Poggiale au *Comité de publication;* il propose, en outre d'adresser des remercîments à l'auteur pour son intéressante publication. (*Adopté.*)

C. *Rapport sur une nouvelle source d'eau minérale découverte à Aulur* (*Ariége*). — Cette source, découverte à peu de distance de celle dont l'exploitation a été autorisée il y a près de deux ans, est tout à fait analogue à celle-ci. Sa composition la range au nombre des *eaux séléniito-magnésiennes*, et entre autres de celles de Bagnères-de-Bigorre, de Contrexeville, de Sermaise, etc., dont les propriétés médicales ne sont pas douteuses. La Commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter, au point de vue médical, l'eau de la nouvelle source d'Aulur. (*Adopté.*)

D. *Rapport sur l'eau minérale de Grandrif* (*Puy-de-Dôme*). — En examinant la composition chimique de l'eau de Grandrif, on voit que l'acide carbonique en forme un des éléments minéralisateurs dominants et qu'il doit contribuer à la rendre très digestive. L'eau de Grandrif doit être rangée parmi les *eaux acidules gazeuses carbonatées*. Les propriétés des eaux de ce genre sont bien connues, et celle dont il est ici question a été expérimentée depuis longtemps déjà par différents médecins du pays. En conséquence, la Commission ne voit aucun motif d'empêcher d'exploiter comme eau minérale la source Grandrif, canton de Saint-Anthème, et propose dès lors de répondre à M. le ministre du commerce qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation au propriétaire de cette source. (*Adopté.*)

M. *Malgaigne* lit, au nom de M. *Oudet*, rapporteur, un rapport sur un mémoire intitulé : *Des dents et des dentiers de pâte minérale*, par M. *Didier*. — La difficulté principale dans la confection des dentiers en pâte minérale consiste surtout à s'opposer au *gauchissement* provenant de ce que le retrait n'a pas lieu également partout ou de ce que la fusion qui précède la vitrification n'est pas uniforme. Le procédé de M. Didier consiste, non à s'opposer au retrait, mais à le régulariser. La pâte minérale est composée de : *feldspath*, 8 parties; *kaolin*, 6 parties, et *fritte de titane*, 60 gram., par kilogramme de pâte. M. Oudet décrit successivement les deux procédés de M. Didier pour fabriquer ses dentiers minéraux et de fait ressortir l'ingéniosité et les avantages. Le problème des dentiers minéraux paraît résolu à M. Oudet, par les procédés de M. Didier, quant à ce qui concerne la régularité de la forme, l'exact ajustement sur les gencives, le rapport parfait des parties supérieure et inférieure. De plus, M. Didier a rendu ses pièces légères par l'association du feldspath et du kaolin; le pétunzé rend très fidèle l'imitation de l'apparence dentaire, et l'on imite également bien les gencives, en ajoutant à la pâte du précipité de Cassius. La Commission pense qu'il y a un progrès réel apporté par M. Didier dans la fabrication des dentiers de pâte minérale; elle propose d'écrire à M. Didier une lettre de remercîment pour sa communication et de déposer honorablement son mémoire dans les archives.

M. Robinet demande au rapporteur s'il a la conviction que M. Didier a donné son procédé tout entier ; dans ce cas il est d'avis d'accorder l'approbation demandée.

M. *Velpeau* appuie la proposition de M. Robinet; il pense qu'on ne saurait apporter une trop grande réserve dans certaines approbations, qui peuvent devenir le point de départ d'un prospectus.

M. *Oudet* pense qu'il n'y a rien à retrancher à son rapport; il est convaincu que le rôle d'une commission et d'un rapporteur consiste à dire la vérité, à constater si une chose et bonne et utiles, sans s'inquiéter de ce qui peut en advenir.

Un débat s'engage sur cette question entre MM. *Londe*, *Velpeau*, *Oudet* et *Malgaigne*.

M. *Malgaigne* pense qu'il est possible de donner satisfaction à toutes

les opinions en se bornant à dire que les dentiers de M. Didier constituent un véritable progrès, sans faire de comparaison avec les anciens et les mettre au-dessus de ceux-ci.

Les conclusions du rapport sont adoptées avec cette modification.

M. Cap lit un *Mémoire sur la glycérine et ses applications aux diverses branches de l'art médical.* — M. Cap est d'avis que la thérapeutique peut rencontrer des moyens actifs ailleurs que dans les substances capables d'exciter dans l'organisme des réactions violentes et un antagonisme bien tranché. C'est dans cette persuasion qu'il s'est livré à une étude approfondie des propriétés de la glycérine. Après avoir tracé l'historique de cette substance, il passe en revue les différents procédés de préparation qui ont été indiqués pour l'obtenir et les moyens employés pour la retirer des eaux mères des savonneries et des fabriques d'acide stéarique. Il donne enfin un procédé nouveau qui permet de l'obtenir pure et dépouillée de toute odeur de ces eaux mères, ce qui n'avait pu être fait jusqu'ici. M. Cap examine successivement les propriétés physiques et chimiques de la glycérine, substance qui réunit à la fois les propriétés de l'huile et celles de l'eau. Il résume les observations les plus récentes auxquelles elle a donné lieu dans les applications médicales externes qui en ont été faites. La glycérine semble, à M. Cap, appelée à jouer un rôle important dans la pharmaceutique; c'est un nouvel et précieux excipient qui vient s'ajouter à la liste trop peu nombreuse des corps de cette nature dont l'art peut disposer. Cet excipient aura le précieux avantage de tenir le milieu entre l'eau et l'huile, et pourra devenir la base d'un nouvel ordre de préparations pharmaceutiques : les *glycérolés*.

La séance est levée à quatre heures et demie.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Des convulsions des femmes enceintes, par K. BRAUN.

Depuis que Lever (*Guy's Hosp. Rep.*) eut découvert la présence de l'albumine dans l'urine des femmes éclamptiques, beaucoup de travaux ont été entrepris, en France comme à l'étranger, pour déterminer si les phénomènes convulsifs devaient être rapportés à une lésion des reins, ou si, au contraire, la présence de l'albumine dans l'urine n'était qu'un phénomène secondaire. La question a été résolue d'une manière tantôt affirmative, tantôt négative. Nous renvoyons à l'ouvrage de M. Rayer (*Tr. des mal. des reins*, vol. II); aux travaux de MM. Cahen, Blot (Thèse inaug., Paris), de M. Depaul (*Gaz. des hôp.*, 1851, n° 88), de MM. Regnault et Devilliers (*Arch. gén. de méd.*), de M. Cazeaux (*passim*), de Frerichs (*Brightsche Nierenkrankheit*, 1851, p. 213), enfin au mémoire de Simpson (*Edinb. Monthly Journ. of Med. Sc.*, octobre 1852, p. 369). Voyez enfin la récente discussion de l'Académie de médecine.

M. K. Braun a publié, dans un recueil périodique de Vienne, un travail étendu sur ce sujet. Le grand nombre de faits analysés nous a semblé devoir faire attacher un grand prix à ce travail.

Sur 52 cas de convulsions observés dans 24,000 accouchements, on put rapporter la cause 2 fois à l'hystérie, 4 fois à une épilepsie antérieure, 1 fois à une apoplexie capillaire, 1 fois à l'absorption de vapeur de charbon, et 44 fois à l'intoxication urémique, suite de la maladie de Bright. Les convulsions hystériques et épileptiques n'exercèrent aucune influence fâcheuse sur la marche de la grossesse ou la vie du fœtus; elles ne provoquèrent pas d'accouchement prématuré, ne s'accompagnèrent pas d'albuminurie ou d'œdème. Pendant l'état puerpéral ces convulsions ne donnèrent pas lieu à du coma ou à d'autres accidents; elles se répétèrent pendant un temps plus ou moins long, même après l'état puerpéral, sans faire courir aucun danger à la vie de la mère. Les convulsions causées au sixième mois de la grossesse par une apoplexie capillaire, déterminèrent la mort de la mère avant le travail de l'accouchement; l'urine ne contenait pas d'albumine, mais une grande quantité de phosphates. Les convulsions qui reconnaissaient pour cause l'absorption des vapeurs de charbon n'eurent, grâce aux secours médicaux prodigués à temps, aucune influence fâcheuse sur la mère ou l'enfant.

Les convulsions déterminées par l'urémie se manifestèrent 12 fois pendant la grossesse avant l'apparition du travail ou d'une modification dans l'orifice vaginal du col utérin; 11 fois elles apparurent dans la période de dilatation du col, 10 fois dans la période d'expulsion, 3 fois après l'accouchement et 8 fois pendant les suites de couches. Dans 7 cas de maladie aiguë de Bright, il n'y eut ni convulsions, ni intoxication urémique. Parmi les femmes éclamptiques, 38 étaient primipares, 6 seulement multipares; 15 avaient vingt ans; 17 de vingt à vingt-cinq, 7 de vingt-cinq à trente; 5 de trente à quarante; 10 fois l'éclampsie occasionna un accouchement prématuré : dans les autres cas la grossesse avait atteint son terme normal; il en avait été de même chez les 11 malades atteintes d'éclampsie à une époque postérieure à l'accouchement.

Dans tous les 44 cas d'éclampsie, l'examen de l'urine au moyen de l'acide nitrique fit reconnaître la présence de l'albumine, en général en assez grande quantité. Sur ces 44 cas, 24 fois seulement les convulsions coïncidèrent avec le travail de l'accouchement.

Sur les 44 femmes atteintes d'urémie, 30 guérirent et 14 moururent, 9 pendant les convulsions, 5 d'accidents puerpéraux ultérieurs. Des 9 femmes qui succombèrent pendant les convulsions, une seule présenta une apoplexie capillaire cérébrale; chez toutes les autres on observait de l'anémie et de l'œdème du cerveau, même chez les femmes qui n'avaient pas été soumises aux émissions sanguines. *Les reins présentèrent quelquefois les caractères manifestes de l'infiltration graisseuse et de l'atrophie*, souvent uniquement une hyperémie plus ou moins grande.

Influence de l'éclampsie sur la vie de la mère et de l'enfant. — Les femmes atteintes d'éclampsie donnèrent naissance 31 fois à des enfants vivants, 13 fois à des enfants morts. L'époque de la grossesse à laquelle les accidents se manifestèrent sembla avoir sa plus grande influence sur la vie de la mère et de l'enfant : ainsi, sur 12 femmes atteintes d'éclampsie avant le commencement du travail, 5 seulement guérirent, 2 moururent de fièvre puerpérale, 5 pendant les convulsions; elles mirent au monde 9 fois des enfants morts, 3 fois seulement des enfants vivants. On peut conclure de ces résultats statistiques que plus le fœtus éprouve de difficulté pour être expulsé de l'utérus au moment des convulsions, plus le danger des accidents urémiques augmente pour la mère et l'enfant. Sur 11 femmes atteintes d'urémie pendant la période de dilatation du col, 7 guérirent, 2 succombèrent pendant les convulsions dans l'état puerpéral; 7 fois ces femmes donnèrent naissance à des enfants vivants. Toutes les 10 femmes atteintes d'éclampsie pendant la période d'expulsion eurent des enfants nés vivants et guérirent; 3 femmes atteintes d'éclampsie après l'accouchement guérirent également : les enfants continuèrent à jouir d'une bonne santé. Sur 8 cas d'éclampsie survenue dans l'état puerpéral, on vit 5 cas de guérison, 2 cas de mort dans les convulsions, et un autre par suite de fièvre puerpérale. Les proportions de mortalité chez les femmes atteintes d'urémie étaient comme il suit. En général :: 1 : 5; pendant la grossesse :: 1 : 2 1/2; pendant la période de dilatation du col :: 1 : 5 1/2; dans la période d'expulsion :: 1 : 10; dans la période qui suit l'accouchement :: 1 : 5 1/2. Les femmes atteintes d'éclampsie mouraient trois fois plus souvent d'accidents puerpéraux que celles qui avaient eu un accouchement normal.

La mortalité des enfants nés de mères atteintes d'urémie était en général :: 1 : 3 1/4. Lorsque les accidents d'urémie survenaient chez la mère pendant la grossesse, la mortalité chez les enfants était :: 1 : 1 1/3; accidents survenant dans la période de dilatation, mortalité des enfants :: 1 : 3, dans la période d'expulsion et après l'accouchement :: 1 : 10. On voit donc que l'enfant est d'autant plus exposé qu'il demeure plus longtemps en rapport avec le sang urémique de la mère, et qu'il tarde plus à être expulsé de la cavité utérine.

Sur 44 femmes atteintes de convulsions éclamptiques, 11 furent saignées, et parmi ces dernières 5 succombèrent; au contraire, sur 33 femmes auxquelles on ne pratiqua aucune émission sanguine, 9 seulement moururent. Quatre fois on trouva, dans le sang extrait de la veine, de l'urée et du carbonate d'ammoniaque. La mortalité fut donc chez les femmes saignées comme 1 : 2 1/2, chez celles qui ne le furent pas :: 1 : 4; il faut ajouter cependant que c'est surtout dans les cas les plus graves qu'on employa la phlébotomie. 9 fois on eut recours, ou bien uniquement à l'ex-

pectation, ou bien à de petites doses de tartre stibié, à des applications froides sur la tête, ou à des applications de sangsues aux apophyses mastoïdes. La mortalité, dans ces cas, fut de 1/4. Lorsque, malgré ce traitement, les convulsions augmentaient, on administrait de 0gr.,05 à 0gr.,15 d'opium, ou de 0gr.,015 à 0gr.,05 d'acétate de morphine. Sept fois on eut recours à des inhalations de chloroforme. Dans tous ces cas la mère et l'enfant furent sauvés.

L'auteur donne ensuite le résumé statistique des cas où l'on mit en usage des opérations chirurgicales pour hâter la délivrance. Ces résultats n'offrent rien de nouveau. (*Wien. medicin. Wochenschr.*, 23 et 24, 1853. — Extr. des *Schmidt's Jahrb.*, vol. LXXXI, 1854, nº 1, 40.)

Cancer primitif de la rate, par GUENSBURG.

La rate est un des organes qui sont le plus rarement atteints primitivement de cancer. Nous n'avons jamais, dit M. Lebert (*Traité des maladies cancéreuses*, p. 573), rencontré de cancer primitif de cet organe. C'est donc par ce caractère de lésion exceptionnelle que le fait suivant mérite toute l'attention des anatomo-pathologistes.

Une femme de quarante-trois ans éprouvait depuis un an de l'affaiblissement, des accès de fièvre et des douleurs lancinantes violentes dans les deux hypochondres, qui la privaient de sommeil. M. Guensburg, appelé auprès de cette malade, la trouva dans un état d'amaigrissement extrême. Dans l'hypochondre gauche existait une tumeur qui s'étendait jusqu'à un demi-pouce de l'épigastre, en bas jusqu'à une ligne passant par l'ombilic. Cette tumeur était dure, inégale à sa surface. La matité à la percussion atteignait dans l'aisselle gauche la cinquième côte. Le foie avait son volume normal. Constipation; les bruits du cœur normaux, pouls de 100-108, petit. Le sang contenait peu de globules blancs. La malade succomba quatre mois après le commencement du traitement, avec des symptômes d'hydropisie générale.

Autopsie. — Épanchement de sérosité claire dans chaque plèvre; quelques tubercules au sommet de chaque poumon; un peu de sérosité claire dans le péricarde. Le cœur était petit, l'endocarde de la valvule mitrale un peu opaque; le cœur et les gros vaisseaux contenaient un peu de sang et quelques coagulations fibrineuses. Épanchement de sérosité dans le ventre. La rate a environ 1 pied de long sur 6 pouces d'épaisseur et autant de largeur; sa surface est parsemée de saillies semi-sphériques offrant la dureté du cartilage. Les tumeurs, difficiles à énucléer, offrent une couleur brune foncée mêlée de blanc, et occupent toute la rate; on trouve à peine quelques traces du tissu normal de l'organe. Les ganglions lymphatiques qui entourent la rate et le pancréas sont infiltrés d'une substance blanchâtre et molle. Le péritoine est opaque, épaissi et facile à déchirer. Les autres organes contenus dans la cavité abdominale n'offraient rien d'anormal. L'examen microscopique fit reconnaître, dans le tissu morbide de la rate, de grosses cellules rondes, caractéristiques du cancer. (*Guensburg Zeitsch.*, IV, 5, 1853. — Extrait des *Schmidt's Jahrb.*, vol. LXXXI, nº 1, p. 46, 1854.)

Anévrysme de la carotide; ligature; inflammation consécutive du sac; mort, par M. SOLLY.

Voici les principales circonstances de ce fait, intéressant à plus d'un titre. Un homme portait sur le trajet de la carotide droite une tumeur pulsatile plus grosse que le poing. Après avoir constaté sa nature anévrismale, et comme elle était séparée de la clavicule par un espace d'un pouce et demi, M. Solly lia le vaisseau au-dessous d'elle. Les battements y cessèrent à l'instant. L'opération eut lieu le 22 octobre. Dès le deuxième jour, il se rétablit dans le sac une faible pulsation qui persista plusieurs jours. La ligature tomba le 4 novembre. A ce moment tout se passait bien, si ce n'est que la tumeur n'était pas devenue aussi solide et n'avait pas autant diminué de volume qu'on l'avait présumé. Le 11, la tumeur commença à augmenter; elle se tuméfia ensuite énormément, malgré une application de douze sangsues; et le 14, pour soustraire le malade à la suffocation qui le menaçait, par suite de la compression de la trachée, on dut faire à la tumeur une ponction d'où s'échappèrent des gaz fétides et du sérum; on l'agrandit, et il sortit alors une masse de caillots décomposés, mais pas de pus. Le 15, après un mieux marqué, un jet de sang artériel sortit par la plaie primitive. On l'arrêta avec l'acide gallique. L'hémorrhagie se reproduisit à plusieurs reprises. Après l'avoir suspendue chaque fois au moyen d'une injection de perchlorure de fer, on chercha à y apporter un remède définitif, en mettant à découvert la partie supérieure du sac pour lier la carotide externe. Mais on ne put y réussir à cause de l'état de ramollissement des parties, et parce que, d'ailleurs, on ne sentait aucun tronc artériel battre dans ce point. La mort eut lieu, après de nombreuses hémorrhagies, le 20 novembre.

L'autopsie apprit que l'oblitération des deux bouts de l'artère vers la ligature était complète. La carotide externe s'ouvrait par un large orifice dans le sac. Poumons très congestionnés. Deux petits abcès contenant un pus gris jaunâtre occupaient la substance de l'hémisphère droit près de sa surface (il faut ajouter aux détails donnés ci-dessus que, un jour avant la mort, on avait remarqué une paralysie complète du bras et presque complète de la jambe du côté gauche); le tissu cérébral entourant ces abcès paraissait entièrement sain, sans ramollissement.

Cette histoire éclaire plusieurs points relatifs à la discussion récemment ouverte sur le nouveau traitement des anévrysmes. Ce n'est point à l'emploi du perchlorure de fer contre les hémorrhagies des derniers jours que nous voulons par là faire allusion: succès partiel que tout autre agent eût aisément réalisé. Mais deux circonstances méritent d'être relevées. D'abord on voit, sans aucune cause appréciable, le sac s'enflammer le vingt et unième jour, sept jours après la chute de la ligature, au moment où l'incision commençait à se fermer. Cet accident peut donc arriver spontanément: il n'est donc pas une circonstance exclusivement propre aux méthodes qui exercent sur la tumeur une action locale qu'on peut supposer irritante. Serait-il illogique d'en conclure que, dans les cas où l'injection coagulante a produit des accidents d'inflammation du sac, cet accident a pu être aidé par une prédisposition à l'irritation telle que celle dont le fait précédent nous offre un exemple si tranché? La seconde circonstance consiste dans l'élimination tardive d'un caillot décomposé et non résorbé. Si on l'a trouvé, le vingt-quatrième jour, dans un état tel qu'il a fallu lui donner issue par une incision, ce n'est donc pas au perchlorure de fer seul qu'il faut reprocher de produire un coagulum réfractaire à l'absorption; et la ligature devrait, quelquefois du moins, partager avec la méthode coagulante cette responsabilité. (*Medical Times and Gazette*, 3 décembre 1853, p. 579.)

Extraction d'un corps étranger du conduit auditif par un procédé particulier, par M. SIRUS PIRONDI.

On connaît les difficultés variées, parfois insurmontables, que des corps étrangers, même d'un très petit volume, dans le conduit auditif, opposent aux tentatives d'extraction. Recueillir tous les moyens qui se sont montrés efficaces dans ces circonstances est donc rendre au praticien un service dont bientôt, au premier jour, il aura à reconnaître l'utilité.

M. Sirus Pirondi fut appelé auprès d'un agent de change, dans l'oreille duquel était restée enclavée la petite virole d'ivoire garnissant l'extrémité d'un crayon d'agenda, qu'il venait d'y introduire pour se gratter. Déjà le gonflement des parties molles au-devant de ce corps formait un bourrelet gênant pour les manœuvres d'extraction. Après avoir vainement essayé une pince très fine et un crochet ténu, l'auteur imagina d'introduire la longue canule d'or, très mince, qui termine la seringue d'Anel, entre le tégument du conduit et la virole. L'extrémité de la canule ayant pénétré au delà de de celle-ci, il adapta la seringue chargée d'eau tiède, et fit ainsi entrer goutte à goutte ce liquide derrière le corps étranger. Celui-ci fut par là amené à subir un léger mouvement de bascule, qui permit de le saisir et de l'attirer au dehors à l'aide de pinces. (*Revue thérapeutique du Midi*, 30 nov. 1853, p. 293.)

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

Eaux minérales des Pyrénées. — *Recherches comprenant l'étude de l'action thérapeutique, la constitution chimique de ces eaux et la comparaison des ressources que les principaux établissements des Pyrénées offrent aux médecins*, par M. E. Filhol. — 1 vol. in-18, avec tableaux et 2 planches. Paris, V. Masson; Toulouse, Feillès, Chauvin et Ce. Prix : 5 fr.

Le livre de M. Filhol, ainsi que son titre l'indique, est un travail très complexe. L'auteur y traite trois questions très importantes : 1° l'action thérapeutique des eaux minérales ; 2° leur composition chimique ; 3° les ressources que les principaux établissements des Pyrénées peuvent offrir aux médecins.

On a beaucoup écrit sur les causes et le mode d'action des différentes eaux minérales. Tandis que les uns attribuent leur action bienfaisante à des causes insaisissables, presque mystérieuses, d'autres ne veulent voir dans les résultats obtenus que l'œuvre d'une substance chimique particulière, d'un sel réunissant à lui seul toutes les vertus de la source minérale. M. Filhol professe des doctrines plus larges et plus rationnelles ; quoique chimiste avant tout, il n'est pas exclusif. Que le médecin se rassure ; à côté des tableaux d'analyses, à côté de l'étude attentive des principes que renferment les diverses eaux, l'auteur tient compte des propriétés de toute sorte que d'autres auraient pu regarder comme secondaires, des degrés de température, etc.

Les eaux minérales qui sourdent dans la région pyrénéenne peuvent être distinguées en : 1° Eaux qui naissent dans la partie élevée de la chaîne. Ces eaux jaillissent ordinairement, soit du granit, soit des schistes de transition, plus rarement des calcaires métamorphisés; elles sont toutes ou sulfureuses thermales, ou ferrugineuses. 2° Eaux qui naissent dans la partie la moins élevée des montagnes. Ces dernières jaillissent ordinairement soit des ophites, soit du calcaire, soit des terrains gypseux qui avoisinent les ophites ; elles sont de quatre sortes : 1° salines séléniteuses ; 2° salées ; 3° sulfureuses froides, à base de sulfure de calcium ; 4° calcaires et légèrement alcalines.

Les sources qui ont été examinées par M. Filhol sont au nombre de plus de cent. Toutes, dit-il, n'ont pas été analysées d'une manière complète ; mais les éléments les plus essentiels de chacune d'elles ont été dosés. Il en est même qui ont été étudiées un grand nombre de fois. Les eaux sulfureuses ont été l'objet d'une investigation plus approfondie que les autres, ainsi que les questions relatives à la nature du principe sulfureux, à l'état de la soude dans les eaux thermales et aux causes du blanchiment qu'on observe quelquefois.

Une question importante, sur laquelle M. Filhol s'est assez étendu et à laquelle nous nous arrêtons avec plaisir, c'est la présence de la matière organique dans certaines eaux. Ainsi que nous le lisons dans l'historique que nous avons sous les yeux, l'étude qui a été faite jusqu'à présent de cette substance laisse beaucoup à désirer. Les divers auteurs qui ont écrit sur la matière organique des eaux sulfureuses thermales n'en ont pas toujours décrit les propriétés avec tout le soin désirable. Il en résulte que, si l'on prend à la lettre ce que chacun d'eux dit de celle qu'il a observée, on sera tenté de croire que cette substance est des plus variables; il arrive même parfois que la substance observée dans la même source et par le même auteur a reçu de lui plusieurs noms différents. C'est, dit M. Filhol, que cette matière peut être observée sous deux états parfaitement distincts : 1° à l'état de dissolution ; 2° à l'état de suspension dans l'eau ou attachée à la surface des corps qui sont immergés dans la source ; et, dans ce dernier cas, elle est tantôt organisée et constitue alors une véritable plante, tantôt dépourvue d'organisation apparente.

Cette matière organique, qu'elle soit en dissolution ou organisée, quelle est-elle, comment est-elle composée? On la disait azotée, d'origine animale, glaireuse, gélatineuse. A ce propos, l'auteur cite les travaux intéressants d'un chimiste, M. Bouis, qui ne trouve dans la composition de la matière organique des eaux thermales des Pyrénées que 8 pour 100 d'azote ; tandis que, dans les matières animales dites *protéiques*, cette proportion est de 16 pour 100.

Nous croyons, nous, que cette matière pourrait être obtenue exempte d'azote, lequel se trouverait là sous forme de sels d'ammoniaque. En effet, cette matière organique répandue en si grande quantité, d'où vient-elle ? Elle ne peut pas se former spontanément par l'union des corps élémentaires qui la composent ; elle a, au contraire, une origine toute terrestre : elle provient des parties végétales ayant cessé de vivre ; elle est un produit de la décomposition des débris de végétaux ; en un mot, elle est semblable à la matière organique qui se trouve faire partie des sols fertiles. Nous savons qu'ici nous choquons certaines théories qui ne veulent pas permettre à une matière organique d'exister sans être instantanément oxydée, détruite et transformée en acide carbonique. Comment serons-nous compris par ceux qui fument leur champ au printemps pour fournir pendant l'été de l'acide carbonique aux plantes? Et voilà pourtant que cette matière organique se retrouve dans les eaux thermales, et que l'analyse la montre se rapprochant des substances neutres indifférentes ! Ce n'est pas un humate, ce n'est pas un acide ou une base, c'est une de ces substances indifférentes comme la gomme, le ligneux, le sucre, etc., et elle est stable en quelque sorte, puisque nous la voyons venir de bien loin, et que peut-être, comme le prétend M. Filhol, elle a été prise à la surface du sol et conduite par l'eau dans les profondeurs de la terre.

C'est avec plaisir que nous avons vu un esprit sérieux comme M. Filhol porter son attention sur cette matière organique dont l'étude a été trop longtemps négligée. Quand on songe à l'énergie des actions catalytiques, on ne saurait trop se défendre contre l'idée que les substances chimiques n'agissent qu'en raison de leur masse.

Nous voudrions suivre M. Filhol dans l'étude spéciale qu'il fait de chaque source minérale, mais nous aimons mieux renvoyer le lecteur à l'ouvrage lui-même.

Les savants, les géologues trouveront dans ce livre des renseignements précieux sur les rapports qui existent entre la composition des eaux minérales et la nature des couches qu'elles traversent ; les médecins liront avec fruit les observations et les détails qui s'y trouvent réunis en grand nombre avec méthode et coordination, mais dont le simple exposé nous entraînerait beaucoup trop loin.

F. Verdeil.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

Cours élémentaire d'hygiène en 25 leçons, par le docteur *A. Reinvillier*. Paris, in-12 de 11 feuilles. 3 fr. 50

De la suette miliaire, de sa nature et de son traitement, Traité pratique, suivi d'une analyse de toutes les épidémies de suette observées jusqu'à nos jours, par le docteur *A. Foucard*. Paris, in-8 de XLVIII-405 pages. 6 fr.

Guide du médecin praticien, etc., par le docteur *Valleix*, 3e édition, t. V et dernier. — Malad. du tissu cellulaire des organes des sens, cutanées, fièvres, intoxications, empoisonnements. 704 pages. Chez J.-B. Baillière (Voir le bulletin du n° 3 de la *Gaz. hebdom.*).

Einleitung in die Mineralquellenlehre (*Sur les eaux minérales*), par *B.-M. Lersch*. 3e livraison, in-8°, Erlangen. 4 fr.

Handbuch der Chirurgie, par *K. Angelstein*. Tome III, in-8, Erlangen. 14 fr.

Handbuch der Pathologie und Therapie, par *C.-A. Wunderlich*. 15e livraison, in-8°, Stuttgart. 4 fr. 50

Klinische Chirurgie. Eine Sammlung von Monographien, par *N. Pirogoff*. 1re livraison, Leipzig, in-8. 3 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER :
Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX :
A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
DE VICTOR MASSON
Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.
ON S'ABONNE
chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 27 JANVIER 1854. N° 17.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 26 janvier 1854.

TABLEAU ABRÉGÉ DU CHOLÉRA DE 1853. — DE LA GLYCÉRINE, A PROPOS D'UN RÉCENT TRAVAIL DE M. CAP.

Tableau abrégé du choléra de 1853.

Suite et fin. — Voir les numéros 13, 14 et 16.

IV. Traitement des accidents dits prodromiques, et du choléra confirmé.

Notre intention n'est pas de poser ici des règles de traitement, soit pour la cholérine, soit pour le choléra. Fidèles au but et à l'esprit de ce travail, nous rechercherons seulement si l'expérience thérapeutique a fait quelque particulière acquisition dans l'épidémie de 1853.

C'est surtout dans l'application des moyens préventifs qu'aurait été réalisé, suivant certaines personnes, le progrès le plus notable. On sait les visites à domicile organisées en Angleterre, les avantages qu'on dit en avoir retirés, et combien aussi l'administration française a fondé d'espoir sur l'imitation du système anglais. Des doutes se sont élevés sur la possibilité d'organiser sérieusement un pareil système dans les villes très populeuses. M. le docteur Guérard la nie expressément dans un travail tout récent (*Annales d'hygiène publique*, janvier 1854, et il déclare que pas un des malades admis dans son *service spécial des cholériques*, à l'Hôtel-Dieu, n'avait reçu d'avis sur la *diarrhée prémonitoire*, en dépit des mesures prises à cet effet par l'administration. Mais nous prenons la question d'un autre côté; nous supposons le cas où l'avertissement a eu lieu, où la diarrhée a été traitée promptement, et nous nous demandons dans quelle mesure la précaution prise peut devenir une garantie d'immunité; c'est demander, par là même, quelle influence la même précaution généralisée peut exercer sur le développement de l'épidémie.

Pour apprécier équitablement les scrupules que nous allons exposer, il importe de bien se rappeler dans quels termes la question se présente. En Angleterre comme en France, on a prétendu qu'on prévenait *toujours* le choléra en traitant la cholérine (*Gazette médicale*, 1832, p. 496; 1837, p. 450; 1849, p. 276). Et comme on a avancé, d'autre part, que *toujours* la cholérine précède et annonce le choléra (voyez notre dernier article), il en résulte que *jamais*, si l'on s'y prenait à temps, on n'arriverait jusqu'au choléra confirmé, et qu'il dépendrait d'une simple mesure d'hygiène pour étouffer

FEUILLETON.

Lettre médicale.

Nous quitterons un peu aujourd'hui, si vous le permettez, très cher et très estimé confrère, clinique et amphithéâtre pour les *medical news*, *topics and gossips of the day*, pour ce mélange bigarré d'actualités qu'il siéerait moins à un médecin posé de paraître ignorer, que de rester court sur la bronchite et la pneumonie. Posez donc là votre lancette et prêtez l'oreille, *rebus omissis*, à une suite de propos décousus, les plus agréables après tout, les plus légers à l'oreille et à l'esprit, de tous les propos imaginables.

Vous avez reçu, par l'ordinaire de la GAZETTE, l'épistole du docteur Rustique. Vous n'y avez vu sans doute que fantaisie. Quelque honnête confrère se sera moqué de nous; nous aurons été mystifié par un faux Rustique, et notre simplicité est vraiment plaisante. Soit. Que diriez-vous pourtant si nous vous faisions voir un vrai *Rustique?* Ce n'est pas une bravade. Nous en avons un sous la main, en chair et en os, de grandeur naturelle, récemment découvert dans les Pyrénées. Celui-ci, sans avoir eu le moindre vent de la lettre de l'autre, nous envoie, avec une bonté infinie, les mêmes conseils. « Proposer aux médecins exerçant dans les communes rurales un abonnement aux journaux de médecine dont le prix dépasse le chiffre de 6 francs, *c'est donner des preuves d'un jugement bien faible.* » (*La prévoyance n'est pas votre fort*, avait dit le premier Rustique; — notre choix balance entre les deux compliments.) L'admonition se termine par un horoscope peu rassurant. « Tant qu'il y aura des journaux de médecine à bon marché, ceux d'un prix trop élevé ne feront que glaner... glaner... glaner!... » Je vous veux trop de bien, excellent confrère, pour vous priver de ces réflexions, dont vous pouvez faire votre profit. La GAZETTE HEBDOMADAIRE, à parler franchement, est d'un prix... d'un prix... d'un prix!... Tâtez votre bourse; 24 francs sont plus que 6 francs, et le calcul est clair. Pourquoi payer le papier quatre fois plus cher ici que là; et à quoi bon vivre dispendieusement, quand il y a partout des restaurants à bon marché?

— Je vous dénonce à cette occasion certains confrères dont le jugement n'est pas plus sain que le nôtre. En premier lieu, MM. Lombard et Boëns, qui viennent de doter Liége d'une gazette de médecine, dont nous recevons le premier numéro. Le mouvement de la science, chez nos voisins, a un caractère particulier qu'expliquent l'organisation de l'enseignement libre, la concurrence des universités, le peu d'étendue du pays, l'extrême facilité des communications, et dont l'Académie de médecine, recrutée,

l'épidémie à son berceau. On a pris le raisonnement à la lettre : quelques médecins attribuent au système des visites à domicile le peu de durée de la récente épidémie.

La question pratique découle d'une question scientifique qui est celle-ci : Quel est le rapport de la cholérine au choléra? En d'autres termes, la cholérine est-elle le premier degré du choléra, un choléra naissant qui se développera si on ne le réprime à temps?

Une explication serait d'abord nécessaire. Qu'entend-on précisément par *cholérine ?* Quels caractères assigne-t-on à cette forme morbide? Si la cholérine n'est pas seulement la diarrhée séreuse, si elle n'est complète que par l'adjonction de vertiges, de titubation, de refroidissement, de déjections blanchâtres, sans nul doute elle est de la même espèce que le choléra ; elle est plus encore : elle est la première ou même la seconde période du choléra. Mais alors, dire qu'on se rend maître du choléra quand on supprime la cholérine, c'est dire que le choléra ne se développe pas quand on l'arrête à son début, chose assurément peu nouvelle ; et ajouter que la cholérine, ainsi comprise, guérit aisément et presque à coup sûr, c'est aller hardiment contre l'expérience. Donc, pour donner un sens intelligible à la prétention de la méthode, il faut réduire le choléra à la diarrhée, plus quelques circonstances accessoires, comme une durée de huit ou dix jours, quelques tiraillements des membres inférieurs. Et en effet, à chaque instant, dans les travaux publiés *ad hoc*, il n'est question que de la *diarrhée prodromique*, et c'est uniquement à la suppression de cette manifestation morbide qu'on ramène le traitement préventif ; dès lors on entend implicitement que c'est elle qui est *le premier degré du choléra*, *le choléra lui-même*. On fait mieux que de le sous-entendre, on l'écrit en toutes lettres, mais en ayant soin d'ajouter que la cholérine est le choléra *possible*, mais non le choléra *nécessaire*.

Toutes ces réserves, cette indécision, ce jeu de langage, n'empêchent pas de poser la question nettement. La diarrhée n'aboutit pas fatalement au choléra, on l'accorde. Combien y aboutiraient en l'absence de tout traitement? Personne n'est en mesure de le dire ; mais ce qu'on n'ignore pas, c'est que, dans tous les pays visités par le choléra, et dans toutes les invasions, un nombre immense de diarrhées bénignes coexistait avec la forme grave. Nous ne parlerons pas des 130,000 diarrhées d'Angleterre, opposées par le *General board* à quelques centaines de choléras, parce que le *General board* ferait honneur de cette disproportion aux visites préventives. Mais nous rappellerons que partout, en France, dans les deux premières épidémies et avant l'importation du système anglais, en Allemagne et en Russie dans les trois invasions, en ce moment même à l'armée de Valachie et de Moldavie, l'excédant des diarrhées sur le choléra a été énorme, aussi considérable que cette année en Angleterre. Pour nous en tenir à notre pays, en 1832 et en 1849, tout aussi bien qu'en 1853, il y eut une époque où la presque totalité de la population était en proie à des dérangements intestinaux qui se supprimaient spontanément. On peut donc affirmer que l'immense majorité des diarrhées, en temps d'épidémie cholérique, n'est pas susceptible naturellement, toute hygiène et toute thérapeutique à part, d'aboutir au choléra confirmé ; et cette opinion est conforme à ce qu'on sait de l'histoire de toutes les épidémies. Autour de la forme principale et caractéristique se groupent toujours des formes moins accentuées, qui n'en sont pas, comme on le dit improprement, le *premier degré*, mais bien une sorte d'*ébauche* ou de *miniature*. La différence est essentielle. Le premier degré d'une maladie est la phase principale par laquelle elle passe d'abord pour atteindre son entier développement ; l'ébauche suppose un développement imparfait, mais fixe et qui doit rester tel, comme la miniature signifie la représentation entière, sous une forme réduite, de la scène morbide. Un exemple rendra la distinction parfaitement claire. Au milieu d'une épidémie de varioles graves se voient beaucoup de varioloïdes et de varicelles. Peut-on dire que ces diminutifs de la forme grave en soient le premier degré? Si l'on se permettait ce langage, il ne s'ensuivrait pas, du moins, que le traitement de la varioloïde pût être considéré comme un préservatif contre la variole ; car la première n'est pas un acheminement vers la seconde. Eh bien! nous croyons que la plupart des diarrhées sont au choléra ce que la varioloïde est à la variole, et qu'elles sont destinées, dès leur début, à une prompte guérison. On a beau dire : Cholérine et choléra sont des produits de la même cause diversifiée dans ses degrés ou dans ses modes ; l'argument ne concourt en rien à légitimer les prétentions de la méthode : bien au contraire, il les rend plus incompréhensibles. Car enfin, diversifiée de façon ou d'autre, la cause est atténuée dans la cholérine ; or, comment concevoir qu'une cause représentée seulement par 4, celle du vrai choléra étant représentée par 8, puisse néanmoins, faute d'être neutralisée à temps, produire les mêmes effets que la dernière?

La même question revient donc, et revient sans solution ; combien de diarrhées aboutiraient au choléra, si elles étaient

---

non à Bruxelles seulement, mais dans toutes les parties du royaume, est l'expression visible et tout à fait significative. La vie scientifique n'y est pas centralisée comme en France ; elle a des foyers nombreux, qui, au lieu de briller d'une lueur d'emprunt, s'allument, s'entretiennent sur place, et s'éclairent réciproquement. Si l'on voulait absolument une définition de cet état de choses, nous dirions que la Belgique médicale est un singulier pays où l'on trouve beaucoup de soleils et pas de lune. Le soleil de Liége, qui, grâce à MM. Lombard, Didot, Boens, Raikem, Pasquier, Pétry, ne le cède à aucun autre, s'illumine encore d'un nouveau rayon ; puisse ce rayon acquérir une splendeur éblouissante et pomper jusqu'à dessiccation l'océan des abonnés !

Les autres faibles d'esprit que nous voulons signaler, sont les fondateurs des *Anales de la Societad de medecina Montevideana*. Oui, en vérité, sur les rives de la Plata, qu'on ne croyait bonnes qu'à produire des Rosas et des Oribe, on a la prétention d'installer une paisible Société médicale et un recueil périodique. Nous avons sous les yeux les statuts de la Société qui réglementent en même temps l'organisation du journal, et l'on peut espérer que, avec un tel programme bien rempli, la médecine de Montevideo brillera à son tour de sa lumière propre et passera, en conséquence, au nombre de ces vieilles lunes dont le sort a inquiété et inquiète peut-être encore certains esprits. Il serait charitable d'avertir notre correspondant pyrénéen de l'existence des *Anales;* peut-être bien lui enverrait-on le journal pour 6 francs.

— Autre fondation de société et de recueil. Celle-là nous l'enregistrons sans lui vouloir beaucoup de bien au fond du cœur. Il s'agit d'une société homœopathique et d'un recueil homœopathique (*la Decada*) dont Madrid vient de s'enrichir. Nouveau symptôme des envahissements continus et déjà considérables du système ; et ces signes publics, — dont quelques uns pourtant ne laissent pas que d'être assez caractéristiques, comme la demande d'une chaire d'homœopathie à la faculté de Paris, — ces signes sont bien loin de découvrir dans toute sa profondeur la mine creusée sous les antiques fondements de notre médecine. On n'en a quelque idée qu'en interrogeant la clientèle, celle surtout du monde aristocratique. Là un traitement par les globules a bon air ; parfois on fait un partage de ses souffrances : à l'homœopathie celles-ci, celles-là à l'allopathie. Cette sorte d'adultère est même commis aujourd'hui par des gens à diplôme, qui demandent fort sérieusement au malade suivant quel système il désire être soigné ; il ne leur manque plus que de consacrer une oreille aux consultations hahnemanniennes et l'autre aux consultations hippocratiques. Ce n'est pas tout encore : certains médecins s'intitulent homœopathes, se *décorent*

abandonnées à elles-mêmes? Devant le silence de la statistique on aurait pu recourir à d'autres informations. Il aurait fallu, par exemple, chercher à connaître la nature des évacuations dans toutes les diarrhées soumises au traitement préventif. Bien qu'on ait vu les selles blanches et granuleuses s'arrêter sans symptômes cholériques, après quinze jours, un mois même de durée, comme cette forme de diarrhée est un des caractères les plus significatifs du choléra confirmé, il suffirait qu'on parvînt à l'arrêter ordinairement par un moyen quelconque, pour qu'on fût en droit d'affirmer la réalité d'un traitement jusqu'à un certain degré préventif du choléra. Malheureusement les documents publiés sur ce point spécial ne sont pas assez nombreux pour autoriser une conclusion. Nous nous sommes assuré, en outre, qu'il n'était fait aucune mention de la couleur des évacuations sur les bulletins dressés à domicile conformément aux instructions du conseil de salubrité (1). A vrai dire, il n'est pas douteux qu'un très grand nombre de diarrhées riziformes n'aient cédé, sans autre suite, à la médication. Les vingt cas de ce genre qui se sont présentés dans le service de M. Rayer se sont terminés par la guérison. Mais, dans la pratique d'autres confrères, le traitement actif de la diarrhée n'a pas toujours empêché le développement du choléra. C'est ce qui a eu lieu deux fois sur dix dans le service de M. Briquet, et plusieurs exemples semblables ont été rapportés dans les Sociétés savantes. On ne peut donc invoquer que des approximations.

Il suit déjà de ce qui précède, que la méthode dite *préventive* n'allègue aucune preuve directe de son efficacité, du moins dans la mesure qu'elle s'attribue. Mais ce n'est pas tout : des faits positifs invitent encore à se défier de ses prétentions. Ainsi, ce qu'elle prétend avoir accompli en Angleterre, et même un peu en France, s'est réalisé spontanément en maint endroit sans le secours des visites domiciliaires, et, par contre, le résultat apparent des visites n'a pas été aussi satisfaisant qu'on se plaît à le dire. Au Havre, à Bruxelles, dans certaines parties du Danemark, le choléra fait son apparition avec une sorte de violence; puis tout à coup, sans raison plausible, il disparaît. Supposez qu'un système préventif eût été mis en vigueur dès les premiers cas dans ces localités, ne lui eût-on pas fait honneur de l'évanouissement brusque de l'épidémie ? C'est à quoi l'on n'a pas manqué ici dans une circonstance semblable, que l'épidémie s'est apaisée un peu vite dans le 6e arrondissement. Mais qu'est-il arrivé? Que dans d'autres arrondissements, où les mêmes mesures étaient prescrites à l'avance, où l'on guettait, avec plus ou moins de bonheur, les premières diarrhées, le choléra s'est développé néanmoins et y a même acquis son maximum d'intensité. Enfin, une remarque frappera tout le monde : les moyens de traitement par lesquels on a cru, en Angleterre, faire avorter le choléra, sont précisément ceux qu'on juge, en France, désastreux ; et le confrère qui a le plus fortement appuyé ses vues particulières sur la récente expérience des médecins anglais, est en même temps celui qui jette le blâme le plus sévère sur la médication dont on se sert principalement, presque exclusivement, en Angleterre, c'est-à-dire la médication opiacée et astringente. Il y a là une contradiction trop manifeste pour n'être pas signalée. On affirme ici que l'emploi des purgatifs salins *cautérise* le choléra dans son germe, en donnant issue à la matière morbifique; on prétend là enrayer l'épidémie en arrêtant court les garde robes. Si l'effet des deux traitements était seulement de moitié aussi avantageux qu'on le suppose de part et d'autre, n'en faudrait-il pas conclure que les mouvements spontanés de la nature y ont une assez large part? Et, conséquemment, force serait bien de regarder les épidémies comme capables de se jouer un peu de nos médications.

N'exagérons rien. Dans une proportion ou dans une autre, les diarrhées sont susceptibles d'aboutir au choléra; il est donc incontestablement utile de les traiter le plus promptement et le plus énergiquement possible. A Dieu ne plaise que nous voulions jeter le moindre discrédit sur les mesures prescrites par l'administration ni sur les conseils donnés avec insistance par nos confrères de la presse. Nous combattons les illusions, plus mortelles à la science que l'erreur même; nous cherchons, nous admettons, nous prêchons la vérité, où qu'elle se rencontre. Le traitement de la diarrhée, nous venons de le dire, a une importance réelle que les médecins de Pologne n'avaient pas méconnue (voir Brierre de Boismont, *Relation du choléra-morbus de Pologne*, 1831); il prévient, dans une proportion indéterminée, l'explosion du choléra, et doit influencer à quelque degré le développement de l'épidémie. En quoi donc consiste ce traitement?

Nous avons sur ce point une conviction arrêtée, qui, si l'on en juge par les comptes rendus de clinique, ne paraît pas être celle de la plupart des médecins des hôpitaux. Si nous étions obligé d'opter entre tous les modes de traitement et pour un seul d'entre eux, nous donnerions la préférence à l'emploi des purgatifs salins. C'est, à nos yeux, la médication

(1) M. Vernois a vu des selles, rendues blanches et granuleuses, prendre à l'air une teinte jaunâtre. C'est une observation dont il faudra tenir compte dans le diagnostic.

de cette qualité sur leurs cartes de visites, sur leur porte, sur les murs, et traitent les malades à coups de sangsues, avec des vésicatoires grands comme des fonds de chapeau, avec l'ipécacuanha et l'émétique à profusion. Nous avons eu assez récemment l'occasion de rencontrer cette variété de confrères. O Molière ! ô Juvénal !... Mais rendons justice même à des adversaires. Au dire de presque toute la presse médicale espagnole, l'*Académie homœopathique* de Madrid apporterait dans ses travaux déjà commencés un esprit de modération et une tendance expérimentale dont les autres sociétés n'ont pas donné l'exemple. Un journal sérieux, *el Heraldo medico*, n'a pas fait difficulté d'insérer les comptes rendus des premières séances. Tant mieux donc si les habitudes occultes du système venaient à disparaître; si des expériences sérieuses étaient enfin instituées publiquement devant des juges compétents et impartiaux ! La lumière sera nécessairement fatale à une science de ténèbres; elle fait fuir le hibou.

— Cher confrère, tandis qu'à l'étranger on semble disposé à se montrer bon compagnon à l'égard d'une médecine intruse, on ne se contente pas, en France, de fermer les portes officielles à l'hérésie ; on s'arme de sévérité contre les légitimes enfants d'Hippocrate : les officiers de santé et les médecins étrangers exerçant à Paris sont, à ce qu'il paraît, un peu épluchés par la Faculté.

Vous connaissez la loi qui interdit aux officiers de santé la pratique de la médecine hors du département où ils ont été reçus. Soit nécessité, soit calcul, beaucoup d'entre eux, après s'être munis d'un titre en province, viennent tenter la fortune à Paris. Le nombre s'en est accru dans ces derniers temps, et peu s'en est fallu qu'on ne les vît se promener par bandes à la façon des Allemands en partance pour le Nouveau-Monde, comme si le Paris médical était un monde vierge ! L'autorité a prescrit une information générale et mis les contrevenants en demeure de se pourvoir de titres réguliers. C'est par l'effet de cette mesure qu'ils sont tombés et tombent tous les jours entre les mains de la Faculté, et celle-ci, tout en s'abstenant de rigueurs tracassières, se montre justement exigeante envers les candidats. S'il y a beaucoup d'appelés, un peu plus même que ne le voudraient les intéressés, les élus ne sont pas très nombreux, et *il y a des pleurs et des grincements de dents*. Qui oserait blâmer la Faculté? Elle n'ignore pas que les officiers de santé, créés surtout en vue des campagnes, sont proportionnellement plus nombreux dans les cités populeuses, et elle veut que, si on a l'ambition d'un vaste théâtre, on ne soit pas au moins trop au-dessous de son rôle.

Du même coup, on a fait la revue des médecins étrangers non pourvus d'autorisation; nous pouvons même dire sans indiscrétion qu'un micro-

la plus généralement applicable, la moins infidèle, et qui expose le moins aux récidives. Assurément, l'opium, l'acétate de plomb, le diascordium, tous les médicaments à action répressive, suffisent fréquemment à rétablir l'harmonie des fonctions intestinales. Mais, dans beaucoup de cas, la guérison ne tarde pas à se démentir. Une constipation trompeuse est bientôt suivie du retour de la diarrhée, et la récidive peut ainsi se répéter trois ou quatre fois et plus. En débutant, au contraire, par une purgation, en raffermissant ensuite l'intestin par la médication opiacée, on obtient des résultats plus durables. Nous en avons fait l'expérience sur un certain nombre de malades d'abord traités par le diascordium et le laudanum à haute dose, et qui, après plusieurs récidives, n'ont été définitivement guéris que par l'emploi d'une bonne dose de sulfate de magnésie. Il est, du reste, à remarquer que les partisans de la médication opiacée, comme méthode générale, notent eux-mêmes le retour fréquent des accidents intestinaux. L'un d'eux, M. le docteur Marius Durand, qui redoute les purgatifs et emploie concurremment, à la manière anglaise, le sous-acétate de plomb et le laudanum, écrivait tout récemment : « Il est des individus chez qui, durant l'épidémie, nous avons arrêté la diarrhée *jusqu'à cinq et même six fois* au moyen de cette seule médication. (*Revue thérapeutique du Midi*, 30 octobre 1853.) » C'est ce que nous avons vu en effet, et ce qui ne nous semble pas arriver quand une ou plusieurs purgations ont ouvert le traitement. Mais, nous l'avons laissé entrevoir tout à l'heure, ces remarques ne sont applicables qu'à la généralité des cas. Au plus fort du choléra, quand Paris était semé d'affections intestinales, on rencontrait fréquemment des formes bilieuses, dyssentériques et inflammatoires, à l'égard desquelles les indications thérapeutiques restaient ce qu'elles sont en tout temps, et où la médication purgative ne trouvait qu'un emploi restreint et accidentel. Ce sont ces formes que, dans un récent article (nº 12), nous avons rappelées à l'attention des vrais praticiens. Il en est une autre encore, dans laquelle l'expérience contredisait fortement le précepte général d'une abstinence sévère d'aliments. Elle consistait dans cet état particulier du tube digestif où les substances ingérées arrivent trop rapidement à l'extrémité rectale, et sortent, peu de temps après le repas, avec une grande abondance de liquide séreux. Dans les cas de ce genre, qui ne sont rares en aucun temps, un peu de viande grillée, de la croûte de pain, un demi-verre à un verre de vin chaud, aromatisé avec la cannelle, pour un repas, l'abstinence de tout autre liquide, valent souvent mieux qu'opium, acétate de plomb et eau de Sedlitz.

Nous nous sommes étendu longuement sur le traitement de la cholérine, parce qu'il a été plus que jamais à l'ordre du jour, en Angleterre et en France, dans la dernière épidémie. Nous n'avons que peu de mots à dire, au contraire, du traitement du choléra, qui n'a rien offert de bien nouveau ni dans ses moyens ni dans ses résultats. Toutefois, en considérant séparément les trois périodes du choléra confirmé, celles d'*augmentation* (dite phlegmorrhagique), d'algidité et de réaction, on peut dire que la thérapeutique, aussi impuissante que dans les épidémies antérieures contre les dernières périodes, a lutté plus avantageusement contre la première. Huit malades arrivés à cette période, dans le service de M. Briquet, avec vertiges, titubation, vomissements, faiblesse de pouls, altérations des traits, ont été guéris par l'emploi de l'ipécacuanha d'abord, et ultérieurement de l'opium (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 janvier). L'ipécacuanha, surtout, paraît avoir agi héroïquement ; un mieux sensible se manifestait constamment le jour même de l'administration du vomitif. Ce résultat diffère assez de ceux qu'avait donnés le même traitement en 1849, où, sur 11 sujets arrivés à la période phlegmorrhagique, le choléra ne fut enrayé que six fois. Cette médication paraît avoir également réussi entre les mains de plusieurs praticiens, de M. Aran, par exemple, qui en a consigné les résultats dans un travail spécial (*Union médicale*, 1853, nº 153). Le docteur Hübbenet, dans le mémoire que nous avons plusieurs fois cité, a vanté aussi les bons effets de l'ipécacuanha, et c'est enfin le remède qui nous a paru être encore le moins infidèle dans les épidémies antérieures. Aussi sommes-nous plus que jamais disposé à le conseiller dans la seconde période, et surtout à ne pas recourir à l'opium avant le préliminaire d'un vomitif.

On sait que les médecins anglais et américains ont préconisé, dans la période algide, l'injection d'eau salée dans les veines. M. Briquet a essayé quatre fois cette médication sur des sujets algides et sans pouls aux radiales. Il a poussé 500 grammes d'eau salée dans les veines du bras. Chaque fois le pouls s'est relevé à l'instant même, la cyanose a diminué ; dans un cas, la chaleur est revenue, mais constamment l'algidité a reparu au bout de cinq ou six heures.

Quant au traitement de la période de réaction, on pressent, par ce que nous avons dit de la réaction elle-même, ce qu'il a pu offrir de spécial. On avait rarement à modérer le

---

graphe de quelque notoriété se trouvait dans ce cas. En ce qui concerne cette catégorie de médecins, le gouvernement est maître de disposer comme bon lui semble ; mais, par une déférence également honorable pour ceux qui en donnent témoignage et pour ceux qui en sont l'objet, la Faculté est toujours consultée. Ici encore elle s'est roidie contre les obsessions, et n'a pas eu de fâcheuses complaisances : de là des refus d'autorisation. La Faculté, en faisant montre de sévérité, a peut-être voulu préparer les voies à une innovation qui, selon nous, satisferait l'intérêt de l'humanité sans porter atteinte au principe de protection qui couvre l'étranger. Qu'un Russe, un Prussien, un citoyen de quelque petit duché, muni du titre qui lui conférerait droit d'exercice dans son pays, soit exempté ici de la scolarité et des diplômes de bachelier ; qu'il ne soit pas même astreint aux cinq examens et à la thèse, c'est déjà beaucoup, c'est déjà trop. Qu'on le soumette au moins à quelque épreuve probatoire ; qu'on exige de lui quelque témoignage de son aptitude pratique. Un diplôme emporte et doit emporter, dans le pays où il a été délivré, un droit fixe et absolu, parce que l'autorité compétente du pays a déterminé elle-même les conditions de l'obtention. Le diplôme suppose la capacité, mais une capacité relative et conventionnelle dont la mesure a été donnée pour un lieu défini et par une autorité particulière. Du moment où le diplôme voyage, il n'a plus qu'une signification fort vague à l'égard du gouvernement à qui on le présente, et dès lors, il devient nécessaire de vérifier si la capacité du titulaire, jugée suffisante ailleurs, est bien telle que ce gouvernement l'entend et l'exige chez lui. Autrement, on n'accorderait de protections aux étrangers qu'au détriment des nationaux. Nous sommes donc de ceux qui voudraient voir soumettre à quelques épreuves de pratique les médecins qui viennent demander pour un titre exotique le bénéfice de la protection française.

— Pendant que nous sommes chez notre calme mère la Faculté de médecine de Paris, laissez-nous vous dire quelques mots d'une démission de son nouveau professeur de chimie. Vous n'êtes pas sans savoir que M. Soubeiran était déjà professeur de physique à l'école de pharmacie, et qu'il a renoncé à cette chaire en prenant possession de ses nouvelles fonctions. Mais ce qu'on n'a pas assez dit, ce que beaucoup de personnes ignorent, c'est qu'aucune loi ni aucun règlement ne l'y obligeaient. La loi sur le cumul, qui autorise un total de 20,000 francs, ne l'atteignait en aucune manière ; il ne lui était pas davantage interdit de conserver les deux positions, et nous ajouterons que certains précédents auraient pu l'y encourager ; car si nous avons bonne mémoire, Clarion avait enseigné la botanique à la Faculté et à l'École. C'est donc un sentiment délicat et tout

mouvement d'expansion, et les occasions de saignée ont été très rares. M. Barth, à la *Société médicale des hôpitaux*, M. Grisolle, dans la note qu'il a bien voulu nous remettre, ont particulièrement signalé cette particularité. Dans la grande majorité des cas, les forces demandaient à être soutenues par la continuation des légers stimulants et des toniques jusqu'à confirmation de la convalescence.

Nous ne dirons rien de quelques moyens particuliers indiqués dans plusieurs mémoires, de l'acide sulfurique, de l'eau froide à haute dose, etc., — non plus que des merveilles attribuées à certaines méthodes de traitement, telles, par exemple, que l'union du calomel et de l'opium, d'après les indications du docteur Ayre (de Hull), préconisée par le docteur Gibb, qui dit en avoir retiré d'excellents effets; plus prônée encore par le docteur Iffland (de Québec), qui, sur 50 cholériques, n'en aurait perdu que 5. Sur tout cela, ou l'épidémie dernière n'a fourni aucun renseignement nouveau, ou les renseignements ne sont pas suffisants.

Le *Tableau abrégé* que nous terminons ici nous paraît renfermer tout ce que peut accueillir une science sévère. On nous pardonnera d'avoir apporté si peu d'affirmations. Les vues de l'esprit sont faciles; elles ont de plus l'avantage d'être commodes, en dispensant des ennuis de l'observation; mais faut-il incliner devant elles les droits de la critique? Faut-il sacrifier les choses aux mots, livrer les faits pour du vent? Non, certes. Le vent n'a jamais fécondé que les cavales. Encore y a-t-il longtemps de cela.

A. Dechambre.

M. Cap a lu, dans la séance de l'Académie de médecine du 17 février (1), un travail des plus importants sur la glycérine et ses applications aux diverses branches de l'art médical. M. Cap s'est proposé, dans ce mémoire, d'appeler l'attention de l'Académie sur cette substance, dont on n'a songé que tout récemment à faire une application sérieuse aux arts, à l'industrie et aux sciences médicales.

La plupart de nos lecteurs ont sans doute un peu négligé l'étude de la glycérine; mais à présent qu'elle semble devoir acquérir plus d'importance, il n'est pas mal de faire avec elle plus ample connaissance.

La glycérine n'existe pas toute formée dans la nature : c'est un principe tout à fait artificiel. Presque toutes les graisses animales, la plupart des huiles saponifiables peuvent fournir de la glycérine. Ainsi, lorsqu'on saponifie une graisse ou une huile en la faisant bouillir avec de la potasse, comme cela se pratique pour fabriquer les savons, ou avec de la chaux, comme cela a lieu pour la fabrication de l'acide stéarique, la graisse paraît s'unir entièrement à la chaux ou à la potasse en formant une masse solide, et pourtant ce n'est qu'une partie de la graisse transformée, décomposée, qui s'unit sous forme d'acide avec la chaux ou la potasse, l'autre portion de la graisse reste en dissolution dans l'eau sous forme de glycérine.

(1) Voir *Gazette hebdomadaire*, n° 16.

Il semblerait, au premier abord, que puisqu'il a suffi de l'ébullition en présence d'une base pour séparer la graisse en un acide gras qui se fixe à la base et en glycérine, celle-ci devait préexister dans la graisse, unie, combinée avec l'acide gras. Il n'en est rien cependant, ni l'acide gras, ni la glycérine n'existent avant la saponification. Ces deux principes sont formés artificiellement par l'action de la saponification qui fait entrer, en sus des éléments constituant la graisse, quelques atomes d'eau pour donner naissance aux deux nouveaux produits.

Ces phénomènes, d'une délicatesse inouïe, ont été démontrés jusqu'à l'évidence par les recherches de M. Chevreul sur les corps gras, recherches que Berzelius, le chimiste suédois, et Liebig, le chimiste allemand, ont pu qualifier de modèle impérissable d'un travail chimique.

La glycérine est donc un produit artificiel qui n'existe pas tout formé dans la nature; c'est une substance neutre, indifférente, qui ne se combine pas avec d'autres corps chimiques. Quant à ses propriétés physiques, elle est toujours liquide, ne se solidifie jamais, et possède au plus haut degré la propriété d'attirer l'humidité de l'air. Un morceau de papier taché de glycérine devient souple et ne se dessèche jamais. Elle se mélange en toutes proportions avec l'eau, l'huile, l'alcool; elle dissout la plupart des corps que l'on peut dissoudre. La glycérine a un goût douceâtre qui lui a fait donner le nom de principe doux des huiles.

M. Cap, se basant sur ces propriétés, a senti tout le parti qu'on pourrait tirer de l'emploi de cette substance dans les préparations pharmaceutiques, et en en faisant part à l'Académie, il présente en même temps à ce juge souverain un procédé nouveau pour obtenir facilement la glycérine à l'état de pureté.

Après avoir rappelé les observations de praticiens en Angleterre, en France, en Russie, observations qui montrent que la glycérine, en pénétrant facilement dans les pores de la peau, assouplit cet organe et maintient à sa surface, en vertu de sa propriété hygrométrique, une forte humidité permanente, très propre à combattre la sécheresse et l'épaississement du derme, cicatrise les fissures, les crevasses de la peau, lui conserve sa souplesse et en calme l'irritation, l'auteur ajoute :

« Cet ensemble de propriétés fait, comme on le voit, de la glycérine un nouvel et précieux *excipient* qui vient s'ajouter à la liste trop peu nombreuse des corps de cette nature dont l'art peut disposer, excipient qui semble tenir le milieu entre l'eau et

---

spontané qui a porté M. Soubeiran à ce sacrifice. Il a voulu n'étreindre qu'une œuvre pour la mieux embrasser; il lui a répugné d'être en deux endroits à la fois un obstacle à de hautes et légitimes ambitions. Un tel exemple méritait d'être rappelé et apprécié... *Manibus date lilia plenis!*

Mais le désintéressement, cher confrère, n'est pas aussi rare qu'on le dit; car il en est jusqu'à deux que nous pouvons citer dans une même lettre. M. Serre (d'Uzès) a fait don à l'*Association médicale d'Alais* du curieux livre dont vous avez pu lire récemment dans ce journal un compte rendu détaillé. Le livre se vend donc au profit de la caisse de l'Association. Encore une bonne idée à glisser dans l'oreille des auteurs! Les associations de secours ont grand'peine à s'enrichir; celle de Paris, la mieux partagée de toutes, qui compte un si grand nombre de membres, et, parmi eux, les coryphées de la pratique, qui a reçu des donations, en est à se vanter très haut de posséder, après tant d'années d'existence, 4,600 fr. de rente, ainsi qu'il appert du compte rendu de 1853. Certes, la somme n'est pas à dédaigner; un bon bourgeois s'en arrangerait sur les hauteurs de Belleville; mais quelle goutte d'eau pour la soif ardente de tant de misères! Imaginez la source de fortune, le Pactole qui jaillirait au sein de cette association, si les auteurs aimés y lâchaient leurs écluses! De prétendre tirer davantage de la bourse des praticiens, ce serait folie. Ni en France ni ailleurs la position du commun des médecins ne leur permet de grands sacrifices, surtout de sacrifices continus comme en exigent les sociétés de secours mutuels. Les journaux de médecine étrangers contiennent fréquemment des doléances sur les *honoraires*, la plaie toujours saignante. Ces jours derniers, dans un pays où les associations paraissent en honneur, en Espagne, *El Siglo medico* renfermait sur ce sujet un article qu'on eût dit écrit en France à une époque de congrès quelconque, tant les plaintes se ressemblent, tant les griefs sont de même nature. Nous l'aurions publié *in extenso* si l'espace nous l'eût permis.

—Après vous avoir promené à Paris, dans les départements, en Belgique, en Espagne et jusque dans la république de l'Uruguay, souffrez, cher confrère, que nous rentrions chez nous par l'Angleterre. Nous n'y jetterons qu'un coup d'œil. Là aussi la médecine souffre. Le fracas des grands succès couvre mal les gémissements du praticien obscur. Les *honoraires* ne vont pas bien partout. Mais au moins le caractère démonstratif du pays assure de temps en temps aux services de l'ordre médical des témoignages de gratitude dont on n'a pas la moindre idée en France. A un jour donné, les notables habitants d'une ville s'assemblent dans une vaste salle pour y donner un témoignage public de confiance et d'estime à un médecin qui a su se distinguer dans sa vie scientifique ou professionnelle. Ledit témoignage se

l'huile, car il participe à la plupart des propriétés de l'une et de l'autre. La glycérine s'unit en effet aux liquides aqueux et alcooliques, comme elle s'incorpore à l'axonge, aux onguents, aux pommades et aux formules. Elle peut servir de base aux liniments, aux onctions, aux embrocations; elle se mêle aux extraits, aux teintures, aux alcoolats, aux vins médicinaux, et se prête, par conséquent, à la plupart des emplois de la médecine et de la chirurgie, ajoutant à toutes les préparations dont elle fait partie le concours de ses propriétés lénifiantes, sédatives, assouplissant les tissus et les disposant à l'absorption des substances médicamenteuses auxquelles on la réunit, etc. »

En lisant cette énumération des services que la glycérine peut rendre dans la médecine, nous avons été séduit, entraîné, et nous avons vu là une véritable conquête de la science au profit de l'humanité; mais une réflexion nous a arrêté, nous avons songé à l'exécution, à la pratique. En effet, il s'agit avant tout de l'obtenir, cette glycérine; on en jette tous les jours, il est vrai, en quantité considérable dans les fabriques de savons ou de bougies stéariques. Il n'y a qu'à la recueillir, dira-t-on; mais elle existe mélangée à une si grande masse d'eau, qu'il en est de ces résidus comme de ces terres argentifères peu riches qu'on rejette de la mine; elles forment avec les siècles des montagnes qui renferment des trésors, mais ceux qui tentent d'en extraire l'argent qu'elles renferment, se ruinent infailliblement.

Un point donc qui nous semble capital, qui domine tout, c'est de savoir si l'on peut obtenir cette glycérine *à l'état de pureté parfaite*, facilement et à bon marché; car, si nous avons bien compris M. Cap, il ne s'agit pas ici d'un emploi limité. On comprend que pour extraire de l'écorce de quinquina ses principes actifs, de l'opium la morphine, etc., on ne recule devant rien : les effets obtenus par l'emploi de ces substances sont tellement efficaces, tellement incontestables, que le prix de revient n'entre presque pas en ligne de compte; mais ici nous avons affaire à un principe qui n'a par lui-même que des propriétés passives, et dont la qualité essentielle est de pouvoir s'annihiler et se mélanger facilement avec d'autres substances ou de les dissoudre.

Une autre objection est celle-ci : comment obtiendra-t-on la glycérine infailliblement pure? Justement parce qu'elle peut se mélanger avec toutes sortes de substances, il est très difficile de l'obtenir parfaitement pure.

La glycérine ne se distille pas comme l'eau et l'alcool; elle ne surnage pas, comme l'huile, au-dessus d'autres liquides; elle ne se solidifie pas et ne peut donc pas se précipiter. Il faut prévoir toutes les impuretés qu'elle peut renfermer, et, quoi qu'on fasse, par le procédé indiqué par M. Cap, elle retient toujours une forte proportion de sulfate de chaux.

Toutes ces considérations, purement pratiques, doivent être cependant sérieusement examinées, car M. Cap propose à l'Académie d'établir en pharmacie un nouvel ordre de médicaments dont la glycérine serait l'excipient, qu'on pourrait appeler les *glycérolés*, et qui, si l'Académie donnait son approbation, prendraient rang soit dans les dispensaires, soit dans la pratique médicale, au même titre que les composés analogues. Il est vrai que M. Cap indique un nouveau procédé pour isoler la glycérine des eaux provenant des savonneries ou des fabriques d'acide stéarique. Nous ne jugerons pas ce procédé, car M. Cap est notre maître à tous dans l'art des manipulations chimiques. Seulement nous voulons prémunir contre l'enthousiasme. Sans enthousiasme, sans illusions on n'entreprendrait rien sans doute, mais nous craignons l'inévitable réaction et l'indifférence à sa suite. Qu'on lise les travaux qui ont été publiés il y a quinze ans sur la chimie physiologique, et l'on verra quel enthousiasme, quelles illusions, que de promesses! Le médecin a cru, il a espéré, mais les promesses ne se réalisant pas, les illusions ont disparu, et, chose plus regrettable, la confiance s'est aussi évanouie. Il est cependant resté dans nos habitudes scientifiques cette forme de programme de l'avenir qu'on emploie à propos de tout, mais qui, à la simple lecture, refroidit et met le public sur ses gardes.

Nous savons qu'il n'entre pas dans la pensée de M. Cap de regarder l'emploi de la glycérine en pharmacie comme aussi simple que celui de l'eau ou de l'huile, auxquelles il la compare; c'est une fois que l'attention aura été attirée par ses savantes recherches sur cette substance, dont on ne tirait jusqu'à présent aucun parti, que M. Cap indiquera comment il faut surmonter les petites difficultés pratiques qui se rencontreront sans doute en assez grand nombre. F. VERDEIL.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

OBSERVATIONS SUR LES KYSTES DU TESTICULE, par T.-B. CURLING, chirurgien de London-Hospital. — Traduit de l'anglais par M. GIRALDÈS, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Les kystes du testicule semblent être peu connus; plusieurs hypothèses néanmoins ont été émises pour expliquer leur nature et leur origine. Cette incertitude de nos connaissances provient surtout de l'état des pièces d'anatomie pathologique qu'on a occasion d'étudier : presque toujours ces pièces sont obtenues à la suite d'opérations chirurgicales; elles représentent dès lors un état trop avancé de la maladie, et ne permettent pas d'en suivre les premiers développements.

J'ai eu occasion d'opérer une tumeur de cette espèce à un degré moins avancé que celles qu'on a occasion de voir, et j'ai profité de cette circonstance pour étudier avec M. J. Quekett l'origine et le développement des kystes du testicule.

compose généralement de pièces d'orfévrerie ou d'une bourse garnie de guinées. Une cérémonie de ce genre, connue en Angleterre sous le nom de *Presentation of Testimonial*, a eu lieu le mois dernier à Keith, en Écosse, en l'honneur du docteur Turner. Contrariée d'abord par un petit mécompte, — l'absence du cadeau, retenu au bureau du chemin de fer, — elle a été néanmoins pleine de solennité. Des adresses ont été prononcées, auxquelles M. Turner a répondu longuement et aux applaudissements de l'assemblée entière. Presque le même jour, à Birmingham, pareille fête a été donnée au docteur Francis Elkington, comme fondateur et médecin de *Lying-in Hospital*, par ses amis et les souscripteurs de l'institution (1). Imaginez cela en France, si vous pouvez, cher confrère; c'est tout ce que nous nous permettons de vous en dire.

Je suis, en vous souhaitant toutes sortes de prospérités, et particulièrement un *testimonial*,

Votre très dévoué confrère,

A. DECHAMBRE.

(1) Les hôpitaux, à Londres, appartiennent à des associations particulières.

— Les quelques cas de choléra développés depuis notre dernier Bulletin portent le nombre total des malades à 974, sur lesquels il y a eu 451 décès.

— M. Delondre, pharmacien, fabricant de sulfate de quinine, à Graville-Havre, a fait don à la Faculté de médecine de Paris, d'une collection de quinquinas. M. Bouchardat, en présentant cette collection à la Faculté, a fait ressortir les services rendus par M. Delondre dans la grande question des quinquinas.

— L'Académie des sciences tiendra sa séance annuelle le lundi 30 janvier, à deux heures. M. Flourens, secrétaire perpétuel, y lira l'éloge historique de Blainville.

— M. Leroy (d'Étiolles) vient de recevoir la croix de commandeur de l'ordre de la Couronne de chêne (Hollande).

— ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA SEINE. — La séance générale annuelle aura lieu le dimanche 29 janvier 1854, à deux heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Le Compte rendu de la gestion financière de 1853 établit que les recettes, pendant cette année, se sont élevées à 16,422 fr. 50 c.; les dépenses et l'emploi à 14,964 fr. 50 c.

On sait très bien qu'Astley Cooper décrivit les kystes du testicule sous le nom d'hydatide. Mais on peut croire néanmoins que cet habile chirurgien soupçonnait que ces tumeurs étaient formées par la dilatation des tubes séminifères obstrués. « Au premier » abord, dit-il, ellles semblent formés de kystes ; mais en les étu» diant de près, on constate qu'elles ne sont pas formées par des » poches isolées, mais bien par des poches réunies entre elles par » des prolongements. » De mon côté, j'avais eu aussi quelque tendance à adopter cette opinion et à considérer les kystes du testicule comme une maladie analogue à ceux produits par les dilatations partielles des canaux galactophores.

Une chose m'embarrassait cependant dans cette hypothèse; je ne pouvais pas m'expliquer pourquoi ces kystes sont toujours enveloppés par une couche de vaisseaux séminifères sains ; cette disposition, que j'ai toujours rencontrée dans les tumeurs, que j'ai eu occasion d'étudier, peut être parfaitement expliquée aujourd'hui, après les recherches faites à l'occasion de l'observation suivante :

M. X..., marchand, habitant la ville de Kent, âgé de trente-sept ans, d'une constitution en apparence faible et maladive, vint me consulter, le 1er décembre 1852, pour une tumeur du testicule. C'est au mois de mai dernier qu'il s'aperçut de l'existence de cette tumeur. Il consulta, quelque temps après, M. Ely, chirurgien de Rochester. Des préparations mercurielles et iodées ont été administrées sans aucun résultat. Lorsqu'il vint me voir, la tumeur avait quatre fois le volume du testicule normal. Sa forme était régulière, et elle offrait les caractères d'une tumeur solide; ayant cependant reconnu un point fluctuant, j'y fis une ponction, et près de 2 onces de sérosité sanguinolente, venant de la tunique vaginale, s'écoulèrent par le trocart : le cordon est sain, les glandes de l'aine et des lombes ne sont pas engorgées.

Convaincu que j'avais affaire soit à une tumeur encéphaloïde ou bien à des kystes du testicule, j'ai conseillé la castration. Cette opération fut pratiquée le 8 ; le malade guérit rapidement, et le 26 il retourna à la campagne ; son état se maintient.

Une coupe de la tumeur laisse voir à sa périphérie une couche brunâtre formée par des vaisseaux séminifères, placée immédiatement au-dessous des tuniques du testicule. Cette tumeur est constituée en totalité par des kystes d'un volume variable; les plus gros ont près d'un demi-pouce de diamètre, et les plus petits la grosseur d'un grain de millet. Ces kystes sont remplis par une humeur transparente visqueuse, par un liquide sanguinolent ou même par du sang coagulé. Quelques-uns sont remplis d'une matière blanche solide ; ils sont presque tous entourés par du tissu fibreux, beaucoup plus dense dans la partie centrale.

Des tranches minces, examinées au microscope, permettent de suivre le mode de formation de ces kystes et de voir qu'ils sont formés par des tubes dilatés à leur extrémité, ou sur leur partie latérale, ou bien même à l'extrémité de quelques anses tubulaires. On y trouve aussi des tubes dilatés uniformément dans une certaine étendue. Ces dilatations kystiques sont tapissées par un épithélium pavimenteux; dans quelques unes on rencontre des granulations d'une matière noire. Dans les kystes les plus volumineux, on trouve des amas d'une matière blanche formée par de l'épithélium pavimenteux altéré. Ceux-ci sont plus fermes et plus denses que les autres ; aucun d'eux ne renferme de spermatozoïdes.

Cette tumeur appartient à la classe des kystes du testicule, et ces kystes sont produits par une dilatation morbide de quelques canaux de cet organe ; l'existence, autour de la tumeur kystique, d'une couche de vaisseaux séminifères, comme je l'avais déjà constaté, prouve que ces dilatations ne se font pas aux dépens de ces vaisseaux. S'ils en étaient le siége, on les trouverait refoulés d'un côté de la tumeur ou bien mêlés avec les kystes, au lieu d'être constamment placés, d'une manière distincte, autour de la masse morbide. Les canaux de l'épididyme ne sont pas non plus le siége de ces dilatations. Dans toutes les préparations de kystes du testicule que j'ai eu occasion d'examiner, j'ai trouvé cet organe quelquefois intact, déplacé, d'autres fois atrophié et comme perdu dans la tumeur. Or, si l'épididyme était le siége de ces kystes, la substance du testicule pourrait être détruite par la pression, mais dans le cas contraire, on la trouvera toujours renfermée dans ses membranes propres.

Si les canaux de l'épididyme et ceux du testicule ne sont pas le siége de ces modifications, on doit les regarder comme étant produites par la dilatation des tubes du *rete* du testicule. Pourquoi ces tubes sont-ils le siége de semblables altérations? C'est un point que je ne saurais expliquer.

Dans les préparations où les kystes avaient acquis un certain développement, j'ai rencontré dans leur cavité des productions comme des végétations, qui semblaient naître de leurs parois pour les remplir presque en totalité ; quelques-unes de ces productions étaient pédiculées, d'autres étaient globuleuses ; elles ressemblaient à des végétations analogues qu'on rencontre dans quelques kystes du sein. J'ai fait figurer dans mon *Traité sur les maladies du testicule* (p. 362) une préparation du musée d'Hunter (n° 2390), dans laquelle ces végétations existent; cette préparation provenait d'un malade âgé de trente-six ans opéré par Liston. M. Quekett a constaté qu'elles étaient de nature celluleuse et recouvertes par de l'épithélium cylindrique analogue à celui des villosités intestinales.

Dans quelques préparations, j'ai rencontré aussi des masses d'enchondrome au milieu des kystes. J'ai fait figurer dans mon article *Testicule Cyclop. of Anatomy*, ces productions ayant l'apparence de petites perles, et je dis « elles semblent être placées dans » la cavité des kystes, mais je crois qu'elles se développent à » l'extérieur. » Il résulte pour moi d'observations plus récentes que ces enchondromes se développent dans l'intérieur même des tubes et dans leurs dilatations ; j'ai eu occasion de voir une très belle pièce d'enchondrome du testicule opéré par M. Hancock et présentée par lui à la Société pathologique, dans cette pièce, du poids de 4 livres et 6 onces, examinée par MM. Hog et Quekett, les enchondromes étaient dans les dilatations des tubes. Dans d'autres préparations que j'ai examinées avec M. Quekett, nous constatâmes également que ces productions étaient contenues dans les tubes dilatés. Dans le musée d'Hunter se trouve une tumeur de kystes du testicule donnée par M. Hammick; cette tumeur est formée par des kystes enveloppés par du tissu fibreux et renfermant des enchondromes ayant une forme allongée, se détachant facilement de la cavité qui les contient et analogues à ceux que nous avons mentionnés ; dans les kystes les plus volumineux, on trouvait aussi les productions blanches composées d'épithélium, dont nous avons déjà parlé.

Il résulte de cette étude que les kystes du testicule appartiennent à la classe des tumeurs bénignes ; ce point est surtout confirmé par l'observation clinique : c'est, on le comprend, une chose très importante dans l'histoire de cette maladie. En effet, il est toujours possible, après un examen attentif d'une semblable tumeur enlevée par l'opération, d'assurer au malade que la maladie ne se reproduira pas et que la guérison se maintiendra.

Il existe néanmoins quelques observations qui seraient de nature à porter atteinte à cette conclusion : il y a quelques années, une tumeur du testicule se développa chez un médecin de mes amis, âgé de trente-deux ans; la maladie continua à progresser ; au bout de dix-huit mois, il fut opéré par M. Luke. Un examen rapide de cette tumeur me fit croire qu'elle était constituée par des kystes de l'organe. On y voyait, il est vrai, quelques épanchements sanguins qu'on attribua aux ponctions exploratrices. Le malade ne se rétablit jamais de son opération, il conserva toujours un facies cachectique ; au bout de six mois, il eut une hémoptysie suivie de douleurs lombaires et d'une augmentation de volume du foie; il succomba dix-huit mois après. Le foie, les poumons et les ganglions lombaires étaient remplis de matière encéphaloïde.

Il y a quelques années que M. Hawkins me montra, à l'hôpital Saint-Georges, quelques préparations de kystes du testicule, les malades sont morts après l'opération de tumeurs développées dans les organes splanchniques, et il m'assurait que pour lui cette maladie était de nature maligne. Il devenait donc nécessaire, en raison même de la nature de ce travail, d'examiner avec soin ce préparations. Or, deux de ces pièces, cataloguées sous le titre de fongus

hœmatodes du testicule ont été étudiées avec soin; la première, c'était une petite tumeur de l'épididyme qui avait été opérée; trois à quatre ans après, le même testicule augmenta de volume, fut enlevé. L'opération a été pratiquée dans le mois d'octobre 1834. Au mois de novembre 1835, le malade fut pris d'une maladie du poumon accompagnée de douleurs dans le dos, de crachement de sang; il succomba dans le mois de février 1836. L'abdomen était rempli de masses de fongus hœmatodes. Le testicule opéré était rempli de kystes contenant soit un liquide transparent ou un liquide coloré; la masse de la tumeur était formée d'une matière blanche épaisse mêlée aux kystes, cette matière est plus consistante dans quelques points; les kystes en sont remplis et par du sang coagulé.

Cette préparation offre tous les caractères des kystes du testicule; j'y ai trouvé deux ou trois enchondromes dans la substance de la tumeur; les tubes séminifères y formaient aussi une couche mince autour de la masse morbide, comme dans les kystes ordinaires. Les épanchements de sang, il est vrai, y sont plus nombreux.

La seconde préparation est également cataloguée sous le titre de fongus hœmatode : le malade avait été opéré par M. Babington, seize mois avant sa mort; quatorze mois après l'opération, il se forma une tumeur dans le cou et une autre dans l'abdomen; deux mois après le malade succomba. La tumeur de l'abdomen était formée de masses globuleuses s'étendant jusqu'au diaphragme et placées autour de l'aorte, elles étaient constituées par des masses encéphaloïdes. Les kystes de la tumeur du testicule avaient un volume très considérable; je n'en ai jamais vu de semblables. Le tissu intermédiaire était ferme et mêlé de quelques dépôts de sang et de matière granuleuse molle.

La matière molle contenue dans les kystes des deux tumeurs a été examinée au microscope. On constata qu'elle était formée de cellules cancéreuses; dans quelques kystes on trouvait une matière noire plus abondante que les cellules cancéreuses, là surtout où le tissu morbide était ramolli. Dans quelques points on trouvait des tubes remplis de cette matière, il n'y existait point d'écailles épidermiques.

En parlant des kystes du testicule de mauvaise nature, je fais abstraction des tumeurs encéphaloïdes de cet organe, dans lesquelles on en rencontre deux ou trois; je veux seulement parler de celles qui sont constituées presque en totalité par des kystes. Il paraît probable que dans l'origine les kystes y prédominent, et que plus tard la matière cancéreuse continuant à se développer, les détruit; c'est probablement ce qui a eu lieu dans une pièce qu'on voit dans le musée Huntérien : c'est une tumeur du testicule, dont la partie supérieure est formée par une grande quantité de petits kystes, le reste de la pièce offre partout l'aspect des tumeurs encéphaloïdes; le malade avait été opéré par M. Guthrie : il succomba peu de temps après l'opération. Le cancer encéphaloïde du testicule semble toujours commencer par le rète : dans les préparations où la maladie n'est pas encore très avancée, on y retrouve les vaisseaux séminifères autour de la tumeur, exactement comme dans ~~les~~ kystes du testicule.

D'après ce qui précède, on peut dire que les kystes du testicule se divisent en kystes de bonne nature et en kystes de mauvaise nature : les premiers sont plus fréquents. La présence d'épithélium pavimenteux dans leur cavité démontre qu'ils appartiennent à la première catégorie; la présence de cellules cancéreuses est un caractère qui montre qu'ils appartiennent à la seconde.

On peut conclure que : 1° Les kystes du testicule affectent deux formes : bénigne et maligne;

2° Ces deux formes sont produites par une modification des vaisseaux du *rete*;

3° La forme bénigne est caractérisée par la présence d'épithélium pavimenteux;

4° La forme maligne est caractérisée par la présence de cellules cancéreuses;

5° Les enchondromes se développent dans les deux formes, presque constamment, dans les kystes bénins : le cartilage se développe dans l'intérieur des kystes.

(*Medico-Chir. Transactions*, volume XXXVI.)

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

OBSTÉTRIQUE.

REVUE CRITIQUE SOMMAIRE DES PRINCIPAUX TRAVAUX D'OBSTÉTRIQUE DE L'ANNÉE 1853.

Nous aimerions à trouver à certaines époques, dans les recueils destinés à représenter dans les sciences médicales le mouvement des idées, les efforts des travailleurs, l'esprit d'innovation et les progrès de l'art, des résumés annuels, sorte d'inventaires qui rappelleraient un moment les dernières préoccupations des esprits, les tentatives avortées, le nombre et la valeur des acquisitions réelles. Ces vues d'ensemble auraient surtout pour les divisions secondaires, désignées sous le nom de *spécialités*, et incomplétement représentées dans les divers organes de la presse médicale, une importance qui ne saurait être contestée. Nous nous proposons de faire ce résumé pour l'art des accouchements, qui, par son importance, mériterait d'être représenté, comme dans d'autres pays, par un organe spécial.

Science d'application, l'obstétrique offre peu de place aux doctrines médicales, qui, le plus souvent d'ailleurs, loin d'éclairer la pratique, lui font faire fausse route. Dans ce retour sur les travaux de l'année qui vient de s'écouler, nous n'aurons donc guère à résumer que des faits plus ou moins propres à confirmer ou à infirmer les idées reçues sur les points les plus difficiles de la pratique et à ouvrir quelquefois à l'art des voies nouvelles.

Sous le titre de *blennorrhagie du col utérin considérée comme cause de stérilité* (1), le professeur Sigmund (de Vienne) est venu ajouter quelques faits concluants aux documents modernes déjà nombreux qui tendent à jeter quelque lumière sur la question si embrouillée de l'étiologie de la stérilité chez la femme.

Lorsqu'on a sous les yeux des faits qui constatent qu'une légère affection du col peut, tant qu'elle existe, devenir un obstacle à la conception, n'a-t-on pas lieu d'être surpris de la voir s'effectuer dans des conditions où elle semble presque impossible? Le fait observé par le docteur Engelmann (2), bien qu'il ne soit pas sans analogie dans la science, ne mérite pas moins d'être noté.

Il s'agit d'une jeune femme, chez laquelle l'entrée du vagin paraissait complétement fermée par une membrane très résistante. A force d'attention, l'auteur finit par découvrir à la partie supérieure de cet hymen, anormalement développé, une ouverture qui ne dépassait pas la grosseur d'une tête d'épingle, par laquelle coulaient les menstrues. L'opération proposée, fut différée de quelques semaines; pendant ce temps, la jeune dame devint enceinte, et l'accouchement eut lieu avec la plus grande facilité, sans qu'il fût nécessaire d'inciser la membrane.

M. Robert Barnes, dans une étude consciencieuse sur la *dégénérescence graisseuse du placenta* (3), est venu ajouter aux efforts louables qui ont été faits dans ces derniers temps, tant en France qu'à l'étranger, pour tirer la pathologie de cet organe de l'oubli où elle était restée. Il fait voir, par des observations qui lui sont propres, comment le dépôt, tantôt par masses, tantôt par infiltration d'une matière d'apparence stéatomateuse, rétrécit par degrés le champ des fonctions du placenta; de là le dépérissement graduel du fœtus, sa mort, le décollement facile de l'organe vasculaire, à raison de sa souplesse perdue, décollement qui entraîne des hémorrhagies, l'avortement, l'accouchement prématuré. En se prononçant sur la nature de l'affection, M. Barnes préjuge la question plutôt qu'il ne la résout. Les faits de ce genre me semblent interprétés d'une manière plus conforme à la réalité, en considérant simplement les différentes variétés de ces dépôts comme formés par du sang épanché et transformé.

Un autre auteur anglais, M. Robert Druitt, *De la dégénérescence graisseuse du placenta à la fin de la grossesse* (4), admet, au su-

(1) *Wiener medizinische Wochenschrift.*
(2) *Deutsche Klinik.*
(3) *Medical Times.*
(4) *The Lancet.*

jet de cette altération, d'autres idées encore plus hypothétiques. D'après ce savant, la dégénérescence graisseuse du placenta est une condition normale de cet organe à la fin de la grossesse ; elle est l'effet d'une cessation partielle de ses fonctions actives lorsque le développement est presque accompli ; lorsque cet état se montre plus tôt et qu'il devient cause d'un avortement ou d'un accouchement prématuré, il est dû à un excès de nutrition ou à la mort du fœtus.

Le fait suivant, probablement unique, est un exemple curieux des singulières combinaisons qui peuvent résulter des mouvements de jumeaux contenus dans un amnios commun.

M. Soete (1), en délivrant une femme qui venait d'accoucher de deux enfants, trouva que les cordons fort longs constituaient entre eux, vers leur partie moyenne, un nœud double parfaitement formé ; les deux cordons étaient implantés à peu de distance l'un de l'autre sur un placenta unique.

Les faits qui établissent la possibilité de la transmission des maladies de la mère au fœtus ne sont pas nouveaux dans la science. Mais un bon nombre de ces faits manquent, sinon d'authenticité, du moins de détails suffisants. Aussi doit-on accueillir avec empressement tout ce qui peut éclairer cette partie si obscure et si peu avancée de la pathologie. C'est à ce titre que se recommandent les deux faits de variole communiqués à la *Société de biologie* par MM. Charcot et Depaul (2). Les mères étaient dans le sixième mois de leur grossesse lorsqu'elles furent prises de la variole ; l'expulsion des fœtus morts n'eut lieu que lorsque la convalescence était déjà fort avancée, ce qui explique peut-être pourquoi ces deux femmes ont échappé au danger qui les menaçait ; car en pareil cas, la mort de la mère est presque inévitable. L'un des fœtus présentait de nombreuses pustules varioliques bien caractérisées, avec ulcération du derme et deux petits ulcères de la membrane muqueuse de l'estomac. Chez l'autre, l'éruption avait parcouru toutes ses périodes, mais on distinguait les cicatrices des pustules varioliques, et les mouvements de l'enfant n'avaient cessé de se faire sentir qu'après la cessation de la fièvre éruptive chez la mère, peu de jours avant l'accouchement.

M. Dupuy (3) a publié un cas remarquable de *consolidation de fracture empêchée par la grossesse.* La femme qui en fait l'objet était jeune, d'une bonne constitution, bien portante, sans traces de syphilis ni de scrofules. Dans le troisième mois de sa grossesse, elle fut renversée par une petite charrette ; la roue, en passant sur la cuisse gauche, détermina une fracture oblique avec contusion médiocre. L'appareil ordinaire fut appliqué Tout paraissait s'être bien passé, mais le trentième jour, lorsqu'on débarrassa le membre, les fragments étaient aussi mobiles que le premier jour. L'appareil fut réappliqué et surveillé avec soin, et au bout du mois les fragments étaient restés aussi mobiles ; pendant tout ce temps, l'appétit était bon et la santé parfaite. Appareil amidonné, extension continue pendant près de six semaines sans plus de succès. Elle accoucha, vers la fin du huitième mois, de deux enfants assez forts qui ne vécurent pas. Au moment de l'accouchement, les fragments étaient déjà un peu moins mobiles, et un mois après, la consolidation était parfaite et le cal solide ; seulement les fragments avaient chevauché de 2 centimètres.

Le fait suivant est probablement unique dans les annales de la science. L'auteur, M. Chaning (4), l'a rapporté sous le titre d'*augmentation subite de l'abdomen pendant la grossesse.* En effet, chez une femme enceinte de quatre mois, le ventre augmente de volume d'une manière extraordinaire dans l'espace de deux jours. Cette augmentation est précédée et accompagnée de perte d'appétit, douleurs, faiblesse, rapidité du pouls. La malade meurt, et, à l'autopsie, on trouve la matrice occupant toute la cavité abdominale du pubis à l'épigastre ; elle est marbrée de marques livides, comme si sa cavité était pleine d'un liquide noir ; sa surface est néanmoins lisse, sans aucune trace d'inflammation péritonéale ; les ovaires ont le volume et la forme d'un rein hypertrophié et sont remplis d'un liquide semblable à de l'eau qui s'écoule à la moindre pression. La matrice contient beaucoup d'eau et deux enfants. M. Chaning attribue cette augmentation subite de l'utérus à une sécrétion utérine qui se serait faite entre les parois de l'organe et les membranes, sécrétion qui se serait étendue jusqu'aux ovaires dont la maladie, suivant lui, a dû marcher en même temps.

(1) *Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges.*
(2) *Gazette médicale de Paris.*
(3) *Journal de médecine de Bordeaux.*
(4) *American Journal of Medical Sciences.*

La discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie de médecine au sujet de certains *vomissements incoercibles pendant la grossesse*, et qui a si bien fait ressortir le danger de cet accident, soit qu'on s'abstienne, soit qu'on fasse usage du moyen extrême de provoquer l'avortement, donne une opportunité toute particulière au cas de ce genre, observé par M. Clertan, de Dijon (1), où des vomissements incoercibles furent arrêtés par une application de sangsues sur le col utérin. Une femme chez laquelle trois grossesses antérieures, dont une double, n'avaient rien offert de particulier, fut prise, vers le milieu du troisième mois d'une quatrième grossesse, de vomissements qui devinrent de jour en jour plus opiniâtres, à ce point que vers le huitième jour, les boissons étaient rejetées, en si petite quantité qu'elles fussent prises. Vers le commencement du troisième septénaire, l'amaigrissement était très sensible, la face pâle, fatiguée, la soif inextinguible, la faiblesse déjà sensible ; les efforts de vomissement avaient lieu de cinq en cinq minutes pendant l'état de veille, et de demi-heure en demi-heure pendant le sommeil ; une sensation de pesanteur était ressentie dans tout l'hypogastre. La série des moyens recommandés contre les vomissements fut épuisée sans résultat. Après une consultation, des tampons enduits de belladone furent appliqués sur le col sans plus de succès. Après environ quinze jours de traitement, les vomissements n'avaient rien perdu de leur opiniâtreté, la peau était devenue froide, le pouls petit, serré, fréquent, la face décolorée, l'expression anxieuse, les lèvres sèches, la bouche contractée. C'est alors que M. Clertan résolut d'attaquer directement l'organe, dont l'état morbide lui paraissait devoir être la cause sympathique de ces vomissements, prochainement mortels ; douze sangsues furent appliquées sur le col ; la saignée fut d'au moins 200 grammes. Deux heures après qu'il eut arrêté l'écoulement, un peu de bouillon put être pris sans être rejeté, puis bientôt un verre, enfin les vomissements avaient cessé ; après cinq jours de potages de plus en plus substantiels, la malade revint à la vie ordinaire et accoucha à terme de deux filles bien portantes.

Une des affections les plus curieuses et les moins connues sous la dépendance de la grossesse, c'est la paralysie sympathique, qui ne relève d'aucune lésion appréciable des centres nerveux, qui peut être rapprochée d'une variété de l'hystérie, de même que l'éclampsie peut être rapprochée de l'épilepsie. N'ayant pas un nombre suffisant d'observations pour tracer l'histoire de cette maladie, on doit pour le moment se borner à recueillir avec soin les faits qui s'y rapportent. C'est à ce titre que se recommandent les *considérations pratiques sur un cas de paralysie liée à la grossesse, traitée* et *guérie par la strychnine*, par V. Boullay (2).

Il n'y a pas en médecine obstétricale de maladie qui place le praticien dans une situation plus grave et souvent plus embarrassante que l'éclampsie, surtout l'éclampsie qui fait explosion dans les derniers mois de la grossesse sans que le travail se déclare. Aussi il n'y a pas d'année qu'on ne propose des moyens nouveaux pour parer aux dangers de cet accident, qui se prête d'autant mieux à des illusions thérapeutiques, que par bonheur le retour à la santé est de beaucoup le cas le plus ordinaire, ce qui permet d'en faire honneur aux moyens employés. Bien qu'en dehors des émissions sanguines, des purgatifs et des bains, nous ne connaissions encore aucun médicament qui puisse être considéré comme un auxiliaire de quelque valeur, nous n'indiquerons pas avec moins d'empressement des tentatives qui, à la fin, il faut l'espérer, amèneront un résultat heureux. M. Simpson, qui semble se montrer trop bien disposé en faveur du chloroforme, le gratifie de *moyen préventif des convulsions éclamptiques* (3). Il a présenté à la Société d'accouchement d'Édimbourg trois observations de malades sujettes, dans des accouchements précédents, à l'éclampsie. Sous l'influence du chloro-

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*
(2) *Bulletin général de thérapeutique.*
(3) *Monthly Journal of Med. Sciences.*

forme, ces femmes en ont été exemptes. L'une d'elles avait eu plusieurs grossesses, et après chaque accouchement elle avait été prise d'accès d'éclampsie ; sa dernière délivrance a été heureuse, grâce au chloroforme. Dans un cas, le docteur Bolton (1), après avoir saigné sa malade sans résultat, obtint un peu de calme par la morphine ; mais les convulsions reparaissent, l'état de la malade est si désespéré, qu'il a recours à l'inhalation du chloroforme ; sous son influence, les convulsions cessent, et surtout l'orifice utérin se distend et l'accouchement a lieu heureusement.

M. Legroux (2), cherchant dans les éléments pathogéniques de l'éclampsie, c'est-à-dire dans l'albuminurie qui préexiste et dont les phénomènes convulsifs ne semblent être qu'un effet, a proposé une médication particulière qui a été couronnée de succès dans deux cas dont il a rapporté l'histoire en détail. Cette médication consiste dans la saignée, quand elle n'est pas contre-indiquée par l'état général de la malade, dans l'émétique ensuite, destiné à combattre l'albuminurie dans sa cause et ses effets. Il donne ce médicament à la dose de 20 à 30 centigrammes, associé à 30 grammes de sirop d'ipécacuanha dans une potion, et il en continue l'usage pendant plusieurs jours.

En faveur de l'opinion tant controversée, s'il convient de provoquer le travail, nous citerons une observation de M. Casier (3), qui nous montre ce moyen couronné de succès. Mais entre le moment de l'introduction de la première éponge préparée et celui où il a été possible de terminer l'accouchement, il s'est passé près de deux jours. Les cas réellement graves d'éclampsie peuvent-ils se prêter à une temporisation aussi prolongée ? Sans aller chercher des faits en dehors du cercle étroit que nous parcourons, nous voyons dans une observation de M. Sabatier (4), qu'il s'est passé à peine quatre heures entre le premier accès et la mort de la malade, et l'opération césarienne pratiquée sur le champ n'a amené qu'un enfant qui avait aussi succombé dans ce court intervalle. Nous ne méconnaissons pas ce que la déplétion de l'utérus, mais encore l'écoulement lochial qui la suit, a de rationnel. Mais nous ne pouvons passer sous silence les faits qui viennent déposer contre elle. Dans un des cas observés par M. Legroux, la maladie n'a éclaté que le quinzième jour des couches et s'est présentée sous un aspect très grave, bien que la terminaison ait été heureuse. Dans un autre cas (5), les premiers accès ne se manifestèrent que le dixième jour, et en moins de vingt heures la malade succomba.

Jacquemier.

(*La suite à un prochain numéro.*)

IV.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai, par l'obligeant intermédiaire de M. Robert, fait hommage à la Société de chirurgie, dans sa séance du 4 décembre 1853, d'une tige porte-éponge à trois branches, entièrement semblable, *pour la forme*, à celles dont on se sert aujourd'hui à New-York, avec les modifications imaginées par M. le docteur Buck, chirurgien de *New-York City Hospital*, et les perfectionnements de M. Charrière fils. Permettez-moi d'entrer, à cette occasion, dans quelques détails historiques et pratiques.

La priorité a été réclamée, au sujet de l'invention de l'instrument lui-même et au sujet de son introduction dans la cavité laryngienne.

Je puis affirmer, après des recherches consciencieuses, que l'instrument a été imaginé par M. le docteur David Green, dans le but d'appliquer une solution de nitrate d'argent au larynx, au pharynx et à l'œsophage. Il se servait d'abord d'un cathéter mâle avec un morceau d'éponge attaché au bout par un fil. Après plusieurs expériences il a fini par adopter une tige en baleine, courbée en quart de cercle avec une éponge attachée par des fils solides. Cet instrument avait un inconvénient : les fils s'usaient en peu de temps ; l'éponge pouvait se détacher, accident des plus graves, si elle eût été à ce moment engagée dans le larynx. En outre, on était obligé d'avoir un grand nombre d'instruments, pour ne pas employer la même éponge chez plusieurs malades. M. Buck a fait fabriquer une pince d'argent à deux branches, avec un anneau coulant destiné à fixer l'éponge. Enfin, plus récemment, ayant eu occasion de demander une pince semblable à M. Charrière fils, celui-ci jugea utile d'y ajouter une troisième branche, pour mieux retenir l'éponge et éviter tout danger d'échappement. Dans l'instrument ainsi construit une des branches est munie d'un point d'arrêt par-dessus lequel peut passer un anneau coulant constricteur, à l'aide d'une encoche de baïonnette ; une fois que l'anneau a traversé le point d'arrêt, on lui fait exécuter un demi-tour, et alors, ne pouvant plus reculer, il fixe l'éponge de la manière la plus solide.

Maintenant, qui s'est servi le premier de cet instrument pour porter une solution caustique jusque dans le larynx ? M. Horace Green, de New-York, soutient, dans l'introduction de son ouvrage sur la bronchite, qu'en 1841, deux ans avant la publication de la traduction en anglais de l'ouvrage de MM. Trousseau et Belloc, il avait l'habitude d'appliquer la cautérisation au larynx. Je dirai à ce sujet que les travaux de MM. Trousseau et Belloc étaient ultérieurement connus en Amérique, où M. le professeur J.-M. Smith en avait parlé dès 1828 dans ses leçons à l'Université de New-York.

En France on a mis en doute la possibilité d'introduire l'éponge jusque dans le larynx. J'ai pourtant constaté ce fait par trois fois de la manière la plus formelle. M. Green va plus loin, il affirme avoir pénétré *dans la trachée jusqu'à sa bifurcation*, et cela facilement et sans inconvénients. Je me borne à répéter l'assertion.

Agréez, etc. John G. Adams.

Ancien secrétaire de l'Académie de médecine de New-York, ancien éditeur du *Medical Times* (*New-York*), etc.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

Séance du 16 janvier 1854. — Présidence de M. Roux.

Physiologie. — *De la section et de la galvanisation du nerf grand sympathique au cou.* — Le docteur E. *Brown-Sequard* lit un mémoire sur les résultats de la section et de la galvanisation du nerf grand sympathique au cou. L'auteur a été conduit par ses expériences aux conclusions suivantes : 1° La galvanisation du nerf grand sympathique au cou est suivie de la contraction des vaisseaux sanguins, d'une diminution dans la quantité de sang qui circule dans les vaisseaux, d'un abaissement de température, et d'une diminution dans les propriétés vitales des muscles et des nerfs moteurs, sensitifs et sensoriaux. — 2° La section du grand sympathique au cou, ou mieux l'ablation du ganglion cervical supérieur, est suivie de la dilatation des vaisseaux sanguins, d'un afflux de sang, d'une élévation de température et d'une augmentation des propriétés vitales des tissus contractiles et nerveux du côté de la tête correspondant au nerf coupé. M. Brown-Sequard pense que ces derniers effets sont, au moins en grande partie, la conséquence pure et simple de la paralysie des vaisseaux sanguins et de l'afflux sanguin qui en résulte ; on vient de voir, d'autre part, par l'exposé des résultats de la galvanisation du nerf grand sympathique au cou, que la contraction des vaisseaux sanguins s'accompagne de phénomènes inverses de ceux qui suivent leur dilatation. L'auteur de ce mémoire ajoute que, quand on galvanise les filets du grand sympathique qui, des ganglions abdominaux, vont aux artères et aux veines de l'un des membres abdominaux, on obtient sur les vaisseaux, sur les muscles et sur les nerfs du membre des résultats analogues à ceux qu'on observe à la tête lorsqu'on galvanise le grand sympathique au cou. (*Commiss.* : MM. Magendie, Serres, Flourens.)

Physiologie. — M. *Doyère* lit un *Mémoire sur la respiration et la chaleur moyenne dans le choléra*. Ce travail devant être prochainement l'objet d'un rapport, nous n'entreprendrons pas aujourd'hui d'en faire l'analyse. (*Commiss.* : MM. Andral, Rayer, Serres, Balard.)

Botanique. — *Monographie de la famille des Aristolochiées.* — M. P. *Duchartre* présente à l'Académie la première partie d'un travail sur la famille des Aristolochiées, comprenant le tableau méthodique du grand genre Aristoloche et sa division en genres naturels, la description et l'illustration d'un nouveau genre, celles d'un grand nombre d'espèces

(1) *The Lancet.*
(2) *Union médicale.*
(3) *Presse médicale belge.*
(4) *Union médicale.*
(5) *Union médicale.*

nouvelles d'Aristoloches, et l'analyse d'environ soixante espèces du même connues. (*Renvoi à l'examen de la section de botanique.*)

CHIMIE AGRICOLE. — *De la composition des blés.* — M. *Millon* présente un mémoire sur la composition des blés, qui fait suite aux recherches qu'il a précédemment soumises au jugement de l'Académie. Il est impossible de donner, par un extrait, une idée suffisante de ce mémoire, constitué tout entier par des recherches analytiques. M. Millon pense d'ailleurs lui-même que les propositions auxquelles il est arrivé réclament, pour être converties en conclusions définitives, une expérience plus variée et plus suivie. (*Commiss.* : MM. Chevreul, Pelouze, Péligot.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Recherche de l'iode dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires du Jura, du Valais, de la Lombardie, de l'Allemagne et de la Belgique.* — M. Ad. *Chatin*, dans le but de rendre plus complètes ses études sur l'iode, tant au point de vue de la statistique chimique qu'à celui de l'hygiène, a exploré, en 1852, le Jura, le Valais, la Lombardie, l'Allemagne et la Belgique. Presque partout, dit M. Chatin, après avoir fait la part de quelques conditions générales, et surtout de l'humidité des lieux, on arrive à ce résultat, qu'il y a correspondance, parallélisme entre l'état de l'ioduration de l'air, des eaux, du sol et de ses produits, et le chiffre des individus atteints par le goître. Cependant M. Chatin a cru reconnaître qu'à la latitude correspond un ensemble de conditions agissant dans le même sens que l'altitude; de telle sorte qu'à altitude et à ioduration pareilles, il y aurait moins de goîtreux au nord qu'au midi. C'est un point à vérifier par des observations faites, les unes plus au nord, les autres plus au sud que celles auxquelles M. Chatin s'est livré jusqu'à ce jour. L'itinéraire suivi par M. Chatin lui a permis de tracer, sur la carte de l'Europe, une de ces grandes lignes de la distribution réciproque de l'iode et du goître qui devront être un jour complétées. En résumé, l'insuffisance de la proportion d'iode qui entre dans le régime des habitants de certains pays est la cause principale du goître et du crétinisme; il sera quelquefois facile d'approprier aux besoins de ces populations les eaux minérales iodurées, qui, par une circonstance providentielle, jaillissent en grand nombre des contrées où les eaux potables sont le moins chargées d'iode. (*Commiss.* : MM. Thenard, Magendie, Dumas, Élie de Beaumont, Regnault, Bussy.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Du meilleur mode de préparation pour le perchlorure de fer liquide qui s'emploie dans le traitement des varices, des hémorrhagies et des anévrismes.* — Voici quel est le procédé que M. *Burin-Dubuisson* juge le meilleur pour la préparation du perchlorure de fer liquide. On prend du peroxyde de fer gélatineux obtenu à la manière ordinaire du protosulfate de fer du commerce. On sature ensuite, aussi bien que possible, de l'acide chlorhydrique blanc et pur par l'hydrate ferrique ci-dessus, préalablement lavé avec soin. La saturation, commencée à froid, est achevée au bain-marie d'eau bouillante. On filtre la solution, et l'on commence à évaporer la liqueur à un peu moins de moitié sur un feu doux, puis on continue l'évaporation au bain-marie, comme l'a conseillé M. Gobley pour la préparation du chlorure ferrique cristallisé, en ayant soin d'éloigner les vapeurs aqueuses qui donneraient lieu à la formation d'acide chlorhydrique et à un dépôt d'oxydo-chlorure insoluble. Lorsque le liquide a ainsi acquis la consistance d'un sirop épais (à cet état il se fige par le refroidissement, sans cependant se prendre en masse solide), on cesse l'évaporation, et l'on ajoute au liquide un excès d'hydrate gélatineux délayé dans un peu d'eau pure ; on agite pendant un quart d'heure, et on laisse en repos le mélange pendant plusieurs heures. On ajoute ensuite l'eau distillée nécessaire pour amener la solution chloro-ferrique à la densité de 30 degrés Baumé (1261, l'eau = 1000), et l'on abandonne au contact de l'excès d'hydrate pendant huit jours ; après quoi on filtre et on laisse encore reposer le liquide filtré pendant quinze jours; on filtre une dernière fois pour séparer un peu d'oxydo-chlorure qui s'est précipité. — En opérant ainsi, dit M. Burin-Dubuisson, on obtient un perchlorure de fer liquide de couleur brune foncée, vu en masse, qui ne contient qu'une très faible quantité d'acide libre, et qui, grâce à ce petit excès d'acide, peut se conserver un temps très long sans déposer sensiblement. (*Commiss.* : MM. Dumas, Pelouze, Velpeau.)

CHOLÉRA. — *Legs Bréant.* — L'Académie reçoit encore diverses communications relatives au legs Bréant, et adressées par MM. *Arnaud*, *Paulet*, *Claude*, *Clarvot*, *Petsch* et *Metz*. (*Future commission.*)

NÉCROLOGIE. — A l'ouverture de la séance, M. *Roux*, président, avait annoncé à l'Académie la mort de M. *Gaudichaud*, membre de la section de botanique, décédé le matin même 16 janvier.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 24 JANVIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Deux lettres du ministre de l'instruction publique : — *a.* Envoi de l'ampliation d'un décret approuvant l'élection de MM. *Davenne* et *Milne Edwards*, pour remplir les places d'associés libres vacantes dans le sein de l'Académie, par suite du décès de M. Benjamin Delessert et de M. Gay-Lussac.

M. *Milne Edwards* prend la parole pour remercier l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant dans son sein ; il s'excuse de ne pouvoir, à cause de son cours, assister régulièrement aux séances d'ici à deux mois.

M. *Davenne* prie à son tour l'Académie d'agréer ses remercîments et l'expression de sa reconnaissance ; il s'estime heureux de succéder, dans cette illustre compagnie, à M. Benjamin Delessert, dont le nom reste cher à tous les malheureux dont il a soulagé les misères.

b. Envoi d'un mémoire sur les causes et le traitement du choléra, par M. *Billiard*, médecin à Corbigny (Nièvre). (*Comm.*: M. Gérardin.)

2. Onze pièces officielles adressées par le ministre de l'agriculture et du commerce : *a.* Rapport de M. le docteur *Pagès*, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Alais (Gard), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le mois de juillet jusqu'au mois de novembre dans la commune de Barjac. (*Commission des épidémies.*)—*b.* Rapport de M. le docteur *Bourgeois*, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Étampes, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans plusieurs communes de la vallée d'Essonnes, depuis le mois de juillet jusqu'au mois d'octobre dernier. (*Commission des épidémies.*)—*c.* Deux rapports de M. le docteur *Piffart*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Brignolles. Le premier de ces rapports traite de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le mois d'août jusqu'au mois de novembre 1853 dans les communes de Pontèves et d'Artignon ; le second, de l'épidémie de variole qui a sévi depuis le mois de juillet jusqu'au mois d'octobre 1853 dans les communes de Varages et de Saint-Zacharie. (*Commission des épidémies.*) — *d.* Rapport de M. *Scelle-Montdesert*, médecin des épidémies pour la section nord de l'arrondissement de Saint-Lô, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le commencement du mois d'août jusqu'à la fin du mois de décembre dernier dans la commune de Carentan (Manche). (*Commission des épidémies.*) — *e.* Rapport de M. le docteur *Boireaux*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Mantes, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné depuis le mois de février 1853 jusqu'au mois d'août suivant dans les communes de Montreuil, Boinville et Bourdonné. (*Commission des épidémies.*) — *f.* Rapport du docteur *Billot*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Poligny, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Foncine-le-Haut (Jura) pendant les mois de septembre, octobre et novembre 1853. (*Commission des épidémies.*) — *g.* Mémoire de M. *Caussé*, d'Albi, sur l'empoisonnement par les allumettes chimiques. (*Comm.*: M. Chevallier.) — *h.* Transmission à l'Académie d'une réclamation de M. *Dufresse*, de Chassaigne, qui écrit au ministre que, suivant des renseignements pris par lui dans les bureaux de l'Académie, un rapport qu'il a rédigé sur une angine épidémique dont les communes de Chadrerie et de Charmont (Charente) ont été affectées depuis le mois de septembre 1851 jusqu'au mois de mars 1852 n'aurait pas été envoyé par le ministre à l'Académie. M. le secrétaire perpétuel déclare que la réclamation de M. Dufresse n'est pas fondée, et que son rapport a été confié en temps convenable au rapporteur de la commission des épidémies.—*i.* Certificat à joindre à la recette d'un spécifique proposé contre le choléra par un étranger, le sieur *Engler*, et adressé à l'Académie dans la séance du 5 décembre 1853. (*Commission du choléra.*) — *j.* Échantillon et recette d'un élixir auquel le sieur *Roche*, pharmacien à Marseille, attribue la propriété d'arrêter les vomissements produits par le mal de mer. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *k.* Remède contre l'hydrophobie proposé par M. *Brun*, curé de Badaroux. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)—*l.* Demande de rapport au sujet de la communication du sieur *Billard*, relative à la recette d'un remède contre l'hydrophobie. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

3. Mémoire intitulé : *De l'huile de foie de morue, considérée comme agent thérapeutique.* Ce travail est envoyé pour les prix de l'Académie (concours de 1854).

4. M. *L. Giusti*, médecin à Beyrouth, adresse une lettre au sujet de la mauvaise organisation des institutions sanitaires en Orient; il s'attache, de plus, à prouver dans sa lettre que, depuis l'arrivée des médecins sanitaires français dans le Levant, il n'y a eu aucune amélioration ni dans les

institutions sanitaires ni dans l'exécution des lois de l'hygiène publique. (*Commission de la peste*, M. Mêlier, rapporteur.)

5. Note sur la *reproduction des sangsues* dans les bassins de Grouville-Saint-Léger (Eure-et-Loir), par M. le docteur *Harreaux*. (*Comm.* : MM. Desportes, Chevallier, Adelon, Bricheteau, Soubeiran, rapporteur.)

6. M. *Élie Masson* (d'Ardres), étudiant en médecine, adresse, par l'entremise de M. Chatin, un mémoire sur l'*élève des sangsues*. (*Commission nommée*, M. Soubeiran, rapporteur.)

7. Note de M. le docteur *Bertherand*, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Lille, sur les avantages de l'administration du sulfate de quinine en injections dans le gros intestin. M. Bertherand rappelle que, dès l'année 1849, il a rendu compte de résultats obtenus par ce mode d'administration du sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes. (*Commission nommée pour examiner le mémoire du docteur Kühn sur le même sujet.*)

8. *Note sur un scarificateur-ventouse du museau de tanche*, par le docteur Alexandre Mayer. (*Commission nommée*, M. Hervez (de Chégoin), rapporteur.) — Les praticiens savent combien sont fréquentes, dans les affections de l'utérus et du col, les indications des déplétions sanguines locales ; mais on a dû renoncer à en faire usage dans un grand nombre de circonstances où, cependant, l'efficacité de cette médication serait incontestable, à cause de la difficulté de son application. En effet, le seul moyen dont la thérapeutique a disposé jusqu'à ce moment, pour dégorger directement la matrice et le col utérin, ce sont les sangsues. M. le docteur *Alexandre Mayer* paraît être le premier qui ait préconisé les *scarifications multiples* dans une brochure publiée en 1852. Or, il n'est pas facile d'appliquer des sangsues au fond du vagin : c'est une opération toujours longue, pénible, et souvent imparfaite, en ce sens qu'il faut se contenter du nombre de celles qui veulent bien prendre, sans égard pour le nombre prescrit. De là, il résulte que la quantité de sang tirée est arbitraire et aucunement en rapport avec le besoin actuel. Ce sont ces motifs qui ont engagé M. Mayer, depuis plusieurs années, à remplacer les sangsues par les scarifications du museau de tanche, à l'aide d'un instrument très simple qu'il a imaginé, et dont il s'est servi un très grand nombre de fois avec un succès qui mérite de fixer l'attention des médecins. M. Alexandre Mayer a recueilli et rapporté un assez grand nombre d'observations très concluantes à ce sujet. L'appareil que M. le docteur Mayer soumet aujourd'hui à l'Académie est parfaitement approprié au but qu'il doit atteindre, grâce aux perfectionnements que lui a fait subir, sous la direction de M. Mayer, M. *Mathieu*. L'appareil se compose : *a*, d'un *scarificateur*, qui diffère complétement, par son mécanisme, de ceux dont on s'est servi jusqu'à ce jour, mais qui peut cependant s'appliquer également aux scarifications de la peau ; *b*, d'un *porte-scarificateur* disposé d'une façon très ingénieuse, de sorte qu'on peut facilement transmettre au scarificateur, introduit au fond d'un spéculum, les mouvements nécessaires à son action ; *b*, *c*, une *ventouse cylindrique de verre*, un *spéculum ordinaire*. On conçoit que le principal élément de réussite consiste dans l'exactitude du diagnostic et la légitimité de l'indication de la saignée locale. Quoi qu'il en soit, supposons que l'indication ait été reconnue et qu'il n'y ait plus qu'à la remplir : On prend un spéculum plein, dont l'orifice utérin soit assez grand pour laisser passer le scarificateur ; on l'applique et l'on a soin de bien embrasser le col. On le fixe de la main gauche, et avec la droite on embrasse le porte-scarificateur. Il va sans dire qu'on a eu le soin d'y adapter préalablement le scarificateur. On porte celui-ci dans la cavité du spéculum, jusqu'au col utérin. On appuie avec un certain dégré de force, et l'on presse avec le pouce sur le levier du porte-scarificateur. Le ressort part, et la scarification est produite par les six lamelles que contient l'instrument. On retire aussitôt le scarificateur, en maintenant toujours en place le spéculum qui va servir à l'introduction de la ventouse. Dès que celle-ci est parvenue sur la surface scarifiée, on retire par-dessus le spéculum, et on confie la ventouse à un aide, qui peut être la première personne venue. On visse alors la pompe à la ventouse et on fait le vide, lentement et avec précaution, jusqu'à ce qu'on ait retiré la dose de sang voulue, ce dont on peut juger à travers les parois de verre de la ventouse. Les deux temps de cette opération s'exécutent en quelques secondes, et sans aucune douleur pour la malade.

M. *Chevallier* prend la parole au sujet de la correspondance. La question de l'élève des sangsues lui paraît avoir assez d'importance pour que l'Académie, avant d'émettre un jugement sur ce sujet, cherche à s'éclairer des renseignements, qu'il serait facile d'obtenir des membres correspondants qui résident dans les localités où sont établis des marais à sangsues, comme Bordeaux et Mont-de-Marsan, par exemple.

M. le secrétaire perpétuel fait passer sous les yeux de l'Académie des anneaux arsenicaux, retirés par M. *Chevallier* des principales eaux minérales de France.

M. *Chevallier* fait remarquer, à ce sujet, qu'il n'a pu opérer que sur le quart environ des eaux minérales de France autorisées. Il n'a pas eu à sa disposition des dépôts fournis par les autres eaux minérales.

Rapports et Mémoires.

Nominations. — M. *Requin* lit, au nom d'une commission de onze membres, un rapport étendu et motivé sur la question de savoir dans quelle section il y a lieu de déclarer une vacance. La conclusion de ce rapport est : qu'il y a vacance dans la section d'anatomie pathologique.

Phthisie pulmonaire. — M. *Piorry* lit un *Mémoire sur la curabilité de la pneumophymie au moyen des vapeurs d'iode*. Après quelques considérations historiques, M. Piorry émet cette affirmation : que, abandonnée à elle-même, la phthisie pulmonaire des auteurs guérit rarement ; et cependant, d'après les faits observés sur les cadavres des vieillards, les tubercules isolés dans les poumons sont, plus fréquemment qu'on ne le pense, susceptibles de se terminer par des indurations crétacées.

M. Piorry énumère les cas où l'on peut espérer une amélioration. L'inutilité des moyens thérapeutiques employés jusqu'à ce jour une fois établie, l'auteur passe à l'exposé de sa médication au moyen des vapeurs d'iode pour obtenir la curation de la pneumophymie ; il commence par l'indication des tentatives qui ont été faites dans la même voie à des époques différentes. — M. Piorry se sert, tantôt de teinture d'iode, tantôt d'iode métalloïque, pour dégager dans l'air des vapeurs d'iode ; il pense que l'on doit préférer les émanations simples d'iode dans les cas d'induration pulmonaire et les vapeurs de teinture d'iode, alors qu'il existe des cavernes ; la théorie et la clinique l'ont amené à spécifier et à déterminer les cas où l'un de ces moyens est préférable à l'autre : 1 ou 2 grammes d'iode sont déposés dans un bocal de la capacité de 1 litre, et à très large ouverture. Il se dégage alors dans ce vase des vapeurs iodées, dont les proportions varient en raison du degré de chaleur et d'humidité que contient l'atmosphère. Quand on veut se servir de teinture d'iode, on en verse de 30 à 100 grammes dans un bocal, et on l'échauffe suffisamment pour qu'il se dégage des vapeurs d'alcool et d'iode. Or, c'est cet air contenu dans ces récipients, et ainsi chargé de vapeurs iodées, ou à la fois iodées et alcoolisées, que les malades respirent. On doit, en général, se borner à faire de temps à autre une inspiration, mais elle doit être profonde. Pratiquée de cette façon, l'inspiration des vapeurs iodées irrite peu le conduit aérien. S'il arrivait que plusieurs de ces aspirations fussent faites à la suite les unes des autres, il en résulterait une véritable souffrance du larynx et des bronches, de la toux, et peut-être des accidents en seraient la suite. Du reste, cette inspiration simple doit être pratiquée très fréquemment, cent, deux cents fois par jour et même davantage.

On cherche à faire en sorte que, même pendant son sommeil, le malade respire de l'iode, et, pour cela, on place autour de son lit, sur le sol, du côté de la tête, trois ou quatre soucoupes contenant chacune 1 gramme d'iode. A l'hôpital, on attache au barreau de fer qui supporte le sommier, plusieurs petites fioles qui renferment aussi de l'iode. La vaporisation de celui-ci est prompte, et l'air de l'appartement ou de la salle est tellement chargé de ce médicament que les rideaux contenant de l'amidon se colorent en bleu, et que le fer des serrures prend diverses colorations en rapport avec l'action de l'iode sur le plus grand nombre des malades soumis à l'emploi des vapeurs iodées : on a administré, dans le service de M. Piorry, de 1 à 3 grammes par jour d'iodure de potassium. Dans les cas où l'étendue et la gravité de la lésion portaient à croire qu'il existait entre la surface pulmonaire et les parois costales, soit des adhérences, soit cette circulation supplémentaire si remarquable et si bien étudiée par M. le docteur Natalis Guillot, on a eu recours à des frictions sur les points affectés avec la teinture d'iode étendue de 19 à 39 parties d'eau.

Les pneumophymiques, soumis au traitement par l'iode, ont été soumis en même temps à quelques autres moyens de traitement. (Émétique, sulfate de quinine, etc.)

Dans un cas, la compression méthodique des parois thoraciques paraît avoir servi d'auxiliaire utile.

Pour limiter, avant le traitement, les lésions organiques, une large plaque de diachylon fut placée en avant sur la poitrine de chaque malade. On traça sur cette plaque diverses lignes qui correspondaient soit aux clavicules, aux articulations sterno-claviculaires, aux saillies formées par les muscles sterno-mastoïdiens, soit à la circonférence du cœur, à la face supérieure du foie et aux mamelons. Sur cette figure grossière, exacte, il fut facile de tracer un dessin très précis des parties indurées, de circonscrire celles-ci très exactement, d'indiquer les nuances de sonorité, d'obscurité, de son, de matité, de dureté, de résistance au doigt qu'elles présentaient, et de noter aussi, sur les images obtenues de cette façon, les principaux bruits sthéthoscopiques appréciables au niveau des masses malades.

Quelques jours plus tard, et alors que le traitement avait été exécuté, il était on ne peut pas plus facile de replacer la plaque de diachylon exactement sur les mêmes points, car les lignes de limitations organiques servaient de jalons pour indiquer précisément le lieu où l'emplâtre avait d'abord été placé.

M. Piorry résume ainsi les résultats définitifs obtenus sur les trente et un

phthisiques soumis, dans son service d'hôpital, aux inspirations d'iode. — Amélioration marquée dans les caractères anatomiques et dans les symptômes, 20 cas; disparition des caractères anatomiques appréciables et de la plupart des symptômes, 7 cas ; mort, avec ou sans amélioration positive, 4 cas.

M. Piorry signale ensuite les résultats recueillis par M. le docteur Frémy, son ancien chef de clinique, les observations mentionnées dans le mémoire de M. Chartroule, les faits recueillis dans sa pratique de la ville.

M. Piorry aborde ensuite, mais sans pouvoir arriver à une conclusion satisfaisante, la question de savoir si les tubercules sont accessibles à l'action de l'iode.

Discussion.

M. *Londe* croit M. Piorry dans une excellente voie ; il croit que les inspirations d'iode constituent un mode utile de traitement dans la phthisie pulmonaire, mais il a lieu de penser aussi que d'autres vapeurs ont été employées avec un succès réel et il regrette que M. Piorry n'en ait pas fait mention. M. Londe a vu, par exemple, l'état de certains malades s'améliorer sensiblement sous l'influence d'inspirations de vapeurs d'arséniate de soude.

M. *Piorry* répond que les faits qu'il vient de citer ne sont pas exclusifs. Il s'est proposé dans son Mémoire de montrer les avantages des vapeurs iodées dans le traitement des pneumophymies, mais il ne nie pas que d'autres vapeurs, d'autres médicaments ne puissent donner de bons résultats.

M. *Moreau* félicite M. Piorry des résultats fort remarquables qu'il a obtenus; il exprime seulement le regret que M. Piorry ne se soit pas servi du langage scientifique usuel que tout le monde comprend. Il trouve des inconvénients à de nouvelles phraséologies qui tendent à jeter de l'obscurité dans la science.

M. *Piorry* répond qu'ayant créé et employé, depuis longues années, dans de nombreux ouvrages et dans son enseignement officiel, une nouvelle nomenclature, qu'il croit présenter des garanties spéciales d'exactitude, et que parlent d'ailleurs, aujourd'hui, bon nombre de médecins, il a dû s'en servir sans crainte de rester incompris par un auditoire aussi lettré que celui qui l'entoure.

M. *Robinet* fait observer que, parmi les trente et un phthisiques dont M. Piorry a recueilli les observations détaillées et qu'il a soumis aux inspirations de vapeurs iodées, il y en a quatre qui ont succombé. Il voudrait savoir si, dans les cas qui se sont terminés d'une manière fatale, les dessins tracés sur la poitrine ont été confirmés par l'autopsie. Il désirerait savoir de plus ce qui a été trouvé à l'autopsie, quelles traces avait laissées la maladie ou de quelle nature étaient les cicatrices qui ont été trouvées.

M. *Bricheteau* est d'avis qu'il n'existe pas seulement un moyen, mais qu'il y a vingt moyens de combattre les progrès de la phthisie; il reproche particulièrement à M. Piorry d'avoir dit, dans ses considérations préliminaires, que le traitement par l'émétique avait été abandonné. Il ne croit pas cette assertion exacte, et, pour son compte, il déclare qu'il l'a souvent employé et qu'il l'emploie encore tous les jours, dans son service, avec avantage. Il ne conteste pas d'ailleurs les résultats obtenus par M. Piorry de sa médication au moyen des inspirations d'iode.

M. *Piorry* dit qu'il éprouve un regret très grand, c'est celui d'avoir oublié, dans son Mémoire, un des écrits les plus remarquables qui aient été publiés à notre époque, sur les maladies de poitrine, le Traité de M. Bricheteau. Il se justifie de n'avoir pas parlé de l'émétique, il déclare que, loin de là, il l'emploie comme moyen accessoire. Quand il a dit que le traitement par l'émétique avait été abandonné comme méthode générale, il a voulu parler du traitement préconisé par Lautoy. M. Piorry, répondant ensuite à M. Robinet, dit que, pour ce qui regarde les nécroscopies, il n'a que peu de cas devant lui; que dans les services actifs des hôpitaux, on est obligé d'ailleurs de s'en rapporter, le plus souvent, aux lumières et au zèle des chefs et des aides de clinique pour les ouvertures de corps, mais que, pour lui, les résultats stéthoscopiques ou plessimétriques ont une valeur égale à celle des nécroscopies.

M. *Caventou* fait observer que M. Londe a parlé de la curabilité de la phthisie par les fumigations d'arséniate de soude. M. Caventou s'est demandé comment cela était possible, l'arséniate de soude est un corps d'une grande fixité. M. Caventou suppose que, pour le volatiliser, on a imprégné de sa solution du papier non collé et que par la combustion de ce papier, l'arséniate de soude, décomposé par la matière organique, a donné naissance à des vapeurs d'arsenic métallique.

M. Chatin fait remarquer que, suivant une croyance générale, il y aurait antagonisme entre le goître et la phthisie. Cette opinion lui paraît sans fondement. Il existe des phthisiques dans les pays à goîtreux, et, dans ces pays, il est de notoriété publique que l'iode guérit les phthisiques. La phthisie est assez commune dans la vallée de l'Isère, où les goîtreux sont nombreux. Enfin, M. Chatin tient d'un praticien distingué de Turin que la phthisie est une des terminaisons du goître.

OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur *C. Devilliers* lit un mémoire intitulé : *Recherches sur le diagnostic et la valeur du bruit de souffle ombilical.* L'auteur a eu pour but de préciser mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici les caractères et le rôle particuliers à ce signe stéthoscopique, et de faire ressortir son importance au point de vue pratique. L'art possède à peine en effet quelques moyens d'investigation propres à faire reconnaître pendant le travail de l'accouchement une nature d'accidents qui n'est cependant pas rare, et entraîne parfois des dangers réels, surtout pour le fœtus : il s'agit de l'enroulement du cordon. Les observations de M. Devilliers se résument dans les conclusions suivantes : 1° Le bruit de souffle ombilical se laisse distinguer des autres bruits que l'on perçoit pendant le travail de l'accouchement, et surtout de ceux qui sont propres au cœur du fœtus, par certains caractères particuliers. 2° Sa situation est aussi variable que celle des contractions du cordon, et par conséquent ne suit pas aussi exactement qu'on l'a pensé le mode de présentation du fœtus ; elle indiquerait mieux, à la rigueur, sa position. 3° Le bruit de souffle ombilical résulte de la compression du cordon, que favorisent certaines dispositions soit de ce cordon lui-même, soit des parties fœtales, soit des parois utérines et abdominales. 4° Toutes les fois qu'on l'entend, on doit soupçonner ou l'interposition du cordon entre les parties utérines et les parties fœtales, ou l'existence de ses circonvolutions autour de celles-ci, et par conséquent, dans quelques cas, celle d'une brièveté accidentelle du cordon, et se tenir en garde contre les conséquences possibles de ces accidents. 5° Cependant, si le souffle ombilical accompagne quelquefois les circonvolutions du cordon, plus fréquemment encore celles-ci existent sans qu'il se produise ou sans qu'il se trouve dans des conditions qui permettent de le discerner. 6° On peut au contraire, dans certains cas, se rendre compte de la présence du bruit de souffle ombilical, bien qu'au moment de la naissance il y ait absence de circonvolution du cordon, ces dernières étant, ainsi que l'observation le démontre, susceptibles de se déplacer ou de se dérouler pendant les diverses phases du travail. 7° Quelque rare que paraisse être le bruit de souffle ombilical, il conserve donc en pratique une valeur très importante. (*Comm.* : MM. Depaul, Danyau.)

La séance est levée à cinq heures un quart.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Kyste piligraisseux de la plèvre droite, communiquant avec l'aorte ascendante, par BUECHNER.

Une femme de trente-six ans, complétement sourde, fut admise à la clinique du professeur Rupp, à Tuebingen. Au dire de ses parents, elle était atteinte depuis huit mois de toux et de dyspnée ; il y a trois mois, une pneumonie s'était manifestée et avait laissé à sa suite une toux intense avec expectoration blanchâtre. Cinq semaines avant l'admission à l'hôpital, une pneumorrhagie survint et persista depuis cette époque. On constata à la clinique l'existence d'une toux fréquente, pénible, avec expectoration de crachats mélangés de sang, de fréquents vomissements sanglants, de l'anorexie, de l'augmentation de la soif, et un état fébrile marqué. Depuis la deuxième jusqu'à la quatrième côte en avant, et jusqu'auprès du bord du sternum, existait une voussure intense de la paroi thoracique droite ; dans toute cette étendue, la paroi antérieure du thorax se dilatait beaucoup moins dans les inspirations que celle du côté opposé ; cette région était soulevée par un battement faible, synchrone au choc de la pointe du cœur, ayant son maximum entre la deuxième et la troisième côte. A partir de la deuxième côte, jusqu'à la base du thorax, la percussion donnait à droite en avant un son mat dans l'aisselle, en arrière un son clair, et en haut, en avant, au-dessus de la deuxième côte un son tympanique. En avant, au niveau du mamelon droit, l'auscultation permettait d'entendre une respiration soufflante ; en arrière, on entendait le murmure vésiculaire. La malade succomba huit jours après son admission à l'hôpital. — Autopsie. — Un peu d'épanchement séro-sanguinolent dans la plèvre gauche ; le poumon de ce côté était sain. Le poumon droit était comprimé par une masse graisseuse très volumineuse, s'étendant depuis la deuxième côte jusqu'au diaphragme en bas ; à gauche, au delà de la partie moyenne du sternum ; elle était fixée par des liens celluleux à la paroi antérieure du thorax. Le poumon droit était refoulé en de-

hors et en arrière, fixé en bas au diaphragme; il offrait dans son lobe inférieur les lésions de l'hépatisation rouge et grise. Les valvules du cœur étaient saines; la paroi du ventricule droit avait en grande partie subi la dégénérescence graisseuse; l'aorte ascendante et la crosse étaient placées derrière la tumeur et y adhéraient. Au-dessus des valvues semi-lunaires de l'aorte, existait une communication entre celle-ci et la tumeur de la plèvre, pouvant permettre le passage du petit doigt, et présentant une transition graduelle et insensible entre la paroi du vaisseau et la membrane lisse du kyste. Ce kyste avait le volume d'une tête d'enfant; sa paroi avait l'épaisseur de quelques lignes, et était recouverte de petites écailles anguleuses et de dépôts fibrineux. A l'intérieur, la poche était divisée en deux parties par une cloison dirigée de haut en bas, et d'avant en arrière, perforée d'un trou de communication à sa partie supérieure. Cette cloison était formée d'une charpente analogue à de l'os et du cartilage, recouverte d'une membrane fibreuse et parsemée de petites plaques sur lesquelles s'implantaient des cheveux. Tout le kyste était rempli de caillots sanguins récents, et d'un grand nombre de masses fibrineuses formées de lamelles concentriques imbriquées. Sur la paroi était une matière grasse, au milieu de laquelle étaient roulés des cheveux. A la partie supérieure de ce gros kyste, on en trouvait deux autres plus petits remplis d'une matière grasse brillante; l'un d'eux seulement communiquait avec le kyste principal.

L'examen microscopique, fait par le professeur Luscka, a démontré l'existence de cavités cartilagineuses et de corpuscules osseux. Dans la cloison, les cheveux présentaient la même structure que ceux d'un adulte.

L'auteur fait remarquer que l'on pourrait croire au premier abord, dans ce cas, à l'existence d'un anévrysme circonscrit de l'aorte; mais il insiste pour démontrer que la tumeur a dû primitivement être indépendante du vaisseau, et ne s'ulcéra que par suite de son accroissement de volume. (*Deutsche Klinik*, n° 28, 1853.)

Recherches sur la structure des cavernes dans les poumons tuberculeux, par le docteur HUGO RUEHLE. Breslau, 1853.

Les cavernes que l'on rencontre fréquemment au sein du parenchyme pulmonaire se développent le plus souvent sous l'influence de la tuberculisation; d'autres fois, au contraire, elles reconnaissent pour causes, soit des altérations du tissu pulmonaire, comme dans la pneumonie, la gangrène, ou bien elles sont dues à des dilatations bronchiques, si fréquentes, surtout chez les vieillards, à la suite de bronchites chroniques prolongées. M. H. Ruelhe ne s'occupe que des cavernes tuberculeuses, et cherche à démontrer que, beaucoup plus souvent qu'on ne le pense, elles sont occasionnées par des dilatations bronchiques et non par la destruction du poumon. La distinction pathogénique de ces cavernes n'est pas aussi facile qu'on le pense; Virchow (*Verhandlung der phys.-med. Gesellschaft*, II, p. 24) a essayé d'établir cette distinction en notant des différences dans ces deux ordres de lésions, relativement à la structure de la paroi et à la disposition des vaisseaux sanguins avoisinants. Ainsi, dans la caverne tuberculeuse proprement dite, on ne trouve pas de traces du tissu des bronches dans ses parois; les vaisseaux qui parcourent les parois sont détruits, tandis que, dans la dilatation bronchique, les éléments du tissu des bronches se reconnaissent, et les vaisseaux situés dans les parois de la cavité sont comprimés seulement. Ces caractères sont souvent eux-mêmes insuffisants, surtout lorsque la dilatation bronchique devient elle-même le siége d'une ulcération qui détruit une étendue plus ou moins grande de la paroi. Reinhardt (*Annalen der Charité*, I, 362) avait déjà attribué aux dilatations des bronches un grand nombre de cavités que l'on rencontre dans les poumons tuberculeux. Suivant cet auteur la bronche se dilate souvent primitivement, se remplit d'un pus concret, s'ulcère sur un point de sa périphérie, et communique avec le tissu du poumon qui s'altère consécutivement.

M. Ruehle, avant d'aborder son sujet, dit que l'on a voulu à tort conclure de la présence d'un point jaune central au centre du tubercule pulmonaire, que le ramollissement débute par le centre du produit morbide; suivant lui, il faut, comme le disait déjà Carswell, ne voir dans ce point jaune que le passage d'une petite bronche dans le centre du tubercule. Nous ne croyons pas que notre confrère allemand eut raison dans ce cas; le travail de ramollissement du tubercule n'a-t-il pas lieu de même dans le cerveau? Nous savons, du reste, que cette question a déjà été beaucoup discutée, et résolue des deux manières par des anatomo-pathologistes compétents.

M. Ruehle donne ensuite une description de dix pièces provenant de différents sujets. Il étudie surtout la structure des petites cavernes, comme celles qui peuvent fournir le plus d'éléments pour la solution de la question.

Le contenu de ces petites cavités renferme, outre des globules de pus, des éléments granuleux, des noyaux, des cellules d'épithélium cylindrique et même vibratile, c'est-à-dire la plupart des éléments anatomiques de la membrane interne des bronches; on n'y observe pas les fibres élastiques que l'on rencontre dans les cas de destruction du parenchyme pulmonaire. La membrane qui tapisse la cavité a une organisation définie, une structure striée en faisceaux mêlés de noyaux ronds et de fibres élastiques que l'on retrouve aussi dans les parois des bronches normales. Dans cette paroi on trouve des vaisseaux non oblitérés.

Ces cavités ne communiquent qu'avec une seule bronche, du moins primitivement; l'axe de leur cavité est celui du canal aérien; enfin, dans les cavernes peu volumineuses on peut suivre l'extension du tissu des bronches dans la cavité dilatée.

L'auteur démontre ainsi le point de départ des cavernes dans une dilatation bronchique. Quant à l'évolution ultérieure de la caverne, son ulcération, sa communication avec le parenchyme pulmonaire, l'auteur partage complétement l'opinion de Reinhardt, que nous avons énoncée plus haut. Ainsi s'expliquent, pour les grandes cavernes, l'absence des éléments du tissu des bronches dans leur paroi, l'ouverture de plusieurs bronches ulcérées dans leur cavité, enfin la disposition différente des vaisseaux environnants.

Ces recherches, qui viennent à l'appui de travaux allemands antérieurs, offrent un intérêt au point de vue de l'histologie pathologique; elles peuvent rendre compte, en outre, de la difficulté qu'éprouve souvent le clinicien à distinguer la petite caverne tuberculeuse de la dilatation bronchique. Du reste, quand même le calibre de la bronche serait altéré d'une manière identique dans la bronchite chronique et à une des périodes de la phthisie, le praticien aurait encore d'autres éléments de diagnostic qui ont été étudiés beaucoup en France, par Laënnec d'abord, puis par la plupart des médecins français, et surtout par M. Barth.

Apoplexie de la luette, par le docteur SPENGLER.

Pendant une épidémie de catarrhes, le docteur Spengler fut consulté par une couturière de vingt ans, qui prétendait avoir ressenti, pendant qu'elle mangeait son potage, la sensation de l'arrêt d'un corps étranger dans l'arrière-bouche. Avant cet accident, elle assurait n'avoir éprouvé aucune sensation morbide dans cette région. Le potage qu'elle avait pris était d'une température ordinaire et consistait en bouillon de bœuf sans addition d'aucune substance solide. A l'examen de l'arrière-bouche, on trouva la luette appuyant par sa moitié inférieure sur la base de la langue; elle était tendue, d'une couleur noirâtre, avait le volume d'un haricot. La lésion était parfaitement limitée à la luette. En touchant la partie malade avec une spatule, le docteur Spengler vit s'écouler de la luette une goutte de sang noirâtre, et la malade accusa une douleur vive au niveau de l'endroit qu'elle présumait être celui de l'arrêt du corps étranger; la même douleur était occasionnée par la déglutition. Il n'y avait aucune altération de la voix. Le lendemain, la luette avait presque son volume normal, excepté à sa pointe. Le troisième jour, la lésion avait complétement disparu. Le traitement avait consisté dans l'usage d'un gargarisme aluminé.

Le docteur Spengler note la rareté de cette lésion, et en cite un autre cas, décrit sous le nom de *staphylœmatome*, par Martin, de Munich. (*Neue Med. Zeitung*, 1846.— *Deutsche Klinik*, n° 1, p. 7, 1854.)

Effets éloignés et remarquables de l'obstruction des conduits auditifs par le cérumen endurci; par M. Busschaert.

Nous nous permettons de modifier le titre de cette intéressante communication, pour en mieux faire ressortir aux yeux de nos lecteurs le côté pratique. M. Busschaert soignait un homme de quarante-deux ans atteint d'ophthalmie. Après les collyres astringents et le vésicatoire à la nuque, prescrits ailleurs, il employa la médication iodée, plusieurs cautérisations; mais, sous cette influence, le second œil participa à l'affection du premier, et celle-ci ne fit que s'accroître. Une purgation au calomel n'apporta qu'un soulagement passager. Il donna ensuite ce sel de manière à produire la salivation, mais sans le moindre succès. Devant cette ténacité décourageante, un nouvel examen dut avoir lieu. La face était vultueuse; depuis longtemps le malade éprouvait une pesanteur de tête, attribuée par lui à un bruit de souffle dans les deux oreilles, qui dérangeait le sommeil et occasionnait chaque matin une surdité bien marquée pendant plusieurs heures. L'auteur constata dans les cavités auriculaires la présence d'une grande quantité de cérumen épaissi, pouvant, dit-il, « donner lieu au retentissement des artères carotides, assez fatigant pour causer l'insomnie, entretenir une congestion vers la tête, et par suite celle des yeux et l'injection des conjonctives. »

L'explication est discutable, sans doute; mais ce qu'il y a de réel, c'est que l'ablation de deux énormes bouchons de cérumen fit reprendre en peu de temps aux yeux leur état normal.

M. Busschaert a vu des céphalalgies intenses entretenues par la même cause. Un malade portait depuis neuf mois un séton à la nuque; un autre s'était fait saigner deux fois pour guérir des bourdonnements fatigants. L'extraction du cérumen mit fin à ces accidents. (*Annales cliniques de Montpellier*, 25 nov. 1853, p. 287.)

Résultat de quelques recherches sur les ophthalmies contagieuses, par M. le docteur Van-Roosbroeck.

Chaque praticien se fait sur l'origine des blennorrhées oculaires, l'opinion que dicte à chacun sa position particulière. Pour le médecin civil, c'est un catarrhe produit par un refroidissement. Le chirurgien militaire qui suit tous les jours, dans les régiments, la propagation des ophthalmies purulentes va, d'armée en armée, en chercher le germe en Egypte. Enfin, pour celui qui voit presque exclusivement des affections vénériennes, la source de toutes les blennorrhées oculaires est la blennorrhagie urétrale.

La vérité est que, dans tous les cas, la blennorrhée oculaire présente des symptômes tellement identiques, conduit si fatalement aux mêmes conséquences, qu'une fois développée, il devient impossible à l'œil le plus exercé de différencier, quant aux phénomènes, une espèce de blennorrhée de l'autre. Et, en somme, malgré leurs différences, toutes les ophthalmies purulentes constituent le même trouble vital de la conjonctive. Il y a *unité* entre elles.

Telle est la thèse que développe M. Van-Roosbroeck et cela, suivant nous, avec une netteté, une précision propre à convaincre. Mais ce qu'il faut surtout louer dans son travail, c'est la sagacité et la prudence de ses règles de traitement. Il montre bien surtout les dangers et les insuccès de l'excision des granulations, de leur cautérisation destructive. Il y a peu d'années encore, on n'employait guère que ces deux méthodes: on tenait à détruire les granulations le plus tôt possible.— Mais l'espoir de raccourcir la durée du traitement l'a souvent prolongée de plusieurs années. La vraie *méthode est la méthode résolutive*, dont les agents principaux sont l'acétate neutre de plomb, le tannin, le sulfate de cuivre, la solution de nitrate d'argent.

En somme, le mémoire de M. Van-Roosbreck est digne d'être médité par tous ceux qui s'intéressent à la belle étude de l'ophthalmologie. (*Annales d'oculistique*. Bruxelles, octobre et novembre 1853, page 171.)

Absorption des cartilages du nez, par M. Marchand.

Un homme, âgé de trente-six ans, sans antécédents suspects, éprouva de légères douleurs, d'abord au front, puis au bout du nez. Il les rapportait à la peau, bien que cette membrane ne présentât aucune altération. Au bout de trois ou quatre mois, il parut de la rougeur et du boursouflement sur la muqueuse de la cloison. D'ailleurs les sécrétions nasales n'étaient point activées, et la santé restait régulière. Une piqûre avec le bistouri, puis l'application d'une sangsue, ne changea rien à cet état. Peu à peu, cependant, l'inflammation déclina; mais alors il parut sur le dos du nez une tumeur grosse comme un grain de blé. Située sur le cartilage, dont elle semblait faire partie, elle n'adhérait nullement à la peau. Bientôt, sans nouveau signe d'irritation, le nez perdit sa forme, qui était très convexe; un angle rentrant se prononça au-dessous des os propres; bref, l'organe devint ce qu'on appelle vulgairement *en pied de marmite*.

Aujourd'hui, en examinant les parties de près, on constate la disparition des cartilages, et non seulement du triangulaire, mais aussi de celui de la cloison, aussi bien que de la sous-cloison. L'ouverture des narines change de forme: elle est ronde au lieu d'elliptique. En pressant le nez avec le doigt, on le trouve d'une mollesse extrême; on l'aplatit, et on lui donne toutes les formes qu'on veut. L'odorat est intact.

Qu'il soit un exemple d'absorption, comme le pense M. Marchand, ou seulement de transformation fibreuse des cartilages, le fait précédent, l'unique, peut-être, de ce genre, n'en méritait pas moins d'être signalé, à cause de la lumière qu'il peut répandre sur la vitalité, si mal connue encore dans ses conditions intimes, du tissu cartilagineux. (*Moniteur des Hôpitaux*, n° 156, 1853.)

Influence de la section du nerf pneumo-gastrique sur la sécrétion de l'urée. — Influence de la cantharidine, du cubèbe, et de la digitaline sur la même sécrétion, par G. Siegmund.

Les expériences de M. Siegmund ont été faites seulement sur trois lapins. Il est difficile de tirer d'un aussi petit nombre de faits des conclusions bien positives. Cependant, les résultats ayant été concordants dans les trois expériences, nous croyons devoir les exposer ici, parce qu'ils ne manquent pas d'importance au point de vue physiologique et pathologique.

M. Siegmund nourrit un lapin pendant quelques jours avec un poids déterminé de fromage. Il recueille ses urines, extrait l'*urée* qu'elles contiennent, pèse cette urée, et divise le chiffre obtenu par le nombre de jours qu'a duré l'épreuve. Il a ainsi la quantité d'urée sécrétée *par jour*. Alors il coupe un nerf pneumo-gastrique, ordinairement celui du côté droit, puis il donne à son lapin la même nourriture et en même quantité pendant un certain nombre de jours. Il recueille les urines, extrait et dose l'urée qu'elles contiennent. Or, sur les trois lapins, la quantité d'urée sécrétée après la section d'un nerf pneumo-gastrique a toujours *augmenté*. Elle était de 2 grammes, 5 en moyenne par jour avant la section; elle devient de 3 grammes après cette section.

L'auteur, qui a noté avec un soin scrupuleux l'état général des fonctions après la section du nerf pneumo-gastrique, a constamment remarqué une assez grande agitation, et une élévation du pouls. Il a remarqué encore que l'augmentation de l'*urée* était d'autant plus prononcée, que l'agitation et l'élévation du pouls l'étaient eux-mêmes davantage. Il rapproche ces résultats d'expériences antérieures, dans lesquelles l'administration du cubèbe et de la cantharidine a été suivie égalemeut d'accélération du pouls et d'augmentation dans la proportion quotidienne d'urée sécrétée. Il fait remarquer encore que l'administration de la digitaline, qui diminue l'énergie de la circulation, entraîne aussi une diminution dans la proportion de l'urée, et il en conclut que les variations dans la quantité de l'urée sécrétée ne tiennent point à une influence directe exercée sur les reins, mais qu'il faut la rattacher aux phénomènes de combustion qui s'accomplissent dans le cercle circulatoire. Un mouvement fébrile augmente le travail de décomposition des tissus, et cette augmentation de combustion se traduit dans l'urine par une augmentation d'*urée*.

M. Siegmund ne se dissimule pas, du reste, que la confirmation de cette doctrine, en tant qu'on voudrait l'appliquer à l'homme,

offre quelques difficultés. Chez le lapin, en effet, la perspiration cutanée est presque nulle, et les liquides des sécrétions sont, pour la plus grande partie, portés vers le rein, qui les transmet au dehors sous forme d'urine. Chez l'homme, au contraire, la transpiration cutanée est généralement augmentée dans la fièvre, et chacun sait qu'on y a déjà trouvé plus d'une fois de l'urée (*Maladie de Brigth*, *choléra*).

Une autre difficulté vient encore compliquer le problème. Chez l'homme atteint d'une maladie *fébrile*, la quantité quotidienne des aliments est loin d'être la même que dans l'état sain, de sorte que la quantité d'urée ne peut pas être alors rigoureusement comparée à la proportion d'urée sécrétée par l'homme sain, les conditions n'étant plus les mêmes. (*Archiv für patholog. Anat. und Physiol. von R. Virchow*, 1853, 6e vol., p. 288).

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE, 1853, 12e livraison, et 1854, 1re livraison. — Insufflation pulmonaire dans certains cas d'apnée, par *Rouviez*. — Des pertes après l'accouchement, par *le même*. — Rétroversion utérine compliquée de grossesse; réduction par un procédé simple et facile, par *Mazier*. — Des paraplégies essentielles, par *Macario*. — Propriétés purgatives du *Rhamnus frangula*, par *Ossieur*.

LE SCALPEL (Liége), 30 décembre 1853. — Extraits de divers journaux.

ALLGEMEINE MEDICIN CENTRAL-ZEITUNG. — N° 3 et 4. Guérison d'une hernie congéniale et très étendue du cerveau par la ligature (appliquée successivement et par portions), par *Harting*, de Bergheim. — Nécrologie d'Orfila. — Fondation d'une bourse pour un jeune anatomiste ou physiologiste, pour célébrer le cinquantième anniversaire du doctorat de Tiedemann, résidant à présent à Francfort-sur-le-Mein.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT F. PSYCHIATRIE, etc., rédigé par Damerow, Flemming et Roller. Xe vol., 4e cah. — Sur quelques genres de perte partielle de la parole, par *W. Nasse*. — Sur les altérations de la mobilité de l'iris chez les aliénés, par *Seifert*. Quelques remarques sur les pneumonies des aliénés, par *Gaye*. — Statistique des aliénés du duché de Brunswick, par *Mansfeld* (463 aliénés sur 269,228 habitants).

DEUTSCHE KLINIK. — 1854, n° 2. Sur l'ophthalmoscope (suite), par *Saemann*. — Rapport sur la maison d'accouchement de Hambourg, par le docteur *L. Staetz* (sur la méthode de Cohen pour provoquer l'accouchement prématuré; cite dix cas en sa faveur).

MEDICINISCHE ZEITUNG herausgeg. v. d. Vereine f. Heilk. in Preussen. — 1854, n° 2. Déformations morbides du pied, par *Bruck*. — Guérison d'épilepsie par l'oxyde de zinc, communiquée par *Moriz*. — Hémorrhagie dans le gros intestin des enfants nouveau-nés.

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSKUNDE U. FRAUENKRANKHEITEN, publié par Busch, Credé, de Ritgen et Ed.-C.-I. do Siebold. — IIe vol., 6e cah., décembre 1853. Sur le diagnostic de l'obliquité du bassin à la suite de la coxalgie (avec dessins) par *de Ritgen*. — Sur le placenta prævia, etc., par *Holst* (suite). — Rapport sur la clinique d'accouchement de Halle (année 1851), par le prof. *Hohl*.

NEUE MEDIC.-CHIRURG. ZEITUNG (de Munich). — 1853, nos 49, 50 et 51. Analyse des écrits traitant les maladies des femmes, par *Otto Buchner*. — N° 52. Analyse des écrits traitant la médecine légale, par *Ernst Buchner*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — N° 46. Recherches de géographie médicale, par *Rigler*, prof. à Constantinople. — Des maladies de l'articulation coxofémorale, par *Lorinser*. — N° 48. Lettres iatrochimiques (4e et 5e), par *Kletzinsky*, à Vienne. — N° 49. Sur les déplacements de l'intestin (abaissements, volvulus, étranglements internes et invaginations), par le prof. *Oppolzer*, de Vienne. — La profession médicale en Turquie, par le doct. *Muhlig*, à Constantinople. — Cas de grossesse extra-utérine (grossesse abdominale, mort), par *Blass*, à Vienne. — N° 50. Recherches physiologiques et pathologiques sur les organes qui opèrent l'évacuation urinaire (appareil musculaire de l'urètre, d'après les travaux de Hancok, Guthrie, Koelliker, etc.), par le doct. *J. Helft*, de Berlin. — Police médicale : analyse de quelques sortes de fard; La Grua. — Lettre sur la Californie, du doct. *Precht*, à San-Francisco (sur l'empoisonnement par une plante appelée *scdra*, appartenant au genre *Rhus Toxicodendron*, etc.). — Nos 51, 52, 53. Rapport sur la clinique médicale du prof. Frerichs, à Breslau. — Recherches physiol. et pathol. sur les organes qui opèrent l'évacuation (coopération nulle ou faible de la part des muscles abdominaux, appareil musculaire du col de la vessie; causes de la rétention d'urine, etc.), par *Helft*. — 1854. N° 1. Amputation de la jambe au-dessus des malléoles, d'après la méthode de Pyrogoff, par le prof. *Schuh*, à Vienne (succès complet). — Rapport sur la clin. méd. du doct. Frerichs, de Breslau (maladies des grands vaisseaux). — — Sur la tuberculose des glandules mésentériales et les vers intestinaux, par *Lederer*, de la clin. des enfants de Vienne.

VIERTELJAHRSSCHRIFT. F. GERICHTL. U. OEFFENTL. MEDICIN (*Médecine légale*), par Casper. — Ve vol., 1er cahier, 1854. Rapport sur la mortalité de l'association sanitaire de Berlin, par le doct. *S. Neumann*. — Sur les habitations des pauvres, par le doct. *Hecker*, de Berlin. — Communications sur l'épizootie de la rage à Hambourg, de 1851-1853, par le docteur *Gemet*

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL, 30 décembre 1853 et 6 janvier 1854. — Luxation de l'humérus sur la face externe du scapulum, par *R.-U. West*. — Note sur les maladies épidémiques, par *Addison*. — Sur la tuberculose, par *H. Ancell*. — Amputation de l'avant-bras dans l'utérus, par *Greenwood*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — Nos 781 et 782. — Cas d'irritation gastrique extrême dans la grossesse; indication d'accouchement prématuré, *anonyme*. — Différents cas d'anévrysme traités par la compression, p. *Wilmor*, *Colvan*, *etc.* — Luxation de l'astragale, par *Tufnell*. — Morceau d'ardoise arrêté dans le pharynx, par *Toler*. — Concrétions fibrineuses dans le cœur d'un suicidé, par *Richardson*. — Nouveau forceps, par *Apostolides*. — Sur la moderne philosophie du cancer, par *Druitt*.

MEDICAL CIRCULAR. — Nos 52 et 53. — Extraits de divers journaux.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 183 et 184. Rapport sur l'état sanitaire des troupes à Bombay, par *J. Hall*. — Cinq cas d'amputation du genou, d'après la méthode de Syme, par *S. Hadwen*. — Influence prophylactique de la quinine, par *A. Bryson*. — Trois cas d'accouchement prématuré artificiel chez la même malade, par *F. Ramsbotham*.

THE LANCET. — 1854, n° 1. Sarcines de l'estomac coïncidant avec la dégénérescence graisseuse du foie, par *R. Barnes*. — Cautère actuel contre l'ulcère phagédénique, par *Chadwick*. — Traitement du choléra au Canada, par *G.-G. Gibb*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi), 1853, n° 52, et 1854, n° 1. — Description de deux enfants réunis par la région épigastrique et ayant vécu cinquante-cinq jours, par *G. Borelli*. — Cliniques et Revues.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 51 et 52. Étiologie de la glucosurie, par *M. Buffalini*. — Action ténifuge des fleurs de kousso, par *Scopetani*. — Faculté préservatrice temporaire de la vaccination, par *Goldoni*.

GIORNALE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — N° 34. Quelques cas d'affection farcineuse chez l'homme, par *Poggi Giuseppe di Voghera*.

EL HERALDO MEDICO. — Nos 59 à 62. Emploi du mercure métallique dans les hernies, par *J. de Alarcon y Salcedo*. — Du *mesto* contre l'hydrophobie, par *J.-M. Centeno de los Rios*. (Voir *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, n° 9.) — Sulfate de quinine contre la fièvre typhoïde, par *J. Rico*.

EL PORVENIR MEDICO. — Nos 52 à 54. Considérations sur l'importance de l'anatomie, par *Rafael del Valle*. — Déclaration sur un cas présumé de monomanie, par *A.-G. Lopez*. — Hygiène des enfants, par *Venancio Moreno y Lopez*.

EL SIGLO MÉDICO (*Boletin de medicina y Gaceta medica*). N° 1. — Ce journal, dont nous recevons le premier numéro, est le produit d'une fusion opérée entre le *Boletin de medicina* et la *Gaceta medica*. Ce changement est annoncé dans une adresse aux souscripteurs, insérée dans le dernier numéro de la *Gaceta medica*. Ce journal comptait déjà neuf ans de publication. La transformation qui résulte de sa fusion avec le *Boletin* a permis une extension de format et une augmentation dans la quantité des matières. Nous remarquons aussi que la nouvelle feuille s'intitule *Journal officiel de l'Académie royale de médecine de Madrid et de la Société de secours mutuels*. Elle promet donc d'ajouter encore à l'importance des feuilles qu'elle remplace. Le n° 1 contient des *considérations générales sur l'état actuel de la philosophie médicale* et des revues cliniques.

GACETA MEDICA. — N° 36. Pas d'articles scientifiques originaux.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 14. Abus des évacuants et des purgatifs, par *Z.-B. Gonzales* (suite). — Traitement des abcès par congestion, par *Bonifacio Blanco*. — Accouchement lent, déchirement de la vulve, par *G. Corral*. Réflexions, par *R. Villargoitia*.

Livres nouveaux.

DIEU, L'AME, LA NATURE, poëme par *P.-A. Piorry*. Suivi de fragments poétiques sur les Médecins, sur Napoléon, sur la Révolution. 1 vol. gr. in-8, de XII-336 pages. Paris, chez J.-B. Baillière. 6 fr.

EXPOSITION ET HISTOIRE DES PRINCIPALES DÉCOUVERTES SCIENTIFIQUES MODERNES, par *Louis Figuier*, docteur ès sciences, etc. 3e édition, 3 vol. grand in-18, avec figures. — Tome I, de VIII-444 p. : Machine à vapeur. — Bateaux à vapeur. — Chemins de fer. — Tome II, de 474 pages : Photographie. — Télégraphie aérienne et électrique. — Galvanoplastie — Planète Leverrier. — Tome III, de 488 pages : Aérostats. — Éclairage au gaz. — Éthérisation. — Poudres. A Paris, chez Victor Masson, 1854. 10 fr. 50

HISTOIRE DE L'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE, comprenant l'étude des instruments et appareils, le résumé des auteurs, un choix d'observations, par le doct. *J. Guitard*. Grand in-18 de XII-396 p., avec 6 planches. A Paris, chez Victor Masson; à Toulouse, chez Feillès, Chauvin et comp. 3 fr. 50

NOTIONS D'HYGIÈNE PRIVÉE, à l'usage des départements du nord-est de la France, par *Eug. Grellois*, méd.-major à l'hôpital militaire de Metz, etc., publié sous les auspices du préfet de la Moselle. In-18 de XII-384 p. 2 fr. 50

NOUVELLE DOCTRINE MÉDICALE, ou doctrine biologique, par le doct. *Alm. Lepelletier*, de la Sarthe. Grand in-8 de 31 feuilles et demie. Au Mans, chez Monnoyer, à Paris, chez J.-B. Baillière. 7 fr.

ODONTOGRAPHIE. Vergleichende Darstellung des Zahnsystems der lebenden und fossilen Wirbelthiere, par *C.-G. Giebel*. 4e livraison, in-4°, Leipzig. 8 fr.

Le docteur DECHAMBRE a l'honneur de prévenir ses confrères qu'il est chez lui tous les mardis soir, à partir de huit heures et demie, pour les affaires du journal.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER :
Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX :
A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
DE VICTOR MASSON
Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.
ON S'ABONNE
chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 3 FÉVRIER 1854. N° 18.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 2 février 1854.

SÉANCE SOLENNELLE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES. — ÉLOGE DE M. DE BLAINVILLE.

L'Académie des sciences a tenu lundi dernier sa séance solennelle. Tout l'intérêt de cette séance, hormis pour les lauréats, était dans le discours de M. Flourens, qui a prononcé l'Éloge de Blainville. Cet *Eloge* est un jugement ; un jugement qui porte à la fois sur le savant et sur l'homme, et même, — par une exception aux habitudes de l'orateur, — plus sur l'homme que sur le savant. Jamais nous n'avions vu l'honorable secrétaire perpétuel plus en veine de malice. L'assistance, qui n'a pas toujours un goût prononcé pour les discours d'apparat, a paru lui savoir bon gré de la divertir de temps à autre. Disons d'ailleurs que les services rendus à la science par Blainville n'ont pas été méconnus, et que, dans cette peinture originale, la figure du grand anatomiste est restée parfaitement reconnaissable sous les traits du Normand si curieusement reproduits par M. Flourens.

C'était justice. M. de Blainville a professé longtemps avec éclat, à la Faculté des sciences, au milieu d'un auditoire toujours empressé. Nous ne pouvons exposer ici, à ceux qui n'ont pas entendu cette parole si vive dans l'expression et si riche de faits, toutes les vues ingénieuses, tous les rapprochements saisissants de cet enseignement, qui avait par-dessus tout le don de faire réfléchir et de faire aimer la science. Nous voulons en rappeler seulement les idées dominantes, idées dont le professeur a déposé les germes dans son livre sur l'organisation des animaux, et dans ses leçons de physiologie générale et comparée, recueillies et publiées par M. Hollard.

La doctrine de Cuvier en anatomie comparée, chacun le sait, peut se résumer dans les deux principes suivants : principe de *subordination* et principe de *corrélation* des organes.

L'organisme animal résulte d'un ensemble associé d'organes divers concourant à un but commun. Or, parmi ces organes, tous n'ont pas la même importance, et n'occupent pas le même rang. Lorsque les organes se modifient, les modifications qu'ils présentent suivent un ordre déterminé : en d'autres termes, les organes les plus importants entraînent les autres dans leurs modifications ; ils sont comme un centre autour duquel le reste vient se modeler. Tel est le principe de subordination. Les animaux sont donc des combinaisons harmoniques et déterminées dont on peut saisir

FEUILLETON.

Sur l'instinct et l'intelligence des animaux (1).

Suite. — Voir le numéro 16.

Le précédent article a montré, dans l'intelligence des animaux, une face particulière qui n'a pas son analogue dans l'intelligence humaine, et dont le caractère essentiel est de s'approprier au service des besoins instinctifs, suivant une mesure préétablie, égale pour tous les individus de même famille et toujours suffisante. Nous avons de plus attribué aux animaux, à certaines espèces du moins, des facultés intellectuelles ayant, avec celles de l'homme, cette analogie, qu'elles s'appliquent indistinctement à tous les objets de la vie commune, et sont susceptibles de notables différences individuelles, attention, mémoire, jugement, etc. Après avoir ainsi étudié les qualités positives des bêtes, examinons leurs qualités privatives, ou, comme on le dit aujourd'hui, négatives, c'est-à-dire les imperfections qui peuvent aider à fixer la limite de leur intelligence.

L'absence de la parole est un premier fait d'une haute importance. Ni le grand nom de Leibnitz parlant quelque part d'un chien qui prononçait des mots français et allemands ; ni les *chansons des oiseaux* et le *dictionnaire des corbeaux*, de Dupont (de Nemours), ne peuvent rien contre ce fait trop irrécusable que la parole n'appartient qu'à l'homme. Or, pourquoi les animaux ne parlent-ils pas ? Nous regrettons que M. Fée, dans le livre qui a été l'occasion de ce travail, n'ait pas creusé davantage la question, et n'en ait pas cherché, avec son devancier, M. Flourens, la racine physiologique. M. Fée s'étend sur les *modulations* de la voix chez les mammifères et les oiseaux, modulations corrélatives à la nature des sensations internes, ou servant de moyens d'appel. « Cette voix, dit-il, est en rapport avec l'intelligence, et vient en aide à l'instinct, comme la parole vient au secours de la raison chez l'homme. » Ici il faut bien s'entendre. Le cri de la faim, de l'amour, de la colère, n'a ou ne peut avoir aucun rapport immédiat avec l'intellect ; car il émane de la passion, que l'intellect ne subordonne pas. Il en est autrement du cri d'appel ou d'avertissement. La poule qui glousse pour réunir autour d'elle ses poussins a un but déterminé dans l'esprit, et elle a une certaine prévision du résultat. Mais en réfléchissant à ces actes on s'aperçoit qu'ils participent, en tant qu'actes intellectuels, du

(1) *Études philosophiques sur l'instinct et l'intelligence des animaux*, par L.-A. Fée, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Strasbourg. — Strasbourg, 1853. In-12.

les lois. Il résulte de là qu'il y a des dispositions d'organes qui s'appellent ou qui s'excluent réciproquement. L'extrémité des membres recouverte d'une substance cornée, d'un sabot, par exemple, entraîne comme conséquence la nécessité d'un régime herbivore, c'est-à-dire d'un aliment immobile que l'animal n'est pas forcé de poursuivre et de saisir; et, comme conséquence encore, des dents molaires développées propres à broyer, un tube digestif volumineux, etc. Tel est le principe de corrélation.

Mais ces principes de *subordination* et de *corrélation* des organes, peut-on les rattacher à une donnée plus générale encore? Les différences de l'organisation ne procèdent-elles pas d'un même plan de construction, ou, comme dit Oken, de l'identité de composition de l'organisme?

Gœthe, l'homme le plus extraordinaire de son temps, qui fut à la fois poëte, romancier, historien et naturaliste, avait déjà proclamé l'unité fondamentale du plan de construction des plantes et des animaux. Il avait remarqué qu'il existe chez beaucoup d'animaux des organes atrophiés, rudimentaires, inutiles en quelque sorte, et dont les analogues sont pleinement développés chez d'autres animaux où ils remplissent leur rôle physiologique. Il n'y a dès lors, pour lui, que des inégalités de développement dans les limites d'un même type. Il avait émis, comme corollaire de cette idée, que la tête des vertébrés n'est qu'un renflement et une modification des vertèbres supérieures, idée dont MM. Duméril et Oken devaient revendiquer plus tard la priorité.

M. Geoffroy Saint-Hilaire et M. de Blainville ont été, sous ce rapport, les disciples de Gœthe. M. Geoffroy Saint-Hilaire professait, il est vrai, l'unité de plan et de composition, mais c'est particulièrement sur le squelette des animaux vertébrés qu'il avait édifié son système; il lui a fallu faire effort pour en signaler les caractères dans les types inférieurs, et il a trouvé de nombreux contradicteurs quand il a voulu voir des vertèbres dans les anneaux des animaux articulés. M. de Blainville est resté, sous ce rapport, dans la conception la plus élevée et la plus générale. Il est bien disciple de Gœthe, ainsi que je le disais, mais il s'en sépare au point de vue philosophique. L'école anatomique allemande, en effet, a presque toujours cherché à se rattacher à la doctrine hégélienne du *système de l'identité*, et elle tient la nature pour une manifestation diverse, et néanmoins partout identique avec elle-même, de l'être absolu. M. de Blainville répugnait au panthéisme : le domaine de la science et celui de la conscience furent toujours distincts pour lui.

Quand on analyse l'organisation au point de vue de sa destination principale, on y reconnaît, suivant M. de Blainville, deux régions générales : une région profonde où s'accomplissent tous les mouvements du fluide nourricier et qui sert de centre ; une région périphérique en rapport d'activité avec le monde extérieur et qu'on peut appeler l'*enveloppe générale*. Cette enveloppe contient en elle toutes les conditions anatomiques des rapports qu'elle doit entretenir, rapports de sensibilité, de protection, etc. Dans son épaisseur se dessine une couche destinée à l'action locomotrice, dont les dispositions varient suivant les plans secondaires qui caractérisent les quatre grands types d'organisation.

Dans la doctrine de M. de Blainville, le canal alimentaire, et, en général, les appareils intérieurs qui communiquent au dehors, ne sont que des rentrées ou des renfoncements de l'enveloppe générale, dans l'épaisseur de laquelle on trouve aussi un appareil locomoteur (muscles de l'intestin). Cette seconde partie de la doctrine, il faut le dire, soulève de nombreuses objections, et l'étude du développement en particulier témoigne manifestement contre elle.

Malgré la difficulté de faire concorder certains points, d'ailleurs accessoires, de la théorie avec l'embryogénie, il n'en est pas moins vrai que l'idée fondamentale de M. de Blainville ne manque pas de grandeur. Il a réalisé et mis en œuvre une belle pensée de Buffon, qui s'exprime ainsi dans son *Discours sur les animaux* : « Il y a dans l'animal un être organisé qui ne cesse d'agir, en qui circulent constamment des sucs nourriciers, et un être animé qui enveloppe le premier, fait face au dehors, sent et agit. Jetez autour du végétal une enveloppe qui porte en elle les conditions du sentiment et du mouvement, vous aurez l'animal. »

M. de Blainville a consacré la dernière partie de sa vie à une grande question de zoologie : je veux parler de la coordination *sériale* des animaux. Sur cette question M. de Blainville s'est séparé de Cuvier, et plus d'une fois leur antagonisme s'est produit au grand jour. Il est aisé, d'après ce qui précède, de concevoir que la classification des animaux de Cuvier et celle de M. de Blainville ne doit pas être tout à fait la même, attendu la différence du point de départ. Mais ce n'est pas là précisément que la lutte a été la plus vive entre les deux savants adversaires. Cuvier a dit, dans la préface de la première édition de son *Règne animal* : « Je n'ai eu ni la prétention, ni le désir de classer les êtres de manière à former une seule ligne ou à marquer leur supériorité réciproque. Je regarde même toute tentative de ce genre comme

---

caractère de ceux que nous avons vus précédemment enchaînés, comme par un lien fatal, aux impulsions instinctives, c'est-à-dire que le degré d'intelligence qu'ils paraissent tout d'abord impliquer, et qu'ils impliqueraient réellement s'il s'agissait de l'homme, ne se retrouve plus dans les autres actes du même animal. Remarquez que le cri n'a rien de conventionnel, qu'il n'a pas varié dans la suite des siècles, qu'il est invariablement le même chez tous les individus de la même espèce, qu'il est affecté exclusivement à un but déterminé par la nature et que l'animal n'est pas maître de changer. Le coq, par exemple, qui répond au chant de son semblable *la première fois* qu'il l'entend, ne répond pas à celui d'un autre volatile. Ce nouveau trait de l'intelligence des animaux, jusque dans les actes de la vie commune, est des plus remarquables. Concluons, pour le moment, que la voix modulée ne constitue pas proprement un langage, c'est-à-dire un ensemble de sons *conventionnels*, et ne saurait motiver aucun rapprochement entre l'intelligence des bêtes et celle de l'homme.

Si les animaux n'ont pas la parole, ils ont *le signe*, dit M. Fée, et il rappelle que les insectes *paraissent* se donner des avertissements en rapprochant leurs têtes et en se touchant avec leurs antennes. On reconnaît ici le *langage des antennes*, d'Huber (de Genève). Même réflexion qu'au sujet de la voix. Ces signes ne sont pas la marque d'une intelligence développée, mais d'une faculté ou aptitude spéciale. Ces deux mouches qui s'entendent si bien au moyen de leurs antennes, vont tout à l'heure se heurter cent fois contre une vitre, jusqu'à s'y briser la tête, sans songer à tourner l'obstacle, alors même qu'on les poursuit. De même les éléphants — et le fait est mentionné dans les *Études philosophiques* — les éléphants qui vivent en troupes et se comprennent assez entre eux, n'importe comment, pour mettre à leur tête le plus fort et le plus âgé, n'ont pas l'esprit d'éviter un piége où ils sont déjà tombés, ce à quoi ne manquent pas l'ours et le renard.

En présentant ces remarques, nous ne prétendons pas que M. Fée ait jamais eu la pensée de comparer, même de loin, à la parole humaine, ces divers moyens de communication intellectuelle. Il n'est pas entré avant dans l'étude de la question : c'est tout le regret que nous voulons exprimer. L'opinion qu'il émet en passant sur l'origine de la parole, à savoir, qu'elle est un *don* de Dieu, et non, comme le veut M. Flourens, une création de l'intelligence humaine, méritait des développements particuliers ; car, en y regardant de près, on voit que, dans cette question d'origine, est enfermée une grande partie du problème de l'intelligence des animaux. Si la parole est un don, on n'aura rien à déduire du défaut de parole contre l'intelligence ; mais si c'est l'intelligence qui crée

inexécutable. Ainsi, je n'entends pas que les mammifères et les oiseaux, placés les derniers, soient les plus imparfaits de leur classe ; j'entends encore moins que le dernier des mammifères soit plus parfait que le dernier des oiseaux, le dernier des mollusques, plus parfait que le premier des annélides ou des zoophytes, etc. » Or, M. de Blainville s'est efforcé, dans le cours de son enseignement, de démontrer que, de même que chaque espèce animale est une combinaison définie d'organes dans laquelle il n'y a point d'associations inordonnées, de même l'ensemble des espèces animales offre un dessin régulier et susceptible d'être lui-même défini. M. de Blainville a cherché, par conséquent, à justifier cette idée de l'*échelle des êtres* imaginée par Bonnet, et il s'est efforcé de l'établir sur des bases scientifiques. Les caractères à l'aide desquels M. de Blainville s'est flatté de saisir les rapports *sériaires*, sont surtout tirés des fonctions de reproduction et de nutrition. Quelle que soit l'habileté déployée par M. de Blainville pour systématiser l'idée d'une progression continue dans la série des êtres, il est certain que cette idée n'est vraiment incontestable qu'à un point de vue très général. S'il y a souvent une sorte de dégradation ou de passage d'une espèce à une autre dans un même genre ou dans une même famille, il n'en est plus de même quand on passe d'un ordre à un autre ordre, ou d'un embranchement à un autre embranchement. Le premier des insectes n'est point en série avec le dernier des poissons, et les mollusques sont, pour la plupart, très supérieurs en organisation à beaucoup d'animaux placés à des degrés plus élevés de l'échelle des êtres.

JULES BÉCLARD,
Agrégé à la Faculté de médecine.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE INTERNE. — NOSOLOGIE.

NOTE SUR UN GENRE DE FOLIE DONT LES ACCÈS SONT CARACTÉRISÉS PAR DEUX PÉRIODES RÉGULIÈRES, L'UNE DE DÉPRESSION ET L'AUTRE D'EXCITATION, par M. BAILLARGER.

Il n'y a pas d'états qui offrent entre eux des différences plus tranchées et des contrastes plus frappants que la mélancolie et la manie.

Le mélancolique est faible, timide et irrésolu ; sa vie se passe dans l'inertie et le mutisme ; ses conceptions sont lentes et embarrassées.

Le maniaque, au contraire, est plein de confiance, d'énergie et d'audace ; il déploie l'activité la plus grande, et sa loquacité n'a pas de bornes.

Il semble donc, en théorie, que deux états si opposés doivent être étrangers l'un à l'autre et qu'une grande distance les sépare.

Ce n'est pas, cependant, ce que démontre l'observation. On voit, en effet, dans beaucoup de cas, la mélancolie succéder à la manie, et réciproquement, comme si un lien secret unissait entre elles ces deux maladies.

Ces transformations singulières ont été souvent signalées.

Pinel parle d'accès de mélancolie qui dégénèrent en manie.

D'après Esquirol, il n'est pas rare de voir la manie alterner, et d'une manière très régulière, avec la phthisie pulmonaire, l'hypochondrie et la lypémanie.

Ces alternatives de la mélancolie et de la manie ont encore été constatées par M. Guislain, et je pourrais ajouter par presque tous les auteurs. Mais si le fait est bien établi, il m'a semblé qu'il n'avait pas été suffisamment étudié.

En rapprochant et comparant un certain nombre d'observations, on reconnaît qu'il existe des cas assez nombreux dans lesquels il est impossible de considérer isolément et comme deux affections distinctes l'excitation et la dépression qui se succèdent chez le même malade. Cette succession, en effet, n'a pas lieu au hasard, et j'ai pu m'assurer qu'il existe des rapports entre la durée et l'intensité des deux états, qui ne sont évidemment que deux périodes d'un même accès. La conséquence de cette opinion, c'est que ces accès n'appartiennent en propre ni à la mélancolie, ni à la manie, mais qu'ils constituent un genre spécial d'aliénation mentale, caractérisé par l'existence régulière de deux périodes : l'une d'excitation, et l'autre de dépression.

C'est ce genre de folie dont je vais essayer d'indiquer ici les principaux caractères. Je le désignerai provisoirement sous la dénomination de *folie à double forme*.

Je ne crois pouvoir mieux faire, pour donner une idée exacte des accès, que de citer quelques observations, en me bornant, d'ailleurs aux détails qui me paraîtront les plus importants.

OBS. I^re^. — Mademoiselle X..., âgée aujourd'hui de vingt-huit ans, a eu plusieurs accès de manie de seize à dix-huit ans. Après être restée bien portante pendant trois ans, elle éprouve une rechute, et depuis lors sa maladie n'a plus cessé. Cette maladie revient par accès, dont la durée est environ d'un mois.

Pendant les quinze premiers jours, on observe tous les symptômes d'une profonde mélancolie; puis tout à coup la manie éclate et dure le même temps.

Quand la période de dépression commence, mademoiselle X... se sent en proie à une tristesse qu'elle ne peut surmonter. Une sorte d'engourdissement envahit peu à peu tout son être.

La physionomie prend une expression de souffrance, la voix est faible, les mouvements d'une lenteur extrême : bientôt les symptômes s'aggravent, la malade reste sur sa chaise immobile et muette; tout effort lui devient impossible, la moindre stimulation lui est pénible, la lumière du jour

---

la parole, *ab instituto*, l'une sera mesurée par l'autre ; et, en se rendant compte de ce qu'il faut d'intelligence pour parler, on pourra voir ce qu'il en manque aux animaux qui ne parlent pas. A cet égard, nous penchons vers l'opinion de M. Flourens; nous croyons que l'intelligence, servie par des organes appropriés, peut donner la parole, et que rien n'est dans la parole qui ne soit aussi dans l'intelligence. Mais, en tout cas, l'intelligence est la source unique de tous les *signes conventionnels* autres que la parole articulée, et elle suffit pour l'étude de la question, puisque les signes, au sens où nous l'entendons, manquent également aux animaux.

Que doit être un signe pour être conventionnel? Il doit représenter une idée, et cette idée, simple ou complexe, doit être claire et distincte. On a coutume de dire, avec Descartes et Leibnitz, que le langage manque aux animaux parce qu'il est constitué essentiellement, non par des termes individuels, mais bien par des termes généraux ou *appellatifs*, exprimant des vérités abstraites, et que l'animal est précisément incapable d'abstraction. Cette formule est vraie, mais à la condition de reconnaître que la perception la plus simple ne peut être exprimée par le signe que sous la forme abstraite; autrement rien n'empêcherait un animal enfermé de manière à n'apercevoir qu'un petit nombre d'objets, de les désigner par des signes particuliers; d'avoir un mode de jappement pour tel objet, un autre mode pour tel autre. Eh bien, le signe a précisément ce caractère : c'est toujours une abstraction; et abstraire est une opération intellectuelle de l'ordre le plus élevé. C'est créer dans l'esprit, à l'occasion d'un objet déterminé, une sorte d'archétype qui ultérieurement remplacera la perception, hors de la présence de l'objet lui-même. Et voilà pourquoi le signe et la pensée se confondent entièrement dans l'esprit. « Si nous étions privés de l'usage des caractères, dit un philosophe qui ne se montre pourtant pas trop avare envers les animaux, nous ne pourrions jamais ni raisonner *ni même avoir aucune pensée distincte.* » (Locke, *Connexion des mots et des signes.*)

Ceci nous conduit plus loin encore; il nous paraît certain que les animaux n'ont de rien une idée claire et distincte, telle que nous pourrions en avoir, et telle qu'il en faut pour la formation du langage. Une idée n'est positivement distincte dans l'esprit qu'autant que l'esprit affirme une différence entre cette idée et une autre idée. On ne peut nommer seulement une table, une chaise, sans affirmer qu'il existe quelque part une chose d'une certaine apparence, distincte d'une autre table, d'une autre chaise; distincte d'une foule d'autres choses d'apparence différente. Or, ce n'est pas ici, comme on pourrait le croire, le résultat spontané d'un certain nombre de perceptions successives, mais bien celui d'une opération intellectuelle, qui n'est autre que la ré-

a fatigue. Mademoiselle X... apprécie très bien ce qui se passe autour d'elle ; elle comprend les questions qu'on lui adresse, mais elle n'y répond que lentement, par monosyllabes, et à voix si basse, qu'on ne saisit qu'incomplétement ce qu'elle a dit. En même temps que tous les symptômes qui précèdent, il existe de l'insomnie, de l'inappétence, une constipation opiniâtre ; le pouls est petit et lent.

Au bout de trois ou quatre jours, la physionomie a déjà subi une atteinte profonde, les yeux sont cernés, caves et sans expression, le teint pâle et jaunâtre.

Quand cet état a duré quinze jours, il cesse tout à coup pendant la nuit, et la torpeur générale est remplacée par une exaltation très vive.

Le lendemain, on retrouve la malade avec les traits animés, le regard brillant, la parole vive, les mouvements brusques et rapides ; elle ne peut rester un instant à la même place, et court çà et là comme si elle était entraînée par une force irrésistible.

Autant l'intelligence était embarrassée, autant elle a acquis de vivacité. Mademoiselle X... saisit avec une sagacité remarquable tout ce qui, chez les personnes qui l'entourent, peut prêter au ridicule. Sa verve est intarissable et se signale par de continuelles épigrammes. Dans ce nouvel état, l'insomnie continue, mais l'appétit est revenu.

Après quinze jours, le calme se rétablit presque subitement. Mademoiselle X..., qui se rappelle tout ce qu'elle a dit pendant la seconde période de son accès, se montre un peu triste et confuse ; mais bientôt elle reprend ses habitudes ordinaires.

L'intermittence est malheureusement de peu de durée, rarement elle s'est prolongée deux à trois mois ; le plus souvent, c'est après quinze ou vingt jours qu'un nouvel accès éclate.

La malade, qui, pendant la période de dépression, ne prend qu'une quantité tout à fait insuffisante d'aliments, maigrit très rapidement. Une fois, la perte a été de 12 livres en quinze jours.

Dans la période de réaction, et pendant les intermittences, l'appétit est très grand, et le retour de l'embonpoint a lieu aussi d'une manière très rapide.

Quant à l'état moral et intellectuel de la malade pendant les deux périodes de l'accès, je ne puis en donner une meilleure idée qu'en citant l'observation suivante dans laquelle l'aliéné lui-même rend compte de ce qu'il éprouvait.

Obs. II. — Cet aliéné, guéri par Willis, avait des accès presque en tout semblables à ceux que je viens de décrire ; seulement chaque période n'était que de dix jours au lieu de quinze.

« J'attendais toujours avec impatience, dit le malade, l'accès d'agitation qui durait dix à douze jours, plus ou moins, parce que je jouissais, pendant toute sa durée, d'une sorte de béatitude : tout me semblait facile ; aucun obstacle ne m'arrêtait en théorie, ni même en réalité ; ma mémoire acquérait tout à coup une perfection singulière. Je me rappelais de longs passages des auteurs latins : j'ai peine, à l'ordinaire, à trouver deux rimes dans l'occasion, et j'écrivais alors en vers aussi rapidement qu'en prose ; j'étais rusé et fertile en expédients de toute espèce.

» La complaisance de ceux qui, pour ne pas me pousser à bout, me laissaient donner carrière à toutes mes fantaisies, renforçait dans mon esprit la persuasion de mes pouvoirs supérieurs et soutenait mon audace. Mon insensibilité au froid, à la chaleur, à tous les petits inconvénients de la vie, la justifiait encore. Enfin, un égoïsme profond et concentré me faisait rapporter tout à ma personne.

» Mais, ajoute-t-il, si ce premier genre d'illusions me rendait heureux, je n'en étais que plus à plaindre dans l'état d'abattement qui le suivait toujours, et qui durait à peu près autant. Je me reprochais toutes mes actions passées et jusqu'à mes idées mêmes. J'étais timide, honteux, pusillanime, incapable d'action, soit au physique, soit au moral. Le passage de l'un de ces états à l'autre se faisait brusquement, sans aucune transition, et presque toujours pendant le sommeil. »

Je ne pourrais que répéter les détails qui précèdent pour l'état intellectuel et moral de la malade dont j'ai lu plus haut l'observation, et j'ai préféré laisser ici parler l'aliéné guéri par Willis.

J'emprunte la troisième observation à Esquirol. On verra que chaque accès, au lieu d'être de vingt jours ou d'un mois, se prolongeait trois ou quatre mois.

Obs. III. — La malade, après avoir eu un accès très court de mélancolie à vingt-huit ans, était restée bien portante jusqu'à trente-six ans. Elle redevint alors aliénée sans cause déterminée. Voici comment Esquirol décrit les accès :

« Au début, dit-il, tristesse, tiraillement, langueur d'estomac, découragement moral, incapacité de se livrer au moindre exercice, à la moindre occupation. Après six semaines, tout à coup excitation générale, insomnie ; agitation, mouvements désordonnés, besoin de boire du vin porté à l'excès, trouble des idées, perversions des affections etc. Après deux mois, les symptômes se dissipent, et la malade recouvre, avec la raison, le calme et la sobriété.

» Tous les ans, les accès se reproduisent avec les mêmes symptômes. »

La folie à double forme est ici bien caractérisée : les périodes se succèdent régulièrement, et chaque intermittence est d'environ huit mois.

Dans la quatrième observation, qui m'a été communiquée il y a quelques jours, et que je citerai textuellement, les accès sont de six mois.

Obs. IV. — M. X..., est sujet depuis vingt ans à des alternatives d'excitation et de dépression. Lorsqu'il tombe dans ce qu'il appelle lui-même son *spleen*, il devient indifférent à tout. Son œil est morne, sa marche lente et lourde. Quoique fort laborieux, il ne peut plus travailler, et il ne sent même plus aucun goût pour le travail. Cet état dure plusieurs mois. M. X... reprend alors peu à peu de l'animation, et il passe par un intervalle très court de ce qu'on pourrait appeler raison parfaite ; mais bientôt l'activité augmente à ce point qu'il est impossible de méconnaître une véritable excitation fébrile. Le malade ne dort presque plus, il lit et compose énormément, mais avec beaucoup de désordre. Il est pris parfois, quoique très âgé, d'accès de priapisme, et va jusqu'à courir dans son jardin en proie à une fureur lascive. Cette période dure aussi environ trois mois, et M. X... retombe graduellement dans son *spleen*.

J'arrive aux accès qui se prolongent pendant une année. Ces faits sont peut-être les plus nombreux. Les malades passent près de six mois dans la période mélancolique et près de six mois dans la période maniaque. En voici un exemple observé chez une jeune fille qui est encore aujourd'hui dans mon service, à la Salpêtrière.

---

flexion. La réflexion seule peut assigner à un objet l'ensemble de ses caractères propres. L'animal voit les objets ; l'homme seul peut les *connaître*, et seul il peut les nommer.

Les principes qui viennent d'être exposés donnent en même temps la clef de l'imperfectibilité des animaux. Dans les déterminations instinctives, un déploiement remarquable d'intelligence, mais dans une sphère étroite, circonscrite par l'instinct lui-même et que rien ne peut agrandir ; dans les actes de la vie commune, d'une part, des aptitudes spéciales, tranchant fortement sur le fond général de l'intelligence et d'un degré fixe, que le temps ni les lieux n'ont jamais changé ; d'autre part, absence d'idées claires et distinctes, impossibilité d'abstraction et de généralisation, —voilà des obstacles insurmontables à la perfection des individus comme à celle des espèces. La perfectibilité est tuée dans son principe, et du même coup dans son moyen le plus puissant, qui est la parole ou le signe. Pour développer convenablement cette pensée, il ne faudrait pas moins que remonter jusqu'à l'origine, et suivre la formation des idées dans l'individu et des sciences dans l'humanité. On n'attend pas que nous entreprenions aujourd'hui une tâche aussi difficile et aussi longue. Ce que nous pouvons en dire de plus concluant en deux mots, c'est que, selon la remarque de Buffon, qui en tire un savant parti, l'animal n'a pas même l'appétit de savoir. Or cet appétit serait en lui infailliblement, s'il avait, au plus petit degré, le sentiment réfléchi des notions que lui apportent ses sens et les faibles combinaisons de son esprit, ou si les actes par lesquels il nous étonne souvent étaient le produit spontané et libre de son intelligence. Ce qu'on obtient de lui par la domesticité et l'éducation ne fait que montrer davantage le vice originel de l'imperfectibilité. On modifie ses mœurs, son habitude physique ; on leur fait subir avec le temps des altérations assez profondes pour qu'elles portent, après plusieurs générations, le sceau de la transmissibilité héréditaire, et l'intelligence de l'espèce n'en reste pas moins confinée dans une sphère immuable.

Enfin, l'asservissement d'une espèce à une autre espèce est inouïe en histoire naturelle. Aucun animal n'en fait servir un autre à son usage, comme nous faisons le chien ou le cheval. Buffon encore rend très bien compte de cette particularité : « On conviendra, dit-il, que le plus stupide des hommes suffit pour conduire le plus spirituel des animaux ; il le commande... moins par force et par adresse que par supériorité de nature, et parce qu'il a un *projet raisonné*, un *ordre d'actions* et une *suite de moyens* par lesquels il contraint l'animal à lui obéir... Il n'y a, parmi les animaux, aucune marque de subordination, aucune apparence que quelqu'un d'entre eux connaisse ou sente la supériorité de sa nature sur celle

Obs. V.—Mademoiselle M..., âgée de vingt-quatre ans, a eu sa mère et sa grand'mère aliénées ; elle est elle-même devenue mélancolique il y a quatre ans. Au début, tristesse, ennui, désœuvrement, idées de suicide. Ces symptômes, qu'on avait commencé à observer dans le mois de mai, s'aggravèrent graduellement, et la malade devint bientôt tout à fait inerte. Elle passait ses journées sur sa chaise dans l'immobilité et le mutisme. Les yeux étaient largement ouverts, et la physionomie exprimait la stupeur. Le teint était pâle, les extrémités froides, l'appétit presque nul, les urines coulaient involontairement. Cet état ne commença à s'améliorer que dans le mois d'octobre. Les progrès furent très lents ; ce n'est guère qu'après six semaines que la jeune M... parut entrer en convalescence. Quinze jours s'étaient à peine écoulés que des symptômes d'excitation survinrent. Bientôt la malade est tout à fait agitée. Elle tient des propos obscènes, profère sans cesse des injures, et commet quelquefois des actes de violence, etc. Cette nouvelle phase de la maladie se prolongea à peu de choses près autant que la première.

Depuis lors, trois accès semblables ont eu lieu.

La seule différence à noter, pour les derniers accès, c'est que les périodes, en conservant une durée égale, ont été caractérisées par des symptômes d'une moindre intensité.

Je demande la permission de citer une dernière observation que j'emprunterai à Esquirol.

Obs. VI.—Un jeune homme du Midi, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament éminemment nerveux, à l'approche de l'hiver, depuis trois ans, est pris d'une grande excitation. Alors il est très actif, toujours en mouvement, parle beaucoup, se croit d'un esprit distingué, fait mille projets, dépense beaucoup d'argent, achète, emprunte, sans trop s'inquiéter du paiement ; très irritable, tout le blesse, excite ses emportements et sa colère ; il n'est plus sensible à l'amitié de ses parents, il méconnaît jusqu'à la voix de son père. Dès que le printemps fait sentir son influence, ce jeune homme devient plus calme ; peu à peu il est moins actif, moins bavard, moins susceptible ; à mesure que la température s'élève, les forces physiques et intellectuelles semblent l'abandonner, il tombe dans l'inaction, dans l'apathie, se reprochant toutes les extravagances auxquelles il s'est livré pendant la période d'excitation ; il finit par la lypémanie, par le désir de se tuer, et enfin par des tentatives de suicide.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

RECHERCHES HISTOLOGIQUES SUR L'HYPERTROPHIE SIMPLE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES, par le docteur A. Verneuil, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

Les altérations de texture des ganglions lymphatiques sont extrêmement communes, et sont généralement décrites sous les noms d'hypertrophies, d'indurations, de dégénérescences, etc., etc.

Ces altérations, dans lesquelles le volume de ces organes est toujours augmenté, se présentent sous deux formes :

1° Tantôt le tissu des ganglions est infiltré par une proportion plus ou moins grande d'un élément anatomique qui lui est étranger et qui le fait disparaître complétement en certains cas ; c'est ainsi que l'on voit les cellules d'épiderme ou d'épithélium au voisinage des cancroïdes, les éléments du cancer, du tubercule, les éléments fibro-plastiques, la mélanose, les dépôts crétacés, le pus rassemblé en proportion plus ou moins notable au milieu de la trame normale de ces ganglions.

2° Tantôt, au contraire, on ne peut rapporter l'augmentation de volume du ganglion à aucun dépôt étranger, et l'œil nu, aussi bien que le microscope, ne découvre que des éléments normaux ; il n'y a véritablement que de l'hypertrophie. Malgré les fréquentes occasions que l'on aurait d'étudier cette lésion, elle n'a pas, jusqu'à présent, fixé l'attention des anatomo-pathologistes modernes, et l'on s'est contenté jusqu'à ce jour d'indiquer, et d'une manière même assez sommaire, les caractères que l'on peut constater à l'œil nu sur la surface des couches pratiquées dans le tissu malade.

Des recherches entreprises dans le but de décider la question encore controversée de la structure normale des ganglions lymphatiques m'ont engagé à chercher quelques lumières dans leurs lésions morbides, et j'ai pu constater ici, comme dans bien d'autres circonstances, quel contrôle utile l'anatomie normale reçoit de l'étude des altérations pathologiques.

J'ai eu quatre fois déjà l'occasion d'étudier l'hypertrophie ganglionnaire dans toute sa simplicité sur des pièces enlevées sur le vivant, et que j'ai pu examiner presque sur-le-champ, c'est-à-dire sans l'arrière-pensée d'altérations cadavériques. Il s'agissait de ganglions cervicaux indurés depuis longtemps, contre lesquels la thérapeutique avait épuisé ses ressources, et dont l'ablation avait été jugée inévitable. Deux de ces pièces sont dues à l'obligeance de M. Denonvilliers. Une troisième m'a été communiquée par mon collègue et ami le docteur Follin.

Les résultats de mon examen ont été tellement semblables dans tous ces cas, que je n'hésite pas à les publier.

Ces tumeurs se présentent sous la forme de masses régulièrement arrondies ou ovoïdes, sans inégalités ni bosselures à la surface. Leur volume est variable ; j'en ai observé deux qui égalaient au moins en dimension les testicules d'un adulte.

La consistance de ces ganglions est un peu moins considérable qu'à l'état sain ; elle est partout égale. Le toucher y constate une certaine rénitence jointe à un degré notable d'élasticité. Le scalpel divise sans difficulté le parenchyme glandulaire, dont la coupe offre une coloration comparable à celle des ganglions normaux. Le tissu se déchire facilement, et l'on constate, par cette opération, un aspect granuleux très manifeste, qui rappelle l'apparence que l'on obtient en déchirant une portion de poumon atteint d'hépatisation rouge. En tous les points de la masse, du reste, le tissu est homogène ; on ne voit aucun dépôt purulent ni sanguin, aucun point ramolli ; la vascularité y paraît très minime ; on n'aperçoit nul vestige des vaisseaux lymphatiques, que l'on reconnaît assez

---

des autres ; par conséquent, on doit penser qu'elles sont en effet toutes de même nature, et en même temps on doit conclure que celle de l'homme est non seulement fort au-dessus de celle de l'animal, mais qu'elle est aussi *tout à fait différente*. » (*De la nature de l'homme.*)

Si maintenant on veut bien se rappeler et placer en face de ces imperfections de l'animal les qualités que nous lui avons concédées dans notre premier article,— la mémoire, l'association et la comparaison des impressions, le jugement, la prévoyance, — on aura devant soi le problème de l'intelligence des bêtes dans toute son étendue et sa complexité. De quel nom appeler cet état mixte ? Que manque-t-il à la bête intelligente pour ressembler à l'homme? F. Cuvier et M. Flourens ont éclairé notablement la question par une distinction plus nette de l'intelligence proprement dite et de l'instinct. Mais, nous l'avons dit, en beaucoup de points, ces deux facultés se touchent et se confondent presque. Le contact a lieu déjà chez l'homme ; il devient plus intime chez l'animal. Cette vérité a été aperçue par beaucoup de philosophes ou de naturalistes, à ce point que certains d'entre eux ont essayé de ramener entièrement l'instinct à l'intelligence, et d'autres d'absorber l'intelligence dans l'instinct. « L'instinct n'est rien ou n'est qu'une branche égarée de l'intelligence, » dit Condillac. Suivant un confrère qui n'est pas assez connu comme philosophe, M. Collineau, « il y a de l'instinct partout où il y a de l'intelligence (1). » Et M. Fée, qui accorde tout aux animaux, excepté la raison, écrit néanmoins cette phrase remarquable : « Les animaux ne sont guère autre chose que des instruments... L'homme est artiste et ouvrier en même temps : il peut faire mal, faire mieux, faire bien. L'animal fait toujours bien : ni mieux ni plus mal. » C'est que, en effet, l'intelligence, dans toute la série zoologique, est une force qui se déploie d'elle-même sans le secours de la volonté et contre la volonté, qui a une constitution propre et des éléments distincts, qui répond d'une manière déterminée et point du tout arbitraire aux appels des impressions, soit du dedans, soit du dehors. Elle est souvent élective chez l'homme ; elle est souvent fatale chez l'animal. Chez tous deux, mais surtout chez le dernier, la faculté d'accomplir un acte *sans l'avoir appris*, ce caractère sur lequel on a fondé la définition de l'instinct, peut également lui appartenir. Témoin les cris d'appel ou ce langage des antennes dont nous parlions tout à l'heure. Un des auteurs qui a le mieux compris cet ordre de faits est, à notre sens, le docteur Gabillot, dans un opuscule où malheureusement l'inexpérience de la forme fait souvent tort à la pensée (2).

(1) Analyse physiologique sur l'entendement, 1 vol. in-8°.
(2) Étude physiologique de l'instinct chez l'homme et les animaux, 1844.

aisément au centre des ganglions sains, où ils se montrent sous l'apparence d'un faisceau fibreux.

L'intérieur des ganglions hypertrophiés n'est pas divisé par des cloisons fibreuses; en un mot, pour me résumer, le tissu hypertrophié paraît formé d'une seule substance, partout également condensée et répartie.

Les ganglions sont entourés d'une capsule fibreuse résistante dont la face externe est lâchement unie aux parties environnantes par du tissu cellulaire lamelleux, mais qui par sa face interne adhère fortement au tissu hypertrophié.

J'ai soumis à l'examen microscopique les éléments de ces tumeurs; et, je le dis tout de suite, je n'ai point trouvé autre chose que ce que l'on rencontre dans les ganglions à l'état sain. Quelques différences de volume, et surtout une grande multiplication des éléments normaux me paraissent seulement caractériser l'hypertrophie ganglionnaire simple.

1° Si l'on racle avec un scalpel la surface d'une coupe pratiquée dans la tumeur, ou même si l'on presse assez fortement celle-ci entre les doigts, on obtient un suc abondant, opalin, rosé, filant, visqueux, miscible à l'eau; ce suc serait difficilement confondu avec le suc lactescent du cancer, il est beaucoup moins opaque: cependant, dans quelques cas, il est nécessaire d'y regarder avec quelque attention. Ce suc est constitué par un liquide transparent dans lequel nage une énorme quantité de corpuscules de la lymphe (1) transparents, régulièrement arrondis et munis d'une tache centrale que l'on considère comme un noyau. Ces corpuscules ne sont pas toujours aussi normaux; dans un cas, ils étaient un peu anguleux, et déformés sans doute par la pression réciproque; néanmoins ils étaient parfaitement reconnaissables. Leur diamètre excédait un peu celui des globules du sang, fait contraire à ce que l'on professe ordinairement, mais que j'ai rencontré déjà un assez bon nombre de fois en étudiant les ganglions lymphatiques sains ou malades. On trouve encore çà et là de grandes cellules que l'on n'a pas notées dans la lymphe en circulation, mais que l'on rencontre toujours dans les ganglions; ces cellules, munies d'un noyau plus ou moins distinct, sont granuleuses et trois ou quatre fois plus volumineuses que les corpuscules de la lymphe. M. Robin les considère comme des cellules d'épithélium pavimenteux provenant des parois des vaisseaux lymphatiques. Je ne suis pas encore tout à fait convaincu de l'exactitude de cette opinion (2).

(1) Je dis corpuscules de la lymphe, parce que les auteurs ont pensé que les ganglions lymphatiques en étaient remplis. Cependant l'identité entre les globules qu'on trouve dans le suc que la pression extrait de ces organes et ceux qui circulent dans les vaisseaux blancs est loin d'être démontrée; c'est un point sur lequel je me prononcerai plus tard.

(2) Un anatomiste distingué, mais auquel les explorations microscopiques ne sont pas très familières, crut reconnaître dans un des ganglions hypertrophiés que je décris des éléments cancéreux. Je pense que ces grandes cellules devenues plus granuleuses que de coutume ont été la source de son erreur. Ces éléments, du reste, se distinguent nettement de la cellule cancéreuse par l'absence du noyau volumineux et des nucléoles si caractéristiques de ce dernier produit. Je n'ai pas, pour ma part, conçu l'apparence d'un doute.

Elles sont, du reste, rares par rapport aux corpuscules de la lymphe, et dans le même rapport avec ces derniers que les globules blancs du sang et les globules rouges.

On rencontre encore quelques noyaux ovoïdes fibro-plastiques que l'on trouve presque toujours aussi dans les ganglions sains.

La présence et le caractère des éléments précédents ont été constatés à l'aide de grossissements considérables (5 ou 600 diamètres); mais les particularités les plus intéressantes de la structure de ces tumeurs sont recueillies avec des pouvoirs amplifiants beaucoup moins forts.

Si l'on coupe une mince tranche, ou mieux encore si l'on obtient par déchirure un petit lambeau de tissu hypertrophié, on reconnaît déjà à l'œil nu une apparence granuleuse très marquée et qui rappelle l'aspect du tissu glandulaire déchiré; mais si l'on soumet la préparation à un grossissement de 50 diamètres, on reconnaît la présence de granulations arrondies, régulières, groupées à côté les unes des autres, de manière à représenter exactement les acini d'un lobule d'une glande en grappe. La différence consiste en ce que ces granulations paraissent tout à fait rondes et ne sont point réunies entre elles par les branches ramifiées d'un canal excréteur.

Le volume de ces acini est très considérable; il égale, pour la plupart d'entre eux, 1/5e ou même 1/4 de millimètre, car, au grossissement précité, elles ont au moins 1 centimètre de diamètre (microscope Nachet, object. 1, ocul. 1). C'est pour cette raison que, pour les découvrir, il faut surtout procéder par déchirure du tissu plutôt que par section.

Lorsque l'on parvient à isoler complétement une de ces granulations, on constate sans peine à un grossissement plus considérable (200 diamètres), qu'elle est composée: 1° d'une paroi vésiculiforme analogue à celle qui constitue les grains des glandes acineuses; 2° d'un contenu qui n'est autre que les corpuscules que je décrivais plus haut. L'ensemble de ces éléments réunis rappelle un follicule de la glande thyroïde ou un corpuscule de la rate (chez un animal récemment mort).

Les corpuscules de la lymphe paraissent distendre la vésicule glandulaire, et sont vus à travers les parois transparentes de celle-ci, comme les épithéliums nucléaires des culs-de-sac glandulaires sont vus à travers la membrane anhiste de ces derniers. La ressemblance et l'analogie laissent peu à désirer.

Cependant il peut arriver que la paroi de la vésicule soit hypertrophiée et offre une structure fibroïde; devenue par ce fait beaucoup moins translucide, elle dérobe à la vue son contenu celluleux, qui s'échappe lorsqu'on fait crever la vésicule par la pression.

Les granulations des ganglions hypertrophiés sont solidement réunies les unes aux autres, mais il est difficile de savoir de quelle manière a lieu cette adhérence; on ne leur trouve point de pédicules, on n'observe entre elles qu'une très minime proportion de tissu cellulaire, et enfin, malgré des observations minutieuses et répétées, je n'ai pu reconnaître quelles connexions elles affectaient avec les vaisseaux lymphatiques qui traversent les ganglions.

Nous aurions, si l'espace nous le permettait, beaucoup à lui emprunter.

Donc, avec les caractères que nous lui avons reconnus, quelle est la limite de l'intelligence des bêtes? La dissidence qui, à cet égard, sépare les philosophes est beaucoup moindre qu'on ne le croit communément, et la confusion des termes y entre pour une bonne part. Buffon avait dénié aux animaux la pensée et la réflexion, la mémoire, la comparaison, l'idée. M. Flourens l'en reprend, et accorde au contraire tout cela aux animaux, moins la réflexion. Croit-on cependant que le système de M. Flourens soit très différent de celui de Buffon? On se tromperait. Le malentendu vient de ce qu'on n'attache pas des deux côtés le même sens au mot *idée*. L'idée, pour Buffon, n'est rendue pleine et entière que par la réflexion; c'est en ce sens qu'il la refuse aux animaux; de même il leur refuse la mémoire *des idées*, une comparaison capable de former *des idées;* c'est-à-dire qu'il ne leur refuse toujours qu'une chose, l'*idée réfléchie*, et c'est aussi la seule chose que M. Flourens ne leur accorde pas (1). Buffon ne conteste ni la mémoire des impressions, qu'il appelle *réminiscence*, ni la perception spontanée et irréfléchie d'une différence entre deux impressions: il assigne seulement à l'idée distincte une condition particulière. L'interprétation de Buffon est, dans ses termes généraux, celle que nous avons adoptée, celle qui nous paraît le mieux concilier les oppositions qu'on remarque dans l'intelligence des animaux, et dont nous parlions à l'instant. Elle n'est pas, à tout prendre, fort différente de celle d'Aristote, notamment en ce qui concerne la mémoire. Quant à M. Fée, il concède aux animaux la *réflexion*, en leur déniant la *raison*. Une explication eût été nécessaire, car l'auteur définit la raison à peu près comme M. Flourens définit la réflexion: *la faculté de se connaître;* et l'ensemble du livre ne fait constater, à cet égard, aucune dissidence essentielle entre les deux auteurs.

(1) Buffon accorde encore aux animaux la conscience de leur existence actuelle; mais c'est une autre question.

Il y aurait beaucoup à apprendre encore dans les *Études philosophiques;* mais, séduit par le côté général du sujet, nous n'avons pas gardé de place pour les détails. Nous prions le lecteur de s'en dédommager en allant les chercher dans l'ouvrage lui-même.

A. Dechambre.

Nous trouvons dans la boîte du journal la boutade suivante. Nous espérons, en la publiant, n'offusquer ni le public, toujours trop spirituel pour

Je dirai plus : dans les cas d'hypertrophie simple que j'ai étudiés, je n'ai jamais trouvé de réseau lymphatique distinct au milieu de la trame morbide; j'ai même insisté plus haut sur l'aspect tout à fait homogène de cette dernière.

La question de savoir ce que deviennent les vaisseaux de ce genre dans l'hypertrophie ganglionnaire serait très intéressante, mais la solution est impossible sur des pièces enlevées dans une opération chirurgicale, puisque toute tentative d'injection est à peu près impraticable.

Le résultat négatif que fournit l'inspection microscopique porte à penser que les vaisseaux qui traversent le ganglion sont oblitérés dans l'hypertrophie, opinion qui, du reste, a déjà pour bases les observations précises de M. Gendrin adoptées par Breschet et la plupart des modernes. Les vaisseaux sanguins sont dans le même cas.

Ces faits, au reste, concordent bien avec ce que nous savons de l'hypertrophie des organes glandulaires en général, et l'on comprendrait même comment l'oblitération des vaisseaux efférents deviendrait une nouvelle cause du développement exagéré des éléments normaux du ganglion.

J'ai dit plus haut que ces observations pathologiques prêtaient un appui à la connaissance de la structure des ganglions lymphatiques à l'état sain. Je ne veux pas reprendre ici toute cette question, que je destine à servir de sujet à un travail spécial ; je veux seulement insister sur ce point que les granulations que l'on observe déjà dans les ganglions sains deviennent plus manifestes encore sur des ganglions dans lesquels les vaisseaux lymphatiques paraissent avoir disparu (1).

Depuis bien longtemps les anatomistes se sont partagés en deux camps relativement à la texture des glandes lymphatiques ; les uns, qui pensent pouvoir trancher la question par un seul procédé anatomique, l'injection mercurielle, considèrent ces organes comme constitués seulement par un réseau vasculaire, et leur refusent la nature glandulaire, tandis que d'autres voient dans ces ganglions une double nature, c'est-à-dire un réseau lymphatique et un parenchyme intermédiaire composé de granulations glandulaires. M. Sappey, qui possède une très grande habileté dans les préparations du système lymphatique, se rallie à la première opinion avec Lauth, Bonamy, et une foule d'anatomistes illustres du siècle dernier.

Nous avons, pour notre part, adopté depuis longtemps la seconde opinion, plus ancienne encore, mais dont la première démonstration sérieuse a été donnée en Allemagne. Aussi rangeons-nous les glandes lymphatiques à côté de la rate, du thymus, de la glande thyroïde, et nous les considérons comme jouant, par rapport au système vasculaire à sang blanc, un rôle analogue à celui que les organes précités jouent eu égard au système vasculaire à sang rouge.

J'engage les personnes qui désireraient répéter mes observations à choisir des ganglions devenus le siége d'une *hypertrophie simple chronique*. L'engorgement aigu et inflammatoire de ces organes donne un résultat quelque peu différent d'abord, puis d'une constatation plus difficile. Il est presque inutile d'ajouter qu'il faut de même rejeter les ganglions infiltrés d'un produit hétéromorphe, pus, cancer, tubercule, etc , etc.

Il me sera possible, au reste, de fournir quelque jour des descriptions histologiques de ces diverses altérations.

(1) J'adopte le mot *granulations*, parce que le mot de cellules, qui a été employé par d'autres auteurs, s'applique à des cavités le plus souvent artificielles, et que quand bien même il aurait été mis en usage pour désigner les corps que nous venons de décrire, il serait impropre, la signification moderne du mot *cellule* étant tout autre.

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

RÉDUCTION DE LA LUXATION DE LA HANCHE SUIVANT LE PROCÉDÉ DE M. FISCHER (FLEXION FORCÉE ET ABDUCTION).

Le procédé de M. Fischer a été publié en 1845 dans le n° 43 du *Medicinische Zeitung*, de Berlin. Voici en quoi il consiste : Le bassin étant solidement fixé, on fléchit la cuisse avec force, jusqu'à ce que la face antérieure de la cuisse et celle de l'abdomen fassent un angle aussi aigu que possible. Alors on porte le membre doucement en abduction : cela suffit pour faire rentrer la tête du fémur dans la cavité cotyloïde.

N'ayant pu nous procurer ce numéro du journal de Berlin, nous n'avons pas d'autres détails sur le procédé de M. Fischer. Il nous paraît probable, toutefois, que ce procédé s'applique seulement aux luxations postéro-externes, et que, pour le rendre applicable aux luxations antéro-internes, il suffirait de remplacer, après la flexion forcée, le mouvement d'abduction par un mouvement d'adduction.

Nous conservons volontiers à cette manœuvre le nom de *procédé Fischer ;* mais nous lui refusons absolument le nom de *méthode Fischer*, qui lui est donné par le rédacteur du journal de Berlin (*Medicinische Zeitung*, 1853, n° 48, p. 227). La méthode, en effet, existait depuis longtemps, depuis très longtemps dans la science. A côté de la méthode de l'extension, qui triomphe des muscles par le déploiement d'une force supérieure, il y a eu de tout temps une méthode plus douce qui, au lieu de lutter contre les muscles par la violence, a eu pour but de les désarmer par le rapprochement de leurs points d'insertion. Sur beaucoup de malades, dit Hippocrate, il suffit de fléchir la cuisse et de lui imprimer un mouvement de circumduction pour obtenir la réduction. *Multis item si ad articulum crus inflexerint, id, facta circumvagatione, in sedem est relapsum* (1). Il s'agit seulement des luxations en dedans. Paul

(1) *Galeni opera*. Édit. Froben. Bâle, 1549, in-fol., t. VI, col. 1087. *Comm. in*

ne pas agréer une plaisanterie innocente, ni le *poëte* qu'elle met en cause, et qui ne perdra pas pour cela l'analyse à laquelle son livre a droit. A. D.

Monsieur le Rédacteur,

J.-B. Baillière a mis la semaine dernière en vente un bel in-octavo, sous le titre suivant : *Dieu, l'âme, la nature*. Prix net : 5 francs (prix de facture) ; 6 francs par la poste, franco.

Je me hâte d'en rendre compte, monsieur. Cette analyse prompte montre, mieux qu'un discours fleuri, l'importance considérable de l'œuvre féconde et durable du savant docteur Piorry.

Depuis bien longtemps la science et la prose ont fait alliance : la prose et la science ont tort. L'auteur, plein d'un feu poétique, brise leur alliance antique, à l'exemple de Fracastor.

Je sais qu'un vulgaire stupide préfère la prose insipide, sous prétexte que la raison ne souffre pas qu'on la comprime, et que la cadence et la rime tiennent la pensée en prison.

Mais le livre que j'analyse prouve que rien ne paralyse l'essor d'un génie indompté. Fils d'Orphée et fils d'Hippocrate, l'auteur chante à la fois la rate, l'amour, la gloire et la beauté.

Θεός, ψυχή, φύσις ! Dieu, l'âme, la nature ! Force, matière, esprit, Créateur, créature !... Ah ! ne sentez-vous pas, monsieur le rédacteur ! qu'un sujet si splendide et si plein de grandeur ne pouvait se traiter en prose....

Mais, que dis-je ?
Que vois-je ? qu'ai-je fait ? qu'ai-je écrit ? O prodige !
Funeste résultat d'un exemple pervers !
Sans le savoir, hélas ! je viens d'écrire en vers !
Hier j'étais innocent comme Ève avant la pomme ;
J'aurais rendu des points au Bourgeois gentilhomme :
Pour mesurer des vers j'aurais pris un compas,
Et j'en fais aujourd'hui, quand je ne voudrais pas !
Mes phrases malgré moi se scandent ; — l'hémistiche
Me poursuit sans relâche ; — une muse postiche
Se dresse devant moi, m'enlève la raison,
Et me jette la rime en place ! — O trahison !
J'ai beau frapper mon front, j'ai beau tailler ma plume,
J'ai beau forger mes mots comme sur une enclume,
Ainsi que Mazeppa, sur Pégase enchaîné,
A rimer sans raison je me sens entraîné !

d'Égine est plus explicite encore : *Quod si in interiorem partem luxatio declinaverit, etiam crure solum subito et valenter ad inguina quam intime flexo, id quod requiritur* (c'est-à-dire la réduction) *efficitur* (1). La flexion *exagérée* est clairement indiquée ici.

Cette manœuvre, du reste, paraît avoir été oubliée ensuite pendant longtemps. Vers le milieu du XVIII^e siècle, Maison-Neuve, chirurgien-major du régiment de Maugiron, réduisit plusieurs luxations sous-pubiennes sans le secours d'aucune extension. Pouteau nous a transmis son procédé : « Il fait d'abord, dit-il, fléchir la cuisse à » angle droit avec le corps ; il donne ensuite à la cuisse un mou- » vement de rotation qui la fait approcher d'abord vers le ventre » autant qu'il est possible, pour la reporter ensuite en dehors vers » la hanche, et la redresser aussitôt en la ramenant vers la cuisse » saine (2). » Pouteau appliqua le même principe au traitement des luxations postérieures. Dans les deux cas, suivant lui, il faut commencer par donner à la cuisse une direction telle qu'elle fasse un angle droit avec l'axe du corps ; et il ajoute : « Toute la diffé- » rence entre ces deux luxations, lorsqu'il sera temps de repousser » l'os dans sa cavité, consistera à tourner la cuisse de dehors en » dedans pour celle du trou ovalaire, tandis qu'on la tournera de » dedans en dehors lorsqu'elle sera luxée en haut et en dehors (3).

Ainsi, les deux principes de la flexion et de la rotation, appliqués au traitement des luxations coxo-fémorales *tant antérieures que postérieures*, ont été nettement énoncés par Pouteau. On dit assez généralement que Pouteau s'était inspiré des remarques générales de Percival Pott sur le relâchement des muscles dans le traitement des luxations et des fractures. Cela vient de ce qu'on consulte les œuvres posthumes de Pouteau, au lieu de consulter les *Mélanges de chirurgie* qu'il publia de son vivant, quinze ans avant la première publication de Pott. Quoi qu'il en soit, Anderson, Kirkland, Palletta, Bonn, Bernstein, arrivèrent de leur côté à des préceptes analogues à ceux de Pouteau (4).

Malgré tant d'autorités, la réduction des luxations de la hanche par le relâchement des muscles était généralement abandonnée, lorsque, en 1832, M. Louis Collin soutint à Montpellier, dans sa thèse inaugurale, que la flexion de la cuisse pouvait réussir à réduire des luxations sur lesquelles l'extension aurait complétement échoué. Il en publia une observation assez concluante. Il s'agissait d'une luxation en haut et en dehors. L'auteur ne se restreignit même pas au cas particulier de luxation de la hanche ; il ajouta que le relâchement des muscles par la flexion pouvait être utilisé dans la plupart des luxations, et que ce principe était de nature à faire dans la chirurgie une véritable révolution (1). Dans les quatre années suivantes, M. Collin recueillit quatre nouveaux faits semblables au premier, et les fit parvenir à l'Académie de médecine (2). Cela faisait en tout cinq observations, dont quatre relatives à la luxation en haut et en dehors, et une seule à la luxation sous-pubienne.

Ce ne fut guère qu'en 1835 qu'on s'occupa à Paris de la méthode de la flexion. Le 6 mai 1835, M. Vétu consacra à cette étude son excellente thèse inaugurale. Il ne s'occupa, il est vrai, que de la luxation sous-pubienne ; mais, en réalité, la plupart de ses remarques étaient applicables aux autres variétés de luxation (3). Du reste, il est bon d'ajouter que M. Vétu, après avoir relâché les muscles par la flexion, s'efforçait de réduire la luxation en repoussant directement la tête du fémur, au lieu d'avoir recours à la rotation du membre. Quelques semaines auparavant, M. Després avait entretenu la Société anatomique de la réduction des luxations coxo-fémorales. Le Bulletin de cette Société pour le premier trimestre de cette année contient la note suivante : « M. Després communique à la » Société un nouveau procédé de réduction des *luxations du fémur en* » *haut et en arrière.* Suivant lui, toute traction est inutile : il suffit, » pour remettre les parties en place, de faire exécuter à la cuisse » un mouvement de flexion, puis de rotation en dehors ; la tête du » fémur se porte d'elle-même dans la cavité cotyloïde (4). » Le laconisme de cette note est d'autant plus regrettable, que le modeste chirurgien de Bicêtre a depuis lors gardé sur son procédé *nouveau* une réserve silencieuse. Nous ne savons donc pas jusqu'à quel degré il faisait fléchir la cuisse avant de faire la rotation. Nous ne savons même pas combien de fois il a eu l'occasion d'appliquer ce procédé, ni quels résultats il a obtenus. Quoi qu'il en soit, la méthode de la flexion fut employée à plusieurs reprises et avec succès par d'autres chirurgiens. M. Robert réussit dans un cas de luxation en bas (5) ; M. Laugier, dans un cas de luxation en haut et en dehors (6). Enfin, depuis lors, tous les traités classiques ont fait mention de cette méthode importante, bien antérieure, comme on a pu le voir, à l'heureuse application qui en a été faite par M. Fischer.

La particularité la plus importante du procédé suivi par M. Fischer est la suivante : Il ne suffit pas de porter seulement le membre dans la flexion, il faut exagérer cette flexion autant que possible, et rapprocher le genou du ventre, si faire se peut. C'est alors seulement qu'on commence le mouvement d'abduction. Il n'est pas douteux que Paul d'Égine avait clairement recommandé la flexion *forcée ;* mais il n'avait pas insisté suffisamment sur ce point, et

Hippocratis lib. de articulis. Lib. IV, § 47. (Voir le texte d'Hippocrate et le commentaire de Galien.)

(1) *Paulus Æginela.* Édit. Gonthier d'Andernach, Paris, 1532, in-fol., lib. VI, cap. CXVIII, p. 79.

(2) Pouteau, *Mélanges de chirurgie*, Lyon, 1760, in-8, p. 269.

(3) *Loc. cit.*, p. 271.

(4) Leveillé, *Nouvelle doctrine chirurgicale.* Paris, 1812, t. II, p. 127. — *Schmidt's Encyclopædie der gesammten Medicin.* Leipzig, 1842. Bd VI, s. 399.

(1) Thèses de Montpellier, 7 mai 1832, n° 40, p. 7, surtout p. 11 et 16.

(2) Académie de médecine, 21 juin 1836. (*Gaz. méd.*, 1836, p. 414.)

(3) P.-A. Vétu, *Sur la luxation du fémur*, réduction par un procédé particulier. Thèse inaug. Paris, 6 mai 1835, surtout p. 17.

(4) *Bull. de la Société anatomique*, 1835, p. 4.

(5) *Dict. en 30 volumes*, t. XV, p. 62.

(6) *Gazette médicale*, 1836.

J'écris, je parle en vers ; c'est en vers que je rêve ;
Je pense en vers, monsieur ! Si je demande trêve,
Mon implacable muse, à mes côtés debout,
Me répond : Marche ! marche ! —Et la rime est au bout.
Je suis rongé des vers ! Contagieuse peste !
Maudit soit ce poëme et son auteur funeste !
Principiis obsta, monsieur le rédacteur,
Ne lisez pas ce livre, et fuyez cet auteur.
Quiconque lira l'un ou prêtera l'oreille
A l'autre, sera pris d'une rage pareille.
Prévenez vos lecteurs, montrez-leur le danger :
Il en est temps encor ! — Moi, je vais me purger.
Je compte sur l'effet d'un sel de magnésie
Pour détourner de moi ce flux de poésie.
Prose ou vers, quel qu'en soit le résultat final,
J'en ferai profiter votre honnête journal.
En attendant, veuillez agréer l'assurance
Des sentiments de déférence
Avec lesquels je suis, monsieur, etc.,
Votre tout dévoué confrère, Bap. Lacour.

—Dans la séance annuelle de l'Académie des sciences, qui a eu lieu lundi dernier (voir plus haut), les prix suivants ont été décernés : Le *prix de physiologie expérimentale* est décerné à M. Cl. Bernard, qui a démontré que la portion cervicale du grand sympathique exerce une influence manifeste sur la température des parties auxquelles ses filets se distribuent en accompagnant les vaisseaux artériels. — *Prix de médecine et de chirurgie.* Il est accordé à M. Kœlliker, professeur à l'Université de Wurtzbourg, une récompense de 2,000 fr. ; à MM. Robin et Verdeil, une récompense de 2,000 fr. ; à MM. Becquerel et Vernois, un encouragement de 1,200 fr. ; à M. Reynoso, un encouragement de 500 fr. ; à MM. Mouriès et Lecanu, un encouragement de 500 fr. chacun, pour leurs travaux sur l'anatomie et la physiologie. Pour la pathologie interne, il est accordé à M. Magnus Huss, de Stockholm, une récompense de 2,000 fr. ; à M. Morel, une récompense de la même somme, ainsi qu'à M. Sestier et à M. Abeille ; une de 1,000 fr. à M. Bouchut et à M. Villemin. — Pour les maladies syphilitiques, une récompense de 2,000 fr. à M. Vidal de Cassis ; un encouragement de pareille somme à M. Gubler et à M. Bassereau. — Pour la pathologie externe, une récompense de 1,500 fr. à M. Giraldès, et une de 1,000 fr. à M. Gosselin. — Pour l'hygiène, une récompense de 1,000 fr. à M. Fontan, une de 2,000 fr. à M. Guibourt, et une de 1,000 fr. à feu Reveillé-Parise.

d'ailleurs on n'a pas oublié qu'il n'avait parlé que des luxations sous-pubiennes.

Après ces remarques sur l'emploi d'une méthode tant de fois découverte, nous nous empressons de reproduire les trois observations suivantes, que nous extrayons des journaux allemands.

OBS. I. *Par M. Fischer, chirurgien en chef de l'hôpital civil* (Bürger Hospital) *de Cologne.* — Un couvreur, âgé de vingt-quatre ans, tomba du haut d'une maison élevée de quarante pieds. Dans sa chute, le côté droit de son corps rencontra successivement deux échafaudages. On le transporta à l'hôpital, où je lui trouvai : 1° une profonde plaie contuse à l'angle (externe ?) de l'œil droit; 2° une fracture de l'olécrane ; 3° une fracture de jambe ; 4° une luxation du fémur sur l'os iliaque (1). Toutes ces lésions occupaient le côté droit.

Nous obéîmes d'abord à l'indication la plus pressante qui consistait à réduire la cuisse luxée. Le malade étant couché, un aide fixa le bassin avec les deux mains. Un autre fut chargé de préserver de tout ébranlement, pendant les tentatives de réduction, la jambe qui fut fléchie à angle droit sur la cuisse. Moi-même, embrassant le genou avec les deux mains, je fléchis la cuisse sur le bassin sous un angle aussi aigu que possible. Lorsque je fus arrivé aux limites extrêmes de ce mouvement, je portai la cuisse en abduction par une rotation graduelle. Pendant que j'exécutais doucement ce mouvement, la tête du fémur rentra avec un bruit sourd dans la cavité cotyloïde.

Le malade guérit très bien. Huit jours après l'accident un appareil amidonné fut appliqué sur la jambe fracturée qui se consolida très exactement. Quant à la fracture de l'olécrâne, elle se réunit par une substance ligamenteuse très solide, longue de deux lignes environ. (*Medicinische Zeitung*, Berlin, 5 octobre 1853, n° 40.)

OBS. II. *Par le docteur Vormann*, de Lüdenscheid. — Wilhelm Alberts, journalier, cinquante ans, d'une constitution robuste, eut le malheur, au printemps dernier, d'être renversé dans une carrière par un éboulement de terre. Il reçut quelques blessures sans importance à la tête et au dos, et en même temps il eut la cuisse gauche luxée *en haut et en arrière*. Un médecin, qu'on appela promptement, ne put réussir à faire la réduction, malgré le déploiement d'une force considérable. Le deuxième jour, le docteur Vormann vit le malade avec lui. La douleur était très vive ; il était survenu beaucoup de gonflement et une inflammation violente. Il fallait, par conséquent user de ménagement. C'est pourquoi M. Vormann eut recours au procédé suivant. Le malade fut placé sur une longue table, dans le décubitus dorsal. Le bassin fut fixé sur la table avec une alèze. Le membre du côté sain étant tenu par un aide, M. Normann saisit la cuisse luxée et la fléchit avec tant de force qu'il la mit en contact exact avec la paroi abdominale. « A peine, dit-il, avais-je mis la cuisse en abduction par un mouvement modéré de rotation, que la tête rentra dans la cavité cotyloïde avec un claquement distinct. » Le membre recouvra aussitôt sa longueur et sa forme normales, et quatorze jours après le malade put reprendre son travail.

OBS. III. *Par le même.* — Friedrich Cramer, ouvrier vigoureux, trente-six ans. A la fin de septembre dernier, en rentrant chez lui par une nuit noire, il tomba dans un trou profond et se luxa la cuisse droite *en haut et en arrière.* Éloigné de toute habitation de plus d'un quart de mille, il ne put faire entendre ses cris, essaya vainement de marcher et resta là jusqu'au matin. Au point du jour on le rapporta chez lui. Un médecin fut appelé, reconnut la luxation, et, aidé de plusieurs hommes vigoureux, il tenta vainement la réduction en suivant les préceptes d'Astley Cooper. Ce ne fut que le quatrième jour qu'on appela le docteur Vormann. Celui-ci employa le même moyen que dans le cas précédent, et avec le même succès. Lorsque la flexion de la cuisse fut aussi exagérée que possible, la tête du fémur devint mobile, et, à la faveur d'une abduction graduelle, elle rentra avec bruit dans la cavité. Peu de jours après, le malade était complétement guéri.

Ce qu'il y a de remarquable dans les deux observations précédentes, c'est que le relâchement des muscles antérieurs a suffi pour permettre d'effectuer la réduction sans déployer beaucoup de force. (*Medicinische Zeitung*, Berlin, 30 novembre 1853, n° 48.)

PAUL BROCA.

(1) La traduction est textuelle. L'auteur ne daigne pas dire de quelle espèce de luxation il s'agissait.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 23 JANVIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROUX.

PHYSIOLOGIE. — *Expériences prouvant qu'un simple afflux de sang à la tête peut être suivi d'effets semblables à ceux de la section du nerf grand sympathique au cou.* — Dans un précédent mémoire, M. le docteur *Brown-Séquard* a rapporté tous les phénomènes découverts par lui ou par d'autres physiologistes, à la suite de la section ou de la galvanisation du nerf grand sympathique au cou, et il a annoncé que les résultats alors obtenus ne dépendaient pas de propriétés spéciales à ce nerf. Aujourd'hui, dans un nouveau mémoire, il cherche à démontrer qu'un simple afflux de sang à la tête, produit par une cause tout autre que la section de ce nerf, est suivi des mêmes effets.

Après la section du nerf grand sympathique, au-dessus du ganglion cervical supérieur, la portion périphérique de ce nerf (ainsi qu'il arrive pour tout autre nerf) perd ses propriétés vitales. Les effets durables qu'on observe après cette opération sont donc les conséquences de la paralysie ou cessation d'action de ce nerf. Cette paralysie existant, il est tout simple que les vaisseaux sanguins, que le nerf animait, soient paralysés, et conséquemment qu'ils se dilatent. Leur dilatation ouvrant une plus large voie au sang, celui-ci y circule en plus grande abondance, et, par suite, on observe dans les parties, alors abreuvées de suc nourricier, une augmentation notable de vitalité. C'est par la même raison que, dans les expériences que rapporte aujourd'hui M. Brown-Séquard, un afflux de sang par une cause purement physique détermine les mêmes effets. La suspension d'un animal par les deux membres postérieurs, l'asphyxie d'un animal après une suspension d'un quart d'heure, donnent lieu à une série de phénomènes presque identiques à ceux qui suivent la section du grand sympathique au cou. Les mouvements respiratoires, convulsifs et réflexes ont plus de durée qu'à l'ordinaire. Il en est de même de la durée des propriétés vitales de l'iris, des muscles et des nerfs moteurs de la tête ; c'est surtout la durée de l'irritabilité musculaire qui est très notablement augmentée. La rigidité cadavérique se montre plus tard qu'à l'ordinaire et dure plus longtemps. De plus, la putréfaction survient aussi plus tard et paraît plus lente. Pendant l'expérience, on remarque une augmentation notable de la température des narines, de la bouche et surtout de celle des oreilles ; la sensibilité de la face et des oreilles est aussi manifestement augmentée. Tous ces résultats d'un simple afflux de sang par une cause purement physique ressemblent tellement à ceux qui suivent la section du nerf grand sympathique au cou, que M. Brown-Séquard n'hésite pas à conclure que les effets de cette section sur l'iris et sur la température de la tête ne dépendent pas des causes qu'on leur a assignées. Ces effets, de même que les autres, paraissent dépendre directement de la quantité de sang qui circule dans la tête. (*Commissaires précédemment nommés :* MM. Magendie, Serres, Flourens.)

CHIMIE AGRICOLE. — *De la classification des blés.* — M. *E. Millon* présente un mémoire sur la classification des blés pour faire suite à ses précédentes recherches. Au lieu d'invoquer les caractères botaniques pour la classification des blés, M. Millon préfère invoquer la proportion relative de gluten et d'azote, et il arrive ainsi à donner des bases solides et tout à fait scientifiques à deux distinctions déjà consacrées par le langage usuel du commerce, *les blés tendres* et *les blés durs*. Ces derniers surtout sont riches en azote, dont la proportion n'offre que de faibles variations, et qui existe dans ces blés tout entier sous forme de gluten. La proposition inverse est vraie pour ce qui regarde les blés tendres. M. Millon admet une troisième classe de blés, les *blés demi-durs*, qu'on distingue habituellement dans le commerce sous le nom de *blés mitadins* ou *glacés*. Ces blés ont la plus grande analogie avec les blés durs, tandis qu'ils n'en ont pas avec les blés tendres.

En admettant comme point de départ les trois distinctions capitales indiquées plus haut pour l'essence des blés, on complète facilement la définition de ceux-ci par les caractères extérieurs tirés du volume, de la couleur, des téguments et du sillon. (*Comm.*: MM. Chevreul, Pelouze, Péligot.)

CHOLÉRA. — *Legs Bréant.* — L'Académie reçoit encore plusieurs communications relatives au legs Bréant, adressées par MM. *Miegeville*, *Dubos*, *Ducros* et *Wittmach* (Dresde).

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 31 JANVIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet six pièces officielles : *a.* Rapport de M. le docteur *Lambert* sur les eaux minérales de Guillon (Doubs) pour l'année 1853. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Rapport de M. le docteur *Jobert*, de Guyonvelle, sur une épidémie de fièvre catarrhale muqueuse qui a régné dans la commune de Chezeaux pendant les mois de mars et d'avril 1853. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Trois rapports de M. *Saintyne*, médecin des épidémies de l'arrondissement de Melun, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Chaumes, de Crisenoy et de le Châtelet, depuis le mois de mai jusqu'au mois d'octobre dernier. (*Commission des épidémies.*) — *d.* Recette d'une *liqueur hygiénique* qui présenterait, d'après le docteur *Gobet*, la propriété de faire disparaître en peu de temps les effets de l'ivresse. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *e.* Deux recettes contre le choléra proposées par M. *Danguillecourt*, curé de Saint-Crespin-aux-Bois. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *f.* Recette d'une préparation que le sieur *Roux*, fabricant d'eaux minérales à Lyon, annonce être infaillible pour la guérison du choléra. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Lettre de M. *Affre*, médecin-inspecteur des eaux de Biarritz, qui remercie l'Académie de la distinction qui lui a été accordée sur la proposition de la commission des eaux minérales.

3. Lettre du docteur *Bonnal*, médecin aide-major à l'hôpital militaire de Toulon, qui demande un rapport sur un instrument de son invention propre à diviser méthodiquement le crâne dans les autopsies cadavériques, et présenté à l'Académie en juin 1842. De plus, M. Bonnal propose aujourd'hui un *nouveau procédé de ligature artérielle du tronc thoraco-brachial.* (*Comm.*: MM. Malgaigne, Jobert.)

4. Lettre de M. *Barth*, médecin des hôpitaux de Paris, qui annonce se présenter comme candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

5. Note de M. *Maisonneuve* sur un nouvel *amygdalotôme* fonctionnant à l'aide d'une seule main.

5. Réponse de M. *Mouriès* à la réclamation de M. Piorry relative à son mémoire sur l'influence du phosphate de chaux dans l'alimentation.

7. Note de M. *Duroy*, pharmacien à Paris, relative à un nouveau procédé pour l'inhalation de l'iode. (*Commission nommée* : MM. Gibert et Chatin.)

Rapports et Mémoires.

ALIÉNATION MENTALE. — M. *Baillarger* lit un *Mémoire sur une variété de folie dont les accès sont caractérisés par deux périodes régulières, l'une de dépression et l'autre d'excitation.* (Voir aux *travaux originaux.*)

ÉLECTION D'UN MEMBRE ADJOINT DANS LA SECTION D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le président fait connaître le résultat d'un scrutin qui vient d'avoir lieu pour l'élection d'un membre adjoint dans la section d'anatomie pathologique. 69 membres avaient signé la feuille de présence ; il y a eu 52 votants ; majorité absolue 27. M. *Grisolle* a obtenu 41 suffrages, M. *Michel-Lévy* 4, les autres voix se sont réparties entre MM. *Emery*, *Rostan*, *Jobert*, *Larrey*, *Londe*. M. *Grisolle* est proclamé élu.

Mort survenue à la suite du cathétérisme utérin. — M. *Paul Broca* lit une note sur un cas de mort survenue à la suite du cathétérisme utérin.

Séduit, comme tant d'autres, par les dehors brillants de la nouvelle méthode, j'ai cru, dit M. Broca, devoir y recourir trois fois. Plusieurs de mes malades présentaient des déviations utérines, et la plupart n'en souffraient pas, mais, chez trois d'entre elles, il y avait un cortége de symptômes assez sérieux pour légitimer l'intervention de l'art.

Je résolus de faire profiter ces trois malades des bienfaits de la méthode Simpson, dont les succès nombreux n'étaient encore, à ma connaissance, contrebalancés par aucun revers.

Sur mes deux premières malades, il ne survint aucun accident. L'une d'elles était atteinte d'antéversion et l'autre de rétroflexion. Au bout d'une semaine, leur état n'avait encore subi aucune amélioration importante. Je ne puis dire ce qui serait advenu plus tard, car le traitement fut interrompu ; les accidents développés sur ma troisième malade ayant brusquement diminué la confiance que m'inspirait la nouvelle méthode.

(Nous publierons l'histoire complète de cette troisième malade, qui a succombé.)

Tel est le fait que je viens soumettre au jugement de l'Académie. J'ai dit que d'autres faits analogues avaient été recueillis. Je suis autorisé à annoncer ici que MM. Aran et Nélaton ont perdu chacun une malade à la suite de l'application du redresseur, et que M. Cruveilhier a observé un troisième fait qui s'est également terminé par la mort. Dans ces trois cas, les malades ont succombé à une péritonite aiguë. Ces accidents sont-ils les seuls qui aient été observés ? Il est permis de croire que non, et j'espère qu'à l'avenir les chirurgiens, prévenus de la possibilité de pareils accidents, ne se décideront qu'avec la plus grande réserve à employer un moyen qui donne de semblables déceptions. (*Comm.* : MM. Robert, Huguier et Depaul.)

Discussion.

M. *Velpeau* présente quelques observations parce que M. *Broca*, en disant que M. Velpeau avait eu la pensée, il y a une quinzaine d'années de redresser l'utérus par un moyen analogue à celui qui fait le sujet de son travail, a commis une petite erreur. M. Velpeau n'a pas eu seulement l'idée de ce moyen, il l'a appliqué à plusieurs reprises. Courant après les moyens de redresser les matrices déviées, M. Velpeau a pensé à introduire dans l'utérus une tige fixée sur un pessaire. Il a fait sur cinq femmes l'application de ce moyen ; il a dû l'abandonner parce qu'il n'en a pas été satisfait ; trois fois il n'est pas survenu d'accidents, mais dans deux cas il y a eu des accidents de métrite, de péritonite mal caractérisés, mais assez aigus pour inspirer des craintes au chirurgien. M. Velpeau se sentit refroidi, et il recula, surtout pour un autre motif ; on s'exposait à des accidents sérieux sans pouvoir compter sur un succès complet. Il y a, en effet, une difficulté presque insurmontable dans ce genre d'opérations. L'utérus est suspendu à une cloison mobile, non fixée à sa partie supérieure ; avec une tige on peut le redresser quand il se trouve dévié, mais à la moindre occasion il semble que le déplacement doive se reproduire de nouveau. Toutes ces difficultés avaient empêché M. Velpeau de continuer sés tentatives dans cette voie ; lorsqu'il vit qu'on s'y remettait, qu'un homme aussi connu et aussi distingué que M. Simpson, un observateur aussi habile, aussi digne de foi et aussi estimable que M. Valleix employaient avec quelques succès des moyens analogues à celui qu'il avait rejeté, M. Velpeau se tint en observation. Il essaya même le moyen qu'il avait abandonné à trois reprises différentes, sans en être plus satisfait qu'autrefois. D'un autre côté, plusieurs dames soumises à l'emploi du redresseur sont venues de temps à autre consulter M. Velpeau, quelques unes se sont bien trouvées de cet instrument, mais chez quelques autres il y a eu des accidents sérieux. Le bien ne paraît pas, d'ailleurs, devoir être permanent, il doit disparaître lorsqu'on enlève la tige. M. Velpeau se félicite de voir l'Académie en demeure de se prononcer sur cette question par le travail soumis à son appréciation par M. Broca.

M. *Moreau* est heureux que M. Broca ait soulevé cette discussion. Il y a vingt ans, il avait essayé, avec M. Amussat, d'un moyen analogue à celui dont il est question ; des accidents survinrent ; il fallut y renoncer. Depuis, M. Moreau a eu souvent occasion de voir des personnes chez lesquelles l'application du *redresseur* avait déterminé des accidents ou bien était resté sans effet.

CHIMIE APPLIQUÉE. — M. *Chatin* donne lecture de la deuxième partie de son *Mémoire sur la distribution de l'iode dans l'air, les eaux, etc., du Jura, du Valais, de la Lombardie et de l'Allemagne.* La lecture de ce travail sera complétée dans la prochaine séance ; nous ferons connaître alors les résultats des recherches auxquelles s'est livré M. Chatin.

Quelques explications sont échangées au sujet de ce travail entre MM. Caventou, Desportes et Chatin.

La séance est levée à cinq heures.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Chancre urétral pris pour une gonorrhée ; inoculation accidentelle, par M. Gamgee.

Les deux questions comprises dans le titre ci-dessus ont une importance fondamentale en syphilographie. On ne s'étonnera donc pas de l'intérêt que nous attachons au fait suivant, qui apporte quelques données de plus à leur solution si souvent débattue.

M. Gamgee fut appelé, en février dernier, auprès d'un homme que son médecin traitait depuis quinze jours pour une gonorrhée. Comme, depuis son origine, l'écoulement avait été très peu abondant ; qu'il y avait dans l'aine gauche une glande engorgée offrant

trois fois son volume normal ; que le prépuce et le gland étaient très enflammés ; que, enfin, les médicaments antiblennorrhagiques ordinaires n'avaient produit aucun effet, il soupçonna l'existence d'un chancre dans l'urètre. Et par le fait, en entr'ouvrant le méat, il constata à son orifice une ulcération à bords à pic, à surface grise. L'inoculation de ce pus à la cuisse du malade y développa, au bout de quatre jours, un chancre bien caractérisé.

Bien évidemment, si M. Gamgee n'avait eu occasion de visiter ce malade qu'après la guérison de son chancre, et qu'il eût ensuite été atteint de symptômes constitutionnels, son histoire aurait infailliblement été grossir la collection des cas où une gonorrhée passe, sans plus de fondement, pour avoir produit l'infection syphilitique générale. Mais l'enseignement qui résulte de ce cas ne se borne pas là.

Peu de jours après, M. Gamgee aperçut à son propre pouce, à côté de l'ongle, une petite gerçure. Après l'avoir traitée plusieurs jours sans qu'elle diminuât d'étendue, il pensa que ce pouvait bien être un chancre contracté pendant les manœuvres nécessitées par l'exploration du méat de son malade. Le pouce et l'avant-bras étant tuméfiés, il résolut de détruire l'ulcère avec l'acide nitrique, et d'en inoculer le pus au bras, afin d'abord de le guérir, et de connaître en outre sa nature. L'inoculation, faite par deux piqûres, ne produisit qu'un résultat négatif. Quoique la cautérisation n'eût pas apporté de modification suffisante, M. Gamgee, confiant dans l'insuccès (purement accidentel) des inoculations, crut qu'il ne s'agissait point là d'un chancre, jusqu'à ce que, enfin, il vît la base de l'ulcère s'indurer ; puis la roséole envahit ses mains ainsi que son abdomen. Il changea alors d'opinion, cautérisa plus énergiquement le chancre, et suivit un traitement mercuriel qui le délivra des symptômes constitutionnels. Plus tard apparurent quelques ulcérations à l'arrière-bouche, dont un nouveau traitement ioduré mercuriel fit justice. (*Association Medical Journal*, 16 décembre 1853, p. 1109.)

Anévrysme traumatique de l'artère musculaire superficielle, guéri par l'emploi du froid et des styptiques, par M. Masciangio.

Voici les principales circonstances de ce fait, qui révèle aux chirurgiens toutes les ressources que possède, même dans les conditions en apparence les plus graves, une médication simple, mais continuée avec persévérance. Le succès qui a ici couronné son emploi aurait-il eu lieu, si, loin d'être abandonné en quelque sorte au hasard, il eût été confié à l'intelligence raisonnée mais impatiente d'un médecin qui, pour l'acquit de sa conscience, aurait voulu chaque jour, au risque de compromettre le résultat définitif, constater l'effet jusque-là réalisé ?

Un homme de vingt-sept ans reçut une blessure par instrument piquant et tranchant, au quart supérieur de la partie externe de la cuisse gauche. Une hémorrhagie très copieuse se produisit, puis il se forma une tuméfaction étendue et pulsatile. Appelé au bout de trois jours, l'auteur appliqua le tourniquet de J.-L. Petit sur le trajet présumé de l'artère atteinte, entre la blessure et le cœur. Mais, le lendemain, le membre était augmenté du double de son volume ; la tumeur, siége de vives douleurs, offrait des battements d'une force très considérable. En cet état, on remit à plus tard le soin de décider si l'on ferait une ligature, et l'on se borna à appliquer sur la tumeur des styptiques recouverts d'une vessie pleine de neige. Ces applications, continuées sept jours, n'avaient en rien diminué le volume de la tumeur, non plus que la force des battements. Il fut alors résolu, en consultation, de procéder à la ligature de l'iliaque externe. Mais le blessé ou sa famille s'y opposèrent, et les médecins durent céder devant cette résistance. Rappelés plus tard, quelle ne fut pas leur surprise, de reconnaître que, par le moyen de la neige dont l'application avait été continuée, les pulsations étaient devenues presque nulles ! On persista dans l'usage de la même médication, et bientôt toute trace de tumeur avait disparu. (*Il Filiatre Sebezio*, 10 déc. 1853, p. 322.)

Sur l'opération de l'anus artificiel lombaire, par M. Burggraeve.

Le procédé opératoire suivi dans ce cas est la circonstance qui le recommande surtout à l'attention générale des médecins. Il participe à la fois de celui de Callisen et de celui de M. Amussat. Le premier faisait une incision longitudinale le long du bord externe du muscle carré lombaire. M. Amussat incise les téguments transversalement et les tissus profonds crucialement. M. Burggraeve a combiné les deux incisions ; de cette manière, dit-il, il a mieux pu mettre l'intestin à découvert, et n'a pas eu à lutter contre la tendance ultérieure de l'ouverture à se rétrécir.

Le malade de M. Burggraeve portait une de ces obstructions qui, semblant se résoudre une fois que l'entérotomie les a affranchies de toute cause de stimulation, peuvent être comprises sous la dénomination de *lymphatiques*. Depuis plus d'un mois que l'opération a eu lieu, les selles sont régulières ; seulement il faut que le malade se hâte un peu. La santé s'améliore, et les forces reviennent graduellement.

M. Burggraeve avertit avec raison de ne pas trop différer l'opération, de ne pas attendre, pour la pratiquer, que la fièvre hectique concomitante ait produit un affaiblissement trop prononcé. (*Académie roy. de médecine de Belgique.*)

Squelette ayant six vertèbres cervicales, douze dorsales et six lombaires, par Holmes Coote, démonstrateur d'anatomie à l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres.

Le sujet qui présenta cette disposition du rachis était un Chinois qui mourut de dyssenterie à l'hôpital général de Sydney. Le squelette a été préparé par M. Milford, actuellement étudiant à l'hôpital Saint-Barthélemy; il peut garantir l'intégrité de la préparation anatomique: d'ailleurs tout doute à ce sujet disparaît, quand on examine la pièce et qu'on se rappelle combien il est difficile, même dans les conditions les plus favorables, de remplacer un os perdu. Des six vertèbres cervicales, la seconde, la troisième et la quatrième seulement ont des apophyses épineuses bifides ; l'apophyse épineuse de l'axis est très développée. Il n'y a pas de proéminente ; les cinquième et sixième vertèbres cervicales et la première dorsale présentent des apophyses épineuses placées sur le même plan. Les vertèbres dorsales n'offrent rien de particulier ; la première dorsale, ou celle que l'on nomme vulgairement la première cervicale, offre une apophyse transverse très développée et une dépression profonde destinée à l'articulation de la première côte. Les six vertèbres lombaires sont bien développées ; les articulations des cinquième et sixième lombaires sont plus lâches que chez les sujets appartenant à la race blanche (la même laxité dans cette articulation s'observe aussi dans la race africaine). Les surfaces articulaires inférieures de la sixième vertèbre lombaire sont dirigées en avant comme dans les vertèbres de la région dorsale. Je ne sais si cette particularité se rencontre fréquemment chez les Chinois ; s'il en était ainsi, elle aurait pour résultat de rendre le col court et d'augmenter la longueur et la mobilité de la région lombaire. Beaucoup de Chinois présentent un col très court et jouissent d'une facilité extrême des mouvements du tronc, comme le prouve leur agilité pour grimper dans les cordages des navires. Les côtes, sur ce squelette, n'offrent rien d'anormal. *Medical Times and Gazette*, 21 janv. 1854, p. 56.)

De l'hydropisie consécutive à la scarlatine, par le docteur S.-W. Tripe.

L'accident qui fait le sujet de ce mémoire est connu depuis longues années. Depuis les travaux de Welles et de Blackall un grand nombre de mémoires ont étudié l'anasarque scarlatineuse dans toutes ses formes. Le travail dont nous allons donner l'analyse ne fait connaître aucun point nouveau de pathologie, mais s'occupe plus spécialement de l'étiologie et du pronostic de la maladie. L'auteur a trouvé dans le *General Registrar* une vaste expérience à laquelle il a joint l'analyse de faits observés par lui. On sait comment est formé ce recueil bien connu des savants. Chaque médecin anglais doit, après le décès d'un malade dont il a dirigé le traitement, remplir un certificat imprimé résumant en quelques mots les causes du

décès et les divers accidents principaux de la maladie. On ne pourrait compter, par conséquent, sur une exactitude absolue, surtout quand il s'agit d'affections douteuses ou d'un diagnostic difficile; mais, à propos de la scarlatine et de l'hydropisie qui se développe quelquefois à sa suite, la même difficulté ne se rencontre pas. La scarlatine n'est pas, en général, d'un diagnostic difficile; son début est facile à reconnaître; et quant à l'hydropisie consécutive, c'est un accident que peut constater toute personne même étrangère à l'art. L'auteur insiste lui-même sur toutes ces inexactitudes que peut offrir un ensemble de faits recueillis par des personnes différentes et dont les connaissances scientifiques ne peuvent pas, à beaucoup près, inspirer une égale confiance sur la valeur des renseignements qu'ils transmettent à l'autorité locale.

M. Tripe a étudié et analysé à différents points de vue l'ensemble des faits observés à Londres de 1848 à 1852 inclusivement. Pendant l'année 1848, l'hydropisie scarlatineuse fut cause de mort dans 680 cas, dont 582 d'anasarque, 38 d'hydrothorax et 50 d'hydrocéphale. La mortalité, sous l'influence de cette complication, varie beaucoup aux diverses périodes des années de 1848 à 1852; ainsi elle fut, à certaines époques, de 7, à d'autres de 20,2 sur 100 cas de scarlatine. Dans l'espace de cinq ans, en faisant abstraction d'un trimestre de 1851, pour lequel les renseignements manquent, il y eut à Londres 1575 cas de mort par hydropisie scarlatineuse sur 284,306 décès. On voit que cette complication est très fréquente à Londres. Il serait intéressant de savoir si, sous une autre latitude, dans des conditions climatériques différentes, la fréquence de cette complication offre de grandes différences; malheureusement nous manquons en France d'un recueil comparable au *General Registrar*, recueil dont on ne peut contester l'utilité, tout en reconnaissant les nombreuses imperfections inhérentes aux sources d'où il provient.

L'*influence des saisons* a été étudiée avec soin par M. Tripe. L'auteur a voulu déterminer si certaines saisons de l'année sont plus favorables que d'autres au développement de l'hydropisie scarlatineuse; toutefois nous devons dire qu'il nous semble que l'auteur n'a pas assez tenu compte d'un élément important de la question, de la fréquence plus marquée de la scarlatine à certaines époques bien déterminées de l'année; mais comme l'auteur a toujours ajouté au chiffre de mortalité absolue le nombre relatif des hydropisies et celui des scarlatines, ce petit défaut disparaît en partie, ou du moins laisse toute leur valeur aux résultats numériques qu'il nous transmet. Pour étudier cette influence des saisons, l'auteur a divisé l'année en quatre périodes correspondant aux trimestres. Cette analyse, que l'auteur a faite pour un espace de cinq années, lui a démontré que l'hydropisie scarlatineuse cause le plus grand nombre de morts dans le dernier trimestre de l'année. Ainsi, la mortalité, relativement au nombre de scarlatines, fut, pendant le premier trimestre, de 16,8 pour 100; dans le deuxième trimestre, de 16,6; dans le troisième, de 21,7, et dans le quatrième, de 44,9 pour 100. Ces chiffres démontrent d'une manière évidente la proposition de l'auteur que l'hydropisie scarlatineuse présente surtout une gravité considérable pendant les quatre derniers mois de l'année. Il ne faudrait pas croire qu'il n'existe pas quelques différences entre les chiffres de mortalité des trimestres correspondants dans les années différentes; cependant ces variations ne sont pas considérables. Ainsi, en janvier 1848, la mortalité par suite d'hydropisie scarlatineuse fut 3,8 pour 100; dans le trimestre correspondant de 1852, elle atteignit 10,2. En février 1848, la mortalité sous l'influence de cette complication était de 2,4 pour 100; en février 1852, de 7,7; en mars 1848, de 9,8, et en mars 1852, de 8 pour 100. D'où peuvent provenir ces différences? Trouvent-elles dans les conditions de température leur explication naturelle? C'est une question que l'auteur essaie de résoudre. L'auteur conclut de ses recherches que l'influence de la température sur la scarlatine n'est pas aussi tranchée qu'on pourrait le croire au premier abord.

Quant à l'influence hygrométrique, l'auteur a trouvé que la mortalité par hydropisie scarlatineuse était moindre pendant la durée d'une température humide que dans une température sèche; moindre surtout dans les mois humides que dans les mois chauds.

Le sexe paraît avoir une influence marquée sur la fréquence de la mortalité scarlatineuse. Ainsi, en analysant un nombre considérable de faits, l'auteur a trouvé que parmi les décès, 60,3 pour 100 appartiennent au sexe masculin, et 39,7 pour 100 au sexe féminin. Cette différence provient surtout de ce que l'hydropisie scarlatineuse frappe beaucoup plus souvent les garçons que les filles. Ainsi, sur 478 cas de décès par hydropisie scarlatineuse, enregistrés à Londres pendant le dernier semestre de 1848, le sexe masculin avait fourni 290 décès et le sexe féminin 188; c'est-à-dire, la mortalité fut 60,6 pour 100 de garçons et 39,4 pour 100 de filles.

Le maximum de la mortalité par hydropisie scarlatineuse s'observe surtout dans la troisième année.

Le rapport de la mortalité par suite de scarlatine et de mort causée par l'hydropisie consécutive fait le sujet d'un paragraphe spécial. Les chiffres que l'auteur donne dans plusieurs années présentent ce singulier résultat que le rapport demeure à peu près le même. Ainsi, en calculant le chiffre des hydropisies scarlatineuses suivies de mort, sur 100 cas de scarlatine mortelle, on a les résultats suivants : 1848, 12,9; 1849, 15,3; 1850, 12,9; 1851, 13,8; 1852, 12,1.

M. Tripe s'occupe ensuite des causes de mort dans l'hydropisie scarlatineuse, mettant en usage pour ce résumé des faits observés par lui. C'est l'appareil pulmonaire qui est trouvé le plus fréquemment à l'autopsie le siége de lésions marquées. Ainsi ces organes étaient malades dans 40 cas sur 128 faits d'hydropisie scarlatineuse : c'est surtout la pneumonie et la pleurésie, ou la pleuropneumonie que l'on rencontre. Trois fois les petits malades furent atteints de croup et une fois de laryngite. L'auteur, qui admet la doctrine allemande de l'urémie, lui attribue 37 cas sur les 128 faits observés. Parmi ces 37 observations, 27 présentèrent des convulsions, 5 du coma, 1 des accidents tétaniques.

Le reste du mémoire de M. Tripe contient des détails sur l'urine et le sang, détails confirmatifs des recherches nouvelles des médecins allemands dont il a déjà été question dans la *Gazette hebdomadaire*.

La partie thérapeutique n'est pas traitée dans ce travail : elle paraîtra dans un des numéros suivants de la *Revue*, et nous en rendrons compte. (*British and Foreign Medico-Chirurg. Review*, n° XXV, janvier 1854, p. 224.)

Mécanisme particulier pour l'opération du taxis,
par M. Borelli.

Sans renoncer à l'emploi des moyens auxiliaires qui peuvent assurer le succès du taxis, tels que glace, sangsues, onctions belladonées, éthérisation, etc., M. Borelli pense que s'il voit fréquemment la réduction en être la suite, cela tient au mécanisme spécial qu'il apporte dans l'exécution de la manœuvre.

Ainsi, d'une main il embrasse la base de la tumeur en pliant fortement l'intestin au point où il sort de l'anneau herniaire; de l'autre, il soutient la partie la plus extérieure de cette même tumeur. Dans cette situation il tâche, en exerçant des tractions en divers sens avec les doigts de la première main, de tirer en dehors le bout supérieur de l'intestin, tandis que, avec la seconde, il essaie de repousser en dedans le bout inférieur. Grâce à ces manœuvres bien combinées, il réussit souvent à imprimer aux viscères herniés un mouvement de demi-rotation par l'effet duquel la rentrée des parties est obtenue.

Rien de mieux, sans doute, lorsqu'on se livre au taxis, que de varier autant que possible les tractions et pressions qui constituent l'ensemble de cet acte opératoire. Néanmoins, le procédé que M. Borelli préconise ne nous semble pas admissible sans restriction; car on pourrait bien, en suivant de telles règles, occasionner une sortie plus considérable des viscères, sans en pouvoir ensuite réduire une quantité proportionnelle. Heureusement la difficulté même d'atteindre ce but sera la meilleure sauvegarde contre les mauvais effets que nous signalons dans la pratique du chirurgien de Turin; de sorte que, sans le reconnaître pour rationnel en principe, nous sommes loin de lui supposer en fait des dangers sérieux. (*Gazzetta medica italiana. Stati Sardi*. 5 déc. 1833, p. 385.)

Observations confirmant l'action antisyphilitique du bichromate de potasse, par M. Vicente.

Partisan déclaré de ce nouveau spécifique, M. Vicente l'emploie dans sa pratique à l'exclusion du mercure. Voici, en résumé, les cinq observations qu'il donne (et très abrégées) lui-même, comme preuve de sa supériorité.

1° Jeune homme de vingt-cinq ans, chancre induré en juin 1847, syphilis constitutionnelle au bout de quelques mois; puis diverses syphilides papuleuses traitées par M. Ricord à l'aide du proto-iodure de mercure; nouvelle récidive, traitement combiné par le mercure et l'iodure potassique; guérison. Récidive laissée sans médication pendant deux ans; elle consiste en engorgements occipitaux et syphilide squameuse palmaire (4 grammes de bichromate de potasse et frictions sur les mains avec une pommade au turbite minéral); guérison. — Faisons observer à M. Vicente que cette éruption des mains, il le sait aussi bien que nous, est aussi sensible à l'action des topiques que réfractaire à l'influence des remèdes intérieurs. C'est, par conséquent, à l'effet de la préparation mercurielle, employée ici en pommade, que nous croirions, nous, devoir attribuer la guérison.

2° Chancre, engorgement cervical, calvitie, syphilide papuleuse de la face et du cuir chevelu. Même traitement. Guérison complète en quarante jours.

3° Eruption syphilitique papuleuse traitée par M. Ricord durant cinq mois. Récidive au bout de trois mois; nouveau traitement ioduré et mercuriel par M. Ricord; disparition de l'éruption; persistance d'une surdité incommode. Traitement par le bichromate de potasse qui en débarrasse le malade.

4° Jeune homme de dix-sept ans; papules pustuleuses au front, dans les narines et au cuir chevelu; ganglions cervicaux engorgés; guérison au bout de deux mois de traitement par le bichromate.

5° Jeune homme de vingt ans; chancre induré il y a trois ans; l'induration subsiste encore; syphilide herpétique aux jambes et aux bras, papulo-squameuse à la paume des mains. Pommade au turbith minéral et traitement par le bichromate pendant deux mois et demi; guérison.

Ces guérisons, ajoute M. Vicente, datent d'un, deux ou trois ans, sans qu'il y ait eu jusqu'ici de récidive. Il l'attribue à ce que le bichromate de potasse est très soluble, qualité que ne possèdent pas les sels mercuriels, si ce n'est le bichlorure; mais celui-ci est trop irritant pour qu'on le puisse donner à doses capables de neutraliser le virus complétement et sans retour.

Le bichromate a pour seul inconvénient de provoquer des vomissements et de la diarrhée. Mais, en ayant soin de n'en donner qu'un ou deux grains (de 5 à 10 centigr.) par jour, on évite cet accident. Pour ce même motif, M. Vicente recommande de l'administrer plutôt en solution qu'en pilules.

Enfin, il engage à suspendre pendant le cours du traitement toute ingestion de substances alimentaires alcalines; elles auraient pour effet de neutraliser l'acide chromique qui est ici le véritable agent curatif.

— Nous avons essayé plusieurs fois nous-même cet agent, et nous lui avons reconnu les propriétés d'un antisyphilitique efficace, non par la disparition (toujours lente, et parfois due à une simple coïncidence) d'une éruption syphilitique, mais d'après la fonte d'une induration chancreuse; résultat qui accuse toujours, dans le médicament qui le produit, un pouvoir spécifique certain.

Mais à côté de cette efficacité, nous avons constaté dans le bichromate des qualités irritantes qui, malgré l'atténuation extrême des doses, et quoique nous eussions usé de la formule du premier inventeur, nous ont détourné de continuer nos essais. Nous avons également eu l'occasion d'observer qu'il détermine la salivation.

Quant aux résultats cliniques de M. Vicente, nous ferons seulement remarquer: 1° que, à titre de récidives, et de récidives précédemment traitées, ces éruptions étaient plus faciles à guérir; 2° qu'il n'a jamais employé le bichromate contre des accidents que le traitement mercuriel ou ioduré aurait été insuffisant à guérir, 3° enfin qu'une médication locale a souvent secondé l'effet de ce spécifique. Somme toute, nous ne le taxons point d'impuissance; mais, d'une part, il ne nous semble pas posséder une vertu curative supérieure à celle du mercure, et de l'autre, il excerce sur la muqueuse digestive une irritation pour le moins aussi forte. (*El Heraldo medico*, 1er décembre 1853, p. 227.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Annales d'oculistique. — PREMIER SEMESTRE 1853 (1).

Les *Annales d'oculistique*, quoique privées, depuis quelques mois, de la collaboration de l'homme intelligent qui les a créées (le docteur Florent Cunier), continuent à paraître mensuellement à Bruxelles, et sont, comme par le passé, le terrain neutre que les ophthalmologistes de tous les pays de l'Europe ont choisi pour y déposer le fruit de leurs travaux spéciaux. Ce recueil, qui compte déjà quinze années d'existence, est trop sérieux et tient un trop beau rang dans la presse médicale étrangère pour que nous ne donnions pas à l'analyse des mémoires originaux qu'il contient une place importante dans nos colonnes.

Nous nous occuperons, dans cet article, de ce qui a été publié de plus saillant dans le premier semestre de l'année 1853, nous réservant de critiquer, s'il y a lieu, les opinions que nous y analyserons.

Du cristallin et de sa capsule, par le docteur Gros.

La fine anatomie du cristallin laisse beaucoup à désirer. On se figure assez ordinairement qu'il est renfermé dans sa capsule comme un noyau l'est dans sa coque, et qu'il y baigne dans un liquide; on a même fait de l'opacité de ce liquide une cataracte particulière qu'on appelle *morgagnienne*. L'auteur du mémoire que nous analysons avance, contrairement à l'opinion généralement reçue, « que le cristallin remplit exactement sa capsule, et que l'humeur de Morgagni n'existe pas.

Si un liquide s'écoule à la piqûre de la capsule, ce liquide n'est pas libre à la surface du cristallin, mais il s'échappe des cellules *éventrées* et comprimées dont il va être question. Pour bien voir cette structure, il faut laisser des yeux, pendant une journée ou des semaines, dans une solution de sulfate d'alumine, une décoction de tannin ou de l'acide azotique étendu d'eau; et pour avoir des contours bien accusés, les faire ensuite passer par le sulfate de fer ou la teinture d'iode. C'est alors qu'en détachant un lambeau de capsule avec la couche sous-jacente qui lui reste adhérente, on peut l'étudier par le dedans ou par le dehors. Sur la paroi capsulaire on trouve l'empreinte du réseau celluleux et les cellules nucléolées qui se *parifissent* pour se multiplier et former des couches celluleuses. Ces couches celluleuses s'arrangent de manière à former divers plans et des lignes où l'on voit les cellules pressées les unes contre les autres, qui se limitent, se polygonisent, s'allongent et donnent naissance aux bandelettes. En se serrant ainsi les unes contre les autres et en se déprimant à mesure qu'elles sont poussées loin de la capsule par les cellules qui se *parifient* et grandissent pour se polygoniser et s'aplatir à leur tour, les cellules forment une véritable couche sous toute la paroi interne de la capsule et la couche externe du cristallin.

Le réseau générateur et les cellules sous-jacentes sont parfaitement transparentes à l'état sain et frais; mais, dans la plupart des préparations, elles se granulent, et leur noyau devient plus évident. Dans les cataractes striées sous-capsulaires, il y a granulation et opacification des cellules, qui ne donnent plus alors que des bandelettes opaques. Dans les cataractes traumatiques, la partie froissée ou décollée du réseau s'opacifie dans une certaine étendue, tandis que les parties celluleuses non lésées continuent à fournir des ban-

(1) Devant, à l'avenir, donner successivement l'analyse de tous les numéros des *Annales d'oculistique*, nous embrassons aujourd'hui dans une même revue tout le premier semestre de l'année 1853, que les éditeurs ont bien voulu nous faire parvenir.

delettes limpides. Sur un cristallin dont on a enlevé la capsule seule, on peut faire la contre-épreuve de ce qu'on a vu sur la paroi interne de la capsule ; en le regardant de l'extérieur à l'intérieur, on voit d'abord le réseau celluleux et, au-dessous, les bandelettes plus ou moins avancées, jusqu'aux couches parfaites où les noyaux ont disparu.

Il y a longtemps que la capsule a été appelée la *matrice du cristallin*, sans que l'on connût encore leurs rapports. On avait remarqué seulement que cette membrane peut reproduire une sorte de cristallin à la place de celui qu'on extrait, quand elle a conservé une certaine intégrité. Il est facile de comprendre à présent que, quand la couche génératrice reste intacte et adhérente à la capsule, sa mère nourricière, elle puisse continuer à fournir des cellules, et par suite des bandelettes, qui ne seront cependant jamais aussi régulières que dans le cristallin normal.

Ces nouvelles observations sur la structure du cristallin et de sa structure, n'auraient rien perdu à être présentées par leur auteur avec plus de clarté.

Observations ophthalmologiques propres à infirmer l'opinion généralement admise sur la nature cancéreuse des mélanoses, par le docteur P. Pamard (d'Avignon).

La mélanose est-elle un cancer? Telle est la question posée par l'auteur et résolue négativement par lui, comme elle l'avait été déjà par M. Sichel dans une autre publication.

Quatre observations sont données à l'appui de cette opinion. L'une est relative à un homme de trente ans, qui portait dans l'angle externe de l'œil une tumeur du volume d'une grosse amande, soulevant la conjonctive et offrant une coloration noire qui fit présumer l'existence d'une *tumeur mélanique*. Cette tumeur fut enlevée sans grande difficulté et n'a pas récidivé depuis vingt ans.

L'autre a pour sujet un homme de quarante ans, affecté d'une tuméfaction de l'œil gauche. Le globe fait saillie entre les paupières, qui sont maintenues écartées ; il est dur et douloureux à la pression. Le malade ressent des douleurs intra-orbitaires qui s'étendent au front ; la vue est perdue depuis longtemps. L'ablation de l'œil fut pratiquée ainsi que celle de la glande lacrymale. Les suites de cette opération furent heureuses : le malade guérit en quinze jours, et, depuis six ans, la guérison ne s'est pas démentie. Cependant les tissus enlevés représentaient deux tumeurs : la plus volumineuse était formée par le globe de l'œil réduit à la sclérotique et à la cornée transparente. Les membranes intérieures et les humeurs disparues étaient remplacées par une matière noire, dure, homogène, ayant la consistance de la stéarine fondue à laquelle on aurait ajouté du noir d'ivoire. L'autre tumeur était formée par la glande lacrymale infiltrée de la même matière noire.

La troisième observation est relative à un sarcocèle et ne doit pas nous occuper ici.

La quatrième expose le fait suivant : Une femme de soixante ans, ayant perdu l'œil droit depuis plusieurs années, éprouva, pendant les mois de mars et d'avril derniers, des douleurs vives ayant leur siége dans le globe et au front, avec sentiment de tension, comme si l'œil allait être chassé de l'orbite. Au mois de mai, cet œil avait augmenté de volume, était saillant hors de l'orbite et tenait les paupières écartées ; de plus, il était dur et offrait une couleur noirâtre appréciable à travers la cornée et la sclérotique. Le globe de l'œil et la glande lacrymale furent enlevés, et quelques masses mélaniques, répandues dans le tissu cellulaire intra-orbitaire, furent poursuivies après et extirpées aussi ; la malade était guérie dix jours après, et depuis il n'y a pas eu de récidive (l'opération datait de six ou sept mois quand le fait a été publié). L'auteur fait observer que, dans ces trois observations, la production mélanique avait son siége dans l'orbite où elle offrait une consistance solide, et qu'elle était accompagnée de douleurs plus ou moins intenses qui avaient offert une exacerbation marquée à l'époque qui a précédé l'opération.

Il termine en disant : « Le caractère essentiel des diverses productions accidentelles hétérologues connues sous le nom de *cancer* étant une tendance constante à la reproduction, et ce caractère manquant à la mélanose, doit-on toujours classer celle-ci parmi les cancers ? » Il n'était pas difficile de répondre à cette question, de la résoudre même par des faits et par la théorie. M. Tavignot, oculiste de Paris, préféra le premier de ces moyens, et dans un des numéros suivants du même recueil cita deux cas où la récidive de cancer mélanique de l'œil suivit de près l'extirpation de cet organe.

Voici le premier fait : En 1843, une femme de quarante-sept ans environ entra à l'hôpital Necker, dans le service de M. Lenoir, dont j'étais l'interne ; elle était affectée d'une dégénérescence mélanique de l'œil gauche. Le globe fut extirpé par l'habile chirurgien de cet hôpital. L'orbite, exploré avec soin, ne contenait aucun vestige de l'affection dont l'iris était atteint. Cette femme sortit guérie. Six à huit mois plus tard, étant chef de clinique des maladies des yeux, à l'hôpital de la Pitié, je vis à une consultation cette même malade, avec une infiltration de matière mélanique dans l'une et l'autre paupière du côté opéré. Cette récidive de la maladie n'était pas douteuse pour moi qui connaissais les antécédents ; mais les personnes présentes crurent tout d'abord à une ecchymose des paupières : et, en effet, l'analogie était assez grande. Il n'en était malheureusement pas de même de la gravité ; car cette femme (et je tiens ce fait de M. Lenoir lui-même) est entrée plus tard à la Salpêtrière, où elle n'a pas tardé à succomber aux progrès de son affection cancéreuse qui s'était généralisée.

Le second fait a été recueilli à la consultation publique du docteur Tavignot. Il s'agit ici d'un homme de cinquante-six ans, qui, portant une tumeur du grand angle de l'œil gauche, s'était présenté, dix-huit mois auparavant, à la clinique de M. Desmarres. Ce praticien avait enlevé la tumeur, qui pouvait avoir le volume d'un gros pois ; il avait ensuite cautérisé avec le nitrate d'argent le point où elle siégeait ; récidive au bout de quatre mois. A l'époque où ce malade fut observé par M. Tavignot, sa tumeur faisait des progrès incessants depuis quatre mois ; elle était située sur la demi-circonférence inférieure du globe oculaire, s'étendait transversalement de la commissure palpébrale interne à l'externe, et verticalement depuis le pourtour de la cornée jusqu'au cul-de-sac oculo-palpébral. Tout à fait à la place qu'occupe normalement la caroncule lacrymale, existait une autre tumeur d'apparence pyramidale, dont la base, paraissant pénétrer profondément, était juxtaposée à la précédente, tandis que son sommet se terminait par une proéminence de la grosseur d'un pois, dont la coloration, d'un blanc grisâtre, contrastait avec la teinte noire du corps de la tumeur. Enfin, une troisième portion, analogue pour la forme à la première, mais un peu plus éloignée de la cornée, remontait vers la partie interne de l'œil. Ces différentes tumeurs, d'une coloration verdâtre foncée, offraient au toucher la dureté d'une bille d'ivoire : elles étaient évidemment recouvertes par la conjonctive vascularisée.

M. Tavignot ajoute : « J'avais d'abord eu l'idée de pratiquer l'extirpation de l'œil et des parties suspectes environnantes s'il s'en présentait ; mais le malade rejeta cette proposition. D'un autre côté, la marche de la maladie d'avant en arrière, sa situation sur la cornée et la sclérotique, l'absence d'ophthalmie indiquant que la tumeur n'avait pas fait de grands progrès en arrière, m'encouragèrent dans cette idée de pratiquer l'ablation de la tumeur. Cette opération fut faite devant les élèves de ma clinique, fut difficile, longue à exécuter ; elle fut pourtant menée à bonne fin, et l'œil resta intact.

» Or, un mois après, une reproduction évidente avait lieu, et n'a pas cessé de faire des progrès jusqu'au jour où j'ai perdu le malade de vue : c'était la seconde repullulation. La tumeur enlevée, examinée au microscope par M. le docteur Lebert, offre entre les éléments pigmentaires beaucoup de cellules cancéreuses disséminées. »

M. Tavignot se demande après cela s'il y aurait des tumeurs mélaniques cancéreuses et des tumeurs mélaniques non cancéreuses ? Et il l'ignore, dit-il. Il nous semble, à nous, que M. Tavignot, en présence de ces faits et de beaucoup d'autres complétement identiques rapportés par les auteurs, et en particulier par Mackensie, pouvait être plus affirmatif. Oui, il y a des tumeurs cancéreuses qui sont mélaniques et des tumeurs mélaniques qui ne sont pas cancéreuses ; et pour ces différentes tumeurs la question de la récidive n'est pas liée à l'existence de la mélanose, mais bien à celle du cancer.

Il y a déjà longtemps qu'on a cessé de regarder la mélanose comme un tissu de formation nouvelle, ainsi que le professait Laënnec. M. Andral et son école la considèrent comme un simple dépôt inorganique de matière colorante pouvant s'unir et se combiner aussi bien aux tissus naturels qu'aux tissus accidentels ; et, dans ces derniers même, la coloration noire de la mélanose n'est pour lui qu'une simple complication qui ne peut en aucun cas faire préjuger leur malignité ou leur bénignité. Il faut donc que, jusqu'à nouveaux progrès, les chirurgiens s'attachent à connaître la véritable nature des tumeurs mélaniques qu'ils auront enlevées, par d'autres caractères que celui de leur couleur noire, car cette coloration n'est nullement caractéristique du cancer.

Cas remarquable de luxation de l'œil, par le docteur William Jameson, chirurgien de l'hôpital de Mercer (Irlande).

Le déplacement du globe hors de l'orbite, quand il a été produit brusquement par une violence extérieure, et que cependant il a pu être réduit sans perte de la vision, a été assez rarement observé jusqu'à ce jour pour que les observations authentiques en soient recueillies avec soin. Covillard cite un cas de ce genre où la luxation était si complète, que, quand il arriva immédiatement après l'accident, il trouva un des amis du blessé armé de ciseaux et prêt à exciser l'œil. Covillard fit la réduction, et la vue fut conservée. On s'explique difficilement le mécanisme de ce déplacement, quand on réfléchit à la résistance des aponévroses qui fixent l'œil à la base de l'orbite et spécialement aux deux extrémités de son diamètre transverse, quand on considère le nombre des muscles qui concourent au même but en s'insérant au fond de cette cavité, et qu'enfin on prend en considération le peu de prise que le globe oculaire lui-même offre à l'action des puissances extérieures capables de le pousser en avant. Mais ce qui étonne surtout, c'est que le nerf optique puisse se prêter sans se rompre à ce déplacement, et qu'après la réduction il soit aussi apte qu'avant l'accident à transmettre au cerveau l'impression de la lumière ; c'est que les muscles n'éprouvent aucune déchirure dans leur longueur, ce qui est indiqué par le retour des mouvements de l'œil aussitôt après qu'il est remis en place ; et cependant ces organes (nerf et muscles) sont grêles, de texture molle et peu serrée, disposés par conséquent aux déchirures sous l'influence des moindres tractions. Quoi qu'il en soit de ces difficultés théoriques, voici un nouveau fait qui montre qu'elles peuvent être surmontées par un concours de circonstances fortuites.

Un homme de trente ans, portefaix, d'une force remarquable, est admis, le 3 novembre, à minuit et demi, à l'hôpital de Mercer. Sa femme me raconte qu'il est rentré chez lui, deux heures auparavant, dans un état d'ivresse complète, et que, pendant qu'il marchait en chancelant dans sa chambre, il a heurté son œil droit contre un clou, et que cet instrument a pénétré au côté externe de la paupière supérieure. En accourant au secours de son mari, elle s'est aperçue que l'œil de celui-ci était sorti de l'orbite.

A son entrée à l'hôpital il était furieux et ingouvernable. Un large tablier couvrait son œil et il ne faisait que le comprimer et le frotter. Le bandeau enlevé, l'aspect de la physionomie était tout particulier et, je puis dire, effrayant. L'œil droit était sorti de l'orbite, fixe, immobile, élastique au toucher, et complétement privé de la faculté de voir. La cornée était sèche, nuageuse et un peu opaque, la pupille modérément contractée et insensible à la lumière d'une chandelle. Il n'y avait ni extravasation sanguine ni aucune injection de la conjonctive, bien que le repli de cette membrane, qui se porte de la paupière supérieure sur le globe de l'œil fût partiellement déchiré d'outre en outre. On ne pouvait apercevoir le bord inférieur de la paupière supérieure, qui, spasmodiquement contractée, se trouvait en partie cachée par le globe de l'œil. Comme c'était un homme très fort, ce ne fut qu'avec difficulté que je pus le faire maintenir, et, y étant parvenu, je relevai la paupière supérieure à l'aide de deux doigts de la main gauche, tandis qu'avec le pouce et l'index de la droite je comprimai le globe oculaire. Aussitôt celui-ci fut attiré en arrière avec un bruit distinct, et les paupières se refermèrent au-devant de l'œil. J'aperçus alors pour la première fois la petite blessure de l'angle externe de la paupière supérieure ; mais je ne pus m'assurer de l'étendue du désordre produit. Je fis coucher le malade, et j'ordonnai l'application du froid pour tout le reste de la nuit sur la partie.

Le lendemain, à la visite du matin, je le trouvai de sang-froid, mais se souvenant fort peu de ce qui lui était arrivé. Les paupières étaient gonflées, la conjonctive légèrement injectée ; la cornée transparente, brillante et humide ; des larmes s'échappaient le long de la joue. Il distinguait la lumière, se plaignait de céphalalgie et d'une douleur intense dans le globe de l'œil ; pouls plein. Saignée du bras, 16 onces ; laxatif ; continuation des applications froides.

Le surlendemain les paupières sont moins gonflées, la douleur oculaire et l'injection conjonctivale ont disparu. Le malade ne voit les objets qu'imparfaitement et à travers un nuage. Tartre stibié, diète, continuation du froid.

Les jours suivants l'amélioration continue, et, le cinquième jour après son accident, il sortait guéri de l'hôpital.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VII.

VARIÉTÉS.

COMPATIBILITÉ DES PROFESSIONS DE MÉDECIN ET DE PHARMACIEN.

On se rappelle qu'un honorable confrère nous ayant fait l'honneur de nous consulter sur la question de savoir si la profession de pharmacien est incompatible légalement avec celle de médecin, nous avons répondu par la négative (*Gaz. hebdom.*, n° 4, à la *Lettre médicale*). La *Gazette des hôpitaux* ayant eu à exprimer son avis sur le même sujet, a soumis la difficulté à un avocat distingué de la Cour de Paris, et voici sa réponse :

« Les auteurs des *Pandectes pharmaceutiques* pensent qu'il existe une incompatibilité absolue entre les professions de médecin et de pharmacien, et ils se fondent, pour le décider, sur les dispositions des articles 27 et 32 de la loi du 21 germinal an XI sur la police de la pharmacie. L'article 27 autorise les officiers de santé à fournir des médicaments simples aux malades qu'ils soignent, mais seulement dans les communes où il n'y a pas de pharmaciens ; on tire de cet article la conséquence que partout où des officines de pharmacie sont établies, les médecins ne peuvent en aucune circonstance fournir des médicaments à leurs malades. L'article 32 interdit aux pharmaciens de livrer les préparations médicinales autrement que sur ordonnance d'un docteur en médecine ou d'un officier de santé ; cette disposition resterait, dit-on, sans application si la même personne pouvait faire l'ordonnance et préparer le médicament.

» La Cour de cassation a décidé, au contraire, par un arrêt du 13 août 1841, que les officiers de santé peuvent être en même temps pharmaciens. La cour suprême, tout en reconnaissant qu'il existe entre les professions de médecin et de pharmacien une incompatibilité naturelle, fonde sa décision sur ce motif, que l'incompatibilité n'est prononcée par aucune loi, et qu'il n'appartient qu'au législateur de la formuler en une prohibition sanctionnée par une disposition pénale.

» Nous ajouterons à cet argument décisif de la Cour de cassation, dont la doctrine ne saurait être sérieusement contestée, que c'est en vain que l'on essaie d'invoquer, à l'appui de l'opinion contraire, les articles 27 et 32 de la loi du 21 germinal an XI. Le premier de ces articles ne parle que des officiers de santé qui ne sont pas tout à la fois pharmaciens, et ne prévoit pas le cas où les diplômes de médecin et de pharmacien auraient été obtenus par une personne qui voudrait exercer l'une et l'autre profession concurremment. Quant à la disposition de l'article 32, qui prescrit aux pharmaciens de ne délivrer les médicaments que sur le vu de l'ordonnance d'un médecin, elle a uniquement pour but de prévenir les conséquences que pourrait entraîner l'ignorance ou l'imprudence d'un pharmacien, qui de lui-même ou sur la demande du premier venu fournirait les médicaments qui peuvent être nuisibles ; mais le danger qu'elle veut prévenir est écarté si le pharmacien, par l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou du brevet d'officier de santé présente des garanties de science. Il est donc impossible de faire ressortir d'aucun article de la loi un argument par analogie à l'aide duquel on puisse suppléer à son silence, que nous devons respecter, car les prohibitions sont de droit étroit.

» Par ces motifs, nous pensons que, jusqu'à ce qu'une nouvelle loi sur la police de la pharmacie ait tranché législativement la question, il faut bien décider que, malgré l'incompatibilité naturelle qui existe entre les professions de médecin et de pharmacien, le cumul, n'en étant pas interdit, est parfaitement licite, et que nulle autorité ne saurait s'y opposer.

» R. Magnier,

» Avocat à la Cour impériale de Paris. »

On voit que l'honorable avocat a pensé exactement comme nous, et par les mêmes motifs.

— Nous sommes heureux d'annoncer que la santé de M. le professeur Roux, qui avait reçu une légère atteinte, est en bonne voie d'amélioration.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ABEILLE MÉDICALE, 1854, n°s 2 et 3. — Revues et Analyses.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, 1854, janvier. — Kyste du testicule par *Trélat*. — Rupture pulmonaire et emphysème chez les enfants, par *Ozanam*.—Sur les préparations de scille, par *Château*. — Sur les oreillons, par *Trousseau*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE, 31 décembre 1853 et 15 janvier 1854. — Traitement des fièvres intermittentes par le sulfate de quinine associé à l'acide tartrique, par *R. Bartella*. — Observation de strabisme guéri par l'exercice, par *Paris*. — Vaccination contre les *nævi materni*, par *Hergott*. — Suture entortillée et *serres plates* contre l'hémorrhagie par les piqûres de sangsues, par *Mellez*. — Hémorrhagies, suite d'opérations chirurgicales : de leur traitement médical, par *Buisson*. — Coup d'œil sur l'épidémie cholérique au point de vue de la thérapeutique, par *Briquet* et *Goupil*.

GAZETTE DES HOPITAUX, 1854, n°s 5 à 11. — Fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris (Anonyme). — Emphysème pulmonaire suivi d'emphysème générale chez les enfants, par *Bouchut*. — Cliniques.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. N°s 2 et 3. — Note sur la galvanisation du grand sympathique au cou, par *Brown-Séquard*. — De l'urétrotomie externe contre les rétrécissements de l'urètre (Extr. de l'*Acad. des sciences*, par *Sédillot*). — Évacuation sanguine contre l'hémoptysie, par *Gaillard*.—Absence d'animalcules spermatiques, par *Piogcy* (Voir *Gazette hebdomadaire*, n° 3).

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, 1854, Janvier. — Quelques remarques sur le choléra. — Cliniques et Revues.

MONITEUR DES HOPITAUX. N°s 5 à 11. — Paraplégie indépendante de la myélite, par *Abeille*. — Bruits du cœur, entendus à distance, par *Barth*. — Cliniques.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE, 1854, n° 2. — Sur l'excision des amygdales, par *Verneuil*. — Métaux et aimants en topiques, dans les maladies nerveuses, par *Miergues*.—Empoisonnement par les bains de belladone, par *Chicoyne*.

REVUE MÉDICALE, 1854, 15 janvier. — Considérations pratiques sur le choléra, par *Sales-Girons*. — Luxations congénitales du fémur, par *Richard*, de Nancy.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS. Janvier 1854. — Influence exercée sur la variole par la vaccine pratiquée pendant l'incubation de la fièvre éruptive, par *E. Barthez*.—Mémoire sur une tumeur emphysémateuse du crâne, par *J. Ballassa*.

UNION MÉDICALE. N°s 5 à 11. — Observation d'extase. Remarques de *Brierre de Boismont*.—Concrétion du cœur, par *Bertillon*.

GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER. N° 10. — Empoisonnement par les racines de jusquiame apprêtées en ragoût, par *Schilizzi*. — Sur les plaies de la tête, par *Moutet*. — Sur le seigle ergoté, par *Chrestien*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI, 1854, 15 janvier. — Luxation traumatique de l'articulation occipito-atloïdienne, par *Bouisson*.—Ophthalmie catarrhale. par *R. Falot*.

ANNALES ET ARCHIVES DE MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE, décembre 1853. — Traductions, Analyses et Revues.

GAZETTE MÉDICALE DE LIÉGE. *Première année*, n° 1. — De la fièvre typhoïde, par *Lombard*. — Compte rendu des Académies de médecine de Belgique et de Paris.

LA PRESSE MÉDICALE BELGE. N° 3 (1). — Un mot sur le choléra, par *Everard*.

ALLGEMEINE MEDICIN CENTRAL-ZEITUNG. — N° 5. Du traitement du cancer, par le prof. *Landolfi* (Application d'une pâte composée de chlorure de brome, de chlorure d'or, de chlorure d'antimoine et de chlorure de zinc à parties égales), communiqué par *Rettenbacher*. — N° 6. Le choléra asiatique dans l'hôpital royal de Frédéric, à Copenhague ; observations du prof. *Fenger*, communiquées par le doct. *Mueller*, d'Altona. — Les effets de l'air atténué sur l'organisme. — N° 7. Le choléra asiatique observé dans l'hôpital royal de Frédéric, à Copenhague, par le prof. *Fenger* (fin) ; (sur la complication funeste du delirium tremens avec le choléra). — L'établissement d'Erlenmeyer, à Bendorf, près Coblenz, par *Posner*. — N° 8. La maison d'aliénés de Munsterlingue, au lac de Constance.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 3. Des bains de mer de Scheveningen en 1853, par *P.-M. Mess*. — Sur les causes des déviations de l'utérus et de leur traitement (admission d'un spasme unilatéral des fibres du tissu de la matrice pour la plupart des cas, constatée par huit guérisons à la suite de l'application de l'onguent de belladone en frictions sur la région entre l'ombilic et la vessie), par le doct. *H. Bauer*, de Tubingue. — Cas de l'intermission du pouls à l'artère radiale pendant l'aspiration, et cause de ce phénomène, par le doct. *F. Hoppe*. — N° 4. Remarques sur l'asthme à la suite du catarrhe chronique des bronches (à l'appui de l'assertion de Laënnec, que la fièvre, survenant dans le cours du catarrhe aigu, diminue notablement l'oppression), par le docteur *P.-I. Philipp*, de Berlin. — Rapport sur les bains de mer de Scheveningue, par le doct. *Mess* (suite). — Rapport sur les cliniques allemandes. Clinique chirurgicale de Brunswic (1er avril 1851—31 mars 1853), par *C.-W. Uhde* (plusieurs cas d'induration gangréneuse du tissu cellulaire au cou). Clinique ophth. du docteur *de Graefe*, à Berlin. Clin. syphil. et des maladies de la peau du doct. *de Baerensprung*, à Berlin. — Sur les eaux minérales de Eger-Franzensbad en 1853, par le doct. *Koestler*.

MEDICINISCHE ZEITUNG herausgeg. v. d. Vereine f. Heilk. in Preussen. — N° 3. Rapport sur les maladies du cerveau et les affections nerveuses traitées dans l'ann. 1853, dans l'établissement privé, à Bendorf, près Koblenz. — N° 4. Sur l'apoplexie du cervelet, par le doct. *A. Scholz*, à Bendorf. — Les thermes azotées de Mondorf, près Luxembourg, par le docteur *Spengler*, à Ems. —Suite fâcheuse de l'extraction d'une dent cariée, pratiquée peu de temps après un traitement mercuriel, par le professeur *Inozemzoff*, de Moscou. — Sur le symblépharon partiel, par le doct. *Wollenhaupt*. — Sur les cris des nouveau nés, par le doct. *Bruck* (ils lui paraissent provoqués par la crainte de tomber, par une vraie anxiété de vertige, etc.),

(1) Nous n'avons pas reçu les numéros 1 et 2 de la *Presse Médicale Belge*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL, 1854, 13 et 20 janvier. — Pathologie moderne du cancer, par *R. Druitt*.— Ventouse sèche pendant le travail de l'accouchement, par *Manson*. — Excision d'une tumeur ovarique, par *Trichsen*. — Fréquence comparative des maladies du cœur et de l'emphysème, par *Gairdner*. — Cancer du rein, par *A. Eves*. — Absence congénitale de la sécrétion lacrymale, par *Salomon*. — Luxation de l'humérus en arrière, par *R. Dunn*.— Sur les épidémies, par *Addison*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N°s 783 et 784 (4 et 11 janvier 1854). — Sur la péricardite, par *Bellingham* (signes stéthoscopiques et causes).

MEDICAL CIRCULAR. N° 54 (11 janvier 1854). — Analyses et Revues.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N°s 185 et 186 (14 et 21 janvier 1854). — Rapport médical sur l'armée (fièvre tropicale, choléra, fièvre jaune, variole). — Sur certaines maladies rares de l'organe de la vue, par *Wilde*. — Accouchement provoqué trois fois sur la même femme, par *F.-H. Ramsbotham*.—Nouvelle opération contre les fractures non consolidées, par *T. Windsor*. —Opium et acétate de plomb contre le choléra, par *P. Toms*. — Description d'un squelette qui avait six vertèbres cervicales, douze dorsales et six lombaires ; par *H. Coote*. — Avivement du bord des ulcères calleux, par *Hainsworth*. — Cas de phthisie, pneumothorax et empyème chez un enfant de sept mois, par *Cleveland*.

THE LANCET, 1854, n°s 2 et 3. — Cliniques. — Maladies des enfants, par *Hugues Willshire*. — Maladies du rectum, par *J. Ashton*. — Pneumonie chez les marins, par *Léonard*. — Guérison d'un empoisonnement par l'acide cyanhydrique à forte dose, par *Burman*. — Hémorrhagie passive des reins, par *Crooke*. — Ovariotomie partielle, à laquelle la patiente a survécu quatre mois, par *J. Crouch*. — Iodure de potassium dans l'empoisonnement saturnin, par *Nicholson*. — Emploi du nitrate d'argent dans l'inflammation strumeuse des jointures, par *Cortès*. — Du catarrhe utérin, par *J. Tilt*. — Sur le mode d'action de certains remèdes (action des remèdes dans le diabète), par *Basham*. — Effet du climat de l'Égypte, dans les maladies consomptives, par *Nourse*. — Anévrysme de l'aorte, ouvert dans le péricarde, par *H. Ballot*.—Empoisonnement par le tartre émétique ; mort : autopsie, par *S. Beale*. — Quelques faits importants relatifs au choléra, par *J. Furlonge*.—Rougeole chez l'adulte, par *Hastings*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi), 1854, n°s 1 et 2. — Grenouillette guérie par l'injection de teinture d'iode, par *Borelli*. — Hernie fémorale droite ; herniotomie ; infection purulente ; sulfate de quinine à haute dose ; apparition d'un urticaire ; guérison ; par le *même*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). 1854, n°s 1, 2 et 3. — Étiologie de la glucosurie, par *Buffalini*.—Convulsions tétaniques pendant l'allaitement chez cinq enfants d'une même femme, par *Barbieri*. — Angine de poitrine, par *P. Gamberini*. — Épanchement pleurétique terminé par métastase purulente du côté de l'appareil urinaire, par *F. Luciani*. — Constitutions épidémiques, par *G. Pensa*.

IL FILIATRE SEBEZIO, janvier 1854. — Statistique médicale de l'hôpital della Pace, par *Giudice*.

IL RACCOGLITORE MEDICO. (Dernier numéro de 1853.) — Phénomènes intéressants chez une malade, traitée par l'électro-puncture, par *G. Terzi*.

EL HERALDO MEDICO. — N°s 63 à 66. — Du *mesto*, comme spécifique de l'hydrophobie, par *J.-O. Devesa*. — Sur le même sujet, par *Valor*. — Sur un individu enterré peut-être en état de catalepsie, par *J. de Alarcon y Salcedo*.—Sur le même sujet, par *Vilardell* et *Peray*. — De la morphine contre la névralgie sciatique, par *J.-G. Abajo*. — Extirpation d'une tumeur mélanique de la lèvre ; autoplastie, par *M. Arnedo*.

EL PORVENIR MEDICO. — N°s 53 et 57 (1). — Sur l'intervention paludéenne, par *G. Lopez*. — Emploi de l'électro-galvanisme en médecine, par *J.-B. Comenge*. — Influence de la lumière sur le système nerveux, par *Sanchez y Rubio*.

EL SIGLO MEDICO. N°s 2 et 3. — Remarques sur le choléra-morbus (*Anonyme*). — —Sur les effluves miasmatiques, causes du choléra, par *F. Sastre y Dominguez*. — Signes de la mort, par *J.-F. Gallego*. — Collection purulente guérie par la teinture d'iode ; par *R.-S. Quintanilla*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES, 1854, n° 1. — Sur le choléra épidémique, par *R. Villargoitia*. — Abus des évacuants et des purgatifs, par *Gonzales*.— Diagnostic d'une tumeur située à la partie supérieure et antérieure du vagin, par *Capdevisa*.

(1) Le n° 55 du *Porvenir medico* ne nous est pas parvenu. Nous avons reçu deux fois le n° 54.

Le docteur DECHAMBRE a l'honneur de prévenir ses confrères qu'il est chez lui tous les mardis soir, à partir de huit heures et demie, pour les affaires du journal.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'Ecole-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 10 FÉVRIER 1854. N° 19.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 9 février 1854.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — HYGIÈNE PUBLIQUE. — DE LA DÉSINFECTION PAR LES SELS DE PLOMB.

M. Bouchardat ne s'attendait pas certainement, en montant à la tribune de l'Académie de médecine pour y lire un rapport sur les propriétés désinfectantes du nitrate de plomb, à jouer le rôle d'Eole déchaînant Eurus et Notus, *luctantes ventos, tempestatesque sonoras*. Le rapport avait été écouté avec faveur : il était méthodique, clair, et concluait avec réserve. Des observations de M. Malgaigne avaient eu le genre de succès qu'obtient toujours cette parole pittoresque et véhémente, sans paraître néanmoins passionner l'assemblée. La plus grande partie des membres s'était même écoulée à petit bruit pendant que les chimistes de l'endroit, M. Chevallier, M. Gaultier de Claubry, s'empressaient d'éteindre, avec une apparence de succès, le feu allumé par leur collègue; et bientôt il n'était plus resté qu'une dizaine de membres sur les banquettes. Mais la discorde n'y a rien perdu. Presque tout le monde s'est jeté dans le débat, et la mêlée est devenue bientôt aussi bruyante, aussi opiniâtre, aussi croisée d'apostrophes, d'exclamations et d'interruptions que dans les jours où l'armée entière est en bataille.

Pourquoi tout ce bruit?

M. Bouchardat ne s'était pas étendu assez longuement sur les faits et expériences d'où les conclusions étaient tirées. Il l'a reconnu très sincèrement. Le rapport avait été réclamé inopinément par l'autorité, et le temps avait manqué à la rédaction. Mais le grief principal était que les conclusions établissaient une comparaison entre le nitrate de plomb et les autres désinfectants, et l'on demandait que l'Académie se prononçât sur la valeur du premier agent, sans paraître le rabaisser par des rapprochements défavorables. A ce sujet, une remarque se présente d'elle-même, à laquelle il est fâcheux que M. Bouchardat n'ait pas songé. Le premier rapport fait à l'Académie sur le même désinfectant par M. Laugier, le 18 juin 1850, avait été renvoyé à la commission principalement par ce motif qu'il ne réservait pas assez le mérite des substances rivales, et que, en faisant ressortir les avantages d'un seul désinfectant, on exposait l'autorité à refuser aux autres la justice qu'ils méritent. Tel est le sens évident de la discussion qui eut lieu à cette époque. Or, c'est ce travail supplémentaire, ce travail d'appréciation comparative, désiré et demandé par l'Académie, que présentait mardi dernier l'honorable professeur d'hygiène. Et qu'on veuille bien y réfléchir, la comparaison ici n'est pas seulement naturelle; elle est de toute équité; car, en consultant

---

FEUILLETON.

Dieu, l'âme, la nature (1).

Nous en voulons au correspondant pressé qui, dans notre dernier numéro, nous a dérobé le plaisir d'annoncer au public médical cette bonne fortune d'un poëme en 4,000 vers, surprenant par le fond, original dans la forme, par un rare professeur de la Faculté de médecine. De telles œuvres ne s'enfantent pas tous les jours, et l'on est naturellement flatté d'en être le parrain. Sans doute un fils d'Esculape à cheval sur Pégase n'est pas une nouveauté; c'est même dans cette posture, très vraisemblablement, que la médecine a fait son entrée dans le monde. Quand Chiron pinçait de la lyre pour calmer la frénésie, il y a lieu de croire qu'il chantait en même temps. Deux siècles avant Hippocrate, Xénophane écrivait un poëme sur *la nature*, imité plus tard par Empédocle et par Lucrèce ; ce sont là trois confrères de franche lignée. Les aphorismes de Salerne sont assez connus, ainsi que les travestissements en vers burlesques et les traductions rimées dont ils ont été le sujet. N'y a-t-il pas des poëmes sur l'anatomie, sur la botanique, sur l'astronomie? Le grand Haller n'en a-t-il pas composé un fort estimé sur les Alpes? Sur quatre Petit qu'a possédés la médecine du XVIIIe siècle, il y avait deux poëtes dont l'un a écrit la comédie du *Miroir* et l'autre des épîtres. Et de nos jours combien de confrères qui, secrètement ou en public, portent leur serpent enroulé autour d'un luth ? Celui-ci a mis des alexandrins dans la bouche de Némésis; cet autre, plus placide, en a orné le rhumatisme ; un troisième a chanté successivement la Savoie et l'art médical; on doit à un quatrième, aujourd'hui député et membre du conseil de l'instruction publique, un recueil qui pourrait s'intituler: *Nouvelles Messéniennes.* Voilà certes assez d'exemples pour montrer que la poésie est une connaissance très intime de la profession. Mais, nous nous hâtons de le dire, aucun, ni dans la race médicale ni ailleurs, n'avait encore mené Apollon si haut et si loin que vient de le faire M. Piorry. Ce n'est pas précisément la dernière limite de la carrière ouverte au génie ; car après *Dieu*, *l'âme* et *la nature*, il y a encore le paradis et l'enfer ; mais personne probablement n'en demandera davantage à l'honorable professeur. Pour que le lecteur puisse se faire une juste idée de l'étendue et de la diversité d'une pareille œuvre, nous nous bornerons

(1) DIEU, L'AME, LA NATURE, poëme par *P.-A. Piorry*, suivi de fragments poétiques sur les Médecins, sur Napoléon, sur la Révolution. — Un volume in-8. Paris, chez J.-B. Baillière.

l'Académie, que souhaite l'autorité? Elle souhaite d'être guidée dans l'œuvre de désinfection que commande l'hygiène publique. Et comment sera-t-elle guidée, éclairée, si on ne lui indique la valeur relative des méthodes et les applications particulières dont chacune d'elles est susceptible? Qu'on n'aille pas jusqu'à établir des rapprochements nominatifs, nous le voulons avec M. Michel Lévy, avec M. Bégin; mais il y aurait un autre excès à ne pas limiter la sphère hors de laquelle le désinfectant actuellement en cause ne saurait balancer les avantages des autres désinfectants connus. L'amendement présenté par M. Bégin sur la première conclusion était conçu dans ce sens, et c'est pour cela sans doute qu'il a rallié immédiatement les suffrages.

Venons à la question de fond. Elle est entièrement chimique. Il est entendu que les droits de l'expérience restent saufs; mais quand se fiera-t-on aux principes, dans l'ordre des sciences médicales, si l'on met en suspicion ceux de la chimie elle-même, ceux que consacre une expérience journalière? Qu'il s'agisse de la désinfection des plaies, ou de celle des cadavres, ou de celle des vidanges, l'azotate de plomb a un mode d'action déterminé, parfaitement connu, que la théorie prévoit plus sûrement encore que la pratique ne le confirme, parce que la théorie est une et infaillible, tandis que les conditions de l'expérience sont indéfiniment variables. Or, à cet égard, les chimistes de l'Académie n'ont pas profité autant qu'ils l'auraient pu et dû de leurs connaissances spéciales. M. Malgaigne avait raison de signaler dans les matières putréfiées d'autres éléments d'infection que l'ammoniaque et l'hydrogène sulfuré; mais il avait tort de réduire à la décomposition de ces deux substances le rôle du nitrate de plomb. Non seulement le nitrate de plomb donne un sulfure noir avec l'acide sulfhydrique, et se précipite par l'ammoniaque; mais encore l'oxyde plombique a la propriété de se combiner avec une foule de substances organiques, et de former avec elles des composés peu solubles ou tout à fait insolubles, *non volatils*, et n'ayant conséquemment aucune odeur. Il fait plus que désinfecter, il *prévient* l'infection, en détruisant plus ou moins complétement la putrescibilité des substances avec lesquelles il se combine. C'est sur cette propriété qu'est fondée la méthode de conservation des bois par les dissolutions de sels métalliques. On rend ainsi insolubles et imputrescibles les substances qui entrent dans la constitution de la séve.

Ce que nous disons du nitrate de plomb, on peut le dire avec la même assurance de l'acétate. Que des expériences régulières n'aient pas été instituées dans les hôpitaux sur la propriété désinfectante du sous-acétate plombique, nous ne le contestons pas à M. Malgaigne; mais il faut bien reconnaître que la science est, sur ce point, en possession des données les plus précises et les plus certaines. Il est acquis à la chimie que le sous-acétate de plomb (eau de Goulard) se comporte avec les substances végétales et animales comme le nitrate; il est même reconnu que le sous-acétate précipite un nombre bien plus considérable de matières organiques; et si l'expérience n'en a pas été faite spécialement sur les plaies fétides, on ne peut pas plus douter des résultats qu'elle donnerait que des réactions mêmes des sels métalliques. Bien que nous ne regrettions pas que l'acétate ait été nominativement exclus des conclusions du rapport faute d'expériences *cliniques*, il est d'autant plus à propos de le maintenir au nombre des désinfectants, qu'il mériterait peut-être — et c'est un point qui n'a pas été touché — d'être préféré, comme tel, au nitrate. Étant plus soluble dans l'eau que ce dernier sel, il pourrait être employé à un plus haut degré de concentration, et exercer par là une action plus puissante. Nous présumons, en outre, qu'il coûte un peu moins cher.

Il ne faudrait pas croire, néanmoins, que tous les produits de la putréfaction peuvent être atteints par les sels de plomb. Certaines matières organiques volatiles, nées de la décomposition de matières végétales et animales, échappent entièrement à une semblable action; par exemple, les acides butyrique et valérianique qui se forment par la putréfaction de la fibrine et de l'albumine. Le fromage gâté offre un bel échantillon de ce genre de produit, et il est probable qu'une analyse rigoureuse en découvrirait également à la surface de certaines plaies, dont l'odeur ressemble en effet à celle du vieux fromage. La raison de l'impuissance des sels de plomb contre les matières organiques est toute simple: l'acide nitrique et l'acide acétique ayant le pouvoir de déplacer les acides butyrique et valérianique de leurs combinaisons, il est impossible que ces derniers soient absorbés par le nitrate et l'acétate de plomb.

Somme toute, les sels de plomb sont *chimiquement* des désinfectants précieux. Ils sont supérieurs aux sels de fer à un double titre: ils fixent, comme nous venons de le dire, un grand nombre de substances organiques; ils sont, en outre, plus facilement attaqués par l'hydrogène sulfuré. Tout le monde sait avec quelle facilité le plomb métallique noircit au contact de ce gaz, tandis qu'il n'en est pas de même du fer. C'est même particulièrement à la présence de l'ammo-

---

à copier une petite partie des sommaires placés en tête des cinq chants.

Dieu,— l'âme,— l'harmonie,— l'univers,— l'immensité,— l'infiniment petit.—Le feu central,—l'inertie,—le mouvement.— L'organisation dans la terre embrasée,— les cataclysmes. — L'aliment de l'homme dans la mort. — *Le corps doit mourir*, — âme, immortalité, organisation. —*Les grottes*, *les os*. — L'homme, la *femme*, — la *femme* et l'homme. — L'amour de la *femme* et l'amour de Dieu. — La *femme*, le bonheur de l'homme,—les beautés d'une *femme*,— l'âme d'une *femme*,—la bible et la *femme*.— L'*éther*, —l'*attraction*, — la *pesanteur*, — la *capillarité*, — l'*affinité chimique*. — Communication entre les âmes. — L'*union fait la force*. — La parole, l'imprimerie, la navigation. — Le *thermomètre*, le *baromètre*, les *ballons*. — Le PLESSIMÈTRE, l'*auscultation*, l'ORGANOGRAPHISME. — La *chirurgie*, la *théologie*.— Le *concours*.— *Réunion des âmes en Dieu*.....

En parcourant ce curieux programme, on s'explique très bien que le poëme, comme le dit la préface, ait été « commencé sans un plan et sans un but déterminés. » On pourrait même croire qu'il a été fini comme il avait été commencé. Ç'avait été notre première pensée; mais comme l'auteur n'en dit rien, et qu'on ne voit pas pourquoi il n'aurait point poussé la sincérité jusqu'au bout, il devient extrêmement probable qu'un ordre savant est caché sous cette apparence de décousu et de pot-pourri. Goethe, dans son *Faust*, avait déjà donné un exemple de cette profondeur particulière, qui a fait battre la campagne aux commentateurs. Dans la crainte de pareille mésaventure, nous nous contenterons d'errer au hasard dans ce jardin arrosé des eaux de l'Hippocrène, pour y cueillir, à l'intention de l'auteur, un bouquet des fleurs les plus nobles, les plus brillantes et les plus parfumées.

Nous commençons, comme Petit-Jean, *avant la naissance du monde*; c'était, — l'auteur ne manque pas de le rappeler, — *dans des temps d'antiquité profonde*.

Cette sphère aux pôles de glace
Était un soleil lumineux,
Que Dieu lança dans l'espace
En lui disant : *Roule tes feux !*

C'est peut-être en imitation de cette formule divine, et par allusion à la forme ronde de la terre, qu'on a coutume de dire: *roule ta bosse!* à celui qu'on envoie se promener. Nous ne présentons du reste cette remarque de linguistique qu'avec une extrême réserve. Le soleil roula donc ses feux; mais une écorce solide *entoura sa chaleur*; des atomes agitèrent le repos de la nuit.....

niaque dans les matières en putréfaction que les sels de fer doivent d'être précipités, en vertu d'une double décomposition, par l'acide sulfhydrique. Ce n'est là que le côté théorique du problème de la désinfection; mais la théorie, on va le voir, éclaire et guide sûrement la pratique dans chacune de ses applications.

Pour la conservation des pièces de dissection, les sels de plomb ne peuvent être adoptés, parce que le sulfure qui résulte de l'action de l'hydrogène sulfuré est *noir*, et que les pièces se pénètrent d'une coloration analogue qui met obstacle à toute recherche un peu délicate. Le chlorure de zinc, qui conserve aussi bien, a sur eux l'avantage de donner avec l'hydrogène sulfuré un sulfure *blanc*.

S'agit-il de désinfecter une plaie? Rien de mieux que des lavages au nitrate ou à l'acétate de plomb. M. Robert s'est plaint, dans la discussion de 1850, de la promptitude avec laquelle se reproduisait la mauvaise odeur. Le fait est très concevable; mais il serait le même avec tout autre désinfectant, à moins d'une application continue. On comprend encore que certaines plaies fétides ne soient que peu sensibles à l'influence des sels plombiques : c'est qu'elles dégagent des matières organiques volatiles non susceptibles d'entrer en combinaison avec eux. On y substituera alors les chlorures alcalins, qui ont la propriété de détruire les miasmes, en dissociant leurs composants simples.

L'air confiné ne serait que très imparfaitement purgé, suivant l'heureuse expression et la juste remarque de M. Lévy, par des sels métalliques. L'insalubrité de cet air dépend de causes multiples, notamment de l'excès d'acide carbonique et de vapeur d'eau, deux éléments qu'on ne peut faire disparaître qu'en les expulsant de la salle. En second lieu, les sels qui ont la propriété de fixer (non de *décomposer*) les produits de la putréfaction, quand on peut établir entre les uns et les autres un contact immédiat, n'ont que peu d'action contre les produits volatilisés répandus dans un grand espace. Les linges trempés dans une solution de sels de plomb et étendus ou promenés dans les salles, nous paraissent, comme à M. Chevallier, tout à fait insuffisants. La ventilation d'abord, puis les vapeurs chlorées en petite quantité, tels sont alors les vrais moyens de désinfection.

Le nitrate de plomb, employé dans l'opération de la vidange, enlève parfaitement la mauvaise odeur; mais le liquide, qui doit s'écouler dans les ruisseaux et les égouts, laisse une couche noire dont les inconvénients ont paru jusqu'ici assez grands pour empêcher la vulgarisation du procédé. Une autre difficulté, qui a ici une très grande importance, gît dans le prix élevé du nitrate de plomb comparativement à celui des sels de fer. Les intéressés ont offert, il est vrai, au dire de M. Malgaigne, de fournir les sels de plomb à bas prix ; mais c'est une prétention dont jusqu'ici on se rend difficilement compte.

Enfin, dans toutes ces applications, notamment dans la désinfection des salles d'hôpital, l'action toxique des sels de plomb offre des inconvénients graves que tout le monde apprécie aisément. A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE INTERNE. — NOSOLOGIE.

NOTE SUR UN GENRE DE FOLIE DONT LES ACCÈS SONT CARACTÉRISÉS PAR DEUX PÉRIODES RÉGULIÈRES, L'UNE DE DÉPRESSION ET L'AUTRE D'EXCITATION, par M. Baillarger.

Suite. —Voir le numéro 18.

Les faits qui précèdent me paraissent suffisants pour bien faire apprécier les caractères de la folie à double forme.

Je dois cependant ajouter qu'on a observé des accès beaucoup plus courts que ceux que j'ai décrits

Dubuisson parle d'une dame à laquelle il a donné des soins pendant quatre ans, et qui offrait alternativement, et de deux jours l'un, des signes de mélancolie et de manie. La malade, dit-il, présentait un jour les symptômes d'un délire mélancolique, caractérisé par l'avarice la plus sordide et la méfiance la plus grande, étant d'ailleurs assez douce, tranquille et taciturne; le lendemain, ce délire partiel et exclusif change de nature et devient général; alors la malade s'agite, se tourmente, elle crie, elle s'emporte, elle devient querelleuse et insupportable par ses fatigantes importunités et par sa loquacité bruyante et continuelle; c'est ce qui oblige souvent de l'éloigner de la société et de la tenir recluse pendant ces jours-là.

Il existe d'autres observations dans lesquelles les accès étaient de six et de huit jours, chaque période ayant une durée égale; il est à remarquer en effet que la durée des deux périodes est d'autant plus égale que les accès sont plus courts. Pour ces derniers, la transition d'une période à l'autre se fait d'une manière brusque, et ordinairement pendant le sommeil. Le malade qui s'est couché mélancolique se réveille maniaque. Il n'en est plus ainsi lorsque les périodes se prolongent cinq à six mois; alors la transition a lieu très lentement et par degrés insensibles.

Il arrive même un moment où une sorte d'équilibre s'établit, et le malade, qui ne donne plus de signes de délire, paraît entrer en

---

Le terrestre chaos se métamorphosa,
La nature s'*harmonisa*,
Le diamant gazeux (*expression hardie*) et le pur oxygène
Se mariant à l'hydrogène,
Se *groupèrent* en végétaux;
L'azote, *élastique fluide*,
Se métamorphosant *en matière solide*,
S'y joignit pour former le corps des animaux.

Voilà pour la terre, qui n'est que « une particule infime de ce *tout* effrayant qu'on appelle univers. » Si vous voulez maintenant lever les yeux vers le ciel, vous y verrez :

Des corps en mouvement *agissant en mesure*.

Cette danse des astres a déjà tenté bien des poëtes. Un des derniers venus, Lamartine, a bégayé là-dessus quelques vers :

Et vous, brillantes sœurs, étoiles, mes compagnes,
Qui du bleu firmament émaillez les campagnes,
Et cadençant vos pas à la lyre des cieux,
Nouez et dénouez vos chœurs harmonieux;
Introduit sous vos pas dans la céleste chaîne,
Je suivrais dans l'azur, etc.

Il est évident que cette cadence, ces chœurs, cette céleste chaîne ne valent pas, pour la précision et le positif, *les corps en mouvement agissant en mesure*. La science seule peut donner cette propriété de termes.

Tout vit donc, mais aussi tout meurt :

La fleur que le matin de ses larmes arrose,
Le gazon émaillé des couleurs de la rose
Et le fruit que tapisse un duvet de saphir;
La graine renfermant un monde en avenir;
L'algue qui dans les eaux doucement se balance,
Le cèdre qui dans l'air, tel qu'un géant s'élance,
Et les manteaux feuillés qui couvrent l'univers,
Sont livrés sans défense à l'appétit des vers !

C'est le cas de le dire.

D'où vient la vie et pourquoi la mort? Qu'est-ce que l'âme? car c'est à peu près la même question. On a longtemps cherché et l'on cherche encore une bonne définition de l'âme. M. Piorry l'a trouvée : l'âme est la *lueur* d'un *souffle*.

C'est un souffle sacré dont la lueur émane
Du rayon le plus pur du ciel.

convalescence. Lorsqu'il s'agit d'un premier accès, il pourra alors arriver qu'on croie à la guérison.

J'ai commis deux fois cette erreur. A peine les malades qui me paraissaient convalescentes étaient-elles sorties de l'hospice, qu'on observait chez elles des symptômes d'excitation. Bientôt on les ramenait en proie à l'agitation maniaque la plus vive.

C'était la seconde période de l'accès que je n'avais pas su prévoir.

Des erreurs semblables ont souvent eu lieu. Dans un cas, même, on a laissé sortir d'un grand asile une jeune fille qu'on croyait guérie d'un accès de mélancolie, et cependant elle présentait déjà des signes évidents d'excitation. C'était le début de la période maniaque. La malade, en effet, se livra bientôt aux actes les plus fâcheux, et on la ramena furieuse dans l'asile qu'elle n'aurait pas dû quitter.

Je sais que l'interprétation donnée à ce dernier ordre de faits peut être contestée. Elle soulève des objections dont je ne méconnais pas la valeur, mais auxquelles j'essaierai cependant de répondre.

Lorsque la durée des accès est au plus de quelques mois, et que la transition d'une période à l'autre a lieu d'une manière brusque et rapide, tout le monde admettra facilement que ces accès constituent une variété spéciale d'aliénation mentale; mais quand après cinq ou six mois de mélancolie un malade reste trente ou quarante jours sans donner de signes de délire, et qu'il tombe ensuite dans un état maniaque, pourquoi, dira-t-on, ne pas s'en tenir à l'opinion de Pinel et d'Esquirol et ne pas voir là deux maladies distinctes qui se succèdent? N'y a-t-il pas là, en effet, une intermittence? Et cette intermittence ne suffit-elle pas pour qu'on admette deux accès et non pas un seul?

Pour résoudre cette difficulté et savoir s'il y a ou non une véritable intermittence, il me paraît nécessaire de bien préciser ce qu'on doit entendre par le mot folie, et je demande la permission de faire à cet égard une courte digression.

C'est à tort, à mon avis, qu'on s'est borné à dire que la folie est caractérisée par des désordres de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. Il y a dans cette maladie deux éléments très distincts :

1° Les lésions de l'intelligence ;

2° La perte de conscience de ces lésions.

Le second de ces éléments est celui qui caractérise essentiellement la folie. On n'est pas nécessairement aliéné parce qu'on a des hallucinations, encore bien moins parce qu'on éprouve un certain degré de dépression ou d'excitation dans l'exercice des facultés intellectuelles. Pour que ces lésions constituent la folie, il faut que le malade cesse de les apprécier pour ce qu'elles sont, ou bien encore qu'il se laisse entraîner par elles à des actes que sa volonté est impuissante à réprimer.

Ceci établi, je reviens à la prétendue intermittence qui séparerait la période de dépression de la période d'excitation lorsque les accès de folie à double forme ont une longue durée.

Si l'on observe les malades avec soin, on pourra constater en effet qu'ils ont cessé de présenter des signes de délire pendant quinze jours, un mois, six semaines même.

Mais si la folie a disparu, le retour aux habitudes antérieures est-il pour cela complet?

On ne peut répondre à cette question qu'en comparant les malades à eux-mêmes avant l'invasion du délire. On comprend que le médecin peut facilement ici méconnaître des nuances auxquelles les parents ne se tromperaient pas. C'est donc à la famille qu'il faut faire appel pour éviter dans ce cas des erreurs faciles.

On pourra ainsi s'assurer que ces courtes intermittences, très réelles si l'on ne recherche que le délire proprement dit, sont au contraire incomplètes sous d'autres rapports.

Ainsi, l'une des malades que j'ai laissé sortir de la Salpêtrière, la croyant guérie, conservait encore une légère tendance à l'isolement et un peu de taciturnité qui, comme je l'ai su depuis, ne lui étaient point naturelles, ce qui ne l'empêchait pas d'avoir une excellente tenue, d'être très laborieuse et de paraître en tout raisonnable.

La réponse au principal argument qu'on pourrait faire valoir pour transformer les deux périodes en deux accès distincts est donc dans l'observation qui démontre que l'équilibre des facultés ne se rétablit pas entièrement.

A part cette question de fait sur la non-réalité de l'intermittence, on peut encore faire valoir les rapports d'intensité et de durée qui existent entre les deux périodes.

En rapprochant et comparant les faits, on reconnaît que l'excitation maniaque est d'autant plus violente que la dépression mélancolique a été plus profonde. L'observation est d'ailleurs d'accord ici avec la théorie qui nous fait partout et *à priori* prévoir une réaction proportionnée à la dépression qui a précédé.

Quant aux rapports de durée, on a vu, dans les observations citées plus haut, que les accès peu prolongés se divisent en deux parties parfaitement égales, l'une remplie par la dépression mélancolique, et l'autre par l'excitation maniaque. Dans les accès très longs, ce rapport, il est vrai, n'est plus aussi exact, mais les différences sont si légères qu'il est impossible de ne pas l'admettre. Voici encore un exemple constatant cette régularité, même pour des accès très longs. Il a été publié par M. le docteur Des Étangs, dans le compte-rendu d'une visite faite à la Salpêtrière. Il s'agit d'une femme atteinte d'imbécillité, mais qui avait en outre des accès de folie à double forme. Cette femme, après être restée tout l'hiver muette, immobile et accroupie dans un coin, renaissait tout à coup au printemps et pendant l'été. Une intarissable loquacité et de violents signes de nymphomanie annonçaient la fin de son immobilité et de son mutisme.

Je dois d'ailleurs faire remarquer ici que le principal élément de diagnostic pour la folie à double forme est précisément cette régularité dans la succession des périodes.

Il ne faudrait donc pas présenter comme une objection les cas

---

Cela nous a paru si heureux que l'envie nous a pris tout de suite de savoir comment l'auteur entend Dieu; mais sur ce chapitre nous n'avons rien trouvé d'aussi satisfaisant. L'électricité, le magnétisme, le spectre solaire, le tonnerre, le son de la trompette, le pouvoir nutritif, l'instinct, etc., *tout vibre à l'unisson*. Or,

De cette sublime harmonie
Le rouage sacré, l'impérissable essieu,
L'animateur et le génie,
C'est Dieu !!

L'économie ne nous permet pas de laisser, comme dans le livre, entre les deux derniers vers, un *blanc* qui, en isolant les mots *c'est Dieu*, ajoute immensément à la pensée. Mais il est facile de voir que cette définition, même avec le *blanc*, n'a rien de neuf; elle sent son panthéisme d'une lieue. A la place de l'auteur, nous nous défierions un peu de l'illustre prélat (voir la préface) qui n'a rien trouvé dans le poëme de relatif à la religion, et nous le soupçonnerions fort d'avoir dormi après la lecture. Le fait est que rien ne reste en dehors de cette œuvre colossale. On y heurte en maint endroit les plus effrayants mystères de la destinée humaine, toujours éclaircis et interprétés à souhait par des vues singulières de physiologie et d'organopathie. Lisez surtout une conversation entre un sophiste et un philosophe raisonnable (le sophiste n'est pas M. Piorry). Il ne se peut pas de dispute plus courtoise et plus amiable. Le premier interlocuteur évite à dessein tout argument embarrassant, et le second répond de manière à ne jamais troubler la conscience du premier. Pas de recherche de style, pas de figures ampoulées : c'est simple comme bonjour. Écoutez, il s'agit de l'âme immortelle :

Il faut (dit le sophiste) que les moteurs de la fibre vivante,
Fassent aussi germer les feuilles de la plante.
Si vous vous complaisez dans l'immortalité,
Vous devez *les adjoindre* à votre éternité.

Qu'importe ! répond l'homme raisonnable, que cette adjonction n'embarrasse guère.

Partout est un moteur *à force organisante*,
Et l'âme dirigeant la matière vivante
Est le *point de départ* qui constamment *régit*
Le végétal qui germe ou l'œuf qui se nourrit.

— Fort bien, mais

nombreux dans lesquels les symptômes d'agitation surviennent au début, à la fin, ou même dans le cours de la mélancolie. Ces symptômes, en effet, apparaissent d'une manière irrégulière, et ils sont en général de peu de durée.

Ai-je besoin d'ajouter qu'en admettant l'existence de la folie à double forme comme un genre spécial, je n'en reconnais pas moins l'existence des cas dans lesquels on voit, après des intermittences bien tranchées, la mélancolie succéder à la manie, ou réciproquement.

J'ai indiqué la manière dont se fait la transition de la première à la seconde période, et il me reste à dire quelques mots sur le mode de succession des accès eux-mêmes. Sous ce rapport les observations peuvent être rangées en plusieurs catégories.

1° Le malade peut n'avoir qu'un seul accès. On a souvent, dans ce cas, regardé la période maniaque comme une crise qui amenait la guérison de la mélancolie, c'est-à-dire de la première période.

Pinel a compris plusieurs faits de ce genre dans ce qu'il a écrit sous ce titre : « L'idiotisme, espèce d'aliénation fréquente dans les » hospices, guéri quelquefois par un accès de manie. »

Par le mot idiotisme, Pinel désigne ici beaucoup de cas de ce qu'on a appelé démence aiguë, stupidité, mélancolie avec stupeur.

2° Les accès se renouvellent trois, quatre, six, dix fois à des intervalles de deux, de quatre, de six ans.

3° Ils peuvent affecter le type intermittent, et quelquefois les intermittences sont très régulières.

2° Dans certains cas les accès se succèdent sans interruption, et il n'y a aucune intermittence.

La maladie, qui se prolonge le plus souvent pendant plusieurs années, peut alors être comparée à une longue chaîne dont chaque accès serait l'un des anneaux. Cette succession continue s'observe également pour les accès très courts et très longs ; seulement, dans le premier cas, la transition est brusque ; elle est lente et graduelle dans le second. Lorsqu'il en est ainsi, le malade, comme on le voit, passe sa vie dans des alternatives d'excitation et de dépression, de gaieté et de tristesse, sans s'arrêter jamais à l'état d'équilibre qui constitue la santé.

Il y a, dans les symptômes de la période d'excitation, une particularité qui me semble encore mériter d'être signalée, c'est que le délire est bien plus souvent caractérisé par des impulsions instinctives que par des conceptions délirantes proprement dites.

La nymphomanie et le satyriasis s'observent dans beaucoup de cas, et il semble qu'il y ait aussi sous ce rapport une sorte de réaction après une longue période d'engourdissement des organes génitaux.

L'impulsion à boire des liqueurs fortes était le symptôme dominant chez l'une des malades citées par Esquirol. Enfin on constate souvent une tendance continuelle à des actes de méchanceté.

Quant au traitement, je n'ai vu qu'un seul fait qui me paraît devoir être cité. Après avoir combattu trois ans sans succès, et par des médications variées, les accès de l'une des malades, je pratiquai chaque mois une saignée au milieu de l'intervalle des époques menstruelles. Ce traitement, continué pendant huit mois, a eu un résultat heureux mais incomplet. La seconde période, celle d'excitation maniaque a été supprimée. Elle n'a plus reparu depuis deux ans. La maladie est maintenant réduite à la seule période mélancolique qui continue à se reproduire par accès périodiques.

Telles sont les considérations que j'ai cru devoir développer sur la folie à double forme, folie dont l'existence comme genre spécial ne me paraît pas pouvoir être révoquée en doute.

Ce qu'il importe désormais de rechercher, ce sont des éléments cliniques qui permettraient, lorsqu'il s'agit d'un premier accès, d'en reconnaître la nature dès la première période. Peut-être alors serait-il possible de prévenir, dans quelques cas, le développement de la seconde phase de la maladie.

Conclusions.

1° En dehors de la monomanie, de la mélancolie et de la manie, il existe un genre spécial de folie, caractérisé par deux périodes régulières, l'une de dépression, et l'autre d'excitation ;

2° Ce genre de folie se présente : 1° à l'état d'accès isolés ; 2° se reproduit d'une manière intermittente ; 3° les accès peuvent se succéder sans interruption ;

3° La durée des accès varie de deux jours à une année ;

4° Quand les accès sont courts, la transition de la première à la seconde période a lieu d'une manière brusque et ordinairement pendant le sommeil. Elle se fait au contraire très lentement et par degrés quand ces accès sont prolongés ;

5° Dans ce dernier cas les malades semblent entrer en convalescence à la fin de la seconde période ; mais le retour à la santé n'est pas complet. Après quinze jours, un mois, six semaines au plus, la seconde période éclate.

PATHOLOGIE EXTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE MODE D'ACTION DES ANESTHÉSIQUES ET LE MÉCANISME DES ACCIDENTS QU'ILS PRODUISENT ; par M. TABOURIN, professeur à l'École impériale vétérinaire de Lyon.

La *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* s'étant occupée dernièrement de la question des anesthésiques, à l'occasion d'un rapport remarquable que M. le docteur Robert avait lu devant la Société de chirurgie, nous demandons la permission de profiter

---

. . . . . La conscience
Ennoblit-elle l'existence
D'un polype et d'un végétal ?
Ce faible rejeton de la famille humaine
Dont la folie est le *domaine*,
Dont la pensée est un chaos,
Une intelligence en repos,
Vit-il et pense-t-il, *alors que sa matière*
Se perd dans la nature entière
En milliers de fragments qui se sont égarés
Dans l'espace infini qui les tient séparés :
PENSE-T-IL ÉTANT MORT ? . . . . .

— La réponse est dans ce charmant couplet qui semble fait exprès pour être mis en musique :

On est seulement responsable
Des actes que l'on a compris,
On est seulement punissable
Du mal qu'on sait avoir commis.

Et à ce propos, l'auteur tranche la question de la responsabilité avec la hardiesse qui lui est habituelle. Le milan qui déchire le passereau, le tigre qui engloutit l'agneau, le *Zélandais qui assassine pour dévorer :*

Dans l'arrêt que dicta la sagesse éternelle,
Aucun crime passé ne vient les torturer.

Ainsi le Zélandais est un peu animal ; il ne reste plus qu'à créer pour lui un ordre spécial dans la classe des quadrupèdes.

Mais les objets qui paraissent surtout avoir allumé l'ardeur... poétique de M. Piorry sont *l'amour* et *la femme*. Il y revient à tout propos : il y déploie toutes les coquetteries de sa muse. L'amour... qu'est-ce que l'amour ? Grand sujet de disputes chez les auteurs païens et même parmi les docteurs de l'Église. Le savant professeur ne paraît pas être pour l'amour platonique et encore moins pour le séraphique. Loin de s'écrier avec Horace, âgé seulement de dix lustres : *non sum qualis eram !* il prétend montrer qu'il est toujours, suivant un de ses plus heureux hémistiches, *un être à sentiment*. Il parle avec une chaleur étrange de

Ce moteur inconnu de la fibre vivante
Qui fait battre le cœur *au contact* d'une amante. . . .
A son approche sympathique
Les sens *s'embrasent de désirs*,

de cette circonstance pour présenter quelques réflexions sur ce genre de médicaments encore imparfaitement étudiés. Nous souhaitons que les remarques contenues dans cette note ne paraissent pas trop déplacées parmi les communications importantes auxquelles la *Gazette* est habituée. Nous les réduisons d'ailleurs à un exposé aussi succinct que possible.

Comme professeur de matière médicale, nous avons dû soumettre à l'expérimentation un grand nombre de médicaments, afin d'étudier avec soin leur action sur l'économie animale à l'état physiologique. Nous avons surtout introduit fréquemment ces agents thérapeutiques dans le torrent circulatoire pour développer plus directement leurs effets dynamiques sur l'organisme, et pour pénétrer plus aisément le mécanisme de leur action générale. Ce mode d'expérimentation nous a conduit à faire quelques remarques sur certains effets des médicaments volatils. Ce sont ces remarques que nous désirons soumettre au jugement des lecteurs, parce qu'elles nous paraissent susceptibles d'éclairer à un certain point de vue l'étude des médicaments anesthésiques.

Lorsqu'on injecte dans la veine jugulaire d'un cheval une substance très volatile, c'est-à-dire qui entre en ébullition à une température voisine de celle du sang, comme la plupart des éthers, le chloroforme, l'acide cyanhydrique, etc., on observe immédiatement, et bien avant le développement des effets spéciaux de ces médicaments, un ensemble de symptômes qui ont la plus grande analogie avec ceux qui sont occasionnés par l'introduction de l'air dans les veines : tels qu'une respiration pressée, tumultueuse et difficile, une circulation véhémente et irrégulière, une grande anxiété, une faiblesse générale, des vertiges, la chute sur le sol, la syncope, etc.

Ces divers accidents, qui sont communs à tous les médicaments volatils introduits directement dans le sang, s'expliqueraient assez bien, à notre avis, par cette simple considération physique, à savoir, que des matières très volatiles, mélangées au sang, doivent se réduire en vapeur à mesure qu'elles arrivent dans le cœur, et que le produit aériforme qui en résulte doit rendre le sang spumeux, et, par sa force élastique, entraver singulièrement le jeu des cavités cordiales. En outre, cette vapeur, mêlée au sang, étant poussée dans le système circulatoire, elle doit couper la colonne sanguine de distance en distance, faire ressort entre ses tronçons, se concentrer ensuite dans les sinus veineux du cerveau, comprimer la substance cérébrale, provoquer des désordres nerveux, etc. Ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est que, quand on ouvre le cadavre d'un animal mort par une action de ce genre, on trouve les cavités du cœur pleines d'un sang écumeux, les sinus veineux de la dure-mère distendus par une vapeur d'odeur caractéristique, la colonne sanguine divisée par des bulles gazeuses, etc., exactement comme si le sujet avait succombé à l'introduction accidentelle de l'air dans les veines.

D'après le résultat constant d'un assez grand nombre d'expériences de cette nature, nous sommes porté à croire que tous les désordres physiologiques et cadavériques sont dus à l'action mécanique de la vapeur des médicaments volatils qui, en raison de la température relativement élevée du sang, doit acquérir dans le système circulatoire une tension assez considérable pour déterminer les accidents que nous venons de signaler. Néanmoins, comme nous n'avons pas encore recueilli et analysé la vapeur qui distend l'appareil vasculaire et les sinus du crâne, nous ne pouvons rien affirmer pour le moment. Du reste, il se pourrait faire que cette vapeur agît par un autre mécanisme et qu'elle ne fît que déplacer et rendre libres les gaz qui sont en dissolution dans le sang, en prenant leur place, comme pourraient le faire supposer les belles expériences de M. Magnus (de Berlin), sur le déplacement réciproque des gaz du sang, et que ce fussent ces derniers qui déterminassent les désordres que nous avons observés.

Aussi bien, nous désirons qu'il soit bien entendu que nous ne regardons pas l'action des médicaments volatils sur l'organisme comme proportionnelle à leur degré de volatilité. Non, assurément ; car, s'il en était ainsi, l'éther chlorhydrique, qui bout à 12 degrés, devrait être plus énergique que l'acide prussique, qui n'entre en ébullition qu'à 26 degrés ; l'éther sulfurique, bouillant à 36 degrés, serait plus actif que le chloroforme, qui ne se volatilise qu'à 62 degrés : or, c'est précisément le contraire qu'on observe. Mais ce que nous prétendons établir, c'est qu'indépendamment de leur action *spéciale toxique*, due à leur nature chimique, ces agents ont une action *commune*, *mécanique*, qu'on doit attribuer à leur volatilité.

A côté de ces faits d'*expérimentation*, nous pourrions aussi, pour appuyer la thèse que nous soutenons, placer des faits d'observation clinique qui sont d'un autre genre, il est vrai, mais qui tendent au même but. Ainsi, les médecins aussi bien que les vétérinaires ont pu observer des cas de mort subite pendant le cours d'une tympanite stomacale ou intestinale, et trouver à l'autopsie des désordres semblables à ceux que nous avons mentionnés. Il est vrai que, dans ces cas, les gaz absorbés ont pu être de nature délétère et déterminer la mort autrement que par une action mécanique ; cependant Morgagni, Fodéré, etc., ont fait connaître des faits de ce genre et leur ont donné la même interprétation que nous (voy. *Traité des maladies venteuses*, par M. le docteur Baumès, 2e édit., p. 90 et suivantes).

En présence de ces faits, nous nous sommes demandé si certains cas de mort soudaine causés par les anesthésiques ne seraient pas dus à une action mécanique du genre de celle que déterminent les matières volatiles et l'air introduits dans les veines, ou les gaz accidentellement absorbés dans les voies gastro-intestinales et portés dans le sang ; — s'il ne peut pas se faire que, chez certains sujets affaiblis par une cause quelconque, la grande perméabilité des tissus, la faible tension vasculaire, la petite quantité des fluides nutritifs, etc., permettent l'entrée trop brusque d'une quantité notable de vapeur anesthésique dans le sang, capable d'agir à la fois mécaniquement et par action toxique ? Nous en trouvons la preuve,

---

Et de son âme magnétique
Ruissellent des flots de plaisirs. . . . .
L'homme ébloui par un riant mirage
Voit de la femme apparaître l'image,
Comme un archange aux ailes de saphir
Colorant le bonheur par les feux du plaisir.

Par où l'on voit que l'amour se compose : 1° du *contact* d'une amante ; 2° de sens embrasés ; 3° de flots de plaisir et de feux *idem*. *Lectule, deliciis facte beate meis*, disait tout crûment un poëte érotique de la Rome impériale. On sent bien que nous sommes présentement sortis de *Dieu* et de l'*âme*, et que nous nageons en plein dans la *nature*. Cette partie du livre est probablement destinée à servir de guide moral à l'étudiant en médecine, peut-être aussi au dragon et au mousquetaire. Quant aux pensionnats, ils feront bien de s'en tenir, jusqu'à nouvel ordre, à la *Morale en action* et à *Télémaque*.

A cette occasion, nous demandons formellement, pour l'édition prochaine, une note à la page 68. Cette charmante personne

Blanche comme un matin que le soleil *colore*,

Cet *ange*, qui a la propriété singulière de blanchir au soleil comme le lin mouillé, n'est pas une création de la fantaisie ; elle existe substantiellement, et d'aucuns se disent en mesure de donner son signalement. Dès lors, pourquoi lui prêter les airs d'un fantôme vain et inanimé ? Les autres grands poëtes ont compris autrement leurs devoirs envers celles qu'ils illustraient de leurs faveurs ; ils les sacraient d'un nom qui vivait avec leur mémoire. Catulle a immortalisé Lesbie et son moineau ; on aime Cynthie avec Properce, Neère avec Tibulle, Laure avec Pétrarque, Camille avec André Chénier, Elvire avec Lamartine. Quel intérêt porteront nos neveux à une forme vague,

Brillante des couleurs que puisa Raphaël
Dans une âme de feu qu'inspira l'éternel.

Ce même Raphaël, qui était poëte aussi, n'a pas dissimulé sa Fornarine. Comment M. Piorry n'a-t-il pas compris qu'il était obligé par de tels exemples ?

Après les *feux du plaisir*, le bonheur de la paternité n'a pas été oublié par l'auteur. Il chante le chaste baiser d'une fille.

Avez-vous entendu sa *voix* mélodieuse
Vibrer de sentiment, d'amour et de candeur,
Et donner au *pinceau* la teinte harmonieuse
Dont la pensée a broyé la couleur ?

jusqu'à un certain point, dans les désordres microscopiques signalés par plusieurs médecins sur des sujets qui ont succombé à l'action des anesthésiques. Bien que les recherches entreprises sur les cadavres n'aient point été dirigées dans le sens de la théorie que nous soutenons, plusieurs observateurs ont indiqué comme lésions principales dans ce genre de mort : « sang spumeux dans le cœur, gaz dans les vaisseaux et les sinus des centres nerveux, etc. »

Si notre théorie est fondée, elle explique assez bien ces cas malheureux et imprévus de mort subite qui surviennent pendant l'usage des anesthésiques, en dépit des précautions les plus minutieuses et les plus rationnelles, et que les chirurgiens ont attribués, avec plus ou moins de vraisemblance, à une *paralysie* du cœur, à une *sidération* du système nerveux, etc.

L'admission de notre système permettrait-elle de prévenir désormais quelques uns de ces accidents, ou, quand ils surviendront, sera-t-il plus facile d'y remédier? C'est ce qu'il importe d'examiner.

Relativement à la première question, nous pensons qu'il sera toujours impossible de prévoir d'une manière un peu certaine si un individu sera victime ou non de l'action mécanique des anesthésiques ; car cet accident peut dépendre d'une foule de circonstances difficiles à apprécier, comme la constitution, l'idiosyncrasie, la perméabilité de la muqueuse des bronches, la tension du sang dans les vaisseaux, l'énergie du système nerveux, etc.; en un mot, il ne nous paraît pas plus possible de prévoir qu'un sujet succombera à l'action de la vapeur de l'éther ou du chloroforme, et de prendre des précautions en conséquence, que de prédire qu'un individu exposé aux affections venteuses mourra par suite d'une absorption gazeuse.

Quant à la deuxième question, voici ce qu'il nous paraît le plus sensé de répondre : Nous ne connaissons aucun moyen *certain* de remédier aux accidents causés par l'action mécanique des matières volatiles ou des gaz introduits dans le sang ; mais il est une précaution qu'il nous paraît essentiel d'observer en pareille circonstance : c'est d'ouvrir le système vasculaire le plus près possible du cœur, afin de laisser un libre passage aux gaz et aux vapeurs qui tendent à s'échapper, et pour diminuer le plus possible la tension vasculaire, qui augmente le ressort des produits aériformes emprisonnés dans le système circulatoire.

Telles sont les diverses remarques que nous avions à présenter sur l'action des anesthésiques ; nous n'avons fait qu'effleurer les divers points que comporte cette question importante ; mais nous avons pensé que, puisque nous avions l'honneur de nous adresser à des médecins, il nous suffirait d'un exposé aussi bref que possible, pour être parfaitement compris.

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

OBSTÉTRIQUE.

REVUE CRITIQUE SOMMAIRE DES PRINCIPAUX TRAVAUX D'OBSTÉTRIQUE DE L'ANNÉE 1853.

Suite. Voir numéro 17.

Parmi les cas de grossesses extra-utérines qui se produisent chaque année, les uns ne sont que l'exacte reproduction des faits antérieurs, les autres se distinguent par quelques particularités qui méritent de fixer l'attention. A ce titre, nous devons mentionner la *grossesse extra-utérine simulant un kyste sanguin du petit bassin*, dont les pièces anatomiques ont été présentées à la Société de chirurgie, par M. Aran (1). Ce cas est relatif à une femme de trente ans, habituellement bien réglée, déjà mère de cinq enfants, qui entra à l'hôpital pour une métrorrhagie durant depuis près de deux mois, et accompagnée de douleurs semblables à celles de l'accouchement. L'examen fit reconnaître une tumeur située en arrière et à gauche du corps de l'utérus et que l'on crut être une rétroflexion de cet organe. Un peu plus tard, des accidents ayant appelé l'attention, on constata au-dessus du ligament de Fallope, du côté gauche, une tumeur qui le dépassait de 2 à 3 centimètres, et qui se prolongeant dans le petit bassin, qu'elle remplissait en partie, circonscrivant l'utérus en arrière et latéralement, le refoulait en haut et en avant et comprimait la vessie. Quelques signes de péritonite s'étant manifestés, la tumeur devint encore plus apparente au-dessus du bassin, et peu de temps après la malade succomba, trois heures après un frisson violent et au milieu d'accidents qui semblaient indiquer une perte de sang intérieure. Adhérence molle du péritoine, épanchement de sang récemment coagulé, surtout inférieurement au voisinage d'une tumeur qui remplissait tout le petit bassin et le dépassait de 2 centimètres 1/2. Cette tumeur était constituée par un caillot sanguin pesant près de 1 kilogramme, formé de deux parties, une située en avant et à gauche, de date plus ancienne et comme stratifiée; l'autre située à droite et en bas, composée de sang noirâtre pris en gelée. En cherchant à enlever le caillot, on entraîna à gauche un petit fœtus qui pouvait avoir deux mois et demi, littéralement aplati par le caillot contre les parois du bassin, et qui tenait par son cordon ombilical, à un espèce de gâteau placentaire inséré sur la face postéro-inférieure gauche du caillot. L'utérus était un peu augmenté de volume, ses cavités dilatées, sans autre altération et surtout sans membrane caduque. La lèvre antérieure du col était mince et transparente, la postérieure se continuait avec la tumeur. Les orifices des trompes étaient

(1) *Union médicale.*

Nous supposons bien que vous allez répondre négativement. Jusqu'ici du moins, pour notre compte, nous n'avons pas entendu de voix donner de teinte harmonieuse au pinceau, mais enfin, comme s'écrie encore l'illustre prélat : « l'intention est bonne. » On regrette seulement que, dans les joies de la famille, l'épouse n'apparaisse jamais. Le bonheur conjugal ! Il y a des poëtes qui ont dit de fort belles choses là-dessus.

Il faut se borner. Parmi toutes les beautés que nous avions dessein de signaler encore, nous ne citerons plus que le passage de la percussion médiate :

Dieu ! quand je t'invoquai pour trouver des secours
Contre les maux cruels qui torturent nos jours ;
Quand je vis Laënnec à l'immortelle gloire
Par les échos du mal en révéler l'histoire ;
Quand je me prosternai pour obtenir de toi
Le flambeau radieux d'une nouvelle loi
Qui de l'homme souffrant éclairât les mystères,
Tu daignas écouter mes ferventes prières
Et tu voulus m'apprendre à tracer au dehors
Les fluides gazeux et les fibres du corps !

Voilà qui méritait déjà d'être copié tout au long; mais la note qui accompagne ce passage est plus curieuse encore, particulièrement en ce qu'elle révèle sur l'histoire de la plessimétrie un fait historique de la plus haute importance. « Pendant un demi-sommeil, un léger prurit (quelque puce, sans doute) porta ce médecin (l'auteur lui-même) à gratter le linge qui recouvrait la peau de la poitrine ; il en résulta un remarquable son. Ce fait le conduisit à exécuter la même action sur la toile qui était placée sur l'abdomen : un son tout aussi fort se produisit, mais le timbre en différait. » Le temps nous manque pour rechercher si ce précieux renseignement se trouve déjà dans les autres ouvrages de M. Piorry : nous serions fâché de ne l'avoir pas découvert plus tôt, pour notre agrément.

Que dire de la forme littéraire ? Les échantillons qui précèdent en donnent une idée à peu près suffisante. Pourtant, il est des traits qu'on ne peut s'empêcher de signaler particulièrement. Tantôt c'est une comparaison neuve comme celle-ci : « le lait plus savoureux que l'œuf (frais, bien entendu) ou que le miel ; » tantôt une image saisissante : « sauve le naufragé *qui se glace* et qui prie ! » ou une façon simple de dire de grandes choses : « *il arriva* (au déluge) qu'un immense naufrage... » ou encore un exemple du genre descriptif :

L'Etna lance le roc flamboyant de chaleur
Qui, *tombant sur le sol, cède à la pesanteur.*

dilatés, surtout celui de la trompe droite, qui, se dilatant bientôt à son tour, se renflait en entonnoir et venait s'insérer sur la tumeur sanguine. Cette espèce d'entonnoir pouvait avoir 6 ou 7 centimètres dans tous les sens; il communiquait avec la cavité de la tumeur sanguine par une ouverture arrondie, à bords lisses, de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres de diamètre; il contenait quelques caillots noirâtres. L'ovaire correspondant était sain. A gauche, la trompe se portait en haut et était accolée et aplatie sur la tumeur; l'ovaire n'a pas été retrouvé. Malgré l'examen attentif des parties, il est resté des doutes sur le siége primitif de la grossesse extra-utérine et sur le siége précis de l'épanchement sanguin formant la tumeur, qui n'a pas moins, comme le fait voir M. Aran, des rapports étroits, et non encore signalés, avec les autres tumeurs sanguines qui se produisent dans cette région.

Une autre femme, qui, comme la précédente, était affectée de métrorrhagie, et qui se croyait enceinte d'environ trois mois, succomba après un court séjour à l'hôpital, avec des symptômes d'une perte interne. A l'autopsie, M Oulmont (1) trouva les deux trompes développées en tumeurs du volume d'une petite orange, dont chacune contenait un petit fœtus; l'un de ces fœtus était acéphale; le kyste du côté droit seul s'était déchiré et avait donné lieu à l'épanchement sanguin trouvé dans la cavité du péritoine.

Dans un travail où les faits les plus tristes abondent, M. Passot, de Lyon (2), a fait ressortir avec force les *dangers de l'avortement provoqué dans un but criminel*, et la différence qui existe au point de vue du pronostic entre l'avortement naturel et l'avortement criminel. Autant les suites de l'un sont généralement exemptes de dangers, autant celles de l'autre sont redoutables et entraînent souvent rapidement la mort de la mère. Que ne peut-on mettre sous les yeux des personnes qui y sont le plus intéressées des récits peut-être plus propres à les garantir d'elles-mêmes que la crainte de la loi?

Les lésions les plus variées peuvent aussi être le résultat de l'ignorance de leurs coupables complices. Ils trouvent même moyen d'innover d'une façon tout à fait imprévue, comme l'a prouvé une enquête juridique (3), qui a mis à la charge d'un médecin homœopathe la mort presque instantanée d'une femme dont l'artère iliaque interne avait été ouverte par un instrument destiné à provoquer l'avortement.

Nous avons appelé l'attention (*Gazette hebdom.*, n° 7, p.93) sur un travail où M. Ramsbotham assure que, dans huit cas de rétroversion de matrice en gestation, en vidant régulièrement la vessie avec le cathéter et en évitant l'accumulation de l'urine pendant un certain temps, la matrice s'est redressée peu à peu. En France, on néglige généralement cette pratique si simple; et l'on procède tout de suite à la réduction, comme l'atteste le fait suivant, qui montre également une modification dans le procédé opératoire. Il s'agit d'une femme âgée de trente-neuf ans, arrivée au quatrième mois environ d'une sixième grossesse (*Gaz. méd. de Lyon*). Cette femme n'avait éprouvé antérieurement aucun signe de déplacement de l'utérus. Depuis une vingtaine de jours seulement, elle éprouvait de fortes coliques et une gêne dans l'émission de l'urine, qui avaient succédé à une fatigue continue en lavant du linge et à des efforts qu'elle avait faits dans la journée en le soulevant. A son entrée à l'Hôtel-Dieu on constate une rétroversion complète; le ventre est ballonné, il existe en même temps des coliques violentes, des maux de reins très forts; l'émission des urines est fréquente, souvent involontaire, peu abondante. On retire par le cathétérisme une quantité considérable d'urine, et dès ce moment il est pratiqué trois fois dans les vingt-quatre heures. La paroi postérieure du vagin relâchée forme, à l'entrée de son orifice, un bourrelet de la grosseur d'une noix; la paroi antérieure, au contraire, est tendue, et le méat urinaire est à 6 centimètres environ de profondeur. Tout le petit bassin est rempli par une tumeur arrondie d'une consistance médiocre. Le surlendemain, M. Barrier procède à la réduction. La malade est appuyée antérieurement sur les coudes et postérieurement sur les pieds, en même temps qu'elle est soutenue par deux aides. Le chirurgien introduit progressivement les doigts, puis la main entière dans le rectum, pour repousser en avant la tumeur formée par l'utérus. Mais la manœuvre étant gênée par des matières stercorales, celles-ci sont extraites et la main réintroduite. Après quelques efforts, la tumeur cède brusquement, et avec une telle violence, qu'il crut un moment à la perforation de l'intestin...... Heureusement ni l'intestin, ni l'utérus n'étaient rompus: celui-ci avait simplement repris sa place normale; les douleurs avaient disparu, et il n'était resté à la malade qu'un abattement extrême. On a continué pendant quelque temps à la sonder. La distension de l'anus avait déterminé une paralysie momentanée de ses sphincters; les évacuations sont involontaires, et les lavements ne peuvent d'abord être gardés. Injections de solutions d'alun dans le rectum; amélioration progressive, et, au bout d'une quinzaine de jours, les urines et les fèces sont expulsées avec facilité sous l'influence de la volonté. La grossesse n'a pas été interrompue.

Il est certaines notions qui, bien que sans application pratique, intéressent néanmoins au point de vue de la physiologie ou de la simple curiosité. M. West (1), voulant s'assurer jusqu'à quel point était fondée la croyance populaire que les femmes accouchent ordinairement la nuit, s'est amusé à noter l'heure de la naissance sur 2,019 accouchements, et a dressé le tableau suivant:

De onze heures du soir à six heures du matin : 780.
De sept heures du matin à deux heures de l'après-midi : 662.
De trois heures de l'après-midi à dix heures du soir : 577.

L'emploi du seigle ergoté dans les accouchements a été l'objet de plusieurs communications à l'Académie de médecine, suivies de

(1) Alexis Moreau, *Des grossesses extra-utérines*, 1853.
(2) *Gazette médicale de Lyon.*
(3) *American Journal of the Medical Sciences.* (Voy. *Gazette hebd.*, n° 2)

(1) *Assoc. Med. Journ.*

Comme le dit quelque part l'auteur, *on orne la pensée en l'écrivant en vers.* Or, il y en a de toutes longueurs, des vers, afin d'assurer la variété à l'ornement; quelques uns se distinguent même par un pied supplémentaire, comme il arrive dans certaines monstruosités par excès. Naturellement ils n'en marchent pas mieux. Tels sont ceux qui font de *dia*, dans *diaprée* et *diaphane*, une syllabe au lieu de deux. D'autres se soustraient sans façon au joug de la rime et opposent, par exemple, *ver* à *univers*, ou *fiction* à *rayons*. Il est entendu que l'intention est toujours bonne.

Nous ne dirons qu'un mot des *fragments* qui terminent le poëme, et c'est pour élever une plainte semblable à celle de tout à l'heure; ce sont des vers de jeunesse, où l'auteur a marqué d'un astérisque les endroits retouchés pour leur donner une forme plus poétique. Or, un poëte qui a souci de la postérité lui conserve les *variantes*. C'est ce qu'ont fait Racine, Boileau, Corneille, etc.; M. Piorry n'y a pas songé. Sans être d'une curiosité trop indiscrète, on aurait pourtant aimé à savoir ce qu'étaient des vers comme ceux-ci, quand ils étaient moins prosaïques.

Quelquefois la splendeur cache un pressant danger. . .
Je vois vers nos guerriers s'élancer la victoire
Qui bientôt ornera des palmes de la gloire. . .

. . . . un libéral écrit
Entourait son auteur des chaînes du proscrit. . .
Etc., etc., etc.

Mais il faut savoir faire contre fortune bon cœur. Les retouches sont d'ailleurs suffisamment agréables, et il est honnête de s'en contenter.

A. Dechambre.

MM. les professeurs Roux et Gerdy, ayant dû interrompre leurs cours pour cause de santé, deux agrégés ont été désignés pour les remplacer.— M. Richet remplace M. Roux à l'Hôtel-Dieu dans son cours de clinique chirurgicale. Les leçons ont lieu les lundi, mercredi et vendredi, à neuf heures. La visite commence à huit heures. — M. Broca remplace M. Gerdy à la Faculté dans son cours de pathologie externe. Il exposera l'histoire des luxations. La première leçon aura lieu aujourd'hui vendredi, à trois heures.

Nous nous empressons d'ajouter que la santé des deux honorables professeurs n'inspire aucune inquiétude.

rapports qui reflètent à des degrés différents les tendances nouvelles, peu favorables à son emploi considéré comme moyen de hâter la terminaison de l'accouchement, en rendant l'action contractile de l'utérus plus énergique. Rappelons en quelques mots les phases par lesquelles a passé cette substance. Depuis longtemps employée dans les différentes contrées de l'Europe et même de l'Amérique, par quelques sages-femmes, à titre de remède secret, et transmise de l'une à l'autre par une sorte de tradition, elle est devenue, à dater du commencement du siècle, l'objet de travaux d'observation très nombreux et très importants, qui ont mis hors de toute contestation sa propriété de réveiller l'action contractile de l'utérus. Pendant toute cette période, où ses propriétés s'établissent sur des bases solides, l'accusation de dangers pour la mère et pour l'enfant s'est à peine produite; son efficacité seule était vivement contestée. Mais à peine le seigle a-t-il triomphé de toutes les oppositions, que l'accusation de danger, abandonnée par les premiers opposants, se reproduit avec beaucoup de vivacité. C'est cette tendance de notre époque qu'expriment à des degrés différents un mémoire de M. Tirel et le rapport de M. Danyau (*Bulletin de l'Acad. de méd.*). L'opinion du premier est formelle et absolue; celle du second, un peu vague dans sa prudente circonspection, exprime des réserves qui semblent expresses. D'après l'auteur du mémoire, le seigle est un médicament trop dangereux pour l'enfant et pour la mère, pour qu'il soit administré parce que le travail ne va pas assez vite ou se ralentit, comme on le fait trop souvent. « En elle-même, dit le rapporteur, cette proposition est trop absolue : les fâcheux résultats de l'ergot ne sauraient être niés ; mais les bons résultats d'un usage modéré et intelligent ne peuvent être méconnus. Modifiée, la proposition peut devenir vraie, mais non comme conclusion des observations de M. le docteur Tirel, qui ne prouvent pas du tout ce qu'il s'est proposé de démontrer. » M. Danyau ne dit pas quelles sont les modifications qui la rendraient vraie. Il semble même abandonner les réserves faites plus haut, en trouvant trop exclusive, mais *parfaitement vraie*, la quatrième proposition, qui résume tout le travail de M. Tirel, savoir « que l'utilité de l'ergot de seigle n'est clairement démontrée que dans les indications qui naissent de certaines hémorrhagies ou qu'on voit surgir à l'occasion de quelques fausses couches. »

Dans un autre rapport fait dans la même séance sur un mémoire intitulé : *Observations en faveur du seigle ergoté*, par le docteur Chrestien (de Montpellier), M. Danyau fait observer que ce n'est pas, à proprement parler, un mémoire, mais un recueil d'observations, l'auteur voulant justifier par des faits et non par des raisonnements sa confiance dans un médicament qui n'a pas, suivant lui, d'influence fâcheuse sur la vie de l'enfant ni sur la vie de la mère, quand il est administré après une dilatation suffisante du col utérin. Je reconnais volontiers avec le rapporteur que plusieurs de ces observations manquent de détails importants, et que l'indication est posée d'une manière trop vague. Mais le résultat n'est pas moins digne d'attention. Sur 20 cas, le seigle ergoté n'a fait défaut que 4 fois, et son administration a été suivie de l'application du forceps. Dans un cas, l'extraction fut très difficile, et cette difficulté suffit, d'après M. Danyau, pour expliquer le résultat funeste pour l'enfant. Dans un autre, le seigle ergoté avait déterminé des contractions terribles, bien qu'impuissantes, et il n'est pas invraisemblable que l'administration de l'ergot n'ait contribué à la mort de l'enfant. Mais, en admettant qu'il y ait eu trois enfants sur vingt auxquels le seigle ergoté aurait été funeste, le résultat me paraît de beaucoup moins défavorable à celui que l'on obtiendrait par le forceps dans vingt cas d'accouchements retardés par l'inertie seule de l'utérus.

Dans un rapport sur un compte rendu intitulé : *Dix ans de pratique obstétricale dans le département de la Nièvre* (*Bulletin de l'Acad. de médec.*), par M. Maslieurat-Lagémard, M. Depaul ne se croit pas obligé aux mêmes réserves, à la même circonspection que M. Danyau, et formule nettement ses accusations contre le seigle ergoté. « Je sais depuis longtemps, dit-il, à quoi m'en tenir sur les dangers qui peuvent résulter de l'administration de cette substance, soit pour la mère, soit surtout pour l'enfant ; et, à part les indications qui naissent de certaines hémorrhagies ou que l'on voit surgir à l'occasion de quelques fausses couches, je crois que l'intérêt bien entendu des femmes n'aurait pas beaucoup à souffrir de sa suppression complète. » Son collègue M. Cazeaux, bien qu'un peu moins absolu dans sa réprobation, croit pouvoir déclarer cependant que le seigle ergoté a fait plus de mal que de bien. Ce n'est pas dans le travail dont il rend compte que le savant rapporteur a puisé les éléments de sa conviction ; car, sur 7 cas où ce remède a été administré, 6 fois il a produit l'effet désiré, le réveil des douleurs et l'expulsion d'enfants vivants. Le septième cas, à la vérité, a été des plus malheureux ; mais voyons si l'on peut en accuser le seigle ergoté, comme le fait M. Depaul.

Une femme de trente ans, faible, délicate, et à sa deuxième grossesse, est en travail depuis quarante-huit heures, les membranes rompues depuis longtemps, la dilatation complète, la tête engagée dans le détroit supérieur, mais les douleurs absentes depuis dix à douze heures. M. Maslieurat fait administrer 1 gramme de seigle ergoté en deux doses, et s'absente. Les douleurs se réveillent momentanément, mais faibles, et environ cinq heures après arrive une rupture de l'utérus qui amène la mort au bout de quelques heures, au moment où le médecin était rappelé près de sa malade. Il faut avoir des préventions bien fortes contre le seigle ergoté, pour l'accuser d'avoir provoqué la rupture de l'utérus dans ce cas, quand il est d'observation que son effet est prompt, mais bientôt épuisé. Il est vrai que M. Depaul dit avoir été témoin de deux ruptures de l'utérus, l'une survenue chez une femme en travail depuis vingt-trois heures, et quarante minutes après l'administration de 2 grammes de seigle ergoté ; l'autre après quelques heures de travail, et une heure environ après l'administration d'une pareille dose. Mais, en supposant qu'il n'y a pas eu ici une simple coïncidence, ce seraient à peu près les seuls cas de rupture de l'utérus qui pourraient être mis sur le compte du seigle ergoté, tandis que le nombre des cas de ruptures utérines et vaginales qui peuvent être sûrement attribuées au forceps en dehors même des rétrécissements du bassin est considérable. Il semble donc que, dès à présent, le seigle ergoté peut être déchargé de l'accusation de provoquer la rupture de l'utérus. Peut-on en dire autant des dangers qu'il est supposé faire courir au fœtus ? Je me garderai bien de donner à mon sentiment les caractères d'une affirmation positive contraire à celle des praticiens éminents, des observateurs habiles et consciencieux qui s'efforcent d'en restreindre l'emploi et de donner la préférence au forceps. Je me bornerai à faire observer que les caractères imprimés par l'ergot aux contractions paraissent avoir eu une grande part dans la formation de leur opinion, et que l'on semble avoir un peu trop perdu de vue les beaux travaux d'observation qui ont été produits sur ce sujet, et qui avaient paru décisifs même aux esprits les plus difficiles à satisfaire. C'est à ceux qui prétendent que la question a été mal résolue à produire des faits comparables et en assez grand nombre pour infirmer ceux de leurs devanciers. Pour en finir, je conviens volontiers que l'on fait un étrange abus du seigle ergoté, qu'on l'administre à tort et à travers, bien que les indications soient nettement définies partout, dans les ouvrages élémentaires, dans l'enseignement public, et répétées chaque année par les journaux. Qu'en conclure ? Que l'on abuserait de même du forceps, dont les indications ne sont pas mieux définies ni d'une application pratique plus facile, et les dangers seraient bien autrement graves.

JACQUEMIER.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE ANNUELLE DU 30 JANVIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

La séance s'ouvre par la proclamation des prix décernés et des sujets de prix proposés. (Voir aux *Variétés*.)

Le président, M. *Combes*, prend ensuite la parole pour rendre hommage

à la mémoire du savant illustre qui l'a précédé au fauteuil de la présidence, M. de Jussieu, et à celle du secrétaire perpétuel pour les sciences mathématiques, M. Arago, qui, pendant près d'un quart de siècle, a été l'éloquent et digne interprète de l'Académie dans ses réunions solennelles.

La séance est terminée par la lecture de l'éloge de M. de Blainville, prononcé par M. *Flourens*, secrétaire perpétuel pour les sciences physiques. (Voir n° 18 de la Gazette hebdomadaire.)

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 31 JANVIER.

Obs. *Antéversion ; — application de la sonde utérine. Mort.* (Observation de M. Broca.)

Une femme de trente-neuf ans entra à l'hôpital de Lourcine, se plaignant de douleurs hypogastriques vives qui s'irradiaient dans la région supérieure des cuisses, de troubles de la digestion, perte d'appétit, coliques fréquentes, constipation habituelle, émission des urines plus fréquente que d'habitude, etc. Le toucher vaginal me permit de reconnaître que le col était fortement porté en arrière, que la face antérieure du corps était devenue presque horizontale, et qu'il y avait, par conséquent, une antéversion très prononcée. L'examen au spéculum confirma le diagnostic. Le col fut assez difficile à embrasser ; il était assez gros, granuleux, et son orifice laissait écouler une quantité assez notable de matière glaireuse et purulente.

Pendant les trois premiers jours, la malade fut tenue au lit, et prit deux bains.

Le 8 septembre, j'introduisis pour la première fois la sonde utérine. La malade était debout, et l'instrument, dirigé par le doigt indicateur, pénétra jusqu'à une profondeur de 6 centimètres 1/4. L'introduction une fois achevée, il me fut facile de ramener l'utérus à sa direction normale, où je le maintins pendant cinq minutes. La malade n'accusa aucune douleur. Le lendemain, 8 octobre, répétition de la même manœuvre. Le 10 octobre, le cathétérisme redresseur est pratiqué pour la troisième fois, et prolongé encore pendant cinq minutes. La malade assure qu'il y a déjà, dans sa position, une amélioration notable, et qu'elle souffre beaucoup moins qu'à l'époque où elle est entrée à l'hôpital. Le 11. L'introduction de l'instrument provoque une légère douleur. Au moment où je redresse l'utérus, la malade se plaint de souffrir dans le ventre, et surtout à l'hypogastre. Je ne laisse séjourner la sonde que deux à trois minutes.

12 octobre. La malade a éprouvé quelques petites douleurs dans le ventre. L'hypogastre est légèrement douloureux à la pression. Le pouls est parfaitement calme. — Le soir, l'interne de service trouve que les douleurs abdominales sont devenues très vives. La pression de l'hypogastre les exaspère. Il y a déjà un peu de fièvre et quelques nausées (trente sangsues sur l'hypogastre).

13 octobre. L'état s'est encore aggravé. La nuit a été sans sommeil. Nausées, vomissements de matières bilieuses. Constipation. Pouls à 100 pulsations (trente sangsues, bains, etc.).

14 octobre. Les symptômes se sont amendés. La douleur abdominale est moindre, mais les vomissements persistent (onctions mercurielles sur l'abdomen).

Dans la journée il survient un léger suintement de sang par le vagin ; il ne dure que quelques heures.

15 octobre. Apyrexie complète ; les douleurs abdominales ont disparu et la palpation du ventre n'est pas pénible. Toutefois, il existe un point, situé au niveau à peu près de l'ovaire droit, où la pression provoque encore un peu de douleur. On n'y trouve, du reste, aucune tumeur appréciable. Les vomissements se sont calmés, ils ne surviennent plus spontanément, mais ils se manifestent toutes les fois que la malade avale une gorgée de tisane.

Le 17 octobre tous les symptômes inflammatoires ont disparu. La pression abdominale, même une pression assez forte, n'est plus douloureuse. La peau est fraîche, le pouls normal. Et cependant la malade est tourmentée par des accidents fâcheux dont la cavité pelvienne paraît être le point de départ. Ce sont des douleurs spontanées, intermittentes, revenant plusieurs fois par heure sous forme de crises aiguës, partant de l'utérus et s'irradiant dans tout le ventre. Les vomissements, qui sont fréquents, sont précédés d'une sensation très semblable à celle de la boule hystérique. Le toucher vaginal, le toucher rectal, permettent de constater que l'utérus est toujours en antéversion ; la pression exercée avec le doigt sur les diverses parties de cet organe n'est pas douloureuse. Enfin, la même exploration ne décèle l'existence d'aucune tuméfaction, d'aucune fluctuation péri-utérine appréciable. Cet état persiste les jours suivants et s'aggrave même en ce sens que les crises de douleurs deviennent de plus en plus fréquentes. L'estomac rejette aussitôt tous les aliments, médicaments ou tisanes administrés par la bouche. La malade maigrit et dépérit rapidement ; elle se plaint sans cesse, insomnie. Les 20 et 21 octobre. Les phénomènes précédemment décrits continuent ; l'abattement est le même ; face terreuse, traits altérés par la douleur ; pouls petit, ventre ballonné, nausées et vomissements continus douches froides dirigées sur le ventre et l'épigastre).

22 octobre. Aggravation des symptômes, prostration extrême, vomissements de matières stercorales. — La malade succombe le 23 octobre, après une longue et douloureuse agonie....

...... Les lésions trouvées à l'autopsie expliquent assez bien, suivant M. Broca, les phénomènes éprouvés par la malade depuis un an. Par suite d'adhérences anciennes le calibre de l'intestin était rétréci en deux points. De là les coliques fréquentes et une constipation habituelle. Les matières fécales cheminaient encore néanmoins, la contractilité de l'intestin grêle suffisait pour pousser les matières par le premier rétrécissement, et celle de l'anse intermédiaire suffisait encore pour lui faire franchir le deuxième rétrécissement.

Mais il est survenu une nouvelle péritonite, et l'anse intermédiaire, à son tour, est devenue adhérente dans une grande partie de son étendue. Soit par l'action mécanique de ces adhérences nouvelles, soit par l'effet dynamique de l'inflammation, cette anse intermédiaire a cessé de se contracter, et peu à peu, la sortie des matières gênée jusqu'alors, est devenue de plus en plus difficile, et enfin, totalement impossible. C'est, par conséquent, d'une manière graduelle que l'étranglement interne est survenu.

SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. NACQUART.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet huit pièces officielles : *a.* Rapport négatif de M. *Boileau Castelnau*, médecin des épidémies de l'arrondissement de Nîmes, pour l'année 1853. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Demande d'analyse relative à deux nouvelles sources d'eau minérale, situées sur le territoire de la commune de Cusset. (*Commission des eaux minérales.*) — *c.* Demande de rapport au sujet du système de désinfection proposé par MM. Raphanel et Ledoyen. (*Renvoi à la commission nommée;* M. Bouchardat, rapporteur.) — *d.* Note sur les perfectionnements à apporter dans la fabrication des barcelonnettes, par M. *Beaudelou*. (*Comm. :* MM. Poiseuille, Chailly.) — *e.* Présentation d'un appareil qui s'adapte à toutes les fontaines, et qui a pour but de rendre ferrugineuse l'eau destinée à la boisson ; les inventeurs, MM. *Dardonville* et *Moriac*, sollicitent l'approbation de l'Académie. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *f.* Paquet cacheté qu'on annonce renfermer un travail sur la pathogénie et la thérapeutique du choléra. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *g.* Note sur un mode de traitement du choléra, que M. *Rémy*, docteur en médecine à Châtillon-sur-Marne, annonce avoir employé avec succès. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *h.* Demande de rapport sur les avantages que peut présenter le *gluten de froment panifié*, que le sieur *Durand*, boulanger à Toulouse, a soumis à l'examen de l'Académie. (*Commission nommée ;* M. Bouchardat, rapporteur.)

2. M. le ministre de l'instruction publique transmet une lettre de M. *Émile Billot*, pharmacien à Besançon, sur un nouveau mode de traitement des fièvres et des névralgies. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

3. Lettre de M. *Marcel Petiteau*, qui remercie l'Académie de la médaille d'argent qui lui a été décernée.

4. Lettre de M. *Sestier*, qui annonce se porter candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (*Réservée pour la section.*)

5. Lettre de M. *Menière*, qui demande à être porté sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (*Renvoyée à la section.*)

6. Lettre de M. *Beau*, qui se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (*Renvoyée à la section.*)

7. Lettre de M. *Lavésine*, qui s'étonne qu'on ait omis le nom de Scarpa dans la discussion qui a eu lieu récemment au sujet du traitement des anévrysmes.

8. Réclamation de priorité relative à l'amygdalome, fonctionnant à l'aide d'une seule main, présenté dans la dernière séance par M. *Maisonneuve*. — Cette réclamation est adressée par M. *Blatin*, qui envoie son instrument pour servir de moyen de comparaison, et y joint une note explicative. (*Comm. :* M. Larrey.)

9. Paquet cacheté adressé par le docteur *Beauregard*, de Graville-le-Havre.

M. *Falret* demande la parole à l'occasion du procès-verbal, pour faire remarquer que la forme de folie que M. Baillarger a décrite dans son mémoire lu mardi dernier à l'Académie de médecine n'est pas nouvelle, et qu'elle a été indiquée par lui, dès l'année 1851, dans ses *Leçons cliniques de maladie mentale*, sous le nom de *folie circulaire*. M. Falret demande à lire sur ce sujet un mémoire étendu, où le diagnostic, la marche, le pronostic de ce nouveau genre de folie se trouvent décrits.

Après quelques explications échangées entre MM. Dubois (d'Amiens), Bégin, Desportes et Falret, l'ordre du jour est maintenu, et la lecture du mémoire de M. Falret remise au commencement de la prochaine séance.

Des dangers du cathétérisme utérin. — M. *Cruveilhier* donne lecture, à l'occasion du travail communiqué mardi dernier par M. Broca (voy. plus haut) d'une observation de *cathétérisme utérin suivi de mort.*

Je fus appelé, le 24 septembre dernier (1853), dans le département de l'Oise, pour une jeune femme âgée de vingt-quatre ans, que je trouvai dans un état désespéré ; elle était au dernier degré de la fièvre hectique et du marasme. Voici son histoire :

Mariée depuis cinq ans et stérile, cette jeune femme éprouvait de sa stérilité un chagrin profond qui était devenu une véritable monomanie. Elle s'imagina qu'il pouvait y avoir dans sa conformation quelque disposition organique, peut-être accessible aux moyens de l'art, qui s'opposait à la conception. En conséquence, elle pria de s'en assurer le médecin de sa famille, qui reconnut une antéversion légère de l'utérus, mais qui, n'attachant aucune importance à cette disposition, lui dit qu'il n'y avait rien à faire.

Peu de temps après, cette dame s'étant liée d'amitié avec la femme d'un jeune médecin, pria celle-ci d'en parler à son mari et consentit à se soumettre à un nouvel examen. Le jeune médecin reconnut qu'il existait un déplacement de l'utérus, lui affirma que la conception était complétement impossible dans la position vicieuse où se trouvait l'organe, et n'eut pas de peine à lui persuader de se soumettre à l'emploi d'un moyen nouveau qui faisait merveille, et qui d'ailleurs ne pouvait avoir aucune espèce d'inconvénient. Ce moyen nouveau, c'était la sonde de l'utérus, de M. Simpson, ingénieusement modifiée par M. Valleix. Il se chargea de son application.

La première introduction fut accompagnée de douleurs vives, qui retentissaient dans l'abdomen. La jeune femme fut même ébranlée dans sa confiance; elle persévéra néanmoins. Mais la douleur devenant de plus en plus vive à la suite de nouvelles introductions, le médecin lui proposa de la conduire à Paris, auprès d'un médecin bien plus habile que lui à ce genre d'opérations.

La jeune femme vint donc s'installer à Paris avec sa mère, pour se remettre entre les mains du praticien distingué dont les leçons cliniques sur la sonde utérine ont eu un si grand retentissement. Notre confrère reconnut qu'il y avait une déviation de l'utérus; il admit que cette déviation était la cause de la stérilité, et déclara que, pour y remédier, il était nécessaire d'opérer le redressement de l'organe.

L'introduction de l'instrument, dirigée par une main exercée, fut beaucoup moins douloureuse que celle opérée précédemment; mais malgré les recommandations du médecin, il fut impossible à la jeune dame de conserver la sonde utérine à demeure au delà de plusieurs heures; elle fut en effet presque immédiatement prise de malaise épigastrique, de nausées, de ballonnement du ventre, d'angoisses qui l'obligèrent à retirer l'instrument. Dès cette première application, la santé générale de cette jeune dame, qui n'avait pas été notablement troublée par les tentatives antérieures (à ce point que la veille de son départ pour Paris, elle était allée à un bal où elle avait beaucoup dansé), dès cette première application, dis-je, avec séjour de la sonde pendant plusieurs heures, les forces et l'appétit se perdirent complétement, les nuits se passèrent sans sommeil, un malaise général se manifesta. Sur les sollicitations pressantes de la jeune femme et de sa mère, le traitement fut suspendu pendant plusieurs jours.

Cependant de nouvelles introductions du redresseur furent pratiquées. Il paraît que l'introduction, par elle-même, était à peine douloureuse; mais à peine l'instrument avait-il séjourné pendant quelques instants, que l'angoisse épigastrique avec ballonnement du ventre et état nauséeux, se renouvelaient; si bien que la malade, malgré sa bonne volonté, malgré les recommandations les plus expresses du médecin, ne pouvait supporter l'instrument au delà de plusieurs heures, et le malaise général avec défaut d'appétit persistait pendant tout l'intervalle qui séparait les introductions. Enfin, après cinq introductions faites avec les mêmes résultats, la mère de la jeune femme, voyant sa fille dépérir de jour en jour, se décida, malgré les instances réitérées du médecin, à laisser là le traitement, et à ramener sa fille chez elle. Son séjour à Paris avait été d'un mois.

Il y avait cinq semaines seulement que la jeune malade était rentrée dans sa famille, lorsque j'ai été appelé. Or, voici ce qui s'était passé pendant les cinq semaines, d'après le récit très circonstancié du médecin aux soins duquel elle a été confiée.

A l'arrivée de la malade, il constata tous les symptômes locaux et généraux d'une métro-péritonite, caractérisée par le ballonnement du ventre et une douleur hypogastrique très vive. Le toucher causait beaucoup de douleurs; l'utérus était plus volumineux que de coutume, placé en antéversion comme avant le traitement par le redresseur, et d'une sensibilité telle que le moindre soulèvement de cet organe arrachait des cris à la malade. Quant à l'état général : altération profonde des traits, angoisse épigastrique, nausées, efforts de vomissements, vomissements verdâtres, prostration extrême, fréquence très grande et petitesse du pouls.

L'état de l'abdomen parait s'amender sous l'influence de l'application réitérée de sangsues et des cataplasmes émollients; mais l'état général s'aggrave de plus en plus; l'amaigrissement fait des progrès rapides; la fréquence et la petitesse du pouls augmentent, état d'angoisse épigastrique permanent, épuisement complet des forces. Tout espoir de guérison est enlevé quand je suis appelé. Voici ce que je constatai :

Marasme presque au dernier degré; pouls filiforme à plus de 120; épuisement complet des forces; état de nausées permanent; l'abdomen est déprimé; l'épigastre est à peine sensible à la pression. Il n'existe donc aucune trace apparente de péritonite.

Le toucher me fit reconnaître une antéversion de l'utérus. Le bout du doigt promené d'avant en arrière, le long de la paroi antérieure du vagin, ressent la face antérieure de l'utérus dans toute sa longueur. L'orifice du museau de tanche est fortement porté en arrière. L'utérus est sensible au plus léger contact. Mais d'ailleurs son volume ne me paraît pas notablement plus considérable que de coutume. La malade était dans un tel état de faiblesse, que je n'ai pas cru devoir explorer l'utérus et l'excavation du bassin par le toucher rectal.

Ne pouvant me rendre un compte suffisant de la fièvre hectique, bien évidemment symptomatique, par l'état actuel de l'abdomen, j'explorai la poitrine, et je ne trouvai que quelques râles muqueux dans le sommet du poumon droit, mais d'ailleurs aucun signe de tubercules.

Appelé de nouveau auprès de cette malade, je m'y rendis le 1er octobre; je la trouvai à l'agonie. Elle mourut, en effet, pendant la nuit. L'ouverture n'a pas été faite.

Tel est le fait que j'ai eu l'occasion d'observer, fait incomplet, sans doute, puisqu'il n'y a pas eu d'autopsie qui constate positivement les lésions locales; mais, quelque incomplet qu'il soit sous le rapport de l'anatomie pathologique, il m'a paru assez complet sous le rapport clinique, pour qu'on puisse en conclure, d'une manière positive, que les accidents et la mort, dans ce cas, ont été la conséquence de l'introduction et du séjour de la sonde dans la cavité utérine.

Je demande la permission de faire suivre cette observation de quelques réflexions qui, d'ailleurs, ne sont que le développement de celles qui ont été déjà présentées dans la dernière séance par MM. Velpeau et Moreau dont je partage entièrement la conviction à cet égard.

M. Cruveilhier présente ensuite quelques réflexions tendant à établir : 1° que le cathétérisme utérin n'est pas toujours inoffensif; 2° qu'il ne peut remédier à une déviation de l'utérus; 3° que cette déviation, dans les cas de vacuité de l'organe, ne constitue pas un état morbide; 4° qu'elle n'est pas une cause de stérilité.

Discussion.

M. *Gibert* remercie M. Cruveilhier de l'excellent travail qu'il vient de lire, et vient ajouter un fait à ceux déjà connus relativement aux dangers de certaines médications appliquées au col utérin. Il s'agit d'une jeune femme de sa connaissance intime, qui a été rapidement enlevée par des accidents de métro-péritonite rapidement développés après une application du fer rouge sur le col utérin.

M. *Velpeau* pense que la question est une des plus graves qui puissent se discuter devant l'Académie. Il s'est borné, dans la dernière séance, à dire quelques mots sur ce sujet parce qu'il avait pensé que la discussion s'ouvrirait plus tard sur le rapport. M. Velpeau ne veut pas être solidaire des opinions qui viennent d'être émises. Si l'on a dit trop de bien de l'emploi de ces moyens, il ne faut pas aujourd'hui tomber dans l'excès contraire. Le cathétérisme, chez l'homme, est une chose bien simple, et cependant il arrive qu'un malade sondé, même sans difficulté, succombe le lendemain; faut-il y renoncer pour cela? Personne n'a dit que le cathétérisme utérin dût être toujours innocent; il y a des femmes qui ne peuvent le supporter en aucune façon. Aujourd'hui je serais presque tenté de défendre ce moyen. Beaucoup de personnes voudraient sans doute prendre la parole sur ce sujet : il conviendrait de remettre la discussion après la lecture du rapport.

M. *Huguier* blâme M. Cruveilhier d'avoir intitulé son observation *Cathétérisme utérin suivi de mort*. Il s'agit ici d'un cas de mort déterminé par le séjour du redresseur dans l'organe. Le cathétérisme utérin fait avec la douceur qu'on doit y mettre, ne détermine pas d'accidents. Au contraire, M. Cruveilhier a trois fois raison quand il signale les dangers de l'application du redresseur; mais il y a une grande différence entre l'exploration de l'organe et le séjour du redresseur dans l'utérus.

M. *Bégin* propose de renvoyer à la commission chargée d'examiner le travail de M. Broca, l'observation de M. Cruveilhier, et de réserver la discussion approfondie sur cette question pour le moment où le rapport même sera discuté.

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Du nitrate de plomb employé comme désinfectant.* — M. *Bouchardat* donne lecture d'un rapport sur l'eau inodore et désinfectante de MM. Raphanel et Ledoyen. (*Comm.* : MM. Bussy, H. Gaultier de Claubry, Huguier, Robert, et Bouchardat, rapporteur.) Ce liquide désinfectant a pour base le nitrate de plomb et présente la composition suivante : eau pure, 1000 gram., nitrate de plomb cristallisé, 100 gram. Avant d'entrer dans la discussion nécessaire pour arriver à des conclusions définitives, M Bouchardat reproduit textuellement le rapport lu par M. Huguier sur le même sujet dans la séance du 18 juillet 1850, et dont voici les conclusions : 1° le liquide de MM. Raphanel et Ledoyen jouit à un haut degré de la propriété désinfectante dans les circonstances où il a été employé; 2° mis en contact avec des objets susceptibles de fermentation putride, il prévient cette fermentation; 3° employé à dose convenable et suffisamment renouvelée, il peut conserver les pièces anatomiques susceptibles de putréfaction. — Ces conclusions, dit M. Bouchardat, sont certainement à l'abri d'objections comme représentant le résultat d'expériences exécutées avec soin, mais avant de se prononcer, l'Académie doit pouvoir préciser la part d'invention qui appartient aux auteurs; elle doit prévoir, autant que faire se peut, les inconvénients ou les dangers des moyens préconisés; elle doit enfin, descendant dans le détail des applications, rechercher si d'autres agents ne seraient pas mieux appropriés à des cas spéciaux bien déterminés. Abordant la première question, M. Bouchardat se demande s'il y a quelque chose de véritablement nouveau dans les applications que MM. Ledoyen et Raphanel ont faites du nitrate de plomb comme agent des désinfections. Il pense que l'on doit reconnaître que deux autres sels de plomb, l'acétate neutre et l'acétate tribasique sont depuis longtemps journellement employés en chirurgie et remplissent utilement toutes les indications attribuées au nitrate de plomb; aucun fait bien précis ne démontre la supériorité du nitrate sur les acétates. Déjà des tentatives avaient été faites pour faire entrer le nitrate de plomb dans le domaine de la thérapeutique chirurgicale; il figure dans la pharmacopée de Van-Mens; il intervient comme corps actif dans la préparation qu'il désigne sous le nom de *Baume de plomb*. Quoi qu'il en soit, il est juste de reconnaître que MM. Ledoyen et Raphanel ont insisté avec raison sur l'action désinfectante du nitrate de plomb dans le pansement des plaies. Passant ensuite aux applications du nitrate de plomb comme désinfectant, M. Bouchardat, la considère successivement dans les conditions principales où les désinfectants sont et peuvent être employés. Il examine ses applications dans les amphithéâtres d'anatomie, dans les casernes, dans les hôpitaux et enfin dans tout ce qui se rapporte à la question des latrines et des vidanges.

Tous les chimistes savent avec quelle rapidité des linges imbibés de la plupart des solutions métalliques s'emparent de l'hydrogène sulfuré répandu dans des espaces confinés. C'est pour remplir ces conditions qu'on emploie journellement dans nos amphithéâtres la solution de chlorure de zinc. M. Bouchardat est d'avis avec la commission dont il est l'organe, que l'emploi du chlorure de zinc est préférable à celui du nitrate de plomb, en ce qu'il est plus économique, tout aussi efficace pour détruire l'odeur fétide et s'opposer aux progrès de la fermentation putride et en ce que le sulfure qui se produit avec le sel de zinc est blanc, tandis que le sulfure formé avec le sel de plomb est noir. Enfin le sel de plomb possède des propriétés toxiques insidieuses contre lesquelles il est bon de se tenir en garde et qui doivent faire hésiter avant d'en prescrire l'emploi général dans les casernes ou dans les hôpitaux, où l'encombrement développe des miasmes fétides. Certes il est de beaucoup préférable de combattre les dangers de l'encombrement par une ventilation réglée d'après le nombre de personnes réunies dans un espace confiné et aussi d'après les conditions de maladies diverses, que par un agent qui se borne à faire disparaître l'odeur qui peut nous avertir d'un danger plus réel que celui auquel on obvie. Dans quelques conditions spéciales, les lotions opérées avec les chlorures de chaux ou de soude paraissent préférables à la solution d'azotate de plomb.

Parmi les causes d'incommodité des habitations communes, parmi les embarras de la salubrité d'une grande ville, il faut placer en première ligne la question des latrines et des vidanges. Tout ce qui tend à faire disparaître les inconvénients inhérents à ce sujet devra être accueilli avec intérêt ; mais il ne faut pas oublier qu'à côté de la question d'incommodité, il en est une que l'administration supérieure doit prendre en très sérieuse considération, c'est celle de l'application la plus profitable de l'engrais humain au progrès de l'agriculture. Si les grandes villes consomment les produits de la terre elles doivent faire tout ce qui est possible pour ne pas perdre les engrais qui en augmentent la fécondité. Dans les villes d'une population modérée, au centre d'exploitations agricoles progressives, la question de l'engrais doit dominer et il n'y a rien de mieux à faire que ce qui se pratique si utilement dans plusieurs localités du département du Nord. Mais, dans des cités immenses comme Paris, la nécessité de la désinfection ne saurait être mise en doute ; à quel procédé doit-on alors accorder la préférence ? Dans la pensée du rapporteur, avec les habitudes des populations aisées, les matières des fosses d'aisances sont de jour en jour plus étendues d'eau et comme il n'existe pas de bons moyens d'utilisation de ces liquides étendus, dans la majorité des cas, il sera préférable de séparer les solides des liquides, d'écouler immédiatement ces derniers par les canaux des eaux ménagères, qui doivent partir de chaque maison pour conduire à l'égout le plus voisin et de désinfecter immédiatement les solides en les mélangeant à mesure de leur production avec des schistes carbonisés, des terres calcinées, mêlées de poussière de charbon. Mais avant l'adoption définitive de cette méthode, que le rapporteur regarde comme la plus convenable, quels sont, dans les conditions spéciales d'une grande cité, les moyens qu'on doit préférer pour désinfecter les liquides et les matières solides des fosses d'aisances? La solution de nitrate de plomb exerce une action prompte et complète, mais son prix élevé, son action toxique, lente et insidieuse, la couleur foncée du sulfure de plomb ont empêché l'adoption générale de ce moyen de désinfection. Cette dernière raison, qui cependant est la moins importante, a fait préférer le chlorure de zinc, qui donne d'ailleurs les meilleurs résultats quand il n'est point employé avec parcimonie. Si l'on ne s'arrête pas à la coloration du sulfure produit, une solution de sel de fer au maximum, ramenée autant que possible à la neutralité, réunit les conditions d'économie et d'efficacité.

Discussion.

M. *Malgaigne*.—C'est une question bien grave que celle qui vient d'être soulevée devant l'Académie. J'ai écouté le rapport de M. Bouchardat avec attention; j'attendais des faits positifs en grand nombre; j'ai été très étonné de voir formuler au rapporteur des conclusions aussi absolues sans qu'il ait cité d'expériences. M. Ledoyen a essayé dans mon service, à l'hôpital Saint-Louis, la solution de nitrate de plomb dans le pansement des plaies fétides, gangréneuses, avec un succès complet. Le nitrate de plomb est un bon désinfectant ; je ne sache pas que l'acétate de plomb ait jamais été employé comme désinfectant. Quant aux chlorures, ce sont des *infectants* et non des désinfectants. Il y a un autre point de la question qui mérite aussi d'être examiné, celui qui a rapport aux latrines et aux vidanges. On a dit que le nitrate de plomb était trop cher ; M. Ledoyen a offert son nitrate de plomb à un prix inférieur à tout ce qu'on emploie. Il a été mis en rapport avec la plus grande société de vidange de Paris, et il a fait de nombreuses expériences. Les expériences faites sur des matières récentes ont bien réussi; il en a été de même d'ailleurs avec les autres désinfectants. Avec des matières plus anciennes, *de plus haut goût*, ni le désinfectant de M. Ledoyen ni aucun autre n'a pu réussir, et la chimie, je crois, y est impuissante. M. Ledoyen prit, à l'hôpital Saint-Louis, des matières dans diverses fosses; il alla lui-même en demander des plus fétides à des entreprises de vidange. Ces matières, de trois variétés différentes, furent réparties dans trois baquets. Avec celle du premier baquet, l'action du nitrate de plomb fut très efficace et presque instantanée. A peine avait-on versé une petite quantité de la solution que toute odeur disparaissait. Avec les matières du second baquet, il n'en fut pas tout à fait ainsi ; il fallut le double, le triple de la liqueur ; l'odeur s'affaiblit, mais il en resta quelque chose. Quant au baquet n° 3, c'est en vain qu'on épuisa une quantité considérable de liquide, l'odeur persista dans toute son intensité. La théorie de ces faits repose sur ceci : deux gaz luttent contre l'odorat humain dans les vidanges, l'ammoniaque et l'acide sulfhydrique ; qu'on les détruise, et alors la désinfection sera complète. M. Bouchardat dit que, dans les désinfections prescrites, on ne verse pas assez de liquide ; mais il y a des inspecteurs de police chargés de veiller à cela. Voici ce qui arrive : la désinfection est complète au moment où elle se fait ; mais plus loin, à deux cents pas de là, les liquides épanchés sur la voie publique redeviennent fétides, Quelle explication la chimie peut-elle donner de ces faits ? Il y a dans les matières des fosses d'aisance autre chose que ces deux gaz dont la chimie signale la présence. La chimie n'en peut rendre compte et ne peut combattre ce quelque chose. Je déclare qu'il y a, et je prie mon collègue le professeur d'hygiène de s'en assurer, il y a des fosses *indésinfectables;* aucun des procédés connus ne peut y suffire si, par exemple, des choux pourris y ont été jetés ; on ne les désinfectera pas. Les fosses des casernes sont plus difficiles à désinfecter, parce qu'elles renferment des matières végétales. Je déclare que les conclusions du rapport ne sont pas supportables en face des faits qui sont connus.

M. *Chevallier* demande à ce qu'on reporte au premier applicateur, à Mazurier, de Strasbourg, l'honneur d'avoir le premier employé les chlorures comme désinfectants ; Labarraque n'est venu qu'après. Je ne puis partager, dit-il, les opinions émises par M. Malgaigne. Il est venu nous dire que les désinfectants ne désinfectent pas ; ils désinfectent quand le liquide est en quantité convenable, et qu'il a été convenablement mélangé aux matières par l'agitation. Pour moi, l'acétate de plomb, comme le nitrate de plomb, agiraient et réussiraient. Pour les opérations qui se font en vidange, on ne peut pas se servir du nitrate de plomb, à cause de la coloration noire qu'il communique aux matières et aux liquides ; on verrait les liquides désinfectés couler sur le pavé entièrement semblables à de l'encre. C'est une raison à peu près analogue qui a fait rejeter le sulfate de fer, auquel aucun autre sel métallique ne peut être comparé pour le bon marché. Jamais désinfection ne pourra être faite au même prix qu'avec le sulfate de fer. Ce sel, en effet, peut être obtenu au prix de 10 centimes le kilogramme, tandis que le nitrate de plomb ne coûte pas moins de 0,90 à 1 franc. Je crois, quoi qu'en ait dit M. Malgaigne, qu'on ne peut faire autrement que de conclure que le nitrate de plomb est plus coûteux. Il est bien vrai, comme l'a avancé M. Malgaigne, qu'il y a des fosses qui, après avoir été désinfectées, conservent une odeur *sui generis;* mais il n'est pas vrai de dire que la chimie ne possède aucun moyen de détruire cette odeur fétide. M. Payen a fait les plus belles recherches sur ce sujet ; avec le charbon pulvérisé, il n'est pas de matières ou de fosses qui ne puissent être désinfectées. Quant aux désinfections prescrites par les règlements de police pour les liquides qui doivent être répandus sur le sol des rues, elles sont faites bien ici, mal ailleurs ; c'est ce qui explique l'odeur qu'on remarque quelquefois lorsque ces liquides s'écoulent dans les ruisseaux. Le nitrate de plomb est un bon désinfectant, mais il y en a de meilleurs. Le chlore réussit bien; mais en excès, il offre des inconvénients. En finissant, je dirai un mot à M. Bouchardat : dans un pays comme le nôtre, il est regrettable que les urines soient perdues pour l'agriculture.

M. *H. Gaultier de Claubry*. — M. Chevallier a réclamé pour Mazurier la priorité de l'application du chlore à la désinfection ; à mon tour, je réclamerai pour Salmon la priorité de l'emploi du charbon pulvérisé. M. Malgaigne a dit que la chimie était impuissante à découvrir comme à détruire toutes les causes des émanations fétides. Je crois qu'en ceci il s'est trompé. M. Malgaigne a rendu service à la discussion en venant dire qu'il y avait d'autres composés que l'ammoniaque et l'acide sulfhydrique dans les matières des vidanges, qui pouvaient être des causes d'infection et d'insalubrité. Ces matières, désinfectées par l'absorption de l'ammoniaque et de l'acide sulfhydrique, contiennent encore des matières organiques susceptibles de se décomposer et de donner naissance à des gaz fétides. Quant aux sels de plomb, ils n'agissent que par leur base ; par conséquent, il est indifférent de se servir d'acétate ou de nitrate. Pour ce qui est de l'emploi de la solution de nitrate de plomb dans le pansement des plaies, il y aura seulement lieu d'examiner s'il y a ou s'il n'y a pas innocuité à mettre de l'acide nitrique plus ou moins étendu en contact avec les plaies. Jamais M. Ledoyen, quelque procédé qu'il emploie, ne pourra donner avec l'acide nitrique, un sel de plomb au prix de l'acétate. A dose d'oxyde de plomb égale, l'acétate de plomb donnera des résultats aussi satisfaisants que le nitrate.

M. *Moreau*, sans vouloir entrer dans le fond de la discussion, fait ob-

server combien est fondé le regret exprimé par M. Chevallier au sujet de la perte des urines; mais il trouve, à l'utilisation des urines, de grandes difficultés : le prix de revient rendu très élevé par les transports.

M. *Michel Lévy* : Je laisse de côté ce qui a rapport au pansement des plaies et le point de vue chimique de la question qui nous occupe. Je veux prendre le sujet à un point de vue plus large. Lorsqu'il s'agit d'atmosphère confinée, la question est complexe; des agents nombreux et variés peuvent être répandus dans l'atmosphère, l'ammoniaque, l'acide sulfhydrique, l'acide carbonique, la vapeur d'eau, des matières organiques, etc. Une seule substance ne peut purger l'atmosphère; l'aération est le meilleur agent auquel l'hygiène puisse avoir recours. Dans les hôpitaux, et sous l'influence de l'encombrement, l'aération est le meilleur moyen de salubrité. En 1849, lors de l'épidémie cholérique, je n'ai pas eu recours aux désinfectants, mais à une aération bien dirigée de jour et de nuit, et j'ai obtenu, dans des salles encombrées, une atmosphère d'une grande pureté. Il ne faut pas que l'application des procédés désinfectants fasse perdre de vue l'aération.

M. *Chevallier* fait remarquer que, pour utiliser les urines, on vient de proposer un moyen analogue à ce qui se pratique pour l'extraction du sel marin des eaux qui n'en sont que peu chargées. Ce procédé consiste à faire tomber les urines, après les avoir rendues imputrescibles, sur des fagots convenablement disposés, afin de déterminer sans beaucoup de frais l'évaporation de l'eau. Presque toutes les matières que nous empruntons au sol se trouvent dans les urines, tandis que les matières solides ne contiennent qu'environ 3 pour 100 d'azote.

M. *H. Gaultier de Claubry* partage l'opinion de M. Michel Lévy au sujet de la supériorité réelle de la ventilation, comme moyen de désinfection des lieux qui renferment de l'air confiné. L'odorat peut être péniblement affecté et l'atmosphère viciée, alors qu'il est difficile d'y constater encore la présence de gaz ou de substances délétères.

M. *Bouchardat* : J'ai été chargé seulement depuis deux jours de rédiger ce rapport. J'y ai consigné seulement les résultats des expériences nombreuses qui ont été faites. L'utilisation des urines est certainement une chose qu'il faudrait adopter. Mais il faut chercher d'autres moyens quand on ne peut pas faire ce qu'il y a de mieux : or, à cause de l'eau en grande quantité mélangée aux liquides des fosses d'aisance, l'emploi économique de ces liquides est une chose difficile. Quant aux espaces confinés, je bannis toute espèce de désinfectant; c'est à l'aération qu'il faut recourir. Il y a, dans ce qu'a dit M. Malgaigne, un point qui est juste; je n'ai peut-être pas rendu à M. Ledoyen la justice qu'il mérite. M. Malgaigne a avancé que l'acétate de plomb ne désinfectait pas; oui, cela est vrai, parce qu'on se sert généralement d'une solution trop étendue. Une solution de nitrate de plomb réglée et concentrée est préférable, et je suis prêt à rendre à cet égard à M. Ledoyen la justice qui lui est due.

M. *Malgaigne* demande à M. le rapporteur s'il connaît quelques expériences faites au sujet de la désinfection des plaies gangréneuses par l'acétate de plomb. Pour lui, il n'a jamais entendu dire que l'acétate de plomb fût un désinfectant, et, à cet égard, il déclare qu'il n'admet pas de dires théoriques, mais qu'il faut des expériences. L'action du nitrate de plomb, au contraire, lui paraît bien démontrée.

M. *Michel Lévy* demande qu'on se borne à dire que le nitrate de plomb réussit dans la désinfection des plaies, sans établir de comparaison avec l'acétate de plomb, qui n'est pas en procès.

M. *H. Gaultier de Claubry* a vu, en 1809, M. Boyer employer l'acétate de plomb avec succès dans le pansement de plaies extrêmement fétides.

M. *Malgaigne* ne nie pas l'action de l'acétate de plomb, mais il ne veut pas qu'on établisse de comparaison entre lui et le nitrate de plomb, attendu qu'aucun fait ne permet d'apprécier leur différence d'action.

Ici la discussion dégénère en un débat confus et animé; les interpellations se croisent de tous côtés, sans que la question paraisse faire un pas vers une solution. Enfin, grâce surtout à M. Bégin, qui vient proposer de nouvelles rédactions pour les conclusions, le calme paraît se rétablir, et les conclusions nouvelles sont adoptées après une discussion très vive sur chacune d'elles. La dernière conclusion est adoptée avec une modification de rédaction proposée par M. Malgaigne.

Conclusions (*modifiées après discussions*) : 1° M. Ledoyen a insisté avec raison sur l'action désinfectante de la solution d'azotate de plomb, mais la supériorité de ce liquide sur les solutions d'acétate de plomb n'est établie sur aucun fait précis.

2° Dans les amphithéâtres d'anatomie, pour conserver les cadavres, l'emploi du chlorure de zinc comme désinfectant est préférable à celui de la solution de nitrate de plomb.

3° Dans les casernes, dans les hôpitaux, pour combattre les inconvénients de l'encombrement, une ventilation bien réglée est préférable à l'emploi de l'eau de MM. Ledoyen et Raphanel, qui ne serait pas sans dangers.

4° Quant à la désinfection des vidanges, le nitrate de plomb n'a pas d'avantages sur les sels employés jusqu'ici, et il est inférieur à la plupart, à raison de son prix et de la couleur noire qu'il imprime aux matières.

La séance est levée à cinq heures et demie.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies du sein et de la région mammaire, par A. VELPEAU.—Un vol. in-8° de XIX-727 pages, avec 8 planches. Paris. 1854; chez Victor Masson, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

L'étude pathologique de la région du sein recèle des difficultés égales pour le moins à son importance. Ce n'est pas à cause des affections toutes spéciales qui lui sont propres; une pratique un peu étendue apprend bientôt à en tenir compte. Ce n'est point, non plus, en raison du nombre même et de l'extrême variété de ces maladies: à ce point de vue l'intérêt du problème s'accroît, au contraire, en proportion des données qu'il soulève; et pour être complet un auteur n'a qu'à le vouloir sérieusement. Mais une circonstance particulière vient, dès qu'il s'agit de la mamelle, en travers du plan le mieux ordonné, le plus riche en matériaux. Depuis longtemps les chirurgiens ont placé dans la glande mammaire le type du cancer; et les fréquentes invasions qu'il y multiplie, la facilité d'y étudier sa marche et ses formes, l'accès qu'il livre là aux diverses méthodes opératoires, tout justifie cette sorte de confusion dont pas un écrivain n'a cherché à se défendre. Aussi, sur ce terrain, voit-on la pathologie générale côtoyer forcément, à chaque pas, la clinique la plus jalouse de ses privilèges. A la suite d'un diagnostic local, on se trouve conduit à déterminer la nature primitivement locale ou diffuse du cancer. Après avoir tracé les règles pratiques de l'extirpation du squirrhe, il faut rechercher à quel point les chances de récidive pourront être par là modifiées. Les prétentions de la microscopie moderne, les décourageants pronostics de Boyer et de M. Cruveilhier, les promesses des possesseurs d'arcanes contre la repullulation du mal, réclament à chaque instant un examen approfondi, au milieu des passages même où l'auteur sent le plus vivement le besoin de se renfermer dans la description des faits de détail. Sous le poids de telles exigences, contraint de céder à ces empiétements, que l'usage impose, que l'intérêt de l'œuvre commande, faut-il s'étonner si tant de médecins, et des mieux placés pour la terminer heureusement, avaient jusqu'ici reculé devant l'étendue d'une pareille tâche?

Aussi, hors quelques monographies dictées par l'une de ces circonstances qui n'admettent ni réflexions, ni retard, la science manquait-elle jusqu'à ce jour d'un traité complet sur ces maladies, les plus capables cependant de déconcerter le praticien, et de porter à sa réputation un coup mortel si, faute d'avoir su discerner leurs espèces, leurs nuances, il expose son pronostic au démenti que l'événement, en pareil cas, lui donne souvent dès le lendemain. Parmi les hommes les mieux doués pour mener à bien un semblable travail, l'opinion désignait depuis longtemps M. Velpeau. A l'écrivain judicieux que l'enseignement et l'application ont tour à tour illustré, il appartenait plus qu'à personne de naviguer entre les deux écueils qui naissent ici du sujet même, et qu'il eût été aussi inopportun d'éviter tout à fait que d'aller toucher trop en plein. Lui seul peut-être, rompu aux infinis labeurs d'une clinique qui veut et sait se tenir au niveau des progrès contemporains, pouvait à la fois décrire sans être sec et dogmatiser sans devenir nébuleux. Comprenant à merveille les mille exigences du programme qu'il acceptait, le chirurgien de la Charité n'en a éludé aucune. Chaque maladie du sein est successivement dépeinte dans sa séméiologie propre, puis dans les conséquences que son étude fournit à l'élucidation des problèmes d'un ordre supérieur, relatifs à la distinction de ce genre d'affections en bénignes et malignes. A force d'ordre et de concision, l'auteur a donc pu comprendre dans cet

unique volume deux livres distincts ; et le lecteur, d'abord étonné, y trouvera non sans reconnaissance, à côté des préceptes positifs dont il a besoin pour l'application journalière, la clef des discussions que l'essence et la modalité du cancer ont suscitées parmi les pathologistes transcendants de notre époque.

En faisant ainsi connaître l'esprit qui a présidé à la rédaction de cet ouvrage, nous ne nous dissimulons point que nous doublons les difficultés de l'analyse à laquelle il a droit de notre part. On peut toujours, quelque abondant, varié, complet que soit un plan, le suivre dans ses divisions, et indiquer au moins la substance des chapitres en lesquels chaque partie se décompose. Mais comment compter des aperçus qui surgissent à chaque page, des généralisations engendrées par la plus humble question de détail, des controverses toujours utiles, toujours à leur place ; mais dont la place occupe les interstices des exposés graphiques les moins faits, au premier coup d'œil, pour y donner lieu ? Ces savants corollaires, que le sens profond de l'auteur déduit d'observations sans portée pour tout autre esprit, ont pris une telle extension dans le *Traité des maladies du sein*, qu'il faut renoncer à en donner une idée même imparfaite. Ne pouvant initier le lecteur à cette source d'instruction, il nous suffira de lui avoir fait pressentir le profit assuré qu'il réalisera en y allant puiser lui-même.

Réduit à esquisser l'ordonnance générale d'un édifice dont chaque compartiment mériterait l'examen le plus attentif, nous le ferons en peu de mots : maladies de nature bénigne, maladies de nature maligne, voilà la division primordiale, la distinction culminante qui domine le cadre nosologique tout entier. Et les développements ultérieurs ont pour but univoque de faire que cette dichotomie puisse devenir pour le médecin une réalité dans sa pratique, comme elle est une vérité dans la sphère didactique.

La première section embrasse les maladies inflammatoires et les non inflammatoires. On connaît les belles recherches de M. Velpeau sur les diverses catégories de phlegmons et d'abcès du sein. La suppuration éprouve là, dans sa formation, dans sa migration, dans son écoulement au dehors, dans les accidents de sa rétention, des changements tels, que juger de ces conditions d'après ce qui se passe aux autres régions, serait pour le praticien la voie la plus féconde en compromettantes déceptions. L'auteur trace, au nom de l'expérience et de l'anatomie, les indications toutes spéciales à cette espèce d'abcès. Dans quel sens tendent-ils à cheminer ? Faut-il les ouvrir sitôt perceptibles ? Où, et comment s'en fera l'incision ? Les dilatants sont-ils nécessaires ? Doit-on alors suspendre la lactation ? Et la lactation préserve-t-elle des abcès ?... Questions dont aucune n'occupe en clinique un rang secondaire ; et d'autant plus ardues à éclairer qu'il s'agissait de montrer, sans répétitions fastidieuses, combien pour chacune d'elles la solution diffère, selon la classe, la variété d'abcès que l'on a en vue.

Entre les maladies inflammatoires et les non inflammatoires, n'y avait-il pas une place pour les maladies spécifiques ? Est-ce de la part de M. Velpeau une omission involontaire ou une abnégation mal justifiée, qui nous a fait chercher en vain dans tout l'ouvrage une mention sur les ulcères vénériens du mamelon et de l'aréole, si souvent contractés durant l'allaitement, si intéressants par leurs conséquences ?

Parmi les affections non inflammatoires, la contusion, les kystes, les tumeurs osseuses, les lipômes ne nous arrêteront point. Mais ici se produit le sujet favori des recherches de l'auteur, et l'objet en même temps de sa conviction la plus ferme ; ajoutons la mieux motivée. Toutes les tumeurs qui se développent dans le sein ont, sans exception, le fâcheux privilége de susciter des appréhensions aussi fortes chez les femmes qui les portent, que chez l'homme de l'art qui les examine. Partant de ce préjugé, que la plus petite, la plus indolente au début, peut devenir, si l'on tarde, un véritable cancer, on se laisse éblouir par cette préoccupation, d'autant plus fâcheuse qu'elle conduit à deux pratiques également condamnables, quoique entièrement contraires. Les uns, en effet, voyant là un cancer en germe se hâtent de l'extirper, et grossissent de cet exemple leur statistique à l'appui de la curabilité du cancer par l'opération. D'autres, qui se disent prudents, découragés par la funeste doctrine de Boyer, repoussent l'ablation dès qu'ils soupçonnent le cancer, c'est-à-dire dès qu'ils voient une tumeur quelconque, et laissent les malades en proie aux incommodités sérieuses, aux dangers possibles d'une affection qu'un coup de bistouri eût promptement et sûrement jugée.

Or, toute tumeur du sein n'est pas un cancer commençant : on le savait avant M. Velpeau. Mais ce que l'on connaissait moins, c'est le moyen de discerner dès leur origine la destinée future de ces productions, leur nature ou irrévocablement innocente ou susceptible de dégénération. Il y avait ici deux choses à faire : prouver d'abord que certaines de ces tumeurs restent indéfiniment inoffensives, puis dire à quels signes on reconnaît, et dès le début, qu'elles portent cette qualité rassurante. Si M. Velpeau peut revendiquer comme une de ses gloires les plus légitimes d'avoir créé ce diagnostic, ce ne sera pas un moindre mérite à lui de l'avoir mis dans ces pages à la portée des derniers rangs de la profession ; et sa description, si riche de faits, si sévère de déduction, des tumeurs adénoïdes, restera aussi bien dans la pratique comme un service, que dans la science comme une découverte.

Mentionnons un sujet incidemment traité par M. Velpeau sous le nom de *douleurs et tumeurs imaginaires du sein*. L'idée pourra paraître singulière, mais elle repose sur des faits malheureusement trop réels. Une pratique spéciale, en quelque genre que ce soit, a bien vite dissipé les doutes que la réflexion engendre *à priori* à cet égard ; et je sais fort bien, pour ma part, que *les malades sans maladie* forment une portion notable, et non la plus facile à traiter, de cette clientèle. Mais l'expérience, qui conduit à admettre de telles aberrations, apprend aussi à leur faire leur juste part. C'est ainsi que, à côté des douleurs sans nul fondement, nées sous une influence morale, et que « deux ou trois conversations, comme il le dit, ont complétement guéries, » M. Velpeau garde une place pour les tumeurs névromatiques, et fixe soigneusement les conditions dans lesquelles on peut en tenter l'extirpation. Quant aux tumeurs proprement dites, dont plusieurs malades et même quelques médecins affirment l'existence bien qu'il n'y en ait pas de trace, M. Velpeau donne un moyen très simple d'échapper à cette méprise : il consiste, au lieu de saisir la mamelle par les extrémités de son diamètre transversal entre les doigts qui l'explorent, à la presser doucement d'avant en arrière contre la paroi costale. On ne risque plus alors d'y trouver que ce qu'elle contient réellement.

L'importante et très complète section des affections malignes de la mamelle excitera sans doute, chez quelques médecins, un sentiment de surprise mêlé de désapprobation. Conservant l'ancienne tradition, M. Velpeau s'occupe encore de différencier le squirrhe d'avec l'encéphaloïde; accepte plutôt comme espérance pour l'avenir que comme critérium définitif les conclusions des micrographes sur la signification de la cellule cancéreuse; professe, en un mot, que le pronostic a beaucoup plus à bénéficier de la distinction des formes morbides que de l'observation des éléments histologiques.

Ce n'est point toutefois en adversaire aveugle des innovations qu'il se pose pour en discuter la valeur, mais en clinicien consommé qui n'a perdu, depuis leur avénement, ni une occasion de les débattre contradictoirement avec leurs plus ardents champions, ni une circonstance propice pour les vérifier anatomiquement. Serrant la question d'aussi près que le permet l'état présent de cette science encore naissante, il montre, par des exemples heureusement choisis, que la cellule dite cancéreuse a été décrite dans des produits qui évidemment n'ont rien de cancéreux ; que des cancers bien constatés ne contiennent point cette cellule ; que le sang des cancéreux, où l'on devrait la retrouver, n'en a offert à aucun investigateur ; que le cancroïde repullule aussi bien et dans les mêmes conditions que le vrai cancer ; qu'enfin, même en admettant la suprématie du microscope en fait de diagnostic, ses services au lit du malade n'en seraient pas moins restreints, puisqu'il y aurait certes imprudence extrême à affirmer qu'une tumeur ne renferme aucun de ces éléments, par cela seul qu'ils manquaient dans les fragments qu'on en a extraits pour les soumettre à l'analyse. C'est donc encore (sans dédaigner toutefois les données fournies par le microscope ni les taxer irrévocablement d'inanité) à la séméiologie attentive, à l'ob-

servation clinique la plus minutieuse qu'il faudra de préférence s'en rapporter pour statuer sur le degré de gravité ou de curabilité, et par suite sur les indications propres aux diverses tumeurs de la région mammaire. Dans ces limites, à supposer que l'intention de l'auteur n'aille pas au delà, nous sommes avec lui. Sans être également convaincu que la cellule appelée cancéreuse existe ailleurs que dans le vrai cancer, nous n'y voyons qu'un des nombreux caractères *nosologiques* de la maladie, et nous n'en faisons pas la règle exclusive du pronostic.

Du reste, — et le chapitre, sinon le livre tout entier, est là pour en donner la preuve, — cette prudente défiance n'implique nulle tendance dont le progrès ait à s'alarmer. M. Velpeau refuse de se laisser entraîner, mais il ne rétrograde pas pour cela jusqu'aux doctrines surannées dont le dernier mot, en diagnostic comme en anatomie pathologique, était l'assimilation des deux formes principales du cancer avec un morceau de lard ou de substance cérébrale. Loin de là, s'il décline la compétence du microscope comme unique arbitre de la nature des tumeurs, il n'en sent que plus fortement l'obligation de remplacer par le perfectionnement des signes cliniques l'arbitre dont il a récusé les droits, et ses efforts témoignent, par d'importantes acquisitions, du prix qu'il attachait à faire, sous ce rapport, succéder le précepte à la critique. Nous avons déjà dit quelle lumière ses recherches ont répandue sur la distinction entre les tumeurs malignes et les bénignes. Le même soin a présidé à la classification des diverses espèces de cancers. Le ligneux, l'encéphaloïde, le squirrheux, le fibro-plastique, le pustuleux, le colloïde, l'atrophique, celui des conduits lactés, ont chacun leur mode de progression, leur rapidité d'invasion, leurs chances de diffusion, et par suite, leur opérabilité spéciales. Sans fatiguer le lecteur par des subdivisions poussées à l'extrême, M. Velpeau traite ces différents points avec la sagacité de sa haute expérience. Il fait une catégorie à part de ces tumeurs insidieuses, mobiles et circonscrites au début, qui appellent, pour ainsi dire, le bistouri, mais qu'un chirurgien, à présent bien averti, devra au contraire se garder de toucher. Certaines espèces, par opposition, surtout parmi les squirrhes, se laissent extirper sans récidiver. M. Velpeau discute à fond cette question capitale, cite des exemples de guérison datant de quinze à vingt et vingt-cinq ans après l'opération. A ceux qui nieraient la nature cancéreuse de toute maladie qui n'a pas repullulé, il objecte, avec toute raison selon nous, son habitude de tels diagnostics. Enfin il trace, soit pour l'opération, si elle est jugée praticable, soit pour la médication palliative, si l'on est forcé de s'en tenir là, les règles les plus propres à guider, nous ne dirons pas seulement l'élève ou le jeune médecin, mais le praticien même le plus consommé.

Ce dernier ouvrage de M. Velpeau nous montre, en effet, le savant professeur sous une physionomie toute nouvelle. Ce n'est plus, tel qu'on l'avait pu juger par ses premiers ouvrages classiques, le compilateur érudit, mais défiant de lui-même, citant religieusement les moindres autorités sur la matière, mais à qui il arrivait plus d'une fois de laisser le lecteur incertain, tant sur le parti à prendre, que sur son propre jugement à lui entre ces opinions diverses. Mûri par l'habitude et les exigences de l'enseignement, d'un service d'hôpital, des luttes académiques, et, pourquoi ne le dirions-nous pas? de ces conférences confraternelles où son expérience est si fréquemment invoquée comme arbitrage souverain, il sait choisir dans chaque question les problèmes qui réclament le plus impérieusement une solution, et fait concourir à cette solution les immenses ressources d'un talent riche à la fois de ses inspirations personnelles et de ses souvenirs pratiques. Aussi l'érudition, reléguée maintenant au second rang, a-t-elle cédé le pas à l'expérience dont près de deux mille observations représentent, sur cette matière, le respectable contingent. Telle est la base inattaquable qui a servi de fondement à l'œuvre plus utile encore que brillante dont la contexture eût défié le scalpel de l'analyse la plus pénétrante, et que nous avons, par conséquent, dû nous borner à esquisser dans l'esprit général de sa conception.

P. Diday.

VI.

VARIÉTÉS.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1853 PAR L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Suite. — Voir le dernier numéro.)

Prix de statistique. — Fondation de M. de Montyon. — Trois de nos confrères ont obtenu des récompenses : 1° M. *Adolphe Lachèze*, docteur en médecine à Angers, une médaille d'argent de 200 fr. pour son « Résumé statistique et médical des décisions prises par le conseil de révision du département de Maine-et-Loire, de 1817 à 1850. » 2° M. le docteur *Ad. Bévigny* a obtenu une mention honorable pour un mémoire intitulé : « Recherches statistiques sur les conceptions et les naissances à Versailles, considérées dans leur rapport avec la population et les sexes; les années, les mois, les heures et les saisons météorologiques. » 3° Il a été également décerné une mention honorable à M. le docteur *F. Roubaud*, pour sa *Statistique médicale de la France*.

Grand prix des sciences physiques.—Dans sa séance du 22 mars 1852, l'Académie avait mis au concours, pour le grand prix des sciences physiques à décerner en 1853, la question suivante : « Faire connaître par des observations directes et des expériences le mode de développement des vers intestinaux et celui de leur développement d'un animal à un autre : appliquer à la détermination de leurs affinités naturelles les faits anatomiques et physiologiques ainsi constatés. »—Le prix a été accordé à M. *G.-L. Van Beneden*, professeur à l'Université de Louvain. Une mention honorable a été décernée à M. *Frédéric Kuechenmester*, à Zittau (Saxe). La Commission a proposé à l'Académie de joindre à cette mention une médaille de 1500 francs à prendre sur les reliquats des prix Montyon.

PRIX PROPOSÉS.

Grand prix des sciences physiques proposé en 1854 pour 1856. (*Comm.* : MM. Flourens, Duméril, I. Geoffroy-Saint-Hilaire, Ad. Brongniart, Milne Edwards, rapporteur.) : « Etudier d'une manière rigoureuse et méthodique les métamorphoses et la reproduction des infusoires proprement dits (polygastriques de M. Ehrenberg). — Le prix consistera en une médaille d'or de *trois mille francs*.

Grand prix des sciences physiques proposé en 1850 pour 1853 et remis pour 1855. (*Comm.* : MM. Élie de Beaumont, Ad. Brongniart, Constant Prévost, Flourens, Duvernoy, rapporteur.) « 1° Étudier les lois de la distribution des corps organisés fossiles dans les différents terrains sédimentaires, suivant leur ordre de superposition ; 2° Discuter la question de leur apparition ou de leur disparition successive ou simultanée; 3° Rechercher la nature des rapports qui existent entre l'état actuel du règne organique et ses états antérieurs. » — Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs*.

Grand prix des sciences physiques proposé en 1847 pour 1849, remis au concours pour 1853, et de nouveau pour 1856. (*Comm.*: MM. Flourens, Serres, Milne Edwards, Geoffroy Saint-Hilaire, Coste, rapporteur.) « Établir par l'étude du développement de l'embryon dans deux espèces, prises, l'une dans l'embranchement des vertébrés, et l'autre, soit dans l'embranchement des mollusques, soit dans celui des articulés, des bases pour l'embryologie comparée. » Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs*.

Prix de physiologie expérimentale fondé par M. de Montyon.—L'Académie adjugera une médaille d'or de la valeur de *huit cents cinq francs* à l'ouvrage imprimé ou manuscrit qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Divers prix du legs Montyon. — Il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seraient jugés les plus utiles à l'*art de guérir*, et à ceux qui auront trouvé les *moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre*. L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine et la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques.

Prix Cuvier.—L'Académie décernera, dans la séance publique de 1854, un prix (sous le nom de *prix Cuvier*) à l'ouvrage qui sera jugé le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis le 1er janvier 1850 jusqu'au 31 décembre 1853, soit sur le règne animal, soit sur la géologie. La valeur de ce prix sera de *quinze cents francs*.

Prix Alhumbert pour les sciences naturelles proposé en 1854 pour

1856 : « Étudier le mode de fécondation des œufs et la structure des » organes de la génération dans les principaux groupes naturels de la » classe des polypes ou de celle des acalèphes. » Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *deux mille cinq cents francs*.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau

ABEILLE MÉDICALE. — N° 4. Cliniques, revues et analyses.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE, février 1854. — Éthérisation dans la folie, par *Morel*, de Maréville. — Paracentèse du thorax, par *Marrotte*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE, 30 janvier 1854. — Sur l'épidémie cholérique au point de vue thérapeutique, par *Briquet* et *Goupil*. — Nouvelle méthode et nouvel appareil dit *glossocome*, pour le traitement des fractures du membre supérieur, par *Dauvergne*. — Pertes séminales guéries par la digitaline, par *Laroche*. — Abcès par congestion guéri par les injections iodées, par *Philippeaux*.

GAZETTE DES HOPITAUX. — N°s 12 à 16. Prophylaxie du choléra, par *Champouillon*. — Cliniques et analyses.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N°s 4 et 5. — Endosmose au point de vue de la médecine thermale, par *Kuhn*. — Observation de carie scrofuleuse de l'os temporal; diminution de la sensibilité tactile et gustative de la moitié correspondante de la langue, par *Fano* (extr. de la *Société de biologie*). — Étude comparative des squelettes de la main et du pied, par *Toulon*. — Serres plates contre les petites hémorrhagies, par *Delioux*.

MONITEUR DES HOPITAUX. — N°s 12 à 16. Étiologie des tumeurs fibrineuses, par *Verneuil*. — Paraplégie indépendante de la myélite, par *Abeille*.

PRESSE MÉDICALE. —1854. N°s 1 à 5. Sur la sécrétion pultacée des ulcères chancreux, par *M. Robert*. — Hydropisie enkystée de l'ovaire, guérie par une seule injection iodée, par *Arneuille*. — Cylindre médicamenteux contre la leucorrhée vaginale, par *Al. Mayer*.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — N 3. Digitale dans les affections des organes génitaux, par *Brughmans*. — L'hémorrhagie par l'oreille après une chute n'est pas toujours un symptôme mortel, par *Dax*. — Injections au nitrate d'argent contre les fistules, par *Macario*. — Ergot contre la paralysie vésicale, par *Allier*.

REVUE MÉDICALE, 31 janvier 1854. — État de la question concernant la vaccine, par *Mordret*.

UNION MÉDICALE. — N°s 12 à 16 Climat de Madrid, par *J. Gayol*. — Examen de l'aphorisme *Sublata causa tollitur effectus*, par Forget (de Strasbourg). — Cliniques.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — 1854. N° 1. Mode d'action des pessaires, par *Gillebert d'Hercourt*. — Préparations mercurielles dans le traitement du croup, par *Levrat-Perroton*. — Cautérisation destructive des amygdales à l'aide d'un instrument imaginé par M. Barrier, par *Philipeaux*. — Solution *iodo-tannique*, action coagulante sur le sang, par *Barrier*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — 1854. N° 1. Sel marin dans les fièvres intermittentes, par *Willemin*. — Nature cancéreuse de la mélanose de l'œil, par *Stœber*. Transposition des viscères reconnue pendant la vie, par *Veling*.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE, janvier 1854. — Névrome du nerf cubital; extirpation, par *Laforgue*. — Éclampsie pendant l'accouchement, par *Augé*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 2. Autopsie d'un œil cataracté, par *Cellarier*. — Fistule à l'anus traitée avec succès par les injections de *perchlorure de fer*, par *Miergues*. — Sujet porteur de six doigts et de six orteils, par *Jossel*.

ANNALES D'OCULISTIQUE DE BRUXELLES. 16e année, tome XXXI (6e série, t. I), 1re livr., 31 janv. 1854. — Suite des leçons du docteur *W. Bowman*. — Examen de la théorie de M. Thiry sur les granulations palpébrales, par le docteur *Warlomont*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE, 1854, 2e livraison. — Du diabète sucré, par *C.-J. Pellarin*. — Paraplégies essentielles, par *Macario*.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Tome XIII, n°s 1 et 2. Médecine étiologique, par *Fallot* (rapport). — Dents œillères; iodure de potassium dans les maladies saturnines, par *Hairion* (rapport). — Cas remarquable d'helminthiase, par *Van Coetsem*. — Restauration du périnée chez la femme, par *Veraege*. — Pleuro-pneumonie exsudative des bêtes bovines, par *Gaudy* (rapport). — Moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses, par *Marinus* (rapport).—Pleuro-pneumonie des bêtes bovines, par *Didot*. — Appareil pour la transfusion du sang, par *Mathieu*. — Sur le choléra qui règne en Russie, par *Everard*. — Variété de chlorures mercuriels employés en médecine, par *Depaire*.

GAZETTE MÉDICALE DE LIÉGE. — N°s 1 et 2. Leçons de clinique sur la fièvre typhoïde, par *Lombard*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N° 6 (1). Essence d'orange contre les névroses gastriques, par *Hannon*.

ARCHIV. F. D. PHYSIOLOG. HEILKUNDE, v. Vierordt, 13e année, 1er cahier. — Sur la cellule de sécrétion, par le prof. *H. Luschka*, à Tubingue (avec dessin). — Sur l'action des muscles servant à l'inspiration pendant l'expiration, et sur l'appréciation des forces élastiques des organes de respiration, par le professeur *Harless*, à Munich. — Sur les nerfs vasculaires de l'estomac et la fonction des cordons médians de la moelle épinière, par le docteur *M. Schiff*, à Francfort-sur-le-Mein. — Expériences sur l'inanition, faite sur des oiseaux, pour apprécier l'influence de la soif sur le changement des matières, par les docteurs *Ph. Falk* et *Th. Scheffer*, de Marbourg. — Sur l'utilité de la suture sanguinolente pour les plaies des enveloppes du crâne, par le professeur *Streubel*, de Leipzig. — Sur l'action du sel de Glauber, par le professeur *Buchheim*, à Dorpat.

SCHMIDT'S JAHRBUECHER, etc., herausgeg. v. Richter et Winter, vol. LXXXI, n° 2, année 1854. — Analyse des travaux, etc. — Dix-neuvième rapport sur l'hôpital des Enfants, de Dresde (1er septembre 1852,—31 août 1853), par *R. Kuttner*.

VIERTELJAHRSCHRIFT F. D. PRAKT. HEILKUNDE. Prague, XIe année, Ier vol. — Sur la topologie des sens en général et sur quelques sensations spéciales de la peau du dos sous l'influence du bain de pluie, par le prof. *Purkinje*. — Pathologie de l'urètre de la femme, par le professeur *Streubel*. — Sur l'appréciation médico-légale des plaies d'armes à feu, par *Buchner*, de Darmstadt. — Sur la syphilis des os (d'après les observations faites à l'hôpital de Prague, par le prof. Waller), communiqué par le docteur *Suchanek*. — Des organes immédiats de la vue et sur les troubles de la fonction de la vue dépendant du cerveau, par le docteur *Szokalki*, médecin de l'hôpital d'Alize-Ste-Reine, en Bourgogne. — Sur l'obturation de la veine cave supérieure, par le docteur *A. Duchek*, de Prague. — Sur l'haematométra (atrésie du vagin et de la matrice), par le docteur *B. Seyfert*. — Sur les ulcères des os (recherches anatom.), par le professeur *Engel*, de Prague. — Procédé du professeur Arlt pour guérir le symblépharon, décrit par le docteur *Kittel*, de Prague. — Recherches sur la structure du cristallin des animaux vertébrés, par *Karl Thomas* (avec 4 planches).

ZEITSCHRIFT F. WISSENSCHAFTLICHE THERAPIE, par A. Bernhardi, 1er vol. 5e cahier, Berlin. 1853. — Communications pratiques du docteur *Gentil* (1° pneumonie épidémique; 2° grippe).

Livres nouveaux.

HISTOIRE NATURELLE GÉNÉRALE DES RÈGNES ORGANIQUES, principalement étudiée chez l'homme et les animaux, par M. *Isidore Geoffroy Saint-Hilaire*, tome premier; contenant : *Introduction historique* et *Prolégomènes*. 1 volume grand in-8° de XXIV—456 pages. Paris, chez Victor Masson, 8 fr.
L'ouvrage comprendra 5 tomes; les tomes II à V seront publiés chacun en 2 parties, lesquelles paraîtront d'année en année.

LEÇONS CLINIQUES DE MÉDECINE MENTALE, faites à l'hospice de la Salpêtrière, par M. le docteur *Falret*. 1re partie : Symptomatologie générale. 1 vol. in-8° de 278 pages. Paris, J.-B. Baillière. 4 fr.

TRAITÉ DE PERCUSSION ET D'AUSCULTATION, par le professeur *J. Skoda*, de Vienne; traduit de l'allemand sur la 4e édit., avec des notes et des remarques critiques, par le docteur *F.-A. Aran*. 1 vol. in-18 de 440 pages. Paris, chez Labé. 4 fr. 50

TRAITÉ D'ÉLECTRICITÉ théorique et appliquée, par *A. de la Rive*, tome Ier, in-8° de XIV-620 pages avec figures dans le texte. Paris, chez J.-B. Baillière. 9 fr.

FRAGMENTA FLORULÆ ÆTHIOPICO-ÆGYPTIACÆ ex plantis præcipue ab Antonio Figari M.D. Musæo I. R. florentino missis; auctore *Philippo Barker Webb*. Grand in-8° de 72 pages. Paris, chez Victor Masson. 3 fr.

DARSTELLUNG DER ERSTEN ENTWICKELUNG DES CIRCULATIONS-RESPIRATIONS UND VERDAUUNGS-APPARATES (*Exposition du développement primitif de l'appareil de la circulation, etc.*), par *Engel*. Vienne, in-8. 4 fr.

DAS MIKROSKOP, seine Construction und sein Gebrauch, par *A. Hannover*. In-8, Leipzig. 4 fr.

DIE HEILQUELLEN UND BAEDER UNGARNS, SIEBENBUERGENS, etc., in medicinisch-statist. Hinsicht (*Les eaux minérales de Hongrie, etc.*), par *Lengyel* de Przemysl. Pesth, in-12. 6 fr.

PHARMAKOLOGISCH-THERAPEUTISCHE ABHANDLUNG UEBER DIE GEBRAEUCHLICHSTEN IODPRÆPARATE (*Des préparations de l'iode les plus usitées*), par *W. Bernatzig*. Vienne, in-8. 3 fr.

UEBER DIE CHYLUSGEFAESSE UND DIE RESORPTION DES CHYLUS (*Sur les vaisseaux et la résorption du chyle*), par *E. Bruecke*. Vienne, in-4. 5 fr. 50

DIE VACCINATION und ihre neuesten Gegner (*La vaccination et ses adversaires les plus récents*), par *H. Haeser*. In-8, Berlin. 1 fr. 50

UEBER LUFT IM BLUTE in pathologischer Beziehung (*Sur l'air dans le sang au point de vue de la pathologie*), par *G. Cless*. In-8, Stuttgard. 3 fr.

THE DISEASES OF THE HEART AND THE AORTA, par *W. Stokes*. In-8. 17 fr.

THE DISEASES OF THE RECTUM, par *R. Quain*. In-8, avec pl. color. 10 fr.

VETERINARY MEDICINES, their Actions and Uses, par *F. Dun*. Edinburgh, in-8. 14 fr.

PRACTICAL REMARKS ON TRACTION, for the Cure of Diseases of the Chest, par *G.-W. Blanch*. In-12°. 4 fr.

THE MODERN TREATMENT OF SYPHILITIC DISEASES, Both Primary and Secondary, par *L. Parker*. In-8, Londres.

ENCICLOPEDIA MEDICO-QUIRURGICA o sea Coleccion de las Obras mas selectas sobre la Ciencia de Curar, publicada por una Sociedad de Medicos-Cirujanos, bajo la direccion de el doctor D. Aureliano Maestre-de-San-Juan. (Sera publié en 24 livraisons; la première livraison a dû paraître au commencement de février.) Madrid, librairie Matute, calle de Carretas, n° 8. Prix de la livraison : 30 c.

Le docteur DECHAMBRE a l'honneur de prévenir ses confrères qu'il est chez lui tous les mardis soir, à partir de huit heures et demie, pour les affaires du journal.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

(1) Les n°s 1, 2, 4 et 5 de la *Presse médicale belge* ne nous sont pas parvenus.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 17 FÉVRIER 1854. N° 20.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

La GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE *devient l'organe officiel de la* SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS. *Elle publiera les comptes rendus des séances et les mémoires dont la Société aura ordonné l'impression.*

Cette publication sera faite à titre de supplément aux matières ordinaires de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. *Les numéros qui y seront consacrés comprendront 48 colonnes au lieu de 32.*

I.

Paris, ce 16 février 1854.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS ET SOCIÉTÉ DE MÉDECINE. — MOYENS DE REDRESSEMENT DE L'UTÉRUS. — PESSAIRES DE CAOUTCHOUC VULCANISÉ. — PESSAIRES SIMPSON. — FOLIE A DOUBLE FORME. — FOLIE CIRCULAIRE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — SUPPRESSION DES SALLES DE GALEUX DANS LES HOPITAUX MILITAIRES.

La question du redressement de l'utérus, infléchi ou dévié, a occupé presque en même temps deux sociétés savantes. A l'Académie, ce sont les tiges laissées à demeure dans la cavité utérine qui ont été en cause ; à la Société de médecine de Paris, ce sont les pessaires de caoutchouc vulcanisé.

Disons d'abord un mot de ce dernier moyen de traitement, qui n'est pas de nature à éveiller les mêmes préoccupations que le premier. On est généralement d'accord sur ce fait, que la présence prolongée, dans le vagin, d'une poche de caoutchouc, quelque souple qu'elle soit, suffit néanmoins pour provoquer assez fréquemment un malaise local, des douleurs sourdes dans les flancs, un peu d'écoulement, les symptômes enfin d'une légère phlegmasie. Cet inconvénient a été reconnu par M. Valleix lui-même, qui fait grand usage, comme on sait, dans les cas d'inflexion, de petites poches portées à l'état de flaccidité dans le sinus de l'angle que le col forme avec le corps, et distendues sur place au moyen d'un insufflateur (*Gazette hebdomadaire*, n° 7). Mais ces légers accidents ne sont, pour ainsi dire, qu'un diminutif de ceux qu'amenaient presque inévitablement les anciens pessaires ; et il y aurait grande injustice à jeter la défaveur sur un instrument qui vaut mieux que les autres, sous le prétexte qu'il n'est point parfait. D'ailleurs, en ayant soin de l'enlever de temps à autre quand les parties commencent à s'irriter, on finit par le rendre supportable.

Mais une raison péremptoire de ne pas s'arrêter aux inconvénients dont nous parlons est dans les services réels que rend l'instrument. On sait les vives douleurs que les

FEUILLETON.

Histoire du tabac et d'autres substances employées dans le but de se créer des sensations agréables, par M. FRÉDÉRIC TIEDEMANN (1).

De l'importance du tabac au point de vue des grands intérêts sociaux. — Découverte du tabac. — Origine du nom par lequel cette plante est désignée. — Mœurs et coutumes des Indiens. — Opinions des premiers auteurs sur les vertus thérapeutiques du tabac. — Fernando Hernandez. — Becchia, etc. — Des effets thérapeutiques que les Indiens attribuent au tabac. — Influence de l'usage de cette plante sur les habitudes de ces nations. — Ils s'en servaient pour apaiser la faim, et comme un excitant de l'imagination. — Des fumigations de tabac dans les cas d'asphyxie.

§ I. « Faire l'histoire du tabac, n'est pas, dit l'auteur, décrire une plante ordinaire, avec son rang en botanique et ses usages en médecine, c'est aborder un sujet qui se présente sous toutes les faces capables d'intéresser l'esprit humain dans ses rapports avec la religion, la médecine, le luxe et l'empire de la mode. Ajoutons encore que la tyrannie de la mode a donné à cette plante une importance nouvelle qui ne va pas à rien moins qu'à mettre en jeu les plus graves intérêts de l'agriculture, de l'industrie, du commerce et finalement du principe qui imprime à tous ces éléments sociaux le mouvement et la vie ; nous voulons parler des finances. Comment donc s'étonner si le tabac a eu le privilége non-seulement d'exercer la plume des médecins, des botanistes et des chimistes, mais encore de fixer l'attention des économistes, des financiers, des moralistes, de donner enfin une telle direction aux idées que l'imagination des poëtes a célébré les vertus de cette plante, et qu'un roi a même daigné y consacrer ses loisirs littéraires (2). »

A voir cette introduction de l'auteur, on pourrait croire que son œuvre n'aura pour but que d'ajouter quelques pages de plus à l'immense encyclopédie de tout ce qui a été fait et écrit sur le tabac, depuis les pamphlets passionnés jusqu'aux écrits sérieux : mais hâtons-nous de dire que cette œuvre se détache de celles de ses devanciers par des considérations qui non seulement intéressent l'histoire, la géographie, l'agriculture et le

(1) *Geschichte des Tabaks und anderer Æhnlicher Genussmittel*, von Friedrich Tiedemann. Francfort, chez Broenner. 1 vol. gr. in-8°, avec planches.

(2) Jacques Ier, roi d'Angleterre.

femmes ressentent au bas des reins, quand le col de l'utérus, fortement porté en arrière par une antéversion, vient appuyer sur le sacrum. On sait la constipation opiniâtre, la gêne dans la marche, qui résultent de cette position vicieuse, et tous les désordres qui s'ensuivent, flueurs blanches, hémorrhagies, dérangements menstruels, amaigrissement, etc. Or on ne peut nier que, dans la grande majorité des cas, un soulagement immédiat ne soit apporté par la simple introduction d'une poche de caoutchouc. Nous disons à dessein une *poche*, parce qu'il ne paraît pas que la forme de l'instrument influe beaucoup sur le résultat. Les pessaires à air que M. Gariel faisait fabriquer autrefois sur le modèle des anciens pessaires (il y a à peu près renoncé) ne remplissent pas beaucoup mieux que ces derniers l'indication à laquelle on les destine, parce qu'ils ne rendent pas plus facile l'emboîtement du col par la cuvette. Une simple vessie, introduite pliée, s'adapte par l'insufflation à tous les accidents anatomiques de la partie, soulève l'utérus en masse, et, en le repoussant vers un espace plus large, dégage le col et le corps lui-même des pressions auxquelles ils étaient soumis. Tous ceux qui, à la Société de médecine, ont pris part à la discussion, MM. Boinet, Briquet, Cazeaux, Debout, etc., se sont rencontrés sur ce point essentiel (1).

Venons aux communications faites à l'Académie.

Avant tout, signalons dans ce corps savant une tendance heureuse. L'Académie s'engage de plus en plus dans la voie où elle peut, le plus fructueusement pour ses intérêts et les nôtres, répondre par des actes à ces éternels reproches prodigués à tous les corps savants, à elle plus peut-être qu'à tout autre, de se complaire dans une inactive contemplation des progrès accomplis hors de son sein. Elle a depuis quelques années victorieusement repris la place qui lui appartenait de droit dans le travail de perfectionnement pratique qui caractérise notre époque. Si elle ne donne point l'impulsion, elle sait du moins, et veut surtout désormais la diriger d'une main ferme. Sans tracer de code, elle tempère à propos, par de justes sentences, tous les écarts accomplis ou projetés en dehors des limites de la prudence; et cette espèce de *législation répressive*, dont tant de récents essais lui ont fourni l'occasion de promulguer et d'appliquer à la fois les sages dispositions, a déjà rendu plus de services qu'on n'en aurait pu attendre de l'activité de chacun de ses membres, individuellement attaché à la recherche d'un objet scientifique spécial.

(1) Ceci était écrit avant la communication de M. Gariel à la dernière séance de l'Académie. Nous voyons qu'il partage nos opinions.

Cette initiative ne nous a jamais paru mieux *indiquée* que dans la question dont le docte tribunal vient d'être saisi par l'un de nos plus judicieusement actifs collègues, M. Broca. L'emploi de la sonde utérine au redressement de l'utérus fait partie de cet ordre de manœuvres opératoires sur lesquelles la raison jette d'avance une suspicion assez motivée, que l'on ne tente qu'avec une appréhension instinctive, que le zèle d'un inventeur habile peut bien mettre en faveur pour un temps, mais auxquelles on prédirait presque à coup sûr que quelque revers éclatant viendra tôt ou tard apporter des restrictions sévères. L'induction et l'expérience multiplient à l'envi les motifs de ce jugement, que la savante assemblée nous paraît à peu près unanimement disposée, nous allions dire empressée à rendre.

Et d'abord, dans une déviation de matrice (car nous en admettons, malgré M. Cruveilhier, parce que, s'il n'y a pas pour l'utérus un axe général et unique, il y a du moins un axe habituel sur chaque sujet, et que tout ce qui tend à le modifier doit être considéré comme cause morbide), dans une déviation de matrice, disons-nous, le déplacement résulte-t-il d'un engorgement qui, en augmentant le poids de l'organe, le fait incliner dans tel ou tel sens? Ou bien l'obliquité est-elle le fait primitif? Question encore litigieuse, malgré l'assurance avec laquelle d'excellents esprits admettent, et non moins exclusivement, la déviation, les uns comme cause, les autres comme effet. Mais, heureusement, le débat soulevé aujourd'hui peut se passer d'une solution précise de ce premier problème. Car quelle que soit l'origine d'une antéversion, par exemple, qu'elle s'accompagne nécessairement ou non de subinflammation des tissus, des considérations, suffisamment quoique inégalement fortes, s'élèvent, selon nous, dans l'un comme dans l'autre cas, pour conseiller la modération dans tout essai fait pour y remédier par le redressement intra-utérin.

La matrice, en effet, est-elle déjà enflammée, ou même seulement habituée aux congestions, quelle influence irritante n'exercera pas cette tige rigide qui presse sur une surface à laquelle aboutissent tant de sympathies vitales et pathologiques? Si, dès la gestation commencée, la présence d'une sonde, une injection poussée entre les membranes et le col, une simple douche d'eau qui va frapper le museau de tanche, réveillent l'éréthisme fonctionnel d'où résultent la contraction du viscère et l'avortement; si, dans le cas de leucorrhée chronique, l'injection intra-utérine a dû tomber devant l'exemple des malheurs qu'elle causait, malgré tous les adou-

commerce, mais qui font encore ressortir l'influence que le tabac et diverses autres plantes narcotiques exercent sur la santé générale, les mœurs et les habitudes. Qu'il nous suffise, avant d'aborder cet important sujet, de donner le plan du livre, de dessiner, en d'autres termes, les cases dans lesquelles l'auteur va déposer les trésors de son érudition et cette variété d'aperçus qui s'adressent non seulement aux médecins, mais aux moralistes et aux économistes politiques. Je sais qu'une pareille manière d'envisager les questions n'est pas à l'abri de la critique. Les plus indulgents se rejettent sur la méthode et l'esprit allemands. Mais comme cette forme peut se reproduire pour d'autres sujets; comme nous-même dans un ouvrage spécial, sommes tombé, nous assure-t-on, dans une faute pareille, il est bon d'exprimer de prime abord ses sympathies et ses tendances. J'avouerai donc, pour ce qui me regarde, que je m'attache de préférence à un livre qui, sous un titre spécial et en apparence restreint, est de nature à remuer le plus d'idées possibles, et dont l'auteur en s'adressant à des spécialités en réalité diverses, trouve néanmoins le talent de les fixer sur le même terrain par la multiplicité de ses recherches et la variété de ses points de vue.

§ II. L'histoire du tabac se rattache au grand événement qui marqua la fin du XV[e] siècle. Le 12 octobre 1492, Christophe Colomb abordait dans l'île de *Guanahani*, à laquelle il donnait le nom de *San Salvador*. Le nouveau monde se révélait aux compagnons du célèbre navigateur avec toutes les splendeurs de sa végétation, avec tous les éléments capables d'exciter l'intérêt et la curiosité des enfants de la vieille Europe. Ces Indiens au caractère si doux et dont la peau était d'un rouge cuivré, fixaient naturellement l'attention des Espagnols, qui, d'un autre côté, ne pouvaient assez s'étonner de les voir lancer des nuages de fumée par la bouche et par les narines. Une feuille de maïs leur servait à envelopper une *espèce d'herbe sèche* et ils en composaient un tube cylindrique dont une extrémité se mettait dans la bouche et dont l'autre était incandescente. Le cylindre qui contenait cette substance était désigné par les indigènes sous le nom de *tabaco*, qui fut distrait plus tard, comme on le voit de sa véritable signification. C'est à tort aussi que plusieurs auteurs, très recommandables du reste, ont fait dériver la dénomination de cette plante de l'île *Tabago*, dont ils fixaient la position dans le groupe des Antilles du Sud. Ce n'est pas avec plus de raison que d'autres écrivains et des navigateurs ont publié que c'est à propos de la province de *Tabasco*, dans le Mexique, visitée en 1518 par Juan Grijualva, que l'on a donné à cette plante narcotique le nom par lequel on la désigne généralement aujourd'hui en Europe et dans les deux Amériques.

cissements apportés à son application, certes un corps configuré en *levier*, et agissant comme tel, ne laisse pas prévoir, pour un degré de stimulation bien supérieur, la perspective de conséquences moins graves.

Mais, nous le voulons supposer, la déviation existe seule et sans complication; la matrice est saine, ainsi que ses annexes; le redresseur n'irritera point sa surface interne.... Oubliez-vous donc les conditions nouvelles où se trouve, par suite des nouveaux rapports de l'organe, le péritoine du petit bassin? Si le fond de l'utérus est depuis quelque temps infléchi en arrière, la séreuse qui tapisse le cul-de-sac recto-utérin s'est rétractée, de même que cela arrive dans la formation du col du sac herniaire. Et lorsque vous agissez pour ramener ce fond en avant, c'est le péritoine, devenu trop court, ce sont des adhérences qui résistent, qui supportent le principal effort des tractions. Or est-il sans danger de distendre le péritoine, de le distendre brusquement? La pathologie tout entière de l'abdomen est là pour répondre à cette question; et si l'on tient compte de l'inflammation chronique qui envahit si fréquemment, avec les déplacements anciens de matrice, la séreuse sous-jacente et contiguë, on comprendra le danger attaché à des manœuvres qui viennent jeter en quelque sorte l'étincelle phlegmasique dans une région prédisposée de longue main à s'enflammer.

L'expérience n'a que trop confirmé la justesse de ces prévisions. Métrite et péritonite démontrées, une fois par l'autopsie, une autre par les garanties séméiologiques les moins contestables, ont été, dans le cas de M. Broca comme dans celui de M. Cruveilhier, les causes de la mort. La légitimité de cette filiation, cependant, n'a pas été acceptée sans opposition. A l'Académie, comme dans la presse, on a insisté sur quelques omissions dans le texte des observations. La malade de M. Broca, a-t-on dit, portait déjà une autre lésion bien capable d'expliquer la terminaison funeste. Celle de M. Cruveilhier n'a été vue par le savant professeur que longtemps après le début des accidents!... Ces réserves sont de toute justice; et ce n'est pas nous qui voudrions refuser à l'inculpé son droit de récusation. Mais, en vérité, l'enchaînement des symptômes apprécié par des hommes tels que ceux que je viens de nommer n'éclaire-t-il pas la question d'une lumière assez vive? Ne suffirait-il pas, s'il s'agissait d'un fait auquel la polémique fût restée étrangère, pour porter la conviction dans l'esprit de tout juge raisonnable? Quand on voit, par exemple, une jeune femme danser la veille et entrer dès le lendemain, du moment où le premier redressement a été essayé, dans cette période trop longue qui se termine par la plus cruelle agonie, quels détails désirerait-on de plus pour prononcer qu'il y a eu ici autre chose qu'un rapport fortuit de coïncidence? Au nom de quelle logique invoquerait-on encore le bénéfice de circonstances atténuantes destinées peut-être à faire quelque nouvelle victime?

Ces faits ne sont pas les seuls. Deux autres, cités dans la discussion sous le couvert d'un chirurgien et d'un médecin très honorables des hôpitaux de Paris, n'ont point été démentis par eux. Et nous savons également que, sans avoir donné lieu à des malheurs aussi complets, la pratique de cette manœuvre, à Lyon, s'y est vue arrêtée par des accidents dont on s'est empressé de tenir compte comme d'un avertissement suffisamment significatif.

Faut-il donc, sous l'influence de ces désastres coup sur coup, céder à la peur ce que la raison seule a le droit d'imposer, et abandonner absolument un moyen qui, dans beaucoup d'autres occasions, s'est montré inoffensif? Non : si l'expérience actuellement réalisée doit faire désormais hésiter la main des praticiens, elle ne saurait la désarmer entièrement, surtout en présence d'un assez grand nombre de cas où le pessaire de Simpson a pu être maintenu en place cinq, six, huit, dix jours de suite sans accidents; et voici, en attendant que la prochaine discussion aide à les mieux préciser, les circonstances où nous jugerions la manœuvre indiquée. On y aurait recours :

D'abord pour l'exploration de l'utérus et de ses annexes, but principal auquel Simpson avait appliqué la *sonde utérine* dans sa première communication, en 1844.

En second lieu, pour décider du degré de réductibilité de l'utérus par les moyens mécaniques. On saura, après une seule application du redresseur, si l'organe est vicieusement *incliné* ou *retenu* par des adhérences qu'il ne serait pas sans imprudence de chercher à forcer.

Si nous conservons ces deux indications, c'est surtout parce qu'on peut y satisfaire en une seule séance. Et quel que soit, du reste, sur la question d'indications générales, le jugement définitif, les médecins agiront sagement en tenant toujours compte de ce précepte. Après une tentative, qu'elle ait ou non réduit la déviation, que ses suites aient été simples ou menaçantes, temporisez, temporisez longuement; secondez le résultat par tous les moyens conseillés pour le rendre permanent, sans prolonger au delà de quelques minutes chaque introduction du redresseur; remplacez-le par le pessaire à air placé de manière à faire basculer le col; voyez ce que

---

En 1496, Christophe Colomb, à son second voyage, laissa dans l'île d'*Hispaniola* fray Romano Pane, qu'il avait amené avec lui pour convertir les Indiens au christianisme. C'est à ce religieux que l'on doit les premiers détails scientifiques sur l'usage et l'influence du tabac. Il étudia la langue des indigènes, et décrivit d'une manière très intéressante leurs habitudes et leurs mœurs. Cette plante, dont l'emploi avait si fort intrigué les premiers navigateurs, et que les Indiens désignaient sous le nom de *Cohoba* et *gioia*, il l'appelle *Herba inebrians*. Dans quelques circonstances, ils plaçaient les feuilles de *Cohoba* sur des charbons ardents, et ils en humaient la fumée par les narines au moyen d'un long tuyau appelé *tabaco*. Il ne se passait aucune fête parmi les indigènes sans qu'ils n'aspirassent les vapeurs enivrantes du *Gioia;* ils tombaient dans un sommeil léthargique, et les rêves qui accompagnaient cet état leur donnaient l'interprétation de ce qui se passait dans l'autre monde.

Mais les usages du tabac ne se bornaient pas à ce rôle d'excitant de l'imagination; car l'auteur espagnol nous apprend que les Indiens employaient les feuilles de cette plante pour panser et soigner leurs blessures, qu'ils les mélangeaient à des substances graisseuses pour en faire des cataplasmes dans le but de soulager les parties douloureuses tuméfiées et indurées. C'est ce que nous confirment Las Cases, Gonzalo Hernandès, et Pierre d'Anghiera, cet ami de Christophe Colomb, qui eut l'inappréciable avantage de recueillir, de la bouche même du grand navigateur, d'intéressants détails sur ses voyages. L'usage du tabac n'était pas limité dans les premières îles que les Espagnols découvrirent; mais à mesure que les conquérants furent mis en rapport avec des nations plus civilisées, ils s'aperçurent que le tabac faisait non seulement les délices des simples indigènes, mais celles de leurs chefs et des monarques qui les gouvernaient. Le célèbre Montézuma, dans les détails de sa vie privée que nous raconte un témoin oculaire, fait pâlir le sybaritisme des adorateurs modernes de cette plante. Je n'en excepte pas les plus élégants et les plus à la mode; on en jugera par cette courte description :

« L'empereur Montézuma, dit son historien Bernal Diaz, avait l'habitude » de fumer après ses repas. Aussitôt que la table était desservie, de jeunes » filles, d'une merveilleuse beauté et d'une grande gentillesse, apportaient » de l'eau dans des coupes d'argent, pour que le monarque pût se laver » les mains et nettoyer sa bouche. Elles lui offraient ensuite les instru» ments dans lesquels on plaçait les feuilles d'une plante enivrante qu'elles » imprégnaient d'une liqueur aromatique. Les tuyaux dans lesquels pas» sait la fumée étaient dorés et peints des plus vives couleurs, qui repré» sentaient des hommes et des animaux. L'empereur rendait la fumée tantôt

pourra donner la cautérisation exécutée (M. Amussat) de façon à créer des brides qui fixent l'organe en place. Quoi qu'il arrive, ce premier effort de redressement pourra ensuite, sans danger, être plus tard suivi d'une série d'essais semblables, convenablement espacés eux-mêmes; car il vous aura instruit, non seulement des chances d'accidents qui peuvent accompagner la manœuvre, mais encore de ses chances d'efficacité comme agent curatif.

C'est là, en effet, un dernier point resté jusqu'ici insoluble entre les affirmations opposées, et que le débat promis aura, avant tout, à vider. La sonde, qui rend à l'utérus sa direction, peut-elle le fixer dans la situation où elle l'a conduit? Quelque multipliées qu'on les reproduise, ces réductions, si nul contentif ne vient en soutenir l'effet, ne seront-elles pas essentiellement temporaires? En un mot, le redresseur redresse-t-il? et est-ce en redressant qu'il produit les améliorations dont l'application des pessaires est fréquemment suivie? Les faits autorisent cette question, qui est d'une haute gravité, surtout lorsqu'elle s'agite comme ici à propos d'une médication dont l'innocuité est justement contestable. Il n'est pas démontré pour nous que l'avenir ne la résolve pas par l'affirmative.

Quoi qu'il en soit, nous le répétons, le premier soin du praticien sera de s'assurer d'abord si l'utérus peut être redressé au moins momentanément. En tâchant de préciser par les commémoratifs la nature de l'affection et ses complications, en examinant l'utérus par toutes ses faces, en se servant de la sonde comme moyen explorateur, souvent il parviendra à déterminer s'il n'existe pas des adhérences péri-utérines, ou un état d'inflammation sourde des ligaments larges. Dans l'un et l'autre cas, toute tentative sera proscrite, car elle échouerait doublement : quant à son effet mécanique, devant la résistance des tissus; quant à son effet vital, devant leur tendance presque invincible à subir une phlegmasie aiguë sous l'influence de manœuvres réitérées.

Hors de ces conditions, nous ne demandons pas mieux que de conserver à la nouvelle opération un rang honorable; car nous savons qu'elle a justifié déjà par des succès réels ses droits à l'obtenir. L'attention, fortement excitée maintenant, des savants appelés à la juger, fournira sans doute les données nécessaires pour fixer sûrement, et autant que possible à l'avance, ses cas d'application; et ce n'est pas nous qui nous plaindrons s'il sort de la discussion l'espoir d'étendre sans danger ses indications au delà des limites que provisoirement nous avons cru devoir lui assigner.

— Dans cette même séance, M. Falret avait commencé la lecture d'un travail sur la folie appelée par lui *circulaire*. Mais cette lecture, qui devait constituer une sorte de réponse au mémoire de M. Baillarger (voir *Gazette hebdomadaire*, nos 18 et 19), a été renvoyée à la séance prochaine, comme n'étant pas à l'ordre du jour. Elle est donc venue mardi dernier, et a provoqué une réplique de M. Baillarger. Le débat entre les deux honorables académiciens a été assez vif. M. Falret ne veut voir dans la *folie à double forme* de M. Baillarger qu'une folie *circulaire*, et M. Baillarger prétend que la folie dite circulaire, d'une part, était connue avant les travaux de M. Falret, d'autre part, est entièrement distincte de la folie à double forme.

Toutes ces distinctions ne sont qu'une dépendance, un accessoire de cette vue déjà ancienne, — car elle est, si nous ne nous trompons, dans Arétée, — que la manie et la mélancolie, sous leur diversité apparente, se tiennent par des liens étroits, et ne diffèrent pas autant qu'on pourrait le croire dans leur nature essentielle. La meilleure preuve que l'on en puisse donner, c'est qu'elles prennent souvent naissance dans des circonstances identiques, comme Pinel l'avait parfaitement remarqué, et qu'elles peuvent se succéder chez le même individu. Que savait-on de cette alliance des deux formes principales de l'aliénation? On savait que la folie est parfois intermittente; dès la première édition de son *Traité de la manie*, en l'an IX, Pinel écrivait. « On remarque dans les hospices une *manie périodique régulière*, nullement asservie aux vicissitudes de la saison..., dont les accès se renouvellent *en suivant des périodes invariables*, par une disposition interne qui ne nous est connue que par ses effets. » On savait qu'un accès de manie peut se produire accidentellement dans le cours de la mélancolie, ou un accès de mélancolie dans le cours de la manie. On savait que la mélancolie peut être jugée par un accès de manie, ou la manie se terminer par la mélancolie. On savait que la mélancolie et la manie peuvent alterner un grand nombre de fois chez le même sujet, et que cette alternative peut être régulière. Voilà ce qui est partout. Que prétendent y ajouter MM. Falret et Baillarger?

M. Falret décrit une forme d'aliénation qui consisterait en une série d'accès revenant à des époques plus ou moins éloignées (un ou plusieurs mois), et composés chacun de deux périodes, une d'excitation et une de dépression. Les deux périodes se substituent l'une à l'autre *graduellement*, sans intervalle lucide. Nous insistons sur ce point, parce que l'on

» par la bouche, tantôt par les narines, et, pendant cette opération, se » plaisait à considérer les prouesses des faiseurs de tours et des bateleurs » de sa cour. D'autres fois, il s'amusait des agaceries et spirituelles reparties de celui qui remplissait le rôle de fou du roi. C'était merveille » aussi de le voir s'épanouir de plaisir en regardant les danses des jeunes » et jolies Mexicaines, et en prêtant l'oreille à leurs chants mélodieux. » Il se préparait ainsi aux douceurs de la sieste, et, après son réveil, il » donnait audience aux caciques et aux ambassadeurs des États étran» gers. »

Comment donc s'étonner si le tabac, dont l'usage causait aux premiers navigateurs autant de malaise que de dégoût, ne tarda pas à devenir leur plante favorite, lorsque l'habitude leur eut fait surmonter les premiers inconvénients qui résultent de son emploi. Le savant Francisco Hernandez, chargé par Philippe II de faire l'histoire naturelle du Nouveau Monde, s'exprime ainsi sur les effets physiologiques du tabac dans un ouvrage célèbre qui devint malheureusement la proie des flammes lors du grand incendie de l'Escurial, en 1671 : « Il procure le sommeil, adoucit le senti» ment de la fatigue, calme la douleur, et surtout le mal; il aide à la » sécrétion de la bile, fait supporter avec plus de facilité les accès » d'asthme, et fortifie l'estomac. L'abus que quelques uns en font est nui» sible, car il provoque un état inflammatoire du foie, amène la cachexie » et des maladies aiguës. »

Enfin, pour compléter l'histoire de l'usage du tabac dans les temps les plus reculés, nous apprenons dans les descriptions de Hernandez, Torquemada (1), Clavigero (2), que chez les Aztèques, les feuilles de cette plante desséchée et pulvérisée servaient de tabac à priser; que les Indiens éprouvaient le plus grand plaisir dans la mastication de ces mêmes feuilles mélangées avec une certaine quantité de chaux. « On prépare, dit Becchia, » avec ces feuilles desséchées et écrasées, une sorte d'électuaire composé » de dix parties de tabac et d'une partie de chaux; les Indiens s'en ser» vent comme d'un médicament et en font un objet de commerce. On vend » cette substance enveloppée dans des feuilles de maïs, on la mâche, et » ses effets sont surprenants. Il en résulte un sommeil plus doux et plus » tranquille, une quiétude de l'âme et un adoucissement aux plus rudes » travaux. Cette plante a le privilége de rendre les individus plus prompts, » plus agiles, et leur fait supporter les fatigues des grands voyages. Elle » est à recommander dans les odontalgies et les constipations; elle soulage

(1) *Monarchia Indiana*. Lib. 13, cap. 23.
(2) *Storia del Mexico*. T. II, p. 227.

a dit et écrit le contraire, et parce que nous avions cru voir le contraire aussi dans la première partie des *Leçons de clinique mentale*, nouvellement publiée, notamment aux pages 247 et 249. Il y est parlé, en effet, d'un « état d'intermittence qui s'observe entre la période d'affaissement et la période d'excitation de la forme circulaire, » et d'un « cercle d'états maladifs (excitation et dépression) qui sont *séparés* par un intervalle de raison d'assez courte durée. » Néanmoins, dans sa lecture académique, M. Falret affirme, de la manière la plus formelle, que, « *le plus habituellement*, il n'y a pas d'intervalle lucide entre l'excitation qui s'affaiblit et la dépression qui commence. » Ce n'est qu'*exceptionnellement*, suivant lui, que le malade peut recouvrer à peu près sa raison; encore n'est-ce que pour « quelques jours. » Il n'y a de lucidité qu'entre deux accès, *pendant un temps plus court que la durée de chacun des deux stades*. Or, en quoi cette série de phénomènes se distingue-t-elle de la simple alternation, depuis longtemps connue, de la forme maniaque et de la forme mélancolique? En ceci seulement que la succession immédiate de la seconde forme à la première est suivie d'un temps de repos, comme, dans la fièvre intermittente, il y a un temps de repos après la succession du froid et du chaud; comme, dans la révolution des battements du cœur, il y a un silence après le tic-tac. Mais si l'on se rappelle, d'un côté, que l'intervalle lucide est très court relativement à la durée des périodes, de l'autre que les deux périodes sont, quelquefois au moins, séparées elles-mêmes par un retour à la raison, on ne peut se défendre de la pensée que la folie appelée un peu singulièrement *circulaire* n'ait été connue de ceux qui ont décrit la folie intermittente *à formes alternes*. Nous regardons comme vraisemblable, en effet, que c'est pour ne pas descendre dans le détail, qu'ils se sont abstenus de signaler la nuance relevée par M. Falret.

Dans la *folie à double forme* de M. Baillarger, il y a alternativement dépression et excitation. La seconde forme succède à la première brusquement, en une nuit, par exemple, si chacune d'elles dure très peu de temps; la succession est lente et graduelle si elles ont une longue durée, comme de plusieurs mois. Dans le premier cas, il n'y a pas d'intervalle lucide entre les deux périodes; dans le second, la raison revient, mais *toujours imparfaitement*. La succession des deux formes constitue un accès. Les accès peuvent s'enchaîner sans interruption, c'est-à-dire sans retour passager à la raison; ils peuvent être, au contraire, intermittents, et même régulièrement périodiques. On voit que la folie à double forme ressemble à la folie circulaire par l'absence d'intervalle lucide entre les deux périodes. Mais, comme nous venons de le dire, la continuité des périodes ne semble pas avoir été admise par M. Falret avant la communication de M. Baillarger, et celui-ci n'a pu tenir compte que de ce qui était imprimé et publiquement connu. De plus, cette analogie ne détruit pas certaines différences essentielles. Si la folie décrite par M. Baillarger rentre, à de certains égards, dans la catégorie des intermittentes, ce n'est pas au même titre que la folie circulaire. Dépression et excitation se succèdent, et forment à elles deux une manifestation morbide qui pourra ne plus revenir, — ou qui reviendra à des époques indéterminées, parfois très longues, —ou qui, revenant périodiquement, laissera entre les accès un intervalle hors de proportion avec leur durée. C'est une affection à deux stades, qui n'implique pas la répétition fatale des mêmes accidents, qui pourra revenir, comme le dit l'auteur, quatre, six, dix fois, à des intervalles de deux, de quatre, de six ans; tandis que la folie circulaire n'a de raison d'être que dans le *roulement* de ces trois ordres de phénomènes : excitation, dépression et intervalle lucide. La folie dite *à double forme* n'est pas non plus la folie *à formes alternes;* car bien que, dans la succession des accès, la dépression succède à l'excitation, en ce sens que l'excitation ferme un accès et que la dépression ouvre le suivant, le mouvement morbide s'épuise dans la double manifestation, et il n'y a pas plus cercle, roulement, que dans la succession d'un certain nombre d'accès fébriles.

Ajoutons enfin ce que nous n'avons vu indiqué nulle part, que dans la folie à double forme et la folie circulaire, les périodes se succèdent suivant un ordre inverse. Dans la première, c'est la dépression qui ouvre la scène, et, dans la seconde, c'est au contraire l'excitation.

Nous cherchons surtout ici à jeter quelque clarté dans des distinctions difficiles à saisir. Nous ne sommes pas compétent pour affirmer que M. Baillarger, plus que M. Falret, ait révélé un genre inconnu d'aliénation. Ses collègues dans cette spécialité en décideront. Mais il nous paraît certain que ce genre de folie, pour un motif ou pour un autre, n'est nulle part décrit; il nous semble évident, surtout, que M. Baillarger a fait autre chose que répéter M. Falret.

— Nous ne voulons pas terminer sans signaler une innovation qui vient d'être introduite dans les hôpitaux militaires de la Belgique par l'actif et savant inspecteur gé-

» le ventre en procurant des selles. Il est des goutteux qui ont coutume de » mâcher de ces feuilles étant à jeun, et ils se trouvent singulièrement soulagés par la grande quantité de salive qu'ils sécrètent, laquelle ne rentre » pas ainsi dans la circulation générale. »

Si l'étendue de cet article nous permettait de suivre l'auteur dans l'Amérique du Sud et dans l'Amérique du Nord, nous verrions le tabac entrer dans la consommation de tous les peuples qui habitent ces immenses contrées. Il est devenu pour eux non seulement un besoin, une habitude insurmontable, mais il y joue un rôle thérapeutique, et son emploi se rattache à la célébration de leurs fêtes religieuses, de leurs traités de paix ou de guerre, et de tous les abus que la superstition, la crédulité et l'imposture sont capables d'engendrer. Les témoignages les plus authentiques nous prouvent, d'un autre côté, que chez la plupart des aborigènes de l'Amérique du Nord, l'usage du tabac remonte à la plus haute antiquité (1), et les récits des voyageurs les plus modernes qui ont parcouru les vastes régions arrosées par l'Orégon, qui ont traversé les montagnes Rocheuses, affirment que les peuplades les plus misérables, celles qui vivent dans des espèces de tanières et mènent la vie sauvage dans son expression la plus complète, recherchent avec avidité le tabac ; il sert à apaiser leur faim, car on sait à quelles souffrances physiques les expose leur vie imprévoyante. Reviennent-ils d'un long voyage, d'une chasse infructueuse ; ils commencent par détacher leur calumet, s'assoient silencieux auprès du foyer, et ce n'est que lorsqu'ils ont humé une certaine quantité de la fumée enivrante, qu'ils demandent des nouvelles de leurs femmes, de leurs enfants, et qu'ils se mettent à raconter ce qu'ils ont souffert dans leurs voyages ou ce qui leur est arrivé d'heureux. Quand ces pauvres sauvages sont privés de ce précieux stimulant, ils fument les feuilles de certains arbres et de certaines plantes. L'instinct même de leur conservation ne les pousse pas seulement à employer les feuilles de tabac pilées et cuites avec de la graisse d'ours comme un onguent propre à guérir de vieux ulcères, à ramollir des tumeurs, comme un vermifuge pour les enfants, mais ils se

(1) L'ouvrage de M. Tiedemann est accompagné des planches les plus curieuses donnant la représentation de pipes trouvées dans les tombeaux des Américains du Nord. Ces pipes représentent des animaux de toutes sortes et quelques unes figurent des êtres fantastiques. Il en est d'autres, enfin, qui se rapprochent de la pipe moderne la plus vulgaire. Ces tombeaux ont été découverts dans les ruines de villes anciennes situées dans le Mexique et l'Amérique du Nord, et qui offrent à l'étude des antiquités comparées, le sujet des rapprochements les plus curieux.

néral M. Vleminckx. S'inspirant de travaux récents sur le traitement de la gale, spécialement de ceux de M. Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; s'étant assuré d'ailleurs, par expérience personnelle, que la destruction de l'acarus, dans la très grande majorité des cas, peut être, comme l'affirme notre compatriote, obtenue en deux heures, M. Vleminckx a résolu de supprimer, dans les hôpitaux militaires, les salles spéciales de galeux. Une difficulté se présentait. En même temps que l'on tuait l'acarus sur le corps même des malades, il fallait le détruire avec la même promptitude et la même sécurité sur les effets de couchage et d'habillement. M. Vleminckx a reconnu que les sarcoptes et leurs œufs périssent rapidement sous l'influence d'un degré de chaleur qui n'est pourtant pas suffisant pour altérer les effets. Nous donnons plus loin (voir aux *Sociétés savantes*) le compte rendu de la séance de l'Académie de médecine belge où l'honorable président a fait connaître les mesures prescrites.

Nous devons ajouter que des mesures analogues ont été prises à Paris ; l'occasion s'offrira bientôt d'en entretenir nos lecteurs. Nous ne dirons qu'un mot. Que l'acarus soit un *produit* de la gale, comme le veut notre ingénieux collaborateur, M. Devergie, ou que l'acarus en soit la *cause*, il est certain pour tous qu'il contribue à entretenir le mal, puisque, dans la très grande majorité des cas, il suffit de le tuer pour que l'éruption disparaisse. La suppression des salles de galeux est donc un résultat qu'il est aussi rationnel qu'important de réaliser.

P. Diday et A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE INTERNE. — ÉTIOLOGIE.

Du mal de mer, par le docteur Armand, Lauréat de la Faculté de médecine, et membre correspondant de l'Académie des sciences de Montpellier.

A une époque où les sciences procèdent par voie d'observation positive, il y a lieu de s'étonner de ce que la médecine conserve la facile habitude de l'hypothèse aux lieu et place du fait démontré. Sous ce rapport, l'étiologie du mal de mer a donné lieu à d'étranges suppositions, et dernièrement on a vu se produire cette opinion, savoir : « Que le mal de mer est une maladie de *nature miasmatique*, *une intoxication* analogue par son origine, sinon sa gravité, aux *grandes intoxications épidémiques* connues sous le nom de choléra, peste, fièvre jaune. » Pour son auteur, outre le miasme palustre, il y aurait le miasme urbain, le miasme marin, et ce dernier donnerait lieu au mal de mer, *comme aux fièvres intermittentes* qu'il a observées à Alger, et traitées par le sulfate de quinine, d'où l'idée d'administrer ce médicament contre le mal de mer, ce qui aurait eu un plein succès.

Bien que cette manière de voir n'ait pas été favorablement accueillie ; « car, dit M. Brochin (1), la thèse soutenue par M. Semanas ne nous paraît pas résister à une appréciation rigoureuse et à un examen critique sévère de la question ; » nous croyons que toute opinion qui se produit ne peut être réfutée par une simple négation, mais par le témoignage des faits qui l'infirment : procédons à leur analyse.

Et d'abord, il nous paraît que le mal de mer ne doit pas être considéré comme maladie dans l'acception propre du mot, mais comme une simple indisposition passagère, sauf les cas exceptionnels où par un gros temps prolongé et par suite d'une idiosyncrasie toute spéciale, cette indisposition, se prolongeant, peut provoquer des accidents d'une certaine gravité, comme l'hématémèse, par exemple, qui devient alors l'affection principale.

L'opiniâtreté et l'énergie des vomissements peuvent encore tourmenter, plus que d'autres, les personnes qui sont atteintes de hernie ou de prolapsus de matrice, ou les déterminer chez celles qui y étaient prédisposées. Ajoutons encore que dans un cas (à bord de l'*Etna* en 1843), nous avons vu les secousses du navire et les vomissements répétés provoquer l'accouchement chez une primipare au septième mois de sa grossesse ; mais, nous le répétons, ce sont là toutes particularités exceptionnelles.

Le mal de mer, *nausea navigantium*, est un état nauséeux, se déclarant surtout chez ceux qui vont sur mer pour la première fois ; décrivons ce qui se passe graduellement en pareil cas.

En 1843, nous nous embarquâmes trente-cinq officiers passagers à bord de la corvette l'*Isère*, pour aller de Toulon à Alger.

On resta à l'ancre toute une matinée, et l'on déjeuna sur rade ; chacun prit place et fit honneur aux tables de première et de seconde bordée, dans le carré de l'arrière, à travers les sabords duquel le vent d'ouest nous apportait les vapeurs marines et le bruit du clapotage des ondulations contre le navire. Après le repas chacun monta sur le pont pour voir appareiller, lever l'ancre, larguer les voiles, prendre le vent et saluer les côtes de France qui allaient fuir. Jusque-là personne ne ressentit la moindre indisposition ; donc, *primo*, ce n'est pas l'air marin qui indispose à bord.

Mais dès que le navire fut en mouvement, et que, franchissant la grande rade, toutes voiles enflées, grand largue, par un

(1) *Gazette médicale*, 1850, Bibliographie.

---

servent encore du tabac pour rappeler à la vie les noyés. Dans son *Histoire de la nouvelle France* (Paris, 1609), Lescarbot raconte que les Indiens de l'Arcadie ou de la Nouvelle-Hollande remplissaient de fumée une vessie ou l'intestin d'un animal, et qu'au moyen d'un tuyau, ils insufflaient le tabac absolument par le même procédé que nous employons de nos jours dans des cas analogues, et cela pour arriver au même but.

Dans cette énumération rapide de l'histoire du tabac chez les peuples du Nouveau-Monde, je n'ai pas vu que son usage fût ordinaire chez les femmes. Il paraît généralement que ce sexe s'en abstenait. Or les Espagnols, qui dans le principe montraient tant d'aversion pour cette plante, surpassèrent bientôt les Indiens dans la consommation. L'usage du tabac forme un curieux épisode des mœurs des femmes espagnoles au Mexique, et nous verrons par la suite que l'Europe moderne nous offre sous ce rapport un spectacle qui donne à réfléchir non seulement au médecin hygiéniste, mais encore au philosophe moraliste.

Docteur Morel (de Maréville).

(La suite à un prochain numéro.)

— Des circonstances indépendantes de sa volonté ont forcé M. le docteur Morel à ajourner la suite de ses *Études sur l'Allemagne médicale du* XVIII*e* *siècle*. Il sera bientôt en mesure de continuer régulièrement cette publication.

— Nous extrayons d'une lettre que nous recevons de la Pointe-à-Pître, sous la date du 25 janvier, le passage suivant : « Le choléra est à Saint-Thomas ; il y est mort, depuis un mois, environ 1700 personnes. La population est de 10,000 âmes. Il est présumable qu'il viendra visiter la Guadeloupe. »

— La Société de médecine de Nîmes met au concours pour l'année 1855 la question suivante : « Quels sont les moyens thérapeutiques qui, employés dès le début dans les fièvres graves, peuvent le plus sûrement en enrayer la marche ? » — Le prix sera une médaille d'or de la valeur de 200 fr. — Les mémoires devront être envoyés, *franco*, selon les formes académiques avant le 1er mars 1855, au siége de la Société, hôtel de ville, à Nîmes. *Le secrétaire*, Ébrard, d. m.

fort vent d'ouest, il fendit la lame en filant douze nœuds à l'heure, les mouvements de tangage et de roulis ne tardèrent pas de faire perdre l'équilibre à la plupart des curieux; leur vue se troubla devant le magique spectacle d'une demi-tempête, des nausées et des vomissements survinrent, et l'encombrement du pont diminua rapidement; quiconque se sentait pris s'empressait de regagner son hamac dans le faux-pont.

Donc, *secundo*, c'est sous l'influence des mouvements de navire que se détermine l'état nauséeux qui constitue le mal de mer.

Pour notre part, nous fîmes de longs mais vains efforts pour tenter d'échapper à la loi commune, ancré aux bastingages de la dunette, attentif aux commandements et à l'exécution des manœuvres.

Bien que l'état brumeux de l'atmosphère voilât le soleil, et restreignît considérablement l'horizon, nous admirions notre course vagabonde sur le cercle écumant dont les lames de 15 à 20 pieds de saillie venaient battre et jaillir contre les flancs du navire, s'élevant et s'abaissant alternativement. Toute notre attention fut captivée ainsi pendant plusieurs heures, puis il nous parut être incommodé par une salivation anormale; prenant à bon droit ce phénomène pour un prodrome du mal de mer, nous essayâmes de lutter contre ce malaise par une promenade rapide sur le pont. Cette promenade, besoin n'est de le dire, ne fut qu'une irrégulière progression, ou plutôt une danse à la saint Guy, dont la gymnastique est d'autant plus désordonnée qu'on a moins le *pied marin*. Les mouvements du roulis et du tangage étaient tellement précipités, confondus, saccadés, sous l'action des coups de vent, des coups de mer ou de gouvernail, qu'il était impossible de s'en rendre compte; c'était à déjouer l'adresse de l'équilibriste le plus exercé pour ne point perdre le centre de gravité. De là les efforts considérables et inutiles que l'on fait, la contraction presque permanente de tous les muscles à la fois, surtout du tronc et de l'abdomen; de là le défaut de larges dilatations des parois de la poitrine, des inspirations incomplètes, une respiration saccadée et insuffisante pour une hématose convenable, l'accumulation du sang veineux dans les organes parenchymateux, les gros troncs veineux et les sinus; de là une pesanteur de tête marquée. Notons de plus ce saisissement involontaire, cette contraction diaphragmatique qui survient toutes les fois qu'on a sensation d'une chute ou d'un affaissement, lorsque le navire, d'abord soulevé, retombe dans le profond sillon qui sépare deux lames. A cet état, qui n'est que prédisposant, il faut ajouter surtout la perversion visuelle. Lorsque l'on a cessé de pouvoir se rendre compte des mouvements combinés auxquels on est soumis, que l'on s'est dérouté dans toutes ses allures, qu'à travers les cordages on voit tantôt le ciel, tantôt la mer, tantôt le pont, tantôt les mâts, tantôt les vergues, tantôt les bastingages de l'avant, tantôt ceux de l'arrière, tout semble voltiger en l'air au milieu d'un tournoiement général, et la perturbation de toute sensation amène le vertige. A ce moment, on éprouve un insupportable ptyalisme, des nausées de plus en plus fortes, puis des vomissements qui accablent.

La position horizontale est la seule que l'on puisse garder; on se couche, on ferme les yeux pour ne pas voir redoubler les angoisses dont on est torturé; les coups de tangage, surtout prononcés à bord des bâtiments à voile, ébranlent de leurs violentes secousses, et provoquent de déchirants vomissements.

On est alors dans un état qui n'a d'analogue que dans le narcotisme énervant qui résulte de la fumigation inaccoutumée et abusive du *nicotiana tabacum*. La prostration, l'anéantissement, est tel, qu'aux cris de détresse : « *Nous sommes perdus!* » on ne daignerait pas même lever la tête, préférant sombrer en toute quiétude, tant est indicible l'horreur du mouvement.

C'est ainsi que dans une tempête qui nous assaillit dans une autre circonstance, entre les îles Baléares et le golfe de Lyon, le bateau *le Météore*, déjà avarié, fut lancé par un coup de vent bord à bord avec *l'Etna*, qui le remorquait; les deux navires, chevauchant l'un contre l'autre, brisèrent leurs embarcations latérales et leurs bastingages avec un fracas épouvantable, commençant ainsi leur démolition réciproque.

Or c'est à peine si quelques passagers eurent la force et la curiosité d'accourir au danger, dont une manœuvre habile parvint à nous préserver (1).

Cependant, une forte préoccupation ou l'idée d'un devoir à remplir, réveillant une volonté ferme chez *certains* individus, peuvent dissiper ou suspendre le mal de mer. Nous en eûmes un exemple remarquable à bord de *l'Etna*. Parmi les passagers, se trouvait, dans une cabine voisine de la nôtre, un malheureux abbé tourmenté par d'incessants et déchirants vomissements. Nous en étions à redouter pour lui quelque déchirure du ventricule, lorsque notre ami et ancien condisciple de l'école de Toulon, le docteur Prat, chirurgien du bord, vint nous prier de l'assister auprès d'une jeune femme en mal d'enfant. Trente-six heures de nausées et de vomissements, et surtout les secousses du tangage, avaient provoqué les douleurs de l'enfantement. Les eaux venaient de s'écouler, la dilatation du col était considérable, la présentation naturelle, et, le tangage aidant, l'accouchement et la délivrance s'effectuèrent rapidement. Frappé du peu de chances de vie qu'offrait ce fœtus de sept mois, et qui devait succomber quelques heures après, nous conseillâmes aux parents de se hâter de le faire baptiser, et le père vint avec nous requérir le ministère du pauvre abbé, toujours aussi cruellement souffrant. Sa première réflexion fut : « Je ne serai jamais capable de faire un pas! » Puis il dit avec ferveur : « Mon Dieu! donnez-moi la force d'accomplir ma sainte mission! » et alors, soutenu seulement par le bras, il vint procéder au baptême aussi cérémonieusement qu'à l'église; toutefois, à peine rentré dans sa cabine, son tourment recommença de plus belle, par le gros temps que nous avions.

Revenons sur *l'Isère*. Le vent tombe à la hauteur des îles Baléares, la mer s'apaise, et la corvette aux blanches voiles *file doux* comme un cygne sur un étang; chacun de regagner le pont prendre l'air et le soleil, et de rire du contre-temps auquel le plus fluet des trente-cinq passagers, seul, n'avait pas payé son tribut.

L'état nauséeux achève de se dissiper rapidement et de faire place à l'aiguillon de l'appétit; aussi, au roulement du déjeuner, c'est à qui sera de la première bordée, tant le langage de l'estomac est pressant. On le satisfait avec délices, la digestion se fait à merveille, et l'on va goûter dans quelques moments de sieste les douceurs d'un sommeil bienfaisant.

Nous le demandons, est-ce bien là une maladie? Est-ce bien surtout une affection de la nature des fièvres qu'on observe sur le littoral? Le mal de mer n'occasionne ni frissons, ni chaleurs, ni sueurs; le pouls est petit et lent, en un mot il y a absence complète de tout mouvement fébrile.

Les fièvres du littoral offrent une symptomatologie tout opposée. Dans le mal de mer, il y a pesanteur de tête, vertige arrivant jusqu'à la scotomie.

Dans les fièvres du littoral, il y a céphalalgie, pouvant aller de la simple excitation au délire, au coma, au carus. Quant aux vomissements, le plus souvent bilieux, qu'on observe dans l'un et l'autre cas, s'ils suffisaient pour établir la parité, que d'indispositions ou d'affections qu'il faudrait assimiler aux fièvres sur ce simple symptôme!

Enfin, dans le mal de mer, il y a indisposition passagère très fatigante parfois, mais ne se reproduisant pas spontanément si le temps se calme, ou surtout si l'on retrouve l'immobilité ou la terre ferme, et ne laisse aucune suite.

Dans la fièvre du littoral, il y a, malgré les apyrexies ou les rémissions séparant les accès, une affection à durée et à gravité variables, entraînant souvent des lésions diverses et toujours une convalescence plus ou moins pénible.

(1) En même temps qu'un maître d'équipage coupait d'un coup de hache la remorque, les timoniers, par un coup de barre en sens inverse, viraient de bord en divergeant, et les deux navires purent se tenir à distance en observation. Par une fatalité qui semblait s'acharner contre *le Météore*, ce vapeur n'était point encore au bout de ses avaries; la plus considérable l'attendait dans le port de Mahon même, à l'entrée duquel était mouillé *le Delaware*, vaisseau américain à trois points, sous le beaupré duquel, l'espace faisant défaut et une seule machine ayant pu seconder l'action du gouvernail, *le Météore* rasa complétement sa mâture, sa cheminée et son tuyau de vapeur. Les personnes sur le pont furent en partie préservées, par les bastingages ou les vergues, des dangers de cette catastrophe.

Mais, dira-t-on, le sulfate de quinine aurait réussi à guérir ou prévenir le mal de mer : c'est là un titre de plus à l'analogie !

D'abord, il reste à bien s'assurer si l'on guérit du mal de mer, parce qu'on a pris ou quoiqu'on ait pris du sulfate de quinine ; il reste à prouver par une observation rigoureuse, par des expériences plusieurs fois répétées et chez des personnes habituellement sujettes au mal de mer, que le sulfate de quinine a réellement des propriétés préservatives ou curatives contre ce mal.

Puis ces propriétés seraient-elles bien avérées, qu'il ne s'ensuivrait pas que le mal de mer fût dû à une intoxication, ni qu'on dût l'admettre parmi les fièvres ; car cela seul ne démontrerait pas l'identité des deux affections.

Mais, nous le répétons, la vertu du sulfate de quinine est encore à démontrer, et nous craignons bien que ce prétendu spécifique n'ait le sort de tant d'autres, y compris les bonbons de Malte, vu le silence à cet endroit de nos très honorés confrères de la marine. Une partie de leur personnel est constamment à la mer, à portée de constater en tout temps et en tout lieu l'effet des agents qu'on a tour à tour préconisés, et ils seraient assurément les premiers à donner avis au monde médical d'une découverte qui intéresserait à un si haut degré les navigateurs, si tant est qu'un véritable spécifique eût été trouvé contre le mal de mer.

Enfin, si le mal de mer était de la famille des fièvres, et dû à un miasme marin, cette habitude que l'on prend bientôt de marcher à bord en tout temps, en restant maître de son équilibre, de ses allures, de sa puissance visuelle, et qu'on résume par ces mots : « avoir le pied marin, » en restant dans l'état normal en un mot, cette habitude ne saurait s'acquérir, le miasme marin intoxiquerait l'équipage comme les passagers, et la navigation serait rendue sinon impossible, du moins bien difficile. Or, la grande masse des équipages se rit du mal de mer en tout temps. Singulière intoxication, en effet, que celle qui produirait le mal de mer, laquelle s'exercerait d'une façon si bizarre, qui n'aurait de prise que sur ceux qui prennent le vertige par le tournoiement des objets, et qui cesse dès que l'œil a un point fixe pour se reconnaître ou acquiert l'habitude d'analyser les mouvements d'un navire ! L'*Etna*, dont nous avons parlé, ayant consumé tout son charbon dans sa lutte impuissante contre la tempête, dans le golfe de Lyon, fit cap sur Mahon pour relâcher. On n'eut pas plutôt signalé l'île Minorque, que des dames, en proie jusque-là aux angoisses du mal de mer, pouvant, assises sur le pont, fixer leur regard sur la terre qui s'élargissait à vue d'œil, cessèrent d'être incommodées, la mer toutefois restant très grosse.

Voilà assez d'obstacles pour qu'on ne puisse pas prétendre légitimer l'introduction du mal de mer dans le cadre nosologique des fièvres.

Ajoutons de plus que si l'indisposition qu'on appelle mal de mer était due à l'absorption d'un miasme marin, on ne voit pas pourquoi quiconque vit à portée de l'air marin ne serait pas nécessairement intoxiqué ; à ce titre tous les habitants du littoral devraient être d'autant plus saisis du mal de mer, que les vagues, en déferlant sur les plages, y vomissent toutes les plantes marines, tous les détritus dont elles écument la mer.

Objecterait-on qu'il faut être au large pour prendre le mal de mer ? On se tromperait ; car une foule de personnes en bateau le prennent sur rade chaque jour ; donc, encore, si le mal de mer dépendait d'une intoxication par le miasme marin, on ne voit pas pourquoi les habitants des ports de mer ne le prendraient pas dans leurs maisons ou en se promenant sur les quais. Il est très vrai de dire ici que certaines personnes très maltraitées par le mal de mer, et d'une idiosyncrasie à part, sont souvent prises, à la vue d'un navire, d'une sorte d'horripilation et de ptyalisme, à l'idée de souffrances antérieurement éprouvées ; mais nous ne devons voir dans cet effet qu'un phénomène sympathique produit par le réveil d'un souvenir ; de même que la seule idée de mâcher une tranche de citron excite, par un effet sympathique, une sécrétion salivaire presque aussi prononcée que le fait même.

Quelle serait donc la cause de ce singulier mal ? Faut-il en placer la cause dans un prétendu chatouillement du diaphragme par les viscères, ainsi que l'admettent Keraudren et M. Jobard ! Nous croyons qu'on doit être très réservé sur ces prétendues variations accidentelles de nos organes et de nos fluides dans leurs positions respectives, le corps étant entraîné comme un seul tout dans ses divers mouvements.

Les coups de tangage et de talon, seuls, exercent des secousses par contre-coup dont l'ébranlement est très pénible ; mais, dans ces cas, ce n'est pas vers le diaphragme que les viscères ont de la tendance à se porter, mais plutôt à être refoulés dans le bassin.

Si, du reste, la secousse imprimée au corps produisait une succussion des organes susceptible de déterminer, par un chatouillement sur le diaphragme, l'état nauséeux et vertigineux, qui pourrait y être plus exposé que le postillon, lequel doit être en butte à toute sorte de secousses viscérales s'exerçant alternativement de haut en bas et de bas en haut, par le trot dur du cheval ?

D'après ce que nous avons éprouvé nous-même, nous ne saurions admettre en aucune façon la cause du mal de mer dans la prétendue oscillation des viscères contre le diaphragme, et nous regardons comme toute gratuite cette précaution prophylactique qui consisterait à rectifier, par le jeu de la respiration, les mouvements des viscères abdominaux selon le soulèvement et l'abaissement du navire. Il faut ignorer ce qui se passe à bord d'un bâtiment par un gros temps, ou l'avoir oublié, pour croire qu'il soit possible d'analyser les mouvements du navire, dont le propre est de dérouter par leur multiplicité, leur contrariété, leur confusion ; d'amener, par la perversion visuelle, la fatigue de l'encéphale, le défaut de coordination des mouvements et un malaise indicible. C'est bien alors le cas d'essayer encore, comme moyen prophylactique récemment proposé, de tenir en équilibre un verre plein d'eau ! (1).

Les allures désordonnées d'un navire assailli par un gros temps nous ont désabusé nous-même d'un de ces prétendus palliatifs auxquels nous avions cru d'abord quelque efficacité. En 1839, nous allâmes d'Arles à Marseille en bateau à vapeur, qui, en prenant la mer, se trouva soulevé comme une coquille de noix par une large houle qui le prenait en flanc, et nous valait un tel roulis, que les roues plongeaient et tournaient en l'air alternativement. La plupart des passagers eurent bientôt des nausées par ce prodigieux roulis, qui nous soumettait à d'amples oscillations avec la régularité et la monotonie d'un pendule. Pour éviter l'indisposition commune, il nous vint à l'idée de nous placer debout, au centre du pont, les jambes écartées, les fléchissant alternativement, de façon à corriger l'inclinaison de droite à gauche et de gauche à droite de notre base de sustentation. Ce jeu des extrémités inférieures permettait à la tête de rester dans un même plan, et nous avions soin de suivre du regard un point fixe du grand mât. Nous n'eûmes point le mal de mer. Eût-il fallu nous hâter de préconiser cette gymnastique comme un préservatif général du mal de mer ? Mais elle n'est pas praticable par tout le monde ni dans tous les temps ; il n'est pas démontré par un fait particulier qu'en pareil cas le même résultat se reproduisît chez quiconque l'expérimenterait. Enfin, hors le cas de simple roulis, il est impossible d'y recourir ; nous en avons eu plusieurs fois la preuve.

On a dit que le chameau donne parfois à celui qui le monte un état nauséeux pareil au mal de mer. Sans vouloir infirmer en rien l'assertion d'un nom honoré, nous dirons que, lors de l'expédition du sud d'Alger, à Aïn-Maddy, il nous arriva souvent d'autoriser des éclopés à monter sur des dromadaires disponibles, et que jamais aucun ne demanda à descendre sous prétexte d'avoir des nausées. Il est vrai que ces dromadaires ne suivaient que le pas des fantassins, tandis que les Arabes, retournant, par exemple, du marché Bab-Azoun dans la Mitidja, mettent leurs chameaux au trot d'amble, dont les mouvements de latéralité constituent des successions de chutes alternées de droite à gauche et de gauche à droite, produisant une sorte de roulis ; de plus, ces mouvements n'ont lieu qu'à la condition préalable que l'animal se soulève et retombe en se projetant en avant par des mouvements ascendants et descendants représentant le tangage. Aussi l'homme qui est dessus reçoit-il une

(1) M. Atkinson conseille au passager de s'asseoir et de prendre en main un verre d'eau qu'il s'efforcera de tenir en équilibre, pour exécuter des mouvements volontaires, lesquels devront annuler l'effet des mouvements involontaires résultant de la combinaison du roulis et du tangage ! ! !

impulsion complexe de tous ces mouvements combinés, et a-t-il sa tête constamment branlante. Qu'en ce cas, on puisse prendre le vertige et des nausées, rien d'impossible à cela ; mais encore ici, si l'on réfléchit que le chameau trotte moelleusement et sans dureté de secousses, haut perché qu'il est sur ses longues jambes aux articulations coudées et souples, il n'y aura pas trop possibilité d'invoquer les succussions abdominales ni les chatouillements diaphragmatiques. Enfin, il s'est produit une autre opinion sur la cause du mal de mer : c'est que les troubles de l'encéphale qui le caractérisent seraient dus à la difficulté qu'aurait le jet artériel d'atteindre le cerveau pendant le mouvement ascensionnel du navire et le choc que cet organe recevrait de ce même jet lors des mouvements d'abaissement. Il nous semble que c'est là méconnaître les lois physiques auxquelles l'organisme est soumis. Pour s'arrêter à pareille idée, il faudrait admettre que, le cœur étant fixe, la tête s'en éloigne ou s'en rapproche d'une manière absolue. Or, est-il besoin de dire que la position des deux organes ne change pas, quels que soient les mouvements auxquels la totalité du corps soit soumise.

Qu'un de ces petits jets d'eau portatifs, ayant un jet de 50 centimètres, par exemple, soit placé sur le plateau d'une sorte de machine d'Atwood, et qu'on le fasse alternativement descendre ou monter, le jet n'en restera pas moins invariablement de 50 centimètres d'élévation par rapport au tuyau d'où il sort. D'ailleurs, si, par suite d'ascensions et d'abaissements alternatifs, s'effectuant à bord sur une échelle d'une vingtaine de pieds, les ondées artérielles subissaient les élongations et les refoulements qu'on a voulu supposer, que se passerait-il donc dans les prodigieuses ascensions et descentes des aéronautes ?

De même encore, s'il fallait attribuer de l'importance à une prétendue déviation de la verticale que subirait l'ondée sanguine par le roulis ou par le mouvement de progression, quelle déviation bien plus marquée ne se produirait-il pas sur un train de wagons pouvant être lancé à une vitesse de 15, 20, 25 lieues à l'heure ?

Du reste, quand, accoudé au parapet d'un pont, on prend le vertige, en regardant couler les eaux enflées d'une rivière, peut-on alléguer des déviations du jet circulatoire ?

En vérité, on a lieu de s'étonner de toutes les obscurités hypothétiques dont on s'est plu à envelopper l'explication d'un phénomène dont on a partout sous les yeux l'occasion de surprendre le mécanisme.

Quand on valse pour la première fois, il est rare que par suite du tournoiement apparent de tous les objets environnants, on ne prenne pas le vertige au point de chanceler, et même de tomber avec tendance à l'état nauséeux, c'est-à-dire provoquant passagèrement un malaise identique avec celui qu'à bord la durée de la navigation, par une mauvaise mer, entretient plus longtemps.

Pareil malaise survient encore, quand, pour la première fois au jeu de bague, on monte sur ces chevaux de bois qui, se courant toujours après, ne s'atteignent jamais en tournant.

Pareil malaise survient encore, quand, pour la première fois, on s'adonne au va-et-vient de l'escarpolette.

Pareil malaise survient, quand, passant au gué un torrent impétueux, on se laisse fasciner par la rapidité du courant (1).

Pareil malaise survient chez certaines personnes, quand, l'œil fixe, on regarde, par la portière d'une voiture, les bords de la route dont les arbres semblent lutter à la course. Toutes ces circonstances, y compris celle de la navigation dans les pyroscaphes de tout bord, offrent cette similitude de conditions de produire le bouleversement des lois de la perspective, la perversion visuelle, la fatigue cérébrale et tout une série de phénomènes sympathiques.

Il est tellement vrai que l'exercice et la fatigue de l'œil jouent en ce cas le rôle le plus important, le rôle primordial, c'est qu'après avoir valsé, le meilleur moyen, le plus sûr moyen d'arrêter le vertige, c'est de fermer les yeux un instant ; c'est qu'à bord, le meilleur parti à prendre contre le mal de mer, quand on est assis et le regard fixé sur un point, si on a pu le prévenir, c'est de se coucher en fermant les yeux.

Cette dernière précaution est le moyen prophylactique par excellence, si on l'exécute avant que le navire se mette en mouvement : il est très rare en effet que les personnes qui y ont recours tout d'abord soient incommodées du mal de mer.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la physiologie comparée, qui ne nous fournisse la preuve du rôle de l'œil dans la production du phénomène qui nous occupe ; le plus souvent, les chevaux de manége, tournant sur place pour diverses industries, tomberaient de vertige si on ne leur couvrait les yeux.

Dans toutes les circonstances dont nous venons de parler, la perversion visuelle est donc bien manifestement la cause du vertige, c'est-à-dire d'une perturbation cérébrale qui s'irradie dans tout le système nerveux, et provoque, selon son intensité, une foule de phénomènes sympathiques.

On voit quelle distance nous sépare de la tendance à vouloir considérer le mal de mer comme une affection miasmatique.

Et ici, qu'il nous soit permis de faire remarquer tout ce que la doctrine des miasmes en général a de fâcheux en elle-même et dans ses conséquences. Pour les uns, un seul et même miasme, le miasme palustre, produirait les fièvres intermittentes et rémittentes, la fièvre jaune, la peste, la dyssenterie, le choléra ; d'autres, moins généralisateurs, récusent l'intervention du même miasme, pour ces affections qu'ils ne considèrent pas moins comme dues à une affection miasmatique. Or, une première espèce de miasmes étant admise hypothétiquement, il n'en coûte plus rien à l'imagination d'en créer une foule de variétés pour toutes les affections dont la nature intime nous échappe ; de là les tendances à admettre un miasme spécial pour les fièvres intermittentes, un miasme spécial pour la fièvre jaune, un miasme spécial pour la peste, un miasme spécial pour la dyssenterie, un miasme spécial pour le mal de mer, un miasme spécial pour le choléra. Cette dernière affection, en particulier, serait pour certains étiologistes tellement due à l'absorption d'émanations marécageuses, que des réclamations de priorité ont déjà été adressées à l'Académie pour cette hypothèse toute gratuite.

On doit déplorer cette hâte prématurée à regarder comme avéré ce qui reste plein d'obscurité : c'est en prenant l'hypothèse pour le fait démontré, qu'on s'expose à mettre l'erreur à la place de la vérité.

Pourquoi vouloir formuler avant les données positives de l'observation ? pourquoi ne pas fouiller au préalable dans les influences météorologiques, cette mine féconde vers laquelle de persévérants efforts doivent converger, et dans laquelle on ne saurait trop s'engager profondément ? Mais on a préféré la création imaginaire d'un miasme cholérique, et qui plus est, susceptible de se transmettre par la voie de l'absorption pulmonaire, ajoutant ainsi à la supposition d'un miasme, celle de la contagion ! double hypothèse, aussi nuisible à la science dont elle dévie les recherches, qu'inquiétante pour les populations ; car elle ajoute à l'horreur du fléau la crainte de l'approche des cholériques.

D'autre part, voici venir l'ozon (1) paraissant devoir devenir le pivot des inflammations, surtout catarrhales pulmonaires ; de sorte que miasme et ozon résumeraient toute l'étiologie, et la géographie médicale n'aurait plus dès lors que deux divisions principales, celle des maladies miasmatiques et celle des maladies ozoniques, ce qui serait, on le voit, d'une surprenante simplicité, à la condition de mettre l'hypothèse à la place de la réalité.

Nous le disons avec regret, dédaigner le flambeau de l'étiologie, basée sur la rigoureuse observation des faits et leur signification vraie, pour se jeter dans les invocations surnaturelles, c'est faire reculer la science jusqu'aux ténèbres du moyen âge, cette époque de barbarie, où toutes les sciences se confondaient en une immense superstition.

(1) En novembre 1847, pour aller du camp de Sidi-Madani à Blidah, nous dûmes passer au gué la Chiffa grossie par des pluies. A peine étions-nous au milieu de la rivière, que M. B..., notre compagnon de route, s'écria : « Docteur, je ne tiens plus à cheval, la tête me tourne ! » — « Prenez la crinière, et fermez les yeux ! » En même temps, nous mettant botte à botte, nous le soutînmes par le bras jusqu'à l'autre rive, où, un instant après, il reprenait la rectitude de ses sens.

(1) Nous ne contestons pas la découverte de M. Schœnbein, mais nous croyons que le rôle pathogénésique qu'on s'est hâté de faire jouer à l'ozon reste à démontrer.

III.

REVUE CLINIQUE.

INSTRUMENT DE M. HARDY. — ANESTHÉSIE LOCALE.

On s'occupe, dans les hôpitaux de Paris, d'essayer un instrument destiné à produire l'anesthésie locale, et imaginé par M. Hardy (de Dublin). Cet instrument, tel que nous le trouvons décrit dans *The Dublin Quarterly Review*, se compose de 1° un récipient métallique contenant une éponge sur laquelle on verse du chloroforme par une ouverture latérale que l'on ouvre et ferme à volonté ; 2° une vessie de caoutchouc fixée à l'une des extrémités du réservoir ; 3° à l'autre extrémité, une canule ou tout autre tube mobile terminé par un évasement. Le tube étant dirigé sur la partie qu'on veut rendre insensible, une pression exercée par la main sur la poche de caoutchouc en chasse l'air, qui, en passant sur l'éponge, se sature de chloroforme avant d'arriver au dehors. Après chaque pression, l'air rentre dans le réservoir par une soupape placée latéralement. Cet instrument était destiné par l'inventeur, spécialement au traitement des affections douloureuses du col utérin. Il était à présumer que l'usage en pourrait être étendu avantageusement à la surface cutanée. C'est ce qui résulte, en effet, d'expériences entreprises à l'hôpital des Cliniques, par M. Paul Dubois d'abord, puis par M. Nélaton. Nous ne connaissons qu'imparfaitement les expériences de M. Dubois. Il paraît que le courant gazeux dirigé sur un abcès de l'aisselle et un abcès du poignet, tous deux très douloureux, a rendu les parties insensibles pendant plusieurs heures, et que la première collection a pu être ouverte sans douleur. Quant aux expériences de M. Nélaton, on en trouvera la description dans la note ci-dessous, qui nous est communiquée. A. D.

Relation de trois expériences faites par le professeur Nélaton *sur la production de l'anesthésie locale par l'instrument de M. Hardy.*

Obs. I. — C'est un jeune homme de dix-huit ans, affecté d'un abcès de la région dorsale du pied survenu lentement, et sous l'influence d'une ostéite. Cet abcès était peu douloureux; la pression exercée en ce point était supportée facilement par le malade. L'insufflation du chloroforme fut prolongée pendant cinq minutes et demie. L'instrument était terminé par un long tube de gomme, sorte de canule : l'incision fut faite lentement avec un bistouri; son étendue fut de 2 centimètres de long. Le malade n'accusa pas de vives douleurs : il n'y avait pas chez lui anesthésie; il n'y avait pas non plus analgésie complète; la douleur, très diminuée, était encore perçue à un faible degré. Il compare la sensation qu'il a éprouvée à celle que produirait une piqûre d'épingle. Le nombre des insufflations ne fut pas compté. Depuis lors, nous avons pu l'évaluer à 12 ou 13 par minute environ. On avait versé à deux reprises du chloroforme dans l'appareil.

Obs. II. — Une seconde expérience a été faite avec le même instrument modifié, quant à son tube terminal; il s'agissait d'un jeune homme de vingt-sept ans environ, ancien militaire. Une ventouse, fixée à un long cylindre élastique continu avec l'appareil, fut appliquée à la partie postérieure et supérieure du bras, au niveau d'une tumeur mélicérique du volume d'une petite noix. Les insufflations furent pratiquées pendant cinq minutes. L'insuccès fut complet, au dire du malade, qui exprima assez énergiquement la souffrance que lui causa l'incision.

Obs. III. — C'est un jeune homme de vingt-quatre ans, étudiant en médecine, lequel a pu rendre un compte exact de ses impressions. Une adénite suppurée de la région inguinale nécessitait une incision. L'instrument terminé par une ventouse, comme dans le cas précédent, fut appliqué pendant cinq minutes. L'incision fut faite, et le malade exprima une douleur qu'il dit avoir été aussi vive que dans le cas où le chloroforme n'est pas employé.

Comme on le voit, ces expériences ne confirment pas, autant qu'on pourrait le désirer, les avantages de la nouvelle méthode. Cependant, il ne serait pas prudent d'en tirer d'inductions défavorables. Des résultats plus satisfaisants ont été obtenus, dit-on, par M. le professeur Laugier, à l'hôpital de la Pitié.

Les internes du service.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 30 FÉVRIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

M. *Combes*, président, rappelle à l'Académie que le nombre de ses associés étrangers est aujourd'hui réduit à sept par suite de la mort de M. *Léopold de Buch*, et que le temps arrive où elle doit s'occuper de pourvoir au remplacement de l'illustre géologue. Elle aura également à nommer à la place vacante, dans le sections de Botanique, par suite du décès de M. *Auguste de Saint-Hilaire*. Enfin des places de correspondants sont vacantes dans la section de Géométrie, de Physique générale, de Chimie, de Minéralogie et de Médecine.

Pisciculture. — *Acclimatation des poissons.* — M. *Coste* met sous les yeux de l'Académie des saumons éclos, l'année dernière, dans son appareil du Collége de France. Ces saumons, conservés dans un bassin d'eau dormante, de 5 mètres de surface sur 40 centimètres de profondeur, y ont prospéré au point d'avoir acquis, dans l'espace de dix mois, une longueur de 14 à 18 centimètres. Des résultats analogues ont été obtenus par M. de Vibraye, dans le bel établissement qu'il a fondé sur les bords de la Loire; par M. Desmé, dans son domaine des environs de Saumur; par M. Blanchet, dans le département de l'Isère. L'acclimatation des espèces dans des localités différentes de celles où elles ont coutume de vivre n'est donc pas aussi difficile qu'on l'avait supposé; aussi a-t-on pu déjà introduire, avec le même succès, dans certaines eaux de France, le saumon du Danube (*Salmo hucho*, Lin.), l'ombre chevalier (*Salmo umbla*, Lin.), la feva (*Coregonus feva*, Jus.) et dans le lac du Ballon (Vosges), en particulier, la grande truite des lacs de Suisse (*Salmo lemanus*, Cuv.). M. Coste fait passer sous les yeux de l'Académie un certain nombre d'individus de cette dernière espèce éclos depuis plus d'un mois au Collége de France.

Physiologie végétale. — *Sur le carbonate de chaux préexistant à l'état normal dans les plantes, et de son dosage.* — M. Payen a reconnu, contrairement à l'opinion de Fourcroy et Vauquelin, que le carbonate de chaux est au nombre des sels minéraux qui existent dans certaines espèces végétales.

Météorologie. — *Sur la quantité d'ammoniaque contenue dans la pluie et dans l'eau déposée par le brouillard.* — M. *Boussingault* a saisi deux occasions qui se sont présentées le mois dernier pour répéter à Paris, les observations qu'il avait faites à la campagne sur l'ammoniaque contenue dans la pluie et dans l'eau déposée par le brouillard. Ces nouvelles recherches confirment les observations faites antérieurement par M. Boussingault au Liebfrauemberg. La moyenne de l'ammoniaque contenue dans un litre de pluie a été de 3 milligr., 08, proportion qui se rapproche de celle constatée par M. Barral, dans les eaux pluviales provenant des udomètres de l'Observatoire; mais, pour des pluies aussi abondantes que l'a été l'averse tombée à Paris le 3 janvier, la quantité d'ammoniaque paraît être beaucoup moindre dans les eaux recueillies loin des grands centres de population, ce qu'on doit probablement attribuer aux matières qui flottent incessamment dans l'air d'une grande ville. L'eau des brouillards de Paris a offert à M. Boussingault des résultats analogues; il a dosé dans un litre 138 milligr. d'ammoniaque; or, l'eau météorique la plus ammoniacale qu'il ait examinée dans les recherches faites à la campagne, n'en renfermait que 50 milligr. par litre. Le fait d'une aussi notable proportion d'un sel ammoniacal volatil (probablement le bicarbonate) dans un litre d'eau qui constitue la vapeur vésiculaire, expliquerait peut-être pourquoi, dans certaines circonstances, le brouillard des villes possède une odeur assez pénétrante pour affecter péniblement les organes de la respiration.

Paléontologie. — M. *Duvernoy* lit une note sur des ossements fossiles découverts à Pikerni, village près d'Athènes, au pied du mont Pentélique, dans un argile de couleur rouge. Il est difficile de déterminer, dès à présent, l'âge de ce dépôt qui renferme des ossements de plusieurs étages tertiaires, et un plus grand nombre d'ossements des dépôts quaternaires. La détermination de ces ossements fossiles vient confirmer une fois de plus la parfaite ressemblance des brèches osseuses de tout le pourtour de la Méditerranée.

Physiologie végétale. — *Recherches expérimentales relatives à l'action qu'exercent sur la végétation les sels, etc., employés à équivalents chimiques égaux*, par M. *Chatin*. — Les recherches de M. Chatin l'ont amené à l'indication de ce fait général, que les sels de soude, ajoutés au

sol, exercent une influence mauvaise sur la végétation, et que les sels de potasse au contraire exercent plus souvent une action favorable. (*Comm.*, MM. Bonssingault, Payen, Decaisne.)

MÉTÉOROLOGIE. — *Etudes sur les eaux pluviales et sur l'atmosphère de Lyon et de quelques points des environs pendant les années* 1852 *et* 1853 ; *par M. Bineau.* — L'ensemble des recherches de M. Bineau confirme la plupart des observations et des remarques faites par M. Boussingault sur le même sujet. Seulement, à Lyon, la quantité d'ammoniaque, dans les eaux recueillies à l'observatoire, est bien supérieure à celle qui a été constatée dans les eaux pluviales à Paris, ce qui provient manifestement d'une différence correspondante dans la composition de l'atmosphère aux deux stations. D'après M. Bineau, le plus ou moins de lenteur que mettent à tomber les eaux qui descendent des nues et la température ont une grande influence sur l'aptitude de la pluie à se charger de composés ammoniacaux. A la campagne, la quantité moyenne de l'alcali aérien, pour les mois les plus chauds de l'année, s'est élevée au double de ce qu'elle était dans les cinq mois les plus froids. La puissance de la chaleur pour activer les fermentations et pour favoriser les volatilisations rend naturellement compte de cette différence. La proportion de l'acide azotique dans les eaux pluviales s'est montrée à peine appréciable en hiver, mais elle s'est sensiblement élevée pendant les mois d'été. (*Comm.* : MM. Chevreul, Dumas, Boussingault.)

PISCICULTURE. — M. *Chabot*, directeur de la pisciculture d'Enghien, adresse quelques remarques à l'occasion de la récente communication de M. Millet sur la fécondation artificielle. (*Comm.* : MM. Milne Edwards, Valenciennes, de Quatrefages.)

M. *Flourens* donne lecture d'une lettre par laquelle M. de *Thüry* fils annonce à l'Académie la mort de son père, M. L.-E.-F. Héricart de Thüry, académicien libre, décédé à Rome le 15 janvier 1854.

CHIMIE. — *De l'aluminium et de ses combinaisons chimiques.* — M. *Sainte-Claire Deville*, en modifiant convenablement le procédé de M. Wœhler, est parvenu à obtenir l'aluminium sous formes de globules métalliques parfaitement purs. Son mémoire contient l'exposé des propriétés physiques et chimiques de ce métal imparfaitement connu par les travaux de M. Wœhler.

M. *Thenard* fait remarquer combien il serait à désirer que des expériences, qui semblent promettre de si beaux résultats, pussent être poursuivies activement. « Ces expériences étant coûteuses, je crois, dit le savant chimiste, que l'Académie hâterait l'achèvement du travail en mettant à la disposition de M. Deville les fonds nécessaires. » Cette proposition, étant appuyée, est renvoyée à l'examen de la commission administrative.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance, après une réclamation de M. *Falret*, qui déclare avoir ajourné la lecture de son mémoire, de son propre mouvement, sur l'observation de M. le président.

Correspondance.

Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet onze pièces officielles : *a.* Rapport final de M. le docteur *Dusouil*, médecin des épidémies de l'arrondissement de Melle, sur une épidémie de fièvre intermittente, qui a régné, l'an dernier, dans les communes de Clussais, Cauvay et Pers, depuis le 15 juillet jusqu'au 31 octobre 1853 (*Commission des épidémies*). *b.* Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, depuis le 24 mars jusqu'au 8 mai 1853, dans la commune de Saning, par M. le docteur *Bondolphi*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Sarreguemines (*Commission des épidémies*). *c.* Rapport de M. le docteur *Madin*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Verdun, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Wadelaincourt, depuis le 1er septembre jusqu'au 1er novembre 1853 (*Commission des épidémies*). *d.* Echantillons d'écorces médicales : l'écorce du *Far-Oglou*, qui se rapproche par son aspect de celle du quinquina calisaya, et celle du *Moucerma*, employée comme anthelminthique et tæniafuge ; ces échantillons sont accompagnés d'une lettre explicative de M. *Perron*, médecin sanitaire à Alexandrie, ancien directeur de l'Ecole de médecine d'Egypte (*Commission des succédanés de quinquina*, M. Grisolle rapporporteur). *e. f. g. h. i. j. k. l.* Plusieurs recettes de spécifiques ou remèdes secrets adressés par MM. *Lièvre*, *Nugent*, *Chabert*, *Hühn*, *Willig*, *Gondrot*, *docteur Noyer* (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*).

2. M. *Fouchet* écrit pour demander qu'il soit fait un rapport sur les deux pessaires à tige mobile qu'il a soumis à l'appréciation de l'Académie depuis plus de deux ans. (*Comm.* MM. Villeneuve, Chailly, rapporteur.)

3. M. le docteur Clément, aux forges de Bigny (Cher), adresse un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes par les bains de lilas. (*Comm. des succédanés du quinquina.*)

4. M. le docteur *Bayard*, à Cirey-sur-Blaise, adresse une réponse au rapport lu par M. Bricheteau, dans la séance du 13 décembre 1853. (*Commission des épidémies.*)

5. M. le docteur *Valleix*, à peine convalescent d'une attaque de choléra, adresse quelques remarques relatives à la question soulevée au sein de l'Académie par la lecture du mémoire de M. Broca, et à la discussion qui s'en est suivie, où son nom a été plusieurs fois prononcé. 1° M. Valleix établit d'abord que, contrairement à ce qui a été dit à l'Académie, il n'a pas été à peu près le seul qui ait mis en usage, après M. Simpson, le traitement dont il s'agit ; mais, qu'en France, comme à l'étranger, beaucoup de praticiens distingués ont adopté et mis en pratique le pessaire de Simpson ou de Kiwisch ; l'usage de la sonde-utérine est encore plus répandu. 2° M. Valleix pense qu'on a eu tort de confondre dans une même discussion ce qui est relatif à l'emploi de la sonde utérine et ce qui concerne l'application du redresseur utérin. Quant à l'observation de M. Broca, on peut dire déjà, d'après M. Valleix, qu'il s'y trouve des circonstances si singulières que beaucoup de personnes ont douté de la réalité de la cause invoquée. 3° Relativement à l'observation de M. Cruveilhier, M. Valleix se contente de dire, quant à présent, que le fait lui a été raconté d'une manière inexacte, et que l'interprétation s'en est nécessairement ressentie. 4° Quant à la troisième question soulevée par M. Velpeau, celle de la curabilité des déviations utérines, M. Valleix pense qu'elle ne peut être résolue que par l'expérience. Il ne nie pas que des accidents puissent survenir ; il a signalé ces accidents, mais ils ne lui ont pas paru de nature à faire renoncer à un mode de traitement qu'il regarde comme efficace dans un grand nombre de cas. 5° Le traitement, dit M. Valleix, va se perfectionnant de jour en jour. Les accidents autrefois produits, faute d'une expérience suffisante, sont aujourd'hui évités. Dans les déviations en arrière, M. Valleix a remplacé avec avantage le redresseur intra-utérin par l'emploi combiné du redressement avec la sonde utérine et du pessaire en caoutchouc qui lui donnent chaque jour d'excellents résultats. (*Commission nommée.*)

6. Lettre de M. le docteur *Pône*, qui remercie l'Académie de la médaille qui lui a été décernée dans la séance publique annuelle du 6 décembre dernier.

7. MM. *Chassaignac*, *Nélaton* et *Moreau* (de Tours) demandent à être inscrits sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

8. M. *Maisonneuve* repousse la réclamation de priorité élevée par M. le docteur *Blatin*, au sujet de l'amygdalotome, qu'il a présentée dans l'avant-dernière séance. D'après lui, le plus simple coup d'œil jeté sur les deux instruments ferait voir que la prétention de M. Blatin ne peut soutenir l'examen.

9. Mémoire sur une nouvelle méthode d'urétrotomie, pour la cure radicale des rétrécissements de l'urètre, par M. le docteur Maisonneuve. (*Commission du prix d'Argenteuil.*)

10. Notice sur l'application du pessaire de Simpson et du pessaire à réservoir d'air, dans le traitement des déviations utérines, par M. le docteur *Gariel*. (*Comm.* MM. Danyau, Velpeau, Robert.)

11. Observations propres à démontrer l'efficacité de la *méthode nutrimentive*, par M. le docteur *L. Corvisart* (*Comm.* MM. Londe, Longet, Bouchardat).

12. Mémoire sur le principe digestif, les préparations nutritives, les moyens propres à reconnaître et à mesurer leur action, par M. *Boudault*, pharmacien. (*Comm.* MM. Longet, Londe, Bouchardat.)

M. *Velpeau* présente, au nom de M. *Pasquale Maufré*, de Naples, un livre intitulé : *Il Severino* ou *Nouvelle exposition méthodique de la médecine napolitaine.* M. Velpeau fait l'éloge de ce recueil, où l'appréciation des travaux des médecins français occupe une part honorable et étendue, et il annonce que M. *P. Maufré* demande le titre de membre correspondant.

Rapports et Mémoires.

SUR LA FOLIE CIRCULAIRE. — M. *Falret* lit *un travail* sur ce sujet. Avant d'aborder la description de la folie circulaire, l'auteur commence par éliminer plusieurs ordres de faits de rémissions ou d'intermittences dans les maladies mentales pour mieux faire comprendre, par comparaison, ce qu'il entend par folie circulaire. Il passe successivement en revue : 1° *Les rémissions et les paroxysmes* qu'on observe dans les maladies mentales ; 2° *les intermittences proprement dites ;* 3° *les intermittences à courts intervalles ;* 4° *les folies rémittentes à courts accès.*

A ces distinctions préalables, l'auteur ajoute que l'on constate assez fréquemment des états mélancoliques, soit au début, soit dans le cours, soit au déclin de la manie ordinaire ; que d'un autre côté, l'aliénation partielle présente assez souvent dans son cours des paroxysmes maniaques ;

qu'il existe même une mélancolie agitée qui arrive quelquefois jusqu'aux limites de l'aliénation générale, et qu'enfin on voit quelquefois la manie succéder à la mélancolie, ou réciproquement, *d'une manière accidentelle*, ainsi que tous les auteurs l'ont noté. Mais pour constituer la folie circulaire, la dépression et l'excitation doivent se succéder pendant un long temps d'une manière presque régulière, dans un ordre toujours le même, et avec un intervalle de raison, ordinairement assez court relativement à la durée des accès.

La folie circulaire, caractérisée par l'alternative régulière de l'excitation maniaque et de la dépression mélancolique, est tantôt à courtes et tantôt à longues périodes. Tantôt le cercle est décrit en trois semaines ou un mois, tantôt il n'est complet qu'après plusieurs mois ou plusieurs années; mais cette différence de durée ne change rien à la nature de la maladie. C'est donc une forme véritable de maladie mentale, puisqu'elle consiste dans un ensemble de symptômes physiques, intellectuels et moraux, toujours identiques avec eux-mêmes dans les diverses périodes, et se succédant dans un ordre déterminé, possible à prévoir. Elle n'est pas basée, comme la manie ou la mélancolie sur un seul caractère principal, la quantité des délires, la tristesse ou l'agitation, mais sur la réunion de trois états se succédant dans un ordre déterminé, et n'étant pas susceptibles de transformations.

Un caractère général de cette maladie, c'est la ressemblance des diverses périodes de chaque accès chez un même malade, non-seulement dans leur ensemble, mais jusque dans la plupart de leurs manifestations délirantes; uniformité bien propre à faire réfléchir sur la prétendue variété infinie des idées délirantes chez les aliénés, et sur la possibilité de découvrir plus tard un petit nombre de formes naturelles, dont la folie paralytique et la felie circulaire nous donnent déjà un spécimen dans l'état actuel de la science.

Description des trois périodes de la folie circulaire, dont la réunion constitue un accès complet.

1° *Période d'excitation*. En général, elle consiste dans une simple exaltation de toutes les facultés : activité extrême de l'intelligence, qui, au début pourrait paraître une modification avantageuse s'il ne s'y joignait bientôt des altérations des sentiments, et des actes étranges et désordonnés; exubérance des idées; exaltation des sentiments; manifestations malveillantes.

L'excitation diminue en général graduellement, surtout dans les folies circulaires à longues périodes, et passe par nuances insensibles, au bout d'un temps variable selon les cas, à la période de dépression. Le plus habituellement l'observateur exercé ne constate pas d'intervalle lucide entre l'excitation qui s'affaiblit de jour en jour, et la dépression qui commence à poindre. Néanmoins, il est quelques cas exceptionnels où le malade se trouve pendant quelques jours dans un état qu'on peut considérer comme un intervalle de raison; mais la durée de cet état est très courte, même dans les folies circulaires à longues périodes, et elle est toujours moins longue que celle du véritable intervalle lucide qui succède à la dépression.

2° *Période de dépression*. Habituellement elle se produit par degrés, mais elle peut quelquefois survenir brusquement. Le malade commence à se tenir à l'écart et à ne proférer que de rares paroles; il semble manifester de la honte ou de l'humilité. Bientôt il reste tout à fait solitaire et dans l'immobilité. L'affaissement physique et moral devient de jour en jour plus prononcé, et il peut être porté quelquefois jusqu'au point de transformer, en quelque sorte, le malade en une statue. Le cours des idées est ralenti sans cependant jamais arriver jusqu'à la suspension de l'intelligence; les sentiments sont affaiblis, etc. Cette période est ordinairement plus longue que la période d'excitation; toutefois il est des cas ou bien des accès où elle paraît avoir à peu près la même durée; habituellement elle a d'autant plus de durée que la période d'excitation a été elle-même plus prolongée.

3° *Intervalle lucide*. Après un temps plus ou moins long, la période de dépression diminue en général progressivement. Le malade semble s'éveiller à la vie de relation et retourne à ses habitudes d'ordre et de travail. Il redevient alors à peu près ce qu'il était à l'état normal. Mais plus on a d'expérience et de sagacité dans l'observation, plus la durée réelle de l'intervalle lucide se trouve diminuée. Cependant il existe. Il est toujours plus court que chaque période précédente, considérée isolément; mais sa durée est variable, et dans les folies circulaires à longues périodes elle peut être de plusieurs mois. Au bout d'un certain temps, les signes de l'excitation deviennent de nouveau manifestes, et insensiblement, en général, un autre cercle maladif recommence avec les mêmes caractères que le précédent.

Après cette description sommaire, l'auteur prévient qu'il a entre les mains un certain nombre d'observations de folie circulaire à courtes et à longues périodes, mais qu'il ne peut les lire devant l'Académie, de crainte d'abuser de son attention. Il termine son mémoire par l'indication de quelques conséquences pratiques à tirer de la connaissance de la folie circulaire.

La détermination de cette forme nouvelle de maladie mentale sera utile : 1° pour la *nosologie* des maladies mentales, en ouvrant la voie à une classification plus régulière et plus naturelle que celle que nous possédons aujourd'hui; 2° pour la *thérapeutique*, en contribuant à faire apprécier exactement l'action des agents curatifs, non sur la folie en général, mais sur certaines formes en particulier, par la connaissance préalable de leur marche naturelle; 3° pour la *médecine légale*, en fournissant aux médecins experts, dans les cas de ce genre, des moyens de conviction et de démonstration bien précieux, puisés dans la marche des maladies mentales, et non dans les détails ou les mobiles de l'acte même soumis à leur appréciation.

Discussion.

M. *Baillarger* : Dans la communication que notre collègue M. Falret avait commencée dans la dernière séance, et qu'il a terminée aujourd'hui, il y a deux choses complétement distinctes : 1° Une réclamation relative au travail que j'ai lu à l'Académie il y a quinze jours; 2° un mémoire sur la folie circulaire. Je n'ai pas à m'occuper du mémoire rédigé depuis la lecture de mon travail, lecture à laquelle notre honorable collègue avait assisté. Reste donc la réclamation. Elle se fonde sur un court alinéa faisant partie d'une leçon publiée en 1851 dans la *Gazette des hôpitaux*. D'après M. Falret, la *folie circulaire*, qu'il a indiquée dans ce passage, ne serait autre chose que le genre de folie décrit par moi sous la dénomination de *folie à double forme*. M. Falret entend par folie circulaire une forme spéciale des maladies mentales, caractérisée par la succession continue d'accès de mélancolie et de manie séparés seulement entre eux par de courtes intermittences. Je ferai remarquer que la condition essentielle est ici la continuité dans la succession des accès, sans cela l'espèce de roulement qui a donné à notre collègue l'idée d'employer la dénomination de *circulaire* n'existait pas. Ceci bien établi, il sera facile, je l'espère, de démontrer que beaucoup d'observations de folie à double forme ne peuvent, en aucune manière, rentrer dans cette définition.

Première catégorie. — Elle comprend les accès isolés, soit que le malade n'en ait qu'un seul, soit qu'il en ait au plus quelques uns séparés par de très longs intervalles, et provoqués par de nouvelles causes. Ces faits n'ont rien de commun avec la folie circulaire, puisque le caractère principal, la continuité dans les accès, n'existe pas.

Deuxième catégorie. — Elle comprend les accès qui se produisent d'une manière intermittente, mais irrégulière. Le malade a huit, dix, douze accès à des intervalles de six mois, d'un an, deux ans même, et même aucune cause nouvelle ne peut en expliquer l'apparition. Ici, encore, les observations n'ont rien de commun avec la folie circulaire.

Troisième catégorie. — Elle comprend la folie à double forme périodique; la durée des intermittences est régulière, mais très variable, selon les cas : dans l'un des faits que j'ai cités, elle était de quinze jours; dans l'autre, de huit mois. Ici, encore, point de continuité dans les accès, qui ne peuvent être rattachés à la folie circulaire. S'il en était autrement, les mots *folie circulaire* seraient synonymes de *folie intermittente périodique*, et on ne peut pas prêter à notre collègue, M. Falret, la pensée d'avoir voulu confondre deux choses si différentes.

Il faut d'ailleurs bien distinguer les intermittences dont M. Falret a parlé, de celles dont il est ici question. Les premières auraient lieu entre les périodes de l'accès; les secondes, au contraire, séparent les accès eux-mêmes. Supposez, par exemple, qu'il y ait une intermittence bien tranchée, mais très courte, entre chacun des trois stades qui se succèdent dans l'accès de fièvre intermittente, ce sera quelque chose d'analogue à ce qui a lieu dans la folie circulaire; mais ces intermittences, je n'ai pas besoin de le dire, sont très différentes de celles beaucoup plus prolongées qui séparent les accès eux-mêmes.

Ici, je dois le dire, il y a un changement très notable entre le passage de la *Gazette des hôpitaux* et celui que M. Falret a lu devant l'Académie, et qui se trouve dans ce que j'appellerai la seconde édition de ses leçons. Dans le premier, M. Falret ne dit point que la succession de la manie avec la mélancolie a seulement été considérée comme un fait accidentel. Il reconnaît, au contraire, que les auteurs ont fréquemment parlé des alternatives de la mélancolie et de la manie.

Reste la circonstance plus importante de la régularité. Je ne l'ai point empruntée à notre collègue, par une raison bien simple : c'est qu'elle se trouve dans l'ouvrage d'Esquirol, t. II, p. 170, et je dois rappeler que j'ai cité le passage au commencement de mon mémoire. Il y a cependant une différence que je dois signaler entre ce passage et celui de M. Falret. Dans ce dernier, la succession des accès est présentée comme *presque* régulière. Esquirol est plus net et moins timide; il proclame que cette succession est *très* régulière. Ainsi, non seulement notre collègue n'a pas dit le fait d'une manière plus expresse qu'on ne l'avait fait avant lui; mais, au contraire, il l'a atténué. Quel emprunt pouvais-je donc faire sous ce rapport, puisque la base sur laquelle il s'appuie était connue et nettement définie?

En résumé, je crois pouvoir conclure de la discussion à laquelle je viens

de me livrer : 1° que la réclamation élevée par M. Falret, présentée comme elle l'a été, sans restriction et d'une manière générale, est inexacte, puisqu'au lieu de s'adresser à tout mon travail, elle ne se rapporte qu'à une seule des catégories des observations que j'ai étudiées ; 2° que, même dans ces limites, cette réclame n'est pas fondée, puisque je n'ai pu emprunter à notre collègue, ni le fait principal sur lequel il s'est appuyé, et qui avait été nettement indiqué avant lui, ni la dénomination nouvelle qu'il a créée, puisqu'elle ne pouvait s'appliquer à mon travail.

Quatrième catégorie. — Je rangerai ici les accès qui se succèdent sans interruption, mais dont la durée est au plus de quelques mois. Ces faits pourraient rentrer dans la folie circulaire, mais ils en sont exclus par l'un des caractères principaux ; je veux parler des intermittences : ici la transition est si brusque, si rapide, qu'aucun doute n'est possible. Les périodes et les accès se succèdent sans interruption.

Cinquième catégorie. — C'est la seule série d'observations qui rentre dans la folie circulaire, telle que l'a définie M. Falret. Il s'agit d'accès de longue durée qui se succèdent sans interruption.

Le passage d'une période à l'autre se fait d'une manière lente, graduelle, et on peut même croire à un certain moment que le malade est revenu à la santé. M. Falret admet, il est vrai, une intermittence. C'est là une dissidence importante, sans doute, mais qui, en réalité, n'empêche pas que je ne reconnaisse complétement ici les observations qui ont fixé l'attention de notre collègue.

C'est donc à tort, comme on le voit, que notre collègue n'a mis aucune restriction dans la réclamation qu'il a élevée. Pour être exact, il eût fallu la restreindre à une partie seulement des observations dont j'ai parlé. Voilà le premier fait que je tenais à bien établir.

Voyons maintenant sur quelle base s'est appuyé M. Falret pour admettre la folie circulaire? Cette base est nettement établie au commencement de l'article qu'il a lu devant vous.

Il résulte de cet article : 1° Que la transformation de la manie en mélancolie, ou réciproquement, a été signalée de tout temps comme un fait accidentel ; 2° qu'on n'a pas assez remarqué, ou au moins qu'on n'a pas dit d'une manière assez expresse, que cette succession se manifeste quelquefois avec continuité et d'une manière presque régulière. M. Falret ajoute immédiatement : « Ce fait nous a paru assez important pour servir » de base à une forme de maladie mentale que nous appelons folie cir- » culaire, etc. »

Ainsi, messieurs, aucun doute n'est possible sur le point de départ et sur la pensée principale. Avant notre collègue, la succession de la manie en mélancolie était considérée comme un fait accidentel. En opposition avec ce fait, il établit, pour certains cas, deux choses : la continuité et la presque régularité de cette succession.

Je crois, messieurs, que notre collègue a commis ici une assez grave erreur. Avant lui, la succession de la manie et de la mélancolie n'avait pas été considérée, dans tous les cas, comme accidentelle. Tous les auteurs ont dit que la mélancolie et la manie alternaient entre elles. Or, quelle différence y a-t-il entre deux maladies qui alternent entre elles, et deux maladies qui se succèdent d'une manière continue ?

M. *Falret* : L'Académie me permettra de lui rappeler que lorsque, dans la dernière séance, M. le secrétaire perpétuel a parlé de la possibilité d'une discussion, j'avais pris le parti de n'y prendre aucune part. La réflexion m'a fait persister dans cette question.

M. *Londe* s'élève avec énergie contre la qualification de dangereuse donnée par M. Falret à la doctrine des monomanies.

M. *Falret* maintient sa proposition ; il met au défi qui que ce soit de lui faire voir un seul monomaniaque dans les asiles d'aliénés de Paris.

CALCULS BILIAIRES. — M. le docteur *Legrand* lit un mémoire sur une nouvelle méthode de traitement des calculs biliaires. (*Comm.* : MM. Pâtissier, Bousquet.)

La séance est levée à cinq heures.

Académie de Médecine de Belgique.

SÉANCE DU 31 DÉCEMBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Suppression des salles de galeux dans les hôpitaux militaires de Belgique.

M. *Vleminckx* : Messieurs, dans la séance du 25 juin dernier, j'ai eu l'honneur d'appeler votre attention sur la gale, et spécialement sur la gale de l'armée, et de vous faire entrevoir la possibilité de fermer, dans un avenir très prochain, les salles de galeux de nos hôpitaux militaires.

Mes prévisions se sont réalisées.

Il n'y a plus, il ne doit plus y avoir dans les établissements sanitaires de l'armée, de salles de galeux. Toutes sont fermées, et très certainement elles ne s'ouvriront plus.

L'Académie m'avait demandé de lui faire connaître l'époque à laquelle fonctionnerait, à l'hôpital de Bruxelles, l'armoire de fer dont je l'avais entretenu. Cette armoire est construite. Elle fonctionnera la semaine prochaine. Vous pourrez aller vous assurer des résultats qu'elle produira.

Mais, messieurs, depuis que j'ai eu l'honneur de vous parler de cette importante affaire (et vous me permettrez de l'appeler de ce nom, car elle aura pour l'armée des conséquences très grandes), j'ai été à même de constater d'autres faits.

Je vous avais dit que pour rendre complétement fructueux le traitement rapide de la gale, il était indispensable de trouver un moyen non moins rapide de destruction de l'acarus résidant dans les effets de couchage et d'équipement ; que les moyens ordinaires de désinfection ne suffisant pas à cet effet, il était heureux que le hasard m'eût permis de reconnaître qu'ils pouvaient être utilement remplacés par une température suffisamment élevée pour tuer les sarcoptes et leurs œufs, mais pas assez pour altérer les effets qui les recèlent.

Eh bien ! messieurs, j'étais dans l'erreur. J'ai constaté, depuis, que la désinfection pouvait se faire non moins promptement à l'aide d'un fort dégagement de chlore, que par une température élevée.

Jusqu'à ces derniers temps nous ne savions pas d'une manière précise combien d'heures ou de jours les objets contaminés, infectés, devaient être soumis à ce métalloïde. Les galeux restant en traitement pendant dix jours en moyenne, leurs objets étaient soumis pendant le même laps de temps aux émanations de chlore, mais théoriquement ou même pratiquement, on ne savait pas si c'était trop ou trop peu.

Je résolus donc de faire faire des essais auxquels me poussait vivement, d'ailleurs, et mon désir d'en finir le plus promptement possible avec l'affection psorique, et le retard trop prolongé que très involontairement, sans doute, on apportait à la construction de l'armoire de fer que j'avais demandée, à titre d'essai, pour l'hôpital de Bruxelles. Je me représentai, au surplus, qu'il pourrait s'écouler encore bien du temps, avant que tous nos établissements fussent munis de cet appareil, et que, par conséquent, je ne parviendrais pas à réaliser aussi promptement que je le désirais les bienfaits du système que je voulais inaugurer.

Ces essais ont eu pour résultat de me faire reconnaître qu'il suffirait d'exposer les objets de couchage et d'équipement au chlore dégagé en abondance, pendant le temps que doit durer le traitement de la maladie elle-même, c'est-à-dire pendant deux heures, pour en obtenir la pleine et entière purification.

Dans l'inspection que je viens de faire, j'ai donc pu donner les ordres les plus formels pour la suppression des salles des galeux.

Il m'a paru utile de vous exposer en peu de mots les mesures que j'ai fait mettre en usage.

Le premier repas de nos soldats a lieu vers huit heures du matin. La visite sanitaire se fait presque à la même heure. Les hommes trouvés atteints de la gale sont dirigés à l'hôpital vers dix heures, c'est-à-dire après que la digestion des aliments ingérés a eu lieu, de façon à permettre immédiatement et sans tarder, le traitement de la maladie. Pendant ce temps, leurs effets de couchage sont transportés à la salle de désinfection de la caserne, s'il en existe, ou à celle de l'hôpital, s'il n'en existe pas. Aussitôt leur arrivée à l'hôpital, le traitement est institué, et les effets qu'ils ont amenés avec eux sont soumis à la purification. Deux heures après, ils sortent avec ces mêmes objets, et rentrent à leur compagnie, au ménage de laquelle ils n'ont pas cessé d'appartenir.

Ce n'est plus avec un billet d'entrée qu'ils sont envoyés en traitement (nous ne voulons plus de mutations), mais avec un bon pour un *bain* et *trois onces de sulfure calcaire*.

Et à ce propos, messieurs, je vous dirai, en passant, que nous avons généralement abandonné la pommade d'Helmerich, pour notre sulfure calcaire. Peut-être avant quelque temps pourrons-nous généraliser un moyen plus simple encore, et non moins efficace.

Un de nos pharmaciens, M. Acar, m'a proposé de ne faire faire désormais qu'une seule friction à l'aide d'un mélange de savon et d'un sulfure alcalin.

Les motifs à l'appui de cette proposition me paraissent très plausibles. Le savon seul ne s'étend que difficilement sur les différentes parties du corps, et la limpidité complète du sulfure calcaire n'est pas l'état le plus favorable pour obtenir des frictions tout le résultat désirable.

Un mélange de savon et de sulfure en proportion telle qu'il présente une consistance plus appropriée au but à atteindre assurerait, par conséquent, une guérison plus radicale et non moins prompte.

Par suite de cette modification, le malade aurait à s'assouplir la peau, en se baignant d'abord pendant une demi-heure, à se frictionner ensuite pendant une autre demi-heure, et enfin à passer une seconde fois dans l'eau, pour se nettoyer.

Les succès obtenus jusqu'ici me font augurer que ce savon sulfureux remplacera très utilement les moyens que nous mettons actuellement en usage.

Quoi qu'il en soit, le traitement est achevé vers midi ou une heure, et le galeux, parfaitement rétabli, retourne à sa compagnie, et reprend pour les déposer dans son dortoir, ses objets de couchage purifiés.

Le second repas ayant lieu entre deux et trois heures, vous voyez tout d'abord qu'il peut y prendre part, et que, par conséquent, il n'y a plus lieu à faire des mutations.

C'est parmi tant d'autres avantages résultant du nouveau procédé, un avantage nouveau dont les administrateurs seuls savent apprécier la portée.

La suppression des salles de galeux a donc pu être complète, entière, nonobstant l'absence du moyen de désinfection dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir dans la séance du 25 juin dernier.

Est-il donc inutile de recourir désormais à ce moyen, et peut-on continuer à faire usage du chlore?

Comme bien vous le pensez, messieurs, j'avais un grand intérêt à résoudre cette question ; j'ai donc dû l'examiner avec soin.

Le chlore aura toujours pour effet d'altérer certains objets, tels que boutons, garnitures métalliques de schako, etc.; il faut, en outre, pour en obtenir le dégagement à chaud, l'emploi de certains ustensiles très sujets à se briser ou à s'altérer ; il faut enfin un local spécial, exclusivement destiné *ad hoc*, dont la construction est déjà assez dispendieuse, et qui coûte, en outre, des frais d'entretien ; il faut, en dernière analyse, deux locaux séparés, l'un pour le traitement, l'autre pour la désinfection.

Avec l'emploi de la chaleur tous ces inconvénients disparaissent ; l'économie est plus grande, la cure complète, y compris la purification, d'une simplicité presque phénoménale.

Voici l'organisation telle que je l'ai projetée pour les établissements de l'armée.

Supposez une salle d'une capacité suffisante : à l'une des extrémités se trouve l'appareil de fer ; à l'autre une, deux ou trois baignoires, suivant les besoins de la garnison. La salle est garnie, en outre, de quelques meubles indispensables, bancs et tables.

Le galeux y est amené entre dix et onze heures : il se dépouille de ses effets qui sont suspendus à l'instant par les soins d'un infirmier spécialement chargé de ce service, dans l'armoire chauffée.

Cette armoire, par ses nombreuses surfaces de chauffe, donne à la salle une chaleur plus que suffisante.

Le galeux dépouillé de ses vêtements est soumis immédiatement au traitement, surveillé par l'infirmier qui préside à la purification des effets.

Le traitement de deux heures terminé, le malade reprend lesdits effets et quitte l'établissement.

Ainsi donc, une seule salle, un seul feu, un seul surveillant, voilà certes une simplification et une économie que ne présenterait aucune autre méthode.

Pour ce qui est du combustible, la quantité à employer est si peu considérable, qu'on le croirait à peine si l'on n'avait été témoin des essais qui ont été faits.

Le coût de l'armoire (et je prends pour type celle qui a été construite pour la prison d'Anvers, et qui réunit toutes les conditions nécessaires) ne s'élève pas à plus de 275 francs.

Et ce n'est pas tout. On trouvera, j'en suis sûr, un appareil bien moins coûteux encore, qui, à l'aide d'un même feu, permettra de chauffer tout à la fois et l'eau qui doit servir aux baignoires, et la boîte qui doit purifier les effets.

Ce serait là une nouvelle source d'économie.

Je dois insister néanmoins pour que les effets de couchage soient purifiés à l'aide du chlore dans la caserne même ; et cela se comprend ; il y aurait peut-être quelque danger à faire emploi de la chaleur dans ces vastes établissements, et, d'un autre côté, il faut empêcher autant que possible le transport de ces effets, des casernes aux hôpitaux, transport qui non seulement occasionne des corvées parfaitement inutiles, mais qui constitue encore une cause d'usure de ces mêmes objets, qu'il convient d'autant plus d'éviter, que les soldats sont tenus d'en supporter les frais.

Aux médecins des corps appartiendra le soin de faire cette désinfection dans les casernes, et, comme je l'ai dit, à l'aide d'un fort dégagement de chlore dans un lieu parfaitement clos et obscur : il ne faudra guère plus de deux heures pour l'obtenir pleine et entière.

Voilà donc, messieurs, où nous en sommes arrivés. Le résultat est immense, vous le comprenez ; il m'est permis de le dire en effet, la gale n'est plus une maladie pour l'armée belge ; car ils ne doivent plus être comptés parmi les malades les hommes qui peuvent être débarrassés de leur maladie au bout de deux heures, et qui le sont en effet.

Et voyez les effets immédiats de ce grand changement. Une grande économie est obtenue ; des places nombreuses, jadis réservées pour le traitement des galeux, sont affectées désormais à d'autres malades ; la capacité de ces établissements se trouvera par conséquent accrue sans frais ; des hommes oisifs sont rendus à l'activité ; l'effectif de l'armée est donc augmenté en réalité, et, pour couronner l'œuvre, une grande cause d'immoralité et de malpropreté a disparu de nos hôpitaux.

Une courte discussion s'engage. M. *Seutin* craint que le traitement indiqué ne réussisse pas contre la *grosse gale*.—M. *Vanden Broeck* voudrait qu'on repoussât le chlore qui peut altérer les objets de cuivre et diminuer la solidité des autres objets d'équipement. — M. *Vleminckx* répond à M. Vanden Broeck qu'on purifiera avec le chlore seulement les effets de couchage qui n'en sont pas altérés du tout ; que d'ailleurs l'emploi de la chaleur en grand dans des casernes aurait des dangers. Il répond à M. Seutin que la *grosse gale* n'est souvent pas la gale, mais une simple affection pustuleuse, et que si la peau était trop enflammée, on aurait recours préalablement à des moyens sédatifs.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Fracture du rocher, écoulement prolongé du liquide sous-arachnoïdien, guérison, par M. Adams.

Nous avons déjà fait connaître dans ce journal (n° 5, p. 59) un cas de transsudation séreuse par l'oreille, suivie de la guérison. Voici un second fait, exemple, lui aussi, d'une heureuse terminaison de ces lésions que l'on considère cependant en général et avec raison comme si dangereuses. Notons que, chez ce malade comme chez celui de M. Ferry, l'écoulement aqueux a été très copieux. Existerait-il une influence de la quantité de liquide évacué sur la gravité de la maladie ? Sa sortie produirait-elle une déplétion capable d'atténuer le péril résultant des altérations encéphaliques concomitantes ?.... Question que nous nous contentons, pour le moment, de poser, mais à laquelle l'avenir donnera sa solution.

Un nommé M. Hoskins, qui avait perdu depuis douze ans, par suite d'accident, les deux jambes et le bras gauche, fit à midi une chute sur le pavé. Relevé sans connaissance, il resta dans cet état pendant deux heures. En revenant alors à lui, il trouva ses vêtements couverts du sang qui coulait de son oreille gauche. Il se fit conduire à l'hôpital, où il entra le même jour, entre neuf et dix heures du soir.

A ce moment le sang continuait de couler par cette oreille, de laquelle il était devenu complétement sourd depuis l'accident. Il ne se plaignait que d'une sensation de pesanteur dans la tête. Pendant les deux jours suivants, il ne sortit que du sang pur ; mais ensuite il devint peu à peu moins coloré, et fut enfin remplacé par un liquide d'un jaune pâle, limpide, qui s'échappait en assez grande abondance pour remplir en une demi-heure le pavillon auriculaire, si le blessé tenait pendant ce temps la tête inclinée sur le côté opposé. Il diminua progressivement, et cessa, le dix-huitième jour, de se montrer.

Après les quatre premiers jours, il s'ajouta à la douleur de tête une paralysie complète du facial de ce côté. Peu après, la céphalalgie s'accrut, *comme si*, disait-il, *deux marteaux lui eussent battu la cervelle !* Il s'y joignit une violente fièvre inflammatoire. Grâce aux sangsues et aux purgations, cet état se dissipa ; la surdité alla en diminuant, et au bout d'un mois il était guéri. A cette époque l'ouïe était parfaite, mais l'état des parties paralysées n'avait subi qu'une amélioration incomplète.

La clavicule gauche, fracturée lors de sa chute, se consolida régulièrement.

Inutile d'ajouter, puisque le cas s'est passé dans un hôpital d'Angleterre, que le malade n'en sortit point sans avoir pris assez de mercure pour déterminer une salivation légère. (*Medical Times and Gazette*, 17 déc. 1853, p. 630.)

Luxation de l'humérus sur la face dorsale de l'omoplate, par M. West.

Ce n'est pas seulement comme nouvel exemple d'une lésion très rare que nous reproduisons le fait suivant. Il mérite également d'être connu en raison des lumières que l'indication détaillée du mode d'action de la cause vulnérante jette ici sur le mécanisme selon lequel le déplacement s'opère.

Un fermier était dans sa cour, occupé à surveiller quelques réparations. S'étant appuyé le dos contre un support qui soutenait un grand nombre de planches de sapin entassées en croix les unes

sur les autres, il le renversa, et les planches, glissant sur lui, le firent tomber la face contre terre. Sa tête échappa au choc, grâce à ce qu'elle se rencontra heureusement de manière à correspondre à l'intervalle laissé entre deux planches ; mais l'épaule droite reçut un coup violent, le coude alla heurter le sol, et la tête de l'humérus de ce côté, fut chassée directement en arrière.

Une heure après l'accident, M. West constata un raccourcissement tel de ce membre, que, avant que le malade se fût déshabillé, il crut pouvoir diagnostiquer une fracture de l'humérus ; mais bientôt il vit, au-dessous de l'acromion, une place molle, dépressible, et, au contraire, sous l'épine de l'omoplate, une tumeur dure et arrondie qui partageait les mouvements de rotation imprimés au coude. Comme il y avait en outre fracture de quelques côtes, et que le blessé était encore dans l'état de faiblesse et de collapsus qui avait suivi sa chute, la réduction fut très facile. Il n'éprouva consécutivement aucune souffrance, et la guérison fut rapide et complète. (*Association Medic. Journ.*, 6 janv. 1854, p. 6.)

Ulcération phagédénique étendue guérie par le cautère actuel, par M. CHADWICK.

Les praticiens ne connaissent que trop ces ulcères serpigineux dans leur marche, presque éternels dans leur durée, réfractaires à tout traitement pharmaceutique, qui résultent, chez certains sujets âgés ou affaiblis, de la transformation de chancres vénériens primitifs, parfaitement simples lors de leur début. Les divers caustiques n'y produisent ordinairement que des modifications insuffisantes, et c'est, en définitive, le fer rouge qui en fait le plus souvent justice.

Cependant on hésite, en général, à appliquer cet agent héroïque, et l'on perd à temporiser un temps qui précipite la détérioration de la santé. Il importe donc de ne point laisser passer sans les signaler les circonstances où le cautère actuel a triomphé, a pu seul triompher d'altérations de ce genre jusque-là incurables.

M. Chadwick eut à soigner M. J. W..., âgé de trente-cinq ans, qui, à la suite d'un chancre, vit l'ouverture d'un bubon devenir d'abord virulente, puis phagédénique, à cause des travaux actifs auxquels il ne cessa de se livrer. L'ulcération s'étendit de l'aine à la cuisse et au ventre, y traçant des sillons profonds et sinueux. Une diarrhée colliquative, des sueurs abondantes, des douleurs locales excessives, une insomnie opiniâtre avaient amené un état de dépérissement extrême. L'iode, le mercure, la salsepareille, l'opium, le quinquina, les acides minéraux, divers topiques n'ayant procuré aucun changement dans cet état si grave, on se décida à appliquer le fer rouge au fond de cette vaste plaie. Deux cautérisations successives furent nécessaires pour en changer la nature ; mais alors les granulations de bonne nature s'élevèrent avec une telle rapidité, que, en peu de semaines, cette perte énorme de substance se réduisit à une petite plaie, laquelle, il est vrai, demanda ensuite plusieurs mois avant de se fermer complétement. Mais enfin elle se cicatrisa, et le malade était entièrement guéri depuis deux ans, à l'époque où M. Chadwick le vit pour la dernière fois. (*The Lancet*, 7 janv. 1854, p. 4.)

Nouvelle pince à ligature, par M. APOSTOLIDES.

Cet instrument est destiné à résoudre une des plus habituelles et des plus gênantes, sinon des plus sérieuses difficultés de la médecine opératoire. La ligature des artères à la surface d'une plaie saignante ne s'accomplit pas toujours sans encombre, et d'ailleurs elle nécessite au moins le concours attentif de deux personnes, non seulement habiles, mais encore exercées à manœuvrer de concert. Avec la pince de M. Apostolides un seul chirurgien suffira.

Supposez une pince ordinaire, dont l'une des branches, la droite, a sur son côté une tige d'acier qui peut glisser de manière à venir dépasser en bas l'extrémité de la branche. Cette tige se termine en bas par une fente destinée à loger le bout d'un fil formant nœud coulant, dont la partie faisant nœud embrasse les extrémités de l'instrument ouvert. Le petit doigt de l'opérateur est enveloppé par l'autre bout de cette même anse de fil qui y prend ainsi un point d'appui solide

Les choses ainsi disposées, on saisit le vaisseau avec la pince, on fait glisser la tige le long de la branche. Le nœud descend ainsi au niveau de l'artère divisée ; et tandis que le fil est maintenu par son enroulement autour du petit doigt de la main qui tient la pince, l'autre main saisit l'autre bout du même fil, et achève facilement de le serrer de manière à former un nœud étreignant l'artère assez fortement pour l'oblitérer. (*Dublin Medical Press*, décemb., p. 404.)

Pustule maligne guérie rapidement par les applications de pâte d'encens, par M. ARAN.

MM. Caffei et Romei avaient annoncé avoir guéri, par des applications topiques d'encens, quarante-quatre cas sur quarante-cinq de pustule maligne. M. Aran vient d'employer le même moyen pour obtenir la guérison d'une pustule maligne, développée au niveau de la paupière inférieure droite. Le début de la maladie remontait à cinq ou six jours lors de l'admission à l'hôpital. M. Aran fit, avec de la poudre d'encens commun, un peu d'eau et de l'alcool, une pâte épaisse qu'il appliqua sur toute la surface du mal et même à un centimètre environ au delà de sa périphérie. Le malade accusa, après l'application de la pâte, un peu de chaleur locale, suivie rapidement de soulagement et de calme ; la tuméfaction diminua en quelques heures. Le lendemain, une deuxième application de pâte d'encens fut faite et répétée le sixième jour du traitement. Quelques pansements avec l'onguent styrax amenèrent la chute des escarres. Le malade sortit après dix-sept jours de traitement, ayant sa plaie en voie de cicatrisation. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1854, n° 1, p. 8.)

Quelques cas d'affection morvo-farcineuse chez l'homme, par M. POGGI.

Sous ce titre, l'auteur cherche à établir comme dépendant du virus morveux l'existence chez l'homme d'une maladie bien distincte qui consisterait uniquement en une ou plusieurs tumeurs se développant spontanément sur diverses parties du corps. Suppurant lentement et sans réaction inflammatoire manifeste, elles peuvent se résoudre, même alors qu'elles paraissaient tout à fait et très superficiellement fluctuantes. Mais le plus ordinairement elles s'ouvrent, et la réparation de la plaie qui en résulte ne s'opère qu'avec beaucoup de retard. Longtemps les bords restent décollés, taillés à pic ; mais enfin la cicatrisation s'achève.

Mais puisque aucun autre signe plus caractérisé de morve n'existe, puisque la santé générale reste intacte, comment donc, dira-t-on, M. Poggi peut-il être autorisé à penser qu'un état aussi simple tient à l'infection morveuse?... La manière dont il s'y est pris pour justifier sa proposition est fort ingénieuse, et nous paraît sinon entièrement probante, au moins digne d'être connue.

Par un hasard favorable à ses recherches, M. Poggi a été à même d'observer les suppurations circonscrites dont nous venons de parler, chez deux individus qui avaient fréquenté une écurie de chevaux morveux ; et précisément un autre sujet, qui avait été soumis à cette même cause de contagion, prit la morve et y succomba.

D'une autre part, un quatrième homme ayant été, lui aussi, en rapports fréquents avec des animaux morveux, présenta quatre de ces tumeurs à l'avant-bras ; mais en même temps il éprouva des symptômes généraux d'une certaine gravité : céphalalgie prononcée, langue sale, diarrhée copieuse, tuméfaction de la langue, des gencives et de toute la muqueuse buccale, anxiété, sueurs abondantes, fièvre continue. Après quelques jours de danger sérieux, on parvint cependant à le guérir à l'aide du quinquina.

Mais le cas le plus significatif, sous ce rapport, est celui d'un nommé Capra, homme chétif et débilité, boucher de la ville, ayant aussi fréquenté l'écurie des chevaux morveux. Il offrit une tumeur à la partie externe et postérieure du bras droit, et en guérit par une large incision, sans avoir présenté le moindre accident, la complication la plus légère du côté de la santé générale. Cependant, et quoique ayant depuis lors abandonné sa profession pour les travaux agricoles, il rentra à l'hôpital au bout de onze mois, et y succomba aux symptômes d'une morve aiguë si bien caractérisée, que l'autopsie révéla, outre de véritables pustules sur la face, l'existence de

larges ulcérations de la pituitaire, et une perforation de 2 centimètres de diamètre de la cloison des fosses nasales.

D'après ces faits, qui établissent si évidemment la coïncidence sur laquelle M. Poggi appuie sa démonstration, on ne peut, ce nous semble, se refuser à admettre avec lui que l'existence d'un état dû, chez l'homme, à l'action du virus morveux, consistant uniquement en suppurations indolentes et circonscrites, état qui n'est cependant ni la morve aiguë ni la morve chronique, devient extrêmement probable. (*Giornale dell'Accademia medico-chirurgica di Torino*, déc. 1853, p. 417.)

Cœur n'ayant qu'un seul ventricule, par le docteur Hale.

C. B., âgé de dix semaines, fut apporté, le 30 novembre 1852, au docteur Hale. Au moment de sa naissance, cet enfant était gras et bien conformé, mais depuis cette époque il avait maigri considérablement. Souvent il vomissait; cet accident avait fait cesser l'allaitement naturel. Lors de l'examen, l'enfant avait un sommeil mauvais et troublé par des attaques de dyspnée. Quand il était tranquille, sa peau était chaude, mais pendant les attaques de dyspnée, les extrémités se refroidissaient; la surface des téguments, les mains, les lèvres, étaient pâles, et offraient leur couleur ordinaire. Quand le docteur Hale l'examina, le petit malade venait d'avoir un accès de dyspnée; le pouls était plein et accéléré, le ventre tympanisé; le cœur battait fortement, ses bruits étaient tumultueux. La région précordiale était mate à la percussion dans toute son étendue; au niveau du troisième cartilage costal et près du sternum, on entendait un bruit de souffle superficiel et sifflant; au niveau de la pointe, les bruits anévrysmaux étaient bruyants, mais tellement confus et rapides qu'on ne pouvait les analyser. L'impulsion du cœur retentissait dans toute la poitrine; on entendait à peine la respiration. Cet enfant vécut dix semaines encore; après cette époque, sa mort fut subite; on le trouva mort le matin dans son lit. — Ouverture du cadavre trente heures après le décès. — Les poumons étaient congestionnés et ne s'affaissaient pas au moment de l'ouverture de la poitrine; de larges plaques emphysémateuses se rencontraient sur leur surface antérieure. Le péricarde, qui n'offrait aucune altération, contenait une demi-once environ d'un liquide jaune citrin clair. Le cœur dépassait manifestement de beaucoup le volume qu'il présente habituellement chez un sujet de cet âge : il n'avait qu'une seule cavité ventriculaire qui était complétement vide. Les colonnes charnues placées dans la moitié gauche de cette cavité ventriculaire unique étaient plus volumineuses que celles qui occupaient la moitié droite. On ne trouvait aucune trace de la cloison interventriculaire. L'aorte et l'artère pulmonaire n'offraient rien d'anormal dans leur point d'insertion au cœur; le calibre de l'artère pulmonaire était au moins double de l'état normal; l'aorte était, au contraire, rétrécie. Les valvules de l'artère pulmonaire étaient développées et épaissies. Aucune altération des valvules aortiques. L'orifice mitral était large et permettait facilement le passage du doigt du ventricule dans l'oreillette gauche. Aucune altération de la valvule tricuspide. Les oreillettes étaient volumineuses, leurs appendices très développés, leur membrane interne épaissie. Le trou de Botal était large et ouvert, le repli valvulaire qui le borde plus épais que dans l'état normal. Lorsqu'on eut enlevé les parties, on trouva une artère volumineuse naissant de la branche gauche de l'artère pulmonaire se dirigeant en bas; malheureusement, une dissection faite trop à la hâte ne permit pas de reconnaître où se rendait cette artère. Le canal artériel n'existait pas à sa place ordinaire. Le foie était volumineux; le canal veineux était oblitéré; les reins étaient congestionnés et volumineux. (*Transactions of the Pathological Society of London.* — *Dublin Medical Press*, 28 décembre 1853.)

Colique de plomb traitée par la strychnine, par le docteur Swett.

Le docteur Swett a communiqué à la Société médico-chirurgicale de New-York le résultat du traitement indiqué par lui deux ans auparavant, de la colique de plomb par la strychnine. Le médicament est donné à la dose d'un seizième de grain, répété trois fois par jour. Ce traitement est actuellement d'un usage général à l'hôpital de New-York. La médication procure en général du soulagement dès les premières quarante-huit heures, les évacuations alvines se rétablissent, et la maladie diminue d'intensité. L'auteur a vu cependant, dans un cas, l'amélioration se faire attendre pendant quatre jours. M. Swett croit que la strychnine agit en faisant cesser la paralysie des tuniques intestinales, cause de l'absence d'évacuations alvines dans la colique de plomb. Le docteur Bulkley cite également plusieurs cas de succès obtenus avec le même médicament dans le traitement de la colique saturnine.

Le traitement des médecins américains est tellement en opposition avec celui que nous employons généralement en France, que nous avons cru devoir le rapporter ici. Sans vouloir nier les résultats thérapeutiques, nous devons signaler l'insuffisance de l'explication que M. Swett cherche à donner du mode d'action de la strychnine. Cet état de paralysie des tuniques contractiles de l'intestin, à laquelle il rapporte les accidents principaux de la maladie, est-il démontré? Nous ne le croyons pas. D'autres auteurs n'ont-ils pas admis, avec plus de raison peut-être, un état de contraction spasmodique des tuniques. La colique de plomb ne pourrait-elle pas guérir seule sous l'influence d'une hygiène convenable? On serait porté à le croire en se rappelant les médicaments si variés, narcotiques, purgatifs, antiphlogistiques, et même certains spécifiques comme l'alun et l'acide sulfurique, médications diverses qui semblent donner à peu près les mêmes résultats. (*New-York Medical Journ.*, et *Dublin Medic. Press*, 4 janvier 1854.)

Chloroforme en vapeur contre le tenesme, par Ehrenreich.

La *Gazette hebdomadaire* rendait compte il y a peu de temps d'un nouveau procédé thérapeutique propre à diminuer les douleurs utérines; nous voulons parler de l'emploi local de la vapeur de chloroforme (voir *Gaz. hebdom.*, vol. 1, nº 12, p. 178). M. Ehrenreich a étendu à un autre genre de symptômes l'emploi local de l'utile anesthésique. Chez un malade, tourmenté dans le cours d'une dyssenterie par des ténesmes intenses et douloureux, M. Ehrenreich a employé avec succès la vapeur de chloroforme. Il versa trente gouttes de chloroforme dans une seringue à lavement dont le piston laissait un espace libre de quatre pouces environ. Lorsque les vapeurs de chloroforme furent mêlées à l'air, il poussa les vapeurs dans l'intestin au moyen d'une canule ordinaire. Après l'irritation passagère qui se manifesta, le ténesme cessa pendant trois heures, et durant ce laps de temps il ne se fit aucune évacuation alvine. La matière de celles qui survinrent plus tard était d'un meilleur aspect, et contenait considérablement moins de sang. Lorsque le lendemain le ténesme se fit sentir de nouveau, Ehrenreich versa trente gouttes de chloroforme sur une petite éponge qu'il appliqua au moyen d'un verre à ventouses sur l'orifice anal déplissé. Cette application fut suivie du même résultat, mais produisit une irritation locale un peu plus vive. L'auteur pense que, dans des cas semblables, on pourrait se servir d'une petite bouteille contenant une drachme de chloroforme qu'on vaporiserait à l'aide de la chaleur des mains ou de l'eau chaude, et dont les vapeurs seraient conduites dans le rectum par un tube de longueur convenable de caoutchouc ou de gutta-percha. (*Preuss. Ver. Zeit.*, 1853, 29; et *Ann. méd. de la Société de la Flandre occident.*, IIIe année, 1re livr., p. 19, 1854.)

Le docteur Dechambre a l'honneur de prévenir ses confrères qu'il est chez lui tous les mardis soir, à partir de huit heures et demie, pour les affaires du journal.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr. POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'Ecole-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 24 FÉVRIER 1854. N° 21.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 23 février 1854.

ANESTHÉSIE LOCALE. INSTRUMENT DE M. HARDY. — SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE DUBLIN. INHALATIONS DE CHLOROFORME PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

La campagne que vient de faire dans les hôpitaux de Paris l'instrument de M. Hardy (de Dublin) n'est pas des plus heureuses. Presque nulle part on n'est parvenu, avec cet instrument, à produire l'anesthésie locale : MM. Velpeau, Michon, Giraldès, Gosselin, Guersant, Jobert, Achille Richard, et d'autres encore, ont dirigé des vapeurs anesthésiques pendant quatre, cinq, six minutes, sur des parties qui allaient être le siége d'incisions ou de manœuvres douloureuses, principalement sur des abcès, et les souffrances causées par l'opération n'en ont point paru sensiblement atténuées. Dans plusieurs cas, les conditions étaient en apparence très favorables à l'action locale des vapeurs de chloroforme; tels sont ceux où le jet était dirigé sur la peau fine et très impressionnable de l'aisselle. L'insuccès a été néanmoins aussi complet dans cette région que dans toute autre. M. Paul Dubois a conseillé, on le sait, de ne pas dégager la vapeur à l'air libre, mais de l'enfermer dans une ventouse appliquée sur la peau. Cette précaution, employée, comme on l'a vu, dans deux cas dont M. Nélaton nous a transmis la relation (voy. le dernier numéro), n'avait pas amené un meilleur résultat. Il en a été de même dans plusieurs autres services. Est-ce que l'insufflation n'est pas faite assez largement ou assez longtemps? Mais M. Adolphe Richard, pour un cas d'opération de fistule anale, l'a prolongée inutilement pendant plus d'un quart d'heure, et y a employé 200 *grammes* d'un mélange à poids égal d'éther et de chloroforme. Enfin, il ne semble pas que l'insuccès tienne aux conditions pathologiques des parties que l'on cherche à anesthésier. En effet, ces parties sont souvent saines, alors même qu'il y a nécessité de les soumettre à des manœuvres opératoires, voire même à des incisions : c'est ce qui a lieu, par exemple, dans les cas de phimosis, où pourtant la tentative d'anesthésie locale a échoué deux fois complétement entre les mains de M. Ricord. M. H. Roger a d'ailleurs étudié directement, à l'hôpital des Enfants malades, l'action topique du chloroforme sur la peau saine. Il a reçu lui-même la vapeur sur diverses régions, à la face dorsale de l'avant-bras, à la face palmaire, à la joue, sans que la région soit devenue moins sensible à la piqûre d'une épingle que la région correspondante du côté opposé.

L'ensemble des faits connus n'est donc pas favorable aux

FEUILLETON.

Histoire du tabac et d'autres substances employées dans le but de se créer des sensations agréables, par M. FRÉDÉRIC TIEDEMANN (1).

(Suite — Voir numéro 20.)

Rapidité avec laquelle l'usage du tabac se répand parmi les Européens. — Nicot. — Catherine de Médicis. — Louis XIV. — Introduction du tabac en Allemagne. — Cruautés d'Amurat IV contre les fumeurs. — Bulles des papes. — Le tabac en Espagne, en Angleterre et en Hollande. — Jacques Ier ; son *Misocapnus*. — Statistiques en France. — Du tabac en Asie et en Afrique.

§ III. Quelques années après la conquête de l'Amérique, il était facile de prévoir que l'engouement pour le tabac ne s'arrêterait pas en aussi beau chemin, et qu'après avoir gagné les navigateurs et les premiers colons, il dominerait bientôt les goûts et les habitudes des Européens. C'est ce qui ne manqua pas d'arriver, malgré les railleries des uns et les critiques sérieuses des autres, malgré les oppositions des médecins et les défenses des gouvernements. En vain, du haut de la chaire sacrée, les prêtres lancèrent-ils des anathèmes contre cet exécrable usage, menacèrent-ils des flammes éternelles les fumeurs dont *les bouches qui vomissaient cette fumée impure ressemblaient aux cheminées de l'enfer* (*sic*), ils ne furent pas écoutés, et parfois même, au grand scandale de leurs ouailles, ils faisaient défection à la bonne cause, goûtaient le fruit défendu et se laissaient emporter par le torrent de l'épidémie.

Quoi qu'il en soit, la semence de tabac envoyée en Europe par Gonzalo-Hernandez ne devait servir qu'à donner à nos jardins un ornement de plus; mais on peut dire sans métaphore, avec un auteur contemporain, que cette fleur recélait dans son sein « un poison qui devait bientôt couler » dans les veines de tous les habitants de notre hémisphère pour aller » ensuite continuer ses ravages dans les diverses parties du monde » connu. » Le tabac est-il, comme l'ont voulu d'autres écrivains, le plus funeste cadeau fait par le nouveau monde à l'ancien? Les Indiens ont-ils été assez vengés des maux que leur firent subir leurs cruels dominateurs en leur inoculant cette funeste habitude? Ce sont là des questions qui,

(1) *Geschichte des Tabaks und anderer æhnlicher Genussmittel*, von Friedrich Tiedemann. Francfort, chez Broenner. 1 vol. gr. in-8°, avec planches.

espérances que la méthode avait tout d'abord fait naître. En est-ce assez pour la condamner définitivement? Nous ne le croyons pas. Notre grande raison est que l'on paraît avoir réussi, et réussi complétement, un certain nombre de fois. La première malade, opérée d'un abcès de l'aisselle par M. P. Dubois, a déclaré n'avoir pas même senti le coup de bistouri, et n'a pas donné, en effet, le moindre signe de douleur. Si M. Ricord n'a pas obtenu l'analgésie dans deux opérations de phimosis, il a été plus heureux dans une troisième, où le sujet n'a accusé aucune douleur. Supposez ces faits péremptoires, exempts de toute cause d'erreur : n'y a-t-il pas lieu de se demander pourquoi, ayant réussi quelquefois, on ne réussirait pas toujours? Et dès lors, la question pratique se réduirait à la recherche expérimentale des conditions qui permettent et de celles qui empêchent la production de l'anesthésie. Il faudrait savoir d'abord si une certaine partie du chloroforme employé disparaît par absorption ; s'il en disparaît dans tous les cas et en quantité égale, soit que l'analgésie ait été produite, soit non; quelles sont les circonstances qui peuvent faire varier la perméabilité de la peau aux vapeurs du chloroforme, notamment s'il n'y a pas quelque influence exercée par le rapport de température entre la vapeur employée et la partie sur laquelle on l'applique, etc. En un mot, le succès bien constaté d'une seule tentative d'anesthésie locale suffit pour asseoir une espérance, et pose la base d'un problème très important de physiologie et de thérapeutique. Il n'y a, ce nous semble, aucune hérésie à admettre que le chloroforme, appliqué aux extrémités périphériques du système nerveux, puisse y exercer localement son action spécifique, comme le fait la morphine introduite par la méthode endermique.

N'oublions pas de dire, en terminant, que le but principal, unique même, de M. Hardy, en faisant construire son insufflateur, n'était pas de produire l'insensibilité absolue de certaines régions, mais seulement d'y apaiser des douleurs inhérentes à des lésions locales. Dans cette sphère d'applications, il a obtenu des succès incontestables.

A. Dechambre.

Dans la controverse qui se poursuit encore si animée sur la convenance ou le danger des anesthésiques en chirurgie, l'obstétrique a eu d'abord une part assez large, principalement en France. Dès le mois de février 1847, M. le professeur P. Dubois communiquait à l'Académie de médecine des expériences qui ont à peu près fixé du premier coup les limites où devait se renfermer l'application des procédés anesthésiques à la pratique des accouchements. Au mois de mars de la même année, M. Longet, dans un important travail publié par les *Archives générales de médecine*, a traité le même sujet au point de vue physiologique. De nombreux éléments ont été également apportés à la question : en France, par MM. Stoltz (de Strasbourg), Bonnet (de Lyon), Chailly-Honoré, Bouvier, Villeneuve (de Marseille), Jules Roux (de Toulon); à l'étranger, par MM. Simpson, Sieboldt, etc., etc. Mais, depuis longtemps, la question n'a pas comparu devant les corps savants, et il est notoire qu'une grande dissidence existe à cet égard entre les accoucheurs. C'est que là, en effet, les conditions sont toutes différentes. Si les partisans du chloroforme peuvent alléguer des milliers de parturitions terminées sous son influence sans le moindre accident, ses adversaires sauront bien répondre que l'immunité spéciale tient dans ce cas à la faible dose de l'agent, à son action toujours volontairement enchaînée au-dessous des limites où le péril commence. De sorte que dans cette sphère, les cas heureux pourraient se multiplier même beaucoup au delà du nombre qu'ils ont déjà atteint, sans peser d'un seul atome sur la solution de la question générale qui divise encore les esprits.

Cependant si les réussites ne peuvent ici devenir des preuves, elles ont toujours une valeur dont, sous un autre rapport, il serait injuste de se refuser à tenir compte. C'est ce que nos voisins d'outre-Manche ont compris de bonne heure, ce que nous nous sommes efforcé déjà à plusieurs reprises nous-même de rappeler aux praticiens. L'atténuation des douleurs de la parturition est un bien incontestable, et s'il ne se trouve compensé par aucun inconvénient sérieux, le repousser systématiquement serait l'effet d'un préjugé dont la classe ignorante des malades ne nous offre que trop d'exemples, mais qui demeurerait inexcusable chez l'homme de l'art. Il faut donc poser sérieusement les termes du problème; à côté des avantages flagrants, ce nous semble, montrer aussi le péril, s'il existe ; ouvrir, en un mot, comme pour toutes les entreprises d'utilité publique, une enquête *de commodo et incommodo*. C'est dans ce but que nous avons voulu analyser la discussion qui a occupé, le mois dernier, une des séances de la Société médico-chirurgicale de Dublin (*Dublin Medical Press*, 11 juin 1854).

La question a été mise sur le tapis par M. R. Lee, adversaire du chloroforme. Il a surtout argué d'un relevé de

---

à une certaine époque, pouvaient diviser les partis, mais qu'il nous est libre d'examiner aujourd'hui à un point de vue plus calme, plus utile et conséquemment plus philosophique.

On remarquera du reste que l'usage du tabac n'est pas de prime abord imposé par la tyrannie de la mode; il s'insinue tout doucement, et les médecins ne se doutent pas qu'ils sont les patrons, innocents il est vrai, mais non moins dangereux pour cela, de cette plante narcotique. Ils espéraient avoir trouvé un nouvel agent thérapeutique, et l'on sait combien l'esprit général de cette époque était avide de découvertes nouvelles, non seulement dans l'art de guérir, mais encore dans les autres branches des connaissances humaines. Nicolo Monardes, professeur de médecine à l'université de Séville, fit, un des premiers peut-être, des leçons publiques sur l'utilité thérapeutique du tabac. Les nouvelles expériences sur cet agent étaient tellement à l'ordre du jour, qu'un simple amateur de plantes rares, Jean Nicot, ambassadeur de France à Lisbonne, ne crut pas au-dessous de sa dignité de faire des essais auxquels il doit incontestablement son immortalité. Il conseilla à un jeune homme qui portait au nez un ulcère de mauvaise nature d'y appliquer des feuilles fraîches de tabac, et il eut la chance de le guérir. Cette cure merveilleuse ne fut que le préliminaire de plusieurs autres qui établirent si bien la réputation de Nicot, que son nom resta à la plante. Il en envoya des semences à la reine Catherine de Médicis, avec des indications sur la manière de cultiver le tabac et d'en tirer parti. C'est ce que confirment Charles Estienne et Jean Libaut (1), dont le rapport sur ce sujet finit par ces mots : « Voilà l'histoire véritable de la *Nicotiane*, que » ledit sieur Nicot, conseiller du Roy, premier inventeur de ceste herbe, » nous a communiquée, mesme donnée par escrit... » La reine Catherine de Médicis prit la plante sous sa protection, et le peuple la désigna sous les noms d'*herbe Catharine*, *herbe Médicée*, *herbe de la reine*.

Les renseignements authentiques nous prouvent qu'en France surtout, l'invasion du tabac se fit sous le manteau de la médecine : il était prescrit et ordonné comme un sternutatoire et un dérivatif avant qu'on s'avisât de le fumer. C'est ce que confirme encore l'histoire de Catherine de Médicis, qui dirigea, pour ainsi dire, une consultation de médecins réunis pour guérir le roi de France, François II, qui souffrait de migraines intolérables. La reine Marie de Médicis insista pour que le tabac en poudre fût prescrit à son fils. Le tabac à priser ne tarda pas à devenir de mode à la cour. Il fit fureur pendant la régence de Louis XIV. Les dames se

(1) *L'Agriculture et la Maison rustique*. Paris, 1572, liv. II, p. 80.

dix-sept cas, où cet agent, employé dans des accouchements naturels, a paru exercer sur les suites la plus fâcheuse influence. Ainsi deux fois l'anesthésie suspendit les contractions utérines, et il fallut avoir recours à la craniotomie; sept fois un trouble marqué des fonctions cérébrales accompagna la délivrance opérée sous son action; cinq fois on dut en venir au forceps. Quatre fois une péritonite ou une phlébite, tantôt graves, tantôt mortelles, en furent la conséquence; une fois l'épilepsie, et une fois de dangereux accès de syncope. Appuyé sur cette statistique (que nous venons de rapporter textuellement *in extenso*, chiffres et développement), M. Lee s'est cru en mesure de battre victorieusement en brèche l'anesthésie tocologique. « La plus grande légèreté, dit-il, a présidé à la propagation de cette méthode. Quoique ses dangers ne puissent aujourd'hui être niés, son exclusion de la pratique n'est cependant rien moins que certaine, car ceci est devenu une question presque extra-professionnelle. Les médecins dissimulent par système une partie de la vérité. On ne craint point de faire appel à la timidité naturelle des femmes, en leur promettant une sécurité complète. La fantaisie et l'ignorance font un passe-temps de cet usage comme de tant d'autres pratiques charlatanesques. La cause de la science et de l'humanité se trouve ainsi placée dans les mains les plus frivoles, tandis que de jeunes femmes, des mères sans expérience, tombent dans le piége où elles doivent succomber.»

Cette philippique, dont nous adoucissons encore les traits, ne pouvait demeurer sans réponse. M. Snow, non sans regretter que de pareilles expressions aient été proférées, s'est chargé d'établir, quant au fond du débat, que dans les cas cités par M. Lee, il n'y a eu aucun rapport entre l'emploi du chloroforme et les accidents survenus. Si l'anesthésie a suspendu les contractions expultrices, c'est là une exception infiniment rare, contraire à ce qui s'observe très généralement (1). En second lieu, M. Lee a tort de reprocher au chloroforme des accidents qui ne se sont développés que plusieurs jours après son administration. Ainsi, dans la dixième observation, il lui attribue des symptômes cérébraux qui n'ont paru que le huitième jour. Dans une autre, il énonce la nécessité de travailler à chasser le chloroforme hors de l'organisme quatre mois après qu'il y est entré. Mais à ce moment, remarque le spirituel critique, la malade de M. Lee était sans doute aussi *déchloroformisée* que M. Lee lui-même! Quant à la péritonite puerpérale, tout le monde sait qu'elle résulte de l'infection, de l'inoculation d'un poison morbide; c'est donc avec tout autant de raison que les chirurgiens pourraient rapporter à l'effet du chloroforme la pyoémie, la phlébite, la gangrène, qui succèdent souvent aux opérations faites sous l'influence de l'anesthésie. Enfin M. Lee a voulu tirer parti des cas de mort observés durant l'inhalation chirurgicale pour effrayer les accoucheurs par la possibilité d'événements semblables. Mais il n'est pas nécessaire, auprès de la femme en travail, d'approcher du degré d'insensibilité qui pourrait devenir dangereux si l'on venait à le dépasser. Les cas seuls de présentation du bras peuvent indiquer cette action plus forte; mais alors c'est un but tout spécial qu'on se propose; on veut suspendre et l'on suspend réellement pour un temps les contractions utérines. Mais s'il y a effectivement alors, comme en médecine opératoire, quelques chances fâcheuses à courir pour la patiente, elles se trouvent compensées par l'importance du service que l'anesthésie lui a rendu.

(1) M. Snow aurait pu demander aussi pourquoi, dans ces deux cas, on a eu recours à la craniotomie et non au forceps? Si cette opération cruelle était réellement indiquée, n'est-ce pas un rétrécissement du bassin qui seul pouvait la justifier? Et serait-il dès lors équitable de mettre sur le compte du chloroforme la nécessité où l'on s'est trouvé de la pratiquer?

Quelques unes des considérations précédentes ont immédiatement rencontré le plus probant appui dans la déclaration de M. Fergusson. Prenant la parole, ainsi qu'il l'a dit, uniquement comme chirurgien, il s'est élevé avec force contre cette doctrine qui voudrait mettre à la charge du chloroforme les accidents manifestés plusieurs jours ou plusieurs semaines après l'anesthésie. S'il en était ainsi, ajoute-t-il, ne devrait-on pas voir à chaque instant de ces accidents à longue échéance dans les salles de chirurgie, après des opérations où l'inhalation est poussée jusqu'à ses effets les plus prononcés? Or, il n'en est rien; et l'expérience démontre au contraire que si le chloroforme tue, il tue au moment même; que si le patient a échappé à ce danger, les suites de l'opération sont rendues par lui beaucoup plus simples et plus sûres.

Un sage et prudent partisan des inhalations tocologiques est à son tour venu apporter dans le débat les conseils d'une judicieuse modération. « M. Lee, dit M. Gream, me semble un peu trop animé de cet esprit qui porte à critiquer toutes les nouveautés, uniquement parce qu'elles sont nouveautés. Pourquoi n'a-t-il fait porter son analyse que sur des cas choisis à dessein parmi les plus graves? Moi-même, continue-t-il, j'ai été d'abord opposé à cette pratique lorsqu'elle fut proposée, mais je m'y suis rattaché lorsque j'ai vu qu'elle se renfermait dans de justes limites, et savait borner ses prétentions à atténuer la douleur sans la vouloir entièrement détruire. »

---

servaient d'une espèce de pâte connue sous le nom de *bonbons de tabac*, et ne sait-on pas, d'ailleurs, que la marquise de Pompadour inventa l'*essence du tabac de Pompadour pour corriger la mémoire*.

En Allemagne, le tabac fit pareillement invasion sous le couvert de la science. Un savant de France envoie à un savant d'Allemagne des feuilles de tabac. On ne connaît pas cette plante; on en demande la description; on en veut étudier la flore, on la sème, on fait des expériences, et le mal est bientôt consommé. Notons cependant, pour être des narrateurs fidèles, que l'introduction du tabac en Allemagne fut tant soit peu favorisée par une circonstance spéciale. On était en l'année 1620, en pleine guerre de trente ans. Lord Grey, placé à la tête des troupes envoyées au secours du roi Frédéric de Bohême, traversa avec elles la Saxe et arriva à Prague, où les officiers et les soldats de Tilly et de Wallenstein ne tardèrent pas à imiter les Anglais. Il n'en résulte pas moins qu'en Allemagne, cette terre classique du tabac, c'était une chose inouïe de fumer avant l'an 1620 à 1622. Et que l'on ne croie pas que cet usage s'établit paisiblement: on put bien le tolérer dans un moment où des armées permanentes avaient fait de ce malheureux pays le théâtre d'une guerre générale; mais après la paix, on s'en prit aux fumeurs; on les anathématisait dans les sermons; on les poursuivait par des amendes, qui étaient encore sévèrement exécutées en pleins cantons de Berne et de Glaris, dans l'an de grâce 1670.

A quoi servirent les anathèmes, les amendes, les écrits des savants, les injures des uns, les satires des autres? A rien absolument, qu'à propager *cette invention diabolique*, comme ses ennemis la désignaient alors. Aurait-il fallu des mesures plus sévères pour empêcher le mal de se répandre? Mais l'expérience en a été faite malheureusement, et cela dans un pays où le sabre est le dernier argument de ceux qui ne tiennent pas à se faire obéir par persuasion. En 1633, l'empereur Amurat IV fit défense, sous peine de mort, de fumer tant à Constantinople que dans les autres parties de son empire. Cette cruelle mesure, dit l'historien de Hammer, avait son point de départ dans les sourds mécontentements qui se manifestèrent contre ce sultan. Les opposants avaient converti en *clubs* les paisibles cafés, où, dans leur indolence orientale, ils se délectaient avec la graine d'Arabie et le *Nicotiana tabacum*. Bien mal leur en prit, car le farouche sultan, réunissant dans sa personne les fonctions de chef de police et d'exécuteur des hautes-œuvres, allait faire des rondes de nuit dans sa bonne ville de Byzance, et malheur à ceux qui étaient surpris en flagrant délit de boire du café ou de fumer leur pipe: ils devenaient, d'après l'expression orientale, *les enfants de la mort*.

C'est effectivement dans ces derniers termes que la conciliation est possible entre les deux camps. Ainsi que M. Lee l'a bien fait ressortir dans sa réplique, il y aurait inhumanité plus encore qu'ignorance à faire courir les risques d'une chloroformisation complète (*at full dose*) pour une fonction qui se termine presque toujours heureusement, et dont les dangers d'ailleurs, lorsqu'ils se présentent, ne sont pas de ceux que la soustraction des douleurs puisse neutraliser. Mais à son tour, et quoiqu'il ait jusqu'au bout soutenu que « l'application de cet agent à l'accouchement est contraire aux sains principes de physiologie et de morale, » il a dû se sentir convaincu que le chloroforme reste sans danger comme sans objection sérieuse, lorsqu'on se propose, par son emploi, de *diminuer* seulement la douleur et de ne la diminuer que pendant *les dernières heures* du travail. Quelques gouttes jetées sur un mouchoir qu'on approche et éloigne alternativement des narines de la femme, en se guidant d'après l'énergie de l'effet obtenu, ainsi que sur l'époque calculée du retour des douleurs expultrices, constituent une méthode qui ne doit pas inspirer plus d'appréhensions aux amis de l'humanité qu'aux rigides observateurs de la sentence si connue de la Bible. Le *chloroforme à la reine*, pour employer l'expression consacrée en Angleterre, restera et mérite de rester dans la pratique. C'est un progrès, non une révolution.

P. Diday.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE EXTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION, par le docteur Paul Broca, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

Suite. — Voir les numéros 12, 13 et 16.

§ 3. RECHERCHES HISTORIQUES SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION DES TRONCS ARTÉRIELS.

J'ai dû insister longuement sur l'histoire des premiers tâtonnements de l'art et des nombreux échecs qui précédèrent le premier succès officiel de la compression indirecte. Je me suis efforcé de débrouiller ce que j'appellerai volontiers les temps fabuleux de la méthode, et de rétablir la vérité altérée par la tradition. Il était nécessaire pour cela de reproduire les observations, de discuter les dates et de soumettre à une critique sévère les assertions contradictoires. Cela m'a nécessairement entraîné dans des détails minutieux et peut-être fatigants. J'ai lieu d'espérer toutefois que cette partie de mon travail ne sera pas sans utilité pour ceux qui écriront après moi.

Arrivé maintenant à une époque moins obscure, je pourrai donner à mon récit une marche plus rapide.

Quelques mois après Eschards, Will. Blizard fit, à Londres, une tentative analogue, mais infructueuse. Je reproduis son observation, parce qu'elle devint le point de départ d'une nouvelle théorie.

Obs. XIV (Blizard) (1). — *Anévrysme poplité. Compression intolérable. Ligature ultérieure. Guérison.* — Edw. Powell, vingt-sept ans, cordier. Apparition de la tumeur en novembre 1801. Il continue à travailler pendant trois semaines. La tumeur s'accroît, devient pulsatile. Le malade entre alors à London Hospital, dans le service de Blizard.

Avant d'en venir à l'opération, Blizard appliqua un appareil ingénieux *dans l'espérance d'oblitérer* l'artère fémorale. Cet instrument prenait son point d'appui sur le condyle externe du fémur et sur le grand trochanter. Une barre d'acier, étendue de l'une à l'autre de ces saillies osseuses, supportait par son milieu un demi-anneau de fer qui arrivait presque sur le devant de l'artère fémorale et qui portait une pelote à vis. Il suffisait de tourner la vis pour arrêter les pulsations de l'anévrysme sans gêner le cours du sang dans les vaisseaux collatéraux.

Quoique le malade possédât une constance peu commune, et qu'il méprisât la douleur, il ne put supporter la pression plus de neuf heures, et quitta l'hôpital. Quelque temps après, le 7 avril 1802, il fut admis à Guy's Hospital, dans le service d'A. Cooper. La ligature de la fémorale fut pratiquée ; il survint plusieurs accidents, tels qu'une hémorrhagie secondaire et la suppuration du sac anévrysmal. Finalement le malade guérit.

Il est probable que Blizard ne se serait pas découragé au bout de neuf heures, s'il eût connu les observations de Lassus, Brückner et Eschards. Quoi qu'il en soit, j'ai cité cette observation parce que l'intention *d'oblitérer l'artère au niveau du point comprimé* s'y trouve manifestée pour la première fois.

Parmi les chirurgiens qui avaient jusqu'alors employé la compression indirecte, les uns ne s'étaient pas expliqués sur le mode d'action de ce moyen thérapeutique, tous les autres avaient clairement posé l'indication *de ralentir ou de modérer* le cours du sang sans l'interrompre tout à fait. Ainsi avaient fait Genga, Gouey, Guattani, Brückner, Bourienne, Jussy, Lassus et Eschards. J'ai eu soin, en rapportant les observations de ces auteurs, de souligner les passages propres à mettre ce point en évidence. Personne encore n'avait cru pouvoir oblitérer une artère saine en la comprimant à travers la peau. Cette prétention erronée, nous la trouvons exprimée pour la première fois dans l'observation de Blizard.

Faut-il faire peser sur Blizard lui-même la responsabilité d'une

(1) *The Med. and Physical Journal.* London, 1802, vol. VIII, July. 1802, page 1. L'observation est rédigée par Astley Cooper.

En l'année 1638, Amurat se mit à la tête de son armée pour combattre les Persans. Ses soldats fumaient en secret, mais ceux que l'on surprenait étaient immédiatement saisis, et sans autre forme de procès, décapités, pendus, écartelés et jetés hors des tentes avec les pieds et les poings coupés. C'est ce que nous affirme l'historien que je citais, et il termine son récit par cette réflexion philosophique, que le café et le tabac sont les deux pôles qui fixent les sensations des Osmanlis. S'appliquant ensuite à lui-même, car il avait longtemps vécu en Turquie, une comparaison dans le goût oriental, l'auteur ajoute que le café, le tabac et l'opium sont les trois roues du char de ses voluptés. La quatrième roue lui manque, et il la regrette bien ; la loi de Mahomet défendait inexorablement de boire le jus de la treille.

On pourrait croire peut-être que dans un siècle où, malgré l'opposition de Luther, le respect pour l'autorité était grand parmi les véritables catholiques, les défenses religieuses auraient pu arrêter le torrent et anéantir une habitude réputée si fatale ; mais nous avons déjà vu que cela ne fut pas possible. Bien mieux, la bulle d'Innocent XII contre ceux qui prisaient dans les églises fut rapportée par Benoît XIII. Vingt-trois ans seulement séparèrent ces deux événements (1698 à 1724), tant la réaction dans les choses humaines est prompte à s'établir. Ajouterons-nous encore que, si l'on en croit son secrétaire Alberto de Monte Albano, Benoît XIII était un priseur émérite (1). Ainsi donc, pas plus que les autres pays de l'Europe, l'Italie ne pouvait échapper à *cette peste*, comme on l'appelait : on ne comprendrait pas qu'il en eût été autrement. L'évêque Nicolas Tornaboni, légat du pape et ambassadeur de Toscane à la cour de France, envoyait des semences de cette plante à l'évêque Alphonse de Florence, et le célèbre botaniste Cæsalpinus (2) la décore du nom du *herba Tornabona*, et, un peu plus tard, elle fut appelée du nom de cardinal Prosper de Santa-Croce, nonce apostolique à la cour de Portugal. C'est ce que nous affirme le médecin romain Castor Durante, dans un poëme latin qui fourmille de vers élégants et faciles (3).

(1) Tout le monde connaît l'histoire de ce professeur de l'École de médecine de Paris au commencement du siècle dernier, qui, présidant une thèse contre l'usage du tabac et appuyant vigoureusement les arguments du candidat, ne cessait néanmoins d'avoir les doigts dans sa tabatière et de humer avec délices la poudre condamnée.

(2) *De plantis.* Florentinæ, 1853.

(3) Nomine quæ Sanctæ Crucis herba vocatur, ocellis
Subvenit et sanat plagas, et vulnera jungit,
Discutit et strumas, cancrum, cancrosaque sanat
Ulcera, et ambustis prodest, scabiemque repellit, etc., etc.

erreur qui nuisit longtemps au progrès? Ou faut-il l'attribuer à A. Cooper qui rédigea l'observation? Peu nous importe. Il nous suffit de savoir que cette idée inexacte se répandit assez promptement. Scarpa la développa bientôt dans son traité de l'anévrysme. « Pour que la compression, dit-il, produise l'adhésion mutuelle des » parois opposées d'une artère, et tout à la fois la cure radicale » de l'anévrysme, il est nécessaire que la force avec laquelle l'ar- » tère est comprimée soit telle qu'elle maintienne les parois de » l'artère dans un contact étroit, et qu'elle excite en même temps » l'inflammation adhésive de ses tuniques (1). » Ailleurs, Scarpa déclare que l'oblitération des artères se fait par une adhésion exactement semblable à celle que l'inflammation établit entre les feuillets opposés des séreuses (2). Mais cette idée de l'oblitération au niveau du point comprimé était encore à l'état d'assertion pure et simple, et ce fut George Freer, de Birmingham, qui se chargea de l'établir sur des bases expérimentales.

Cet auteur, ayant tué un cheval quatre jours après lui avoir appliqué un tourniquet sur l'artère radiale, trouva le tissu cellulaire et les muscles très enflammés sous la pelote ; au même niveau l'artère était très enflammée aussi. Autour d'elle, et dans l'épaisseur de ses tuniques, était épanchée une grande quantité de lymphe coagulable, et tel était le gonflement des parois artérielles que le calibre du vaisseau était effacé dans l'étendue d'un pouce et demi (3). La même expérience, recommencée quelques jours après avec de légères modifications, donna des résultats analogues. Il est probable que Freer avait poussé la compression bien au delà du degré nécessaire pour arrêter le cours du sang, bien au delà surtout du degré où il est possible de l'exercer sur l'homme sans gangréner la peau. Nous connaissons aujourd'hui plusieurs observations propres à démontrer que l'action de la pelote peut sphacéler les téguments en peu de jours sans que le cours du sang soit pour cela suspendu dans l'artère, et il peut même se faire que l'eschare déterminée par la compression pénètre jusqu'au vaisseau et que la circulation continue néanmoins. Cette circonstance donna lieu à une hémorrhagie fort grave sur un malade de Boyer.

OBS. XV (Boyer) (4).—*Anévrysme poplité. Compression sur plusieurs points successifs de la fémorale. Eschare sous la pelote. L'artère est ouverte à la chute de l'eschare.*—Vers 1811, un homme atteint d'anévrysme poplité entra à la Charité. Sachant qu'on pouvait le guérir par la compression, il refusa de se laisser pratiquer l'opération de l'anévrysme. On appliqua un instrument à pelotes au-dessous de la partie moyenne de la cuisse ; la peau s'enflamma légèrement. On déplaça l'appareil pour le mettre un peu plus haut ; même accident. Alors on appliqua la compression au sommet du triangle inguinal. Une eschare se forma en ce point. « Cette » eschare comprenait, outre la peau et les parties immédiatement sous- » jacentes, la paroi antérieure de l'artère crurale. Au moment où elle se » sépara, une hémorrhagie que nous avions prévue eut lieu. Il fallut faire » la ligature là où l'artère était ouverte. » La ligature fut assez difficile à cause de l'état des parties. Une hémorrhagie consécutive se manifesta, et le malade mourut.

(1) Scarpa, *Riflessioni ed Osservazioni sull' Anevrysma*. Pavia, 1804, in-fol. Trad. franç., par Delpech, Paris, 1809, in-8, chap. VIII, § 7, p. 232.
(2) *Idem*, page 231.
(3) George Freer, *Observ. on Aneurism and some Diseases of Arterial System*. Birmingham, 1807, in-4, p. 14, and plate I. La planche a été dessinée par Joseph Hodgson.
(4) Roux, *Médecine opératoire*. Paris, 1813, in-8, t. I, 2e partie, p. 717.

On trouve dans la thèse de J.-P. Dur un exemple moins malheureux. L'application de l'appareil de Desault pour la fracture de la clavicule, sur un enfant de douze ans, détermina le long du bras une eschare sous laquelle l'artère humérale était oblitérée. La chute de cette eschare ne donna lieu à aucune hémorrhagie, et les battements de la radiale finirent même par reparaître (1). En tous cas, il est clair que la peau molle de l'homme ne peut supporter la compression aussi bien que le cuir résistant du cheval, et dès lors les deux expériences de Freer, dont j'accepte l'exactitude sans arrière-pensée, quoiqu'elles n'aient été répétées par personne, ne peuvent jeter aucun jour sur les effets de la compression des artères chez l'homme.

On s'en servit pourtant pour édifier une théorie. Ces deux expériences isolées, qu'on ne jugea même pas nécessaire de contrôler, parurent suffisantes pour établir une conclusion générale. On se laissa aller à croire que la compression indirecte ne pouvait guérir qu'en provoquant, comme la ligature, l'inflammation et l'oblitération du vaisseau. Cette opinion régna surtout en Angleterre, où elle fut propagée quelques années plus tard par Joseph Hodgson. Cet auteur, qui avait assisté aux deux expériences de Freer son maître et son ami, s'exprima ainsi : « L'objet de la compression exer- » cée au-dessus de l'anévrysme est de placer les parois opposées » de l'artère dans un état de contact, et en même temps d'exciter » dans ses membranes un degré d'inflammation tel que leur adhé- » rence en soit le résultat. Lorsque ce but est atteint, la maladie se » trouve dans la même condition qu'après l'opération moderne de » l'anévrysme (2). » Comme conséquence de cette théorie, il fallait exercer sur les artères une compression extrêmement forte qui devenait promptement intolérable. Hodgson ne vit appliquer cette méthode qu'une seule fois. Au bout d'une heure, le malade souffrait tellement qu'il fallut enlever l'appareil (3). Deux autres observations furent communiquées à Hodgson par un de ses amis. L'un des malades, atteint d'anévrysme poplité, n'avait pu supporter la compression que pendant deux heures ; l'autre, atteint d'anévrysme du coude, la conserva jusqu'au lendemain, époque où il fallut y renoncer.

Ces résultats s'expliquent par la défectuosité des appareils compressifs usités alors en Angleterre. Freer avait conseillé l'emploi du

(1) *Thèses de Paris*, 1835, n° 20, p. 7.
(2) Jos. Hodgson, *A Treatise on the Diseases of Arteries and Veins*. London, 1815, in-8. — Trad. franç. par Breschet, Paris, 1819, in-8, t. I, p. 244.
(3) *Loc. cit.*, p. 248 et note 1.

Dans l'ordre d'invasion de l'épidémie, l'Espagne avait été atteinte avant la France, l'Allemagne et l'Italie, et cela se conçoit. Les premiers navigateurs qui revinrent de leurs aventureux voyages avaient été immédiatement en contact avec les Indiens, et l'intérêt qu'ils excitaient à leur retour augmentait en raison de la singularité des mœurs nouvelles qu'ils apportaient dans la mère-patrie. A la fin du XVIe siècle, l'Espagne entière fumait, les hommes comme les femmes ; on fumait en tous lieux, à toute heure, et M. Tiedemann affirme que six moines de je ne sais quel couvent, furent incarcérés pour avoir fumé pendant la messe de minuit. Dans ce pays des distinctions sociales, l'usage du tabac faillit établir une confusion générale dans les rangs de la société. On raconte que de nos jours encore, le paysan ou le muletier fraternisent avec le gentilhomme dans l'échange du feu de leurs cigares. La phrase sacramentelle : *Agame il favor de sa candila*, couvre le procédé et l'excuse.

Il y avait toutefois un pays qui le disputait à l'Espagne dans ce sacrifice à une mode nouvelle. C'était l'Angleterre, qui laissait derrière elle la France, à laquelle, à tort ou à raison, on a de tout temps attribué le monopole de la mode. L'usage de la pipe se maintint cependant assez longtemps dans les basses classes de la société, et les marins contractèrent de bonne heure l'habitude de fumer ou de chiquer. Ils ne connaissaient pas de meilleur préservatif contre le scorbut, si commun à cette époque, et cette idée ne contredit en aucune façon les saines notions médicales. Les marins hollandais, qui avaient de fréquents rapports avec les Anglais, implantèrent bientôt dans leur pays l'usage de fumer. Il devait réussir dans cette contrée aquatique et faire antagonisme aux vapeurs malfaisantes des brouillards et aux émanations fétides des marais. Les traditions populaires sont encore assez vivaces en Angleterre pour que les classiques amateurs du tabac y conservent la mémoire de l'intrépide sir Walther Raleigh, ce premier roi des fumeurs. Ce personnage nous rappelle notre célèbre Jean Bart, qui, admis à la cour de Louis XIV dans un accoutrement qui le gênait beaucoup, se mit à son aise en tirant sa pipe et en fumant au nez des courtisans. La fin de Walther Raleigh fut tragique, comme on sait. Condamné à avoir la tête tranchée en 1618, il fumait tranquillement à la tour de Londres quelques instants avant son exécution.

Rien ne manque en Angleterre à la gloire du tabac. Cette plante dont l'usage va devenir général, et dont les finances, comme nous allons le voir dans un instant, sauront tirer un si merveilleux parti, trouvera un adversaire digne d'elle dans la personne du roi Jacques Ier. La lutte s'était ouverte par une comédie de Johnson, cet ami de Shakespeare. La

compresseur de Senff, et il suffira de jeter les yeux sur la figure ci-jointe pour comprendre qu'un appareil muni d'une aussi large pelote

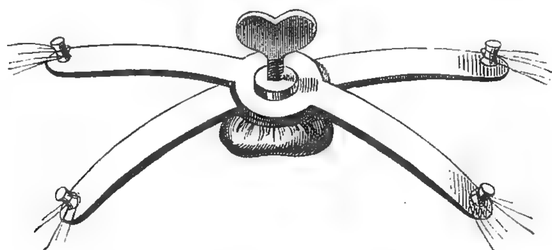


Fig. 1. — Compresseur de Senff. Les quatre extrémités de l'instrument donnent attache à des courroies qui font le tour du membre.

devait nécessairement comprimer avec l'artère une grande quantité de chairs, et que, pour être efficace, une semblable compression devait être très considérable (1).

Il arrivait même parfois que les muscles supportaient toute la pression et qu'on ne réussissait pas à effacer le calibre de l'artère. C'est ce qui eut lieu dans le cas suivant.

Obs. XVI (Adrian) (2). — *Anévrysme poplité. Compression inefficace.* — Smith, vingt-six ans, anévrysme poplité datant du mois d'août 1814. Au mois de février 1815, Dease pratiqua l'opération de l'anévrysme poplité en présence de Philippe Crampton. « Quelques jours auparavant, M. Adrian » avait cherché, d'après le procédé de M. Blizard, à comprimer l'artère » fémorale à travers la peau. Mais aucune force n'avait été suffisante pour » arrêter les pulsations du jarret. »

On plaça sur la fémorale une ligature temporaire qui, suivant le procédé de Philippe Crampton, fut relâchée au bout de vingt-quatre heures. Les battements de la tumeur avaient déjà disparu. Le malade guérit promptement.

L'impossibilité de comprimer l'artère résultait évidemment ici du volume trop grand de la pelote employée. Il n'est pas étonnant qu'avec des instruments construits sur ce modèle, avec l'idée de suspendre totalement le passage du sang, et avec la prétention de faire oblitérer l'artère par l'inflammation, il n'est pas étonnant qu'avec une telle théorie et une telle pratique les chirurgiens anglais contemporains de Freer et de Hodgson n'aient pu réussir à maintenir la compression appliquée au delà de quelques heures.

Il y avait une contradiction évidente entre le volume des pelotes employées et le but qu'on se proposait d'atteindre. Robertson, de Greenock, sentit cette contradiction, et s'efforça de la faire disparaître en se servant d'une très petite pelote plate pour comprimer la fémorale sur le pubis.

Obs. XVII (Arch. Robertson) (1). — *Anévrysme fémoral. Compression immédiatement au-dessus de la tumeur. Accidents très graves. Ligature de l'iliaque externe. Guérison.* — James Mancy, marin américain, trente-huit ans, entra à l'hôpital de Greenock le 12 juillet 1817. Anévrysme poplité survenu trois semaines auparavant à la suite d'un travail trop rude. La tumeur, grosse comme une orange volumineuse, occupe la partie supérieure de la fémorale, et s'accompagne de douleur avec œdème, et engourdissement du membre.

Au bout de quelques jours, on fait construire l'appareil représenté plus bas sur la figure 2. La fesse du malade reposant sur la planche, on fait descendre la pelote sur l'artère fémorale, immédiatement au-dessous de l'arcade fémorale et immédiatement au-dessus de la tumeur. Aussitôt celle-ci cesse de battre, et la douleur disparaît. La pelote glissait de temps en temps, et on la réappliquait chaque fois de manière à maîtriser les pulsations de l'anévrysme. Au bout de quarante-huit heures, il survint une douleur intolérable, et l'on fut obligé d'enlever l'appareil. Le lendemain, pendant les efforts de la défécation, le sac anévrysmal se rompit, et le sang forma une tumeur considérable qui occupait toute la partie antérieure de la cuisse. Le jour suivant, 24 juillet, on pratiqua la ligature de l'iliaque externe par un procédé analogue à celui d'Abernethy. Il ne survint aucun accident, et le malade fut guéri au bout d'un mois. Une chose au moins singulière, c'est que le fil de la ligature tomba le *cinquième jour* sans hémorrhagie.

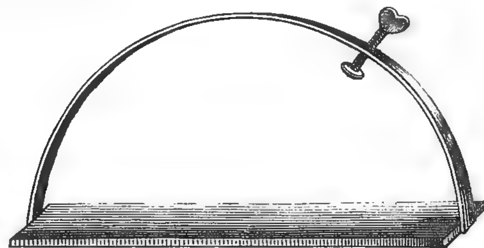


Fig. 2. — Appareil de Robertson.

Le cas était tout à fait défavorable et l'appareil était des plus défectueux. La compression, appliquée immédiatement au-dessus de la tumeur, fut donc nuisible selon toute probabilité. Et cependant le résultat avait été bien supérieur à tous ceux qu'on avait obtenus en suivant les indications posées par Freer. La compression avait été tolérée pendant quarante-huit heures ; elle avait

(1) La figure 1re représente le compresseur de Senff, modifié par Plenck, qui l'a rendu applicable à la compression de la plupart des artères en mobilisant les deux branches croisées en X qui constituent la charpente de l'instrument. Cette figure est extraite d'une édition italienne de la *Chirurgie* de Richter (Pavie, 1794, in-8, t. I, p. 328, et pl. IV, fig. 7). L'instrument primitif de Senff ne pouvait s'appliquer qu'au coude, et, de plus, il portait une pelote bien plus grosse encore, destinée à comprimer directement les tumeurs anévrysmales. Cet appareil est représenté par Zac. Platner (*Institut. chirurg.* Lipsiæ, 1758, in-8, § 432, p. 228, tab. II, fig. X et X *bis*). Le texte concis de Platner a donné lieu à une étrange erreur : « *Quam ab expertissimo Senffio, Berolinensi, accepi,* » avait dit Platner en renvoyant à la figure X. Ce mot *Senffio*, ablatif du nom latinisé de Senff, fut pris pour un nom italien. *Senffio's instrument*, dit Freer (*loc. cit.*, p. 112), et depuis lors on a altéré de diverses façons le nom de l'inventeur berlinois : on en a fait *Seunffio, Sennefio, Suffio*, sans cesser un seul instant de faire honneur à l'Italie de la naissance de ce personnage.

(2) Maunoir, *Mélanges de chirurgie étrangère*, Genève, 1826, in-8, t. III, p. 569, trad. de *Med.-Chirurg. Transact.*, vol. VII, London, 1816.

pièce avait pour titre : *Every man in his humor;* elle fit rire les humoristes aux dépens des fumeurs, mais ces derniers furent bientôt vengés en voyant leurs adversaires venir grossir leurs rangs.

Enfin Jacques Ier apparut sur la scène, et de cette plume royale tombe un écrit qui a pour titre : *Misocapnus* (1). Les arguments dont se sert le monarque représentent bien l'esprit de l'époque : « Le tabac, dit-il, est la » personnification de l'enfer ; il y mène en droite ligne. C'est une fumée, » et les joies mondaines ne sont que fumée... Le tabac impose à ceux » qui se livrent à son usage une habitude irrésistible... Il enivre, et rend » comme insensé ; ainsi opèrent les joies du monde sur leurs adorateurs » imprudents ; ils ne peuvent plus, dit-il, s'en passer... » Et le roi ajoute : « Le tabac rappelle l'enfer, car il exhale comme ce gouffre des damnés » une odeur puante et nauséabonde. » Enfin, dans une péroraison qui ne déparerait pas une éloquence cicéronienne, le monarque, transporté par son indignation, s'écrie : « Citoyens, s'il vous reste quelque pudeur, » rejetez une habitude insensée. *Civis, si quis pudor, rem insanam ab-* » *jecite.* Quittez un usage ignoble, fomenté par l'erreur, entretenu par la » folie. Il attirera sur vous la colère céleste, il altérera votre santé. Le » bien-être de votre famille en souffrira. La nation perdra de sa dignité à » l'intérieur et sera avilie au dehors (*dignitas gentes senescit domi, viles-* » *cit foris*). Quittez, je vous en supplie, un usage honteux, désagréable » à l'odorat, nuisible au cerveau, mortel pour les poumons (*pulmonibus* » *damnosam*), un usage enfin, que j'oserai comparer aux noires fumées » vomies par le Tartare. »

Il est à croire toutefois que cette croisade contre le tabac aurait, sinon anéanti, du moins singulièrement circonscrit son usage, si le génie financier n'était venu à la traverse pour favoriser les fumeurs, tout en les faisant payer. L'esprit humain est ainsi fait, et rien ne pourra le faire changer. Ce premier résultat était à craindre (nous ne parlons pas ici en amateur, mais en historien) ; il n'aurait pas été retardé par les Jésuites de Pologne qui, par suite de l'esprit controversiste dominant à cette époque, publièrent l'*Antimisocapnus*, pas plus que par les dithyrambes des poëtes, tels que Raphael Thorius, qui s'écriait : *Planta beata ! decus terrarum, munus Olympi ! vox sanior herba existit, et meritos jam nunc gratantur honores, Africa gens, Asiaque ingens, Europaque nostra...*

(1) *Seu de abusu tabacci, lusus regius. Londini*, 1603. Dans la préface, le roi dit : « *Et cum meo judicio nihil ullibi gentium sit corruptius cerebro hic tabacci usus, qui apud nos invaluit absurdum morem, scriptiunculâ hâc perstringere non putavi ab otio meo alienum.* »

même d'abord soulagé le malade, et il n'est pas douteux que cela était dû au peu de volume de la pelote.

Tels furent les premiers essais des chirurgiens de la Grande-Bretagne pendant la période qui nous occupe. Dominés par une théorie vicieuse, ils avaient fait reculer la question et retardé la solution du problème.

Revenons maintenant sur nos pas, et voyons ce qui se passait en France à la même époque. On a vu plus haut que Boyer n'était pas sans souvenance du mémorable succès obtenu par Eschards. Quoique peu partisan des innovations chirurgicales en général, et de celles qui concernaient en particulier le traitement de l'anévrysme, le professeur de la Charité se décida pourtant à mettre la compression indirecte en usage sur quelques malades, et les résultats qu'il obtint ne sont nullement à dédaigner. Tout le monde a lu dans son livre l'histoire de son premier malade. Je la reproduis cependant en abrégé, parce que cela me permettra de la compléter.

Obs. XVIII (Boyer) (1).—*Anévrysme poplité droit. Compression de la crurale. Guérison en vingt et un mois.* —Jean-Claude Michaud, manœuvre. Au mois d'octobre 1804, cet homme, âgé de trente-neuf ans (2), vit survenir dans son jarret droit, à la suite d'une extension forcée, une tumeur pulsatile qui s'accrut assez promptement.

Le 1er février 1805, il entra à la Charité. Son anévrysme avait le volume et la forme d'un œuf. Il était mou, et s'affaissait quand on comprimait la fémorale. La jambe était œdémateuse. Quelques jours de repos suffirent pour dissiper cet engorgement.

Boyer comprima la fémorale au-dessus de l'anneau du troisième adducteur, à l'aide de la *machine de Hunter* (*sic*), sans qu'on puisse savoir en quoi consistait cette machine. On comprima d'abord très peu, seulement pour maintenir l'appareil en position. Tous les deux ou trois jours, on faisait avancer la vis d'un pas. Au bout de deux à trois mois, la peau était marbrée de rouge, le membre engorgé et douloureux, la tumeur ne battait plus. Le malade relâcha lui-même son appareil, et cessa dès lors de se soumettre exactement au traitement. La vis ayant été de nouveau serrée, il lui arriva plusieurs fois de la relâcher encore. Bientôt il ne fut même plus possible de le tenir au lit. Sa tumeur grossit et diminua à plusieurs reprises. Cependant il finit à la longue par s'habituer à la compression, de telle sorte qu'en septembre 1806, époque où Boyer quitta Paris pour accompagner son empereur dans la campagne de Prusse, la tumeur était plus solide, moins grosse, moins pulsatile. Il y avait déjà vingt mois que la compression avait été entreprise. Deschamps, qui prit alors le service de Boyer, voulut lier la fémorale. Le malade demanda quelques jours de répit, quitta l'hôpital, *marcha beaucoup pendant quinze jours*, et rentra pour se faire opérer. Voyant que la tumeur était restée stationnaire, Deschamps changea d'avis, réappliqua le tourniquet, et il eut lieu de s'en féliciter, car dix jours plus tard les battements cessèrent. Au bout de huit jours encore, on enleva la compression. Le malade put marcher de nouveau. La tumeur durcit de plus en plus et diminua rapidement. Le 30 novembre 1806, après vingt et un mois de traitement, la guérison était parfaite. Depuis lors, elle ne s'est pas démentie. Boyer revit souvent ce malade, qui avait conservé pour lui une inaltérable reconnaissance.

(1) Boyer, *Malad. chirurg.* Paris, 1814, t. II, p. 205.
(2) Boyer dit quarante-quatre ans; mais les registres de Bicêtre, que j'ai consultés, portent que Michaud est né le 19 février 1766.

Bien longtemps après, en 1844, Michaud, devenu presque octogénaire, entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Roux, pour une hydarthrose du genou *gauche*. On profita de la circonstance pour chercher dans le jarret *droit* les traces de l'anévrysme guéri. « Il reste, dit M. Figuière (1), au centre » du creux poplité, un petit noyau dur de la grosseur d'une noisette, sans » aucun battement. On ne sent pas distinctement les battements de la » pédieuse et de la tibiale postérieure. Les articulaires du genou ne don» nent même pas de pulsations sensibles. Toutes les veines de ce membre » sont variqueuses, et ces varices, au dire du malade, n'ont apparu qu'à » la suite de la compression. Les deux jambes ont un volume égal, et » jamais le malade ne s'est aperçu que l'une fût plus faible que l'autre. »

En 1848, Michaud vivait encore; il occupait à Bicêtre le n° 47 de la troisième salle des octogénaires. Croyant sa fin prochaine, et voulant donner au fils de son chirurgien une marque suprême de sa reconnaissance, il demanda comme une faveur de venir mourir à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Philippe Boyer. Les règlements administratifs ne le permirent pas. J'ai sous les yeux une curieuse lettre qu'il écrivit à cette occasion à M. Boyer pour lui léguer sa cuisse droite. Il survécut pendant quelques années encore. Il n'est mort que l'année dernière (14 juin 1853) dans sa quatre-vingt-huitième année. Le chirurgien de Bicêtre publiera sans doute plus tard le résultat de l'autopsie.

Pendant que Michaud était en traitement, Boyer essaya encore la compression sur une femme atteinte d'anévrysme poplité (2). La *machine de Hunter*, appliquée à trois reprises successives, sur trois points différents de la fémorale, détermina chaque fois une eschare superficielle. On fut obligé d'y renoncer. La tumeur était déjà améliorée; mais la malade ayant menacé de se suicider si on ne l'opérait pas, Boyer finit par pratiquer avec succès l'opération par l'ouverture du sac.

La même *machine de Hunter* fut mise en usage une troisième fois, en février 1809, sur un charretier âgé de quarante-neuf ans, atteint d'anévrysme poplité (3). On l'appliqua et on l'enleva plusieurs fois de suite. Malgré ce défaut de persévérance, la tumeur, au bout de trois mois, était fort améliorée. On sentait battre une collatérale très dilatée sur le côté interne du genou. La jambe, naguère en demi-flexion, avait recouvré ses mouvements. Malgré ces résultats favorables, la compression fut abandonnée, on ne sait pourquoi, et Boyer en vint à l'opération par l'ouverture du sac. L'opération fut effrayante. On conçoit difficilement qu'après l'avoir pratiquée ce chirurgien n'ait pas ouvert les yeux à la lumière, et soit resté fidèle à la méthode ancienne. Le malade, du reste, mourut le cinquième jour.

A ces trois faits que Boyer a publiés dans son livre, on peut en joindre un quatrième qu'il a passé sous silence, et que j'ai déjà rapporté (voy. Obs. XV). En résumé, sur les malades traités à la Charité, la compression produisit deux fois des eschares; peut-être est-il permis d'en accuser les procédés vicieux qui furent mis en usage. Le troisième malade *était sur le point de guérir*, lorsqu'on pratiqua

(1) Figuière, *Recherches sur l'anévrysme poplité, thèse de Paris*, 1845, p. 59.
(2) Boyer, *Malad. chirurg.*, t. II, p. 219 (1814)
(3) Boyer, *loc. cit.*, p. 236.

L'empire du tabac, disons-nous, aurait été ébranlé dans sa base, à en juger par la puissance de ses adversaires, et si d'un autre côté les gouvernements avaient voulu s'entendre pour en prohiber l'emploi, ou en réglementer l'usage; mais on était arrivé à une époque où le commerce et les finances s'élevaient comme deux puissances redoutables qui ne peuvent s'inquiéter assez des mœurs ou de la santé publique, lorsque leurs intérêts sont en jeu et que ces intérêts dominent d'un autre côté la situation générale.

Dans la nouvelle phase qui va s'ouvrir, la république de Venise a le mérite de la priorité de l'idée; car en l'année 1657, elle afferma la fabrication du tabac pour remonter ses finances délabrées, et la première année lui rapporta déjà 40,000 ducats. La France entra ensuite dans la même voie, et cette nouvelle ère financière, inaugurée par Colbert en 1674, produisit cette même année à la régie la somme de 500,000 livres. Le tabac était sauvé et les sommes qu'il amena dans le Trésor allèrent en augmentant.

D'après Peuchet, dans sa *Statistique générale de la France*, la quantité de tabac introduite en France en 1787 s'élevait à 14,142,000 livres, qui rapportaient au Trésor la somme de 29 millions. La progression du revenu s'établit de la manière suivante : de 1811 à 1815, le tabac rapporte au Trésor 93 millions; de 1815 à 1830, le tabac rapporte 609 millions; de 1830 à 1843, 768 millions. Les éléments nous manquent pour les années ultérieures, mais tout fait supposer que les revenus sont allés en augmentant, et si l'on réfléchit maintenant à la masse des individus que cette industrie fait vivre, on en conclura facilement que la question sanitaire s'efface en présence d'aussi grands intérêts (1).

Nous avons, dans ce rapide exposé historique, voyagé avec le tabac dans presque toute l'Europe, et l'on conçoit facilement que l'usage de cette plante n'ait pas tardé à envahir les contrées les plus septentrionales, telles que la Norwége, la Suède et la Russie. Les guerres, si communes à cette époque, en propageaient rapidement l'usage d'une extrémité du monde à

(1) Il serait très intéressant de savoir quelle est en France et dans les autres pays la quantité de tabac dépensée par individu. Je n'ai trouvé sous ce rapport aucun chiffre officiel dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, par Mérat. Si l'on en croit les chiffres de M. Tiedemann, la consommation de la France était, en 1850, de 537 grammes par tête. Mais la consommation se répartit d'une manière inégale dans les départements. En première ligne se présentent les départements du Nord, du Pas-de-Calais et du Rhône, où la consommation a varié de 1 à 2 kilogrammes par tête. Le département le moins fumeur est celui de l'Aveyron, où la consommation ne monte qu'à 187 grammes par individu.

sur lui une opération inopportune; le quatrième, enfin, guérit complétement. On voit que les résultats obtenus par Boyer, interprétés avec les connaissances que nous possédons aujourd'hui sur les effets de la compression indirecte, sont loin d'être défavorables à cette méthode.

L'année 1810 est importante pour nous. C'est à cette année-là que se rapportent l'observation d'Antoine Dubois et les premiers essais de Viricel, de Lyon.

Le 29 mars 1810, Dubois présenta à la Société de la Faculté de médecine un homme qu'il venait de guérir d'un anévrysme poplité par la compression *graduelle* de la crurale.

Obs. XIX (Ant. Dubois) (1). — *Anévrysme poplité. Compression de la fémorale. Guérison en douze jours.* — Charles Breton, robuste charretier de vingt-sept ans, éprouva dans le jarret gauche, vers la fin de décembre 1809, une douleur légère qui ne tarda pas à s'accroître. Bientôt (janvier 1810) une tumeur parut dans le creux poplité et s'accrut assez rapidement. Le 5 février, cette tumeur présentait les caractères de l'anévrysme; elle était grosse comme un œuf de pigeon, et était assez douloureuse pour rendre impossible la station debout et même le sommeil. Jusqu'au 24 février, on appliqua un simple « bandage préparatoire qui n'apporta aucun » changement dans la tumeur. »

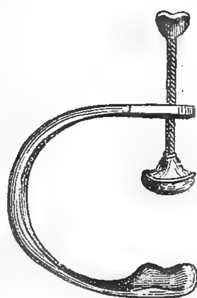
Le 25 février, on applique sur la fémorale un tourniquet particulier. « Il consiste en un demi-cercle de fer dont les deux extrémités sont ter- » minées par deux pelotes, l'une appuyée sur le côté externe de la cuisse, » l'autre sur le côté interne diamétralement opposé. A cette pelote, on » adapte une vis de pression avec laquelle la compression est exercée. Le » reste du pourtour de la cuisse est libre.

» Le 28 février, on augmenta la pression; le 2 mars, on enleva le » bandage pour mettre sous la pelote interne une compresse fine: la tumeur » et les battements étaient notablement diminués. Le 7, la compression » était totale, c'est-à-dire faite de manière à empêcher l'arrivée du sang » dans la tumeur. Le soir, le malade ôta son bandage, parce qu'il souf- » frait trop à l'endroit de la compression. Il ne sentit plus de battements » dans le creux du jarret. On remit l'appareil. Le 12, plus de battements; » la tumeur était dure et d'un petit volume. Le 18, on a retiré le bandage » compressif, et l'on a fait garder le lit encore quelques jours au malade. » Le 29 mars, cet homme a été présenté à la Société parfaitement guéri. »

J'ai transcrit presque textuellement cette belle observation qui peut être mise en parallèle pour la précision des résultats avec les meilleures observations modernes. Comme Eschards, comme Boyer, et beaucoup mieux qu'eux, Dubois avait eu pour but d'arrêter *graduellement* le passage du sang dans la fémorale; il avait resserré la vis d'abord le quatrième jour, puis le septième, et ce fut le douzième seulement qu'il poussa la compression jusqu'au degré nécessaire pour intercepter tout à fait la circulation. Cette sage manœuvre fut suivie d'un prompt succès, puisque dès le soir même de ce jour le malade enleva son appareil et constata que la tumeur ne battait plus. Quant à l'instrument que Dubois mit en usage, on a pu voir qu'il ne différait réellement pas de celui d'Eschards, et l'on verra tout à l'heure qu'il ressemblait fort à celui dont se servit plus tard Dupuytren. Pour éviter toute discussion de priorité sur l'invention de cet instrument, je reproduis une figure que j'emprunte à Benj. Bell, et qui représente le tourniquet inventé par James Moore (1). On pourra encore comparer ce tourniquet au *clamp* de Robert Hoey, dont il sera question plus loin.

(1) *Bulletin de la Faculté de médecine*, 1810, n° III, p. 45.

Fig. 3. — Tourniquet de James Moore.



Les efforts de Viricel furent bien différents de ceux de Dubois. L'oblitération de l'artère au niveau du point comprimé, tel fut le but qu'il crut devoir poursuivre. C'était la première fois que cette idée était mise à exécution par un chirurgien français. Déjà, il est vrai, en 1804, Deguise avait dit : « La compression n'agit qu'autant qu'elle oppose au sang un obstacle *insurmontable* (2), » et il avait ajouté que la compression indirecte devait tenir les parois de l'artère en contact jusqu'à ce que l'oblitération fût parfaite. Richerand avait dit en outre que la compression serait préférable à la ligature si elle n'était pas si douloureuse et si longue à *oblitérer complétement l'artère* (3). C'était l'écho de la théorie de W. Blizard. La paix d'Amiens, en rétablissant pour quelques mois les communications entre la France et l'Angleterre, avait permis l'importation de cette doctrine erronée. Personne toutefois n'en avait encore fait l'application. Viricel l'entreprit et crut réussir; mais, comme on va le voir, il y eut une étrange contradiction entre la mauvaise théorie et l'excellente pratique du chirurgien de Lyon.

Les deux premières observations de Viricel remontent à 1810, puisque nous savons qu'elles furent adressées à la Faculté de médecine de Paris le 22 novembre de cette année (4). Elles ne furent publiées qu'en 1812, dans la thèse de René Morel. Les caillots, dit l'auteur, n'oblitèrent jamais les artères d'une manière définitive. J.-L. Petit et Haller se sont trompés. Pour que l'oblitération soit complète, il faut que l'artère se change en un cordon ligamenteux. « Cette conversion est amenée par une irritation quel- » conque qui procure l'inflammation adhésive de la surface interne » de l'artère. C'est dans le but d'obtenir cette inflammation que » M. Viricel, en employant la compression, fait remarquer aux » élèves qu'il est *impossible* d'obtenir une cure solide et vraiment » radicale *si on laisse pénétrer le moindre filet de sang dans la tu- » meur* (5). » Le succès obtenu par Ant. Dubois ne laissait pas que d'être embarrassant. Le plus simple était de le nier. Ainsi fut fait.

(1) Benj. Bell, *A System of Surgery*. Edinburgh, 1788, ed. 2 th. vol. VI, p. 439, plate 86.—Le tourniquet de Moore était destiné à comprimer les nerfs pour rendre les membres insensibles aux opérations chirurgicales.

(2) F. Deguise, *Thèse inaug.* Paris, an XII (1804), in-4, *Dissert. sur l'anévrysme*, p. 43 et 44.

(3) Richerand, *Nosogr. chir.*, 1re édit., Paris, 1806, t. III, p. 83.

(4) *Bull. de la Faculté*, 1810, n° 10, p. 132.

(5) René Morel, *Thèse de Strasbourg*, 25 mars 1842, p. 34.

---

l'autre. Le tabac entrait dans les prévisions des besoins des armées, comme un objet de première nécessité. On ne fut pas longtemps à s'apercevoir combien son usage était précieux pour stimuler le soldat en campagne et amortir l'ennui des garnisons. En l'année 1665, on fit à Louvois le singulier reproche d'avoir, pendant la guerre de Hollande, bien mieux approvisionné l'armée de tabac que de pain : et l'on prétendait que le célèbre ministre empruntait sa méthode aux Indiens, qui, dans des moments de détresse, se servent de tabac pour étourdir la faim.

Si nous avions le temps de suivre les progrès du tabac dans les autres parties du monde, nous ferions un véritable voyage de circumnavigation. Nous aurions de curieux détails à donner sur la fureur avec laquelle les peuples de l'Afrique, de l'Asie, de l'Australie, se livrent à cet usage. Là il n'est pas tempéré par les mœurs et les habitudes de l'Europe civilisée, c'est un besoin qui doit être satisfait à tout prix; aussi les nations qui ne cultivent pas cette plante sont-elles souvent en danger d'en manquer. On jugera jusqu'à quel point de frénésie mène ce besoin non satisfait, par ce que raconte le voyageur Thunberg, qu'il rencontra un jour une horde de Hottentots qui, dans leur détresse d'être privés de tabac, se contentaient de fumer les excréments desséchés des rhinocéros et des éléphants. On conçoit que l'odorat et le goût ne sont pas des sens bien délicats chez les pauvres peuplades sauvages qui vivent par-delà les montagnes Rocheuses et sur les bords de l'Orégon. Les Saab et les Boschismans, qui végètent dans des tanières, et se nourrissent de racines, de glands, qui mangent des serpents et d'autres reptiles immondes, n'ont pas toujours, il s'en faut, la chance d'avoir du tabac. Ces misérables sauvages fument des feuilles et des plantes desséchées; la feuille du *Rhus glabrum* est surtout pour eux un succédané précieux de leur plante favorite.

Si nous pénétrons en Asie, nous verrons l'usage du tabac consacré par tous les raffinements de la civilisation orientale : témoin le luxe que déploient les Persans pour tout ce qui regarde la satisfaction de ce besoin, ou si l'on aime mieux de ce plaisir impérieux. Je ne trouve chez M. Tiedemann, dans la longue énumération des coutumes et des mœurs des peuples divers, que les Abyssiniens catholiques qui rejettent avec horreur le tabac et le café. Ils en laissent l'usage aux sectateurs de Mahomet, et se font un devoir de suivre les prescriptions de leur Église, qui leur défend d'user de ces substances. Partout ailleurs, en Tartarie, surtout au Thibet, au Japon et dans l'Australie, l'usage de fumer est commun aux hommes comme aux femmes, et l'enfance elle-même y est adonnée.

Docteur Morel (de Maréville).

(La suite à un prochain numéro.)

« *Afin de me trouver le plus possible d'accord avec moi-même*, » continue l'imprudent théoricien, « je me demanderai si l'on doit » considérer comme radicale cette prompte guérison » (1).

Telle fut la doctrine, et il suffit, pour la renverser, d'examiner les propres observations de Viricel.

Obs. XX (Viricel (2). — *Anévrysme poplité. Compression. Guérison en trois mois.* — Antoine D..., quarante-six ans, écuyer. Son anévrysme, déjà ancien, est peu volumineux et indolent. On décide dans une grande consultation qu'on appliquera des réfringérants sur la tumeur, et une pelote compressive sur l'artère. Ce fut à cette occasion que Viricel imagina sa machine en forme de collier. «Le malade, ne pouvant continuellement » supporter la pression du collier, *le relâchait de temps en temps*, et l'exer» çait ensuite lui-même. Enfin ces moyens furent continués, sans *beau» coup de sévérité*, depuis le 25 juin jusqu'au 1er octobre, époque où la » tumeur cessa complétement de battre... Le malade a été radicalement » guéri. »

Obs. XXI (Viricel).—*Anévrysme fémoral. Compression. Guérison.* — Jean-Claude Vincent, trente-huit ans. Anévrysme faux circonscrit, consécutif à une plaie, récent et peu volumineux, situé un peu au-dessus de l'anneau du troisième adducteur. Même traitement que dans le cas précédent. Le collier est appliqué un peu au-dessus de la tumeur. « Le ma» lade, patient et courageux, *supportait pendant plusieurs heures de » suite une forte pression.* » Il est permis d'en conclure qu'il y avait des moments où il ne la supportait pas. « La tumeur commença à durcir, les » battements devinrent obscurs. Enfin, après vingt-quatre jours de com» pression, la tumeur était presque entièrement effacée, et la cure » complète. »

En dépit de la théorie, il avait suffi sur ces deux malades d'une compression fréquemment interrompue, d'un traitement *dirigé sans beaucoup de sévérité*, pour obtenir une guérison solide, ce qui n'empêcha pas Viricel de dire et de répandre que la cure était impossible *si on laissait pénétrer le moindre filet de sang dans la tumeur*.

Ce ne furent pas, au reste, les seuls succès obtenus à l'Hôtel-Dieu de Lyon par la compression indirecte. Outre les deux observations précédentes, recueillies en 1810, et envoyées à la Société de la Faculté de médecine, la thèse de René Morel contient encore les deux suivantes.

Obs. XXII (Viricel). — *Anévrysme poplité. Compression irrégulière et interrompue, puis compression bien faite suivie de guérison en trois jours.* — Delphin, soixante-quatre ans, douanier. Anévrysme poplité paraissant dû à un coup de poing que le malade a reçu dans le jarret il y a quelque temps. On applique le collier un peu au-dessus de l'anneau du troisième adducteur (glace sur la tumeur). Quelques jours après, la tumeur est devenue plus dure et moins pulsatile ; après quoi elle reste longtemps stationnaire. Au bout de deux mois, le malade, impatient de guérir, serre un jour son appareil avec beaucoup de force pendant plusieurs heures. Il en résulte un gonflement douloureux de tout le membre. On est obligé d'enlever tout à fait l'appareil. On le réappliqua plus tard pour l'enlever encore. « Les choses se passèrent entre les alternatives de la » compression et de la suspension, le membre s'engorgeant de temps en » temps. »

Enfin Viricel pensa que l'appareil était sans doute inefficace. Après avoir fait réparer les pelotes, « il réappliqua le collier, et le troisième jour après » cette application, le malade fut radicalement guéri. »

Parmi les observations modernes, on en trouvera beaucoup dans lesquelles les choses se sont passées comme dans le cas précédent, et il arrive en effet souvent qu'une compression exacte et complète oblitère en quelques heures un anévrysme, soumis en vain depuis longtemps à une compression imparfaite et irrégulière. Nous dirons plus tard comment il faut interpréter de pareils faits.

Viricel guérit encore par l'application du collier : un quatrième malade, nommé Fr. Farday, âgé de soixante-un ans et atteint d'anévrysme poplité. La cure fut effectuée en deux mois. Cette dernière observation paraît remonter à la fin de 1811. Enfin, d'après Lisfranc, qui ne dit pas à quelle source il a puisé, Viricel aurait obtenu une cinquième guérison. Je ne cite cette observation

(1) *Idem*, p. 40.
(2) *Thèse* de René Morel, p. 35.

qu'avec la plus grande réserve. Il pourrait se faire, en effet, que ce fût l'écho de l'une des observations précédentes, altérée par la tradition. Voici le passage de Lisfranc, avec sa rédaction défectueuse :

Obs. XXIII. — (Viricel (1). *Anévrysme poplité guéri en dix jours par la compression; récidive; nouvelle compression; guérison en cinquante jours.* — « Pendant qu'il était chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, » M. Viricel vit survenir la récidive le trentième jour sur un malade qui » portait un anévrysme vrai poplité. Les battements de la tumeur avaient » déjà disparu depuis vingt jours, et la tumeur avait été réduite du double » environ de son volume. On comprima de nouveau pendant cinquante » jours, et le malade fut parfaitement guéri. »

C'était peut-être le souvenir de ce malade qui avait porté Viricel à penser que la guérison obtenue par A. Dubois avait *dû* n'être que temporaire.

Les faits qui précèdent sont-ils les seuls qui se soient produits dans la pratique de Viricel? Il est permis de croire que non. Cinq succès sur cinq malades ou, en mettant les choses au pire, quatre succès sur quatre malades, c'était un résultat supérieur à tout ce qu'on connaissait jusqu'alors. Pour que la chirurgie lyonnaise ait malgré cela renoncé à la compression indirecte, il faut qu'elle ait été découragée par des insuccès plus nombreux encore. On ne peut comprendre autrement que cette méthode soit si promptement tombée en désuétude dans une ville où pourtant Viricel occupait la première position chirurgicale (2).

L'appareil compressif dont Viricel se servait a été décrit de la manière suivante par un de ses élèves : « C'est une espèce de collier » de chien, qu'on peut ouvrir ou fermer à volonté, formé par un » cercle de fer très épais, large de deux à trois doigts, présentant » une circonférence d'un pouce plus large dans tous les points que » le membre sur lequel on l'applique. Deux vis mobiles, mon» tant et descendant à volonté, surmontées chacune d'une pelote » de grandeur et de forme diverses, situées en deux sens diamé» tralement opposés l'un à l'autre, sont destinées à exercer la » compression. La pelote qu'on dirige sur l'artère est *convexe*, » *étroite et résistante*. L'autre, moins convexe et plus large, con» tribue à maintenir le collier immobile (3). » Cet appareil, fort efficace dans son action, présente quelque analogie avec le tourniquet annulaire de Brückner, et ressemble surtout beaucoup aux compresseurs circulaires et aux *ring tourniquets* dont les chirurgiens irlandais se servent aujourd'hui. C'est par erreur que Troccon en a attribué l'invention à Dubois (4). On a vu que le compresseur employé par Dubois était très différent.

Lorsque les faits de Viricel furent connus, on ne se demanda pas s'ils étaient bien d'accord avec sa doctrine; et sans y regarder de plus près, on admit qu'une théorie capable de conduire à de tels résultats était nécessairement très bonne. On accepta donc généralement une erreur qui se propagea dans beaucoup de livres, et qui n'est même pas encore abandonnée par tout le monde, savoir : que la compression indirecte guérit l'anévrysme en oblité-

(1) Lisfranc, *Thèse de concours sur l'oblitération des artères*. Paris, 1834, p. 38.

(2) Monteggia raconte qu'au mois de juin 1810, Railliard présenta à la Société de médecine de Lyon un malade que la compression de la fémorale avait guéri d'un anévrysme poplité. Les battements de la tumeur avaient cessé le onzième jour. Je n'ai pu me procurer le compte rendu des séances de la Société de Lyon pour l'année 1810, et je ne connais pas d'autres détails sur cette observation. Il ne serait pas impossible que Railliard eût présenté à la Société un malade guéri par Viricel. Le malade indiqué par le texte laconique de Monteggia pourrait, à la rigueur, être celui qui fait le sujet de l'observation XXI, et chez lequel la tumeur était presque entièrement effacée le vingt-quatrième jour (*Monteggia, Istituzioni chirurgiche*. Milano, 1813, vol. II, p. 82, § 193). Monteggia cite encore (p. 83) un essai infructueux qu'il fit lui-même de la compression indirecte dans le traitement de l'anévrysme poplité. De deux choses l'une, dit-il, ou la compression était inefficace, ou elle était intolérable à cause de la douleur. C'est dans ce passage remarquable qu'il se demande si l'on ne pourrait pas intercepter complétement le cours du sang avec un tourniquet pendant quelques heures, et profiter du repos du sang pour injecter dans la poche anévrysmale, à l'aide d'un trocart, un liquide coagulant tel que l'alcool, l'acétate de plomb ou le tannin. Il revient à plusieurs reprises sur cette idée, p. 68 et 124 (§§ 152 et 283).

(3) *Thèse* de René Morel, p. 34.

(4) Troccon, *Abrégé de pathologie*. Paris, 1817, p. 145.

rant l'artère au niveau du point comprimé. Cette erreur, d'origine anglaise, avait prospéré en France ; mais ce fut en France aussi qu'elle reçut sa réfutation, ainsi qu'on va le voir.

Un premier pas fut fait, en 1813, par M. Roux. Après avoir décrit d'une manière didactique la compression indirecte *graduelle*, telle qu'on la pratiquait alors à Paris, M. Roux annonce, conformément aux idées de l'époque, que ce moyen réussit en oblitérant complétement le vaisseau depuis le point comprimé jusqu'au niveau de l'anévrysme, et même un peu plus bas jusqu'à la naissance des premières collatérales inférieures (1). Mais il ajoute que la compression ainsi pratiquée a de nombreux inconvénients, et il propose de l'appliquer d'une manière toute différente : « Qu'on intercepte » subitement, dit-il, le passage du sang dans l'artère, et qu'on » suspende entièrement l'abord de ce fluide dans la tumeur, ne » pourra-t-il pas arriver, qu'en vingt-quatre ou trente-six heures, » le sang que la tumeur contient soit coagulé? Ne pourra-t-il pas » se faire que, la compression étant suspendue après ce laps de » temps très court, le sang ne puisse plus pénétrer dans la tumeur » et qu'on voie se succéder les phénomènes ordinaires de la guéri- » son spontanée? *Alors, sans doute, l'artère ne s'oblitérerait que » dans la portion correspondante à la tumeur ; alors aussi toutes les » branches collatérales seraient conservées* (2). »

Cette idée de M. Roux, purement théorique lorsqu'elle fut émise, reçut, trois ans plus tard, une sanction inattendue. Dupuytren ayant guéri, en 1816, un anévrysme par la compression indirecte, ne fut pas peu surpris de voir que l'artère était restée perméable au-dessous du point comprimé.

Je cite en abrégé cette observation, qui a été publiée *in extenso* par Breschet, et par Arnoult avec quelques variantes.

Obs. XXIV (Dupuytren) (3). — *Anévrysme poplité. Compression de la fémorale. Guérison prompte Persistance des battements de la fémorale.* — Lancelin, trente-six ans, tourneur. Entré le 4 mars 1816 à l'Hôtel-Dieu. Il fait aller son tour avec la jambe gauche. Il y a dix jours, dans une extension forcée du genou gauche, il éprouva une vive douleur. Une demi-heure après, il trouva dans son jarret une tumeur qui est aujourd'hui grosse comme un œuf de poule, et présente des pulsations.

Dupuytren se décide à traiter cet anévrysme par la compression de la fémorale, et fait construire le compresseur qui porte aujourd'hui son nom.

L'instrument fut appliqué pour la première fois le 12 juin 1816 sur la partie inférieure de la fémorale. On enleva l'appareil à plusieurs reprises pour corriger quelques imperfections. Il en résulta que la compression fut plusieurs fois interrompue. Cela dura dix-sept jours. Au bout de ce temps, les battements de la tumeur paraissaient déjà un peu moins forts.

Le 29 juin, le compresseur, définitivement perfectionné, fut appliqué le plus exactement possible de manière à arrêter tout à fait les battements de l'anévrysme. Le malade devait relâcher la vis si la douleur devenait trop forte ; mais la douleur fut supportable, et la chaleur du membre ne diminua pas d'une manière sensible.

La compression fut donc continuée sans interruption pendant cinq jours suivant Breschet, pendant onze jours suivant Arnoult. Au bout de ce temps, Dupuytren relâcha la vis et s'aperçut que la tumeur ne battait plus. L'appareil fut encore, par prudence, maintenu pendant quelques jours.

Le malade quitta promptement l'hôpital (vers le 15 juillet). On le revit le 29 juillet. La tumeur poplitée était réduite à un noyau très dur, profond, dont le volume diminuait à vue d'œil.

Dès le lendemain du jour où l'on avait ôté l'appareil, on avait senti autour du genou les battements de plusieurs collatérales, et l'on avait reconnu que la fémorale n'était pas oblitérée au niveau du point comprimé.

Cette dernière circonstance parut très singulière et fut constatée avec surprise. Je reproduis textuellement les réflexions faites à ce sujet par Arnoult : « Le lendemain, 10 juillet, à la visite, on eut un » autre sujet d'étonnement : on sentit, et je m'en suis assuré moi- » même, des pulsations dans tout le trajet de l'artère, jusqu'à la » tumeur anévrysmatique. Elles étaient aussi distinctes, aussi fortes » au-dessous qu'au-dessus du point comprimé. L'oblitération de » l'artère n'avait donc pas eu lieu, comme chacun l'avait pensé » d'abord, et il était évident que le calibre artériel, un moment ef- » facé par l'action de la pelote compressive, avait permis la coagu- » lation du sang contenu dans le sac anévrysmal, et par suite, soit » l'oblitération des parties de l'artère les plus voisines de la tu- » meur, soit la formation d'un caillot dans leur intérieur. »

(1) Jos.-Philib. Roux. *Nouveaux éléments de médec. opérat.* Paris, 1813, t. I, 2ᵉ part., page 545.

(2) *Idem.* Pages 718, 719.

(3) Breschet a publié cette observation dans une longue note de sa traduction de Hodgson, t. I, p. 249. Voyez encore Émile Arnoult, *Thèse de Paris*, 1820, n° 244, page 44.

Ce premier succès enhardit Dupuytren, et éloigna de lui la pensée de chercher à oblitérer les artères par la compression. Le 19 novembre 1818, il présenta à la Société de la Faculté de médecine un second malade sur lequel il avait appliqué avec succès la même méthode (1). L'observation, rédigée et commentée dès cette époque, par Sanson aîné, n'a été publiée que bien plus tard dans les *Leçons orales*.

Obs. XXV (Dupuytren) (2).—*Anévrysme poplité. Compression. Guérison en trois semaines.* — Ivanowitz, soldat polonais, âgé de trente ans, traité en ville au mois de septembre 1818. Tumeur du jarret ayant paru il y a deux ans à la suite d'une chute. Elle est actuellement grosse comme un œuf de dinde, et partout pulsatile. Genou immobile et étendu. Membre œdémateux et engourdi.

On applique le compresseur de Dupuytren sur la fémorale. « Le malade » fut instruit à relâcher la compression toutes les fois qu'il éprouverait de » trop fortes douleurs soit dans la jambe, soit dans le lieu comprimé. » (Glace sur la tumeur.) Lorsqu'il souffrait trop, il desserrait effectivement la vis pendant quelques secondes. — Le cinquième jour, il n'y avait plus d'engourdissement. L'œdème était amoindri ; la tumeur moins grosse et moins pulsatile ; l'amélioration continua les jours suivants. Le vingtième jour, les battements disparurent ; le malade enleva son appareil et se mit à travailler.

Lorsqu'un mois plus tard Sanson rédigea l'observation, le membre avait recouvré toutes ses fonctions, et la tumeur, réduite au volume d'un œuf de pigeon, continuait à décroître de jour en jour.

Ce qu'il y a de plus important pour nous, ce sont les remarques que Sanson ajoute à sa narration. Après avoir rappelé la première observation de Dupuytren, il se demande de quelle manière la guérison a eu lieu dans ces deux cas : « Est-ce par une oblitéra- » tion du calibre de l'artère fémorale, à la suite d'une inflammation » adhésive déterminée par la compression? Non, car chez tous deux » on peut, en appliquant avec attention le doigt sur l'artère fémo- » rale, suivre ses battements jusqu'à son passage à travers le ten- » don du troisième adducteur. Ce ne peut donc être que *par la » coagulation du sang contenu dans la tumeur anévrysmale, coagu- » lation déterminée par le repos* produit du défaut d'impulsion, » et aidée par les applications soutenues de glace sur la tu- » meur (3).

Après ces deux brillants succès, Dupuytren fit plusieurs autres tentatives. Il lui arriva au moins deux fois, et peut-être trois, de rencontrer des malades qui ne purent tolérer la compression (4). Il réussit, il est vrai, à guérir encore un anévrysme traumatique de la fémorale sur un malade qui fut présenté à la Faculté de médecine, le 29 juillet 1819 (5) ; c'était un garçon de seize ans, nommé David, qui entra à l'Hôtel-Dieu le 27 avril 1819, et sortit parfaitement guéri le 1ᵉʳ juin suivant (6). Dupuytren avait donc, en quatre ans, obtenu la guérison de trois anévrysmes poplités ou fémoraux par la compression, et certes, les deux ou trois échecs publiés ne seraient pas de nature à contrebalancer un pareil résultat. Pour que Dupuytren, à partir de cette époque, ait complétement renoncé à la compression indirecte et au plaisir d'appliquer le compresseur auquel il avait donné son nom, il faut que ce moyen ait échoué entre ses mains un plus grand nombre de fois. Du reste,

(1) *Bullet. de la Faculté de médec.* 1818, t. VI, p. 242.

(2) *Leçons orales de Dupuytren.* 2ᵉ édit., par Marx et Paillard, Paris, 1839, t. III, page 6.

(3) *Leçons orales, loc. cit.*, p. 10.

(4) *Thèse* d'Arnoult. Paris, 1820, p. 48. Cas de Broyard. — *Thèse* de Guillier Latouche. Strasbourg 1825, p. 32. — *Bullet. de la Faculté de médec.*, 1819, n° 7, t. VI, p. 433.

(5) *Bullet. de la Faculté de Médec.*, t. VI, p. 433.

(6) *Thèse* d'Arnoult, 1820, p. 30. C'est dans la thèse d'Arnoult qu'on devra lire cette observation, en ayant soin de rectifier les dates. Arnoult a transporté ce fait à l'an 1820, et on est naturellement conduit à penser qu'il s'agit d'un malade différent de celui que Dupuytren présenta guéri à la Faculté en 1819. En compulsant les registres de l'Hôtel-Dieu (1819, n° 2840), j'ai aisément reconnu l'identité des deux observations.

ce détail n'est qu'accessoire; l'essentiel, pour nous, est de constater le progrès réalisé par Dupuytren. Je ne parle pas de sa machine compressive, qui ressemble de point en point à celle qu'employait A. Dubois, et à celle que James Moore avait depuis longtemps imaginée (*voy.* fig. 3). Dupuytren a laissé, dans cette question de la compression indirecte, quelque chose de beaucoup plus sérieux que son tourniquet prétendu. Il a démontré, pour la première fois, que Hodgson, Scarpa, Viricel, et une foule d'autres, avaient méconnu le mode de guérison des anévrysmes traités par la compression; que l'artère comprimée ne s'oblitérait ni par adhésion, ni par coagulation du sang, et que, dès lors, il n'était pas indispensable de juxtaposer étroitement, et sans aucune interruption, les parois opposées de ce vaisseau. On était ainsi ramené vers l'idée ancienne du ralentissement simple de la circulation dans l'artère malade; et, en effet, on y revint promptement, comme on va le voir. Mais on y revint avec un élément de succès qui avait manqué aux premiers chirurgiens. En poursuivant le but impossible de l'oblitération directe du vaisseau, on avait été conduit à imaginer des appareils de compression bien supérieurs aux tourniquets primitifs. On avait substitué des pelotes petites et dures aux pelotes larges et molles dont on se servait autrefois. L'emploi des arcs métalliques, comme moyen de support des pelotes et des contre-pelotes permettait de n'exercer la compression que sur deux points opposés de la circonférence du membre, sans porter aucune atteinte à la circulation collatérale. Telle est la marche de l'esprit humain qu'il progresse même en courant après l'erreur. La théorie de l'oblitération directe avait eu du moins cet avantage de forcer les chirurgiens à apprendre comment on comprime exactement un vaisseau. La théorie était tombée; mais les procédés qu'elle avait enfantés devaient survivre. Pour établir définitivement les bases de la méthode compressive, il ne s'agissait plus que de mettre à exécution l'idée ancienne à l'aide des procédés nouveaux. Todd, de Dublin, fit, dans ce sens, une tentative intéressante. Mais le mérite principal de cette dernière et capitale innovation revient incontestablement à un chirurgien alsacien, dont la doctrine fut publiée, en 1825, dans la thèse de Guillier Latouche, mais dont l'histoire n'a malheureusement pas conservé le nom.

(*La suite au prochain numéro.*)

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

PATHOLOGIE INTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

ÉTAT DE LA SCIENCE SUR LA QUESTION DU TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR LES INSPIRATIONS DE VAPEURS D'IODE.

Le travail récemment lu par M. Piorry à l'Académie de médecine (voir *Gazette hebdomadaire*, n° 17) rappelle l'attention sur l'emploi des vapeurs d'iode dans la phthisie pulmonaire. Notre intention n'est pas d'en discuter ici les éléments ni les conclusions. L'auteur le dit d'ailleurs lui-même, ce travail n'est qu'un résumé des résultats de sa pratique, dont le complément nécessaire sera publié ultérieurement. Nous voulons seulement rappeler que, sur la question de thérapeutique portée devant l'Académie par M. Piorry, la science est en possession de données déjà nombreuses, dont la plupart ne figurent pas dans le court aperçu historique qui ouvre le mémoire. Le traitement de la phthisie par les vapeurs iodées ne date pas de 1850 : il a été expérimenté longtemps auparavant, vanté par certains auteurs, déprécié par d'autres, et enfin il a cessé, pour ainsi dire, d'être signalé dans les ouvrages de thérapeutique.

La première mention que nous en ayons trouvée dans la science remonte à 1828. Le 23 décembre de cette année, l'Académie royale de médecine de Paris recevait une lettre du docteur Berton. L'auteur, après avoir indiqué l'inefficacité, dans la phthisie, de l'iode employé en frictions ou à l'extérieur, insistait sur l'utilité que peut présenter cette substance en vapeur portée directement dans les organes de la respiration. L'appareil employé pour remplir ces indications était un flacon de verre à deux tubulures, dans lequel on introduisait de l'acide sulfurique étendu d'eau, et un quart ou un demi-grain d'iodhydrate de potasse. Ce mélange donnait lieu au dégagement de vapeurs d'iode, que le malade respirait par une des tubulures du flacon. Les inspirations étaient continuées pendant quatre à cinq minutes, et répétées de quatre à dix fois par jour. Ce moyen thérapeutique, suivant Berton, était d'une utilité incontestable dans le traitement de la bronchite chronique; son utilité dans la phthisie lui semblait plus difficile à démontrer, en raison, disait-il, de la difficulté du diagnostic des tubercules pulmonaires pendant la vie. Ayant essayé des inspirations d'iode chez trois phthisiques, il avait vu les malades en éprouver quelque amélioration. Cette communication provoqua quelques observations dans la docte assemblée; M. Louyer-Villermay éleva des doutes sur la valeur du moyen thérapeutique conseillé par Berton.

M. Baudelocque (Guersant et Blache, article IODE, *Dictionn. de méd.*, vol. XVII, p. 95, 1838) essaya, à l'hôpital des Enfants, les vapeurs iodées dans le traitement de la phthisie, par le procédé de Berton. Ces expériences cliniques lui démontrèrent que cette pratique était plus nuisible qu'utile.

Depuis cette époque, les inspirations d'iode tombèrent en France dans un profond oubli. Il n'en fut pas de même en Angleterre, où Murray et sir C. Scudamore reprirent les expériences et affirmèrent en avoir tiré des résultats fort encourageants.

Le travail de Murray a pour titre : *Dissertation sur l'influence de la chaleur et de l'humidité, avec des observations pratiques sur l'inhalation de l'iode et de diverses autres vapeurs dans la phthisie, le catarrhe, le croup, l'asthme, et autres maladies*, 1 vol. in-8, Londres, 1830. Nous n'avons pu nous procurer cet ouvrage, et nous avons dû nous contenter d'une analyse publiée dans les *Archives générales de médecine*, 1831, vol. XXV, p. 594. Murray assure avoir plusieurs fois essayé avec avantage, chez des tuberculeux, même dans des cas désespérés, des inspirations de vapeur d'iode. Toujours par cette médication, il aurait provoqué un amendement marqué dans l'état des malades.

C'est la même année que parut un petit ouvrage de sir C. Scudamore ayant pour titre : *Observations démontrant l'action curative des inhalations d'iode et de ciguë dans la phthisie pulmonaire et plusieurs autres maladies des voies aériennes*. En 1835, cet ouvrage était déjà arrivé à sa deuxième édition. Dans cet espace de temps, Scudamore avait publié, à plusieurs reprises, le résultat de son expérience pratique dans un journal anglais (*London Medic. Gaz.*, vol. VIII, XV, XXV). Dans les deux derniers mémoires, l'auteur rapporte des observations à l'appui de sa méthode thérapeutique; plusieurs d'entre elles sont très intéressantes, et renferment l'histoire de malades observés et surveillés dix années encore après le traitement et la guérison, du moins apparente.

Avant d'exposer ces faits, nous devons dire quelques mots du mode d'administration des vapeurs iodées. Scudamore combinait l'action de l'iode avec celle de la ciguë. Dans quel but? Nous ne saurions le dire. Dans un appareil particulier recevant un tube qui s'adapte à la bouche du malade, on introduit une petite quantité d'iode, d'iodure de potassium, d'eau distillée tiède, d'alcool et de teinture de ciguë. Cet appareil est lui-même plongé dans un vase contenant de l'eau à une température qui permette la vaporisation de l'iode. Les doses du médicament sont variées et graduellement augmentées; il en est de même de la durée des inspirations renouvelées plusieurs fois chaque jour. En lisant ces mémoires, on peut facilement se faire une idée de l'importance que l'auteur attachait à son procédé thérapeutique; il insiste sur les moindres détails de l'appareil, discute par exemple l'utilité d'un appareil spécial qu'un de ses confrères avait proposé de substituer au sien, comme s'adaptant mieux à la bouche des malades; ailleurs il repousse certaines accusations calomnieuses et malveillantes que ses idées nouvelles avaient soulevées.

Nous le répétons, pour C. Scudamore, comme, du reste, pour tous les auteurs qui ont employé ce moyen thérapeutique, les inspirations de vapeurs d'iode ne constituent pas le seul moyen thérapeutique dirigé contre la phthisie pulmonaire. Les vapeurs d'iode, dit-il,

loin qu'on doive les employer à l'exclusion des autres remèdes, sont seulement un utile auxiliaire qu'on doit adjoindre au traitement ordinaire. Or les moyens de traitement ordinaire sont : les toniques, les ferrugineux, etc. Une remarque frappera tout le monde. Cette adjonction ne doit pas, sans aucun doute, être proscrite au point de vue de la thérapeutique appliquée; mais lorsqu'il s'agit d'évaluer d'une manière certaine l'utilité d'un agent thérapeutique, il est difficile d'isoler son action, si on le mêle à d'autres qui, par eux-mêmes, peuvent conduire aux mêmes résultats.

Comme Berton, C. Scudamore garantissait l'innocuité du moyen qu'il employait contre la phthisie. Je peux affirmer, dit-il, que les inspirations d'iode et de ciguë, loin d'irriter les voies respiratoires dans la phthisie ou la bronchite chronique, tendent au contraire, lorsqu'on les administre avec prudence, à diminuer l'irritation de l'appareil respiratoire. La phthisie aiguë commande un emploi modéré de l'iode.

Les observations de C. Scudamore n'ont pas toutes la même valeur. Un des faits les plus intéressants est celui d'une dame qui, en 1830, présentait des signes généraux et locaux d'une tuberculisation pulmonaire arrivée à la période d'excavations. En effet, on observait chez cette femme une fièvre hectique, une expectoration d'aspect puriforme, des sueurs nocturnes. Par l'auscultation, on entendait de la pectoriloquie et un fort gargouillement au sommet du poumon droit. Cette dame fut soumise au traitement indiqué plus haut. L'amélioration fut rapide, et l'auteur mit ce fait en 1830 au nombre des exemples de guérison. En 1840, c'est-à-dire dix années plus tard, la guérison ne s'était pas démentie, et, chose presque incroyable, l'auscultation ne faisait découvrir dans l'intérieur du poumon aucune trace de la lésion tuberculeuse ancienne. Cette observation est peut-être celle qui peut, mieux que toute autre, convaincre de l'efficacité du traitement employé. Cependant, nous devons ajouter que l'auteur cite plusieurs autres cas où la guérison ne s'est pas démentie après plus de dix années.

Nous avons regretté de ne pas trouver dans les publications de notre confrère anglais de renseignements sur la marche de la maladie sous l'influence des vapeurs d'iode. On regrette aussi l'absence de renseignements sur le nombre des malades traités, sur la proportion relative des succès et des insuccès. C. Scudamore reconnaît du reste lui-même que certains cas de phthisie n'éprouvent aucune amélioration par ce traitement nouveau ; il ne dit pas à quels signes on peut reconnaître les cas réfractaires au traitement. Des cavités larges et nombreuses paraissent avoir diminué de capacité.

La pratique de C. Scudamore semble avoir été suivie en Angleterre par un certain nombre de médecins ; ainsi nous trouvons citées dans le dernier mémoire de Scudamore les expériences thérapeutiques de Corrigan. Le médecin irlandais n'employait pas d'instrument spécial destiné à porter directement les vapeurs d'iode dans l'appareil respiratoire. L'iode était volatilisé dans l'appartement, et le malade soumis à l'action de l'air chargé de ces vapeurs.

Le docteur Harwood, de Hastings, aurait aussi, suivant Scudamore, publié, vers 1840, un mémoire destiné à mettre en lumière l'avantage de l'absorption de l'iode en vapeurs au moyen d'un appareil spécial. Nous ne savons pas où ce mémoire a été publié; nous ne pouvons, par conséquent, nous prononcer sur la valeur des preuves apportées par le médecin anglais.

La méthode de traitement de la phthisie par les inspirations iodées fut pourtant oubliée en Angleterre. Aujourd'hui, ce n'est point à l'iode que l'on s'adresse pour obtenir la guérison des phthisiques dans les hôpitaux spéciaux consacrés à Londres au traitement de la tuberculisation pulmonaire; et l'un des thérapeutistes les plus distingués de l'Angleterre, le docteur Pereira (*Elem. of Materia Medica and Therap.*, vol. I, p. 245, 2e édit., 1842) dit avoir essayé lui-même des inspirations iodées dans le traitement de la phthisie pulmonaire, sans jamais en avoir vu résulter d'amélioration marquée.

On voit donc que la pratique des inspirations iodées dans la phthisie a déjà été passablement soumise au creuset de l'expérience; que vantée par Scudamore, Berton, Murray, Corrigan, Harwood, elle a été, au contraire, dépréciée par Baudelocque en France et Pereira en Angleterre. M. Piorry parviendra-t-il à la tirer de l'oubli ? C'est ce que l'avenir nous apprendra. Il semble bien, à en juger par le présent historique, que l'on a guéri quelquefois la phthisie par la combinaison des inspirations de vapeur d'iode et de certaines autres médications; mais celles-ci, à leur tour, passent pour avoir, dans quelques cas, amené seules la terminaison heureuse de la même affection, et l'influence isolée des inspirations d'iode reste encore à démontrer. M. Piorry promet, à cet égard, de nouveaux travaux ; nous croyons, en effet, qu'ils ne formeront pas un supplément inutile à ceux dont il a déjà doté la science.

A. Dechambre.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Zoologie générale. — M. *Isid. Geoffroy Saint-Hilaire* fait hommage à l'Académie du premier volume de son *Histoire naturelle générale des règnes organiques*. Ce premier volume est une introduction historique où se trouvent présentés dans leur enchaînement, les principaux progrès des sciences naturelles, et par des prolégomènes étendus sur leurs rapports avec les autres parties du savoir humain, sur leur rang hiérarchique dans ce qu'on a appelé l'Encyclopédie, sur leur état actuel, sur leurs méthodes, et sur la direction où elles doivent présentement s'avancer. Dans les quatre volumes suivants, M. I. Geoffroy Saint-Hilaire se propose d'exposer méthodiquement les faits généraux, les rapports et les lois relatifs aux êtres organisés, successivement considérés en eux-mêmes ou dans leurs organes, dans leurs instincts et leurs mœurs, et dans leur distribution ancienne et actuelle à la surface du globe.

Chirurgie. — *Mémoire sur une nouvelle méthode d'urétrotomie, pour la cure radicale des rétrécissements de l'urètre*, par M. *Maisonneuve*.—Il est un fait actuellement bien acquis à la science : c'est qu'une incision profonde pratiquée longitudinalement dans le canal de l'urètre donne lieu à une cicatrice déprimée, et que celle-ci forme une sorte de rigole permanente, dont la largeur augmente d'autant les dimensions du canal. C'est sur ce fait qu'est basée l'urétrotomie, dont l'introduction dans la pratique constitue certainement l'un des progrès les plus remarquables qu'ait faits depuis longtemps la science sur la question des rétrécissements de l'urètre. Trois méthodes principales existent pour pratiquer cette opération : 1° l'urétrotomie de dehors en dedans (*méthode de Syme*); 2° l'urétrotomie d'avant en arrière; 3° l'urétrotomie d'arrière en avant (*Civiale, Reybard*). Toutes ces méthodes atteignent bien certainement leur but principal qui est la division du point rétréci; mais leur manuel opératoire est si délicat et si complexe, que beaucoup de praticiens hésitent à en faire usage. La nouvelle méthode que M. Maisonneuve soumet à l'Académie, sous le nom *d'urétrotomie de dedans en dehors*, a l'avantage d'arriver au même résultat que les précédentes, sans présenter presque aucun de leurs inconvénients; de plus, son exécution est si simple et si facile, qu'elle est à la portée de tous les praticiens. L'instrument dont se sert M. Maisonneuve n'est point un instrument nouveau ; il est connu de tous les chirurgiens; son mécanisme leur est familier : c'est, tout simplement, le lithotome de frère Côme, légèrement modifié dans sa longueur et sa courbure, par le nouvel usage auquel on le destine. Pour pratiquer cette opération, on commence par dilater l'urètre au moyen de bougies, jusqu'à ce que le rétrécissement permette l'introduction de l'urétrotome, puis on procède de la manière suivante :

Le malade étant couché sur le dos, le chirurgien, placé à droite, introduit l'urétrotome comme un cathéter ordinaire jusqu'à 3 centimètres au delà du rétrécissement, et tourne sa concavité en haut. Puis, tenant la verge tendue sur l'instrument, il ouvre celui-ci en pressant sur la bascule, et par un mouvement de traction, lui fait parcourir un trajet de 2 centimètres d'étendue. Ce mouvement suffit pour que la lame tranchante dégagée de sa gaîne incise tous les obstacles qui s'opposeraient à son développement, sans intéresser les parties saines intermédiaires. Il est bien entendu qu'on a fixé d'avance le degré de l'ouverture de l'urétrotome, de manière à ce que la lame ne puisse atteindre les parties saines. Ce degré est, pour les cas ordinaires, de 15 millimètres.

M. Maisonneuve joint à l'appui de sa méthode, cinq observations qui en démontrent l'efficacité. (*Comm.*, MM. Velpeau, Civiale.)

Chirurgie. — *Cure radicale d'un anévrysme par injection d'acétate de sesquioxyde de fer*, par M. *Lussana*. — L'auteur rappelle qu'avant les expériences du docteur Pravaz, un célèbre chirurgien d'Italie, *Monteggia*, avait conseillé, dans le traitement des anévrysmes, « l'injection des astringents dans le sac, préalablement piqué avec un trocart, pour obtenir une coagulation prompte et durable du sang, après avoir comprimé l'artère au-dessus pendant un temps assez long. » (Voy. *Istituzioni chirurgiche*, tome II, 2e édition, Milan). M. *Ruspine*, après avoir pris connaissance des recherches et des essais de M. Pravaz, songea à remplacer le perchlorure de fer par une autre substance jouissant d'une activité au moins égale, et ne présentant pas les inconvénients que le chlore amène toujours à la suite des injections de perchlorure du fer. Après un grand nombre d'essais, M. Ruspine reconnut que l'*acétate de peroxyde de fer*, avec une puissance hémostatique supérieure, n'introduisait dans l'organisme aucune substance nuisible à l'économie, et en conclut qu'on devait la préférer dans le traitement des anévrysmes. Mais jusque là ses expériences n'avaient porté que sur des matières albumineuses ou sur de légères hémorrhagies. En janvier 1854, M. Lussana proposa à M. Ruspine d'essayer son hémostatique dans un cas d'anévrysme de l'artère maxillaire externe, chez une jeune fille de vingt-deux ans.

La tumeur molle, fluctuante et homogène, était située dans l'épaisseur de la joue gauche, entre le coin de la bouche et l'angle de la mâchoire. La forme de cette tumeur était ovoïde, et son volume celui d'une grosse noix. Une piqûre faite avec une fine aiguille en avait laissé s'échapper un jet de sang rutilant, ce qui ne permettait plus de doute sur la nature anévrysmatique artérielle de la tumeur.

M. Lussana pratiqua dans la tumeur, à l'aide d'une lancette très effilée, une ponction de 3 millimètres environ de largeur, du côté qui regardait la cavité buccale. A peine l'incision fut-elle pratiquée, que le sang en jaillit rouge et abondant. Le chirurgien introduisit aussitôt dans la plaie le bec effilé d'une petite seringue de verre remplie d'acétate de peroxyde de fer pur. Huit à dix gouttes de la solution hémostatique furent poussées dans la tumeur; l'appareil injecteur fut alors retiré, et un doigt fut appuyé sur l'incision pendant une minute à peu près. Le doigt ayant alors cessé d'être maintenu sur l'ouverture de l'incision, on ne vit plus s'en échapper aucune goutte de sang; la tumeur, de molle et flottante, était devenue solide et dure, et avait légèrement augmenté de volume. La malade n'avait jeté qu'un petit cri au moment de l'injection; mais le douleur qui l'avait causé avait cessé aussitôt. Les jours suivants se passèrent sans que le sang sortît par la petite ouverture. La tumeur devint plus dure et plus épaisse, et ses contours enflèrent légèrement par suite d'œdème sous-cellulaire. Il n'y eut point d'inflammation. La jeune fille se porta constamment bien, et put vaquer sans interruption à ses travaux journaliers. Au bout d'une semaine, l'enflure œdémateuse s'était effacée; la tumeur, toujours dure, diminua peu à peu par absorption lente et graduelle. Le dixième jour, une piqûre d'essai, qui avait dépassé l'épaisseur de la muqueuse buccale, ne fit pas sortir de sang, et rencontra la résistance très sensible du caillot anévrysmatique. La résorption se continue avec régularité, et la forme du visage y gagne sensiblement chaque jour. (*Comm.* : MM. Thenard, Roux, Velpeau, Lallemand, Rayer.)

Chimie. — *Recherches sur les affinités chimiques*, par M. *Marguerite*. — Les expériences consignées dans ce mémoire ont amené l'auteur à la conclusion suivante : Il semble que le dissolvant décide toujours de la nature des combinaisons qui doivent se faire, et que les affinités réciproques des bases et des acides aient bien peu d'influence sur le résultat des doubles décompositions; de sorte qu'il serait plus exact d'attribuer la formation d'un sel quelconque à l'affinité ou à la répulsion directe du milieu pour le composé soluble ou insoluble, que de faire intervenir les affinités propres ou relatives des éléments, que l'on sait d'ailleurs être très souvent intervertis dans les doubles décompositions. (*Comm.* : Thenard, Pelouze, Péligot.)

Histoire chimique et naturelle du lupulin. — M. *J. Personne*, préparateur de chimie à l'École de pharmacie de Paris, présente un mémoire sur l'histoire naturelle et chimique du *lupulin*, poudre jaune qui constitue la partie la plus importante du houblon. Quant à la nature elle-même du lupulin, M. Personne pense, avec MM. Payen et Chevallier, que ce n'est qu'un organe destiné à protéger le fruit contre l'humidité au moyen de la matière résineuse qu'il sécrète, à la manière de certains bourgeons qui sont protégés par une matière résineuse spéciale. Il démontre que l'assimilation, faite par M. Raspail, du lupulin au pollen, ne peut être admise en raison de la position que le lupulin occupe dans la plante, de l'époque de son entier développement, et surtout de l'absence des boyaux polliniques que M. Raspail avait cru observer, mais qui n'existent pas en réalité. Quant à l'histoire chimique du lupulin, cette substance fournit, par l'action de l'eau bouillante, deux groupes de corps : les uns volatils, les autres fixes. Les produits volatils sont : un acide, qui est l'acide valérianique, et une huile essentielle, qui se rapproche de celle de la valériane. Les produits non volatils sont : un acide organique et une matière amère azotée, solubles dans l'eau. M. Personne n'a pas encore pu les isoler de manière à pouvoir les soumettre à un examen suffisant. (*Comm.* : MM. Dumas, Boussingault, Payen, Bussy.)

Chimie analytique. — MM. *H. Sainte-Claire*, *Deville* et *Fouqué*, adressent un mémoire sur les pertes que les minéraux éprouvent par la chaleur; la détermination de leur nature et de leur quantité, spécialement en ce qui concerne le fluor.

Présentation de candidats. — La section de botanique, par l'organe de son doyen, M. *Ad. Brongniart*, présente la liste suivante de candidats pour la place vacante par suite du décès de M. Auguste de Saint-Hilaire. Au premier rang, M. *Moquin-Tandon ;* au second rang, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. *Duchartre* et *Payer*.

Legs Bréant. — Nous renonçons à enregistrer les innombrables communications sur le choléra que le legs Bréant attire à l'Académie des sciences.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet quatre pièces officielles : *a.* Rapport final de M. le docteur *Houlard d'Arcy*, médecin des épidémies pour l'arrodissement de Clamecy, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné au village de Château-du-Bois (Nièvre) (*Commission des épidémies*). — *b.* Demande d'analyse d'une eau minérale provenant d'un puits artésien situé à Sotteville-lès-Rouen (*Commission des eaux minérales*). — *c*, *d.* Deux recettes de spécifiques contre l'hydrophobie. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Lettre de M. le docteur *Chopin*, qui, sur le point de partir pour Sydney (Australie), se met à la disposition de l'Académie pour prendre des observations sur les différentes branches de l'art médical. M. le secrétaire perpétuel fait observer que l'Académie n'a pas coutume de donner de semblables missions, mais qu'elle accueillera avec plaisir les communications qui lui seraient adressées par M. Chopin.

3. M. le docteur *Rémy*, de Châtillon-sur-Marne, transmet une observation de hernie étranglée, irréductible, guérie sans opération, après la formation d'une escarre considérable comprenant le sac qui contenait la portion d'intestin étranglée, longue de 5 centimètres; il n'est pas resté d'anus artificiel, les matières alvines ayant repris leur cours naturel. (*Comm.* MM. Malgaigne, Jobert.)

4. Proposition d'expérience sur l'hydrophobie par un étranger dont le nom est illisible.

5. Lettre de M. *Maisonneuve*, qui demande à être inscrit au nombre des candidats pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

6. Plusieurs mémoires pour les concours des prix pour l'année 1854 :

A. Prix de l'Académie. — Mémoire intitulé : *De l'huile de foie de morue, considérée comme agent thérapeutique*, avec l'épigraphe : *Duo sunt præcipui medicinæ cardines, ratio et observatio* (Baglivi).

B. Prix Portal. — Mémoire sur l'anatomie pathologique des cicatrices, avec l'épigraphe : *Les tissus se réparent; ils ne se reproduisent pas tels qu'ils étaient.*

C. Prix Lefèvre. — *a.* Mémoire intitulé : *De la mélancolie*, avec cette épigraphe : *Evanuerunt in cogitationibus suis, obscuratum est insipiens cor eorum* (saint Paul, *ad Rom.*). — *b.* Mémoire n° 2, intitulé : *De la mélancolie*, ou *Essai sur les affections mentales tristes*, avec cette épigraphe : *La mélancolie n'est pas une monomanie ; c'est une affection mentale triste, passive, dépressive, dans laquelle sont troublées toutes les facultés, ou bien une seule portion du sentiment ou de l'intelligence.*

Communication du vice-président de l'Académie.

Après le dépouillement de la correspondance, M. *Jobert*, vice-président, prend la parole pour annoncer la mort de M. *Nacquart*, président actuel de l'Académie, qui a succombé hier à une pneumonie compliquée d'une affection du cœur. M. Jobert pense qu'il n'y a pas lieu de désigner une députation pour représenter l'Académie aux obsèques de M. Nacquart ; l'Académie tout entière se fera un devoir d'y assister.

M. Jobert est d'avis qu'en présence de cet événement douloureux, l'Académie doit suspendre ses travaux ; cette motion est adoptée d'un consentement unanime.

La séance est levée à trois heures et demie.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Recherches sur l'artérite et l'obstruction des artères dans l'état puerpéral, par le docteur James Y. Simpson.

L'inflammation et l'obstruction des artères a été jusqu'à présent peu étudiée : quoique ces lésions soient moins fréquentes dans les artères que dans les veines, cependant nous les croyons moins rares qu'on ne le pense vulgairement; et nous les regardons comme d'une grande importance par les conséquences qu'elles entraînent au point de vue de la pathologie et de la pratique. On peut reconnaître comme causes de la maladie dans la série de cas sur lesquels l'auteur veut fixer l'attention et qui survinrent à la suite de l'accouchement, les circonstances suivantes : 1° La séparation de fragments de caillots organisés, formés sur les valvules aortiques; 2° l'entraînement par le torrent sanguin, dans un point plus éloigné de la circulation, des caillots sanguins formés dans le cœur; 3° l'artérite; 4° certaines altérations du sang ou l'introduction d'un certain nombre de produits morbides dans ce liquide; 5° dans un cas, dont nous rendons compte, une déchirure présumée de la tunique interne.

Les ouvrages d'obstétrique ne font pas mention de cette maladie. « Le premier cas que j'ai observé, dit M. Simpson, a été publié par moi dans les Transactions de la Société d'Obstétrique d'Edimbourg (voir le *Monthly Journal*, 1847). Je crois dans ce travail avoir indiqué le premier que les artères pouvaient être obstruées par des caillots formés dans le cœur et entraînés par le sang. Dans ce fait on vit les pulsations artérielles cesser subitement au bras droit, au point où l'examen cadavérique démontra une obstruction artérielle. La malade mourut de *phlegmatia dolens* dans l'autre bras. » L'auteur a vu, avec le docteur Moir, un cas semblable offrant des symptômes analogues et dans lequel on porta le même diagnostic. Le malade était une femme de vingt-huit ans, accouchée prématurément au septième mois de la gestation. Pendant l'espace de trois semaines après l'accouchement, l'état général de cette dame était bon; après cette époque elle présenta un peu de fièvre, une éruption miliaire cutanée, un peu de diarrhée par moments et des douleurs dans l'abdomen. Pendant quelques jours les lochies furent sanguinolentes. A cette époque le pouls était à 120 et intermittent; la malade accusait des douleurs de forme névralgique dans le membre inférieur droit; elles s'étendirent plus tard à la jambe gauche, augmentèrent d'intensité et devinrent continues. Sept semaines après l'accouchement, douleurs accusées dans l'aine au niveau des vaisseaux et diminuant sous l'influence d'une application de sangsues. Au niveau du ventricule du cœur on entendait un bruit de souffle intense synchrone avec la systole. Les pulsations artérielles cessèrent tout à coup d'être perceptibles jusqu'au niveau du coude, sans qu'aucune douleur fût accusée sur le trajet du vaisseau obstrué. En peu de temps les battements artériels cessèrent d'être sensibles sur le trajet des deux membres inférieurs, jamais dans le bras gauche; ils reparurent cependant peu de jours avant la mort. La gangrène se manifesta au pied gauche, dix semaines après l'accouchement. A l'ouverture du cadavre, on trouva les cavités gauches du cœur remplies de caillots noirâtres; une masse fibrineuse molle était placée au niveau de l'orifice aortique, elle était formée de trois parties, sa portion la plus considérable occupait la valvule droite; par sa consistance molle on pouvait supposer qu'elle datait de peu de temps. Quelques végétations existaient sur la valvule auriculo-ventriculaire. L'aorte au niveau de sa bifurcation était obstruée par un caillot unique et ferme, sans adhérence avec les parois artérielles; ce caillot s'étendait dans l'étendue de deux pouces environ dans les artères iliaques de chaque côté, et offrait la même structure que les dépôts fibrineux sur les valvules. Les artères des deux membres inférieurs étaient bouchées par des caillots semblables. L'artère du bras droit obstruée, présentait un épaississement considérable des tuniques et du pus dans sa cavité. Dans un fait que l'auteur doit à l'obligeance du docteur Macferlane, de Glasgow, l'obstruction artérielle se manifesta dix jours après l'accouchement chez une femme enceinte pour la cinquième fois. La malade accusait dans le bras droit des douleurs vives et de l'engourdissement, persistant jusqu'au moment de la mort qui survint au bout de trois semaines.

On ne sentait aucun battement artériel au-dessous du coude; au niveau de la cuisse droite, au contraire, ils étaient perceptibles. La gangrène débuta après quatre ou cinq jours de maladie. A l'ouverture du cadavre on trouva les valvules aortiques couvertes de végétations; sur l'aorte existaient des plaques athérômateuses; au milieu des artères brachiales et iliaques se rencontraient des caillots de fibrine solide ayant à leur centre une sorte de noyau offrant une analogie frappante avec les végétations situées sur les valvules aortiques. Le docteur Lever, de l'hôpital de Guy, a rencontré un cas de gangrène du bras et de la jambe gauche, survenue à la suite d'un rhumatisme développé pendant la grossesse. Le bras et la jambe étaient le siége de douleurs vives. Les valvules du cœur étaient recouvertes de végétations fibrineuses; le même dépôt morbide se rencontrait dans les artères des deux extrémités inférieures. Les veines contenaient également des caillots fibrineux. La plupart des faits intéressants présentés par le docteur Kirkes, à la *Société médico-chirurgicale de Londres*, montrent des caillots entraînés du cœur dans la carotide obstruant les artères intracraniennes, surtout l'artère cérébrale moyenne, et causant consécutivement un ramollissement du cerveau. Dans un fait qui a été communiqué à M. Simpson par le docteur Burrows, de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, une hémiplégie se manifesta tout à coup chez une femme convalescente des suites d'un allaitement trop prolongé. On entendait pendant la vie, à la région du cœur, un bruit morbide rude, râpeux, synchrone avec la systole. La malade succomba à un ramollissement du cerveau. A l'autopsie on trouva des végétations fibrineuses sur les valvules mitrale et aortiques. Le corps strié du côté gauche était réduit à l'état de pulpe diffluente. L'artère cérébrale moyenne était obstruée par une végétation fibrineuse du volume d'un grain de blé. Dans ce cas, le docteur Burrows avait diagnostiqué, dès le début, la cause de l'hémiplégie. M. Simpson fait suivre cette relation des remarques suivantes :

1° Dans les cas que nous venons de relater la cause des accidents paraît avoir été une influence identique avec celle que nous avons mentionnée d'abord : le détachement et l'entraînement de productions fibrineuses développées dans un autre point de la circulation.

Plusieurs raisons viennent à l'appui de cette opinion. D'abord nous rappellerons les végétations fibrineuses siégeant sur les valvules aortiques, et ensuite l'existence de ces corps libres, identiques avec les végétations valvulaires que l'on rencontrait au centre des artères obstruées. Le début brusque de l'oblitération artérielle est une nouvelle preuve de son mode de production. Dans trois cas, l'endocardite fut reconnue pendant la vie, avant ou pendant la grossesse; dans le cas du docteur Moir, la lymphe plastique développée sur les valvules aortiques avait une origine encore plus récente et devait être attribuée à l'endocardite puerpérale. Ces végétations, ces concrétions fibrineuses formées dans le cœur, ont une grande tendance à se déplacer, à cause : 1° de leur peu d'adhérence aux parois de l'organe; 2° du mouvement constant du cœur; 3° de l'énergie du courant sanguin qui les baigne. Une fois détachées ces concrétions fibrineuses sont entraînées par la circulation et s'arrêtent dans les vaisseaux dont le diamètre exigu empêche leur passage. Si la masse détachée est volumineuse, elle peut s'arrêter à la bifurcation de l'aorte; si elle l'est moins, elle peut passer dans les branches qui naissent de l'aorte comme la carotide gauche. La raison donnée par Ruehle, que les caillots fibrineux ont une grande tendance à passer dans ce vaisseau, parce qu'il est situé dans l'axe de la direction du courant sanguin, ne me semble pas juste. Quand le caillot s'est arrêté dans un point du vaisseau, de nouvelles coagulations sanguines se forment rapidement autour de lui, et l'inflammation pourrait peut-être se développer dans les tuniques internes de l'artère et atteindre ultérieurement la veine. Cette masse fibrineuse obstruant l'artère peut plus tard se désagréger et se séparer.

2° Dans l'endocardite les cordons valvulaires arrêtent et emprisonnent la fibrine; cette fibrine peut se coaguler et être ensuite entraînée dans les artères. L'introduction de corps étrangers dans le cœur est venue donner une preuve de l'exactitude de cette opinion: ainsi, Cruveilhier cite un exemple de gangrène des extrémités, dans un cas d'introduction d'une aiguille dans le cœur. Le docteur Macferlane a fait connaître un cas d'obstruction artérielle, pendant l'état puerpéral, dans lequel on ne put rapporter la cause de l'obstruction à des végétations, ou à des caillots de fibrine solide. La malade était atteinte de rhumatisme et mourut plus tard d'hydropisie générale.

3° L'artérite peut être cause de l'obstruction artérielle; un cas de cette espèce a été observé par le docteur Duncan, alors qu'il était chirurgien de l'infirmerie royale. Une gangrène aiguë se manifesta aux membres inférieurs, quatre semaines après l'accouchement et causa rapidement la mort. On ne trouva pas, à l'ouverture du cadavre, d'affection du cœur; l'aorte était bouchée par un dépôt fibrineux siégeant un peu au-dessus de sa bifurcation et s'étendant dans les iliaques. C'était du reste une véritable artérite, l'aorte était épaissie, et un dépôt de lymphe plastique recouvrait ici sa surface interne. Le docteur Cowan a publié un fait semblable.

4° L'obstruction des artères peut être causée par certains états morbides du sang ou par l'introduction de substances étrangères dans son intérieur. Dans la phlébite puerpérale, le pus et la fibrine circulent dans le sang, et, partant des veines utérines, se déposent dans les poumons, le foie, etc. Le pus et la fibrine servent, pour ainsi dire, de base et de noyaux à la coagulation du sang. On connaît des cas où il se manifesta ainsi consécutivement une obstruction de l'artère pulmonaire. M. Cruveilhier a publié deux faits d'oblitération de l'artère pulmonaire survenue sous l'influence de cette cause. Enfin on peut voir, comme l'a montré le docteur Turner, l'artère s'obstruer sous l'influence d'une rupture spontanée de la tunique interne. Le docteur Oke, de Southampton, a observé, en 1831, un fait qui parut devoir être rapporté à cette cause. Une femme de vingt-quatre ans fut atteinte, à la suite d'un avortement, de douleurs et d'hémorrhagie utérines; il survint chez cette femme de la céphalalgie, de l'affaiblissement de la vue, le bras gauche devint froid et sans pouls et présenta enfin les signes d'une gangrène occupant exclusivement la peau du pouce et d'une partie de la main; il n'y avait aucun trouble des fonctions respiratoires. La malade guérit. J'ai appris que les battements artériels avaient reparu dans le bras primitivement malade, que cette femme était encore en vie et ne présentait aucun signe de maladie du cœur.

Les symptômes de l'obstruction des artères dans l'état puerpéral varient suivant l'artère atteinte ou plutôt suivant la fonction de la partie à laquelle le vaisseau artériel se rend. Ainsi dans le fait du docteur Burrows, l'obstruction de l'artère cérébrale moyen causa l'apparition d'une hémiplégie, chez un sujet jeune atteint d'affection valvulaire du cœur. On peut trouver des cas semblables dans l'ouvrage d'Abercrombie, etc. On pourrait peut-être expliquer de la même manière par l'oblitération de l'artère ophthalmique, les cas de fonte de l'œil, indiqués par Testa, Corvisart et Stokes, comme survenant dans le cours de maladies aiguës ou chroniques du cœur. Le siége de l'obstruction était dans les cas publiés par Ruehle, la carotide interne; dans ceux de Kirkes, c'était l'artère cérébrale moyenne. On ne connaît pas d'exemples d'oblitération par ce mécanisme du tronc cœliaque ou des artères rénales, mais cela provient sans aucun doute de recherches insuffisantes dans l'examen cadavérique. MM. Cruveilhier et Bérard citent l'un et l'autre des exemples de gangrènes des poumons avec oblitération des artères qui se rendaient à la portion d'organe malade. Dans le plus grand nombre de cas, c'étaient les artères des membres qui étaient atteintes. Les symptômes observés dans le membre malade étaient : 1° la disparition du pouls, phénomène non constant; 2° une douleur quelquefois très vive; 3° de la paralysie. Lorsque la paralysie était incomplète, la malade éprouvait dans le membre de l'engourdissement et des fourmillements.

5° La gangrène se manifeste dans quelques cas. (*Medico-chirurgical Society of Edinburgh. — Association Medical Journal*, 13 janvier 1854.)

Anévrysme de l'aorte, apoplexie pulmonaire. Épanchement de sang dans la cavité de la plèvre ; pneumothorax, par le professeur Frerichs.

La phthisie pulmonaire, la pleurésie sont les causes les plus fréquentes de pneumothorax ; cependant, dans quelques cas rares, l'épanchement d'air dans la plèvre se produit sous l'influence d'un travail morbide différent, comme, par exemple, l'emphysème, l'apoplexie, la gangrène du poumon. Le fait que nous devons au professeur de Breslau présente plus d'une circonstance remarquable et bien propre à rendre le diagnostic sinon impossible, du moins très difficile.

A. R..., maçon, âgé de trente ans, entre, le 5 mai 1853, à l'hôpital de Breslau. Il accuse, depuis quelques semaines, de la toux, sans altération de la santé générale, sans malaise qui le forçât à suspendre son travail. Le 5 mai au matin, sans aucun malaise antérieur, le malade expectora du sang, dont la quantité peut être évaluée à une tasse; depuis cette époque, les crachats demeurèrent toujours sanguinolents, il se joignit à ce symptôme un mouvement fébrile léger.

L'examen des organes thoraciques fit reconnaître dans le quart inférieur du côté gauche de la poitrine une matité considérable, qui ne se déplaçait pas dans les changements de position. Au-dessus de cette matité, la percussion donnait un son clair, exagéré, tympanique. A la base, dans l'étendue de la matité, absence de respiration, aussi bien que dans les trois quarts supérieurs. La percussion et l'auscultation ne faisaient reconnaître rien d'anormal dans le côté droit du thorax. Le cœur, qui occupait sa position normale, n'offrait rien de morbide dans l'intensité de ses contractions ou dans ses bruits. Le malade n'accusait aucune souffrance, ne se plaignait pas de dyspnée, se promenait chaque jour, et n'était préoccupé que de son expectoration sanguinolente.

L'absence de plusieurs symptômes faisait hésiter à reconnaître un pneumothorax : on ne trouvait pas de tintement métallique, d'effacement des espaces intercostaux, de voussure du côté gauche du thorax, de déplacement du cœur. M. Frerichs crut à l'existence d'un hydro-pneumothorax avec adhérences partielles du poumon à la paroi costale.

Le jour qui suivit l'époque de l'entrée du malade à l'hôpital, on trouva le cœur déplacé un peu à droite et en bas. Le malade fut mis à l'usage d'une infusion de digitale, et assura éprouver de l'amélioration; cependant l'épanchement pleural augmenta graduellement : les autres phénomènes morbides, au contraire, demeurèrent dans le même état. Le 13 au soir, le malade éprouva tout à coup un malaise, expectora une grande quantité de sang, et succomba en quelques minutes.

Ouverture du cadavre le 14 au matin. Cerveau dans l'état normal. Le larynx, la trachée et les bronches contenaient une écume sanguinolente, mais n'offraient du reste aucune lésion. En ouvrant la plèvre au niveau du quatrième espace intercostal, on entend l'air s'échapper avec bruit. Le diaphragme de ce côté est repoussé en bas et forme une convexité marquée vers l'abdomen. La plus grande partie de la cavité pleurale gauche est remplie de sang liquide et coagulé. Le cœur, placé verticalement, correspond par sa pointe à la partie moyenne de l'appendice xiphoïde. La quantité de sang dépasse 5 livres. Des adhérences nombreuses fixent le poumon à la paroi thoracique. On ne découvre aucune perforation de la plèvre pulmonaire, mais l'insufflation permet de reconnaître plusieurs solutions de continuité dans le lobe supérieur. Toute cette partie de l'organe, excepté le bord antérieur, est infiltrée de sang noir et friable; le lobe inférieur est comprimé, ses rameaux bronchiques remplis d'un sang coagulé. Le poumon droit, du reste normal, offre par place des infiltrations sanguines. Le péricarde contenait un peu de sérosité claire; les valvules du cœur sont saines, ses cavités vides de sang. L'aorte ascendante présente quelques plaques athéromateuses peu marquées; elle est rétrécie au niveau de la crosse; au delà de ce rétrécissement existe une tumeur anévrysmale du

volume du poing, entourée en dehors et en arrière par le lobe supérieur du poumon gauche, et remplie de caillots fibrineux. On peut suivre dans une certaine étendue les membranes de l'artère dans l'anévrysme; mais ailleurs elles ne se reconnaissent plus. Dans plusieurs de ces points, la poche anévrysmale est rompue et communique librement avec le poumon ; une bronche à bords minces communique avec le sac. Nulle part on ne trouve de communication directe du sac anévrysmatique avec la plèvre. Les autres organes ne présentaient aucune altération.

L'absence de communication directe entre la plèvre et le sac anévrysmal fait croire au professeur Frerichs que le sang et l'air se sont trouvés mélangés dans les bronches et de là ont été épanchés dans la plèvre par la rupture du parenchyme pulmonaire. On pourrait objecter à cette explication que, dans certains cas, du reste peu nombreux, on a vu les gaz se développer dans des pleurésies sans fistules pleuro-pulmonaires. Nous connaissons tout le doute qui plane encore sur ces faits qui ne se présentent que rarement à l'observation ; aussi nous sommes-nous borné à insérer cette curieuse observation. (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1854, n° 1.)

Œdème de la partie supérieure du corps causé par une tumeur cancéreuse pressant sur la veine cave supérieure, par le docteur Turnbull.

Le 3 septembre 1853, M. Turnbull fut appelé auprès d'un malade atteint d'un œdème de la moitié supérieure du corps. Le sujet de l'observation était un homme de vingt-six ans, d'une bonne constitution. Depuis la fin de mai 1853, il éprouvait de la gêne de la respiration ; plus tard, il s'y joignit des accidents dyspeptiques, pour lesquels il consulta un médecin ; ces douleurs augmentèrent graduellement d'intensité. On remarqua ensuite de la bouffissure de la face et du cou, accompagnés d'un gonflement des veines de cette région. Quand le docteur Turnbull vit le malade, la dyspnée était telle qu'il ne pouvait demeurer dans le décubitus dorsal; les lèvres étaient livides; de grosses veines dilatées rampaient au-dessous des téguments du col, de la face et des régions antérieure et postérieure du tronc. La percussion faisait percevoir une matité anormale à la partie moyenne du sternum et au niveau de la région précordiale. Cette matité s'étendait à toute la partie inférieure du côté gauche du thorax et en arrière du même côté, jusqu'à la partie moyenne du scapulum. A la base du côté gauche de la poitrine, on constatait l'absence de bruit respiratoire, les battements du cœur étaient sourds et profonds; aucun bruit anormal n'était perçu sur le trajet de l'aorte.

Ces symptômes firent croire aux médecins chargés d'examiner ce malade, qu'il existait dans ce cas une tumeur pressant sur la veine cave supérieure. L'absence de bruits anormaux sur le trajet de l'aorte faisait repousser la probabilité d'une pression exercée par une tumeur anévrysmale, et d'une autre part, dit l'observateur, l'âge du sujet ne rendait pas probable l'existence d'une tumeur cancéreuse. Nous différons complétement d'opinion avec M. Turnbull : le cancer du médiastin est fréquemment une affection de l'âge adulte et même de la jeunesse, et l'examen des faits de ce genre, consignés dans la riche collection des *Bulletins de la Société anatomique de Paris*, pourra démontrer l'exactitude de cette opinion. M. Turnbull crut donc à l'existence d'une compression de la veine cave supérieure, déterminée par une augmentation de volume des ganglions bronchiques.

Le traitement fut dirigé dans le but d'amener la résolution d'engorgements glandulaires probables ou d'épanchements plastiques, survenus à la suite d'une phlegmasie. Le calomel, la scille, la digitale, les pilules bleues, l'iodure de potassium, furent donnés à l'intérieur, un vésicatoire fut appliqué sur le thorax. Ces agents thérapeutiques ne procurèrent aucun soulagement au malade ; cependant, la quantité de liquide augmenta dans le côté gauche du thorax; un épanchement se manifesta dans le côté droit de la poitrine. L'augmentation graduelle de ces symptômes causa la mort, qui arriva le 25 septembre.

Ouverture du cadavre : une tumeur volumineuse occupait le médiastin antérieur, et s'étendait jusque dans le médiastin postérieur. Latéralement, elle débordait de chaque côté les cartilages costaux et adhérait aux poumons ; elle recouvrait en même temps le cœur et avait des connexions intimes avec le péricarde. La veine cave supérieure était complétement obstruée par suite de la pression exercée sur elle par une portion de la tumeur; un caillot d'aspect fibrineux remplissait exactement sa cavité. La veine azygos qui s'abouchait au-dessous de l'oblitération veineuse offrait un élargissement considérable. La tumeur était ferme et dure, marbrée de gris et de blanc, avec des taches jaunâtres. L'examen microscopique y faisait reconnaître de nombreuses cellules à noyau. Cet examen histologique ne laissait aucun doute sur la nature cancéreuse du produit morbide.

L'auteur ajoute quelques remarques ; il note dans ce cas, parmi les symptômes les plus importants, la dilatation variqueuse des veines du thorax, l'œdème de la moitié supérieure du corps. Le docteur James Carson a fait connaître, il y a quelques années, à la société, deux cas semblables, et le docteur Turnbull a eu lui-même l'occasion d'en observer un troisième à l'hôpital du Nord. Le malade présentait un œdème du col, de la face, analogue à celui qui a été décrit dans le fait précédent. Dans ce cas, la maladie s'améliora, et le malade put reprendre son travail, gardant encore néanmoins un gonflement considérable des veines du col. Dans un autre fait, la veine cave supérieure était comprimée par une tumeur cancéreuse du poumon. Le docteur Peacock, dans un mémoire inséré dans les *Transactions médico-chirurgicales*, a fait remarquer combien il était rare de constater une oblitération complète du canal de la veine; il n'a pu l'observer que dans trois cas sur neuf qu'il a analysés ; enfin, nous pourrions ajouter à ces causes de compression de la veine cave supérieure, les anévrysmes de l'aorte. On aurait tort cependant de croire, d'après les faits que nous venons de rapporter, que l'oblitération ou même le rétrécissement de la veine cave supérieure, se rencontre dans le plus grand nombre des cancers du médiastin ; il n'en est pas à beaucoup près ainsi ; d'abord, parce que le cancer occupe plus fréquemment le médiastin antérieur, et que même, lorsqu'il s'étend dans le postérieur, on voit souvent les vaisseaux artériels, aussi bien que les veines, conserver toute l'intégrité de leur calibre. (*Liverpool Medical and Surgical Society*. Extrait de *Association Medical Journal*, 1853, n° 50, p. 118.)

Phthisie, pneumothorax et empyème chez un enfant âgé de sept mois, par W.-F. Cleveland.

Un enfant de cinq mois, issu d'un père mort de phthisie pulmonaire, et confié aux soins de l'auteur pendant sa vie, présente pendant deux mois de l'amaigrissement, de la toux, de la dyspnée, phénomènes qui allèrent graduellement en augmentant. L'agitation et l'anxiété du petit malade ne permirent jamais à M. Cleveland d'obtenir des renseignements précis sur l'état du thorax par l'examen stéthoscopique. La mort survint le 6 mai 1853. La cavité pleurale droite était remplie aux deux tiers par une matière purulente, fétide, verdâtre. Une ouverture au niveau du tiers inférieur du poumon faisait communiquer la cavité pleurale avec les bronches. Au niveau de cette communication existait une large cavité ayant l'aspect d'une caverne tuberculeuse renfermant une matière analogue à celle que contenait la plèvre. Les deux poumons présentaient des tubercules crus et d'autres ramollis. (*Hunterian Society. — Medical Times and Gazette*, 21 janvier 1854.)

De l'influence des affections fébriles survenant dans le cours du catarrhe pulmonaire sur la dyspnée et la toux, par le docteur P.-J. Philipp.

Suivant Laennec, lorsque dans le cours d'un emphysème pulmonaire il survient une bronchite aiguë, accompagnée de fièvre ou d'une expectoration pituiteuse ou muqueuse, l'accès d'asthme cesse promptement, et la respiration devient même quelquefois plus libre qu'avant le catarrhe ; en tout cas, la bronchite aiguë diminue notablement l'oppression. M. Andral, dans ses annotations à l'ouvrage de Laennec, sans infirmer l'opinion du célèbre inventeur de l'auscultation, ajoute qu'il n'a jamais remarqué le fait.

M. Philipp vient apporter, à l'appui de l'opinion de Laennec, l'autorité de faits nombreux qui lui sont propres; il donne même à cette proposition une étendue plus grande en affirmant que la pneumonie, la pleurésie intercurrente ont la même influence sur les accidents qui caractérisent l'emphysème pulmonaire. C'est pendant le cours de ses fonctions de médecin des pauvres d'une partie de la ville de Berlin, que l'auteur a pu recueillir les observations qu'il publie. Nous allons les analyser rapidement. En 1837, il eut l'occasion d'examiner un cordonnier atteint d'asthme, de catarrhe pulmonaire et d'emphysème depuis plus de douze ans. Dans cet espace de temps, la maladie avait fait de tels progrès que chaque hiver le malade était obligé de suspendre ses occupations, et ne travaillait guère que pendant l'été. Le repos dans le lit lui était presque impossible, et pendant les accès de dyspnée il passait les nuits presque entières auprès de sa fenêtre ouverte. En novembre 1837, apparition d'une pneumonie du côté droit pour laquelle une émission sanguine générale fut pratiquée. La nuit suivante, le malade put demeurer dans son lit, ce qu'il n'avait pu faire depuis plusieurs mois. Les symptômes de la pneumonie, toux, expectoration sanguinolente, phénomènes physiques locaux, disparurent lentement; pendant tout ce temps, le malade éprouva peu de dyspnée, son état était meilleur, disait-il, qu'il ne l'avait été depuis bien des hivers. Cette amélioration persista pendant dix semaines, puis la dyspnée, la toux, reparurent comme avant l'affection aiguë intercurrente. — Un fabricant d'étoffes de laine, âgé de quarante ans, rachitique, était atteint depuis sept ans de catarrhe pulmonaire et d'emphysème. La dyspnée était considérable et forçait fréquemment le malade à passer une partie des nuits dans la position que prennent si souvent les asthmatiques. Une pneumonie du côté droit, survenue en avril 1847, eut sur la toux et la dyspnée la même influence heureuse que dans le cas précédent. Ces accidents s'amendèrent notablement pendant le cours de la phlegmasie pulmonaire. Cette amélioration persista cinq semaines après la maladie aiguë intercurrente. L'auteur cite encore deux observations identiques à celles que nous venons de transcrire. Toujours dans ces faits la maladie fébrile intercurrente entraîne pendant sa durée, et quelque temps encore après sa disparition, un amendement notable de la toux et de la dyspnée. M. Philipp résume son travail par les propositions suivantes.

1° L'expérience pratique démontre l'exactitude de l'opinion de Laennec que la bronchite aiguë fébrile, survenant dans le cours d'un catarrhe pulmonaire et d'un emphysème des poumons, cause une diminution de la dyspnée. Les faits que nous avons recueillis nous font croire que cet amendement dans les symptômes morbides peut persister quelque temps encore après la guérison de la maladie fébrile.

2° La bronchite aiguë fébrile ne produit pas seule cet effet, comme le croyait Laennec; il en est de même de la pneumonie et de la pleurésie, et nous avons observé le même effet à la suite d'un état fébrile léger qui semblait indépendant d'une lésion morbide locale.

3° La dyspnée ne diminuait pas seule, comme le croyait Laennec, la toux perdait également de son intensité.

4° Comme la dyspnée, à la suite d'un catarrhe chronique, paraît dépendre, au moins en partie, de même que dans l'asthme idiopathique, d'un spasme des petites bronches, il est vraisemblable que l'influence heureuse des maladies fébriles intercurrentes s'explique par la diminution de l'état spasmodique déterminée par la fièvre.

5° Ce sont peut-être des cas de ce genre qui ont été l'origine de cette proposition célèbre du père de la médecine : *Febris spasmos solvit.* (*Deutsche Klinik*, 1854, n° 4, p. 37.)

Sur la luxation de l'astragale, par M. Tufnell.

M. Letenneur, dans un travail récent, a cherché à établir, quoique avec certaines réserves, que l'extraction de l'astragale luxé, même lorsqu'il n'y a pas de plaie aux téguments, est souvent une opération préférable aux tentatives violentes que le chirurgien prolonge pour obtenir à tout prix la réduction de l'os déplacé.

Aujourd'hui M. Tufnell va plus loin encore dans la même voie; car c'est l'amputation du pied elle-même qu'il conseille dans quelques uns de ces cas. Il peut devenir instructif et il est tout au moins curieux d'examiner par quelle succession de remarques et de corollaires il arrive à justifier sa proposition.

Il s'appuie d'abord sur une statistique de M. Turner. Ce chirurgien ayant observé seize cas de luxation de l'astragale sans solution de continuité aux téguments, a vu trois fois la réduction s'obtenir et les usages du pied complétement recouvrés. Dans huit cas, l'astragale fut abandonné dans sa nouvelle position. De ces huit malades, cinq guérirent bien; mais l'astragale, chez eux, s'était déplacé en arrière et occupait, entre le tibia et le tendon d'Achille, une place suffisamment large pour n'exercer aucune pression sur les téguments. Les trois autres (luxations en avant, et avant et en dehors, en avant et en dedans) eurent une issue différente. Chez l'un il subsista une difformité persistante; chez le second l'articulation demeura ankylosée; le troisième garda une difformité avec claudication permanente. Sur les cinq cas restants on fit deux fois l'amputation, et les trois autres malades, qui subirent l'extirpation (une fois partielle et deux fois complète) de l'astragale, y gagnèrent un membre capable de leur rendre les services habituels.

Il résulte donc de ce compte que, sauf les cas (tout à fait favorables à la temporisation) de luxation en arrière, les déplacements de l'astragale, même non compliqués, sont plus heureusement traités par l'extirpation que par la réduction, pour peu que celle-ci, pour s'opérer, exige des efforts et des tiraillements.

Maintenant, si l'extirpation de l'os procure en effet un membre capable de supporter une progression modérée, si un homme d'une condition sociale un peu élevée peut s'en contenter pour ses besoins journaliers, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'un manouvrier, d'un cultivateur, d'un artisan qui doit gagner sa vie en demeurant debout ou en marchant. La sustentation et la marche ont alors besoin d'être protégées par un support qui embrasserait la jambe à partir du genou, ainsi que l'écrivait à M. Tufnell lui-même un de ses malades auquel il avait, trois ans auparavant, en 1850, extirpé l'astragale.

Aussi, dans cette seconde condition, bien spécifiée, la désarticulation du pied paraît à M. Tufnell être de beaucoup préférable même à l'extraction; car, d'une part, on ne peut nier que la première opération ne donne pour résultat une base plus solide à l'exercice du membre inférieur; d'un autre côté, sous le rapport du danger que court l'existence par l'un ou l'autre procédé, peut-on comparer les pansements multipliés, les cataplasmes, les incisions, les bandages, le repos durant trois mois que l'extirpation nécessite, l'inflammation, la suppuration, les escarres, les abcès qui la compliquent si fréquemment, avec les deux sutures, le pansement simple et la guérison rapide qui appartiennent en propre à l'amputation?

L'auteur fait encore remarquer que l'amputation, dans le cas qui nous occupe, étant pratiquée sur des sujets sains frappés d'un accident au milieu de la santé la plus intacte, offre des chances beaucoup plus nombreuses de succès. En cela il nous paraît entraîné par son optimisme vers des conclusions inacceptables. Il est aujourd'hui notoire, bien que, *à priori*, ce soit le contraire qui paraisse plus vraisemblable, que les individus déjà réduits, par les progrès du mal, à un certain degré de débilitation quand on les opère, résistent mieux que ceux placés dans des conditions opposées.

Concluons, et cette fois, d'accord avec M. Tufnell lui-même, que si, après avoir échoué dans ses tentatives de réduction, le chirurgien ayant incisé sur l'astragale, trouve cet os presque entièrement isolé et peut achever de le détacher sans efforts, il devra en achever l'extraction; que si, au contraire, il le voit solidement fixé par les ligaments restés entiers, il pourra, au lieu de se livrer à des essais, qui produiraient un désordre sérieux, terminer en faisant l'amputation du pied. (*Dublin Medical Press*, 28 déc. 1853, p. 401.)

Rétroversion utérine avec grossesse, réduite par un procédé simple et facile, par M. Mazier.

Le moyen qui, après plusieurs autres essais tentés inutilement, a réussi à M. Mazier, est effectivement de l'exécution la plus aisée. Chez une femme de trente-deux ans, arrivée au troisième mois révolu d'une troisième grossesse, et présentant les symptômes et les incommodités suite ordinaire d'une rétroversion, il reconnut l'exis-

tence de ce déplacement. Deux fois il s'efforça d'y remédier en repoussant l'utérus avec les doigts; mais ayant échoué, il employa le procédé suivant.

Il refoula le corps de l'utérus pour faire place à un pessaire ovale, ferme et de grosseur ordinaire, qui fut introduit en arrière, entre le périnée et le corps de l'utérus. Appuyant ensuite, avec deux doigts mis dans le vagin, sur l'extrémité du pessaire la plus rapprochée du sacrum, il put y exercer une forte pression sans déterminer la moindre douleur, et pousser ainsi le corps utérin vers le détroit supérieur. Le pessaire, qui servait à la fois à son doigt d'appui et d'allonge, permit non seulement d'exercer une pression plus douce (puisqu'elle était répartie sur une plus grande surface), mais de la faire porter plus loin. Cette manœuvre fut couronnée de succès : le col reprit sa position naturelle ; les urines (ce qui n'avait pas lieu avant) furent dès lors rendues sans difficulté.

La grossesse continua ensuite sans accident. (*Annales médicales de la Flandre occidentale*, déc. 1853, p. 538.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur les maladies les plus importantes des artères (UEBER EINIGE DER WICHTIGSTEN KRANKHEITEN DER ARTERIEN), par K. ROKITANSKY. (Extrait des *Mémoires de l'Acad. des sc. de Vienne*, 1853. In-folio avec planches.

Rokitansky, depuis de longues années professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Vienne, conservateur du grand musée d'anatomie morbide, est en outre chargé de l'examen des cadavres de tous les malades qui succombent dans le grand hôpital général de Vienne. Entièrement adonné à cette étude scientifique, et n'ayant jamais consacré ses moments aux devoirs nombreux du médecin praticien, le célèbre professeur viennois a conquis en Allemagne une autorité sans égale. Déjà antérieurement, dans un grand ouvrage d'anatomie pathologique (*Handbuch der pathologischen Anatomie*), Rokitansky avait fait connaître au monde savant le résultat de ses nombreuses recherches. Ce livre, connu de tous ceux qui ont cultivé cette partie de la science médicale, est aujourd'hui épuisé, et une nouvelle édition se fait vivement désirer. On ne peut, sans aucun doute, accuser le célèbre professeur de nous priver si longtemps de la connaissance de ses travaux, en raison du motif bien connu de ce long retard. Depuis quelques années, l'anatomie pathologique a vu quelques unes de ses parties se modifier sous l'influence des travaux de microscopie et de chimie pathologique. Des recherches nombreuses dans un espace de temps aussi court n'ont pu nécessairement qu'effleurer certains sujets ; aussi doit-on croire que, d'ici à quelques années, les savants du monde entier, qui rivalisent aujourd'hui d'efforts, seront parvenus à des résultats plus certains. Cette époque est celle que Rokitansky attend, nous le savons, pour publier un nouveau traité général, non pas la reproduction de son ancien ouvrage, mais une œuvre réellement nouvelle.

Depuis plusieurs années les recueils allemands, et en particulier les *Mémoires de l'Académie des sciences de Vienne*, nous ont fait connaître plusieurs travaux originaux de Rokitansky ; celui que nous allons essayer d'analyser ici est un des plus importants. Cet ouvrage contient une série de chapitres dont nous donnerons isolément l'analyse.

Épaississement et dépôts des artères. — L'épaississement des parois des artères, les opacités légères reconnaissent pour cause le dépôt, à la surface interne du vaisseau, d'une matière protéique provenant du sang. Cette matière protéique subit une série de métamorphoses qui entraînent avec elles un grand nombre d'altérations des diverses tuniques du vaisseau.

Au début, le dépôt, sous forme de matière pulpeuse rougeâtre, s'enlevant par le raclage, donne à la surface interne de l'artère un aspect plus brillant et plus humide ; il peut alors être facilement méconnu. Plus tard la matière pulpeuse s'épaissit, devient plus opaque, et se laisse facilement enlever sous forme d'une pseudomembrane. A l'examen microscopique on observe dans cette substance des granules élémentaires, des noyaux brillants et même des cellules à noyau ; quelquefois, en outre, une espèce de stroma présentant un commencement de texture en fibres ; d'autres fois, c'est une sorte de membrane fenêtrée, criblée d'ouvertures, parsemée et rendue opaque par un dépôt de granules. De nouveaux dépôts viennent successivement augmenter l'épaisseur de la substance primitivement déposée. Cette plaque peut ultérieurement s'épaissir et revêtir un aspect cartilagineux, ou bien sa surface semble se flétrir et se rider. Dans ce dernier cas on trouve, à l'examen microscopique, une texture en fibres, ou bien simples et longitudinales, ou bien plissées et ondulées comme les fibres du tissu cellulaire. Ces fibres, irrégulièrement contournées, interceptent des espaces de grandeur très variable.

Ces plaques deviennent graduellement le siége d'un dépôt calcaire, substance jaune sale, formée de lamelles brillantes (cristaux de cholestérine) mêlées à une sorte de purée amorphe. L'altération débute, en général, par les couches profondes les plus anciennes de la plaque, pour atteindre ultérieurement les couches les plus superficielles et les plus récentes. Plus tard ce dépôt de matière athéromateuse crève et se met au contact du sang. Dans ce cas on trouve dans la plaque une grande quantité d'éléments graisseux. L'ossification peut envahir une étendue assez considérable du vaisseau. Rokitansky, tout en laissant à cette lésion le nom qu'elle porte habituellement dans la science, fait observer qu'elle n'offre jamais la structure réelle de l'os. Quand cette ossification est complète, la surface interne du vaisseau est lisse et concave ; la surface adhérente de la plaque est irrégulière, finement corrodée et creusée de petits canaux, effet de la marche irrégulière du travail morbide. Quand la plaque ossiforme siége au niveau de l'orifice d'un vaisseau, elle détermine une altération dans la forme de l'orifice ; celui-ci est moins rond et ressemble plus ou moins à une fente. Par suite des progrès du travail morbide, les ossifications peuvent se détacher par un de leurs bords, faire saillie dans le vaisseau, donner lieu au dépôt de la fibrine dans ce point et consécutivement à l'oblitération de l'artère. Dans certaines artères ossifiées, on trouve çà et là, à la surface des plaques, de petites ouvertures du volume d'une tête d'épingle, à bords un peu rouges, et laissant transsuder par la pression une petite gouttelette sanguine. On pourrait, au premier abord, prendre ces orifices pour des ouvertures de petits vaisseaux ; mais leur siége le plus habituel étant l'aorte ascendante, on peut facilement se convaincre que ce n'est pas à une disposition anatomique normale qu'il faut attribuer leur présence. Ces orifices communiquent avec des canaux qui sillonnent l'épaisseur de la plaque et pénètrent quelquefois même dans l'épaisseur de la tunique moyenne altérée ; jamais ils ne s'anastomosent avec les vaisseaux de la tunique celluleuse. Leur nombre est parfois si considérable, que la plaque revêt une apparence de tissu érectile ; c'est sans doute à cette lésion que Lobstein a donné le nom d'artériomalacie.

La tunique moyenne, au début de l'épaississement des artères, ne présente aucune altération appréciable ; au contraire, quand le dépôt devient calcaire, la tunique moyenne se décolore, prend une couleur d'un brun pâle ; son tissu se ramollit, se laisse plus facilement diviser en fibres ; ses couches externes sont vascularisées. L'examen microscopique y fait découvrir des gouttelettes graisseuses quelquefois si abondantes que le tissu devient méconnaissable ; en outre, on y rencontre beaucoup de cristaux de cholestérine et un pigment grenu brun. Par suite de cette altération, la tunique moyenne perd de son élasticité ; elle se crible d'ouvertures causées en grande partie par l'irrégularité des plaques signalées plus haut.

La tunique celluleuse, au début de la maladie, est très souvent normale ; quand l'affection a atteint un certain degré, la tunique externe offre en général les altérations de la phlegmasie chronique : vascularisation, rougeur et infiltration. Il est très rare de rencontrer un dépôt de pus dans l'épaisseur de la tunique celluleuse.

Toutes les artères ne sont pas atteintes avec un degré de fréquence égal à la maladie que nous étudions ici. Rokitansky classe ainsi les artères relativement à leur fréquence d'altération, en commençant par les vaisseaux le plus souvent malades : aorte descendante, crosse aortique ; aorte thoracique, aorte abdominale ; artères splénique, iliaques et crurales ; coronaires de la base des

ventricules, cérébrales (carotides internes et vertébrales), utérines, brachiales, spermatiques, carotides (tronc), hypogastriques. Quelques artères paraissent être très rarement malades : ce sont les artères cœliaque, coronaire des ventricules, hépatique. L'épaississement des branches de l'artère pulmonaire dans le poumon se rencontre très rarement lorsque les autres branches de l'appareil circulatoire sont intactes.

Quelle est la nature de cet épaississement des artères ? En raison de l'épaisseur de la tunique moyenne de l'artère, je ne peux admettre, dit Rokitansky, la formation d'une exsudation commençant dans la membrane externe et pénétrant de proche en proche les autres couches du vaisseau jusqu'à la membrane interne. Lorsque la phlegmasie existe, elle est toujours consécutive au dépôt dans l'épaisseur de la tunique moyenne ou interne. Cet épaississement des tuniques artérielles dépend du dépôt, à la surface libre du vaisseau, d'un blastème coagulable provenant du sang.

Des anévrysmes. — L'anévrysme spontané peut reconnaître pour cause : 1° une inflammation et un dépôt de pus dans la paroi élastique ; 2° la déchirure spontanée des deux membranes internes. Rokitansky donne, à l'appui de sa classification, deux faits d'anévrysme de l'aorte (page 49), dans lesquels l'examen microscopique démontra la présence du pus dans l'épaisseur de la tunique moyenne.

La classification des anévrysmes dus à une déchirure des deux membranes internes est celle qui est admise aujourd'hui dans la science.

On connaît depuis longtemps les effets des tumeurs anévrysmales sur les troncs artériels naissant du vaisseau malade. Rokitansky étudie longuement ces modifications du calibre des vaisseaux. Les canaux artériels partant du vaisseau anévrysmatique peuvent se rétrécir et même devenir imperméables : (*a*) par suite de dépôts ossiformes dans leur épaisseur ; (*b*) par suite du prolongement des caillots de l'anévrysme dans leur intérieur ; (*c*) par suite du déplacement de l'orifice du vaisseau efférent occasionné par la dilatation du canal sur lequel il prend naissance ; (*d*) par la pression de l'anévrysme sur un tronc voisin ; (*e*) par une phlegmasie qui se propage de l'anévrysme dans le canal du vaisseau efférent.

Rokitansky passe ensuite en revue les effets locaux et généraux des tumeurs anévrysmales, montrant comment l'anatomie pathologique explique d'une manière parfaite les symptômes observés pendant la vie.

Anévrysme et persistance de la perméabilité du canal artériel. — Le canal artériel a en général chez le fœtus une forme pyramidale ; sa base élargie correspondant à l'orifice dans l'aorte, le sommet étroit a l'orifice dans l'artère pulmonaire. D'autres fois ce canal offre une largeur uniforme.

Rokitansky rapporte six cas qui lui sont propres, dans lesquels le canal artériel fut rencontré perméable. Parmi ces sujets, 4 avaient de vingt et un à vingt-quatre ans, 1 trente-deux ans et 1 quarante-trois ans. Un seul de ces malades avait de la cyanose depuis son enfance.

Rétrécissement et oblitération des artères. — L'auteur s'occupe d'abord du rétrécissement de l'aorte ; il ajoute 3 cas nouveaux aux 16 qu'il cite dans son *Traité d'anatomie pathologique*, et cherche, par la comparaison de 26 observations, à donner une courte histoire de cette maladie de l'aorte.

Le rétrécissement des artères peut être occasionné par des dépôts dans l'intérieur de leur calibre, des caillots sanguins, des pressions extérieures : tubercules, cancers, anévrysmes voisins, etc.

Déchirure spontanée de l'aorte (anévrysme disséquant). — Rokitansky donne 20 observations, à lui propres, de déchirures spontanées de l'aorte (obs. 22-41). Rokitansky attribue la plupart de ces anévrysmes disséquants à une maladie antérieure des artères, sans croire, comme Peacock (voyez mon *Rapport* sur un cas d'anévrysme disséquant, *Bulletin de la Société anat. de Paris*, sept. 1853), que la dissection se fait entre les lamelles de la tunique moyenne, et nullement entre les tuniques externe et moyenne. Il assure avoir rencontré quelques cas où la dissection occupait le siége indiqué par M. Peacock. Sur les 20 cas qu'il cite, la déchirure existait 18 fois dans l'aorte ascendante et 2 fois à la crosse. L'étendue de la dissection était très variable ; Rokitansky l'a vue, dans un cas déjà cité dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique, s'étendre depuis l'aorte descendante jusqu'aux iliaques, et même, dans un cas, jusqu'aux artères poplitées. La mort survint 15 fois d'une manière subite, 1 fois après cinq ou six heures, 1 fois après une nuit, 2 fois après plusieurs années (observations 38 et 41). Rokitansky ne regarde pas, à beaucoup près, ces déchirures comme incurables : il fait connaître plusieurs faits dans lesquels il croit trouver la trace de déchirures partielles guéries. Dans ces cas, les bords de la déchirure de la tunique moyenne étaient en contact avec la membrane externe.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur ces anévrysmes disséquants ; nous ne ferions que répéter ce que nous avons écrit dans le petit travail indiqué plus haut. Les nouveaux faits de Rokitansky confirment les résultats que nous avait fournis l'analyse des faits que possédait la science.

Cet ouvrage de l'anatomo-pathologiste allemand se termine par une série d'observations intéressantes ; nous ne mentionnerons que les plus importantes.

Diathèse anévrysmale. — P. W., âgé de vingt-trois ans, entre à l'hôpital général de Vienne pour une dyssenterie à laquelle il succombe. A l'autopsie, on trouva une lésion singulière de presque tout l'appareil circulatoire. Toutes les artères, à l'exception de l'aorte, de ses gros troncs et des artères cérébrales, étaient anévrysmatiques ; elles étaient parsemées de petites tumeurs du volume d'un pois ou d'une noisette, remplies de caillots plus ou moins décolorés. Ces anévrysmes se rencontraient surtout au niveau de la division des branches. Chaque poche communiquait avec le vaisseau par une ouverture fine à peine capable de laisser pénétrer une épingle. Les branches intra-hépatiques comme extra-hépatiques de l'artère qui se rend au foie présentaient des lésions du même genre (page 49, avec planche).

Mort subite par suite de l'ouverture d'un anévrysme de l'aorte dans l'artère pulmonaire. Observation et planche (page 51).

Anévrysme du tronc de l'artère pulmonaire. Obs. et pl. XII (p. 54). — Un journalier, âgé de quarante-trois ans, était sujet à de la toux depuis treize ou quatorze ans ; une anasarque apparut graduellement et alla en augmentant, s'accompagnant d'un peu de cyanose. Pendant la vie, on distinguait, à la région du cœur, un bruit de souffle systolique sans altération du deuxième bruit. A l'autopsie on trouva le cœur doublé de volume, hypertrophié surtout dans le ventricule droit. L'aorte ascendante était dilatée, parsemée de plaques calcaires. Le tronc de l'artère pulmonaire était développé au point d'acquérir le volume d'un œuf de poule.

Anévrysme variqueux de l'artère axillaire. Observat. 46, planche XXIII.

Chacun des cas que nous venons de citer est accompagné d'une planche d'une exécution parfaite.

L'examen de cet ouvrage nous a prouvé que c'était une œuvre sérieuse, telle qu'on pouvait l'attendre de M. Rokitansky.

Docteur Leudet.

VII.

COMPTES RENDUS DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS (1).

Séance de convocation générale du 21 décembre 1853.

Présidence de M. Nacquart.

M. *Durand Fardel* expose, dans les termes suivants, le but de la Société, et le mode suivant lequel elle doit se constituer.

Messieurs, la lettre que vous avez reçue vous a fait connaître l'objet de la convocation à laquelle vous êtes venus répondre par votre

(1) La Société d'*hydrologie médicale* ne considère comme officiel que le compte rendu de ses travaux, inséré dans la *Gazette hebdomadaire*, et décline toute responsabilité à l'égard de toute autre publication qui la concernerait.

présence. Mais vous attendez quelques développements à ce sujet. C'est un devoir pour ceux dont la commune spontanéité a fondé la *Société d'hydrologie médicale de Paris*, de vous exposer leurs idées et leurs espérances. C'est en leur nom, et comme interprète de leur pensée, que je solliciterai de vous quelques moments d'attention.

Les eaux minérales ont pris, depuis peu d'années, dans la thérapeutique, une place importante et imprévue peut-être, ce qu'expliquent et justifient parfaitement leurs heureuses applications, la confiance plus éclairée que leur accordent la plupart des praticiens, le goût des voyages répandu dans le public, et la facilité nouvelle des communications.

Cependant cette médication se présente dans des conditions toutes particulières. Par une exception remarquable, elle ne se trouve pas à la portée de la plupart des médecins qui l'emploient; ceux mêmes qui lui accordent le plus de confiance, qui en font le plus grand usage, ne peuvent ni l'appliquer eux-mêmes, ni en suivre les effets, en diriger l'action; ils ne l'observent que de loin, ne l'administrent que de seconde main; quelque attention enfin qu'ils apportent à ses résultats, ils ne peuvent arriver à la connaître que par l'intermédiaire des praticiens placés auprès des établissements thermaux eux-mêmes, et mieux à portée d'étudier cette médication dans tous ses détails et toutes ses applications.

Or, vous connaissez tous les doléances de nos confrères au sujet de l'insuffisance des lumières qu'ils peuvent puiser dans les travaux particuliers des médecins des eaux minérales. Qu'il s'agisse de la nature précise ou de l'étendue des propriétés d'une eau minérale, des indications formelles qui en réclament l'usage, des raisons surtout qui doivent faire préférer, dans un cas donné, l'une à l'autre, ils accusent le même embarras, la même incertitude.

La cause de ces justes plaintes et de cette insuffisance, ne la cherchez point ailleurs que dans l'isolement où vivent les médecins des eaux minérales, dans le morcellement de leurs travaux, dans la limite absolue posée à leur observation.

Il est impossible de consacrer sa vie à l'application spéciale d'une médication efficace, comme à la direction particulière d'une étude satisfaisante, sans s'éprendre pour elles d'un attachement réel, d'une prédilection sincère, sans arriver à les envisager avec une certaine exagération. N'en accusons personne. L'esprit humain est ainsi fait, et la plus grande droiture, comme le jugement le plus sain, ne sauraient empêcher le médecin attaché à un établissement thermal de s'identifier, de se personnifier, si je puis ainsi dire, dans l'agent thérapeutique qu'il est chargé de dispenser. Il doit tellement en être ainsi, que nous voyons chaque jour, et sur tous les terrains, les praticiens les plus distingués s'enticher des médications auxquelles ils se sont habitués, et qu'ils manient effectivement peut-être avec une habileté toute particulière.

Quel remède à cela? Vous ne le trouverez pas dans les traités généraux sur les eaux minérales, quelle qu'en soit la valeur; car ces sortes d'ouvrages ne peuvent qu'être faits précisément avec les écrits auxquels nous venons de faire allusion, ou se composer de renseignements douteux ou hâtivement recueillis. Car il est peu d'existences médicales qui puissent aller s'échelonner, pour ainsi dire, dans les différents établissements thermaux, de manière à recueillir pour chacun d'eux une expérience égale et une égale autorité.

Mais si vous supposez des conférences périodiques, où chacun se trouve appelé par un devoir consenti d'avance, et par les stimulations de la vie scientifique, à développer sa propre expérience et à contrôler celle des autres, ne trouverez-vous pas dans cette commune exposition, comme dans cette critique mutuelle et ce redressement des défauts involontaires et inévitables que nous avons rappelés, et cet équilibre dans l'appréciation thérapeutique, et cette comparaison des agents médicamenteux, d'où peut seule surgir la connaissance des véritables indications et de la valeur intrinsèque de chaque eau minérale.

Mais, messieurs, ce serait se faire une idée incomplète du rôle scientifique réservé à la médecine thermale, que de n'en attendre que les résultats d'observations thérapeutiques. Les établissements d'eaux minérales constituent une vaste clinique des maladies chroniques, d'où peuvent sortir de précieuses acquisitions pour leur histoire considérée au point de vue de la pathologie pure. Cette étude éparse et si pénible que les médecins peuvent faire des maladies chroniques, dans la pratique civile et dans les hôpitaux, ne trouvant même que dans ces derniers les stériles compensations de l'anatomie pathologique, les médecins d'eaux minérales peuvent s'y livrer sur un terrain sans bornes, observant ces maladies depuis leur début, dès leurs prodromes même, jusqu'à leur dernier terme. Les résultats de ces observations seront, croyez-le bien, une des richesses de la *Société d'hydrologie ;* aussi pensons-nous que celle-ci ne doit pas seulement appeler à elle les médecins des eaux minérales, mais aussi les praticiens désireux d'échanger avec les premiers le résultat d'observations importantes et recueillies sur des théâtres variés.

Si la pathologie et la thérapeutique doivent trouver leur compte dans nos études, et rencontrer également des représentants parmi nous, il est une science sans la coopération de laquelle la *Société d'hydrologie* chercherait vainement à remplir sa destination. Nous voulons parler de la chimie.

C'est à double titre que nous en appelons à la chimie : la chimie minérale et la chimie organique doivent tenir une place égale ici. Et encore, si l'on peut supposer que, par l'excellence même de ses procédés et la rigueur de ses résultats, la première vienne un jour à se voir bornée dans ses investigations, vous comprenez que la chimie organique, comme la physiologie elle-même, n'aura jamais atteint le terme de ses recherches. Or, quel plus beau champ ouvert à la chimie physiologique et à la chimie thérapeutique, que ces médications qui, faisant pénétrer dans nos organes de si larges proportions de principes nettement définis, nous mettent à même d'étudier, ou plutôt nous forcent à étudier l'action réciproque de l'organisme et des principes qui s'y introduisent! Et n'est-il pas vrai que la *Société d'hydrologie* offrira un terrain tout particulièrement propice à ces études; car si les médecins ne peuvent se passer des chimistes pour les mener à bien, ceux-ci n'ont pas moins besoin des médecins pour être contenus dans ces justes limites qui doivent toujours être assignées à l'intervention des sciences exactes, dans les problèmes de physiologie ou de médecine.

Est-ce tout encore? A cette heure où nos établissements thermaux semblent s'efforcer de quitter la routine qui a presque seule, jusqu'ici, présidé à leur existence, et paraissent entrer, sous l'influence de l'industrie privée et des nombreux capitaux qu'elle y consacre, dans des voies nouvelles de développement et d'amélioration, n'aurons-nous pas à nous occuper de ces questions d'organisation et d'installation, où les lumières et l'intelligence des architectes, des ingénieurs, des administrateurs eux-mêmes, peuvent si utilement se combiner aux données de la médecine et de la chimie ?

Ainsi, messieurs, vous le voyez, notre cadre est vaste, et, remarquez-le cependant, toujours pratique et essentiellement utile, de quelque côté que vous l'envisagiez. Les divers éléments que nous appelons, thérapeutistes spéciaux, pathologistes, chimistes, et même savants et praticiens d'un ordre en apparence plus éloigné des choses médicales, tous doivent concourir, et par une union nécessaire, à la réalisation de notre programme : le développement et la propagation des études relatives aux eaux minérales.

Mais il est encore un élément de notre Société que vous ne voudriez pas, messieurs, nous voir passer sous silence : c'est la confraternité.

Vous savez, messieurs, combien sont épineuses et délicates, à ce qu'il paraît au moins, les relations professionnelles. Plus le cercle où elles s'exercent se rétrécit, et plus elles se trouvent exposées à subir des phénomènes analogues à ceux que présentent les électricités de même nature. Ne soulevons un peu le voile qui couvre ces petites misères que pour nous demander si, sur ce terrain nouveau où se trouvent conviées toutes ces personnalités diverses, par le rapprochement, par l'habitude, bien des préventions ne se dissiperont pas, bien des malentendus ne pourront pas s'éclaircir. Et à la suite de nos discussions même, dans cette enceinte, où tout respire le respect de soi-même et la courtoisie, bien des mains qui ne se seraient jamais touchées ailleurs, ne viendront-elles pas à se rencontrer ?

Le tableau que nous venons de vous tracer, messieurs, est une suffisante exposition des idées et des espérances qui ont inspiré l'institution de la *Société d'hydrologie*.

Maintenant, messieurs, loin de nous la pensée que, par cette institution, nous allons créer une ère nouvelle pour les études et la pratique des eaux minérales, en commencer la régénération ou même y opérer une révolution. Non, sans doute, notre but est plus modeste : réunir des travailleurs isolés, mettre en face des observations séparées, obtenir quelques résultats d'ensemble inconnus jusqu'alors, et impossibles sans cela, enfin avancer des études et améliorer une pratique auxquelles on ne peut s'adonner sérieusement, sans leur entrevoir une portée plus élevée que celle qu'elles ont atteinte jusqu'ici, voilà ce que nous nous proposons. Ce que nous voulons enfin, c'est compléter ce que l'Académie impériale de Médecine a fait jusqu'ici pour les eaux minérales, et y ajouter ce que la haute direction de cette éminente compagnie peut bien inspirer, mais non pas réaliser elle-même ; et nous y réussirons, si ses représentants veulent bien nous apporter leur concours et leur patronage, et la présence parmi nous de l'honorable président de l'Académie, la place même où il a consenti à s'asseoir aujourd'hui, nous en est un sûr garant ; nous y réussirons, si l'expérience de nos anciens, venant s'unir à l'ardeur des plus jeunes, permet à la *Société d'hydrologie* de réaliser une représentation complète des eaux minérales à Paris.

Où pourrait mieux qu'ici, du reste, réussir un pareil dessein? Où réunir plus d'éléments d'études et plus d'expériences diverses ? Si le nombre des médecins des eaux minérales qui résident à Paris est limité, en revanche, ils exercent dans les conditions les plus variées, ils observent dans les contrées les plus opposées, et appliquent toutes les sortes de médications thermales à toutes les variétés des maladies chroniques ; et surtout la *Société d'hydrologie* servira de point de ralliement à tous les médecins des eaux minérales qui ne touchent que passagèrement à Paris, mais sur la coopération desquels elle sait pouvoir compter. Ce que d'ailleurs nos confrères du Midi ont entrepris, nous pouvons le réaliser, sur une échelle plus complète peut-être.

Vous devez savoir en effet, messieurs, qu'une Société de médecine appliquée à l'hydrologie a été fondée, au mois de mai dernier, par l'initiative de deux médecins distingués, M. le professeur Boyer, de Montpellier, et M. le docteur Pouget, de Bordeaux. Il est vrai que l'organisation définitive de la Société, à peine ébauchée dans une première séance, n'a encore abouti qu'à la formation d'une section à Toulouse et d'une autre section à Bordeaux, et ne doit être formellement consacrée que l'an prochain dans une sorte de congrès des médecins du Midi. Nous ne pouvons, du reste, messieurs, qu'applaudir aux belles paroles prononcées à Toulouse par M. le professeur Boyer, et associer d'avance nos travaux et nos résultats, à ceux qu'obtiendront nos honorables confrères du Midi, lorsqu'ils auront enfin procédé à une organisation pratique et définitive.

Quelques mots encore, messieurs, plus directement relatifs à la constitution même de la *Société d'hydrologie médicale de Paris*.

Vous allez entendre la lecture du règlement. Ce règlement, très imparfait sans doute, mais certainement révisable, devait être l'œuvre d'un petit nombre : vous savez que cette besogne ingrate, et fort coûteuse de temps, ne convient qu'à un comité restreint.

Nous avons voulu la terminer, et constituer la *Société d'hydrologie médicale de Paris* avant d'appeler à des travaux plus intéressants et immédiats ceux qui auront foi dans l'utilité de nos réunions. Le cadre de ce règlement n'offre rien de très particulier ; vous savez à quelles conditions générales s'organisent et fonctionnent des sociétés de ce genre. La partie la plus intéressante est sans doute celle qui concerne nos travaux, c'est-à-dire ce qui constituera notre vie scientifique.

La *Société d'hydrologie* se composant essentiellement de médecins des eaux minérales, bien que ceux-ci ne doivent cependant en constituer qu'une fraction, ne peut fonctionner qu'une partie de l'année. Sa période active devra donc se borner à une session de six mois, du mois de novembre au mois de mai. Elle n'aura qu'une réunion par mois. La valeur d'une société scientifique se mesure sans doute plus à l'activité qu'au nombre de ses séances. Si la multiplicité de nos travaux rend nécessaire de multiplier nos réunions, il sera d'ailleurs toujours temps de le faire.

Nos travaux se composeront, comme partout, des communications spontanées des membres de la Société et des discussions qu'elles pourront provoquer, ainsi que de rapports sur les œuvres adressées du dehors. Mais nous avons cru devoir ajouter à cela la fixation, dans chaque séance, d'un sujet particulier de discussion pour la séance suivante. Nous serons ainsi à l'abri de ces conversations improvisées et stériles dont l'imprévu des sujets alimente tant de réunions scientifiques. Il nous a semblé qu'un choix heureux de questions devait donner à cette partie de nos travaux une importance toute particulière, en provoquant des discussions sérieuses, mûries à l'avance, auxquelles la composition du personnel de la Société semble assurer un solide intérêt. La Société pourrait ainsi, au bout d'un certain temps, offrir de véritables études, où l'on trouverait ce que nous avons recherché, le rapprochement et le contrôle mutuel des expériences les plus distinctes et les plus variées.

La publicité est une des conditions du programme de la *Société d'hydrologie*, puisque celle-ci a pour objet la propagation des études relatives aux eaux minérales. Ce que sera cette publicité, une société naissante doit le déclarer avec modestie, dépendra de la valeur de nos travaux. Nous ne pouvons en ce moment que réclamer de la presse médicale, cette presse si intelligente et si sympathique à l'effort de tous les travailleurs, et à l'essor de toutes les branches de la médecine, un concours qu'elle nous a déjà promis, et qui sera une de nos plus précieuses conditions de vie scientifique.

Messieurs, si l'institution à Paris d'une *Société d'hydrologie médicale* est une chose utile, si la réunion dont nous avons jeté les bases peut effectivement concourir, dans une limite quelconque, aux progrès d'une branche importante de la thérapeutique, en même temps qu'au développement d'études parallèles et qui s'y rattachent naturellement, si notre profonde conviction à cet égard a pénétré dans vos esprits, il sera superflu d'abuser plus longtemps de votre attention ; la *Société d'hydrologie* est assurée de votre sympathie à tous. Si, au contraire, nos calculs étaient vains, et nos espérances illusoires, ou seulement si nous n'avions pas su vous communiquer le sentiment intime qui nous avait réunis plusieurs dans une commune pensée et dans un projet identique, de plus longs développements ne seraient pas moins inutiles. Ce serait à nous, c'est-à-dire au noyau de collègues laborieux et zélés dont les noms sont déjà venus se joindre aux nôtres, de montrer que la *Société d'hydrologie médicale de Paris* porte en elle-même des conditions assurées de vitalité, c'est-à-dire qu'elle possède des éléments réels de travail et de progrès.

La Société procède à la constitution de son bureau définitif.

Sont élus :

MM. Mêlier, président ;
Patissier, vice-président ;
Durand-Fardel, secrétaire général ;
Lebret, secrétaire des séances ;
De Laurès, trésorier.

Le règlement est lu et adopté par la Société.

La question suivante est mise à l'ordre du jour de la première séance :

Des piscines et des ressources qu'elles peuvent offrir dans les traitements thermaux.

SÉANCE DU 27 JANVIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. MÊLIER.

Ouvrages offerts à la Société :

Société de médecine appliquée à l'hydrologie, discours de M. le professeur *Boyer*.

Études pratiques sur l'hydrothérapie ; De l'hydrothérapie et de son application au traitement de plusieurs maladies chroniques ; Examen physiologique de l'hydrothérapie, par M. *Lubanski*.

Des eaux d'Enghien au point de vue chimique et médical, par MM. *de Puisaye* et *Leconte*.

Sur la nécessité de l'intervention médicale dans l'hydrothérapie maritime, par M. *Pouget*, de Bordeaux.

Traité des eaux d'Ax ; Des eaux minérales dans leurs rapports avec l'économie publique, la médecine et la législation, par M. *Alibert*. M. *de Laurès* est chargé de faire un rapport sur ce dernier ouvrage.

Des eaux de Vichy sous les rapports clinique et thérapeutique, par M. *Durand-Fardel*.

De la constitution physique et chimique des eaux minérales des Vosges, par M. *Pommier*.

—

M. *Mélier* prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues, mes premières paroles au milieu de vous doivent être des remerciements ; il me tardait de vous voir réunis pour vous les exprimer. J'aime à le dire en toute occasion : à mes yeux, il n'est pas de témoignages de considération plus flatteurs pour le médecin que ceux qui lui viennent de ses confrères ; il n'en est pas dont il doive se sentir plus fier et plus heureux. C'est vous dire, messieurs et chers collègues, combien j'apprécie celui que vous m'avez donné en me choisissant pour vous présider. Je l'ai reçu avec reconnaissance ; je vous en remercie avec cordialité.

Après s'être constituée dans une séance préliminaire, la Société que vous avez formée va aujourd'hui commencer ses travaux et faire, si l'on peut ainsi dire, le premier pas dans la vie. Pour une Société qui commence, comme pour toute carrière qui s'ouvre, ce moment a quelque chose de solennel, et l'on voudrait qu'il fût possible d'interroger l'avenir sur les destinées de la nouvelle institution.

Si un accueil empressé est de favorable augure, vous devez être pleins de confiance, car rien ne vous a manqué de ce côté. A peine émise, l'idée de former à Paris une *Société d'hydrologie médicale* a obtenu, on peut le dire, un assentiment général.

De la part des médecins adonnés, par position ou par goût, à l'étude des eaux minérales, cet assentiment était prévu et ne pouvait manquer de se produire. Isolés les uns des autres par la nature même de leurs études, ces médecins regrettaient de ne pouvoir se réunir et se concerter dans l'intérêt de la science et de leurs travaux communs. Vous leur en avez fourni le moyen en créant la Société ; il était naturel qu'ils répondissent à votre appel, et ils y ont répondu de manière à faire voir que si vous aviez bien compris leurs besoins, ils savaient apprécier vos efforts pour y satisfaire.

De là ces adhésions nombreuses venues de toute part, et dont le chiffre ne tarderait pas à dépasser, si même il ne dépasse déjà, celui auquel la Société, sous peine d'être trop nombreuse, doit forcément vouloir se restreindre.

Mais là ne se sont pas bornées les marques de sympathie que vous avez reçues. Les corps officiellement chargés de l'étude des eaux minérales, l'Académie de médecine qui s'en occupe au point de vue de la science, le Comité d'hygiène qui les envisage principalement sous le rapport de l'administration, ces deux corps ont applaudi, l'un et l'autre, à la formation de la Société ; et loin d'en prendre ombrage, comme auraient pu le supposer quelques esprits fâcheux, ils y ont vu un auxiliaire utile, un auxiliaire du genre de celui que trouve l'enseignement officiel dans l'enseignement libre, et qui profite à la science sans nuire à l'autorité.

C'est ainsi du moins que l'ont compris, avec l'élévation d'esprit qui les distingue, et le digne confrère qui préside en ce moment l'Académie et le maître illustre qui est à la tête du comité.

M. Nacquart vous a prouvé cette sympathie en assistant à votre première séance, et en consentant à la présider ; M. Magendie vous manifeste la sienne en acceptant avec empressement le titre de membre honoraire, que votre intention est de lui offrir.

L'administration elle-même a vu avec intérêt le projet de vous former en Société, et elle en a jugé la réalisation utile. Le conseiller d'État, qui dirige avec une si brillante supériorité la partie du ministère de laquelle dépendent les eaux minérales, m'autorise à vous le dire, et le nom de M. Heurtier, inscrit en tête de vos membres honoraires, témoigne de ses sympathies pour vous.

Quant à la Faculté, qui est en quelque sorte la mère commune, il suffit de voir l'hospitalité qu'elle nous donne pour juger de ses dispositions et de celles de son très aimé doyen.

Une autre adhésion dont la Société se sentira flattée est celle de l'homme d'État éminent que la politique a emprunté à notre science, mais qu'heureusement elle ne lui a pas ravi tout à fait, et qui continue à illustrer sa chaire tout en servant le pays dans la plus haute des positions : vous comprenez tous que je veux parler de M. Dumas. Personne ici n'a oublié les services qu'il a rendus comme ministre à l'hydrologie en général et aux eaux minérales en particulier. Sans parler de l'*Annuaire des eaux de la France*, dont M. Dumas a eu l'heureuse initiative, c'est à lui que l'on avait dû l'établissement, auprès de nos sources principales, d'un certain nombre d'élèves en médecine et en pharmacie, institution excellente et du plus grand avenir, dont nous a privés une de ces économies mal entendues, comme on en faisait alors, et que nous rendra, il faut l'espérer, une meilleure appréciation des choses. Bien qu'elle n'ait eu qu'une année d'existence, cette année a suffi pour faire voir ce qu'on pouvait attendre d'une si bonne école, et les sujets qu'elle a produits seraient, au besoin, le meilleur argument pour la rétablir.

Afin de témoigner à M. Dumas, autant qu'il est en nous, et notre reconnaissance pour d'aussi éminents services, et le haut prix que nous attachons à le compter parmi nos membres, le bureau vous proposera tout à l'heure de lui conférer le titre de président d'honneur de la Société, et nous espérons le voir quelquefois en occuper la place.

Ainsi donc, médecins qu'intéressent plus particulièrement les eaux minérales, corps officiels qui en sont chargés, administration qui les dirige, tout le monde a vu avec plaisir la formation de votre Société et en a senti l'utilité.

Un tel assentiment prouve mieux que tout ce qu'on pourrait dire à quel point vous avez été bien inspirés en fondant cette Société. C'est, en effet, une de ces idées heureuses qu'il suffit en quelque sorte d'énoncer pour qu'on en saisisse aussitôt et les avantages et la portée. Développer et propager l'étude des eaux minérales ; introduire dans cette étude les méthodes rigoureuses de la science et de l'observation modernes ; d'un autre côté, rapprocher les uns des autres ceux qui s'y livrent, et les mettre à même, en se communiquant leurs observations, d'en mieux voir les bons et les mauvais côtés ; arriver ainsi, tout en resserrant les liens précieux de la confraternité, à perfectionner autant que possible une des branches les plus importantes de la thérapeutique ; voilà, comme vous l'a si bien dit M. Durand-Fardel dans un discours justement applaudi, et qui restera comme le brillant programme de vos travaux, voilà ce que vous voulez et ce à quoi vous tendez. C'est-à-dire que, prenant pour base la science et pour but l'utilité publique, vous aspirez, par vos efforts réunis, à ce qu'une des richesses médicales dont la nature a été prodigue envers la France soit, à tous les points de vue, étudiée et développée comme elle mérite de l'être, et élevée au rang qui lui convient.

Un aussi louable projet ne pouvait manquer d'obtenir l'approbation qu'il a reçue et les témoignages par lesquels on s'est plu à l'encourager.

Il faut le dire, le moment était bien choisi pour le mettre à exécution, et l'opportunité incontestable : cette opportunité, qu'Hippocrate aurait appelée l'*occasion*, qui est, en toute chose, une des conditions essentielles du succès. Revenir sur ces raisons d'à-propos, serait abuser de vos moments. Il est, toutefois, une circonstance dont je crois devoir vous parler et que vous apprendrez, j'en suis sûr, avec intérêt : c'est la résolution, aujourd'hui bien arrêtée de la part de l'administration, de présenter une loi sur les eaux minérales, et de donner ainsi à des intérêts considérables et divers, des garanties mieux définies et plus efficaces que celles qui les ont protégés jusqu'ici. Le Comité d'hygiène en est saisi, et déjà il a réuni les éléments et posé les bases d'un projet.

Assurément la Société ne saurait avoir la pensée de s'immiscer dans ces questions, que l'administration seule est en état d'appré-

cier et de résoudre ; mais il ne saurait lui être interdit d'apporter à une œuvre difficile et délicate le fruit de son expérience et de ses méditations ; ou plutôt, connaissant de vieille date la sollicitude et la bienveillance de l'administration, je n'hésite point à dire que si la Société croit avoir des vues à émettre ou des observations à présenter, ces observations et ces vues, exposées avec la réserve dont ne sauraient s'écarter des hommes aussi sérieux et bien intentionnés que vous l'êtes, ne pourraient qu'être bien accueillies; telle est aussi la conviction de M. le président du Comité d'hygiène, et en vous parlant comme je le fais ici, c'est sa pensée autant que la mienne que je vous exprime. Je vous proposerai, en conséquence, d'en charger une commission.

Je le redis donc, messieurs, vous pouvez avec confiance aborder vos travaux, et je me reproche presque de les avoir un instant retardés.

Ne vous le dissimulez pas cependant : si la tâche que vous avez entreprise est belle, elle est laborieuse aussi. Rien n'est simple dans les eaux minérales ; tous les problèmes sont complexes, et l'eau la plus insignifiante en apparence est, en réalité, un médicament très composé.

Attendez-vous donc à trouver sur votre chemin des difficultés nombreuses et de plus d'un genre. Vous en trouverez dans la science, vous en trouverez hors de la science... Ne vous découragez pas, et, forts de vos bonnes intentions et du désir de faire le bien, puisez dans ce désir même la résolution nécessaire pour triompher des obstacles.

Nous serions ingrats de ne pas reconnaître et proclamer ici le bon et salutaire exemple que le Midi nous a donné. Patrie de Bordeu, d'Anglada et de tant d'autres dont les noms sont chers aux eaux minérales, cette contrée favorisée devait être la première à sentir les avantages et la nécessité, pour une étude où elle a excellé de tout temps, de réunir en Société ceux qui la cultivent. Son passé à cet égard l'obligeait, en quelque façon, comme noblesse oblige : elle y est restée fidèle. A elle appartient l'honneur d'avoir pris l'initiative ; sachons-lui en gré ; sachons gré surtout aux médecins de Montpellier, de Toulouse et de Bordeaux qui ont formé la triple association que comprend la *Société d'hydrologie du Midi*, et dont MM. Boyer, Pouget et Dassier se sont faits les savants interprètes.

Notre devoir, à nous, est de nous attacher des confrères aussi distingués, et c'est ce que nous allons faire à l'instant en les proclamant membres honoraires de la Société.

Selon une pensée déjà émise et à laquelle vous ne sauriez manquer de vous associer, nous voudrions plus : nous voudrions qu'un jour, soit que nous allions à nos confrères du Midi, soit qu'ils viennent à nous, la *Société d'hydrologie* qu'ils ont établie et celle de Paris pussent se réunir en une grande et fraternelle assemblée, et former un congrès général, afin de discuter ensemble et d'approfondir ces hautes questions comme vous allez infailliblement en voir surgir, et pour lesquelles ce n'est pas trop que du concours de toutes.

Pour la science et pour la confraternité, ce serait un beau jour, et nous l'appelons de tous nos vœux.

En attendant, mettez-vous à l'œuvre ; un avenir d'utilité et certainement aussi de gloire est devant vous.

Bien des sociétés s'affaiblissent en petites discussions d'intérieur ou d'ordre secondaire. Laissez trancher ces questions par le bureau qui a reçu votre confiance, et n'y perdez pas votre temps ; réservez-le tout entier pour les questions véritablement intéressantes et où sont en cause l'art ou la science. Ces dernières seules sont dignes de vos séances et de ceux qui voudront y assister ou les lire. Tout ici doit être grave comme la pensée qui vous inspire, comme le but auquel vous tendez.

Quant à moi, messieurs, qui ai eu l'honneur de recevoir de vos mains la Société toute faite et entièrement constituée, sans même avoir eu le mérite de prendre part aux travaux préliminaires de sa formation, ma tâche au milieu de vous sera facile ; vous ne m'avez laissé que de la satisfaction à recueillir et des félicitations à faire entendre. Encore une fois, je vous en remercie, et je regarderai comme de bons moments tous ceux qu'il me sera donné de passer au milieu de vous.

Le bureau propose à la Société les nominations suivantes, qui sont ratifiées par acclamation :

Président d'honneur : M. Dumas, membre de l'Institut.

Membres honoraires : MM. Heurtier, directeur général de l'agriculture et du commerce ; Jullien, chef de division au ministère des travaux publics, de l'agriculture et du commerce ; Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine ; Nacquart, président, Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine ; Martin-Solon, Chevallier, O. Henry, Grisolle, Lagneau, J. Guérin, membres de l'Académie de médecine ; Magendie, président du Comité d'hygiène ; Alquié, Michel Lévy, Bussy, Quoy, A. Tardieu, A. Latour, Davenne, Laffon-Ladébat, François, Isabelle, Gilbert, membres du Comité d'hygiène ; Boutron, président de la commission de l'Annuaire ; Bertrand père, Garnier, Bailly père, médecins inspecteurs d'établissements thermaux ; Boyer, de Montpellier, Dassier, de Toulouse, Pouget, de Bordeaux, présidents des Sociétés hydrologiques du Midi.

Membres correspondants : MM. Regnault, à Bourbon-l'Archambault ; Guigneau, à Bordeaux ; Kuhn, à Niederbronn ; Guignard, à Poitiers ; Yvonneau, à Blois ; Magnin, à Bourbonne-les-Bains ; A. Millet, à Tours ; Boulenger, à Calais ; Bardinet, à Limoges ; Nivet, à Clermont-Ferrand ; Lambron, à Levroux ; Cazenave, à Pau ; Alibert, à Ax ; Affre, à Biarritz ; Aguilhon, à Riom ; Lubanski, à Lyon ; Bourdel, à Montpellier ; Buron, à Cauterets ; Buissard, à Grenoble ; Carlotti, à Corté ; Niepce, à Mâcon ; Pégot, à Toulouse ; Auzoux, à Rodez ; Pommier, à Mirecourt.

Correspondants étrangers : Don Pedro Mario Rubio, à Madrid ; Bertini, à Turin ; Wetter, à Berlin ; Despine fils, à Aix (Savoie) ; Liebig, à Munich ; Heyfelder, à Erlangen.

Sont nommés membres du Comité de rédaction : MM. Richelot et Fermont.

M. le président, revenant sur un sujet qu'il avait déjà indiqué dans l'allocution précédente, expose à la Société que le gouvernement prépare un projet de loi sur les eaux minérales, au sujet duquel le Comité d'hygiène a été chargé de rédiger des propositions. A diverses époques déjà, on a essayé de soumettre les eaux minérales à une législation générale ; mais toutes les tentatives de ce genre ont échoué jusqu'ici. Tout porte à croire qu'il n'en sera pas de même dans cette circonstance. La *Société d'hydrologie médicale* comprend l'intérêt qu'elle a, à tous égards, à émettre des vues sur ce sujet important, sans vouloir d'ailleurs s'immiscer dans l'action de l'administration, et sans s'écarter de la réserve qu'il lui conviendra de s'imposer à cet égard. En conséquence, M. le président, après avoir consulté la Société, nomme une commission destinée à préparer les documents en question.

Cette commission se compose de MM. V. Gerdy, Sandras, Gaudet, Lhéritier, de Puisaye, Bouquet et Durand-Fardel.

(La suite de la séance au prochain numéro.)

VIII.

VARIÉTÉS.

— *Concours pour une place de pharmacien en chef dans les hôpitaux de Paris.* Ce concours s'est ouvert le 20. Le jury est composé de MM. Buignet, Cap, Grassi, Lutz, Réveil, Gosselin et Bricheteau ; suppléants : MM. Robert, Vigla et Quévenne.

La question à traiter par écrit a été ainsi posée : *Théories sur la constitution chimique des sels ; histoire naturelle des coléoptères ; préparations pharmaceutiques fournies par la cantharide.*

— L'élection d'un membre dans la section de botanique à l'Académie des sciences a eu lieu lundi dernier. Au premier tour de scrutin, M. Moquin-Tandon a obtenu 36 suffrages ; M. Payer, 5 ; M. Duchartre, 6.

— Nous avons la douleur d'annoncer que M. Nacquart, qui présidait naguère encore l'Académie de médecine avec toutes les apparences d'une

santé florissante, a succombé rapidement aux atteintes d'une pneumonie aiguë.

— En attendant l'ouverture si désirée de l'hôpital de Lariboisière, l'administration de l'assistance publique vient de faire ouvrir à l'hospice de Bicêtre deux services supplémentaires qui ont été confiés à des médecins du bureau central, MM. Moutard-Martin et Delpech. Bien qu'éloignés de Paris, ces services seront fort utiles, et ils permettront de recevoir un grand nombre de malades qu'on se trouvait, faute de place, dans la triste nécessité de refuser au bureau central d'admission.

— Le bureau de l'association des médecins du département de la Seine se compose, pour l'année 1854, de: MM. Paul Dubois, président; Adelon, Bérard, vice-présidents; Canabellas, secrétaire général; Vosseur, trésorier; Perdrix, secrétaire général honoraire, archiviste; Gibert, secrétaire général honoraire; Menière, secrétaire annuel de la commission générale; Me Paillart de Villeneuve, avocat à la Cour impériale, conseil judiciaire.

IX.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Allgemeine medicin Central-Zeitung. — Nos 9 et 10. Indication de la perforation de la tête du fœtus, par *Galewski*. — No 11. Emploi de l'électricité contre l'énurésie nocturne, par *Blaschko*. — No 12. Communications balnéologiques pratiques, par le doct. *Fleckles*, de Carlsbad.

Deutsche Klinik. — No 5. Développement spontané de la contagion typhoïde, par *Zimmermann*. — Les cliniques allem. (clin. de Goettingue), par *Michaelis*.—Deux cas de luxation congéniale de la rotule. — No 6. Du procédé du professeur Kilian pour provoquer l'accouchement prématuré au moyen d'injections dans la matrice, par le doct. *H.-M. Cohen*, de Hambourg. — Sur le développement spontané de la contagion typhoïde, par le docteur *G. Zimmermann* (fin). — Sur la cachexie cancéreuse, par *Goeschen*. — Cliniques.

Medicinische Zeitung v. Preussen. — No 5. Le *Phallus impudicus* dans les cimetières, par *Voltolini*. — Luxation du fémur, réduite d'après le procédé de Fischer, par *Wormann*. — De l'éther iodhydrique, par *Strumpf*. — Les eaux d'Ems en 1853, par *Spengler*. — Aphonie guérie par le silence, par *Brueck*. — L'huile de croton contre la dyssenterie.

Association medical journal. — Nos 56, 57, 58 et 59 (27 janvier, 3, 10 et 7 février). Ictère épidémique chez les enfants, par *Barker*. — Fracture compliquée de la jambe, par *J. Churchill*. — Sur les maladies épidémiques, par *Addison*. — Dégénérescence de la muqueuse gastrique, par *Handfield*. — Faits et opinions sur la tuberculose, par *H. Ancell*. — Pathologie de la gangrène sèche, par *Gamgee*.— Maladies du cœur et emphysème, par *Chambers*. — Mort après inhalation de chloroforme, par *J. Harrison*. — Purpura hemorrhagica traité par la térébenthine, par *G. Willis*. — Sources de la chaleur animale, par *W. Richardson*. — Injection de pus dans les veines des animaux, par *Gamgee*. — Obstructions artérielles dans l'état puerpéral, par *J.-A. Bennett*. — Fracture du crâne avec dépression, p. *Ellis Jones*. — Conditions de la respiration dans les maladies, par *Samuel Wilks*. — Passage de calculs biliaires à travers une ulcération présumée de la vésicule du fiel, par *P. Jago*. — Note sur les maladies oculaires, par *Salomon*. — Sur une épidémie de fièvres miasmatiques, par *P.-J. Grantham*.

Dublin medical Press. — (1) Nos 786, 788 et 789. Sur les crises dans les fièvres et autres maladies, par *H. Kennedy*. — Cas d'exostose pédonculée des os longs, par *Syme*. — Tétanos traumatiques, par *J.-V. Bindon*. — Spasme tétanique, suite d'un coup sur le vertex; épanchement sanguin autour de la moelle allongée; arachnitis cérébro-spinal, par *Tuffnell*. — Tétanos produit par une plaie de la main; guérison par le chloroforme, par *le même*. — Cliniques et revues.

Medical circular. — Nos 55, 56, 57 et 58. Analyses et revues.

Medical Times and Gazette. — Nos 187, 188, 189 et 190. Sur la chirurgie orthopédique, par *B. Brodhurst*. — Fièvre typhoïde à Burmah, par *Scriven*. — Traitement des ulcères calleux par l'excision des bords, par *Hainsworth*. — Fièvre jaune à Antigua, par *Moorhead*. — Même sujet, par *Teevan*. — Du choléra de Newcastle (suite), par *J.-S. Pearse* et *Jeffery A. Marston*. — Stomatite gangréneuse suite de fièvre miasmatique, par *James Hinder*. — Dégénérescence crétacée du cristallin et de sa capsule, avec divers troubles de la vision, par *Haynes Walton*.— Kyste hydatique dans la paroi antérieure du ventricule gauche du cœur, par *Holmes Coote*.

The Lancet. — Nos 4, 5, 6, 7 et 8. Notes sur les maladies des enfants, par *H. Willshire*. — Anévrysme de l'iliaque externe, guéri par l'électro-puncture, par *E.-U. Eyre*. — Acide sulfurique contre la diarrhée, par *Goodeve Bowra*. — Kyste du foie ouvert dans le péritoine, par *W. Brinton*. — Du choléra de Newcastle, par *Pearse* et *Marston*. — Épanchement sanguin dans la chambre postérieure de l'œil par *J. Dixon*. — Sur la cure de l'épilepsie, par *Joseph Williams*. — Emploi du collodium dans l'entropion, par *F. Whitwell*. — Calculs des reins, par *R. Hamilton*.— Empoisonnement par le bichromate de potasse, par *J. Wilkinson*. — Importance de la philosophie mentale pour les médecins, par *J. Rose*. — Disparition de tumeurs utérines, par *S. Ashwell*. — Céphalalgie et ses variétés, par *Patrick-J. Murphy*.

(1) Les nos 785 et 787 de *Dublin medical Press* ne nous sont pas parvenus.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — Nos 4, 5 et 6 (1). Cirrhose du foie, par *Ercole Ferrario*. — Endocardite aiguë, par *Vambianchi*. — Sur l'action physiologique de la strychnine, par *Paolo Mantegazza*. — Conditions pathologiques de la folie, par *G. Clerici*. — Paralysie de la septième paire, par *Luigi Crosio*.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — Nos 4 et 5. Observations cliniques, par *Borelli*. — Hydrophobie intermittente, par *G. Santoli*. — Choroïdite, par *Roser*.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — Nos 4, 5 et 6. Cas de spermatorrhée, par *P. Lepri*. — Nouveau traitement de la fistule salivaire, par *R. Rodolfi*. — Fièvres avec tendance à la dissolution, par *R. Bellini*. — Maladie mercurielle, par *F. Luciani*.

Giornale della reale Accademia medico-chirurgica (Torino). — 1853, nos 35 et 36; 1854, nos 1 et 2. Sur la phlogose des vaisseaux sanguins, par *de Meis*. — Note sur la pharmacie dans la Sardaigne, per *Demarchi*. — Sur l'inoculation comme moyen prophylactique de la pleuropneumonie épizootique de l'espèce bovine, par *Reviglio Maurizio*.

Il progresso (journal mensuel de médecine, de chirurgie et de pharmacie, vient d'être fondé à Gênes par les docteurs *G.-B. Massone* et *Francesco Freschi*. — Le premier fascicule contient les travaux originaux suivants : Tumeurs verruqueuses des cicatrices, par *G. Rosso*. — Atropine comme moyen de diagnostiquer certaines maladies de l'œil, par *M. Gerolamo*. — Plaie, lésion artérielle, guérison par la compression, par *Botto*. — Monomanie homicide.

El Heraldo medico. — Nos 67 à 73. Danger d'abandonner à la nature l'expulsion du délivre, par *V. Moreno y Lopez*. - Sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde, par *Andrès Colero*. — Traitement du choléra, par *F. Marcos*. — Eaux minérales de Marmolejo contre les affections chroniques des viscères abdominaux, par *V. Orti y Criado*. — Remèdes secrets et spécifiques, par *J. Cerezo*. — Du choléra, par *Velasco*. — Prophylaxie syphilitique, par *J. Mollimedo*.

El Porvenir medico. — Nos 58 à 62. De l'intoxication paludéenne, par *G. Lopez*.— Influence de la lumière sur le système nerveux, par *Sanchez y Rubio*. — Onguent contre la pustule maligne et l'ulcère carcinomateux (sublimé corrosif, poudre de scabieuse et onguent basilicon), par *Benavente*. — Sur la péritonite, par *V. Moreno y Lopez*.

El Siglo medico.—Nos 4, 5, 6 et 7. Phénomènes de magnétisme terrestre, par *Nieto*. — Miasmes causes du choléra, par *F.-S. y Dominguez*. — Sur la maladie de Bright, par *A. de Gratia y Alvarez*. — Moyens d'empêcher la propagation du choléra, par *Mendez Alvaro*. — Électricité appliquée à la médecine, par *Nieto*. — Valeur de la théorie en médecine, par *R. Cerdo*. — Sur les effluves miasmatiques. — Insertion du placenta centre pour centre, par *Napoléon Kosciakewicz*.

La Cronica de los hospitales. — Nos 2 et 3. Fièvre pernicieuse tierce; sulfate de quinine et sangsues; guérison, p. *Ramirez*.—Choléra épidémique, p. *Villargoitia*. — Avantages des émissions sanguines locales et générales dans les phlegmasies de la moelle épinière, par *J. Angulo*. — Monstre sans membres inférieurs et privé du bras droit, par *F. Benito*. — Sur le typhus et la fièvre typhoïde, par *Pedro Espina*. — Abus des saignées et des purgatifs, par *Z.-B. Gonzalès*.

Livres nouveaux.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1854, par le professeur Bouchardat. 1 vol. in-16, de XII-308 pages. Paris, chez Germer Baillière. 1 fr. 25

De l'ivrognerie, de ses effets désastreux sur l'homme, la famille, la société, et des moyens d'en modérer les ravages, par le docteur *Ed. Burdel*. Paris, chez Victor Masson. 1 vol in-18 de 116 pages. 1 fr. 25

Die Proportionslehre der menschlichen Gestalt, von *C.-F. Carus*. Leipzig. In-fol., pl. en étuis. 48 fr.

Medicinisch-Chirurgische Enciklopedie f. prakt. Aerzte. In Verbindung mit mehreren Aerzten herausg. von *H. Prosch* u. *H. Ploss*. 1re livr., in-8. Leipzig. 7 fr.

A Treatise on the Diseases, Injuries and Malformations of the Rectum and Anus, par *T.-J. Asthon*. Londres, in-8. 11 fr.

Human Electricity, the Means of its Developpement; illustrated by Experiments, with additional Notes, par *J.-O.-N. Rutter*. Londres, in-8°. 8 fr. 50

The Elements of Natural Philosophy; or an Introduction to the Study of the Physical Sciences, par *G. Bird* et *Ch. Brooke*. 4e édition, augmentée. Londres, in-8°. 8 fr. 50

(1) Les trois premiers numéros de 1854 de la *Gazzetta ital.* (*Lomb.*) ne nous sont pas parvenus.

Nos abonnés de Paris sont prévenus que des nécessités de tirage ne nous permettront de distribuer le numéro du 3 mars qu'à midi.

(*Note de l'éditeur.*)

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr. POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 3 MARS 1854. N° 22.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 2 mars 1854.

ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES DE MONTPELLIER : DE L'ÉRUPTION VACCINALE GÉNÉRALE. — ACADÉMIE DES SCIENCES DE PARIS : HYPERTROPHIE ET PROCIDENCE DE LA LANGUE.

L'éruption produite par l'inoculation du virus vaccin peut-elle se développer hors du lieu d'insertion, et se montrer sur diverses parties du corps, à la manière de la variole inoculée ? Si le fait peut avoir lieu, la liqueur des boutons supplémentaires est-elle inoculable ? Ces questions ont été soulevées à l'Académie des sciences et lettres de Montpellier, séance du 9 janvier 1854, par une communication de M. le docteur Arnaud (de Marsaillan).

Voici d'abord cette observation :

OBS. — Un garçon de cinq mois, bien portant, a été vacciné par M. Arnaud le 24 novembre 1853. Six piqûres ont donné lieu au développement de six belles pustules vaccinales dont l'éruption s'est manifestée au commencement du quatrième jour. Le 2 décembre, il a fourni du vaccin pour d'autres enfants. Jusque-là il ne s'était présenté rien d'extraordinaire. Le 4 décembre, dixième jour après la vaccination, l'enfant est saisi d'un mouvement fébrile peu intense, suivi de la sortie d'un grand nombre de petits boutons qui se transforment en pustules plates, arrondies, ombiliquées, de 4 à 8 millimètres de diamètre, ayant, par la forme, la plus grande ressemblance avec les pustules vaccinales au cinquième jour de leur éruption, mais n'étant pas argentées comme elles. Leur couleur est celle des aréoles qui entourent ces dernières. La saillie qu'elles forment au-dessus du niveau de la peau est moins grande, et leur dépression centrale moins profonde ; elles sont tantôt éparses, tantôt groupées. L'état que nous venons de décrire est celui qu'elles présentent le 10, seizième jour après la vaccination ; elles sont nombreuses et disséminées sur toutes les parties du corps. Toutes ces pustules ont la même forme, excepté une pustule hémisphérique pleine de pus, qui existe près de l'angle interne de l'œil gauche. Les jours suivants, la plupart de ces pustules s'affaissent et paraissent vouloir se terminer par résolution. La fièvre a tout à fait cessé. Le 15, les traces de l'éruption s'effacent de plus en plus. Là où étaient les pustules, l'épiderme est le siége d'une exfoliation furfuracée ; là où il s'était formé des phlyctènes, il se détache par plaques. On ne remarque de cicatrices qu'à la place qu'occupaient deux petites croûtes situées sur la joue droite. Le 20, toutes les croûtes vaccinales sont tombées.

Disons-le tout de suite, l'observation de M. Arnaud ne peut rien pour la question d'inoculabilité, puisque l'éruption générale, restée sèche jusqu'à la fin, ne s'est pas prêtée à l'expérience. Apporte-t-elle, sur le fait de l'éruption, quelque élément décisif ? Non, sans doute ; et nous partageons volontiers sur cela le sentiment de plusieurs membres de l'Académie. Encore que les élevures aient imité assez fidèlement les formes spécifiques de boutons vaccinaux parvenus au cinquième ou au sixième jour, et qu'il ne semble avoir manqué

FEUILLETON.

Lettre médicale.

CHER CONFRÈRE,

On parle beaucoup de la GAZETTE HEBDOMADAIRE et de son rédacteur en chef dans l'univers. Ne soyons pas plus fiers qu'il ne convient : il ne s'agit encore que de l'*Univers religieux*. L'honneur pourtant n'est pas mince, et nous y sommes d'autant plus sensible, que nous sommes traité, chez notre confrère de la presse politique, avec une exquise courtoisie. Notre introducteur bénévole dans ces régions *extrà muros*, où nous n'avons pas coutume de pénétrer sans y être appelé formellement, est M. le docteur J.-P. Tessier, médecin de l'hôpital Beaujon. M. Tessier, personne ne l'ignore, est un peu *rose-croix;* il accorde beaucoup à la *lumière intérieure* en matière de sciences, et, conséquemment, ne traite pas beaucoup mieux la médecine contemporaine que la célèbre secte ne faisait celle du XVIIe siècle. Trois longs articles, — et le quatrième est déjà suspendu au cheveu fatal, — sont destinés à montrer dans l'école de Paris l'héritière directe du jacobinisme, la fille de Voltaire et d'Helvétius, fille légitime et qui ne dément pas sa race.

« Vous ne démentez pas une race funeste ! » etc.

Comme ce réquisitoire a été dressé à l'occasion de notre travail sur l'enseignement de la médecine en France et en Toscane (GAZETTE HEBDOMADAIRE, nos 2 et 4), c'est un devoir pour nous d'oublier les compliments dont on veut bien nous gratifier pour ne songer qu'au mal dont nous sommes la cause incontestable, encore qu'innocente, et pour répandre l'huile sur les plaies qu'a reçues par notre faute la Faculté de Paris. Ce rôle est d'un bon chrétien ; nous comptons le remplir quand l'*Univers* aura dit tout ce qu'il a sur le cœur. Il nous est bien permis d'ailleurs de prendre notre temps. Les articles de M. Tessier sont hérissés d'histoire, de philosophie et de religion. Or lui, qui parle en certain endroit de Casaubon et de la conférence de Fontainebleau, sait sans doute comment ce malheureux savant fut battu un peu plus tard par son redoutable adversaire. Casaubon s'opiniâtrait à ne pas embrasser le catholicisme ; à l'instigation de Henri IV, le cardinal Duperron le harpignait partout. Un jour, l'attaque fut si rude, que le pauvre homme, interdit, demanda que la dispute fût renvoyée au lendemain. Il passa la nuit à consulter ses auteurs ; peine

à la ressemblance qu'un degré de plus d'évolution, néanmoins, quand on songe à ce qu'ont d'indéterminé et de changeant certaines éruptions cutanées, surtout chez les enfants, on se tient en garde contre toute assimilation qui ne se fonde pas sur un ensemble complet et harmonique de caractères extérieurs.

Mais ce n'est là qu'une observation isolée. L'existence d'une éruption vaccinale générale (qu'on appellerait plus justement peut-être *généralisée;* car, sauf un cas dont nous parlerons tout à l'heure, il y a toujours un point de départ au siége des piqûres) n'est-elle pas depuis assez longtemps acquise à la science? On remarquera que la question de l'inoculabilité est comprise dans la précédente; car si la vaccination peut donner lieu à la sortie de boutons supplémentaires, et que ces boutons ne soient pas inoculables, c'est qu'ils ne sont pas, à parler rigoureusement, vaccinaux; car une telle différence dans les résultats implique nécessairement une différence de nature. On a donc eu raison, à l'Académie de Montpellier, de transporter la question du point de fait au point de doctrine, c'est-à-dire du fait de l'éruption généralisée à la nature de cette éruption. Ce changement aux termes de la question, telle que l'avait posée M. Arnaud, était d'autant plus à propos, qu'il ne peut y avoir de doute qu'au point de vue doctrinal. M. Arnaud l'a reconnu lui-même; car dans une lettre adressée ultérieurement à l'Académie, il explique que l'épithète de vaccinale, donnée par lui à l'éruption, signifie seulement *qu'elle avait été produite par la vaccine*, et il évite de se prononcer sur la question de nature.

En fait, l'éruption supplémentaire, après vaccination, l'éruption pustuleuse et ombiliquée, non seulement n'est pas contestable, mais a été même assez souvent observée; et, quand on songe qu'on n'y regarde presque jamais, on est porté à penser qu'elle n'est pas très rare. A Montpellier même, M. Dupré affirme l'avoir rencontrée *souvent*, et le hasard en a mis un exemple sous les yeux de M. Dumas, président de la section, depuis la communication de M. Arnaud: le sujet, qui avait été récemment vacciné, portait à la partie supérieure de la cuisse trois boutons dont la forme était identique avec celle des pustules vaccinales. Le fait est d'ailleurs admis par les vaccinateurs les plus expérimentés. M. Bousquet a vu, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. Blache, un enfant vacciné au bras, qui présenta de vingt à vingt-cinq boutons caractéristiques sur le tronc et les membres. Et il ne s'agit plus ici de pustules sèches, quoique ombiliquées, mais bien de pustules nacrées, bien pleines de liqueur transparente, et passant par toutes les phases de la pustule vaccinale.

Il y a un troisième fait, et c'est celui qui forme exception à la règle de l'éruption préalable sur le siége même des piqûres. On le doit à M. Clark, et il a été publié dans le *London Medical Gazette* (nov. 1850). Cinq jours après une vaccination pratiquée au bras, chez un enfant de neuf mois, on observa, sur le milieu de l'*avant-bras*, une pustule vaccinale, qui parcourut régulièrement ses périodes. Sur le lieu d'éruption, on avait remarqué, les jours précédents, un peu d'animation, comme un commencement de travail, qui cessa presque aussitôt. On n'avait pas remarqué la plus petite écorchure sur une partie quelconque du membre opéré. Il faut dire que la vaccination avait été pratiquée par un procédé assez étrange. On avait incisé la peau en trois points avec une lancette, et l'on avait fait tomber deux gouttes de vaccin dans chaque plaie.

Maintenant, que sont ces boutons hors rang? S'ils se transmettent par inoculation, il n'y a plus de difficulté à admettre la vaccine généralisée. Sinon, c'est qu'il y a, non pas seulement une *fausse vaccine*, telle qu'on l'entend, une fausse vaccine *qui peut reproduire la bonne*, mais une sorte de *vaccinelle*, comme il y a une varicelle qui n'est pas inoculable. Or, il est fâcheux de le dire, l'inoculation n'a presque jamais été pratiquée. Tantôt les boutons surnuméraires avaient avorté et n'avaient pas fourni de liquide; il en était ainsi dans le cas rapporté par M. Arnaud. Tantôt les observateurs n'ont pas songé à ce moyen pourtant si simple de vérification. M. Clark a commis cet oubli. Quelques uns pourtant ont tenté l'expérience. M. Dupré, qui est de ceux-là, a déclaré dans la discussion que la liqueur des boutons surnuméraires « inoculée à des sujets sains, *est constamment sans résultat.* » Et les expressions dont il se sert semblent indiquer qu'il s'en est assuré assez fréquemment. Mais il importe de rappeler que d'autres expérimentateurs ont été plus heureux. Dans le cas cité plus haut, M. Bousquet transporta la liqueur des boutons à d'autres enfants, et obtint un vaccin parfaitement caractérisé et régulier. Nous trouvons dans le *Traité de vaccine* du même auteur, un fait plus curieux encore. Au rapport du docteur Richard (du Bas-Rhin), un enfant, ayant sucé ses boutons vaccins, eut sur la surface du corps *cinquante-trois* pustules, dont la nature vaccinale fut mise hors de doute par l'inoculation. Quelle qu'ait été l'influence de la succion, le fait reste le même: il s'agit toujours d'une éruption générale consécutive à la vaccination.

---

inutile! Le cardinal, aussi savant que bon dialecticien, le déferra une seconde fois. Voilà précisément notre histoire. Sans être huguenot en médecine, il est clair que nous sommes moins propres que M. Tessier au rôle de Duperron, et il n'y a dès lors nul inconvénient à nous laisser fourbir nos armes, pour être battu après.

— En attendant, voici un grief qui est celui de quelques lecteurs, le vôtre, peut-être, cher et excellent confrère. On trouve la GAZETTE HEBDOMADAIRE trop *académique*. C'est le mot d'un honorable correspondant. On souhaiterait plus de faits, plus de travaux *pratiques*, comme on les appelle. La pratique, les faits, qui n'en demande? qui n'en porte les couleurs? qui n'en inscrit la devise sur son drapeau, comme autrefois l'anagramme sacré sur le labarum? Nous aussi nous plaçons notre but suprême dans la pratique, dans l'art. Mais par quel chemin y arriver? Et, avant tout, est-il nécessaire, est-il même sage de ne progresser dans la science que par les sentiers qui mènent droit à l'application? A ce compte, il faudrait laisser en friche les trois quarts du domaine. Si l'on veut bien y réfléchir, on sera frappé d'une chose à laquelle peut-être on ne s'attend pas: c'est que, même en l'état actuel, la majeure partie de nos connaissances médicales, de celles qu'on tient le plus à honneur d'acquérir, qu'il serait le plus honteux d'ignorer, qu'on enseigne avec le plus de soin dans les écoles, en anatomie, en physiologie, voire en nosologie, sont à peu près stériles pour le praticien. Et voilà qu'en dehors de ce domaine cultivé s'ouvrent de nouvelles perspectives d'un attrait puissant pour la science. On commence à voir clair dans les phénomènes chimiques de la digestion, dans les transformations de nos humeurs, dans la composition intime de nos tissus sains ou malades, etc. Faut-il délaisser toutes ces richesses parce qu'on n'en a pas toujours l'emploi immédiat, et, comme dans la fable, jeter le fruit à terre parce qu'on ne sait la manière de le manger? Mais, outre qu'une telle façon d'entendre la science serait une violence contre la nature de l'esprit humain, nul ne peut dire de quel tort on se rendrait coupable envers l'avenir; nul ne sait combien on s'exposerait à frustrer la pratique elle-même, pour laquelle pourtant on entend plaider. Nous retrouvons ici le symptôme qu'accusait récemment un de nos savants collaborateurs, M. Verdeil, à propos des applications de la chimie à la médecine (n° 17), et nous reconnaissons ce *regrettable découragement* dont les impatients n'ont pas su se défendre.

Ainsi, comme on disait naguère *l'art pour l'art*, nous dirions volontiers *la science pour la science.* Mais il est une formule meilleure et qui est donnée, selon nous, par la vraie philosophie, c'est celle-ci: LA SCIENCE POUR L'ART. L'art véritable, en médecine, n'est et ne saurait être qu'une

Nous n'imaginons pas d'objections plausibles contre ces faits. Dans plusieurs d'entre eux, notamment celui de M. Blache, l'enfant était dans l'impossibilité de toucher ses boutons avec les mains et d'en porter la matière sur quelque partie excoriée. En l'absence d'inoculation, on pourrait dire encore que l'éruption générale n'était autre qu'une variole, bien qu'il soit difficile de confondre les boutons d'une variole *non inoculée* avec ceux de la vaccine. Mais du moment que la matière de ces boutons transmet la vaccine, c'est manifestement qu'ils sont de nature vaccinale. On accordera seulement que les faits observés par M. Bousquet et par M. Richard ne détruisent pas les faits négatifs; mais cela n'est pas nécessaire pour décider la question posée au commencement de cet article, et l'on peut conclure en toute assurance que l'*éruption vaccinale peut se généraliser*.

— Nos Académies n'ont produit cette semaine, dans la sphère médicale, qu'un travail important : c'est une communication de M. Sédillot (de Strasbourg) sur l'hypertrophie de la langue, avec procidence. Nous reproduisons plus bas ce travail presque intégralement.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU RÔLE ET DE L'IMPORTANCE DES CONNAISSANCES PHYSIQUES DANS LES SCIENCES MÉDICALES.

LEÇON D'OUVERTURE DU COURS DE PHYSIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, LE VENDREDI 3 MARS 1854, PAR M. GAVARRET.

Messieurs, dans une Faculté de médecine, les diverses branches de l'enseignement qui vous est offert doivent toutes converger vers un même but : la connaissance de la science de l'homme. Vous devez donc considérer ce cours de physique comme un complément indispensable de vos études de physiologie, et aussi comme une préparation utile aux leçons d'hygiène, de pathologie et même de thérapeutique. En vous exposant les lois générales des agents extérieurs, tels que la chaleur, l'électricité, la lumière, nous devons, en effet, nous appliquer avec le plus grand soin à vous montrer pour quelle grande part ils interviennent dans l'accomplissement des phénomènes de la vie. Cette intervention et son importance ne sont guère plus aujourd'hui contestées par personne, et vous-mêmes, à mesure que vous avancerez dans la carrière, vous serez plus profondément convaincus de cette vérité que nous proclamons bien haut au début de ces leçons : « Dans l'être vivant, toute fonction, à un degré variable sans doute, mais toujours appréciable, est soumise à l'action des forces mécaniques, physiques ou chimiques. »

Laissons de côté les appareils de la locomotion et les organes des sens, la démonstration serait trop facile. Dans l'accomplissement de leurs fonctions, le rôle des lois de la mécanique et de la physique est tellement évident qu'il n'est jamais sérieusement venu à l'esprit de personne de le révoquer en doute.

Mais fixez un instant votre attention sur l'appareil de la circulation. Un agent d'impulsion; un vaste système entièrement clos de canaux communiquant les uns avec les autres; un liquide en mouvement et décrivant dans sa course un cercle complet : tels sont les éléments principaux que vous y rencontrerez. Sans doute la cause de la contraction du cœur échappe à nos instruments de physique; mais, une fois l'impulsion donnée dans cette vaste machine hydraulique, le sang accélère ou ralentit sa marche suivant l'étendue des espaces qu'il traverse et la nature des obstacles qu'il rencontre, exerce sur les parois des vaisseaux des pressions variables avec le point que l'on considère et la position de l'animal. Ces phénomènes, sur lesquels nous n'avons pas besoin d'insister pour que vous en saisissiez toute l'importance, seront cependant pour vous complétement inintelligibles, si vous n'avez pas sans cesse présentes à la mémoire les lois de l'hydrostatique et de l'hydrodynamique. L'étude anatomique des parois du cœur et des artères vous les montrera composées de fibres disposées d'une manière spéciale et parfois très bizarre. Cette complication, qui étonne toujours, parce que, de prime abord, elle semble inutile, cessera de vous paraître telle, si vous appelez à votre secours les lumières de la mécanique. Partout, en effet, vous verrez ces fibres musculaires et ces fibres élastiques satisfaire, dans leur direction, aux conditions exigées pour le maximum d'impulsion à communiquer à la masse sanguine, ou par le maximum de résistance à opposer aux pressions latérales.

Dans la cavité thoracique, un liquide (le sang) et un gaz (l'air atmosphérique) entrent en rapport à travers une membrane d'une excessive ténuité et se modifient l'un l'autre. Cette action réciproque est d'une telle importance, que sa suspension momentanée suffirait pour compromettre la vie et même l'anéantir complétement. Cependant, en dernière analyse, tout se résume en un phénomène purement physique, en un simple échange de gaz. Le sang noir, le sang veineux cède à l'atmosphère l'acide carbonique dont il est saturé, lui emprunte l'oxygène dont il s'est dépouillé dans les diverses combustions qu'il a subies en traversant les capillaires, redevient sang rouge, sang artériel, et reprend toutes les qualités qui en font le véritable liquide nourricier de l'économie. Cet échange de gaz, nous le retrouverons soumis aux mêmes lois,

---

déduction scientifique, et la science, à son tour, ne peut être donnée pleinement qu'avec le secours de l'histoire. Ce n'est pas par caprice, ni par amour de la nouveauté, que nous avons marqué dans notre cadre une place pour l'*histoire* et la *critique médicales*. A notre sens, il n'y a pas de meilleur enseignement pour le praticien; c'est pour lui le préservatif le plus sûr contre les duperies quotidiennes du *travail original*. Un auteur affirme avoir guéri telle maladie avec tel remède. Il exhibe ses observations rédigées *in formâ;* il aligne ses chiffres, il formule sa recette : rien de plus démonstratif. L'ami des faits est édifié. Mais l'histoire apprend que le même moyen a déjà été plusieurs fois expérimenté, qu'il a échoué constamment; elle dit dans quelles circonstances, et pourquoi, si elle le sait. N'est-ce pas là un correctif utile, indispensable même? Vaudrait-il mieux ne juger qu'avec les faits du jour, et imiter ce voyageur qui écrivait : « Les filles de ce pays sont blondes, » parce que la seule fille qu'il y eût vue était de cette couleur? On a beau retourner la question, on aperçoit toujours cette double alternative, ou de prendre la science d'un peu haut, ou de la rabaisser à un empirisme versatile, allant de remède en remède, de déception en mystification, jusqu'au doute universel, qui est plus souvent la fin des essayeurs de remèdes que des vrais savants. Et si l'on veut enfin la preuve de ce caractère décevant de la plupart des travaux prétendus pratiques, il n'y a qu'à voir ce qu'ils couvrent journellement de papier et ce qu'en consacre l'expérience.

— Un spécimen de ce que doit être la science pour être utile vous sera donné fort à propos, cher confrère, par les travaux de la Société d'hydrologie, dont vous recevrez le compte rendu officiel. Certes, voilà une question pratique, s'il en est. Il semble qu'il n'y ait qu'à administrer les eaux en bains, boissons, douches, et à observer le résultat. Quelles incertitudes pourtant, et quelles dissidences parmi les praticiens! N'est-ce pas au sujet des propriétés et du mode d'action de certaines eaux minérales que se sont produites les discussions les plus animées? Qu'a-t-il manqué surtout à l'étude de l'hydrologie médicale? Mon Dieu, ce que nous cherchons à inspirer autour de nous, l'esprit scientifique, c'est-à-dire, dans l'espèce, la détermination rigoureuse et complète des éléments constituants, qualité et quantité; l'appréciation de l'effet total des composés sur l'organisme; la distinction des effets spécifiques propres à chaque composant, effets dynamiques, effets physiques, effets chimiques, etc. Voilà certainement le programme que voudra remplir la société; et, comme l'a heureusement exprimé le secrétaire général dans son discours d'inauguration, le rapprochement de tant d'hommes compétents, les explications verbales, feront évanouir bien des dissidences que pouvait entretenir la polémique écrite.

partout où nous étudierons les eaux courantes dans leurs rapports avec l'atmosphère qui pèse à leur surface. Ainsi, une simple question d'équilibre entre deux masses gazeuses dont l'une est libre et l'autre en dissolution dans un liquide, nous fournira une explication satisfaisante, rigoureuse, de l'exhalation de l'acide carbonique et de l'absorption de l'oxygène, c'est-à-dire de deux actes dont l'un est le commencement et l'autre la fin d'une des fonctions les plus importantes de l'économie, de la respiration. L'exactitude de cette explication, dont les beaux travaux de Magnus sont le véritable point de départ, ne saurait plus être contestée aujourd'hui que des expériences directes nous ont appris comment se comportent deux gaz séparés par une membrane humide. Et si, pénétrant plus avant dans l'intimité de la fonction, vous voulez savoir ce que devient cet oxygène absorbé, d'où provient cet acide carbonique exhalé ; si vous voulez spécifier le lieu et la nature de l'action de l'oxygène sur le liquide sanguin ; si vous voulez déterminer quels sont les matériaux du sang plus spécialement attaqués et quels sont les produits de cette réaction ; si vous voulez connaître comment l'âge, le sexe, l'état de repos ou de mouvement, de veille ou de sommeil, l'alimentation et la température ambiante, modifient ces grands phénomènes de la vie, c'est encore à la physique et aussi à la chimie que vous devrez vous adresser. Ces deux sciences ont déjà fourni des réponses définitives à une grande partie de ces importantes questions.

L'homme et les animaux supérieurs jouissent de la faculté remarquable de conserver une température propre sensiblement indépendante des variations survenues dans le milieu ambiant. Ce fait a, de tout temps, attiré fortement l'attention des observateurs. Nous pourrions vous montrer dès aujourd'hui, et nous vous montrerons plus tard comment chacune des grandes doctrines qui ont successivement régné en médecine s'est préoccupée de la question de la chaleur animale et a essayé de la faire rentrer dans le cercle de ses explications. Vains efforts ! La vérité échappait toujours à ces tentatives qui n'avaient pas l'expérience pour base. Dans son grand travail sur la combustion, Lavoisier découvrit les véritables sources de la chaleur animale ; il prouva qu'elle est due à l'action de l'oxygène sur les matériaux du sang. Aujourd'hui les physiciens et les chimistes marchent tous dans cette voie féconde ; les idées de Lavoisier ne rencontrent plus que de rares et impuissants contradicteurs ; les découvertes s'accumulent dans cette direction ; chaque jour nous apporte la réponse à quelque difficulté réputée insoluble ; et, grâce à tant d'efforts, grâce surtout à l'emploi des méthodes rigoureuses de la physique et de la chimie dans l'exploration des phénomènes de la vie, il nous est permis d'espérer que bientôt la théorie de la calorification devra être considérée comme une des parties les plus positives de la physiologie.

Nous trouverons aussi, dans l'étude des actions moléculaires des corps, des faits d'une haute importance et bien propres à jeter de vives lumières sur les problèmes les plus complexes et les plus obscurs de la vie organique. Quand on sait, en effet, que, pour modifier la composition d'une dissolution saline, il suffit de la faire pénétrer par imbibition dans une masse de matière poreuse inerte ; quand on voit la simple interposition d'une membrane organique et même de certaines cloisons minérales entre deux liquides miscibles annihiler immédiatement toutes les lois de l'hydrostatique et déterminer des courants de sens prévu capables de surmonter des pressions considérables ; quand on rapproche tous ces faits de l'ascension de la séve dans les végétaux, de la circulation des vaisseaux lymphatiques, et des échanges continuels de liquides opérés entre la surface libre des muqueuses et la cavité des vaisseaux qui rampent dans leur épaisseur, il est impossible de ne pas être frappé des puissantes analogies qui rattachent l'histoire de l'exhalation et de l'absorption à celle de la capillarité et de l'endosmose. Repousser ou seulement négliger ces rapports, ces connexions étroites, serait évidemment se jeter dans une voie qui, loin de conduire à la vérité, ne servirait qu'à égarer les observateurs et à frapper leurs efforts de stérilité.

Les matières féculentes, les matières grasses, les matières azotées neutres forment la base de notre alimentation ; aucune d'elles, cependant, ne peut, sans des modifications préalables, obéir aux forces de l'absorption et pénétrer dans le torrent circulatoire. La chimie vous a appris que, sous l'influence des ferments de l'économie, les fécules insolubles se transforment en sucres solubles et absorbables ; elle vous a dit où, quand et comment les matières azotées neutres gonflées, ramollies, dissoutes, passent à travers les parois des vaisseaux pour aller réparer nos organes ; elle vous a appris que le suc pancréatique jouit de la propriété d'émulsionner les matières grasses et de les rendre aptes à pénétrer dans les dernières ramifications des chylifères. Nous ne voulons pas ici passer en revue toutes les sécrétions de l'économie, ni vous montrer les grandes lumières répandues par la chimie sur la composition des liquides sécrétés et sur l'origine des produits qu'ils renferment ; mais nous devons vous rappeler que la plus importante fonction du foie était inconnue, quand un jeune physiologiste vint annoncer, démontrer que le sang de la veine porte pénètre dans le tissu de cette glande chargé des matériaux de la digestion et en sort riche en matières sucrées. Il nous est impossible de ne pas vous dire que cette découverte est une conquête de l'application de la chimie aux sciences médicales. Partout, en effet, ou presque partout du moins, vous rencontrerez dans l'économie des substances qui réagissent chimiquement les unes sur les autres. Ici elles subissent des modifications successives, contribuent pour leur part au jeu des diverses fonctions, deviennent partie intégrante de nos tissus ; là, au contraire, elles se séparent de la trame vivante, et sont expulsées au dehors comme matériaux inutiles, parce qu'elles ont atteint le dernier terme des transformations qu'elles devaient parcourir pour contribuer à l'entretien de la vie. Ce peu de mots sur l'importance des applications de la chimie à la physiologie nous suffit ; un autre que nous sera appelé à développer devant vous cette belle thèse, il le fera avec toute l'autorité de la haute position qu'il a su conquérir dans la science.

Puisque l'occasion s'en présente, disons que la Société d'hydrologie ne pouvait venir plus à point ; on en sera réjoui en beaucoup d'endroits de la France, et les rives du Rhin allemand bondiront comme des béliers, *sicut arietes*. C'est que les eaux minérales sont en grande faveur dans le monde comme auprès des savants, et elles en sont dignes. On ne peut nier qu'il n'y ait là un fort beau sujet d'études et une précieuse ressource thérapeutique. C'est ce qu'a exposé, mieux que nous ne pourrions le faire ici, M. le professeur Boyer, de Montpellier, dans un discours prononcé à Toulouse à l'ouverture d'une société semblable. Nous ne sommes pas dans les secrets des hydrologues ; mais il nous semble qu'un jour ou l'autre un lien étroit devra réunir ces sociétés et celles qui pourraient naître encore. Ce serait le moyen de fortifier cette entente dont nous parlions à l'instant, et d'assurer davantage les bienfaits de l'innovation.

— Quelque fidèle que vous soyez, cher confrère, à votre zélée GAZETTE HEBDOMADAIRE, vous n'êtes pas sans savoir ce qui se dit ailleurs, et les querelles homériques qui s'élèvent parfois dans les régions agitées du journalisme. Le pire effet de ces dialogues virulents est de motiver dans les feuilles étrangères de fâcheuses remarques sur la presse médicale française. Un journal considéré de l'Allemagne contenait l'autre jour un article sévère dont nous nous garderons bien de reproduire les termes ni d'indiquer la destination. L'avertissement n'en aurait pas plus de portée ; il suffit qu'on sache qu'il est le fruit de nos guerres intestines. Venu de parties désintéressées, il n'en mérite que mieux d'être écouté. Quant à nous personnellement, qui avons été jusqu'ici et comptons rester pacifique, nous pourrions être accusé d'ingratitude si nous ne faisions savoir au moins, par la présente, à notre confrère d'outre-Rhin, que ses bonnes paroles à notre adresse ne se sont pas égarées, et que nous les avons recueillies avec une vive gratitude.

— Malheureusement, pendant qu'on prêche la paix à Berlin, on se brouille fort à Madrid. Toute la presse médicale y est en ébullition, en protestation, en révolution, pour un article publié par EL SIGLO MEDICO, lors de sa fusion avec la *Gaceta medica* (nous avons annoncé le fait, n° 17). Ce brave *Siècle* s'était permis une peccadille assez commune en d'autres pays ; il s'était proclamé un des plus importants journaux, et nanti des rédacteurs les plus superfins de toutes les Espagnes ; il avait déclaré, après boire, que toutes les classes médicales étaient représentées à son banquet de fondation. En France on tolère ces *hâbleries ;* il est singulier qu'en Espagne, d'où le mot nous est venu, la chose soit si peu tolérée. EL HERALDO MEDICO, EL PORVENIR et LA CRONICA DE LOS HOSPITALES, qui sont des feuilles très estimées, ont rédigé en commun une protestation énergique. *Le Siècle* a répondu,

Messieurs, dans la classe des poissons vous rencontrerez quelques espèces, telles que la torpille, le gymnote, le silure, etc., douées d'une faculté toute particulière. Ces animaux, poursuivis, attaqués, excités, se conduisent comme une bouteille de Leyde. La décharge électrique est pour eux un moyen de défense et aussi un moyen d'attaque contre les animaux dont ils font leur pâture. Pour vous rendre compte de cette production singulière d'électricité, vous les trouverez tous munis d'un organe spécial, variable dans sa forme et sa position, mais toujours le même au fond, remarquable surtout par la richesse de son système nerveux. Longtemps les poissons électriques n'ont été qu'un objet de curiosité : les ouvrages de physiologie s'en occupaient à peine. On était loin de soupçonner que la production d'électricité fût, comme la production de chaleur, un fait général dans l'animalité. Cependant, vers la fin du XVIII^e siècle, un anatomiste de Bologne, Galvani, découvrit le courant propre de la grenouille. Ses travaux, méconnus de son vivant, bientôt oubliés après sa mort, n'acquirent une importance réelle que lorsque Nobili, reprenant, à l'aide de son galvanomètre, les expériences de son illustre compatriote, en eût démontré surabondamment l'exactitude. Cette étude successivement perfectionnée du courant propre de la grenouille a servi de point de départ aux belles découvertes de M. Matteucci et de M. Dubois-Reymond. Ces deux physiciens ont prouvé jusqu'à l'évidence que tout muscle muni de son tendon est un élément voltaïque. Ces notions sur la production de l'électricité dans les animaux ne sont entrées que d'hier dans la science. Elles n'ont pas encore rapporté tous les fruits que nous sommes en droit d'en attendre ; mais nous pouvons dire dès aujourd'hui que cette application des méthodes physiques à l'exploration des phénomènes de la vie a ouvert aux physiologistes une voie nouvelle et inattendue qui promet, pour un avenir prochain, une ample moisson de vérités.

A côté de ce progrès de la science, nous devons vous signaler un écueil contre lequel sont venues se briser de grandes et belles intelligences. L'idée de l'identité du fluide nerveux et de l'électricité n'est pas nouvelle ; elle soutenait et poussait Galvani dans ses belles recherches sur les phénomènes électriques de la grenouille. Plus tard, les merveilles de l'électrodynamique n'ont pas peu contribué à la faire adopter par des esprits fort distingués, mais trop prompts peut-être à n'envisager les phénomènes que par les côtés qui les rapprochent, sans tenir un compte suffisant des différences qui les séparent. Les découvertes modernes sur l'électricité animale ont ranimé une doctrine qui peu à peu tendait à disparaître de la science... C'était inévitable. Gardez-vous de vous laisser entraîner trop facilement sur cette pente séduisante. Dans le cours de ces leçons, nous vous entretiendrons longuement des lois de la production de l'électricité dans les animaux, et, l'expérience en main, appuyé sur ces mêmes méthodes physiques dont on voudrait faire sortir ce qui n'y est pas, nous vous dirons : Non, ce n'est pas de l'électricité toute faite qui est apportée du cerveau à l'organe de la torpille par les nerfs qui l'animent ; non, ce n'est pas de l'électricité qui part du cerveau et circule à travers les nerfs du mouvement, quand, sous l'empire de la volonté, les muscles se contractent ; non, ce n'est pas de l'électricité qui, à la suite d'une impression produite sur nos organes par le contact d'un corps extérieur, marche vers le cerveau à travers les nerfs du sentiment pour y devenir l'occasion d'une perception. Ainsi, alors même qu'elles ne nous dévoilent pas la nature de l'influx nerveux, les méthodes physiques nous apprennent en quoi et par quoi il diffère et se distingue de l'agent fourni par la pile voltaïque, et nous servent à nous défendre contre les entraînements d'une erreur dangereuse.

Envisagée non plus comme prenant naissance dans l'animal lui-même au milieu des actes si complexes et si variés de la vie, mais comme simple moyen de recherche, l'électricité est, entre les mains des physiologistes, un instrument très puissant et très précieux pour analyser et mettre en lumière les fonctions spéciales de quelques unes des parties de l'économie. Les *électrisations localisées* ont permis d'étudier directement sur l'homme vivant l'action propre de chaque muscle, en le faisant contracter seul pendant que les muscles voisins restent à l'état de repos. Aidé de ce puissant moyen d'investigation, un des plus éminents physiologistes de l'école de Paris, M. Longet, a poussé l'étude des fonctions du système nerveux au delà des limites que n'avait pu franchir avant lui la physiologie expérimentale. Embrassant dans ses recherches les centres nerveux, les troncs qui en émanent avec leurs racines d'origine, les nerfs du mouvement, ceux de la sensibilité générale, ceux qui président aux diverses sensibilités spéciales, les nerfs de la vie organique comme ceux de la vie de relation, il a pu assigner à chacune des parties de ce vaste système sa véritable fonction, il a découvert les lois suivant lesquelles disparaît l'excitabilité dans les nerfs moteurs séparés des grands centres. Appuyé sur ce bel ensemble d'expérimentations, il a pu résoudre la question si longtemps controversée, si obscure avant lui, de l'excitabilité propre, directe, de la fibre musculaire dépouillée du filet nerveux qui, pendant la vie, lui transmet les ordres de la volonté.

Après ce rapide coup d'œil jeté sur quelques unes des fonctions de l'économie, vous n'accuserez pas Cuvier d'exagération, et vous comprendrez bien toute la portée de ses paroles, quand vous lirez dans son magnifique rapport sur les progrès des sciences :

« Le physiologiste fermerait volontairement les yeux à la lumière, » s'il refusait d'admettre l'influence des lois physiques dans les fonc- » tions vitales. »

Messieurs, pour qu'il ne subsiste entre nous aucune équivoque, pour que notre pensée vous soit bien claire, pour que vous ne soyez pas tentés de nous prêter des doctrines que nous repoussons de toutes nos forces, permettez-nous d'ajouter un mot. Oui, dans l'accomplissement de toute fonction de l'organisme vivant, nous rencontrons l'intervention nécessaire des lois de la mécanique, de la physique ou de la chimie ; mais, hâtons-nous de le proclamer, il n'est pas une seule de ces fonctions qui rentre tout entière dans le domaine exclusif de ces sciences. En dehors de ces actions méca-

---

mais de manière à tout gâter. La brouille dure encore. Curieuse étude de mœurs pour nous autres, qui en entendons souvent de plus cruelles, sans faire autre chose qu'en rire. Il paraît que nous sommes terriblement blasés !

— Voici pourtant un fait susceptible d'affecter désagréablement une sensibilité même très racornie. Point n'ignorez l'habile parti que certains dentistes ont jadis tiré de l'inhalation de l'éther et du chloroforme. Vous saurez que l'esprit de ces messieurs n'a pas baissé depuis cette époque. Ils ont toujours, comme disait Tallemant, l'*honneur* de piper le public. Cette fois, c'est à propos de l'inhalation locale dont nous vous avons entretenu récemment. Une demi-douzaine d'entre eux rendent la gencive insensible juste et exclusivement au point où est fixée la dent à extraire. Le plus curieux de l'expérience est que le chloroforme, introduit dans la bouche par un tuyau, ne s'absorbe pas, ne passe pas dans les voies respiratoires, n'endort pas, et est assez bien appris pour rester sagement au lieu où le place l'opérateur ; et là, il opère à coup sûr cette anesthésie que les chirurgiens des hôpitaux cherchent en vain dans d'autres parties du corps.

Nous vous donnons le conseil amical, cher confrère, d'ajouter foi à cette histoire, et, du même coup, à celle du fœtus-poisson mis au monde tout récemment dans un faubourg de Paris. Il n'y a pas moyen de douter du fait ; il a été constaté, assure le journal, par M. P. Dubois. Ce monstre est mort au bout de peu de jours, et l'on n'a pas su pourquoi. Nous sommes en mesure de vous le dire. Moquez-vous bien ensuite de l'ignorance des gens. On a négligé de mettre le fœtus-poisson au fond d'un baquet rempli d'eau ; on l'a laissé tout bêtement à l'air : d'où vient qu'il s'est pâmé. Il faut n'avoir jamais pêché à la ligne pour ignorer ces premiers éléments d'histoire naturelle.

Sur ce, agréez, cher confrère, etc.

A. DECHAMBRE.

M. Scrive, ancien professeur à l'hôpital d'instruction militaire de Lille, est désigné comme médecin en chef de l'avant-garde qui doit prochainement partir pour l'Orient.

— Les Sociétés médicales d'arrondissement ont nommé des délégués chargés de demander au gouvernement des mesures répressives contre le charlatanisme.

niques, physiques ou chimiques, vous rencontrerez dans toute fonction un groupe de phénomènes qui échappent complétement aux lois connues qui régissent la matière morte.

Placez en face de votre œil un objet éclairé : les rayons lumineux arriveront à la surface de la cornée, pénétreront dans l'intérieur de l'organe, iront former une image sur la rétine. Le physicien pourra suivre leur marche, vous dire comment la courbure des surfaces et la nature des milieux transparents traversés influent sur leur direction, assigner avec précision le lieu, la position et l'étendue de l'image formée ; il pourra déterminer les conditions expérimentales de la netteté de l'image, malgré les variations de distance de l'objet, et de l'absence de coloration étrangère, malgré les réfractions successives et nombreuses des rayons lumineux ; il vous dira encore à quelles conditions doivent satisfaire les axes des yeux et les images elles-mêmes, pour que, avec deux images, deux impressions reçues, vous ne perceviez qu'un objet extérieur ; pour que l'impression produite par deux images planes vous permette de juger du relief des corps. Mais là s'arrêtent les notions que peut vous fournir la physique générale ; et cela ne suffit pas cependant pour constituer une théorie complète de la vision. Tous ces phénomènes peuvent exister, ils existent en réalité chez un amaurotique, sans que l'objet extérieur soit perçu. Ce ne sont là que les actes préliminaires de la vision ; pour qu'elle s'achève, il faut que l'image produise une impression sur la rétine, que le nerf optique la transmette au cerveau, qu'il se passe en nous un acte de perception. Voilà une série de phénomènes, et vous en trouverez d'analogues dans toutes les fonctions de l'économie, qui ne rentrent dans aucune des lois connues de la physique, qui sont caractéristiques de l'état de vie et nous révèlent l'existence d'un ordre particulier de forces que, sous peine de tout confondre, nous devons conserver dans la science de l'homme sous le nom de *forces* ou *propriétés vitales*. Ne l'oubliez donc pas, avec de la mécanique, de la physique ou de la chimie, vous ne ferez jamais l'histoire complète d'une fonction, quelque simple qu'elle vous paraisse. Dans l'état de vie, tout phénomène nécessite le concours des forces vitales et des forces mécaniques, physiques ou chimiques; pour le comprendre dans son ensemble, dans toute son étendue, dans tous ses rapports, il faut savoir l'envisager tour à tour de chacun de ces points de vue.

Sans doute les sciences tendent vers l'unité de principe, et nous devons incessamment travailler à diminuer le nombre de ces causes, de ces forces, de ces agents généraux au delà desquels nous ne pouvons pas remonter. Partout où les lois de succession des phénomènes sont les mêmes, nous devons, sans hésiter, conclure que la cause est la même, qu'une seule force suffit pour produire l'ensemble des faits observés. Ainsi l'électricité statique et l'électricité dynamique, quoique plus immédiatement en rapport avec des groupes distincts de phénomènes naturels, sont rapportées par tout le monde à l'action d'un même agent se manifestant dans des circonstances différentes. Ainsi le magnétisme, si longtemps étudié comme une force spéciale ayant ses lois particulières, tend à rentrer dans le domaine de l'électricité, parce que les lois des phénomènes magnétiques et celles des phénomènes électriques marchent vers une identité de plus en plus complète. Mais aussi, partout où les faits obéissent à des lois distinctes, gardez-vous de les rapporter à l'action d'une cause unique. Loin de travailler au progrès de la science, vous ne feriez ainsi que l'embarrasser inutilement dans sa marche et semer la confusion autour de vous. Or, dans l'étude des organismes vivants, vous rencontrez des phénomènes qui ne rentrent ni dans les lois de la mécanique, ni dans celles de la physique, ni dans celles de la chimie. Dans les propriétés des corps inertes, il n'y a rien qui, de près ou de loin, puisse être comparé à la *contractilité*, à l'*excitabilité*, à la *sensibilité*. Fidèles aux vrais principes de la philosophie naturelle, vous devez en conclure que les forces mécaniques, physiques et chimiques ne régissent pas tous les actes qu'accomplit l'être vivant. Et c'est en vue de ces actes spéciaux obéissant à des lois spéciales, que vous devez logiquement admettre dans tout organisme l'existence et l'action de forces spéciales.

Si nous sortons de la considération des fonctions en particulier pour envisager l'être vivant dans son ensemble, nous rencontrerons des faits de même ordre et sur une bien plus grande échelle. L'animal naît, se développe et meurt soumis aux influences créées autour de lui par les variations incessantes des conditions physiques de l'atmosphère qui l'enveloppe de toute part ; profitant de celles dont l'action est bienfaisante, se garant, derrière les abris naturels ou derrière ceux que lui fournit son industrie, de celles dont l'action pourrait lui devenir nuisible, fatale. La vie entière se résume ainsi, non pas, comme on l'a trop répété et comme on le dit encore tous les jours, en une lutte soutenue contre les agents extérieurs, mais en un effort incessant pour établir l'harmonie entre les conditions de chaque organisme et les circonstances du milieu ambiant. L'histoire des révolutions du globe, la paléontologie tout entière, l'étude de ce qui se passe tous les jours autour de nous, proclament hautement cette harmonie comme la condition essentielle de l'existence des êtres organisés à la surface de la terre. Partout où les circonstances extérieures la rendent impossible, au sommet des hautes montagnes, dans les régions glacées du pôle, au milieu des sables brûlants de l'équateur, la vie s'éteint et disparaît ; là où elle est trop instable et trop précaire, la vie elle-même languit et ne se montre plus, pour ainsi dire, qu'exceptionnellement : c'est là seulement où cette harmonie est complète et respectée, que l'être organisé se développe en liberté, jouit de toute sa force et de la plénitude de la vie. Hors de là, c'est-à-dire dans la lutte ouverte contre les agents extérieurs, il n'y a que désordre, maladie, mort et destruction. Nous devons donc nous attendre à trouver, dans le mode et l'intensité du développement organique des plantes et des espèces animales, des traces profondes de ces influences climatériques et météorologiques auxquelles rien ne saurait les soustraire.

Comparez les populations du midi à celle du nord, tout, dans leur alimentation, dans leurs habitudes, dans les contours extérieurs et le développement proportionnel des diverses parties de leur corps, dans la rapidité variable du passage de l'enfance à l'état adulte, tout traduira clairement à vos yeux les conditions si différentes de température et de lumière ambiante au milieu desquelles elles vivent. La plante développée dans l'obscurité ne ressemble en rien, ni par le port, ni par la couleur, ni par la texture, ni par les propriétés, à celle qui croît en pleine campagne. Il a suffi à Edwards de priver des têtards de la lumière solaire pour les arrêter dans leurs transformations organiques. Cette influence si profonde de l'insolation est longtemps restée un mystère ; aujourd'hui elle n'a plus rien qui doive nous étonner. Les expériences daguerriennes et les recherches qu'elles ont suscitées de toutes parts nous ont appris que la radiation solaire n'est pas seulement un agent d'éclairement et d'échauffement : nous savons que c'est aussi un agent chimique d'une grande puissance. C'est donc en hâtant ou ralentissant les actions chimiques en raison de son intensité même, que l'insolation agit d'une manière si marquée sur le développement organique des plantes et des animaux.

Depuis longtemps on sait que les plantes ne croissent pas indifféremment sous toutes les latitudes, et que leur distribution géographique dépend surtout de la température moyenne des diverses régions du globe. Mais on était loin de soupçonner qu'il y eût entre la quantité de chaleur reçue par une plante et le temps nécessaire pour son évolution complète des connexions aussi intimes que celles dont M. Boussingault nous a révélé l'existence dans son beau travail d'économie rurale. Ce savant a étudié la culture des céréales dans des localités aussi différentes que Santa-Fé de Bogota, l'Alsace et l'Égypte ; il a prouvé que le nombre des jours qui s'écoulent entre le commencement de la germination et l'époque de la maturité est en raison inverse de la température moyenne des lieux pendant toute la durée de la végétation. En sorte qu'une même plante cultivée dans des positions géographiques diverses reçoit toujours une même quantité de chaleur pour passer de l'état de semence, de graine, à l'état de végétal complet donnant des fruits mûrs (1).

(1) Indication du nombre de jours que nécessite la culture de l'orge, et de la température moyenne pendant la culture de cette céréale :

A Santa-Fé,	122	jours,	+ 14°,7.
En Alsace,	92	—	+ 19°.
En Égypte,	90	—	+ 21°.

L'influence de la température ambiante sur le développement des animaux se traduit par des faits de même ordre. Nous ne voulons pas, dans ce moment, creuser plus profondément ce sujet ni fatiguer votre attention par des détails qui seront mieux placés dans une autre partie de ce cours ; nous nous contenterons aujourd'hui de vous rappeler la phrase dans laquelle Haller a si merveilleusement caractérisé le rôle joué par la chaleur dans les phénomènes de l'incubation et de l'éclosion.

« Calor major ovi et pulli incrementum maturat, diminutus idem » retardat. — In Indiâ Bombyx excluditur vigesimo-octavo die, in » Angliâ die quadragesimo. — De ovis ipsis pulli seriùs hieme pro» deunt, in Antillis insulis celeriùs. »

Encore un fait emprunté à la physiologie générale. Rapproché des faits précédents, il suffira sans doute pour bien vous faire comprendre comment la science moderne, en pénétrant plus profondément dans la composition intime des êtres organisés, a pu analyser avec plus de soin les conditions essentielles de leur développement, et déterminer avec plus de succès la vraie signification de leurs rapports avec les grands agents extérieurs. L'azote est nécessaire à la constitution des organismes vivants, mais ce n'est pas sous forme de corps simple, c'est sous forme d'ammoniaque que cet élément doit être présenté aux plantes pour que l'assimilation devienne possible. Or, si vous vous pénétrez bien de ce fait, que tout éclair échangé entre deux nuages fortement électrisés, par cela seul qu'il traverse une masse d'air chargé d'humidité, doit produire et produit en réalité de l'azotate d'ammoniaque, comme le démontre l'analyse des pluies d'orage; si vous vous rappelez en outre que, dans la zone intertropicale, la permanence des orages est telle qu'un observateur placé à l'équateur, s'il était doué d'organes assez sensibles, entendrait continuellement le bruit du tonnerre, vous comprendrez que les terres situées entre les tropiques doivent recevoir annuellement de l'atmosphère une quantité énorme d'engrais, et vous aurez saisi une des causes les plus importantes de leur belle végétation. De ce point de vue, fourni par la science, là où vous ne seriez tentés de chercher que lutte et désordre, vous trouverez harmonie et concours de toutes les forces de la nature vers un même but. Les grands orages dont l'atmosphère est le théâtre cesseront de jouer à vos yeux le rôle exclusif de fléaux dévastateurs pour vous apparaître comme des éléments essentiels au maintien de l'organisation et de la vie à la surface de notre globe.

Messieurs, du terrain de la physiologie passez à celui de la pathologie : considérez les maladies dans leurs modes de production et de manifestation, ou même dans les moyens thérapeutiques employés pour les combattre, et toujours et partout vous apparaîtra, avec la même évidence, la nécessité de tenir compte des influences physiques. Rappelez-vous ces affections thoraciques, complications redoutées des fièvres graves, qui se montrent surtout alors que la vie est atteinte dans ses sources les plus cachées, et que les forces de l'organisme sont insuffisantes pour le travail d'une réaction salutaire; l'influence de la pesanteur est tellement évidente en cas pareils, que tous les pathologistes se sont accordés pour leur imposer le nom de *pneumonies hypostatiques*. Le siége habituel des varices, le mécanisme de production des infiltrations séreuses, l'importance de la position dans le traitement des ulcères des membres inférieurs, le trajet quelquefois si étendu et si bizarre en apparence que suivent les collections purulentes lentement formées avant de se faire jour au dehors, traduisent l'action de causes de même genre. Est-il besoin de vous rappeler le rôle joué par l'inextensibilité des fortes aponévroses dans l'étranglement inflammatoire des parties sous-jacentes, et les larges débridements qu'on oppose avec tant de succès à ces formidables accidents? Ne savez-vous pas avec combien de précautions le praticien doit, pour ainsi dire, mesurer la lumière au malade dans les affections aiguës de l'œil, du cerveau et de ses enveloppes?

Voyez d'ailleurs combien les maladies changent de nature avec les circonstances extérieures. A Londres la population est décimée par la phthisie ; dans les possessions de l'Inde, ce sont les maladies du foie qui détruisent les milices anglaises. Aux environs de Paris, à Rambouillet, au milieu de pâturages abondants mais humides, les troupeaux de mérinos, entretenus à grands frais par le gouvernement, ont les poumons et le foie remplis d'échinocoques; à Alfort, on élève des mérinos de la même race, et chez eux vous ne trouverez pas trace de cette terrible affection. Pour vous rendre compte d'une si grande différence dans l'état sanitaire de ces deux troupeaux, vous serez obligés de remonter aux conditions différentes de sécheresse et d'humidité au milieu desquelles ils vivent.

Les phénomènes météorologiques du trimestre de juin, juillet et août 1842 furent tout à fait exceptionnels à Paris et dans les environs. Jamais le thermomètre ne s'était maintenu aussi haut pendant un aussi long intervalle de temps, et la sécheresse fut extrême. Il résulte des documents authentiques publiés par le bureau des longitudes que, pendant ce trimestre, il tomba sur Paris, en 1842, deux fois moins d'eau qu'à l'ordinaire (1). L'état sanitaire des animaux domestiques traduisit d'une manière bien frappante ces conditions météorologiques excessives. Un professeur de l'école d'Alfort signala les funestes ravages de la morve aiguë passée à l'état enzootique parmi les chevaux employés aux travaux des fortifications de Paris. Dans la Beauce orléanaise, les bêtes à laine furent décimées par une épizootie tellement meurtrière que M. Delafond, envoyé par le gouvernement pour étudier cette maladie, évalua à 50,000 le nombre des moutons qui succombèrent.

Messsieurs, l'influence exercée sur les hommes et sur les animaux par les conditions météorologiques est bien puissante; cependant vous trouverez des populations considérables, et en état de prospérité, établies sur les hauts plateaux de l'Asie et de l'Amérique et dans les plaines abaissées au niveau des mers, dans les régions équatoriales et dans les contrées situées aux environs des cercles polaires. Quelques exemples, choisis non pas dans des établissements précaires et passagers, mais dans des localités habitées d'une manière permanente, vous feront mieux sentir combien sont différentes les conditions extérieures au milieu desquelles peuvent vivre et se développer les grandes agglomérations d'hommes. A Quito, élevé de 2,904 mètres au-dessus du niveau de la mer, la hauteur moyenne du baromètre est de 583^{mm}, l'homme ne supporte donc qu'une pression de 793 grammes par centimètre carré, tandis que, dans les plaines situées sur le rivage des mers, le baromètre s'élève à 760^{mm}, et la pression supportée par l'homme est de 1083 grammes par centimètre carré. A Maracaybo (Amérique du sud), la température moyenne de l'année est de + 29°, la moyenne de l'hiver est de + 27°,8, et celle de l'été de + 29°,5 ; l'homme n'éprouve donc, dans cette contrée, qu'une différence de 1°,7 dans la température en passant de la saison la plus chaude à la saison la plus froide. A Paris, la température moyenne de l'année est de + 10°,8, la moyenne de l'hiver s'abaisse à + 3°,3, et celle de l'été monte à + 18°,1 : c'est donc déjà une différence de 14°,8 entre la température de la saison la plus chaude et celle de la saison la plus froide. Mais à Irkoutsk, capitale de la Sibérie, la température moyenne annuelle est de — 0°,2, la moyenne de l'hiver est de — 17°,6, celle de l'été de + 15°,7; voilà donc une différence énorme de 33°,3 entre les températures moyennes de la saison la plus chaude et de la saison la plus froide.

Sans doute l'homme trouve dans son industrie de grands secours pour l'aider à se maintenir et à prospérer au milieu de conditions aussi diverses; mais, ne l'oubliez pas, c'est surtout à la richesse de son organisation qu'il doit la faculté remarquable d'échapper à cette espèce de localisation géographique à laquelle les plantes et les mammifères eux-mêmes sont soumis. A chaque climat, en effet, correspondent des espèces botaniques et des espèces zoologiques spéciales. Aussi, malgré tous les soins dont on les entoure dans les serres et dans les ménageries, combien est précaire et languissante l'existence des plantes et des animaux transportés des pays intertropicaux dans nos régions tempérées! C'est ce qui a fait dire à Buffon dans son magnifique langage :

« Comme tout est soumis aux lois physiques, que les êtres même » les plus libres y sont assujettis, et que les animaux éprouvent

(1) Trimestre de juin, juillet et août :

	1841.	1842.	1843.
Température moyenne,	+ 16°,67.	+ 20°,75.	+ 17°,83.
Quantité d'eau tombée,	18^{cm},857.	7^{cm},099.	16^{cm},484.

» les influences du ciel et de la terre, il semble que la nature, pour » mettre plus de rapport et d'harmonie dans ses productions, a » fait le climat pour les espèces ou les espèces pour le climat. »

L'homme seul vit et se développe partout où la terre peut être travaillée et lui fournir des moyens de subsistance. Cependant ce n'est jamais impunément que l'habitant de nos climats tempérés émigre vers les régions équatoriales ou vers les contrées du nord ; l'acclimatement présente toujours de grandes difficultés.

Nous ne voulons pas parler des différences survenues dans la pression atmosphérique ; dans les limites que nous avons précédemment signalées, tout se réduit à une question d'équilibre entre la tension des gaz dissous dans le sang et la pression exercée par les gaz extérieurs. Cet équilibre s'établit toujours avec facilité et sans danger, à moins de lésion organique grave préexistant du côté des organes pulmonaires. C'est surtout la différence de température qui joue un grand rôle dans la question de l'acclimatement. L'homme, en effet, à quelque hauteur et sous quelque latitude qu'il établisse sa résidence, doit toujours maintenir et maintient en réalité sa température propre entre 37 et 38° centigrades. Or, la chaleur produite dans l'organisme résulte en entier de l'action de l'oxygène introduit par la surface pulmonaire sur les matériaux combustibles incessamment versés par la digestion dans le torrent circulatoire. Il faut donc, de toute nécessité, que l'activité pulmonaire et la nature de l'alimentation soient modifiées selon les climats de manière à compenser les pertes de chaleur dues elles-mêmes à l'état thermique du milieu ambiant. Vous comprenez sans peine quelle profonde perturbation un tel changement de régime doit introduire dans le jeu de toutes les fonctions de l'économie.

La climatologie doit donc occuper une place considérable dans l'éducation du médecin ; la physique seule peut vous fournir les éléments de cette étude. C'est dans les ouvrages des physiciens que vous devez aller chercher la détermination exacte des lignes isothermes ; c'est à leurs travaux que nous devons quelques connaissances positives sur la position et le trajet des lignes isothères et isochimènes. Dans l'étude du climat, en effet, la température moyenne n'est pas tout, nous oserons même dire que, pour le médecin, et dans certaines limites, ce n'est pas la notion la plus importante. L'élément principal par lequel le climat agit sur l'homme, c'est la constance ou la variabilité de sa température. La physique peut seule vous apprendre les conditions de position géographique qui, sous la même latitude, rendent tel climat constant et tel autre excessif. C'est aux grands tableaux d'observations recueillies par les physiciens que vous devrez toujours recourir quand vous aurez à résoudre de semblables questions ; questions bien importantes, puisque souvent du parti que vous aurez adopté dépendra la vie des malades ou des convalescents auxquels vous conseillerez des voyages lointains.

Vous le voyez, de quelque côté que nous portions nos regards, que nous l'envisagions dans l'état de santé ou de maladie, toujours l'être organisé se montre à nous soumis à l'influence des agents extérieurs. Proclamée dans les temps anciens par le père de la médecine, cette vérité a traversé les âges et rencontre tous les jours de nouvelles et éclatantes confirmations dans les découvertes dont s'enrichit la science moderne. Cessons donc de nous consumer en luttes stériles, cessons de disputer sur la question de savoir si la mécanique, la physique et la chimie peuvent rendre des services à la médecine. Les faits ont parlé, sachons nous soumettre à leur suprême autorité. Le médecin doit reconnaître aujourd'hui que la matière, avec toutes ses propriétés, joue un rôle important dans les phénomènes de la vie. Pour explorer avec fruit les mystères de l'organisation, il faut savoir être tour à tour mécanicien, physicien, chimiste et vitaliste ; il faut, en un mot, être un véritable physiologiste. Cette vie, que nous nous efforçons tous de comprendre, qui est le but constant de nos travaux, nous ne pouvons la saisir que dans les phénomènes qui la caractérisent, et ces phénomènes, pour une grande part, relèvent des lois de la mécanique, de la physique et de la chimie.

Ainsi se trouve définie la tâche que nous avons à remplir dans cette enceinte. Professeur dans une faculté de médecine, chargé de parler à un auditoire qui doit, avant tout, être préoccupé de la science de l'homme, nous ne devons pas chercher à vous présenter un tableau complet de la physique générale. Nous devons bien plutôt, guidé par nos connaissances anatomiques, physiologiques et pathologiques, chercher dans cette science les principes qui peuvent contribuer à éclairer les phénomènes de la vie, et en faire avec vous une étude approfondie. Aujourd'hui, dans cette première entrevue, préoccupé du besoin de vous faire sentir l'importance des considérations empruntées à la physique dans l'étude de la science de l'homme, nous avons dû entrer dans le domaine de la physiologie et de la pathologie, y chercher des preuves à l'appui de la thèse que nous avions à développer devant vous. Nous vous avons montré que les agents chimiques, mécaniques et physiques interviennent sans cesse dans l'histoire des êtres organisés ; creuser plus profondément ce terrain, tenter de vous apprendre comment ces influences agissent sur l'économie, pour favoriser ou contrarier le jeu normal des fonctions, serait sortir de notre sujet. Il nous suffit de vous avoir signalé la nécessité de tenir compte des actions physiques dans les phénomènes de la vie, de vous avoir démontré que, dans tout problème relatif aux êtres organisés, il y a des éléments physiques indispensables à connaître pour arriver à une bonne solution. Nous devons nous borner à vous enseigner les moyens d'apprécier ces éléments, de les isoler, de les mesurer. Il ne nous appartient pas de vous faire des leçons de physiologie ni de pathologie, nous devons seulement vous apprendre à faire concourir les données de la physique générale à l'étude de ces deux belles sciences, et à démêler le rôle que jouent les agents extérieurs dans l'accomplissement des fonctions de l'économie. Ainsi vous comprendrez comment l'histoire des êtres organisés se rattache, par d'étroites connexions, à celle de la matière morte, et pourquoi les médecins, dans leurs recherches, ne doivent jamais s'écarter de la méthode féconde et sévère dont l'application a produit de si merveilleux résultats dans les sciences physico-chimiques. Avant de nous séparer, permettez-nous de fixer un instant votre attention sur les principes généraux de cette méthode, considérée du point de vue spécial de notre enseignement.

Messieurs, en physique, comme d'ailleurs dans toutes les sciences d'observation, nous ne pouvons jamais constater directement que des faits, des phénomènes, c'est-à-dire des changements survenus dans l'état, les conditions ou les propriétés des corps, et ces changements sont eux-mêmes des mouvements ou les effets d'un mouvement. Cependant il ne suffit pas au physicien de découvrir, de constater des faits, de les éloigner ou de les rapprocher suivant leurs différences ou leurs analogies pour en former des groupes distincts ; il doit, dans chacun de ces groupes, déterminer les lois de production des phénomènes, et chercher à relier ces groupes eux-mêmes par des rapports plus généraux qui deviennent alors les lois réelles de la force, de l'agent, de la cause dont les faits particuliers traduisent l'action. S'élever de la constatation des phénomènes à la détermination de leurs causes, tel est le but réel de la physique ; et pour l'atteindre, nous possédons deux moyens d'investigation puissants sur lesquels repose l'édifice tout entier des sciences modernes, l'observation et l'expérience servant tour à tour de point de départ et de contrôle au travail intellectuel de l'homme.

Faire une observation, c'est étudier un phénomène tel qu'il se présente, chercher à déterminer ses relations avec ceux qui l'ont précédé et ceux qui le suivent, sans intervenir soi-même d'une manière active dans les circonstances de sa production et de sa manifestation. Mais l'action simultanée des grands agents de la nature crée autour des phénomènes du monde extérieur un tel concours d'influences diverses qu'il est très difficile, et souvent même impossible, de faire à chacune d'elles la part réelle qui lui revient. Cette complication vous explique comment, dans le plus grand nombre de cas, la simple observation est insuffisante pour nous conduire à la connaissance des lois de la nature, pourquoi il devient alors indispensable de recourir à l'expérience.

Faire naître un phénomène dans des circonstances telles que toutes les influences indifférentes à sa production soient écartées, que toutes celles qui pourraient contrarier, enrayer, masquer l'ac-

tion de l'agent dont il dépend soient détruites ou du moins neutralisées avec soin, ramener ainsi le problème à sa plus grande simplicité en ne laissant en présence que deux éléments dont l'un soit l'effet et l'autre la cause productrice, tel est l'art de faire une expérience. Toutes les fois que les faits se passent dans notre sphère d'activité et que d'ailleurs ils sont de nature à se prêter à une semblable simplification, nous devons nous hâter de substituer l'expérience à l'observation.

Mais ces causes, que nous cherchons à déterminer, nous ne pouvons les saisir que dans leurs effets, dans les phénomènes du monde extérieur qui traduisent leur action. Fidèle à la méthode expérimentale, le physicien fait varier successivement et isolément chacune des circonstances qui concourent à la production des faits soumis à son étude pour mieux apprécier l'influence de chacun de ces éléments. Quelques exemples suffiront pour dissiper les obscurités que cette exposition aurait pu laisser subsister dans vos esprits. Le physicien prend tantôt des tubes capillaires de même diamètre intérieur avec des épaisseurs de parois différentes, tantôt des tubes capillaires de même épaisseur de parois avec des diamètres intérieurs différents; dans chaque cas particulier, il mesure la hauteur de la colonne d'eau soulevée, et, de la comparaison des résultats obtenus, il déduit les rapports suivants : la hauteur de la colonne d'eau soulevée dans un tube capillaire est indépendante de l'épaisseur des parois et en raison inverse du diamètre intérieur. Il détermine le point d'ébullition d'un même liquide soumis à des pressions variables, et établit ainsi ce rapport : un liquide bout quand la tension de sa vapeur peut faire équilibre à la pression qu'il supporte. Il maintient à une distance constante deux corps, l'un mobile et l'autre fixe, chargés de quantités d'électricité variables et connues ; il place à des distances variables et connues aussi ces deux mêmes corps chargés d'une quantité constante d'électricité; à l'aide de la balance de torsion, il mesure, dans chaque cas particulier, l'intensité de l'action que ces deux corps exercent l'un sur l'autre, et de ses expériences il déduit les rapports suivants : les attractions et les répulsions électriques sont en raison inverse du carré des distances, et en raison directe du produit des charges électriques. Il fait varier tour à tour la longueur, le poids tenseur, le diamètre d'une corde métallique, il compte, dans chaque cas, le nombre des vibrations transversales exécutées dans l'unité de temps, et, des résultats ainsi obtenus, il déduit les rapports suivants : le nombre des vibrations transversales exécutées par une corde tendue est en raison inverse de la longueur et du diamètre de la corde, et en raison directe de la racine carrée de son poids tenseur.

Ces rapports ainsi établis ne sont que les lois de production des phénomènes; mais, en vertu du principe de la proportionnalité des effets et des forces, nous pouvons dire aussi que ces rapports sont les lois de l'action de la force, de l'agent, de la cause qui les produit. Au moyen de cette étude, l'observateur classe les faits dans des catégories de phénomènes soumis aux mêmes lois, il établit la *théorie physique* de chaque groupe, ou *les lois partielles* de l'agent général. Ainsi, en optique, nous avons comme lois partielles de la lumière les diverses théories physiques de la réflexion, de la réfraction simple, de la dispersion, de la double réfraction, de la polarisation, etc., etc.

Ces *théories physiques*, ces *lois partielles*, ne sont que la traduction des divers modes d'action d'un agent unique; elles doivent avoir un lien commun; elles ne sont, en réalité, que les corollaires d'une loi unique, véritable et complète expression de la force elle-même. Ce n'est plus ni par l'observation ni par l'expérience directe que le physicien peut s'élever à la découverte de cette loi; le raisonnement seul peut l'y conduire. La comparaison des lois partielles, déduites de ses expérimentations, lui sert à faire une *hypothèse* sur la cause unique des phénomènes observés. Cette *hypothèse*, pour être utile, doit d'abord comprendre toutes les lois partielles dont elle a été déduite, et rendre compte, d'une manière rigoureuse, de tous les faits connus. Tant qu'elle ne satisfait qu'à cette condition, l'*hypothèse* ne peut et ne doit être admise qu'à titre de *système*, de moyen commode, mais *peut-être artificiel*, de relier entre eux les faits particuliers. Du moment, en effet, où la science s'enrichit de nouvelles lois partielles qui ne rentrent pas dans l'*hypothèse* proposée, elle doit être rejetée et remplacée par un nouveau *système* plus complet, plus en harmonie avec l'état des connaissances acquises. En optique, par exemple, longtemps le *système de l'émission* a régné par cela seul qu'il rendait compte de tous les faits connus; les découvertes modernes ayant démontré son insuffisance, il fut, avec raison, remplacé par l'*hypothèse des ondulations*, qui elle-même ne fut d'abord qu'un *système*.

Pour qu'une *hypothèse* de ce genre cesse d'être un *système*, pour qu'elle prenne dans la science le rang de vérité démontrée, il ne suffit pas en effet qu'elle explique tous les faits précédemment acquis et en vue desquels elle a été imaginée, il faut encore que des faits découverts, des lois établies depuis l'institution de cette *hypothèse*, rentrent sans effort dans le cercle de ses explications; il faut surtout que, par une série de déductions logiques, elle conduise le physicien à soupçonner l'existence de phénomènes importants, inconnus jusque là, et dont l'expérience directe démontre la réalité. Après ces épreuves, mais seulement alors, le physicien possède une *théorie vraie*, une expression complète, incontestable, de l'agent qu'il étudie, une loi générale de tous les phénomènes qui en dépendent. Aussi, M. Foucault, en démontrant expérimentalement que la vitesse de la lumière diminue à mesure que l'indice de réfraction du milieu transparent devient plus considérable, n'a pas seulement enrichi la science d'une belle découverte, il a vérifié l'exactitude d'une des plus importantes indications de l'hypothèse des ondes, il a prouvé que l'ondulation de l'éther est la cause véritable des phénomènes lumineux. Au point le plus culminant de la science comme à son début, c'est donc toujours l'observation et l'expérience qui servent, ici de point de départ, là de contrôle définitif aux travaux qui ont pour but la recherche des causes réelles des phénomènes naturels.

Après ces considérations générales sur le but et le caractère de la science que nous avons mission de vous enseigner, il nous suffira de quelques mots pour vous indiquer la marche que nous suivrons dans nos leçons. C'est à l'emploi de la méthode expérimentale que la physique doit le haut degré de perfection qu'elle a atteint de nos jours; c'est aussi à cette méthode que nous irons demander la justification des principes dont le développement et les applications doivent faire la matière de ce cours. L'expérience nous servira de guide pour nous élever à la connaissance des lois générales des grands agents extérieurs, et aussi pour mettre en évidence et apprécier leur intervention dans les phénomènes de la vie; nous n'emploierons pas les mathématiques comme moyen de démonstration. Quand nous aurons recours à des considérations de cet ordre, ce ne sera jamais que pour relier entre eux, par une formule simple, les divers éléments d'une expérience, ou pour vous fournir une expression rigoureuse et facile à retenir des véritables rapports des phénomènes observés, des lois qui les régissent. Ainsi, messieurs, nous espérons imprimer à notre enseignement un caractère élémentaire qui vous permettra de le suivre sans trop d'efforts, tout en lui conservant cependant cette rigueur de démonstration qui est devenue aujourd'hui un besoin de tous les esprits et le signe distinctif de toute véritable science.

PATHOLOGIE INTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR UNE NOUVELLE COMBINAISON DE L'IODE ET SUR SON APPLICATION EN MÉDECINE, par MM. SOCQUET, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et GUILLIERMOND, pharmacien, membre de la Société de médecine de Lyon.

« Monsieur le rédacteur, j'ai l'honneur de vous adresser, avec prière de l'insérer dans votre recueil, un mémoire de MM. Socquet et Guilliermond (de Lyon). Voici, en deux mots, le sujet de ce mémoire et son principal mérite :

» L'iode est à peu près insoluble dans l'eau et possède une odeur repoussante, circonstances qui en interdisent l'emploi comme médicament interne. Mais si l'on ajoute à l'eau une certaine quantité de tannin, l'iode se dissout aussitôt, et il perd, dans cette dissolu-

tion, ses propriétés caustiques et son odeur, sans perdre aucune de ses propriétés thérapeutiques.

» Les recherches de MM. Socquet et Guilliermond ont eu pour objet d'étudier moins la nature chimique de ce corps que son emploi en médecine. Ce qui les a frappés, c'est que, sous cette forme nouvelle, l'iode a beaucoup plus d'action qu'à l'état d'iodure de potassium, et ne présente aucun des inconvénients de l'iode employé directement en dilution dans une matière inerte.

» Nous le répétons, MM. Socquet et Guilliermond n'ont pas eu pour objet une étude de chimie organique ; ils ont voulu simplement introduire dans la thérapeutique un nouveau composé qui permît de mieux régler l'emploi de l'iode, et, sous ce rapport, la combinaison qu'ils proposent me paraît une innovation heureuse, digne de fixer l'attention des médecins. » G. Ville.

L'iode est un médicament qui depuis longtemps a pris dans la thérapeutique un rang qu'il ne peut perdre. Son action favorable, dans un grand nombre de maladies chroniques, est journellement proclamée par tous les médecins; c'est ainsi que les symptômes tertiaires de la syphilis, les scrofules, les tubercules pulmonaires, le rachitisme, le carreau, etc., ont été heureusement modifiés ou complétement guéris. Mais ce médicament étant très actif, on a dû rechercher quelle était la forme pharmaceutique sous laquelle il produirait tous ses effets, sans amener à sa suite des inconvénients graves. Jusqu'à ce jour, ce problème n'était point complétement résolu ; nous croyons avoir levé toutes les difficultés par la nouvelle combinaison *iodée* à laquelle nous avons donné le nom de *sirop iodotannique*.

Si l'on broie, en effet, une certaine quantité d'iode et de tannin, et que l'on verse peu à peu sur ce mélange cent parties d'eau, l'on voit bientôt l'iode se dissoudre complétement; si l'iode n'est point en excès par rapport à l'acide tannique, la solution ne laisse point paraître l'iode au papier amidonné, et il faut, pour en constater la présence, avoir recours à l'emploi du chlore ou de l'acide sulfurique. Ce phénomène démontre qu'il s'est opéré entre les deux substances une véritable combinaison chimique, puisque les propriétés de l'iode sont complétement dissimulées; au reste, une pareille combinaison ne doit pas surprendre, si l'on réfléchit que la science chimique possède des composés analogues dans l'acide phosphoglycérique et sulfo-indigotique, etc.

Cette première solution iodotannique que nous avons appelée *neutre*, parce que le papier amidonné seul n'y décèle point de traces d'iode, est susceptible de dissoudre une nouvelle quantité d'iode égale en poids à la moitié du tannin employé; nous avons appelé cette dernière : *solution iodotannique iodurée*. Ici tout l'iode n'est plus intimement combiné avec le tannin comme dans la première solution, car une goutte bleuit à l'instant le papier amidonné.

Ces solutions ont été soumises successivement à l'action : 1° de la chaux ; 2° de la gélatine ; 3° de l'acétate de plomb; 4° du calorique. Des faits que ces divers réactifs nous ont permis de constater et qui sont détaillés dans notre Mémoire, nous avons cru devoir conclure : que, pendant le contact de l'eau, de l'iode et du tannin, une partie de l'eau se décompose; qu'il se forme de l'acide iodhydrique, et qu'une portion du tannin, par suite de son oxydation, est transformée en un tannin particulier moins soluble que le tannin ordinaire. Le tannin non altéré formerait avec l'acide iodhydrique une combinaison soluble et stable que la distillation même ne saurait modifier; ce serait encore là une nouvelle analogie avec les acides copulés.

Dans les opérations que nous venons de rapporter, nous nous sommes toujours servi du *quercitannin;* mais comme l'astriction désagréable de cette substance pourrait quelquefois la faire rejeter pour son administration interne, nous avons cherché si nous ne trouverions pas dans les autres végétaux un succédané avantageux qui nous permît de l'employer plus facilement à l'intérieur; nous avons été assez heureux pour trouver dans le ratanhia à un haut degré la propriété de se combiner avec l'iode. C'est donc avec le tannin du ratanhia que nous avons préparé le sirop iodotannique, réservant le quercitannin pour l'usage externe.

Le sirop que nous avons ainsi préparé est très limpide, d'une couleur rouge magnifique et d'un goût agréable, sans aucune espèce d'arrière-goût. 30 grammes de ce sirop contiennent exactement 6 centigrammes d'iode. Nous avons toujours débuté par cette dose que nous faisons prendre en deux fois, la moitié le matin à jeun et l'autre moitié le soir au moment du coucher. Nous en avons élevé la dose jusqu'à soixante grammes par jour, ce qui faisait 12 centigrammes d'iode pur; nous n'avons jamais observé le moindre malaise par l'emploi de ce sirop à cette dose même chez des enfants de cinq ans.

Quant à la solution pour l'usage externe, c'est avec le quercitannin que nous la préparons; elle contient 5 grammes d'iode pour 100 grammes de véhicule ; nous avons employé avec succès cette solution dans des cas d'ulcérations et de granulations du col utérin, dans les gingivites scorbutiques, les ulcérations de la voûte palatine, sur les vésicatoires dénudés pour faire absorber l'iode, et nous devons dire que son application est bien moins douloureuse que celle de la pommade iodurée, employée dans les mêmes circonstances; enfin, cette solution peut servir pour les injections dans les hydarthroses, la cavité péritonéale, l'hydrocèle. MM. Barrier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et Desgranges, chirurgien-major désigné au même hôpital l'ont employée avec succès dans cette dernière affection.

Telles sont les préparations pharmaceutiques nouvelles que nous proposons pour l'administration de l'iode, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur; voici les avantages que nous devons spécialement signaler dans cette nouvelle combinaison iodotannique, surtout sous la forme de sirop :

1° Cette combinaison étant d'une solubilité parfaite se prête par cela même à un haut degré à l'absorption rapide et complète de l'iode; elle est, par conséquent très propre à développer les effets dynamiques de ce médicament;

2° La nouvelle substance avec laquelle est combiné l'iode, étant de nature végétale, se brûle peu à peu dans le torrent circulatoire. Elle laisse ainsi se dégager lentement, mais d'une manière continue, l'iode; celui-ci se présentant alors, pour ainsi dire, à l'état naissant aux organes malades réagit sur eux d'une manière douce, modérée, et ne peut jamais amener à sa suite d'accidents sérieux.

Les deux observations suivantes nous semblent démontrer que les choses se passent telles que nous venons de le dire.

M. Soubeiran n'a jamais pu retrouver, dans les urines d'un homme qui prenait, chaque jour, 1 gramme de tannin, ni du tannin, ni de l'acide gallique (*Journal de pharmacie et de chimie*, septembre 1853, page 412). C'est là une preuve péremptoire que tout le tannin a été transformé en eau et en acide carbonique sous l'influence de la respiration.

D'un autre côté, nous avons fait aussi quelques recherches sur la présence de l'iode dans les urines des malades qui prenaient notre sirop iodotannique; le papier amidonné, humecté de l'urine de ces malades et soumis à l'action du chlore ou de l'acide sulfurique, n'a décelé aucune trace d'iode. Les choses se passent tout autrement même avec 3 décigrammes d'iodure de potassium.

Ce fait nous explique pourquoi (chose importante) l'iode, dans cette nouvelle combinaison, possède à une dose peu élevée une puissance thérapeutique supérieure à celle de ses autres préparations pharmaceutiques, telles que les teintures et les divers iodures.

3° L'absorption de notre sirop iodotannique est plus facile, plus complète que celle de l'huile de foie de morue ou des diverses huiles iodées ou iodurées que l'on a proposées dans ces derniers temps.

On sait, en effet, que les substances huileuses descendent en grande partie intactes de l'estomac dans le duodénum ; là, elles sont émulsionnées par la bile ; puis elles se mêlent au suc pancréatique qui les dédouble en glycérine et en acide gras ; et ce n'est qu'après toutes ces opérations qu'elles peuvent pénétrer dans les vaisseaux chylifères; c'est ce qui résulte des belles expériences faites sur le suc pancréatique par M. Claude Bernard.

Or, il est facile de comprendre combien une telle complication de procédés, employés par la nature pour faire parvenir dans nos humeurs une quantité d'ailleurs toujours indéterminée de substances grasses, doit entraîner d'incertitude, quant aux doses réelles d'iode

qui sont absorbées. Cette incertitude disparaît lorsqu'il s'agit d'une combinaison dont l'eau seule est le véhicule; ici, en effet, aucune perte du médicament ne peut avoir lieu par les selles, toute la dose prescrite étant rapidement et facilement transmise dans nos fluides.

Le médecin connaît donc ainsi mathématiquement la quantité absolue d'iode dont il peut tirer parti, tandis qu'il ne possède que des approximations lorsqu'il a recours aux combinaisons iodées grasses et même aux divers iodures métalliques;

4° La combinaison soluble de l'iode et du tannin nous semble se rapprocher beaucoup de ce que nous rencontrons dans la nature, puisqu'il est prouvé, d'après les belles expériences de M. Chatin, qu'un très grand nombre de plantes terrestres, comme le cresson, la salsepareille, la beccabonga, etc., contiennent de l'iode, n'est-il pas probable que celui-ci y est retenu et maintenu dissous à la faveur d'une substance analogue au tannin? Le suc des plantes noircit plus ou moins avec les sels de fer, et ce qu'on appelle l'extractif ou l'apothème pourrait bien n'être qu'une espèce de tannin altéré;

5° Le sirop iodotannique que nous proposons est tout à fait défini, du moins en ce sens que, pendant sa préparation, il ne peut se faire aucune perte d'iode; nous nous sommes assurés de ce fait, en soumettant à la distillation une certaine quantité de notre solution iodotannique; la vapeur, recueillie avec soin, a fourni à toutes les époques de l'opération de l'eau aussi pure que l'eau distillée, ni acide, ni alcaline; c'est là sans doute un fait bien remarquable qui prouve combien est intime la combinaison de l'iode et du tannin. Or, on sait que les autres combinaisons iodées végétales, telles que l'iodure d'amidon soluble, sont loin d'offrir ce précieux avantage; pendant leur préparation, il s'échappe toujours une certaine proportion d'iode à l'état de vapeur, proportion qui varie, du reste, à chaque opération et qu'il est impossible de déterminer exactement; il en résulte un médicament qui ne sera jamais identique, ce qui est un immense inconvénient.

Notre sirop offre, au contraire, toujours mathématiquement la même dose d'iode, 6 centigrammes pour chaque 30 grammes de sirop.

6° Le sirop iodotannique est stable; car, après plusieurs mois, il avait conservé toute sa transparence, tout son goût agréable, et nous y avons trouvé tout entier l'iode que nous y avions introduit, *sans que celui-ci y ait subi aucune transformation chimique ultérieure.*

7° Ce sirop est agréable au goût; il est pris avec plaisir par les malades, circonstance importante quand il s'agit de faire la médecine chez les enfants et même chez certaines personnes adultes. L'iode, sous cette forme, a toujours été admirablement supporté.

8° Au surplus, le médecin pourra toujours, suivant les exigences, faire prendre l'iode à des doses cinq ou six fois plus fortes, sans aucune crainte de malaise, ce que l'on ne peut faire avec d'autres préparations, puisque sous cette forme il n'est point caustique.

M. Valette emploie avec succès la solution iodotannique dans le traitement des varices.

PATHOLOGIE EXTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE LA SOLUTION IODOTANNIQUE EN CHIRURGIE ET DE SON ACTION COAGULANTE SUR LE SANG, par M. BARRIER, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Comme complément du travail précédent, et pour rapprocher les documents relatifs à l'emploi de la solution iodotannique en médecine (voir notre dernier numéro), nous extrayons d'un travail de M. Barrier le passage suivant : A. D.

« M. Guilliermond a déjà reconnu qu'un grand nombre de principes astringents analogues au tannin et à l'extrait de ratanhia agissent sur l'iode de la même manière et le rendent soluble dans l'eau. J'ai aussi expérimenté la solution iodotannique à l'extérieur. Je l'ai employée en injections d'abord dans des fistules, suite d'abcès froids et dans l'hydrocèle, c'est-à-dire dans les cas où la teinture d'iode est devenue d'un usage vulgaire. Dans ces cas j'en ai obtenu des résultats aussi satisfaisants que si j'avais agi avec la teinture iodée. Dans l'hydrocèle, par exemple, les effets ont été absolument les mêmes : douleur vive au moment de l'injection avec irradiation dans les régions voisines, inflammation les jours suivants, sécrétion séro-plastique dans la tunique vaginale, résolution et guérison dans l'espace de vingt à trente jours.

» En songeant à l'action du tannin sur le sang, et en particulier sur l'albumine, j'ai eu l'idée d'essayer la solution iodotannique comme agent coagulateur du sang. J'ai injecté des varices et j'ai produit un caillot moins prompt à se former que par le perchlorure de fer; mais très sensible au bout de quelques heures, et accompagné, les jours suivants, d'une légère inflammation des parois veineuses. Cette inflammation, sans doute nécessaire pour que le caillot adhère aux parois de la veine, se dissipe en peu de jours, et l'on ne constate plus alors qu'un cordon dur, plein, où le sang ne circule plus et qui fournit la preuve que la varice est bien oblitérée.

» Satisfait de ce résultat, que je n'espérais pas aussi complet, j'ai cherché à me rendre compte du rôle respectif de l'iode et du tannin dans cette coagulation. Pour cela j'ai traité du sang, à sa sortie de la veine, avec deux solutions contenant la même proportion d'iode, mais une dose différente de tannin. On devait s'attendre à ce que le liquide contenant le plus de tannin coagulerait mieux le sang que l'autre; or, c'est tout le contraire que j'ai observé et fait constater à plusieurs reprises par les élèves qui suivent ma visite. C'est le liquide le moins chargé de tannin qui a donné le coagulum le plus ferme et le plus complet. Ce résultat inattendu semble montrer que l'iode exerce ici, grâce au tannin, une action très particulière et dont il ne me paraît pas facile de donner l'explication. Ne sait-on pas, en effet, que l'iode pur mis directement en contact avec l'albumine ne la coagule point, mais s'y dissout? Si, au contraire, l'iode de la solution iodotannique coagule le sang, c'est sans doute en exerçant une action spéciale sur la fibrine ou sur les globules. Il y a là une voie ouverte à des recherches intéressantes. Pour nous, ce fait a surtout de l'intérêt en nous montrant que ce liquide est capable de coaguler le sang. Cette action m'a paru assez énergique pour qu'on doive l'étudier sous ce rapport, afin de voir si la solution iodotannique ne remplacerait pas avec avantage le perchlorure de fer dont on connaît les inconvénients, dans le traitement des anévrysmes, des varices, etc. Je me propose d'approfondir ce sujet par de nouvelles recherches et de les publier si elles me paraissent dignes d'intérêt. » (*Gazette médicale de Lyon.*)

DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION, par le docteur PAUL BROCA, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

Suite. — Voir les numéros 12, 13, 16 et 21.

§ 3. RECHERCHES HISTORIQUES SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION DES TRONCS ARTÉRIELS.

Les deux observations que Charles Todd publia, en 1822, dans *The Dublin Hospital Reports*, ont acquis une grande importance depuis quelques années, à cause des discussions de priorité auxquelles elles ont donné lieu. Il est d'autant plus nécessaire de les reproduire, que le recueil où elles ont paru est fort rare aujourd'hui, surtout en France.

Le mémoire de Todd, principalement destiné à vulgariser le traitement des anévrysmes par la ligature, ne traite de la compression indirecte que d'une manière tout à fait accessoire. Après avoir relaté deux cas de ligature de l'iliaque externe, et avant de parler d'une malade à laquelle il lia l'artère humérale, l'auteur rapporte deux observations d'anévrysmes poplités guéris l'un et l'autre par

la ligature après quelques tentatives infructueuses de compression. Il paraît ignorer les travaux de ses nombreux prédécesseurs sur le même sujet, ou peut-être son silence à cet égard vient-il seulement de ce que le traitement des anévrysmes par la compression indirecte était alors pour tous les chirurgiens une notion vulgaire. Dès la première phrase, il annonce que son mémoire est écrit pour les praticiens peu expérimentés; quant aux chirurgiens habiles, ajoute-t-il, ils n'y trouveront pas grand'chose de nouveau (*but little novelty*). Ce n'est pas ainsi que parlent les novateurs. Ce préambule n'était pas de nature à flatter l'amour-propre du lecteur, et voilà pourquoi peut-être le travail de Todd passa presque inaperçu et resta ensuite oublié pendant vingt ans.

Voici d'abord le résumé des deux observations du chirurgien irlandais :

Obs. XXVI (Todd) (1). *Anévrysme poplité. — Compression essayée puis abandonnée. — Ligature. — Guérison.* — Will. Mackay, fermier, trente ans, entré le 30 juin 1820 à Richmond Surgical Hospital, pour un anévrysme du jarret droit, datant de cinq semaines, gros comme un œuf, et entièrement fluide. La pression sur le sac ou sur la fémorale fait vider entièrement la tumeur.—Repos horizontal, régime doux, quelques saignées et quelques purgatifs. On se décide à essayer la compression de la fémorale.

Todd voulait d'abord se servir d'un tourniquet ordinaire. Mais, craignant de comprimer les petits vaisseaux par l'action des courroies il fit faire *un appareil analogue au bandage herniaire crural*, mais avec un ressort beaucoup plus fort et une pelote plus volumineuse. La pelote se composait de deux plaques susceptibles de s'écarter ou de se rapprocher comme les deux lames d'un soufflet.

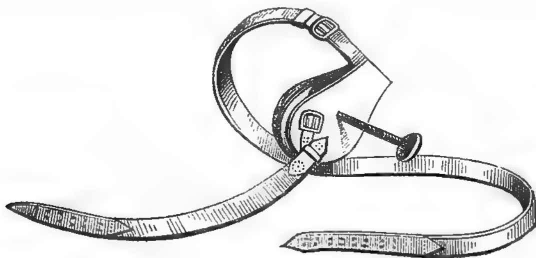


Figure 4. — Appareil de Charles Todd (*Tourniquet truss*). Cette figure est copiée dans le Mémoire de Todd, page 123.

On appliquait d'abord l'appareil comme un bandage herniaire, et on le fixait à l'aide de ses deux courroies; il ne s'agissait plus, pour comprimer l'artère que de tourner une vis disposée de telle sorte qu'elle ouvrait le soufflet et poussait par conséquent du côté des chairs la face profonde de la pelote.

« Le mécanisme et le but de l'instrument furent expliqués au malade » qui les comprit aisément et qui put, d'après les sensations qu'il éprouvait, » régler lui-même le degré de pression employé. Toutefois, après un » essai de plusieurs semaines, on ne put le convaincre de l'utilité de ce » traitement. *La tumeur avait évidemment diminué, et était devenue » plus ferme;* mais le malade prétendit que l'instrument le faisait souf- » frir et que l'isolement et le régime sévère altéraient sa santé et son » courage. »

C'est pourquoi le 1er septembre 1820, Todd pratiqua la ligature de la fémorale. Il ne dit pas à quel niveau cette ligature fut appliquée. Un très gros ganglion lymphatique hypertrophié le gêna pendant l'opération. Il arriva des accidents assez graves; néanmoins la plaie fut guérie le 5 octobre. La tumeur du jarret diminuait lentement. Le malade quitta l'hôpital le 24 décembre. Son jarret était encore roide; sa tumeur continuait à diminuer. On le revit neuf mois plus tard, il allait très bien, mais boitait encore un peu.

Obs. XXVII (Todd) (2). *Anévrysme poplité. — Compression inefficace. — Ligature. — Guérison.* — James M'Owen, ouvrier, vingt-sept ans, entré le 27 juillet 1820, à Richmond Hospital. C'est un individu athlétique, jouissant d'une santé de fer. Anévrysme du jarret gauche, datant de neuf à dix semaines, consécutif à un mouvement d'extension forcée de la jambe. La tumeur est plus grosse qu'un œuf de dinde, très pulsatile, très douloureuse, on y sent un frémissement semblable à celui de la varice anévrysmale. La peau est amincie, la jambe est gonflée et ne peut supporter la position verticale.

On essaya la compression de la fémorale exactement comme sur le malade précédent, seulement on insista davantage sur la saignée. Au bout de quelques semaines il n'y avait dans la tumeur aucun changement appréciable. Le malade s'impatientait. A la fin d'août la tumeur s'accrut beaucoup, devint conique; la peau s'amincit au sommet de la partie la plus saillante. Le frémissement redoubla d'intensité.

C'est pourquoi le 1er septembre 1820, Todd, se décida à pratiquer la ligature de la fémorale. Les choses se passèrent beaucoup mieux que sur le malade précédent, qui avait été précisément opéré le même jour. La ligature tomba le 19 septembre. La tumeur était déjà ferme. Le 28 septembre, la plaie était bien cicatrisée, la tumeur était en grande partie résorbée. Le malade marchait déjà avec un bâton. *Exeat.* Il revint au mois de novembre, la guérison était parfaite.

Ces deux insuccès s'expliquent très bien par le trop grand volume de la pelote; d'ailleurs le résultat obtenu sur le premier malade est digne d'attention. La tumeur était déjà devenue plus ferme, elle avait diminué d'une manière notable (*obviously*), et je pense, comme M. Wilde, que la compression fut abandonnée précisément au moment où la guérison allait s'effectuer (1).

Cela posé, il importe de préciser la part qui revient à Ch. Todd dans la question qui nous occupe. D'une part, en effet, M. Wilde, dans son *Histoire de la compression appliquée au traitement des anévrysmes*, lui attribue tout le mérite de la méthode compressive; et d'autre part, M. Bellingham, plaidant *pro domo sua*, lui refuse jusqu'à l'idée, jusqu'au projet, de guérir ainsi l'anévrysme.

M. Bellingham s'appuie sur un passage fort clair, d'où il résulte effectivement que Todd fut conduit à appliquer la compression par l'intention de faire dilater les collatérales avant d'en venir à la ligature (2); mais il perd entièrement de vue le passage suivant de la première observation de Todd, passage que M. Wilde avait pourtant mis en relief dans un article antérieur à la publication de M. Bellingham (3).

« La tumeur, dit Todd, était si bien maîtrisée par la compres- » sion exercée sur le pli de l'aine, que je ne désespérais pas d'*obte- » nir la guérison sans opération, en diminuant le passage du sang* » dans le tronc de l'artère, de manière à favoriser *la coagulation du » contenu du sac*. En tous cas, il était évident que ce moyen, en » faisant dilater les collatérales, était de nature à rendre ensuite » moins incertain le résultat de l'opération (4). »

M. Bellingham a donc fermé les yeux à l'évidence. Ses adversaires ont donné dans l'excès opposé, et se sont efforcés de faire sortir du texte précédent plusieurs choses qui n'y sont pas. M. Wilde est même allé plus loin, et, passant sous silence les travaux des chirurgiens français, il a annoncé que le principe sur lequel repose aujourd'hui la méthode compressive avait été découvert pour la première fois, en 1820, par Charles Todd. Cette assertion fait honneur à son patriotisme bien plus qu'à son érudition.

Todd, en effet, n'a rien fait de nouveau, et n'a rien dit qui ne fût déjà connu avant lui.

L'idée de comprimer l'artère, pour faire dilater les collatérales avant d'en venir à la ligature, était déjà fort ancienne, et l'on n'a n'a pas oublié qu'elle avait été longuement développée, avec toutes ses conséquences, dans la thèse de Piet, soutenue à Paris en 1803 (5).

Le principe du ralentissement pur et simple du cours du sang était tellement peu nouveau, que c'était lui qui avait, dès l'origine, servi de base à la méthode de la compression indirecte. Oublié en-

(1) *The Dublin Hospital Reports and Communication in Medicine and Surgery.* Dublin, 1822, vol. III, page 121.

(2) *Loc. cit.*, page 132.

(1) *The Dublin Quaterly Journal.* Aug. 1846, vol. II, page 110 (*History of the Cure of Popliteal Aneurism by Compression*). L'article n'est pas signé, mais on trouve, page 380 du même volume, la preuve que M. Wilde en est l'auteur.

(2) Bellingham, *Observ. on Aneurism*, édit. cit., p. 50. — Todd, *Dublin Hospital Reports*, vol. III, page 93.

(3) *The Dublin Quaterly Journal*, 1846, vol. II, p. 108.

(4) *Dublin Hospital Reports*, vol. III, page 122.

(5) Louis Piet, *Essai sur la compression, considérée comme moyen préparatoire à l'opération de l'anévrysme.* Thèse inaugurale. Paris, an XI, in-8. Voyez surtout page 39.

suite par quelques auteurs qui avaient voulu faire jouer à la compression le même rôle qu'à la ligature, il n'avait jamais été entièrement abrogé; on a vu que Viricel lui-même, le plus zélé champion de l'interception totale du sang dans l'artère comprimée, avait précisément guéri ses malades en suivant une pratique opposée à sa théorie. On a vu surtout qu'une foule de chirurgiens, à toutes les époques, avaient nettement annoncé que le but de leurs efforts était de *diminuer*, ou de *modérer*, ou de *gêner* le passage du sang, et non de le supprimer. Sous ce rapport, il ne peut rester aucune priorité à Todd ni à ses successeurs.

L'instrument compressif employé par Todd avait-il, du moins, le mérite de la nouveauté? Pas davantage. Thillaye avait déjà employé un *tourniquet* monté sur un *bandage* herniaire, et un autre chirurgien, cité par Cailliot, avait eu recours au même moyen (1). Enfin on verra tout à l'heure qu'en 1817, Verdier avait appliqué un appareil tout à fait semblable (voy. plus loin, fig. 6); mais il est bon d'ajouter que son observation était encore inédite. L'instrument de Todd, constitué aussi par un ressort de bandage surmonté d'un tourniquet, ne différait des précédents que par la composition du tourniquet. Au lieu de deux plaques parallèles susceptibles de s'écarter ou de se rapprocher, par le moyen d'une vis, sans perdre leur parallélisme, Todd avait employé deux plaques articulées à angle comme les deux valves d'un soufflet. Or, plus de quarante ans auparavant, Ravaton avait imaginé une machine compressive, exactement construite sur le même modèle, avec cette seule diffé-

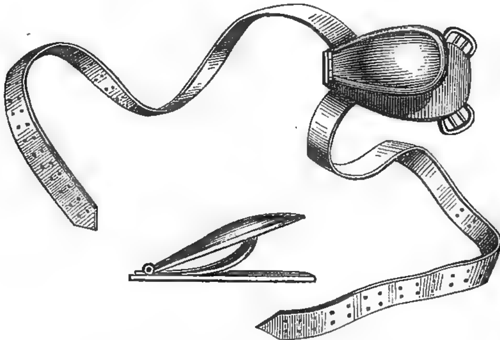


Figure 5. — Compresseur de Ravaton. La grande figure montre l'appareil complet avec ses courroies. L'autre dessin montre la pelote vue de profil.

rence que l'écartement anguleux des valves était obtenu par un ressort et non par une vis (2). Une semblable pelote était nécessairement très large; elle était bonne pour comprimer directement les tumeurs anévrysmales, et c'était pour cela que Ravaton l'avait imaginée, mais elle ne pouvait, en aucune façon, convenir pour la compression permanente des troncs artériels, à cause de son volume, et à cause surtout de l'obliquité de son action.

On le voit, il n'y avait rien d'original dans le travail de Todd, ainsi que l'auteur lui-même l'avait annoncé dès la première phrase de son mémoire. Idée, ou instrument, tout avait déjà servi plus d'une fois. Il n'y a pas plus de raison pour rapporter à Todd l'invention de la méthode, que pour en attribuer l'honneur à M. Bellingham. Ils n'ont rien inventé ni l'un ni l'autre, dans le sens propre du mot. La stérile et acerbe discussion de priorité qui s'agite actuellement en Irlande n'a véritablement aucune raison d'être, et ne se serait pas élevée, si les deux parties avaient commencé par consulter l'histoire de l'art. Je ferai plus loin la part qui revient légitimement à M. Bellingham, je montrerai qu'elle est encore assez belle, et je serai, dès lors, en droit de regretter qu'il ait cru devoir accumuler les arguments les plus étranges pour prouver que Todd avait agi sans connaissance de cause et sans but déterminé.

(1) Voyez plus haut, page 236, obs. X (Thillaye), et obs. XI (Cailliot).

(2) Ravaton, *Pratique moderne de la chirurgie*, publiée par Sue (le jeune). Paris, 1776, in-12, t. III, page 518-522, pl. XVIII. — Voyez encore Heister, *Institut. chirurgicæ*. Amsterdam, 1739, in-4, t. I, page 451, tabl. XI, fig. 8 et 9. L'auteur a fait représenter une machine destinée à comprimer les anévrysmes. La compression est obtenue par le jeu d'une pelote qui s'articule par charnière avec la plaque superficielle du tourniquet. C'est une vis qui ouvre et ferme la charnière, comme dans l'appareil de Todd.

Les deux tentatives de Todd avaient été infructueuses, et rien ne permettait de supposer que son appareil eût donné ultérieurement de meilleurs résultats, lorsque, en 1846, à l'occasion des premières polémiques irlandaises, deux observations posthumes virent le jour. Ces observations avaient pour but de démontrer que la compression avait réussi en Irlande longtemps avant 1842. La discussion prenait des proportions de plus en plus mesquines. On ne cherchait plus le nom de celui qui avait eu le *mérite* de créer et d'appliquer la méthode, mais de celui qui avait eu la *chance* d'obtenir le premier succès. Bien plus, on négligeait les guérisons obtenues dans le reste du monde, et l'on disputait pour savoir par qui avait été guéri le premier malade dans ce coin de terre qu'on appelle l'Irlande, — comme si le hasard pouvait donner un titre de gloire; comme si la science n'était pas de tous les pays! Cette puérile discussion sur le premier succès obtenu en Irlande fit surgir, ai-je dit, deux observations posthumes demeurées inédites pendant près de vingt ans. M. M'Coy retrouva l'une de ces observations dans les souvenirs de sa jeunesse, et M. Adams, s'étant souvenu aussi du même fait, en esquissa à son tour l'histoire tardive. La version de M. Adams ne s'accordait pas tout à fait avec celle de M. M'Coy, mais l'une et l'autre établissaient que feu Duggan avait jadis guéri un anévrysme par la compression. — Les héritiers de Charles Todd ne restèrent pas en arrière. M. Colles avait trouvé, dans les papiers de ce chirurgien, une observation semblable, qu'il avait laissé dormir pendant longtemps. Il finit par la donner à M. Robert Todd, qui la transmit au rédacteur du *Dublin Quaterly Journal*, avec deux certificats en bonne forme délivrés quelques jours auparavant par M. Nunn et par M. Connor. Si quelque chose est capable de rendre un fait suspect, c'est certainement l'adjonction d'un cortége de certificats. Quoi qu'il en soit, je suis bien obligé de donner la substance de ces deux observations. Le monde chirurgical apprendra sans doute avec recueillement que le malade de feu Todd fut guéri après celui de feu Duggan, mais que feu Duggan s'était servi de l'appareil de feu Todd! *Much ado about nothing!*

Obs. XXVIII (Duggan) (1).—*Anévrysme fémoral sur un membre amputé six ans auparavant pour un anévrysme poplité. Compression. Guérison.* — James Scarlett, trente-trois ans, ancien douanier, subit en 1818 l'amputation de la cuisse gauche qui lui fut pratiquée par Duggan pour un anévrysme poplité. Dans le cours de 1824, en mai *ou* en juillet, les narrateurs ne s'accordent pas sur ce point, il se forma un nouvel anévrysme sur la cuisse amputée, à 1 pouce et demi *ou* 2 pouces au-dessous du ligament de Poupart. L'anévrysme était gros comme un œuf de poule *ou* comme un œuf de dinde. L'opération ayant été jugée impraticable, Duggan se décida à tenter la compression de la fémorale au pli de l'aine, et Todd eut la bonté de prêter à cette fin l'instrument dont il s'était déjà à deux reprises inutilement servi.

L'appareil de Todd fut donc appliqué et maintenu non sans difficulté, à cause de l'indocilité du malade. Enfin, au bout de trois semaines suivant M. M'Coy, *ou* de cinquante-quatre jours suivant une autre narration du même M. M'Coy, les pulsations cessèrent; la tumeur, devenue solide, commença à diminuer, et enfin la guérison fut complète.

James Scarlett survécut encore pendant longtemps, et ne mourut qu'en 1844.

Obs. XXIX (Todd) (2). — *Anévrysme poplité. Compression au pli de l'aine. Guérison en trois jours.* — Patrick Murtagh, trente six ans, fort, athlétique, intempérant, ouvrier de brasserie, entre à Richmond Hospital le 5 septembre 1825 pour un anévrysme du jarret droit. La tumeur, grosse comme un œuf de dinde, avait dilaté transversalement le creux poplité, de telle sorte qu'en regardant le genou par-devant, on la voyait battre de chaque côté de l'articulation. Elle était en partie réductible. Elle n'avait commencé à se développer que quatorze jours auparavant.

Le 17 septembre 1825, application de l'appareil de Todd ou *tourniquet*

(1) J'épargne au lecteur le spectacle des contradictions qui existent entre les diverses versions que nous possédons sur cette observation. On consultera les sources suivantes: *Dublin medical Press*, april 26, 1843 (première communication de M. M'Coy). — *Dublin Quaterly Journal*, 1846, vol. II, p. 110 (relation d'Adams). — Bellingham, *Observ. on Aneurism*, etc. 1847, p. 46 (deuxième relation de M. M'Coy, revue, corrigée et augmentée).

(2) *Dublin Quaterly Journal*, 1846, vol. II, p. 113.

truss. Cela arrête les battements de la tumeur, mais ils reparaissent deux heures après. Le soir, on serre davantage la vis. Les battements s'éteignent de nouveau, mais pour une heure seulement. Le lendemain matin, on enlève l'instrument pour le faire arranger.

Le 21 septembre, l'appareil, modifié, est appliqué avec précision. Le soir, à huit heures, le malade souffrant beaucoup, on enlève le bandage, et l'on remarque que la tumeur bat déjà moins fort.

Le 22 septembre, à midi, après seize heures de répit, on recommence la compression, et cette fois, on la continue sans interruption jusqu'au samedi 24 septembre 1825, jour où la tumeur ayant complétement cessé de battre, on enlève le tourniquet.

Les battements ne reparurent plus. Bientôt la tumeur commença à décroître, et le malade guérit parfaitement.

Pour ne pas interrompre la série des quatre observations relatives aux malades traités par le *tourniquet truss* de Todd, j'ai abandonné un instant l'ordre chronologique, et j'ai ainsi négligé une observation très remarquable publiée en 1823 par le bandagiste Verdier. Pour réparer cette omission, j'extrais l'observation suivante d'une brochure aujourd'hui assez rare, quoique son auteur l'ait, dans ce temps, répandue à profusion dans Paris.

Obs. XXX (Verdier) (1). — *Anévrysme inguinal. Compression de l'iliaque externe. Guérison presque complète. Autopsie ultérieure.* — Chouet (Claude), suisse du ministère de la marine. Apparition au mois d'octobre 1815 d'une tumeur dans le jarret gauche. On reconnut un anévrysme, et l'on était sur le point de l'opérer, lorsqu'on trouva dans l'aine du même côté une deuxième tumeur anévrysmale qui fit renoncer à ce projet. Cependant la tumeur poplitée fit des progrès, et il survint une gangrène de la jambe correspondante. Le malade entra à la Charité, où Boyer fut obligé de lui couper la cuisse le 29 juillet 1816. Malgré l'existence de l'anévrysme inguinal, cette amputation fut suivie de succès.

Mais l'anévrysme du pli de l'aine continua à faire des progrès. Le malade sortit de l'hôpital. Il consulta successivement Boyer et Dupuytren qui conseillèrent le séjour au lit, la diète et les applications de glace. Ces moyens furent infructueux. La tumeur avait acquis un diamètre de 3 à 4 pouces, et faisait une saillie d'environ 1 pouce et demi. On la voyait battre à travers les vêtements. Enfin Boyer et Dupuytren conseillèrent comme dernière ressource d'essayer la compression de l'iliaque externe, et adressèrent pour cela le malade au bandagiste Verdier.

Verdier construisit un appareil dont il n'a pas laissé la description,

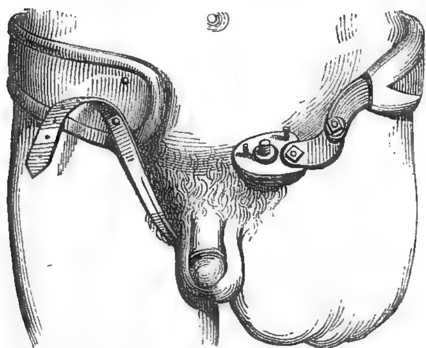


Figure 6.

Appareil compressif de Verdier pour l'artère iliaque externe.

mais le dessin qu'il en a donné nous suffit parfaitement. C'est une épaisse ceinture renfermant un fort ressort d'acier, lequel se termine en avant comme le bandage crural ordinaire, et supporte de plus une pelote à tourniquet. Lorsque l'appareil est en place, il déprime la paroi abdominale au-dessus du ligament de Fallope, et finit par atteindre l'extrémité inférieure de l'iliaque externe. La pression est graduée à l'aide d'une vis qui supporte la pelote, et qui est mise en mouvement à l'aide d'une clef.

L'appareil ne fut définitivement construit qu'après des tâtonnements successifs. L'embonpoint du malade gênait beaucoup l'action de la pelote. Ce fut au mois de février 1817 que le bandage fut appliqué pour la première fois. A partir de cette époque, il resta en place sans interruption pendant cinq ans. Le 22 mars 1818, un an après le début de la compression, Boyer examina le malade, et trouva que la tumeur, devenue beaucoup moins volumineuse, n'offrait presque plus de battements. Au mois de février 1822, après cinq ans de compression, le malade fut présenté à l'Académie de médecine par Verdier qui le considérait comme guéri. « Il » est curieux, disait Verdier dans sa note, de voir aujourd'hui la dépres- » sion profonde qui existe au-dessus de l'arcade crurale, à l'endroit où » porte le bandage. En le retirant, on comprime avec le doigt l'artère » iliaque externe aussi facilement qu'on le fait pour la crurale à la partie » supérieure de la cuisse. » L'Académie crut donc que le malade était guéri ; mais le bandage ayant été enlevé pendant quarante-huit heures, les pulsations se manifestèrent de nouveau et s'accrurent rapidement. On réappliqua la compression, et la tumeur dès lors redevint stationnaire, mais un anévrysme de la crosse de l'aorte donna bientôt lieu à des symptômes inquiétants, et emporta le malade le 6 décembre 1822.

Autopsie. — Je passe sous silence tout ce qui n'est pas relatif à l'anévrysme inguinal. Celui-ci commence à 1 pouce au-dessous du pubis. La compression a porté sur la portion du tronc artériel qui repose sur la partie la plus saillante de la branche horizontale du pubis. A ce niveau, l'artère est très rétrécie, et ses parois sont évidemment épaissies. La tumeur a 2 pouces 8 lignes de long, 2 pouces 4 lignes de large, et 2 pouces d'épaisseur. Elle communique avec l'artère par une ouverture de *quelques* lignes de diamètre. La cavité du sac est presque complétement remplie par des concrétions fibrineuses très denses, très épaisses, disposées en couches concentriques. A peine reste-t-il un espace libre capable de contenir une demi-once de sang liquide. L'artère est bien perméable au niveau de la tumeur ; elle est beaucoup plus étroite qu'une fémorale ordinaire, ce qui tient sans doute à l'amputation de cuisse pratiquée il y a six ans. Au-dessous de la tumeur, elle se rétrécit de plus en plus, et après un trajet de 3 pouces, elle prend la forme d'un cordon plein qui va se confondre avec la cicatrice du moignon.

Il est vraisemblable, ajoute l'auteur, qu'à la longue, l'oblitération du sac serait devenue complète, et qu'alors la guérison aurait pu avoir lieu *sans oblitération du tronc artériel au niveau de l'anévrysme.*

Cette observation, émanée de la plume d'un bandagiste, pèche sous plusieurs rapports, et, quoique je me sois efforcé de faire disparaître en partie le désordre et les singularités de la rédaction originale, il reste encore plus d'un point qui pourrait être sujet à controverse. Malgré cela, l'observation de Verdier est très importante, parce qu'elle met en lumière un phénomène tout à fait exceptionnel. La compression, sans guérir entièrement l'anévrysme, avait réussi à le maintenir pendant près de six ans stationnaire et dans un état voisin de la guérison. Il est hors de doute qu'au niveau du sac, l'énergie de la circulation était considérablement diminuée, par cette double raison que l'artère, comprimée un peu plus haut, était oblitérée un peu plus bas. Et cependant la coagulation du sang dans le sac ne s'était effectuée que d'un manière incomplète, à ce point qu'il suffisait d'enlever pendant deux jours l'appareil, pour voir reparaître les battements de la tumeur et sa tendance à l'accroissement. La diminution de l'impulsion sanguine ne suffit donc pas toujours pour guérir les anévrysmes, et ceci semble déposer contre le principe qui sert de base à toute la méthode. J'ai voulu mettre en relief cette exception, mais je m'empresse d'ajouter qu'elle est fort rare. — Il y a très peu de méthodes thérapeutiques qui puissent se vanter de guérir infailliblement. La compression indirecte obéit à la loi commune, et manque parfois son effet. — Peut-on s'en étonner, lorsqu'on sait que, sur bon nombre de malades, la ligature, pratiquée suivant la méthode d'Anel, n'a pas suffi pour arrêter les progrès de l'anévrysme?

Mais j'arrive à l'époque la plus importante de l'histoire de la compression indirecte. Le 25 février 1825, Guillier Latouche soutint à Strasbourg une thèse inaugurale intitulée : *Nouvelle manière d'exercer la compression médiate prolongée sur les principales artères des membres.*

« L'idée d'une nouvelle manière de comprimer, dit l'auteur dans » la 1re page de son introduction, m'a été suggérée par un jeune » chirurgien attaché à cette école. » — Il parle de nouveau de ce chirurgien, page 35 de sa thèse, mais toujours sans le nommer : « Le chirurgien, dit-il, qui me rend l'interprète de sa pensée. » Il est certain, par conséquent, que l'auteur n'a fait que reproduire les idées d'un autre. Jusqu'à quel point cet autre a-t-il pris part à la confection de la thèse? N'a-t-il fourni que la nouvelle manière de

(1) Verdier, *Mémoire sur un appareil compressif de l'iliaque externe dans le cas d'anévrysme inguinal.* Paris, 1823, brochure in-8 de 28 pages, avec pl. Une partie de ce travail fut lue à l'Académie de médecine, le 22 février 1822. La première partie de l'observation sera consultée avec plus de fruit dans la deuxième édition de Boyer, *Maladies chirurgicales*, 1818, t. II, page 276. Je n'en donne qu'un résumé très succinct.

comprimer, ou a-t-il fourni aussi la doctrine, en ne laissant au récipiendaire que le soin de la rédaction? Je l'ignore, et il me semble très difficile de discerner dans cette œuvre ce qui appartient à Guillier-Latouche de ce qui appartient à son patron inconnu. En tout cas, il est indispensable de donner une analyse détaillée de cette thèse importante, dont les écrivains qui ont traité de la compression indirecte n'ont pas parlé jusqu'ici. Ainsi que je l'ai déjà laissé entrevoir, il y a dans ce travail deux choses : une doctrine relative au mode de guérison des anévrysmes, et un procédé spécial de compression supérieur aux autres procédés employés jusqu'alors. Ce procédé ne consiste pas dans l'invention d'un instrument nouveau, mais dans la manière d'employer les instruments déjà connus. L'auteur se contente très bien du tourniquet dit de Dupuytren, et cette sobriété instrumentale est déjà d'assez bon augure.

La doctrine est presque irréprochable. Après avoir rejeté (p. 13), l'opinion de ceux qui croient que la compression agit en oblitérant l'artère au niveau du point comprimé, l'auteur ajoute : « La force » du sang en circulation et poussé dans le sac est la cause de son ac» croissement et de sa rupture ultérieure, en même temps que la » rapidité du cours de ce liquide s'oppose au dépôt de la fibrine; » *l'indication curative est donc de diminuer la force de la circulation » dans le sac*..... Il est probable (p. 14) que la compression agit » en empêchant le sang d'arriver dans le sac anévrysmal avec assez » de force pour le traverser et pour entretenir la fluidité de celui » qu'il contient, en favorisant au contraire la coagulation de ce der» nier, et en déterminant ainsi l'oblitération de l'artère dans l'en» droit même où elle est malade. » Comme conséquence de cette doctrine, l'auteur ajoute que, pour guérir les anévrysmes par la compression au-dessus de la tumeur, il n'est pas nécessaire de serrer le tourniquet jusqu'au point de supprimer le passage du sang et d'arrêter tout à fait les battements. Une compression moins forte peut suffire et les pulsations, après avoir été simplement affaiblies, finissent par cesser tout à fait. Lorsque la guérison est obtenue, l'artère continue à battre non seulement au niveau du point comprimé, mais encore entre ce point et la tumeur.

Ce ne sont point là des hypothèses gratuites, car on lit (p. 37) que l'auteur y a été conduit par l'étude de ce qui se passe après la ligature.

L'arrivée d'un peu de sang dans la tumeur, dit-il, n'empêche pas la guérison d'avoir lieu. « Lorsqu'on a fait la ligature selon la mé» thode d'Anel, le sang très souvent revient par les collatérales et » par le bout inférieur. Quelques battements apparaissent; mais, » comme l'effort du sang est très peu considérable, les caillots peu» vent se former, les pulsations cessent et l'anévrysme guérit. »

On ne raisonne pas mieux aujourd'hui; mais une objection se présente : si la théorie précédente est vraie, d'où vient que la compression a si souvent échoué? L'auteur résout immédiatement cette difficulté. Si la compression échoue si souvent, c'est qu'elle produit une douleur intolérable qui ne permet pas d'employer ce moyen d'une manière continue. Pour assurer le succès de la compression que faut-il donc faire? Il faut trouver le moyen de porter remède à cette douleur. Il y a un remède très simple qui consiste à relâcher le tourniquet. L'expérience, répétée plusieurs fois sur un malade de Dupuytren, a prouvé qu'en pareil cas la douleur disparaît instantanément (p. 32 et p. 36); mais agir ainsi, c'est laisser passer le sang et perdre le bénéfice du traitement commencé. Et pour résoudre le problème, il faut trouver le moyen de relâcher le tourniquet, dont l'action est douloureuse, sans interrompre la compression.

Ce moyen consiste à appliquer *plusieurs tourniquets*, disposés de telle sorte qu'on puisse, avant de relâcher l'un d'eux, comprimer l'artère avec un autre.

Notre auteur avoue que l'idée d'exécuter ainsi la compression avec plusieurs tourniquets alternativement serrés et relâchés appartient à Sabatier. J'ai déjà cité (1) l'observation du malade sur lequel Sabatier avait ainsi fait placer deux tourniquets comme moyen préventif d'une hémorrhagie consécutive. Cette idée, personne encore n'avait songé à l'appliquer au traitement des anévrysmes par la compression indirecte, et sous ce rapport l'auteur, ou plutôt l'instigateur inconnu de la thèse de Guillier Latouche, possède une incontestable priorité.

(1) Voy. plus haut, page 235, observ. V.

Cela posé, voici les règles pratiques relatives au traitement des anévrysmes par la compression exécutée d'après la nouvelle doctrine de l'auteur. Supposons, par exemple, qu'il s'agisse d'un anévrysme poplité. Je cite textuellement (1) :

« 1° On devra fléchir légèrement le membre en le couchant sur son » côté externe.

» 2° On placera un tourniquet sur l'artère, au milieu de l'espace qui » sépare l'épine iliaque antérieure du pubis. Les pelotes de ce premier » tourniquet devront être disposées de la manière suivante : celle qui doit » porter sur l'artère ne présentera qu'un volume médiocre et sera ar» rondie; celle au contraire qui devra appuyer sur la fesse devra être » très mince et médiocrement concave.

» 3° Un second tourniquet sera placé près du sommet de l'espace inguino» crural; la pelote compressive devra être légèrement allongée et étroite.

» 4° Un troisième tourniquet devra correspondre au milieu de la cuisse » dans l'endroit où l'artère est couverte par le couturier.

» 5° Enfin un dernier tourniquet comprimera l'artère au niveau du » point où elle s'engage dans le canal fibreux du troisième adducteur.

» 6° Les tourniquets convenablement placés seront tous serrés médio» crement. L'action du dernier sera portée jusqu'au point de faire cesser » les battements de la tumeur.

» 7° Lorsque les douleurs résultant de la compression seront devenues » assez vives, ce qui varie suivant la constitution nerveuse des individus, » on serrera le tourniquet qui se trouve au-dessus du précédent, et on » relâchera celui-ci.

» 8° Le même genre de douleur reparaissant, on serrera l'instrument qui » est au niveau de l'espace inguino-crural, puis enfin on procédera à la » constriction de celui qui correspond à l'aine.

» 9° Quand l'action de ce dernier ne pourra plus être supportée, on redes» cendra à l'inférieur, et, remontant de proche en proche au supérieur » pour redescendre ensuite, on changera les lieux de la compression toutes » les fois que les douleurs réveillées par elle l'exigeront. Et ainsi on » pourra la continuer tout le temps nécessaire pour assurer son action.

» J'avais cru qu'il serait avantageux, pour mieux fixer cette série de » tourniquets, de réunir toutes les pelotes en arrière, mais j'ai vu dans » quelques essais que la compression ne pouvait pas être aussi exacte » dans chacun des points; et d'ailleurs il peut bien arriver que l'on soit » forcé, ou de changer la position d'un tourniquet, ou bien de l'enlever, ce » qui serait impossible avec cette modification..... »

L'auteur propose d'employer le compresseur dit de Dupuytren. Il donne toutefois quelques indications sur la disposition particulière des pelotes pour le compresseur inguinal : la pelote postérieure doit être large et mince, et avoir la forme d'une plaque concave sur laquelle le bassin puisse reposer; la pelote antérieure, au contraire, doit être petite et conique, afin de ne comprimer ni le nerf crural qui est en dehors, ni les ganglions lymphatiques qui sont surtout en dedans de l'artère (p. 36).

Enfin, au lieu de quatre tourniquets, *on peut se contenter d'en employer deux*, ce qui est plus commode (p. 38). Il suffit pour sauvegarder, la peau de changer chaque fois de place le tourniquet qu'on est sur le point de serrer.

Pourquoi faut-il que nous ayons à signaler, au milieu des choses remarquables contenues dans cette thèse, une imperfection grave qui a eu pour résultat de neutraliser l'influence qu'elle aurait dû exercer sur les développements ultérieurs de la compression indirecte? — Après avoir merveilleusement prouvé que la compression de l'artère n'a pas besoin d'être complète, et qu'il suffit de diminuer la force du courant sanguin pour obtenir la guérison, l'auteur, arrivé à l'application pratique, s'est laissé aller à dire, dans sa sixième proposition : « L'action du dernier tourniquet sera por» tée jusqu'au point de faire cesser les battements de la tumeur. » — C'était perdre d'un seul coup tous les bénéfices de son excellente théorie. — Aussi la méthode nouvelle donna-t-elle un résultat peu satisfaisant dans le seul cas où elle fut mise en pratique.

(1) Guillier Latouche. *Nouvelle manière d'exercer la compression médiate prolongée sur les principales artères des membres.* Thèse inaug., Strasbourg, 25 fév. 1825, no 724, page 33.

Obs. XXXI. — (Gama) (1). *Anévrysme poplité. Compression de la fémorale avec plusieurs tourniquets. Résultat insuffisant. Opération. Guérison.* Un malade de l'hôpital militaire de Strasbourg était atteint d'un anévrysme poplité volumineux, accompagné de douleurs vives. La tumeur était recouverte d'une peau rouge et tendue. Le membre était œdémateux et couvert de veines variqueuses. Avant de pratiquer l'opération ordinaire, on se décida à essayer le nouveau procédé de compression. On appliqua quatre tourniquets dans les points indiqués plus haut. Tous furent d'abord médiocrement serrés, après quoi on serra le premier tourniquet, ou tourniquet inférieur (au niveau du troisième adducteur) jusqu'au point d'arrêter les battements de la tumeur. Au bout de deux heures, la douleur étant devenue très vive, on serra le deuxième tourniquet, et on relâcha le premier; on s'aperçut aussitôt que les battements avaient reparu. On serra davantage le deuxième tourniquet, mais on eut beau faire, on ne put éteindre tout à fait les battements.

Lorsque la compression du deuxième tourniquet devint douloureuse à son tour, on passa au troisième tourniquet, et ici encore, il fut impossible d'arriver à une compression complète de l'artère; mais lorsque le moment fut venu de passer au quatrième tourniquet ou tourniquet supérieur, qui correspondaient au pli de l'aine, on réussit sans beaucoup de peine à arrêter les battements de l'anévrysme. Puis on recommença successivement plusieurs fois. On continua ainsi pendant trois jours et trois nuits. Au bout de ce temps on craignit la rupture de la tumeur. Le malade, de son côté, demanda l'opération, « qui fut pratiquée par M. Gama avec le plus » grand succès. »

Disons tout d'abord que le cas était des moins favorables. L'œdème, les varices, surtout la rougeur de la peau, sont des circonstances propres à faire échouer la compression le plus habilement faite. Toutefois, on ne peut savoir ce qui serait arrivé si l'on n'avait pas épuisé la patience du malade, en lui meurtrissant les chairs au milieu de la cuisse, sous le deuxième et le troisième tourniquet, dans le but de comprimer complétement l'artère fémorale et d'arrêter les battements de la tumeur. Malgré ces conditions fâcheuses, le succès n'était pas impossible; il est arrivé bien des fois que, dans des cas analogues, la compression, et même la compression mal faite, a réussi à amener la guérison; mais une sorte de fatalité fit échouer dans sa première application le meilleur procédé que nous connaissions jusqu'ici. Il n'en fallut pas davantage pour décourager l'expérimentateur et pour condamner à dix-neuf ans de complet oubli l'œuvre remarquable dont on vient de lire l'analyse.

Ce fut un malheur sans doute; mais aujourd'hui enfin le moment est venu de réparer une longue injustice. L'histoire s'inquiète assez peu d'un succès ou d'un revers; ce qu'elle estime avant tout, c'est la découverte d'un principe, ou la création d'une doctrine.

Eh bien, j'ose dire que les chirurgiens modernes n'ont ajouté aucune innovation, aucune idée de quelque importance, à la doctrine exposée dans la thèse de Guillier Latouche. Le mécanisme de la guérison, la non-oblitération de l'artère au niveau du point comprimé, le principe du ralentissement pur et simple de la circulation, tout cela était déjà connu avant 1825; mais personne n'avait groupé ces éléments en corps de doctrine; personne ne les avait présentés d'une manière dogmatique, en les appuyant de raisonnements et de preuves. Il y avait beaucoup de procédés; mais, à proprement parler, la méthode n'était pas encore définitivement constituée. Elle le fut le jour où parut la thèse de Guillier Latouche; et, surtout, l'auteur de cette thèse émit une idée inconnue avant lui, idée féconde en résultats pratiques, et devenue le point de départ de la plupart des succès modernes. Le principe de la compresssion permanente avec plusieurs tourniquets, alternativement serrés ou relâchés, fut le couronnement d'une œuvre à laquelle nos contemporains n'ont rien ajouté.

Certes, si l'auteur inconnu de ce progrès important vivait encore, et s'il venait réclamer la priorité à laquelle il a droit, qui pourrait résister à ses prétentions légitimes? Qui refuserait de donner à une méthode thérapeutique le nom de celui qui l'a formulée, développée et fécondée? Ce que nous ferions à sa demande, sachons le faire de nous-même, conformément à la justice et à la vérité.

Le premier devoir que m'imposait mon rôle d'historien était de chercher les traces de cet inventeur modeste, et de percer le voile dont il avait entouré son nom. J'ai vainement parcouru les thèses et les journaux du temps; j'ai vainement fait appel aux souvenirs des chirurgiens qui ont vécu à cette époque. Tout cela ne m'a rien appris. Espérant que la thèse mystérieuse de Guillier Latouche aurait laissé quelque empreinte dans l'école de Strasbourg, j'ai écrit à mon collègue et ami, M. le docteur Wieger, qui a ouvert sur ce point une véritable enquête, dont le résultat a été nul. Enfin, comme ressource dernière, je me suis directement adressé à M. Gama. J'ai pénétré dans la retraite où ce chirurgien, devenu philosophe, oublie l'injustice des hommes. Il m'a répondu qu'effectivement, en 1825, peu de temps avant de quitter Strasbourg, il avait mis à l'essai, sur un des malades de l'hôpital militaire, à la sollicitation d'un jeune médecin étranger au service, une certaine méthode de compression avec plusieurs tourniquets, mais que, l'essai ayant été peu encourageant, il n'avait pas été tenté de recommencer, et qu'il avait complétement oublié le nom de l'innovateur.

Tous mes efforts n'ayant abouti à rien, j'ai fini par renoncer à cette recherche. Je propose donc de donner à la méthode en question, à défaut du nom de son auteur inconnu, le nom du pays où elle a pris naissance, et de l'appeler *méthode alsacienne*.

Depuis 1825 jusqu'à 1843, la science resta stationnaire, ou plutôt elle recula réellement; car les cas où l'on jugea convenable de recourir à la méthode compressive devinrent de plus en plus rares, et il y eut un moment où ce précieux moyen de traitement fut à peu près généralement oublié. On pourrait citer plus d'un traité moderne où il n'en est fait aucune mention. La cause de ce discrédit n'est pas facile à donner. Il est vraisemblable que de nombreux insuccès avaient découragé les chirurgiens; mais ces insuccès eux-mêmes, à quoi les attribuer? Il serait possible qu'ils fussent dus à la renaissance ou plutôt à la persistance d'une erreur que les observations de Dupuytren, de Todd, de Guillier Latouche, n'avaient sans doute pas réussi à renverser. On croyait, sans savoir pourquoi, que pour que la guérison de l'anévrysme fût possible, la compression indirecte devait commencer par oblitérer l'artère au niveau du point comprimé. Ainsi pensaient les auteurs de l'article Anévrysme du *Dictionnaire en 30 volumes* (1); ainsi pensait surtout Lisfranc, qui consacra à la compression indirecte un assez long chapitre de sa thèse sur l'oblitération des artères. Suivant lui, la compression d'une artère aurait pour résultat de faire former un caillot entre le point comprimé et le niveau de la première collatérale supérieure, et pour faciliter la formation de ce caillot, il faudrait appliquer la pelote *à 1 pouce au moins* au-dessous des collatérales (2); précepte étrange, qui rendrait tout simplement la méthode inapplicable sur les seules artères où on l'ait appliquée jusqu'ici. Cette théorie de l'oblitération par un caillot avait conduit M. Malgaigne à une idée que M. Leroy (d'Étiolles) lui disputa bientôt. Il s'agissait de comprimer l'artère en deux points, de manière à emprisonner, entre ces deux compressions voisines, un cylindre de sang que le repos ferait coaguler peu à peu (3). Je ne sache pas que cette idée théorique ait été mise à exécution. Une note de M. Leroy (d'Étiolles) parle, il est vrai, d'expériences faites sur les animaux; mais la nature de ces expériences n'est pas indiquée, et il est difficile de se contenter d'une énonciation aussi vague. J'ai cité ces particularités pour prouver combien on s'était éloigné des principes si lentement et si laborieusement édifiés depuis le commencement du siècle. S'étonnera-t-on, dès lors, d'apprendre que la compression indirecte ait eu si peu de partisans et ait été si rarement appliquée jusqu'en 1842?

Je n'ai trouvé dans les recueils qu'un très petit nombre d'observations se rapportant à la période de 1825-1842. Il est permis de croire que ces faits n'ont pas été les seuls, et, par exemple, M. Cruveilhier m'a plusieurs fois parlé de son confrère et ami Belivier, ancien chirurgien des Quinze-Vingts, lequel, étant atteint d'anévrysme poplité, fut guéri par la compression de la fémorale. Le traitement

(1) Thèse de Guillier Latouche.

(1) *Dict. en 30 vol.*, t. III, page 37, 1833.

(2) Lisfranc, *Des diverses méthodes pour l'oblitération des artères*. Thèse de concours, 1834, page 37.

(3) Lisfranc, *thèse citée*, page 39. — *Acad. des sciences*, 23 mars 1835. — *Gaz. médicale*, 1835, page 202.

fut très long; le malade resta tout le temps au lit. L'instrument employé était le compresseur dit de Dupuytren, et de temps en temps on le changeait de place pour ménager la peau. Ce fait est entièrement inédit, et, malgré l'absence de détails, j'ai cru devoir en dire quelques mots avant de passer aux documents publiés.

On lit dans les *Annales d'Omodei* (1) que Cumano guérit en huit jours un anévrysme poplité par la compression de la fémorale. Le chirurgien italien s'était servi d'un compresseur analogue à celui de Dupuytren.

M. Bellingham a extrait d'un journal que je n'ai pu me procurer l'observation d'un malade atteint d'anévrysme fémoral, et guéri par la compression. Mais cette compression fut surtout directe, c'est-à-dire appliquée sur la tumeur anévrysmale (2). La chose se serait passée en 1829. En 1830, Guthrie publia un fait tiré de la pratique de White, et relatif à une femme que la compression directe guérit d'un anévrysme poplité, après lui avoir fait courir d'assez graves dangers. Cinq jours après le début de la compression, les parties comprimées s'étaient gangrenées profondément (3). Malgré le résultat définitif, qui fut la guérison, Guthrie pensait que ce fait déposait contre la méthode compressive.

On voit que la compression indirecte perdait chaque jour du terrain. Deux ans plus tard, en 1832, M. Cusack, chirurgien de Steven's Hospital, à Dublin, la rejetait tout à fait, en se déclarant, au contraire, partisan de la compression directe (4).

Je passe sous silence une observation de Lynn, publiée seulement en 1846, quoiqu'elle fût relative à un malade guéri en 1832. La compression avait été exercée sur tout le membre, puis sur la tumeur, et aussi sur l'artère. Ce fait ne rentre pas dans le cadre que je me suis tracé (5). Parlerai-je de ce malade qui eut le bonheur d'être guéri, par la méthode de Valsalva, d'un anévrysme de la partie supérieure de la crurale, et sur lequel, quelques mois avant, M. Faulcon avait comprimé l'aorte abdominale aussi souvent qu'il avait pu (6)? Il me paraît certain que, dans ce cas, la compression de l'aorte avait été tout à fait étrangère à la guérison. Je me garderai bien d'ajouter à l'énumération précédente deux cas de guérison que Lisfranc dit avoir suivis (7). D'après la manière dont cet auteur s'exprime, il est clair que ce n'est pas lui qui a donné des soins à ces deux malades, et il est plus clair encore qu'il ne parle que d'après des souvenirs éloignés. Je ne serais pas étonné, par conséquent, que Lisfranc eût fait allusion à quelques uns des faits publiés à Paris avant 1820.

C'est-à-dire qu'en laissant de côté le fait inédit dont M. Cruveilhier m'a dit quelques mots, je n'ai pu encore trouver, dans la période de 1825 à 1842, qu'un seul fait authentique favorable à la compression indirecte : c'est le fait de Cumano. Pendant ce long espace de temps, les chirurgiens de notre pays semblent n'avoir guéri aucun malade. Plus on allait, et plus on devenait indifférent pour une méthode que les Français avaient créée, développée, perfectionnée, puis abandonnée un jour sans qu'on pût savoir pourquoi. Après l'indifférence vint l'oubli, et l'humanité était depuis longtemps privée des bienfaits de la compression indirecte, lorsque les chirurgiens irlandais reprirent et appliquèrent avec une heureuse habileté les préceptes que nos compatriotes avaient eu le tort de laisser tomber en désuétude. Grâce à eux, cette utile méthode a définitivement pris racine dans la pratique, et l'on peut dire que si, dans cette question des anévrysmes, la chirurgie française a bien mérité de la science, la chirurgie irlandaise a bien mérité de l'humanité.

(1) Paolo Cumano, *Storia d'un aneurisma popliteo guarito col mezzo della compressione*. — *Annali universali di medicina*. Milano, 1828, vol. LI, p. 74.
(2) Bellingham, *loc. cit.*, page 64. — *Prov. Med. Gazette*, 1829, nº 1th.
(3) Guthrie, *On Diseases of Arteries*. London, 1830, in-8, p. 142.
(4) Bellingham, *loc. cit.*, p. 52. — *Dublin Journal*, 1832, vol. 1.
(5) Crisp, *A Treatise on Diseases of Blood-Vessel*, page 181.
(6) *Gaz. méd.*, 1837, p. 313.
(7) Lisfranc, *thèse citée*, pages 38 et 40.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

CHIRURGIE. — M. le professeur *Sédillot* communique l'observation suivante :

OBS. — *Hypertrophie simple de la langue avec procidence de cet organe, et menace de suffocation ; excision d'une grande partie de la langue.* (Observation recueillie par M. HERR, élève interne.)

Le nommé Krant (Auguste), âgé de neuf ans, fut présenté à la clinique de M. le professeur Sédillot, le 16 novembre 1853, pour une hypertrophie très considérable de la langue qui pendait continuellement hors de la bouche sans pouvoir y être ramenée, et menaçait l'enfant de suffocation. D'après les renseignements fournis par les parents et le médecin habituel de la famille, la langue aurait commencé à s'hypertrophier cinq ans auparavant, à la suite de la section du filet, pratiquée pour faciliter la prononciation. Dès la première année, la langue ne pouvait déjà plus être replacée dans la bouche, et était le siége de douleurs très vives qui réagissaient sur la santé générale, et forçaient parfois le petit malade à garder le lit. Pendant les quatre dernières années, toute souffrance disparut, mais l'hypertrophie fit des progrès continuels.

Malgré la gêne causée par une aussi grande infirmité, la constitution ne paraît pas être notablement altérée, et l'on constate seulement un peu de pâleur et d'amaigrissement. La parole est embarrassée ; l'haleine n'offre aucune mauvaise odeur.

La longueur totale de la langue, de la pointe au voile du palais, offre 0,13 d'étendue, et la portion qui dépasse les lèvres a 0,05 de diamètre longitudinal, 0,053 de largeur, et 0,027 d'épaisseur.

La face supérieure de l'organe est couverte, en arrière, de papilles fungiformes très développées, qui ressemblent à de véritables végétations.

Toutes les dents inférieures, depuis les grosses molaires, sont cachées et réunies par une épaisse couche de tartre, et forment une arcade parfaitement lisse et arrondie, sur laquelle glisse la langue sans excoriation ni douleur.

On a essayé des applications de sangsues et deux cautérisations répétées, mais l'inutilité de ces tentatives, et l'embarras croissant de la déglutition et de la respiration, l'écoulement incessant de la salive, l'altération de plus en plus marquée de la voix, et la difformité croissante, ont décidé les parents à venir réclamer les ressources d'un traitement plus efficace.

M. le professeur Sédillot, ayant jugé l'excision indiquée, la pratiqua de la manière suivante, le 19 novembre 1853 :

L'enfant fut assis sur une chaise, la tête appuyée et maintenue contre la poitrine d'un aide ; l'opérateur saisit l'extrémité antérieure de la langue avec une pince de Museux, et confia à deux aides le soin de fixer et d'écarter les bords de l'organe avec des instruments de même nature. Il devint alors très facile d'enlever en un instant une large portion triangulaire de l'organe par deux coups de ciseaux dirigés d'avant en arrière et de dehors en dedans. Deux grosses artères donnèrent un jet abondant de sang, et furent immédiatement liées. Trois points de suture enchevillée réunirent les deux lambeaux, dont les extrémités furent en outre assujetties par deux points de suture ordinaire, pour plus de régularité.

La portion de langue excisée avait 9 centimètres de longueur, et comprenait toute la largeur de l'organe, jusqu'au niveau de l'arcade dentaire. La dissection et le microscope n'y révélèrent que des tissus sains (muscles, vaisseaux, nerfs, papilles et muqueuse) considérablement hypertrophiés.

L'enfant eut dans la journée une hémorrhagie, qui fut promptement arrêtée par des lotions d'eau Pagliari.

Les jours suivants, la réunion s'accomplit sans accidents, mais l'on est surpris que la langue, dont plusieurs personnes avaient cru l'excision trop étendue, fasse encore saillie hors de la bouche, et semble peu diminuée de volume. Cette circonstance paraît de peu d'importance à M. le professeur Sédillot, qui l'explique par un gonflement inflammatoire accidentel.

Le *24 novembre*, sixième jour de l'opération, on enlève les sutures, dont les chevilles avaient légèrement excorié l'organe, et l'on constate une réunion heureusement achevée.

Le *1er décembre*, l'enfant fait rentrer librement sa langue dans la bouche, quoique la tuméfaction persiste encore, mais il ne peut rapprocher les arcades dentaires.

On constate, par une mensuration précise, que la présence de la langue entre les dents pendant le long intervalle de cinq années, a déterminé l'incurvation permanente en bas du maxillaire inférieure.

Cette incurvation part de la deuxième grosse molaire, seule dent dont le contact soit possible avec la mâchoire supérieure. A partir de ce point jusqu'à la ligne médiane, l'écartement des deux arcades dentaires va en augmentant, et atteint 28 millimètres entre les incisives médianes.

M. Sédillot pense que l'on pourra remédier à cette déviation du maxillaire par une fronde de caoutchouc vulcanisé embrassant la moitié antérieure du menton, et fixée vers le sommet de la tête.

L'enfant garde sa salive, avale et respire librement, parle beaucoup mieux, et quitte l'hôpital le 19 décembre 1853, un mois après son opération.

Suivant M. Sédillot, il serait difficile d'attribuer l'hypertrophie à la section du filet, l'affection était antérieure à l'opération et probablement elle avait été la véritable cause de la gêne de prononciation dont les parents s'étaient inquiétés.

L'épaisse couche de tartre enveloppant les dents de la mâchoire inférieure, venant préserver la langue de toute action mécanique irritante et

ulcéreuse, est une disposition fort remarquable, et il faudrait, dans de pareils cas, ne pas s'opposer à cette espèce d'encroûtement calcaire.

La déviation permanente du maxillaire inférieur portée à 3 centim. au moins d'écartement si l'on tient compte du croisement normal des incisives, montre combien il importe de remédier de bonne heure à ces hypertrophies compliquées de procidence linguale dont les inconvénients et les dangers ne sont pas complétement immédiats.

L'excision, dans les cas d'hypertrophie simple, est, suivant M. Sédillot, le procédé opératoire le plus favorable; elle est prompte, et peut être suivie d'une guérison complète en peu de jours. Le procédé qu'il a suivi lui paraît être le plus sûr et le plus facile. Il fait réunir les deux lambeaux avec la suture enchevillée, et l'auteur conseille de recourir à de petites plaques d'ivoire arrondies, d'un centimètre environ de hauteur sur deux de longueur, percées de deux ouvertures pour le passage d'un double fil que l'on serre et fixe de chaque côté.

Enfin, l'élévation de l'appareil hyoïdien par suite de la procidence linguale disparaît avec la cause qui l'a produite. Mais il n'en est pas de même de la déviation permanente du segment antérieur de la mâchoire inférieure. C'est pour y remédier que M. Sédillot emploie des frondes élastiques.

Anatomie comparée.—*Rapport sur un Mémoire de MM. Philippeaux et Vulpian, qui a pour sujet la structure de l'encéphale des raies et des squales, et l'origine des nerfs crâniens chez ces poissons.* (*Comm.* : MM. Duméril, Flourens, Duvernoy, rapporteur.) Le Mémoire de MM. Philippeau et Vulpian se compose de deux parties distinctes, ainsi que son titre l'indique. La première est consacrée à l'étude de la structure des divers organes qui entrent dans la composition de l'encéphale des poissons *sélaciens*, et plus particulièrement des *raies ronce* et *bouclée* et de la *grande roussette*. La seconde partie se compose de recherches nouvelles sur la détermination et l'origine des nerfs crâniens de ces poissons. La Commission est d'avis que ce travail mérite les encouragements de l'Académie : 1° par l'analyse nouvelle qu'on y trouve de la structure des différentes parties de l'encéphale de plusieurs espèces appartenant aux familles des *raies* et des *squales*, et principalement du bulbe, dans lequel ils ont reconnu des faisceaux intermédiaires, comme dans la moelle allongée de l'homme; 2° pour avoir suivi jusque dans la profondeur de ce bulbe et particulièrement dans ses faisceaux intermédiaires, les radicules des différentes paires de nerfs, depuis la troisième jusqu'à la onzième inclusivement; 3° pour avoir découvert dans dix de ces paires de nerfs au moins deux sortes de filets radiculaires, dont les uns sont des filets qui s'entrecroisent, dont les autres suivent leur direction primitive jusqu'à la tige nerveuse dans laquelle ils doivent se rendre; 4° pour avoir distingué, dans la majorité de ces paires de nerfs, des filets radiculaires de commissures qui lient intimement les nerfs d'une même paire. La généralité de ces trois dispositions dans l'origine des nerfs crâniens ne peut manquer de devenir, pour la physiologie, une donnée anatomique importante.

Conclusions : 1° accorder l'approbation de l'Académie au travail de MM. Philippeaux et Vulpian; 2° les inviter à étendre leurs recherches à plusieurs autres espèces de la classe des *sélaciens* appartenant à des familles et à des genres différents. (*Adopté.*)

Chimie organique. — *Recherches relatives à l'action du chlorure de cyanogène sur les bases ammoniacales*, par MM. *Aug. Cahours* et *Cloer*.

Nomination. — L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section de botanique ; au premier tour de scrutin, M. *Moquin-Tandon* obtient 36 suffrages, M. *Duchartre* 6, M. *Payer* 5 ; il y a trois billets blancs. M. Moquin-Tandon, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Deux pièces officielles transmises par le ministre de l'agriculture et du commerce : *a.* Demande d'avis et d'analyse relative à l'eau d'une source située à Saint-Yorre (Allier) ; (*Commission des eaux minérales*). *b.* Rapport de M. *Hocber*, médecin cantonal à Obernai (*Bas-Rhin*), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Walff, depuis le 1er décembre jusqu'au 10 janvier dernier (*Commission des épidémies*).

1. Le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire de M. *Billiard*, médecin à Corbigny (Nièvre), sur les causes du choléra et des maladies de la pomme de terre, de la vigne, de la betterave, etc. (*Comm.* MM. Chatin, Bouchardat).

3. Rapport de M. *Auberge*, médecin principal et en chef à Bône, sur l'endémo-épidémie paludéenne qui a régné dans cette ville en 1853 (*Commission des épidémies*).

4. Lettre de M. *Girault*, docteur-médecin à Onzain (Loir-et-Cher), qui demande que M. *Lambron*, médecin à Levraux (Indre), localité où les fièvres intermittentes sont nombreuses, soit désigné par l'Académie pour expérimenter le succédané du sulfate de quinine qu'il a proposé (*Commission des succédanés du quinquina*).

5. Mémoire sur la nature et le traitement du choléra par M. *Thomas A. Wise*, d'Édimbourg (*Commission du choléra*).

6. Lettre de M. *Tessier*, qui se porte candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

7. Notice sur les établissements thermaux et sur les causes qui produisent l'énergie médicinale des eaux, par le docteur *Arligala*, de Tarbes (*Commission des eaux minérales*).

8. Lettre de M. le docteur *Aug. Pujol*, agrégé de la faculté de Montpellier, sur le traitement spécifique de la phthisie, au moyen de composés médicamenteux qu'il ne juge pas à propos de faire connaître pour le moment.

9. Plusieurs mémoires adressés pour les prix de l'Académie, le prix Capuron, le prix Lefèvre.

Rapports et Mémoires.

M. *Jobert*, président, annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. *Accarie*, un de ses correspondants nationaux à Valence.

Sur l'invitation de M. le président, M. le secrétaire perpétuel donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Nacquart.

M. *Jobert* prévient l'Académie qu'elle aura à élire un président dans sa prochaine séance.

M. le secrétaire perpétuel fait observer à ce sujet que le conseil de l'Académie est d'avis de porter de nouveau un médecin à la présidence de l'Académie; l'honorable chirurgien, qui se trouve aujourd'hui vice-président, a été le premier à émettre cet avis et à déclarer qu'il se tenait, quant à présent, honoré suffisamment de la vice-présidence qui lui a été conférée.

M. *Robinet* donne successivement lecture de neuf rapports concernant des remèdes secrets ou nouveaux. L'Académie adopte sans discussion les conclusions toutes négatives de ces différents rapports.

Élection de deux membres de la commission du prix Nadau. — MM. *Bouchardat* et *Mélier* sont élus au scrutin secret et individuel, membres de la commission du prix Nadau, en remplacement de M. Nacquart, décédé, et de M. Villermé, démissionnaire.

Choléra. — M. *Thomas*, membre correpondant de l'Académie, donne lecture d'un mémoire sur le choléra asiatique. L'auteur a effectué l'été dernier un voyage dans le nord de l'Europe, et principalement en Russie et en Hollande ; il a eu ainsi l'occasion de faire de nouvelles études sur le choléra asiatique, qu'il avait déjà observé à plusieurs reprises, à la Nouvelle-Orléans, en 1832 et 1833. M. Thomas passe en revue les opinions des principaux médecins de Vienne, de Berlin, de Saint-Pétersbourg, de Moscou, de Roterdam, etc., sur la nature du choléra et sur son mode de transmission; il indique les différents traitements adoptés par eux les moyens prophylactiques qu'ils ont conseillés, les résultats obtenus. L'auteur croit à la nature nerveuse du choléra asiatique dès son invasion, mais avec des complications fréquentes constituant soit des lésions d'organes, soit d'autres lésions aussi graves que celles du système nerveux, et nécessitant par conséquent des moyens également énergiques pour tâcher d'en triompher. M. Thomas est partisan de la non-contagion du choléra; quant aux moyens qu'il croit propres à prévenir ou à atténuer la maladie, il les emprunte surtout à l'hygiène ; il propose pricipalement l'édification d'établissements permanents, situés dans des endroits très élevés et qui seraient, en temps ordinaire, loués pour divers usages, et convertis en hôpitaux en temps d'épidémie.

La séance est levée à quatre heures et demie.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Foie gras. Sarcine de l'estomac, par le docteur R. Barnes.

Dans un des numéros antérieurs (nº 12, vol. I, p. 165), la *Gazette hebdomadaire* a publié un résumé des principaux travaux français et étrangers sur la sarcine étudiée au point de vue de la pathologie médicale; nous renvoyons donc à ce travail pour les détails historiques à ce sujet. Le fait que le docteur Barnes vient de faire connaître prouve une fois de plus la fréquence des altérations dyspeptiques qui coïncident avec la présence de ce parasite végétal dans l'estomac. Il existe simultanément, dans le cas que nous allons relater, une autre lésion concomitante : c'est l'altération graisseuse du foie, altération peu connue encore, surtout au point de vue de sa pathogénie.

Une femme de soixante ans avait contracté l'habitude de prendre plusieurs fois par jour de petites doses d'opium. Malgré cette habitude funeste, elle avait conservé de l'embonpoint, l'intégrité de son appétit. Son régime alimentaire était bon, et fréquemment elle faisait de l'exercice à l'air libre. Par moments, elle éprouvait des accidents gastriques que venait terminer ordinairement un vomissement spontané. D'autres symptômes plus graves se manifestèrent également : c'étaient des étourdissements, de l'embarras de la parole, et un commencement d'hémiplégie à droite ; ces accidents se dissipèrent sous l'influence de larges doses d'opium et d'éther. Plusieurs fois le docteur Barnes administra jusqu'à 3 grains de morphine en une dose. Pendant l'automne de 1852, cette dame fut atteinte, à Jersey, d'une maladie grave, pendant laquelle des douleurs vives se manifestèrent dans le côté droit du thorax ; on eut recours à des applications locales de sangsues et de vésicatoires. Cette maladie ne se termina pas par une franche convalescence, les forces ne se rétablirent pas, l'appétit demeura mauvais. Pendant le mois de mars, la malade se fatigua beaucoup en donnant des soins à son mari pendant le cours d'une maladie grave qui se termina par la mort. Le 8 avril, la malade accusa dans l'estomac des douleurs vives qui allèrent graduellement en augmentant; il s'y joignit bientôt des vomissements et une oppression considérable des forces. L'acide prussique, la glace, les vésicatoires au creux de l'estomac ne produisirent aucun soulagement ; il n'y avait pas de sommeil; le pouls était accéléré, la langue blanche et sale, l'urine colorée; les matières vomies ne contenaient d'abord que les substances ingérées ; peu à peu les vomissements prirent une teinte verte; en laissant reposer ces matières, on trouvait au fond du vase qui les contenait un dépôt granuleux verdâtre, composé presque uniquement de sarcine. La malade ne pouvait presque rien supporter, excepté par moments une cuillerée de bouillon. Sous l'influence de l'administration du sulfate de soude, les vomissements devinrent moins intenses, mais la douleur demeura toujours aussi vive, et permettant à peine quelques courts intervalles de repos. Les vomissements contenaient moins de sarcine. Les douleurs devinrent graduellement si vives, que la malade demanda avec instance qu'on lui donnât du chloroforme : on eut recours à ce moyen, qui seul parut capable de calmer les douleurs. Il survint un ictère, du gonflement du ventre, un peu d'ascite. La malade succomba le 22 avril. — Ouverture du cadavre le 24. — On n'examina que le foie et le tube digestif. L'estomac était plein d'une matière verdâtre trouble identique avec celle que la malade vomissait pendant sa vie. La muqueuse était parsemée d'une injection pointillée, surtout marquée près du pylore. Cet orifice avait son calibre normal; les parois de l'estomac, un peu épaissies dans ce point, n'offraient aucun dépôt morbide. Le foie n'offrait aucune trace d'inflammation; il était jaune, parsemé de points rouges, et présentait à l'examen microscopique une quantité considérable d'éléments graisseux.

L'auteur, en passant en revue les cas de sarcine de l'estomac publiés en Angleterre, arrive à cette conclusion, qu'il est douteux qu'aucun fait de ce genre se soit terminé par la guérison. (*Lancet*, 1854, v. I, nº 1, p. 3.)

De l'albuminurie survenant dans le cours du diabète ; sa valeur relativement au pronostic, par le docteur H. Bence Jones.

Depuis le mémoire de MM. Thenard et Dupuytren (*Bull. de la Soc. de la Faculté de méd. de Paris*, 1806, p. 41), l'appréciation de ce symptôme a été le sujet d'opinions différentes et même opposés. Pour MM. Thénard et Dupuytren, l'apparition de l'albumine dans une urine diabétique constituait un phénomène d'heureux augure, un signe assuré d'une guérison prochaine. L'expérience pratique a malheureusement démontré qu'il n'en était pas toujours ainsi. M. Rayer (*Traité des maladies des reins*, v. II, p. 223, et *Bull. de la Soc. de Biologie de Paris*, 1851), Heller, Law, Christison et enfin M. Bence Jones, ont fait connaître des observations qui démontrent l'erreur de l'opinion exclusive citée plus haut. L'apparition de l'albumine, qui peut exister en même temps que le sucre ou le remplacer, est quelquefois l'indice d'une complication grave ; d'autres fois, au contraire, l'albuminurie ne semble qu'un phénomène intercurrent momentané qui ne trouble nullement l'évolution ordinaire de la glucosurie. Chez les malades qui succombèrent, les lésions du rein trouvées à l'autopsie n'étaient pas toujours identiques : c'était une néphrite terminée par suppuration, dans un fait de M. Rayer, cité par M. Bell, une véritable maladie de Bright dans les faits de Christison, Law, Garrodd et Bence Jones. On doit accueillir avec empressement toutes les observations cliniques propres à élucider une question qui intéresse à un si haut degré le praticien, et pourront éclairer sur la valeur d'un symptôme qu'on avait à tort considéré comme un signe prochain et assuré de guérison. C'est à ce titre que nous analyserons ici les observations de M. Bence Jones.

Un homme de soixante-deux ans était, depuis deux années, tourmenté par des éruptions furonculeuses; sa santé, depuis la même époque, s'était altérée d'une manière marquée ; il éprouvait de la céphalalgie gravative, des étourdissements, et une soif anormale. L'urine, dont la pesanteur spécifique était de 1034, contenait des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, de l'albumine et du sucre en petite quantité. En avril 1848, de l'œdème apparut aux membres inférieurs, l'urine continuait toujours à présenter simultanément du sucre et de l'albumine. En avril 1849, la pesanteur spécifique de l'urine n'était que de 1016,6 ; on y trouvait à peine quelques traces de sucre, mais beaucoup d'albumine. Les accidents de la néphrite albumineuse augmentèrent graduellement, et le malade succomba le 18 mai 1849. A l'autopsie on trouva les lésions de la maladie de Bright.

Lorsque M. Bence Jones présenta les reins de ce malade à la *Société pathologique de Londres*, M. Gurrod annonça avoir observé lui-même des exemples de coexistence de l'albuminurie et de diabète. (*Medical Times and Gazette*, février 1854, p. 102.)

Coïncidence du rhumatisme articulaire et des maladies organiques du cœur aux Indes-Orientales, par le docteur Morehead.

Le docteur Morehead réfute l'opinion émise par Bird et Chevers, qu'aux Indes on observe rarement la coïncidence du rhumatisme articulaire et de l'endopéricardite. Nous ne possédons pas, malheureusement, assez de travaux étendus et détaillés pour établir une comparaison entre la pathologie de l'Inde et celle de l'Europe ; néanmoins l'expérience propre de l'auteur le porte à croire que la coïncidence du rhumatisme articulaire aigu et des affections organiques du cœur s'observe aussi fréquemment à Bombay qu'en Europe. Sur 49 cas de maladie du centre circulatoire, l'auteur a observé 17 fois en même temps le rhumatisme articulaire. (*Bombay, Society's Transactions. — Lancet*, v. I, p. 131, 1854.)

Efficacité de l'acide sulfurique dans le traitement de la diarrhée, par Goodeve Bowra.

L'auteur, s'appuyant sur une expérience pratique de deux années, vante l'acide sulfurique comme le meilleur remède, contre la

diarrhée, chez les malades de tout âge. Cette médication est, dit-il, d'un usage constant à bord des navires qui font la traversée de l'Angleterre aux Indes. M. Bowra n'indique pas la dose et le mode d'administration de ce remède ; il communique seulement plusieurs faits propres à démontrer son efficacité. (*Lancet*, v. I, n° 4, p. 98, janvier 1854.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des poisons, par M. Flandin.

Nous devions rendre compte beaucoup plus tôt de l'ouvrage de M. Flandin. Il nous a fallu le lire complétement. Ce n'est pas un de ces livres qui portent une devise ou qui se trouvent résumés dans une préface. L'auteur ne s'appuie sur aucune école, sur aucune autorité ; il veut être lui, et entend que les critiques l'étudient.

Traité des poisons, voilà un titre engageant, à coup sûr ! Tout ce qui, en effet, se rattache à l'idée du poison, a quelque chose qui effraie et intéresse à la fois. Lorsque les gens du monde pénètrent dans le laboratoire du chimiste, ils demandent à voir du poison; ils l'examinent, sont tentés d'y goûter. Ils ne peuvent croire à tant de puissance dans le creux de la main. Faire un geste, et, sans effort, sans que du sang soit répandu, on a cessé de vivre !

Ceci c'est le poison pour les gens du monde : il est poétique ; la victime tombe, comme au théâtre, pour ne plus se relever, expirant juste assez tôt pour ne pas lasser le spectateur.

Le monde croit toujours que nous avons laissé perdre ces poisons prodigieux qui tuent promptement ou à temps donné, avec grâce et sans bruit. Mais l'histoire fait un peu comme le théâtre : elle laisse tomber la toile pour ne pas fatiguer le lecteur, et la longue agonie n'existe jamais pour lui. De là ces croyances aux poisons subtils, lents ou rapides comme la foudre, ces empoisonnements produits par un peigne dans les cheveux d'une femme ou par un mouchoir passé autour du cou.

Peut-on s'étonner alors du rôle immense que le poison a joué dans l'histoire et dans les superstitions des peuples, et ne comprend-on pas tout de suite combien il doit être difficile de distinguer le vrai du faux ?

M. Flandin porte une main hardie sur ces superstitions et fait l'historique des empoisonnements depuis l'antiquité la plus reculée jusqu'à nos jours, et passe de Médée à la marquise de Brinvilliers. Et tout cela pour notre plus grand honneur ; car, tout en nous étonnant de l'art infini qui présidait à la préparation des poisons dans les temps les plus reculés, nous découvrons cependant que tous ces merveilleux poisons, cette science venant des dieux, nous possédons tout cela. C'est toujours ou bien des breuvages faits avec des plantes dont nous avons extrait les principes actifs, ou bien c'est encore le sinistre arsenic sous toutes ses formes. En lisant cet historique, on voit combien, là comme en toutes choses, le merveilleux, la puissance des dieux s'est transformée par l'action de la science en la puissance des choses. Le merveilleux reste ; mais ce n'est plus la puissance de Médée qui nous étonne : c'est le pouvoir de la plante qui sert à ses breuvages.

Dans son traité, M. Flandin parle de tout ce qui se rattache aux poisons et aux empoisonnements. C'est dire assez que les questions qu'embrasse son livre sont des plus complexes. Là se trouvent réunis l'histoire chimique des poisons, leur rôle physiologique, les signes différentiels physiologiques et anatomiques de l'empoisonnement et des maladies, les antidotes ou contre-poisons ; puis viennent les recherches chimiques en général, choix des ustensiles, essai et purification des réactifs ; puis les analyses toxicologiques avant ou après l'inhumation des cadavres, etc.

Nous devons faire tout d'abord un reproche à l'auteur : il mêle trop souvent la polémique aux faits. N'est-il pas évident qu'on ne peut lire avec la même attention, par exemple, la description des propriétés d'un poison, son mode d'agir, et, tout de suite après, sans être averti, des pages d'une polémique qui a pu être très intéressante, mais qui le sera toujours moins, pour celui qui veut s'instruire, que l'exposé des faits et des données purement scientifiques.

C'est justement parce que nous apprécions l'exactitude et la rigueur de méthode de M. Flandin, que nous regrettons d'être si souvent distrait dans la lecture de son livre par des discussions qui, malgré la chaleur du style, nous laissent complétement froid. C'est ainsi que, de temps à autre, on rencontre de véritables réquisitoires contre Orfila. Eh bien ! ces attaques répétées ont produit sur nous un effet tout contraire à celui qu'on aurait pu en attendre ; il nous a paru qu'elles faisaient ressortir au plus haut degré les précieuses qualités du célèbre professeur. Orfila a été un agitateur en science ; il est mort vieillard, plus jeune d'esprit et de cœur que ne le sont maintenant beaucoup d'hommes de quarante ans. Il avait le feu sacré de la science : c'est dire assez qu'il était confiant dans les choses et les hommes. Son nom restera avec quelques autres comme représentant le mouvement scientifique, l'ardeur, l'agitation et la foi dans la science qui a caractérisé son époque.

Quiconque a travaillé dans les régions de l'inconnu appréciera cette confiance qui fait que l'on cherche et qui, au fond, n'est que l'impulsion de l'idée. Combien une idée neuve n'est-elle pas souvent le point de départ de découvertes importantes ? Il est facile alors à des esprits ordinaires, doués de certaines aptitudes, de continuer, de compléter, avec plus de perfection peut-être, ce que le novateur avait commencé.

Quittant les généralités, nous arrivons avec l'auteur aux poisons minéraux et à l'*arsenic*. Il n'y a rien à dire sur ce sujet que nos lecteurs ne connaissent déjà, et M. Flandin a raison de s'en rapporter entièrement à la commission de l'Académie des sciences, qui a indiqué un procédé classique pour reconnaître l'arsenic, procédé qui se trouve maintenant reproduit dans tous les ouvrages de chimie.

Tous les poisons minéraux sont passés en revue et étudiés consciencieusement, et à propos de chacun d'eux les mêmes questions générales se présentent de nouveau. Il serait tout à fait impossible de résumer dans une analyse rapide cette partie de l'ouvrage ; il y a surtout un grand nombre de procès-verbaux d'expertises dont nous ne comprenons pas bien ici l'utilité et surtout le nombre. En effet, les circonstances dans lesquelles ces expertises ont été faites ne se présenteront jamais complétement semblables. Un seul exemple, comme modèle, aurait suffi. L'auteur veut-il nous transmettre son expérience ? Mais c'est peine perdue ; nous pouvons apprendre, savoir, être prêts à tout ; mais, quant aux variations infinies des cas qui peuvent se présenter dans la pratique, c'est en nous-mêmes, dans nos connaissances, et non pas dans l'expérience des autres, que nous devrons trouver les moyens d'y répondre.

Dans son *Traité des poisons*, l'auteur donne une place importante aux principes organiques, aux alcaloïdes, qui ont des propriétés vénéneuses si remarquables et qui forment évidemment un groupe de substances à part. Il soulève dans cette partie de son ouvrage les questions les plus compliquées ; en les étudiant avec lui, on s'aperçoit qu'il y a beaucoup à faire encore, mais que, cependant, le problème en lui-même n'est pas insoluble. De ce qu'un poison agit en très petite quantité, ce n'est pas une raison pour croire à quelque action mystérieuse dont nous ne pourrons jamais nous rendre compte. L'action de la petite quantité n'en est pas moins une action matérielle. On oublie trop qu'il existe dans l'organisme des principes qui sont en masse fort peu considérable, et qui cependant jouent un rôle actif. Ainsi la créatinine est un alcaloïde qui se rapproche beaucoup de la nature des principes vénéneux : l'urée, l'acide hippurique sont des principes qui se rencontrent à l'état normal dans les liquides animaux et qui nécessairement agissent dans une certaine mesure. Dernièrement encore, des travaux sérieux ont attiré l'attention sur l'action toxique que l'urée pouvait exercer. Qu'y a-t-il d'extraordinaire que les poisons organiques agissent par leur présence de la même manière que certains principes immédiats, dont la présence en excès ou la disparition complète peut amener des troubles notables dans l'organisme.

Une étude curieuse à faire serait d'expérimenter l'action que

certaines substances paraissant fort innocentes exercent sur le corps des animaux lorsqu'elles sont injectées en quantité assez considérable.

L'action vénéneuse n'est, après tout, qu'une propriété particulière de certains principes, propriété qui s'ajoute à beaucoup d'autres. Aussi n'expliquons-nous pas qu'on allie dans la discussion les corps les plus disparates, le plomb et la morphine, par exemple, uniquement parce qu'ils agissent comme poison. Il est aisé de comprendre combien les questions si délicates d'élimination et de localisation des principes toxiques deviennent alors compliquées lorsque, sous le nom général de *poison*, on désigne des substances qui n'ont aucun rapport entre elles, qui se comportent en vertu de leur nature chimique d'une tout autre manière vis-à-vis des tissus et des humeurs du corps des animaux, comme le plomb, l'arsenic, le cuivre d'un côté et la strychnine et la morphine de l'autre. Il est évident qu'il n'y a, quant au mode d'agir, aucun parallèle à établir entre ces corps d'une nature aussi diverse.

Cette partie de l'ouvrage, sur laquelle nous reviendrons, est évidemment la plus intéressante, et le feu, nous pourrions même dire la passion avec laquelle M. Flandin traite de toutes ces questions, invite à entrer dans la lice.

Les procédés que l'auteur propose pour retrouver ces poisons organiques dans les cadavres ou dans les déjections sont déjà employés pour isoler les principes immédiats du corps de l'homme et des animaux. Ces procédés permettent une grande précision, lorsque, bien entendu, la quantité du poison recherché n'est pas trop minime.

L'ouvrage de M. Flandin est en trois gros volumes : c'est trop et ce n'est pas assez. La science des poisons, la toxicologie, embrasse une foule de questions. Nous comprendrions un manuel qui résumerait ce que l'on appelle la *toxicologie*, en renvoyant à la chimie, à l'histoire naturelle, à la médecine. Mais ce n'est pas trois volumes qui suffisent, ce n'est pas même en dix volumes qu'il serait possible de réunir, de grouper tout ce qui touche à la toxicologie.

Nous nous plaisons à reconnaître combien il a fallu à M. Flandin de courage et de talent pour embrasser avec succès toutes ces questions si disparates. Plus que tout autre il est au cœur de la toxicologie et appelé à rendre de grands services à cette science. Quand il aura compris qu'il n'a plus d'adversaires, il sentira que toutes ces discussions ne peuvent passionner le public, et qu'il s'adresse à des hommes sérieux et impartiaux qui cherchent uniquement dans son livre la partie scientifique et positive.

F. VERDEIL.

VI.

COMPTES RENDUS

DES

TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS (1).

SÉANCE DU 27 JANVIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

(Suite.)

L'ordre du jour appelle la discussion sur *les piscines*.

M. *François*, ingénieur en chef des mines, chargé du service des eaux minérales, a adressé à la Société, sur ce sujet, une note dont voici l'analyse succincte. M. *François* expose d'abord les avantages qu'offre l'emploi des piscines dans la balnéation, exprimant comment la constance de la température, le renouvellement continu de l'eau, la faculté de mouvement dans le bain, et surtout la possibilité de supporter une action prolongée et reconnue efficace, présentent autant de conditions favorables, déjà utilisées auprès d'un certain nombre de nos établissements thermaux.

Il rappelle la place que les piscines avaient prise dans l'organisation des thermes, chez les Romains. On sait, dit-il, que les thermes romains, érigés du deuxième au quatrième siècle de notre ère, sur nos principales stations thermales, et dont les substructions apparaissent à la moindre excavation, se composaient d'étuves et de séries de bassins, ou de piscines, étagés et appropriés aux besoins et aux habitudes des différentes classes. Quand vint la réaction du spiritualisme chrétien contre le matérialisme païen, les thermes eurent à souffrir ; un grand nombre, comme Néris, furent démolis en totalité ou en partie. Plus tard, ils subirent l'influence immédiate et les suites des invasions barbares. L'examen attentif de leurs substructions témoigne que c'est surtout à ces deux périodes que l'on doit rapporter leur abandon. Remis en honneur à la suite des croisades qui avaient importé chez nous quelques-unes des maladies de l'Orient, ils ont été depuis successivement modifiés, à cause de l'aménagement vicieux ou négligé des sources, de l'affluence des malades, des idées de spéculation, et la baignoire à dimensions réduites est venue presque partout se substituer au bain en commun. Aujourd'hui, l'attention est de nouveau attirée vers le mode balnéatoire à grande eau, avec mouvements facultatifs, et M. *François* se demande si cette réintégration des piscines n'est pas appelée à rendre d'utiles services à la médication hydrothermale, particulièrement au point de vue important de l'assistance publique, eu égard à ce qu'elles rendent les eaux minérales plus accessibles aux classes indigentes ou peu aisées.

M. *V. Gerdy* apprécie, de son côté, à un point de vue plus pratique, le côté historique des piscines, auquel quelques membres de la Société paraîtraient, ainsi que l'a fait M. François, attacher une signification peu exacte.

Suivant M. *Gerdy*, il n'y aurait aucun parallèle à établir entre l'usage que les Romains faisaient des piscines, et celui que nous attribuons à ce mode de balnéation. Les Romains, après s'être baignés longtemps dans le Tibre, firent construire des piscines où ils allaient seulement se plonger, dans un but tout hygiénique. Plus tard, ils pratiquèrent la vie en commun au bain comme ailleurs ; puis, dans les derniers temps de Rome, le bain lui-même ne fut qu'un objet et un motif de débauche, et l'on y demeurait des journées entières. Si les Romains ont établi des piscines près des sources, c'était en vertu d'une habitude acquise, et faute de travailler les métaux et le bois comme on le fait de nos jours ; en un mot, ce n'a jamais été dans un but thérapeutique, affirme M. Gerdy, mais seulement dans un but d'hygiène, que les Romains ont utilisé les sources minérales.

M. *Lhéritier* pose en ces termes la question à discuter : au point de vue thérapeutique, les bains en piscine ou en commun sont-ils plus efficaces que les bains en baignoire, l'eau minérale employée dans les deux modes étant exactement la même ? Après avoir fait connaître la disposition des piscines de Plombières et les conditions dans lesquelles les malades s'y trouvent placés, l'orateur passe en revue quelques unes des assertions sur lesquelles on s'est appuyé pour justifier la préférence donnée aux bains collectifs sur les bains particuliers.

C'est ainsi qu'on a avancé que, dans les bains en commun, la masse d'eau, étant considérable, exercerait sur la surface du corps une pression plus grande que dans une baignoire ; mais, au contraire, la pression est plus égale et plus considérable sur le corps placé horizontalement au fond d'une baignoire, que dans une piscine où les malades se trouvant assis, la pression se fait surtout sentir sur les extrémités inférieures, et s'exerce inégalement et à un moindre degré sur le reste du corps. Le mouvement imprimé à la masse d'eau par le filet alimentaire de la piscine (à Plombières) et le renouvellement total de l'eau du bain sont trop peu sensibles pour que l'on puisse en tenir compte. On a prétendu que l'eau des piscines conservait beaucoup plus longtemps que celle des baignoires les gaz auxquels les eaux minérales devraient une partie de leur vertu. Mais on ne saurait admettre qu'il en soit ainsi, en considérant le long espace de temps qu'il faut pour remplir les piscines, et la large surface que l'eau présente en contact avec l'atmosphère.

(1) La Société d'*hydrologie médicale* ne considère comme officiel que le compte rendu de ses travaux, inséré dans la *Gazette hebdomadaire*, et décline toute responsabilité à l'égard de toute autre publication qui la concernerait.

M. *Lhéritier* s'élève contre la pensée d'intérêt privé qui arguerait de la pénurie d'une source pour accumuler, dans le même bassin, des malades de toute espèce, alors que la science n'a pas dit le dernier mot sur la contagion des virus et sur les modifications subies par la composition de l'eau minérale elle-même, en présence de tant de produits d'excrétion et de sécrétion. Il n'a pas obtenu, dans les cas de névrose et d'hypochondrie, les bons résultats que l'on se promet, en général, dans les cas de ce genre, des bains de piscine. La plupart de ces malades s'accommodaient difficilement ou de la température, ou du bruit et du mouvement qui se font ordinairement dans les piscines. Enfin le vêtement de laine que les convenances imposent au baigneur est attaqué chimiquement par l'eau minérale, se ramollit et semble se saponifier, ce qui ne peut avoir lieu sans diminuer, au détriment du baigneur, le degré d'imprégnation alcaline du liquide.

Après avoir cité quelques écrivains qui font autorité en pareille matière, M. *Lhéritier* se résume en rejetant, au double point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique, l'emploi de piscines étroites, où les malades entassés subissent une eau à peine renouvelée, altérée le plus souvent, d'une température forcément uniforme. Qu'on remédie à chacun de ces graves défauts, en particulier, M. *Lhéritier* approuverait alors les piscines, et il exprime le vœu que l'art médical en soit doté.

M *Fermond* désire, à l'occasion de la question des piscines, appeler l'attention de la Société sur quelques principes de physique applicables à ce sujet. C'est ainsi qu'il établit, à l'aide de démonstrations, qu'il ne faut pas compter le nombre des personnes qui se baignent pour connaître la pression que supporte leur corps, mais seulement la distance qui existe entre tel ou tel point de celui-ci et le niveau de l'eau, et qu'il serait, sous le rapport de la pression, complétement insignifiant pour les malades que, dans la même piscine, on en reçût dix, cent ou plus.

Des inconvénients plus graves semblent se rattacher aux phénomènes d'endosmose ou d'exosmose qui peuvent se produire réciproquement par l'accumulation d'individus malades au milieu de la même eau. M. *Fermond* redoute, en s'appuyant sur les données physiques, l'échange de virus, d'autant plus dangereux que l'idiosyncrasie des sujets en permettrait l'absorption plus ou moins rapide, et cela, sans que le développement de ces germes fâcheux se traduise de suite à l'extérieur, et sans que le médecin puisse le prévoir. Pour prouver que le mouvement endosmotique ne s'exerce pas seulement sur de petites quantités de liquide, M. *Fermond* rapporte des expériences qu'il a entreprises à ce sujet : ces expériences le porteraient à calculer qu'un homme qui prend un bain d'une heure n'absorberait pas moins de 10 kilogr. d'eau, et, par conséquent, au bout de ce temps, pèserait 20 livres de plus, si l'exosmose ne venait rendre au bain une partie de ces liquides en quantité proportionnelle non encore établie. Devant la crainte d'un transport mutuel nuisible, M. *Fermond* pense qu'il vaudrait peut-être mieux répudier les piscines, ou tout au moins, en les conservant, y établir un système de compartiment où chaque malade, conservant son eau, ne courrait aucun risque d'absorber celle des autres, et partant ne ferait pas absorber aux autres celle qui lui appartient.

M. *James* regarde la question dont il s'agit comme des plus graves et des plus intéressantes en matière d'hydrologie, et rend hommage aux services que M. François, chargé de l'établissement des piscines près de diverses sources, et particulièrement à Vichy, est à même de rendre sur ce sujet. Cependant il approuve les critiques apportées par M. Lhéritier au sujet des piscines, et rapporte quelques faits de nature à les appuyer. C'est ainsi qu'à Baréges, surtout dans la piscine destinée aux militaires, les maladies des os, telles que des caries, et les maladies de peau se trouvent confondues ensemble ; on comprend tout ce qu'une pareille communication présente d'inconvénients. Il y a des établissements où l'eau qui alimente la piscine a déjà servi à d'autres bains ou à des douches. A ces inconvénients, il faut joindre le dégoût que ces sortes de bains inspirent à certaines catégories de malades, l'inconvenance du mélange des deux sexes, tel qu'il a lieu dans certains bains de la Suisse, à Louesche, par exemple.

Toutefois, M. *James* ne nie pas que les piscines n'aient des avantages. Les constructions des Romains, destinées à cinq ou six cents personnes, peuvent servir de modèles. Néris possède de très belles piscines, et les piscines d'Aix, en Savoie, peuvent être citées également ; mais, il faut l'avouer, il y en a peu d'analogues en France. En un mot, autant il approuverait des piscines construites dans les proportions antiques, avec de l'espace et la possibilité de s'y livrer à des exercices gymnastiques, autant les piscines actuelles lui inspirent de répugnance ; et, à ses yeux, il n'y a pas de parallèle à établir entre les avantages des bains pris dans la baignoire ou dans la piscine.

M. *Patissier* fait remarquer que la question des piscines n'a encore été traitée que d'une manière théorique ; il serait temps de l'aborder au point de vue pratique.

M. *Michel Lévy* parle dans le même sens, et demande que l'on cite des faits à l'appui des critiques que l'on a élevées contre les piscines.

La discussion sera continuée dans la séance suivante.

—

SÉANCE DU 10 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

La correspondance comprend, une lettre de M. Cuvillon, médecin major à l'hôpital militaire de Bourbonne, et de M. Uzac, médecin à Paris, demandant le titre de membre titulaire ; une lettre de M. Dauvergne, médecin à Manosque, demandant le titre de membre correspondant ; une lettre de remerciements de M. le professeur Dassier, de Toulouse, nommé membre honoraire dans la dernière séance.

Ouvrages offerts à la Société :

De la chlorose chez l'homme, par M. Uzac.

Notice médicale sur les bains d'Ems, par M. Fauconneau-Dufresne.

Du véritable mode d'action des eaux de mer en particulier, des eaux thermo-minérales, et de l'eau simple en général, par M. Dauvergne (de Manosque). MM. *Barthez* et *Gorré* sont priés de rendre compte de cet ouvrage.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur les piscines.

Nous rapprocherons ici les différents sujets qui, indiqués déjà dans la séance précédente, ont été successivement abordés.

La question de la transmissibilité possible de germes nuisibles, par l'intermédiaire de l'eau des piscines, est traitée par plusieurs orateurs.

MM. *Réveil* et *Lambron* font observer que jamais aucun fait de contagion n'a été signalé à Baréges, en particulier, bien que, dans cet établissement, la piscine des pauvres soit alimentée par les autres piscines. Malgré le nombre de plaies et de maladies cutanées qui se trouvent ainsi rapprochées, on n'a jamais entendu parler de résorption purulente, ni de transmission d'une maladie quelconque.

M. *Réveil* fait remarquer que si les principes de physique invoqués par M. Fermond, dans la séance précédente, sont parfaitement exacts, ils ne sauraient cependant s'appliquer aux faits en question. Le pus est insoluble, et, par conséquent, ne peut se prêter aux phénomènes d'endosmose. La perméabilité des membranes au moins à l'un des deux liquides est une condition indispensable ; mais l'épiderme forme un vernis appliqué sur la peau, et qui la protége précisément contre un grand nombre d'absorptions nuisibles. C'est ainsi que l'on peut prendre des bains contenant un principe toxique en proportion considérable ; jusqu'à 20 grammes de bichlorure de mercure, par exemple, sans inconvénients aucuns, pourvu que l'épiderme soit intact.

M. *Beaude* signale également les obstacles que les absorptions supposées rencontrent dans la texture de l'enveloppe tégumentaire. D'ailleurs il n'existe aucun fait sur lequel on puisse établir la transmissibilité des maladies dans les piscines. L'orateur rapproche les conditions où l'on se trouve dans les piscines, de celles que constitue la réunion de plusieurs personnes dans un local déterminé ; la

seule différence lui paraît consister dans la différence de densité du milieu.

M. *de Laurès* pense que la Société doit se garder de s'aventurer sur un pareil terrain. Les craintes témoignées par de précédents orateurs, au sujet de la transmissibilité des maladies dans les piscines, doivent être considérées comme un cas de conscience de leur part. Mais la question des diathèses se trouve implicitement comprise dans un pareil point de vue, et la science, sous ce même point de vue, au moins, n'a pas encore dit son premier mot au sujet des diathèses. L'absorption du virus syphilitique, invoquée dans la discussion, aurait fort à faire avec ceux qui ont établi des lois sur ce sujet. Quelle est la limite précise de la transmissibilité des accidents syphilitiques? En un mot, toutes les questions qu'on a soulevées sont absolument hypothétiques et sans solution scientifique possible Mais il y a un fait à leur opposer : c'est que jamais on n'a constaté aucun exemple de transmission.

M. *Barthez* appuie cette dernière proposition de sa propre expérience. Depuis huit ans qu'il dirige l'hôpital militaire de Vichy, il n'a observé aucun fait de ce genre sur les soldats qu'il a fait baigner en piscines. Il fait remarquer, en outre, que les observations sont particulièrement faciles à suivre et à contrôler dans cette catégorie de malades.

Pour ce qui est du dégoût que le bain en commun pourrait inspirer aux malades, et que l'on avait, dans la dernière séance, considéré comme un obstacle à l'usage des piscines, MM. *Réveil*, *de Laurès*, *Beaude*, *Durand-Fardel*, *Lambron*, *Villaret*, etc., affirment que les piscines sont généralement recherchées, et non point redoutées par les malades, à quelque classe de la société qu'ils appartiennent.

La discussion a également porté sur un point plutôt économique que médical, de la question des piscines. Il s'agit de savoir si les piscines consomment plus d'eau que les baignoires. Des assertions fort opposées sont émises par MM. *Lhéritier*, *V. Gerdy*, *Lecomte*, *Réveil*, *de Laurès*, *Barthez* et *Villaret*, sur cette question qui ne peut être résolue, faute de données et de renseignements exacts. La Société se réserve de la reprendre ultérieurement.

Les avantages pratiques des piscines, considérés au point de vue thérapeutique, ont été exposés par plusieurs orateurs.

M. *de Laurès* fait remarquer d'abord que les piscines de Barèges, que l'on a décrites comme des lieux infects et repoussants à cause de la nature des maladies qui s'y réunissent, n'en constituent pas moins un moyen thérapeutique très efficace, et duquel on retire chaque année d'excellents résultats. Mais il a pu constater lui-même, à Néris, l'établissement thermal qui renferme les plus grandes piscines, les services que celles-ci peuvent rendre dans certaines maladies; ainsi le rhumatisme musculaire et articulaire, où l'exercice dans le bain est particulièrement favorable, les contractures, la roideur de la hanche et de l'épaule, les affections nerveuses et l'hypochondrie, où les bains de longue durée, avec température basse et uniforme, déterminent une grande amélioration.

Cependant M. *de Laurès* signale les difficultés que l'on éprouve, à Néris, à cause de la température élevée des eaux, à amener, l'été surtout, la température de la piscine de 27 à 28°. A Vichy, où les eaux sont très riches en principes minéralisateurs, il est facile de les refroidir avec de l'eau douce; mais, à Néris, il faut parvenir à refroidir l'eau minérale sans la couper. Ce sont les architectes et les ingénieurs que cette question concerne.

M. *de Laurès* croit, comme M. François, que les piscines peuvent être utilisées avec de grands avantages pour l'assistance publique. Il a reconnu, en outre, qu'elles simplifiaient beaucoup le service et y apportaient une grande économie, tant sous le rapport du matériel que sous celui du personnel.

M. *Beaude* trouve que la plupart des piscines sont mal établies. Il voudrait que l'on n'en usât que là où l'on a beaucoup d'eau à sa disposition, comme les Romains le faisaient en grand. Du reste, M. *Beaude* attribue aux bains en piscine une action spéciale, dont la poussée lui paraît la manifestation la plus certaine. L'action continue et prolongée des bains est un des avantages les plus notables que l'on retire des bains de piscine, comme à Louesche, où l'on demeure cinq ou six heures dans l'eau, trouvant autour de soi toutes les distractions que procure la causerie et la société. La gymnastique dans le bain est encore un moyen important dans certaines maladies. M. *Beaude* signale surtout l'atmosphère minérale dans laquelle se trouvent plongés les malades des piscines; il attache une grande valeur à cette condition qu'il rapproche de l'atmosphère spéciale des bords de la mer.

M. *Barthez* insiste également sur l'action thérapeutique de la durée du bain, et de la poussée que l'on obtient surtout dans les piscines, qui permettent seules de prolonger le bain d'une manière suffisante pour la déterminer.

M. *Villaret* traite tous les ans, à Bourbonne, environ 800 militaires, parmi lesquels 200 officiers; les autres sous-officiers ou soldats, se baignent seuls dans les piscines. Or, les résultats du traitement sont très sensiblement meilleurs dans ces deux dernières catégories que dans la première. M. *Villaret* est porté à attribuer à la différence dans le mode de balnéation au moins une partie de ces résultats.

M. *Lambron* insiste sur les avantages qu'offrent aux malades qui se baignent dans les piscines, l'atmosphère qu'ils respirent, au moins dans les eaux sulfureuses. Il présente quelques observations sur les altérations que l'eau sulfureuse peut subir au contact prolongé de l'air, dans les piscines, l'eau se chargeant de sulfites et d'hyposulfites auxquels il attribue une action thérapeutique prononcée. Le contact prolongé de l'eau, dans les bains de longue durée, exerce une influence importante dans les affections dartreuses. M. *Lambron* a encore noté que les malades transpiraient davantage après les bains de piscine qu'après les bains de baignoires.

M. *Durand-Fardel* considère, dans le bain de piscine, moins le bain en commun, que l'espace mis à la disposition du malade, et qui lui permet de se mouvoir et de se déplacer. C'est surtout cette dernière condition qui permet de prolonger le bain à volonté, point essentiel dans l'usage des piscines. S'il est difficile de demeurer dans une baignoire, surtout renfermant de l'eau minérale, plus d'une heure à une heure et demie, ce n'est pas la solitude et l'ennui, comme on l'a dit, qui en sont la cause. C'est que l'immobilité sans doute à laquelle on est astreint dispose singulièrement à la congestion cérébrale, et ne manque guère d'amener, si la durée du bain est trop prolongée, au moins de la céphalalgie et des étourdissements.

Quant aux dimensions à donner aux piscines, considérées d'une manière absolue, elles n'ont pas une grande importance. Une piscine de quelques mètres de diamètre sera plus avantageuse si elle renferme peu de personnes, que les plus vastes bassins s'ils sont remplis de malades. Aussi, là où les ressources en eau thermale ne permettent pas de construire de vastes piscines, peut-on utiliser ce qu'on appelle *bains de famille*.

Ce sont de petits bassins destinés à six ou huit malades; ces faibles dimensions permettent aux personnes qui se conviennent de se rapprocher, à ceux qui veulent payer, de se baigner seuls, ou à deux ou trois, dans une piscine, enfin permettent de mieux accommoder la température de l'eau aux convenances de ceux qui s'y baignent.

M. *Gerdy* n'admet pas les inductions tirées par M. Villaret, de ce que les soldats baignés en piscine présenteraient des résultats généralement meilleurs que les officiers qui font usage des baignoires. Il ne faudrait pas non plus conclure des résultats obtenus sur les indigents, au moyen des piscines, dans le sens de la supériorité de ce mode de balnéation. Les soldats, ou bien encore les indigents, soumis à un traitement thermal, se trouvent souvent dans des circonstances plus avantageuses que les gens du monde, par suite des conditions de constitution, de régime, de quiétude qu'ils présentent. Il faut noter surtout, chez les premiers, le défaut d'habitude du bain, circonstance tout à fait propre à ajouter à ce moyen une efficacité toute particulière. M. *Gerdy* reconnaît que les bains prolongés peuvent avoir, dans certains cas, et auprès de certaines sources, une utilité spéciale. Il admet encore que la gymnastique et la natation peuvent avoir une importance thérapeutique considérable; mais il fait remarquer que l'on manque absolument d'observations formelles et comparatives sur ce sujet.

M. *Patissier* résume ainsi l'opinion qu'il a pu se faire des piscines, sinon d'après une observation personnelle, au moins d'après la connaissance de tout ce qu'ont écrit sur ce sujet les hommes compétents. Si les baignoires présentent des avantages que personne ne peut songer à contester, cependant les bains de piscine sont, en général, plus récréatifs, moins chers, plus salutaires que les bains isolés, et doivent leur être préférés toutes les fois que l'on ordonne des bains prolongés, et que l'on se propose de modifier profondément l'organisme, dans les affections diathésiques par exemple. M. *Patissier* adopte complétement la création de vastes piscines à natation, pourvu qu'on institue en même temps des bassins à température différemment graduée, qui s'approprient aux indications les plus générales.

L'honorable vice-président, après avoir communiqué un relevé statistique, d'après lequel il aurait été donné, en 1852, en France, 867,219 bains de baignoire dans 73 établissements, et 171,559 bains de piscine, dans 17 établissements, déclare qu'il ne connaît aucun auteur qui ait parlé contre l'institution des piscines. Il cite un grand nombre de passages propres à édifier la Société sur la question qu'elle vient d'étudier, et qui font intervenir dans la discussion l'expérience directe des médecins placés près des établissements thermaux où fonctionnent les piscines. Si, parmi ces auteurs, il en est quelques uns qui se contentent de rapprocher les bains de piscine des bains de baignoire, sans attribuer aux uns ou aux autres des propriétés spéciales, la plupart déclarent formellement que les piscines doivent être préférées, dans un certain nombre de cas au moins, et il n'en est pas un qui leur attribue d'inconvénients particuliers. Nous ne reproduisons pas ici ces citations ; mais nous indiquerons les sources où M. Patissier les a puisées ; ce sont des documents biographiques très importants pour la question qui vient d'être agitée.

Didelot, Avis aux personnes qui font usage des eaux de Plombières, 1782, p. 222.

Martinet, Traité des maladies chroniques et des moyens les plus efficaces de les guérir ; Paris, 1803, p. 187.

Demangeon, Plombières, des eaux et leur usage, 1835, p. 102 et 104.

L. Turk, du Mode d'action des eaux minéro-thermales de Plombières, 4e éd., Paris, 1847, p. 19.

Hutin, Guide des baigneurs aux eaux minérales de Plombières, 1849, p. 31 et 32.

Lhéritier, Clinique médicale des eaux de Plombières, 1853, p. 28. (M. Lhéritier, par exception, est peu favorable aux piscines, comme doivent le faire penser les paroles prononcées par lui au début de la discussion.)

Bailly (fils), des Eaux thermales de Bains en Vosges, et de leur usage dans les maladies chroniques ; Paris, 1852, pag. 106 et 107.

Dupré, Observations sur l'action générale des eaux de La Malou ; Tarbes, 1842, p. 56.

Izarié, Rapport sur le service médical des établissements thermaux, 1851 et 1852 (art. Eaux-Chaudes).

Léon Marchant, Recherches sur l'action thérapeutique des eaux minérales ; Paris, 1832, p. 164.

Balard, Essai sur les eaux thermales de Baréges ; Paris, 1834, p. 63.

Bertrand (fils), Rapport sur le service médical des établissements thermaux, 1851 et 1852 (art. Mont-Dor).

La Société décide, sur la demande de M. *Debout*, et après quelques observations de M. le président, que le bureau sera invité à résumer les propositions qui ressortent de la discussion qui vient d'avoir lieu.

Le Secrétaire général,

Durand-Fardel.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Abeille médicale. — Nos 5 et 6. Cliniques et revues.

Archives d'ophthalmologie. — Janvier 1854. Extraits et analyses.

Bulletin général de thérapeutique. — 15 février. Tartre stibié contre la phthisie pulmonaire, par *Bricheteau*. — Considérations pharmacologiques sur le chloroforme, par *Bremon*. — Spina-bifida guérie par des injections iodées, par *Piachaud*.

Gazette des hopitaux. — Nos 17 à 24. Les principautés danubiennes, topographie médicale, par *Champouillon*. — Revues cliniques étrangères, françaises et des départements.

Gazette médicale de Paris. — Nos 4 à 8. Phénomène de l'endosmose au point de vue de la médecine thermale, par *Kuhn*. — Urétrotomie externe ou périnéale (suite), par *Sédillot*. — Étude comparative des squelettes du pied et de la main, par *Teulon*. — Application de la méthode anesthésique au traitement des maladies internes, par *Sauvel*. — Diverses observations tirées de la société de biologie.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Analyses et cliniques.

Journal de pharmacie et de chimie. — Février 1854. Études micrographiques sur quelques fécules, par *Léon Soubeiran*. — État du soufre dans l'eau d'Enghien, par *O. Henry*.

Moniteur des hopitaux. — Nos 17 à 24. Philosophie médicale, par *Fleury*. — Paraplégie indépendante de la myélite (suite), par *Abeille*. — Leçons sur les hernies, par *Malgaigne*. (Ces leçons paraissent aussi dans l'*Union médicale*.)

Presse médicale. — Nos 6, 7 et 8. — Cas rare d'éclampsie, par *Depaul*. — Cliniques et revues.

Répertoire de pharmacie. — Collection de juillet 1853 à février 1854. Extraits et analyses concernant la thérapeutique, les formules pharmaceutiques et la toxicologie.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. — No 4. Opérations qui se pratiquent sur les amygdales, par *Verneuil*. — Saignée dans l'apoplexie, par *Demarquette*. — Cliniques.

Revue médicale, française et étrangère. — 15 février. Curabilité de la phthisie devant l'Académie de médecine, par *Sales Girons*. — Vaccine en France, par *H. Carnot*.

Union médicale. — Nos 17 à 24. Choléra chez les enfants, et son traitement, par *Hervieux*. Examen de l'aphorisme : *Sublata causa tollitur effectus*, par *Forget*, de Strasbourg. — Des troubles cérébraux, par *Briquet*. — Traitement de la fièvre typhoïde par le sulfate de quinine, par *Lauvergne*. — Cours et cliniques.

Gazette médicale de Montpellier. — No 11. Sur les plaies de tête, par *Moutlet*. — Différences que présente l'organisation du corps de l'homme aux diverses époques de son développement et aux divers âges, par *Courty*.

Revue thérapeutique du midi. — No 3. Guérison des fièvres intermittentes par la saignée du pied au début de l'accès, par *Bruguier*.

Annales de la Société de médecine d'Anvers. — Janvier 1854. Introduction de l'air dans les veines, par *Massart*. — Ulcère cancéreux du nez, guéri par la pâte arsenicale, par *Rul Ogez*.

Annales et archives de médecine belge et étrangère. — Janvier 1854. Traductions, analyses et revues.

Annales médicales de la Flandre occidentale. — 1854, 3e livraison. Diabète sucré, par *Pellarin*. — Position à donner à la femme pendant l'accouchement, par *Hubert*. — Paraplégies essentielles, par *Macario*.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — No 3. Suppression des salles de galeux dans les hôpitaux militaires, par *Vleminckx*. — Sur le choléra épidémique, par *Greux*.

Gazette médicale de Liége. — No 3. Traitement de l'hydrocèle, par *Ansiaux*. — Traitement de la phthisie pulmonaire, par *Lombard*.

Le Scalpel. — 1854, No 20. Extraits de divers journaux.

Presse médicale belge. — Nos 8 et 9. Nature des affections blennorrhagiques, par *Thiry*. — Cliniques.

Livres nouveaux.

Considérations générales et sommaires sur la blennorrhagie et la blennorrhée, par le docteur *Desruelles*. Broch. de 14 pages. Paris.

Notice sur les eaux minérales de Carcanières, par le docteur *Alibert* (*Constant*), inspecteur des eaux d'Ax. In-8 de 1 feuille 1/4. Foix, chez Pommiès.

Traité pratique des maladies de la peau, par le docteur *Alph. Devergie*. 1 vol. in-8 de XII-736 pages, avec planches gravées et coloriées, représentant 34 types de maladies. Paris, chez Victor Masson. 12 fr.

Statistique des résultats de l'opération de la cataracte, par *Julien Dingé* (thèse inaugurale).

Vergleichende Untersuchungen ueber das Gehirn des Menschen und der Wirbelthiere, par *E. de Bibra*. Manheim, in-8. 7 fr.

— Le prix de *Stokes' Diseases of the Heart*, annoncé dans le no 19 de la *Gazette*, est de 24 fr. au lieu de 17 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.
ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 10 MARS 1854. N° 23.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 9 mars 1854.

DE LA NOUVELLE MÉDICATION ANTIPSORIQUE DANS L'ARMÉE, par M. MICHEL LÉVY (1).

Le nouveau traitement de la gale est un véritable bienfait pour l'armée. Pour le comprendre et pour l'apprécier dans toute son étendue, il importe de signaler ici quelques circonstances qui se rattachaient à l'ancienne méthode de traitement de cette maladie. Les circulaires ministérielles ont toujours prescrit aux médecins des corps de troupes de soigner les hommes atteints de gale dans les infirmeries régimentaires, excepté les cas de gale invétérée, rebelle et compliquée; mais, d'une part, ces dénominations, assez vagues par elles-mêmes en l'absence d'une doctrine expérimentale et positive, laissaient le champ libre aux interprétations, et bien des cas d'affection psorique, aggravés par un nombre excessif de frictions, ou accompagnés d'éruptions sans importance, étaient envoyés dans les hôpitaux sous l'étiquette banale de *gale compliquée*; d'autres, soumis à des frictions partielles ou mal faites, à des lotions inefficaces, semblaient résister à l'emploi des moyens dont on dispose dans les infirmeries; et moyennant la qualification de *gale rebelle* ou *invétérée*, ils finissaient, après une dépense inutile à la caserne, par motiver un traitement à l'hôpital. Dans les hôpitaux, comme dans les infirmeries régimentaires, nulle règle précise; les instructions du conseil de santé, remontant à des époques éloignées, étaient tombées dans l'oubli. Comme l'attention des praticiens s'attachait exclusivement à la nature des remèdes topiques, et non à leurs conditions d'application, on ne s'accordait ni sur le but ni sur les moyens, ou plutôt on demandait au médicament seul ce que l'on ne peut obtenir que par son action combinée avec le mode, le nombre, la durée et l'étendue des frictions. En outre, un grand nombre de garnisons n'ont pas d'infirmerie, à cause de la modicité de leurs effectifs; un nombre plus considérable encore dirigent leurs malade sur des hôpitaux civils, où la durée des traitements antipsoriques est excessive. Il est aussi des localités où les hospices civils admettent nos militaires fiévreux et blessés et sont fermés aux galeux : d'où la nécessité d'évacuer ces derniers sur d'autres hôpitaux civils ou militaires plus ou moins éloignés, au détriment du trésor et du service.

(1) En parlant récemment (n° 20) de la suppression des salles de galeux dans les hôpitaux militaires de Belgique, nous rappelions que des mesures analogues avaient été prises antérieurement en France. Le présent travail contient à ce sujet des indications positives.

(*Note du Rédacteur.*)

FEUILLETON.

Histoire du tabac et d'autres substances employées dans le but de se créer des sensations agréables, par M. FRÉDÉRIC TIEDEMANN (1).

(Suite et fin. — Voir numéros 20 et 21.)

De quelques illustres fumeurs. — Effets du tabac sur la santé. — Action physiologique. — Accidents produits — Action sur le système nerveux. — Goût des aliénés pour le tabac. — Interdiction du tabac dans les prisons.

§ IV. Il nous faut examiner maintenant jusqu'à quel point l'usage du tabac est nuisible à la santé. Mais d'abord constatons, avec M. Tiedemann, que les peuples les plus divers par les habitudes, les mœurs et les idées religieuses, sont adonnés à un pareil usage. Il exerce un empire égal sur les chrétiens, les juifs et les mahométans, aussi bien que sur les ignorants adorateurs des fétiches. On le retrouve chez les sectateurs de Bouddha, de Confucius et du grand Lama. Quelques uns de ces peuples immobilisés, comme on sait, par leurs tendances religieuses et gouvernementales, se sont laissé envahir par un usage devenu universel, *usus catholicus*, comme l'appelle l'auteur. C'est donc un besoin bien impérieux que celui qui soumet à sa tyrannique habitude les peuples les plus divers et les individualités les plus disparates par leur position sociale, les ouvriers et les savants, les soldats et les prêtres. Le mendiant de nos rues, lorsqu'il est légèrement narcotisé par les émanations de la pipe nauséabonde, n'a plus rien à envier à l'élégant qu'il coudoie et qui lance dans les airs les bouffées d'un tabac plus odorant. Et pourtant le célèbre Gœthe n'admettait pas qu'un homme de génie pût cultiver la science et la pipe, et il en appelle à Lessing : exemple mal choisi; car il a été avéré depuis que Lessing était un secret adorateur du tabac.

Combien d'hommes illustres, d'ailleurs, donnent un démenti à l'affirmation de Gœthe ! M. Tiedemann range parmi les fumeurs : Milton, Fielding, Addison, Klopstock, Voss, Walter Scott et lord Byron; j'en passe, et des plus célèbres. Dryden, Pope, Swift, Schiller et Schlegel étaient priseurs. On peut ranger dans cette double phalange — de grands philosophes : le chancelier Bacon, Locke, Kant et Herder — des astronomes et des mathé-

(1) *Geschichte des Tabaks und anderer æhnlicher Genussmittel*, von Friedrich Tiedemann. Francfort, chez Broenner. 1 vol. gr. in-8°, avec planches.

Abréger notablement et au delà de toute espérance la durée d'une maladie contagieuse et rebutante, en ramener le traitement à des conditions si faciles, si simples, si expéditives, qu'il dispense les galeux du séjour aux hôpitaux; faire cesser les évacuations dispendieuses des galeux sur d'autres localités, en assurant leur prompte guérison sur place et partout où il sera possible de leur affecter une chambrée et une baignoire; restituer au service actif et à la discipline intérieure de leurs compagnies, dans un délai de quelques heures, des hommes qui en restaient éloignés quatorze et quinze jours, et plus; prévenir désormais dans l'armée et étouffer à leur origine les affections connues sous le nom de *gales compliquées*, *invétérées*, *rebelles*, etc. : telle était donc la perspective que la nouvelle méthode ouvrait aux médecins militaires; ils ne pouvaient manquer d'entrer dans cette voie de progrès. Plusieurs d'entre eux n'ont pas attendu les instructions officielles pour accélérer la marche du traitement antipsorique, et ont profité des premières indications fournies par M. Bazin et plus tard par M. Hardy. Moi-même, dès le 4 juillet 1851, j'ai proposé au conseil de santé des armées de porter ses délibérations sur cette importante question, et, conformément aux conclusions d'un rapport qu'il me chargea de lui soumettre, il pria le ministre de prescrire des expériences à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, sous le contrôle d'un inspecteur délégué par le conseil de santé. Une décision du 10 septembre 1851 fit droit à cette demande. Un service spécial et temporaire de galeux fut ouvert à l'hôpital du Gros-Caillou; pendant une période de trois mois, un certain nombre de régiments reçurent l'ordre d'y envoyer jusqu'à leurs gales simples, avec des renseignements détaillés sur chaque cas individuel. Le traitement fut entouré d'une surveillance minutieuse et les résultats consignés dans des états statistiques. Les malades guéris furent retenus un certain temps encore à l'hôpital, et, rentrés dans leurs corps respectifs, ils y furent soumis à une observation nouvelle relativement aux rechutes et à la contagion. Le rapport émané de l'hôpital du Gros-Caillou et les rapports fournis ultérieurement par les médecins-majors des divers corps de troupes qui y avaient envoyé des galeux, établissent donc l'histoire complète de ces malades, et, dans leur ensemble, ces documents joignent au mérite de leur authenticité celui d'une observation suivie et complète; il n'a pu s'y mêler aucune exagération, aucune préoccupation de succès ou d'échec. C'est pourquoi il nous paraît important de constater qu'ils confirment pleinement la pratique de l'hôpital Saint-Louis.

Du 15 septembre au 15 décembre 1851, 125 galeux ont été placés dans un local du rez-de-chaussée, à l'hôpital du Gros-Caillou, sous la direction médicale d'un confrère distingué, M. le docteur Bonnafont, aujourd'hui médecin principal au Roule. Le lendemain de leur entrée, à neuf heures du matin, bain savonneux de trois quarts d'heure (70 grammes de savon); à midi, première friction avec la pommade d'Helmerich (60 grammes), faite d'abord par les galeux eux-mêmes sur toutes les parties accessibles à leurs mains, continuée et complétée par un infirmier spécialement affecté à ce service. La friction était faite sur toute la surface du corps avec assez de force pour briser toutes les vésicules et faire pénétrer le spécifique dans tous les sillons. Cinq heures après, deuxième friction. Le lendemain matin, les malades passaient dans une salle située au premier étage, pour éviter le contact des galeux entrants, et ils ont été retenus, en moyenne, pendant quatorze jours à l'hôpital, pour la vérification exacte des suites du traitement. Sur les 125 galeux traités, 61 étaient atteints de gale légère et 64 de gale étendue et invétérée. Parmi ces derniers, 4 avaient des points d'ulcération aux poignets et aux aisselles. 122 ont été guéris par les deux frictions avec la pommade d'Helmerich; 3 ont subi une troisième friction partielle et légèrement faite sur des surfaces irritées et même ulcérées. 26 malades ont pris, avant leur sortie, un bain d'eau de son, indiqué huit fois par la complication d'un eczéma, et dix-huit fois par la persistance de la démangeaison. Ce dernier symptôme s'est dissipé complétement après les deux frictions chez 42 galeux, dont 24 atteints de gale étendue et invétérée; 65 malades, dont 36 à gale légère et 29 à gale étendue et invétérée, ont conservé des démangeaisons pendant deux à quatre jours après le traitement; chez 18 autres, elles se sont prolongées de cinq à seize jours. Il n'est pas indifférent de noter que les hommes qui ont eu des eczémas et des démangeaisons persistantes, comptent parmi les 15 premiers galeux reçus à l'hôpital du Gros-Caillou, à une époque où l'infirmier de ce service, encore inexpérimenté, frictionnait avec trop ou trop peu de force.

Les rapports adressés par les médecins des corps de troupes portent sur 62 galeux sortis de l'hôpital du Gros-Caillou, et dont un certain nombre ont été observés plusieurs mois encore après la fin de leur traitement; aucun d'eux n'a eu de rechute, aucun n'a propagé la maladie; 7 d'entre eux, qui avaient encore à leur sortie des traces d'éruption, telles que papules, élevures du derme avec rougeur, boutons aux coudes, aux aisselles, etc., s'en sont promptement débarrassés à

---

maticiens célèbres : Newton, Isaack, Barlow et Albers; — des médecins illustres : Thomas Wurton, Frédéric Hoffmann, Boerhaave, Haller, Hufeland, Blumenbach, Tréviranus; — de grands capitaines : le prince Eugène de Savoie, Frédéric-le-Grand, le maréchal Oudinot, qui a été un célèbre collectionneur de pipes. Sobiesky avait la pipe allumée à la bouche quand il gagna la fameuse bataille contre les Turcs, le 12 septembre 1683.

Mais venons au fait. Le tabac est-il capable de nuire à la santé? Voici les données scientifiques qui peuvent servir à décider la question :

Le tabac contient une huile essentielle qui est un poison très actif, la *nicotine*. Les premières analyses importantes remontent à Vauquelin, qui arriva sur la voie du principe actif du tabac, sans pouvoir pourtant l'isoler complétement de ses autres éléments. Les analyses plus récentes et les expériences de chimistes aussi distingués que MM. Brodie, Orfila, Macartency et Stas, ne laissent aucun doute sur la puissance d'intoxication du principe actif du tabac. Des expériences nombreuses ont été faites sur les animaux, et les annales criminelles de la Belgique nous rappellent un nom tristement célèbre, celui du comte de Bocarmé (1).

Conrad Gesner (1) a fait, à ce que je crois, les premières expériences de l'effet du tabac sur les chiens. Il lui suffisait de râper une petite quantité de feuilles sèches de cette substance pour causer des vomissements à ces animaux. Redi fit promptement périr des poules, en leur passant sous la peau un fil enduit de l'huile empyreumatique du tabac. Une vipère, dans la plaie de laquelle on introduisit quelques gouttes du même produit, ne tarda pas à périr dans les convulsions. Des expériences, sous toutes les formes possibles, ont été opérées anciennement déjà sur des chiens, des chats, des grenouilles et beaucoup d'autres animaux, par Harder, Lanzoni, Fontana, et renouvelées, comme nous avons vu, par les plus célèbres chimistes modernes. M. Tiedemann lui-même, auteur du livre que nous analysons, a fait des expériences conjointement avec M. le professeur Bischoff. Une seule goutte de nicotine, introduite dans l'orifice buccal d'une grenouille, a suffi pour lui faire exécuter des bonds énergi-

(1) Les différences dans les quantités de nicotine sont remarquables selon les diverses espèces de tabac. D'après Schloessing, 100 parties de tabac râpé contiennent en nicotine les proportions suivantes : tabac de Havane, 2 pour 100; — de Maryland, 2,29; — d'Alsace, 3,21; — du Pas-de-Calais, 4,94; — de Kentucky, 6,9; — d'Ile-et-Vilaine, 6,20; — du Nord, 6,58; — de Virginie, 6,87; — de Lot-et-Garonne, 7.34; — du Lot, 7,96.

(1) *Epistolæ medicinales*, page 75.

l'aide de quelques soins d'infirmerie ou même spontanément.

C'est à la suite de ces expériences que le conseil de santé des armées a proposé au ministre de supprimer le traitement des galeux dans les hôpitaux militaires, et de l'instituer dans toutes les infirmeries d'après la méthode suivie à l'hôpital Saint-Louis. L'instruction qu'il a soumise au ministre, et qui a reçu la sanction officielle, adopte la méthode de M. Bazin et celle de M. Hardy, la première pour les circonstances ordinaires de garnison, la seconde pour les cas d'urgence, tels que ceux de départ, d'embarquement, etc.; elle recommande de traiter sans hésitation les gales partielles et étendues, récentes et invétérées; elle écarte les contre-indications tirées de l'existence d'éruptions postérieures à l'apparition de la gale, ou provoquées par un traitement irrationnel, telles que furoncles, érythème partiel, ulcérations produites par l'action des ongles, etc.; elle signale les suites du traitement, le caractère non contagieux des démangeaisons après la destruction des acarus, et divers accidents secondaires qui surviennent ou persistent après les frictions.

Depuis 1852, les prescriptions dont il s'agit sont exécutées dans le service de santé de l'armée. Les résultats généraux qu'il a fournis, confirment définitivement la nouvelle thérapeutique de la gale. Dans le ressort des divisions militaires que j'ai inspectées en 1852 et 1853 (1re, 2e, 3e, 4e, 5e, 6e, 7e divisions territoriales), j'en ai constaté le succès partout où elle a été appliquée avec la précision et la vigilance nécessaires. Quand les résultats paraissaient contraires ou moins démonstratifs, j'ai pu m'assurer, par une information minutieuse et bien dirigée, qu'on n'avait pas observé toutes les règles de la méthode, ou que l'on avait manqué de facilités matérielles; le plus souvent, on n'avait pas veillé strictement à ce que la friction fût générale, assez rude et assez prolongée, ou l'on ne se rendait pas un compte exact des complications et de quelques suites du traitement; encore ces imperfections dans l'emploi ou dans les effets du nouveau traitement ne se sont rencontrées qu'en petit nombre, et très généralement il avait réussi entre les mains des médecins des corps de troupes, à la grande satisfaction des malades et des officiers du commandement.

Il est facile d'évaluer les avantages que procurera cette réforme thérapeutique à l'armée et au Trésor. Un état statistique, demandé à l'hôpital du Gros-Caillou, et comprenant les galeux qui y ont été soignés par l'ancienne méthode, du 1er janvier au 1er juillet 1851, fait ressortir une moyenne de quatorze jours pour la durée de leur traitement. Treize rapports régimentaires pour le 2e trimestre 1851, pris au hasard, fournissent les données suivantes :

Galeux traités dans les hôpitaux.

Corps.	Nombre de galeux traités.	Journées de traitement.	Moyennes.
6e de ligne,	3 sortis.	101	33 jours 3/11
17e —	15 dont 2 sortis.	227	15 » 2/15
36e —	11 dont 10 sortis.	140	12 » 8/11
53e —	9 dont 8 sortis.	187	20 » 7/9
60e —	34 dont 30 sortis.	410	12 » 2/34
11e dragons,	2 sortis.	33	16 » 1/2
1er du génie,	3 dont 2 sortis.	118	38 » 3/4
1er esc. du train d'art.	2 en traitement	22	11 »
4e — —	1 sorti.	21	21 »

Galeux traités aux infirmeries.

40e de ligne,	9 sortis.	141	15 jours 6/9
55e —	5 sortis.	91	18 »
66e —	14 dont 11 sortis.	222	15 » 6/7
67e —	17 sortis.	224	13 » 3/17

Dans l'inspection médicale que j'ai faite de la province de Constantine, en 1851, j'ai relevé les durées du traitement antipsorique qui suivent :

32e de ligne,	15 jours.
36e —	15 »
50e —	15 »
21e léger,	12 »
Batterie d'artillerie à Constantine,	14 »

On le voit, le nouveau traitement de la gale produit, non seulement une notable économie de dépense, mais encore un accroissement de l'effectif réel de l'armée; les non-valeurs par gale ont été nombreuses à certaines époques, et le redeviennent dans toutes les circonstances qui nécessitent des rassemblements de troupes ou leurs cantonnements dans les villages, comme aussi leurs migrations en masse. C'est dans des circonstances analogues que, dans les premières années de ce siècle, le chirurgien-major Helmerich, du 125e régiment de ligne, a été conduit à abréger le traitement de la gale plus qu'on ne l'avait fait avant lui; et nos savants confrères, MM. Bazin, Bourguignon et Hardy, ne me supposeront pas l'intention de diminuer le mérite de leurs recherches pénibles et de leurs heureuses innovations, si j'insiste, en terminant cette note, sur les origines toutes militaires du traitement accéléré de la gale. Il était inévitable que des médecins d'armée sentissent les premiers l'utilité de ce pro-

ques et précipités; après vingt-cinq secondes, l'animal fut pris de convulsions tétaniques, et une minute s'était à peine écoulée, que la mort arrivait. L'activité de ce poison est telle, que si l'on en introduit quelques gouttes dans les yeux, les oreilles ou sous la peau des animaux, il en résulte, sinon toujours la mort, au moins des convulsions et des accidents excessivement graves; mais la mort est la terminaison la plus commune.

Si l'on place de la nicotine sur les organes traversés par des nerfs sensitifs, ou sur ces nerfs eux-mêmes, il se produit des douleurs on ne peut plus vives, et l'animal laisse voir ce qu'il éprouve par ses cris et ses mouvements convulsifs.

L'introduction de la nicotine dans le torrent circulatoire se fait avec une rapidité extrême, et une quantité presque impondérable suffit pour occasionner la mort. L'instantanéité de la mort nous prouve que ce poison opère spécialement par la voie de la circulation veineuse qui le transporte dans toute l'économie.

Si l'on mêle de la nicotine au sang, ce liquide devient d'un noir foncé, et se transforme en une masse bilieuse dans laquelle il est difficile de reconnaître les globules du sang.

L'action de la nicotine, introduite dans le système circulatoire, se fait principalement sentir sur la moelle allongée. La respiration devient difficile, irrégulière, anxieuse, et la respiration exhale une forte odeur de nicotine. Par suite de son action sur la moelle épinière, on voit apparaître, chez les animaux empoisonnés par la nicotine, des tremblements du corps et des membres. Les animaux se relèvent pour retomber sur le ventre, et non pas toujours sur le côté droit, comme l'ont prétendu MM. Stas et Bernetti : bientôt ils poussent des cris plaintifs, et les phénomènes convulsifs présentent toutes les péripéties du tétanos.

Les pulsations du cœur sont fortes et si tumultueuses, qu'il devient impossible de les compter. Les mouvements respiratoires cessent bientôt d'avoir lieu, et la mort est inévitable.

Si la quantité de nicotine introduite dans le sang n'est pas en rapport avec la force et la grosseur de l'animal, les convulsions cessent peu à peu, et le poison paraît s'échapper par les organes pulmonaires.

L'excitabilité du système nerveux est tellement déprimée par la nicotine, que l'on a pu tirailler les membres et les nerfs des animaux sans leur causer la moindre douleur. L'électricité elle-même n'a plus d'action sur les nerfs dénudés et imbibés de nicotine, et les phénomènes réflexes ne se font plus remarquer chez les animaux.

Ce qui confirme la théorie de l'action de la nicotine sur le système nerveux par le transport du poison dans le torrent de la circulation, c'est

grès, et fissent des efforts pour le réaliser. L'histoire des tentatives de M. Helmerich et de ses imitateurs montre une fois de plus l'impuissance des fausses théories à fonder une pratique, même avantageuse; non seulement la donnée matérielle du succès répété un certain nombre de fois ne suffit pas pour étayer une erreur scientifique, mais l'idée fausse compromet le fait vrai et l'entraîne dans l'oubli. Il est certain qu'Helmerich exécutait en dix-huit heures le traitement antipsorique, à l'aide de frictions *générales*, *vigoureuses*, et *faites pendant une demi-heure* (1); il est certain que, dès 1812, l'un des officiers de santé en chef de l'hôpital militaire de Groningue, M. Burdin, reconnaissait la possibilité de guérir la gale en un jour; mais il craignait, comme aujourd'hui encore quelques médecins, les conséquences de la suppression trop prompte des gales intenses ou anciennes. « Ces considérations, dit M. Burdin dans son mémoire, m'ont déterminé à ne pas chercher précisément à guérir la gale en un jour. » Toutefois, il le faisait en deux jours, comme si cette faible prolongation de durée pouvait enlever au nouveau traitement le danger qu'il impute aux promptes guérisons de gale. Les succès signalés en 1812 par M. Burdin décidèrent le ministre directeur de l'administration de la guerre à prescrire des expériences à l'hôpital alors militaire de Lourcine, à Paris; le baron Percy, inspecteur général du service de santé militaire, en mission de trimestre près les hôpitaux militaires de Paris, fut chargé de les suivre et d'en rendre compte. Son rapport (Paris, imprimerie impériale, octobre 1813) confirme les avantages attribués à la méthode d'Helmerich, préconisée par M. Burdin, même dans des cas d'une intensité qui se voit rarement de nos jours; c'est ainsi que trois militaires, dont la gale remontait à plusieurs mois, et dont le corps n'était *qu'une croûte de la tête aux pieds*, ont été complétement guéris, en six jours, par deux bains et six à neuf frictions; résultat peu ordinaire à cette époque, car en parlant d'une durée moyenne de huit jours pour le traitement de tous les cas pris ensemble, Percy ajoute : « ce qui fait une *grande* économie de temps et de journées, et n'avait pas encore été vu jusqu'à présent. »

Pourquoi la méthode d'Helmerich, la méthode des frictions générales, prolongées, vigoureuses et à courts intervalles, ne s'est-elle pas répandue et conservée dans la pratique civile et militaire ? Pourquoi la même méthode, reprise de nos jours et perfectionnée à l'hôpital Saint-Louis, est-elle saluée comme une nouveauté utile, comme un progrès ? C'est qu'Helmerich voyait dans la gale une affection de la peau procédant d'une infection de l'organisme, et exigeant pour sa guérison, comme la syphilis, l'emploi d'une quantité déterminée du médicament spécifique; c'est que Burdin, entraîné dans les mêmes vues, ne comprenait la possibilité des guérisons rapides de la gale que « s'il n'y avait aucun inconvénient pour la santé d'un galeux de lui administrer, dans l'espace de dix-huit heures, la quantité de pommade soufrée que l'on emploie ordinairement en douze jours (mémoire cité, p. 7). » Dès lors, en généralisant la friction, on n'avait pour but que d'agrandir la surface d'absorption du remède ; la force et la durée des frictions tendaient au même résultat. C'est encore que le baron Percy, témoin des cures rapides obtenues par cette méthode, s'est arrêté, dans l'appréciation qu'il avait à en faire, à la donnée matérielle, au résultat, sans en discuter le principe, sans en pénétrer la raison étiologique. Ainsi n'a point procédé M. Bazin : un ouvrier lui vante les propriétés antipsoriques d'un spécifique de son invention ; il assiste à des essais, il remarque le mode d'emploi du remède, il analyse celui-ci, il arrive logiquement à cette induction que ce qui a guéri les galeux auxquels on l'a appliqué sous ses yeux, c'est moins le topique lui-même que la manière dont il a été employé ; il essaie d'autres préparations, mais avec les mêmes procédés que le spécifique de l'ouvrier, et il obtient les mêmes succès; avec ces tentatives coïncident de nouvelles investigations sur le sarcopte de la gale, sur ses mœurs, son mode de génération et de transmission ; la doctrine expérimentale s'établit ; les faits qui lui servent de base se multi-

(1) « La veille du jour où devaient s'administrer les frictions, les militaires désignés pour le traitement commencèrent par prendre un bain qui avait pour but de laver la peau et de la préparer à l'action de la pommade. Pour cet effet, il leur fut distribué du savon vert avec lequel ils se frottèrent *vigoureusement*, et pendant *une demi-heure*, toutes les parties du corps. Chaque militaire se fit aider par ses camarades pour se nettoyer les reins et les épaules. Le lendemain de cet acte préparatoire, vers quatre heures du matin, chaque galeux, tout nu, procéda à la première friction avec une once de pommade ; cette friction se fit comme celle de la veille avec le savon vert ; *elle eut lieu pendant une demi-heure sur toute la surface du corps ;* et, pour l'exécuter d'une manière complète, les militaires s'entr'aidèrent mutuellement. Après cette première opération, les galeux allèrent se reposer sur leurs lits ; on leur distribua leurs vivres ordinaires ; il ne leur fut prescrit aucune tisane ni remède interne, la maladie étant regardée comme une simple affection de la peau. Six heures après, ils recommencèrent la même opération avec une semblable quantité de pommade ; on eut soin de retenir ces soldats dans l'infirmerie, et, vers quatre heures du soir, ils firent leur troisième friction. Enfin ils en prirent une quatrième vers les dix heures, et terminèrent ainsi leur traitement avec quatre onces d'onguent pris dans l'espace de dix-huit heures, par friction d'une once exécutée de six heures en six heures. Le lendemain matin, ils se nettoyèrent tout le corps avec du savon vert, et finirent ainsi, comme ils avaient commencé, par un bain de propreté si énergique, qu'il pouvait bien encore être regardé comme une friction supplémentaire. » (*Mémoire de M. Burdin sur le traitement de la gale d'après le procédé de M. Helmerich*, à la suite du *Rapport du baron Percy*, page 5. Paris, imprimerie impériale, 1813.)

---

que, si on lie les vaisseaux dans un membre, les nerfs de cette partie continuent d'être sensibles, et les muscles continuent à se contracter par suite des tiraillements exercés sur les nerfs.

Tel est le résumé des principales expériences faites dans ces derniers temps sur le principe actif du tabac, et l'on peut en tirer la conclusion naturelle que, malgré la petite quantité de nicotine introduite dans l'économie des fumeurs, il ne s'en produit pas moins chez l'homme certains phénomènes qui sont d'autant plus apparents, que ces individus ne sont pas encore accoutumés à l'usage de cette plante. Les effets les plus connus sont les suivants. Grande sécrétion de la salive. Respiration anxieuse. Visage pâle et recouvert d'une sueur froide; quelquefois, hoquets suivis de vomissements. Les exemples ne manquent pas d'accidents graves survenus dans des circonstances pareilles. Le célèbre physiologiste Marshall-Hall cite un jeune homme qui, après avoir fumé dix pipes, éprouva des crampes, des convulsions avec dilatation de la pupille, et chez lequel l'existence fut très compromise.

Le docteur Helwig raconte l'histoire de deux jeunes gens qui, après avoir fait le pari de fumer le plus grand nombre de pipes possible, furent pris de convulsions et moururent : l'un en avait fumé coup sur coup dix-sept, et l'autre dix-huit. Les accidents étaient bien plus nombreux autrefois, lorsque le tabac s'étant introduit dans la thérapeutique, on s'en servait non seulement à l'extérieur, mais à l'intérieur. Dans certains pays, existe encore l'usage de laver les têtes teigneuses des enfants avec des décoctions de tabac, et les accidents ne sont pas rares (1).

Entre les opinions contradictoires qui ont été émises sur la question de savoir si le tabac est nuisible à l'espèce, nous nous tiendrons avec Tiedemann dans un milieu prudent. Nous dirons d'abord comme lui : Il est incontestable que les personnes adonnées à l'usage du tabac absorbent une certaine quantité de nicotine. Cette quantité est variable selon les sortes de tabac ; mais il est bien évident que la quantité absorbée, si minime qu'elle soit, peut et doit, sous des formes très diverses, affecter l'économie. Il ne reste plus qu'à savoir quelle sera cette influence.

Considérons successivement, sous ce rapport, l'habitude de fumer et l'habitude de priser.

1° Rien de plus nuisible que l'usage de la pipe chez les adultes qui n'ont pas atteint leur développement, et, à plus forte raison, chez les enfants. L'énorme quantité de salive qui est sécrétée chez eux ne doit certainement pas être sans action sur les grandes fonctions de l'économie.

(1) Kruger, *Miscellanea Academiæ naturæ curiosorum*.

plient et la consolident. Alors les procédés d'application redeviennent un sujet d'expériences nouvelles, on rapproche les frictions, on en diminue le nombre, et la simplification de la méthode devient telle, grâce aux logiques efforts de M. Hardy, que l'on peut espérer aujourd'hui, non seulement la curation aussi rapide que possible de la gale, mais la disparition de cette dégoûtante maladie. Biett, expérimentant la pommade d'Helmerich, n'obtient en quatre jours que 1 guérison sur 15 cas, les 14 autres ayant exigé dix jours en moyenne. Sous les auspices de M. Bazin, elle guérit en dix-huit heures, et, M. Hardy le voulant, en deux heures. Plus heureux que Biett, moins sûr que M. Bazin, le médecin en chef de Groningue reconnaissait, en 1812, la possibilité de guérir la gale en un jour et ne le faisait point. Entre les insuccès de Biett et les réussites constantes de l'hôpital Saint-Louis depuis le mois de mars 1850 jusqu'à ce jour, entre les hésitations de Burdin et les allures résolues de la méthode actuelle, que s'est-il passé ? La notion scientifique de la maladie s'est éclaircie, au point de pouvoir servir de régulateur au traitement. Tel est l'avantage de la médecine étiologique, quand elle marche appuyée sur l'observation et l'expérience.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE EXTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

SUITE ET FIN DU DEUXIÈME RAPPORT DE M. ROBERT SUR LE CHLOROFORME.

Voir numéro 8, page 107.

Ce n'est pas notre faute si nous n'avons pas donné plus tôt cette seconde partie du rapport de M. Robert. (Voir la première partie dans le n° 8.) La discussion sur le chloroforme, à la Société de chirurgie, vient à peine de se terminer. Il nous a paru convenable que le lecteur eût sous les yeux, presque en même temps, et le travail qui a servi de base à cette discussion, et la brève appréciation que nous comptons en faire dans le numéro prochain.

La première partie, qui était surtout théorique, concernait le mode d'action du chloroforme et la nature des accidents qu'il produit. La deuxième partie, dont suit l'analyse, traite des questions pratiques soulevées par l'emploi des anesthésiques.

La première question traitée est relative *au choix de l'agent anesthésique*. Indépendamment de l'éther sulfurique et du chloroforme, on pourrait être tenté d'avoir recours au chloride de gaz oléfiant (liqueur des Hollandais), que M. Nunnely considère comme bien supérieur au chloroforme et à l'éther. M. Robert a répété sur l'homme et sur les animaux les expériences de l'auteur anglais, et il n'a jamais pu réussir à obtenir une anesthésie véritable par l'inhalation du chloride de gaz oléfiant. On peut donc laisser de côté cet agent, et il s'agit simplement de choisir entre l'éther et le chloroforme.

L'action de l'éther est bien plus lente, plus incertaine et plus irritante. Elle donne fréquemment lieu à des effets consécutifs tels que de la fièvre, de l'irritation bronchique et même des pneumonies. Il est vrai de dire que la syncope anesthésique et ses funestes conséquences sont moins communes que lorsqu'on emploie le chloroforme, mais ces accidents peuvent néanmoins se produire par l'action de l'éther ; il y en a des exemples incontestables.

Quant au chloroforme, son action est prompte, presque infaillible, à peine irritante ; et elle n'est pas suivie de ces phénomènes de réaction qui sont souvent la conséquence des inhalations d'éther. « Mais s'il est le plus puissant des anesthésiques, il en est aussi le » plus dangereux. Que si, à cause de ses dangers, on voulait le » bannir de la pratique, je répondrais qu'il l'emporte tellement sur » les autres, qui présentent eux-mêmes de graves et réels incon- » vénients, qu'en proposant de l'abandonner on s'attaquerait à » l'existence même de l'anesthésie. »

M. Nunnely d'abord, et plus récemment M. Cellarier, ont proposé de faire respirer un mélange de chloroforme et d'éther. M. Robert, qui a expérimenté l'action de ce mélange sur l'homme, a lieu jusqu'ici d'en être satisfait. « L'anesthésie s'obtient assez » lentement, la période d'excitation est modérée, et le réveil ac- » compagné de moins d'abattement que lorsqu'on emploie le chlo- » roforme. » Du reste, le rapporteur reconnaît que ses expériences ne sont pas assez nombreuses pour juger définitivement la question. Quant au mélange de chloroforme et d'alcool, employé par M. Bigelow, de Boston, qui espérait ainsi atténuer les effets fâcheux du chloroforme, M. Robert l'a expérimenté aussi, et a reconnu que ce mélange était beaucoup moins efficace et tout aussi dangereux que le chloroforme.

En résumé, le rapporteur pense que le chloroforme doit être préféré à tous les autres agents anesthésiques. Avant de donner les préceptes relatifs à la manœuvre de l'inhalation, il donne les *moyens de reconnaître la pureté du chloroforme* : 1° si l'on verse du chloroforme pur dans l'eau, il se précipite entièrement au fond du vase en conservant sa limpidité ; à ce caractère, on reconnaît qu'il n'y a pas d'alcool ; 2° si l'on en verse dans le creux de la main, il se volatilise rapidement sans laisser l'odeur nauséabonde de l'huile chlorée, moins volatile que lui ; 3° en le mêlant à un peu d'acide sulfurique, il ne subit aucun changement de couleur, tandis qu'il devient jaunâtre lorsqu'il contient un peu d'huile chlorée. M. Sédillot ajoute un autre caractère. Il annonce que le chloroforme impur produit, par son contact, la vésication. C'est vrai ;

Les jeunes fumeurs sont, en général, pâles et maigres, et les phénomènes de la nutrition et de l'innervation ne s'exercent pas chez eux dans la plénitude de leurs effets. Ceci doit être d'autant moins à contester, que les fumeurs de profession se livrent à leur pratique précisément dans les circonstances les plus nuisibles pour la santé, c'est-à-dire avant ou après leur repas (1).

La vérité sur l'action du tabac a été obscurcie par l'exagération de ses adversaires. Lorsque Van Helmont, Contugni, Fagon de la Sone et Tissot ont affirmé que le tabac est un poison lent qui abrége la vie, il était facile de leur répondre par des exemples extraordinaires de longévité chez des fumeurs. Ce genre d'érudition est le plus aisé à mettre en relief, et celui aussi qui impose le plus ; mais quand on nous citerait des exemples comme celui de l'invalide Brissiac, qui mourut à Trieste, à l'âge de cent seize ans, avec sa pipe à la bouche ; quand on y ajouterait encore celui de Henri Hartz, du Schleswig, qui fumait depuis l'âge de seize ans, et qui mourut dans les mêmes conditions physiques et morales que Brissiac, et cela à l'âge de cent quarante-deux ans, ces exemples ne prouveraient absolument rien dans la généralité de la thèse. Il ne s'ensuivrait pas moins que l'usage immodéré du tabac a une influence fatale sur la santé.

L'action périodique exercée sur le système nerveux par les inhalations de tabac amène des phénomènes d'excitation suivis de dépression. Les grands fumeurs sont généralement indolents et phlegmatiques. La fumée agit sur les nerfs sensitifs de la langue, et modifie d'une manière pathologique la membrane muqueuse de la bouche. L'appétit, chez les fumeurs chroniques, ne peut être excité que par des mets de haut goût. Les inflammations lentes de l'arrière-gorge et des voies respiratoires sont connues chez les fumeurs, et l'on a observé qu'ils s'enrhumaient avec facilité. Si nous ajoutons à ce tableau, excessivement restreint, des inconvénients sans nombre du tabac, que cette habitude existe rarement isolée ; que les fumeurs se livrent généralement à des libations énormes de bière et même d'alcool ; qu'ils semblent n'éprouver de plaisir qu'à fumer en commun et dans l'atmosphère fétide des tabagies, ou, pour employer un langage plus élégant, des cercles, on ne sera pas étonné des conclusions désespérantes de certains auteurs, qui prétendent que l'abus du tabac est loin d'être sans influence sur le développement des affections mentales

(1) On a accusé le tabac de gâter les dents. Ceci n'est pas vrai d'une manière absolue. Le tabac noircit les dents, mais l'observation prouve que les Indiens de l'Amérique du Nord et les Kalmouks, qui sont *des fumeurs perpétuels*, ont les dents fort belles et fort saines.

mais le chloroforme pur, appliqué sur la peau, produit aussi la rubéfaction et souvent même des phlyctènes.

D'ailleurs l'impureté du chloroforme est loin d'avoir les inconvénients qu'on lui a attribués. La pratique de M. Bigelow, indiquée plus haut, prouve que la présence de l'alcool ne communique au chloroforme aucune action toxique. L'huile chlorée a été accusée aussi de rendre le chloroforme vénéneux. Or, le rapporteur a expérimenté sur des animaux l'action de cette huile chlorée, respirée en grandes proportions, et il a reconnu qu'elle n'avait aucun effet toxique. Enfin, M. Brown-Séquard a rapporté d'Amérique un flacon de *fusel-oil*, liquide extrait du chloroforme impur, par M. Jackson lui-même. On a dit que quelques gouttes de ce liquide suffisaient pour tuer les animaux. Mais M. Robert n'a rien vu de pareil sur les chiens soumis à ses expériences. D'ailleurs, ce *fusel-oil*, analysé chimiquement, n'est autre que l'huile de pommes de terre, et il est probable qu'il existe seulement dans le chloroforme préparé avec l'alcool de pommes de terre.

Somme toute, le rapporteur pense qu'il faut employer autant que possible le chloroforme à l'état de pureté; mais il laisse entrevoir qu'on a singulièrement exagéré l'importance de ce précepte.

Arrivant à la question des *appareils*, M. Robert parle d'abord de la simple compresse et de l'éponge creuse, qui ont prévalu assez généralement. Maniés par des mains habiles, ces moyens donnent sans doute de bons résultats; mais la moindre inadvertance peut devenir nuisible, car il suffit de rapprocher un peu trop la compresse ou l'éponge de l'ouverture des voies aériennes pour empêcher l'arrivée d'une quantité suffisante d'air et pour menacer les malades d'asphyxie. De là, suivant le rapporteur, la nécessité d'un appareil proprement dit, réunissant les quatre conditions suivantes : 1° l'appareil doit être disposé de manière à donner à l'air un passage constamment large et facile ; 2° cet air doit être sans cesse renouvelé, c'est-à-dire que la portion d'air inspiré doit être immédiatement rejetée au dehors; 3° l'opérateur doit pouvoir, à son gré, et selon les effets produits, graduer la concentration des vapeurs anesthésiques; 4° la vapeur du chloroforme doit être aspirée à la fois par le nez et par la bouche.

Suivant M. Robert, c'est l'appareil de M. Charrière qui mérite de recevoir la préférence. Cet appareil est assez connu pour qu'il ne soit pas nécessaire d'en reproduire ici la description.

Quant à l'appareil de M. Snow, qui a la prétention de doser les proportions relatives d'air atmosphérique et de chloroforme, le rapporteur pense qu'il n'atteint pas son but, et il ajoute qu'en tout état de choses, *ce dosage est impossible*, parce que l'inhalation doit être faite à l'air libre.

Avant de commencer l'inhalation, il est bon de voir s'il n'existe pas chez le malade quelque *contre-indication*.

L'âge exerce-t-il quelque influence sur les fâcheux effets de l'anesthésie? On a pu craindre, *à priori*, que le chloroforme ne fût nuisible aux très jeunes enfants. Il n'en est rien. M. Morel-Lavallée, chirurgien des Enfants trouvés, a fréquemment recours à l'anesthésie dès les premiers jours qui suivent la naissance, dans le but d'examiner la cornée chez les nouveaux-nés atteints d'ophthalmie purulente, sans s'exposer à vider l'œil en luttant contre le spasme des paupières. Après divers tâtonnements, M. Morel a fini par administrer le chloroforme à cet âge en toute confiance. Il se sert d'une petite éponge creusée en godet, dans laquelle il verse le chloroforme de manière à n'imbiber que le fond du cône et à laisser à sec le rebord de l'éponge destiné à s'appuyer sur la peau. On évite ainsi d'irriter les téguments, qui sont très sensibles à cet âge. Le plus souvent l'enfant, après avoir fait deux ou trois inspirations sans difficulté, refuse obstinément de continuer à respirer. Alors il faut enlever l'éponge; l'enfant crie, et l'on profite de ce moment où il respire avec force, pour rapprocher de la bouche l'éponge qu'on enlève aussitôt. La chloroformisation ne marche donc qu'avec lenteur. Il faut, en général, de deux à cinq minutes, et une grande partie du chloroforme s'évaporant à l'air libre, on est obligé d'en employer des doses égales à celles qu'on emploie chez l'adulte.

Sur les enfants plus âgés, M. Guersant a constaté également que l'anesthésie est sans danger. Il se sert de l'appareil Charrière. L'inhalation marche assez rapidement.

Enfin, la vieillesse, par elle-même, ne constitue pas non plus une contre-indication. Seulement les contre-indications morbides sont plus fréquentes dans la vieillesse que dans l'âge adulte.

On voit que par lui-même l'âge est étranger à la question des contre-indications. Il en est de même des sexes, des tempéraments; mais il n'en est plus de même de certains états morbides.

Les lésions matérielles du cerveau, du poumon et du cœur constituent des contre-indications sérieuses. Toutefois les simples névroses cérébrales, telles que l'épilepsie, l'hystérie, — les lésions pulmonaires légères, telles qu'un emphysème peu prononcé, ou une bronchite chronique sans accumulation de liquide dans les bronches, — et enfin les affections du cœur encore rapprochées de leur début, permettent encore l'emploi de l'anesthésie, pourvu qu'on redouble de prudence dans l'administration du chloroforme.

L'état particulier de certains malades fournit des contre-indications plus pressantes encore que les précédentes. Tels sont l'état de commotion et de stupeur qui accompagne certaines blessures, surtout par armes à feu; l'état de terreur que l'opération détermine chez certains individus; l'état prononcé d'anémie dû à des hémorrhagies abondantes, à la chlorose, au scorbut; en d'autres termes, toutes les conditions propres à favoriser la syncope sont des contre-indications générales.

Des contre-indications spéciales peuvent résulter de la nature même des opérations qu'on doit exécuter. Les opérations pratiquées sur les fosses nasales, la bouche, l'arrière-bouche, le pharynx, le larynx et la trachée sont de ce nombre, parce que le sang peut tomber alors dans les voies aériennes, lesquelles étant devenues insensibles, ne se débarrassent plus des liquides qui les obstruent. L'asphyxie des malades pourrait donc être, en pareil cas, la conséquence de la chloroformisation. Le rapporteur ajoute que la chloro-

---

compliquées de paralysie générale. C'est au moins l'opinion de deux aliénistes célèbres, Guislain et Hagen; et lorsque de mon côté j'observe, dans un asile de mille malades, la progression toujours croissante de la paralysie générale, je suis disposé à me ranger du côté de ces médecins éminents. L'action de la nicotine sur le cerveau et la moelle épinière est un fait incontesté et incontestable, et le docteur Hagen y rattache des convictions intimes à propos du développement de plus en plus considérable de la paralysie générale. Nous signalons ici les résultats de l'observation scientifique; nous n'avons pas à intervenir dans les devoirs imposés aux gouvernements responsables des causes qui amènent l'altération de la santé publique; mais nous ne pouvons nous empêcher de faire un énergique appel aux parents et aux maîtres de la jeunesse, qui, tant par leur exemple que par leur fatale condescendance, permettent que cette mauvaise habitude s'infiltre d'une manière irrémédiable dans les mœurs et les habitudes de la génération actuelle.

2° Il est reconnu que l'usage du tabac à priser a moins d'inconvénients que celui du tabac à fumer. Ceux qu'on peut le plus lui reprocher viennent de ce qu'une certaine quantité de la poudre sternutatoire (1) est, bon gré mal gré, ingérée dans l'estomac. Quelques auteurs, ayant observé avec justesse que les aliénés avaient une tendance des plus prononcées pour le tabac à fumer et à priser, en ont peut-être tiré des conclusions exagérées pour l'application thérapeutique du tabac chez cette catégorie de malades. Il est juste de partir du point de vue que, dans les affections mentales, il n'y a pas seulement délire dans les idées, mais une véritable dépravation dans les actes, ce qui constitue une autre espèce de délire. Lorsque les tendances de ces malheureux malades ne sont pas réprimées, nous les voyons, dans les cas extrêmes, consommer avec une espèce de fureur non seulement du tabac, mais des saletés de toute sorte. Ils s'ingéreront dans les narines du tabac, de la poussière et le crépis des murs. J'en ai vu manger du tabac en poudre dans des proportions qui les auraient empoisonnés dans d'autres états physiologiques. Nous leur permettons l'usage du tabac à fumer et à priser dans des conditions qui en font une récompense, et qui, dans d'autres, sont appliquées dans un but thérapeutique, chez les épileptiques par exemple.

On a dit que la privation du tabac pouvait amener l'aliénation. Mais les

(1) Il est prouvé aujourd'hui que la sternutation peut avoir lieu en l'absence du nerf olfactif (voir la thèse de M. le docteur Pressat : *Observation sur un cas d'absence du nerf olfactif*. Paris, 1837).

formisation doit être évitée aussi, dans le cas d'étranglement herniaire, lorsque cette affection est accompagnée de dépression des forces, de faiblesse du pouls et de tendance à la syncope.

Avant de commencer l'inhalation, il faut s'assurer de la vacuité de l'estomac. Lorsqu'on soumet au chloroforme des individus qui ont l'estomac plein, il arrive fréquemment que des vomissements se manifestent. On sait que le vomissement est précédé de malaise, de petitesse du pouls, et parfois même de syncope. Or, cette syncope peut devenir mortelle, à cause de l'anesthésie. A l'appui de cette assertion, M. Robert cite l'observation d'une fille de vingt-deux ans, qui succomba, le 20 octobre dernier, à S.-Bartholomew's Hospital, entre les mains de M. Paget. La malade n'avait pas eu de vomissements, ni même de nausées; mais on trouva, à l'autopsie, l'estomac distendu par des aliments non digérés.

Le malade, délivré de tout vêtement capable d'entraver la respiration et la circulation, sera conduit dans un local bien aéré, à une température de 14 à 18 degrés, puis on le placera dans la position horizontale; cette position est un excellent moyen de prévenir la syncope, mais ce n'est pas un moyen infaillible comme le pense M. Stanski, témoins les malades de MM. Vallet (d'Orléans), Rook, Quain, Paget et Dunsmure.

On commence par faire respirer une faible proportion de chloroforme qu'on augmente graduellement. S'il survient de la toux, ou du spasme de la glotte, ou des phénomènes de congestion céphalique, on diminue la dose de vapeur, ou même on suspend tout à fait l'inhalation pour la reprendre bientôt.

En dehors de ces cas exceptionnels, l'inhalation doit être continuée sans interruption jusqu'à ce qu'elle ait produit l'insensibilité. M. Sédillot veut qu'on emploie pour cela des doses de plus en plus concentrées. M. Robert veut qu'on arrive « *au degré de concentration des vapeurs que le malade tolère* », et qu'on le maintienne ensuite jusqu'à la fin sans l'augmenter ni le diminuer. Survient-il de l'exaltation et des signes d'une ivresse bruyante, M. Robert veut encore que l'on maintienne la dose, au lieu de l'augmenter rapidement, comme M. Sédillot a indiqué de le faire en pareil cas.

M. Gosselin a proposé, comme un bon moyen d'éviter les accidents, de suspendre de temps en temps l'inhalation pendant quelques secondes. Le rapporteur ne pense pas que cette pratique soit nécessaire, et de plus il trouve qu'elle a l'inconvénient de prolonger l'opération. Mais il arrive souvent qu'après avoir endormi le malade on a besoin de maintenir pendant longtemps l'insensibilité. Continuer pendant tout ce temps l'inhalation serait chose pernicieuse. En pareil cas, on doit suspendre l'inhalation dès que le sommeil est obtenu; puis, lorsque la sensibilité commence à reparaître, il suffit de faire respirer un peu de chloroforme pour replonger le malade dans l'insensibilité. On peut ainsi sans inconvénient continuer pendant plus d'une heure.

Après quelques considérations sur les individus réfractaires à l'action du chloroforme, l'auteur passe à l'étude des moyens proposés pour combattre les accidents de l'anesthésie, et les divise en quatre catégories.

1° *Les excitants de la peau ou des muqueuses.* Les excitants de la peau (friction, ustion, flagellation) sont sans efficacité. On a excité les muqueuses de différentes manières. La titillation des narines, l'excitation produite par les lavements irritants ne peuvent inspirer aucune confiance. M. Jules Guérin a annoncé que l'ammoniaque portée sur la muqueuse du pharynx à l'aide d'un pinceau ranimait les animaux anesthésiés. Le rapporteur a répété ces expériences, et ses animaux, moins complaisants que ceux de M. J. Guérin, n'ont éprouvé aucun effet appréciable. — Quant au procédé qui consiste à introduire le doigt jusque dans l'arrière-gorge, et à déprimer la base de la langue jusqu'à ce qu'on touche l'ouverture supérieure du larynx, le rapporteur semble très disposé à en admettre l'efficacité.

2° *Les moyens propres à ranimer la circulation* sont la position horizontale et la compression de l'aorte abdominale. La position horizontale, et même la position déclive de la tête, proposée par M. Piorry contre les syncopes ordinaires, et appliquée par M. Bouisson à la syncope chloroformique, reçoivent l'approbation du rapporteur. Quant à la compression de l'aorte et des grandes artères des membres, proposée par M. Mercier, elle n'a été essayée ni chez les animaux ni chez l'homme, et l'on ne peut par conséquent pas la juger.

3° *Moyens propres à ranimer la respiration.* L'insufflation pulmonaire, pratiquée soit avec des instruments, soit bouche à bouche, a été proposée par M. Plouviez, et depuis lors, en Angleterre et en Amérique, on a plusieurs fois eu recours à la trachéotomie pour faciliter l'insufflation. M. Robert ne pense pas que l'insufflation ait l'efficacité qu'on lui attribue. Les expériences qu'il a faites sur le cadavre avec un tube introduit dans l'ouverture supérieure du larynx, n'ont produit aucune action sur la paroi thoracique. Pour réussir à abaisser le diaphragme, il faut inciser la trachée, placer le tube dans les lèvres de la plaie, et *faire comprimer fortement* les voies aériennes au-dessus de ce point; même alors les côtes restent immobiles. Le rapporteur n'a qu'une médiocre confiance dans les observations où l'insufflation bouche à bouche a paru opérer de véritables résurrections. Sans mettre en doute la bonne foi de M. Ricord, il s'étonne que ce chirurgien ait observé à lui seul quatre fois des accidents très graves produits par le chloroforme, et il pense que si, dans ces quatre cas, l'insufflation bouche à bouche a paru ranimer les malades, c'est parce que M. Ricord s'est exagéré l'importance des symptômes qu'il avait sous les yeux.

Après s'être donné la peine de discuter les insufflations d'oxygène pur proposées par MM. Blanchet et Duroy, M. Robert arrive au véritable procédé de respiration artificielle qu'on doit mettre en usage sur les malades frappés par le chloroforme. Voici en quoi consiste ce procédé : on comprime fortement et simultanément la poitrine et l'abdomen. Les côtes en s'affaissant, et le diaphragme en s'élevant par suite de la pression abdominale, diminuent

---

exemples allégués sont loin d'être concluants. Ce qui est plus avéré, c'est que la privation forcée du tabac a pu provoquer des accès épileptiques ; mais ces derniers cas sont encore très rares, et je ne sache pas que l'interdiction du tabac à fumer dans les prisons ait eu les inconvénients que quelques économistes ont signalés. On a pareillement exagéré les conséquences funestes que la fabrication du tabac amenait dans la santé des ouvriers occupés à préparer cette substance. Si les influences funestes du tabac sont limitées, il est possible d'en diriger l'action, d'en retirer, même au point de vue de l'hygiène et de la thérapeutique, des effets salutaires; et l'on a même vu, dans beaucoup de circonstances, des fumeurs et des priseurs forcenés lutter, par un effort suprême de leur volonté, contre une habitude invétérée, et finir par la perdre.

L'ouvrage de M. Tiedeman, qui nous a fourni l'occasion de ce travail, contient encore les détails les plus intéressants sur l'opium et quelques autres substances narcotiques, sur l'influence qu'en reçoit l'économie, sur la culture des plantes de luxe, etc. La crainte de fatiguer le lecteur nous empêche seule de l'attirer à notre suite à travers ces curieuses études.

Docteur MOREL (de Maréville).

— Au sujet de la donation que la *Gazette des hôpitaux* affirme lui avoir été faite, le *Moniteur des hôpitaux* propose de former un jury d'enquête ainsi constitué :

« Tous les rédacteurs en chef des journaux de médecine se réuniront en commission, et feront une enquête pour s'assurer s'il a été fait à la *Gazette des hôpitaux* une rente annuelle de 10,000 francs. En cas d'affirmative, la commission fera imprimer à ses frais une circulaire qu'elle adressera à tous les médecins de France, et dans laquelle elle déclarera que la *Gazette des hôpitaux* a réellement reçu d'une personne honorable une rente annuelle de 10,000 francs. En cas de négative, la commission fera également distribuer une circulaire à tous les médecins de France, dans laquelle elle déclarera que la donation annoncée par la *Gazette des hôpitaux* n'a rien de réel. »

Nous croyons aussi que la *Gazette des hôpitaux*, en mêlant à cette étrange affaire de *donation* (voir le numéro du 4 mars) des noms honorables tels que ceux de MM. Sédillot, Bouchut, Champouillon, etc., a engagé sérieusement la dignité du corps médical et de la presse. Nous ne repousserons pas, en ce qui nous concerne, le moyen de vérification proposé par le *Moniteur des hôpitaux*.

a cavité thoracique, et expulsent une partie de l'air contenu dans es poumons. Dès que cet effet est obtenu, on cesse brusquement toute pression. Les côtes, en vertu de leur élasticité et de celle de leurs cartilages, se relèvent, et le diaphragme de même s'affaisse un peu ; il en résulte une certaine ampliation de la poitrine, équivalant à une petite inspiration. En renouvelant de même les alternatives de cette compression intermittente, on obtient très facilement une véritable respiration artificielle. Il est bon de suivre en même temps le conseil de M. Bickersteth, c'est-à-dire d'attirer avec un crochet la langue hors de la bouche pour empêcher l'obstruction de l'ouverture supérieure du larynx, par la base de la langue.

4° L'*électricité* est le dernier des moyens proposés contre les accidents anesthésiques. M. Robert analyse d'abord les expériences qui ont servi de base au mémoire de M. Abeille (20 octobre 1851) et ne croit pas devoir s'arrêter à celles de M. Jobert (20 août 1853) qui n'ont été que la répétition des précédentes.

Le rapporteur a voulu, de son côté, essayer l'action de l'électricité sur les animaux plongés par l'action du chloroforme dans un état de mort apparente, et après avoir varié les conditions de plusieurs manières, il a reconnu que les courants galvaniques sont impuissants à réveiller l'action du cœur, et n'ont de prise que sur les muscles respiratoires. Lorsque, sur un animal soumis à une inhalation *très prolongée*, la respiration s'éteint avant la circulation, l'électricité réussit à peu près certainement à rappeler la vie. Lorsque, au contraire, sur un animal rapidement chloroformisé, la circulation s'arrête en même temps que la respiration, ou avant elle, l'électricité demeure tout à fait impuissante. Or, l'observation a démontré que, chez l'homme, les accidents produits par le chloroforme débutent par le cœur, et il est naturel d'admettre, dès lors, que l'électricité sera sans efficacité. Du reste, l'expérience a parlé. L'électricité est restée sans aucune action dans les trois cas de MM. Paget, Quain et Dunsmure. La dernière observation surtout est de nature à diminuer la confiance qu'on pouvait avoir en ce moyen. Quant au fait de M. Abeille, il n'est nullement concluant ; au dire de ce chirurgien, la respiration persistait encore et le pouls était faible, donc le cœur battait toujours. Or, les malades qui sont dans de pareilles conditions reviennent très bien sans l'électricité.

M. Robert n'est pas éloigné de croire que « l'art ne possède au-
» cun moyen efficace d'enrayer la marche des accidents produits
» par le chloroforme, et d'en prévenir les funestes résultats. »

Il propose néanmoins d'avoir recours à certains moyens qui lui paraissent moins incertains que les autres. On les trouvera dans la dernière conclusion.

Le rapporteur termine son important travail par les conclusions suivantes :

« 1. Le chloroforme peut causer la mort, lorsqu'il est mêlé à l'air en de trop fortes proportions.

2. Néanmoins, à raison de susceptibilités individuelles, il peut amener de graves accidents et la mort, alors même qu'il a été administré à de faibles doses.

3. L'asphyxie par l'emploi du chloroforme n'est pas à craindre, à moins qu'on n'ait recours à des procédés d'inhalation défectueux et qu'on ne surveille pas l'état de la respiration.

4. Le chloroforme prédispose à la syncope et rend celle-ci plus grave lorsqu'elle survient.

5. Dans les cas où la mort a lieu exceptionnellement, elle a lieu par syncope. La cessation des battements du cœur est quelquefois tellement soudaine qu'elle constitue une véritable sidération.

6. La syncope peut arriver au début même de l'opération et semble résulter de l'ébranlement imprimé à l'organisme par l'acte opératoire lui-même. Elle peut se manifester immédiatement ou plusieurs heures après l'opération.

7. Les anesthésiques sont tous plus ou moins toxiques. Le chloroforme est le plus dangereux, mais il est aussi le plus puissant. L'éther est moins redoutable, mais il est moins énergique. Le mélange à volume égal d'éther et de chloroforme me semble le meilleur des anesthésiques.

8. Avant de recourir à l'emploi du chloroforme, il faut en rechercher les contre-indications, soit pour rejeter l'anesthésie, soit pour en restreindre l'application.

9. Lorsqu'on administre le chloroforme, il importe de surveiller attentivement l'état du pouls et celui de la respiration.

10. Le danger du chloroforme étant, en général, proportionnel à la concentration de ses vapeurs, il serait utile de pouvoir doser celles-ci ; mais l'inhalation devant être faite à l'air libre, ce dosage est impossible. Il convient donc de débuter par des proportions très faibles, qu'on augmente graduellement d'après les effets produits.

11. L'action du chloroforme étant progressive et successive, on parvient à obtenir l'insensibilité et même la résolution par le seul fait de la continuité des inhalations à doses modérées, sans qu'il soit nécessaire de forcer les doses.

12 L'état dit de tolérance anesthésique étant obtenu, on peut le prolonger plus ou moins longtemps, à la condition de rendre l'inhalation intermittente.

13. Quand, pour un motif quelconque, le malade a dû absorber de grandes quantités de chloroforme, il faut se tenir en garde contre les syncopes consécutives.

14. Dans les cas de syncope grave ou de sidération, il convient de recourir aux moyens suivants :

1° Exposer le malade à un air frais et pur ;

2° Donner au corps une position telle que la tête soit déclive;

3° Ouvrir la bouche et attirer la langue en avant;

4° Pratiquer la respiration artificielle par des pressions cadencées sur le thorax et l'abdomen ;

5° Les excitants de la peau, tels que les frictions, les rubéfiants, etc., pourront être subsidiairement employés. »

PATHOLOGIE INTERNE. — PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

ÉTUDES ANATOMO-PATHOLOGIQUES SUR LE MÉCANISME DE LA GUÉRISON SPONTANÉE DE L'AFFECTION CALCULEUSE DU FOIE, ET CONSÉQUENCES PRATIQUES QUI EN DÉCOULENT POUR LE TRAITEMENT DES CONCRÉTIONS BILIAIRES, par M. BARTH, médecin de l'hôpital Beaujon, agrégé de la Faculté.

Si l'anatomie pathologique se bornait à décrire les altérations organiques trouvées après la mort, on serait peut-être en droit de l'appeler une science stérile; mais si elle s'attache à découvrir l'origine et les causes des altérations morbides, à en suivre le développement, à en saisir les relations avec les différentes fonctions de l'économie; si surtout elle tâche de déterminer les voies et les moyens que la nature emploie pour réparer les ravages des maladies, elle devient une étude féconde en résultats pratiques. L'anatomie pathologique, ainsi comprise, fournit les indications les plus utiles pour le diagnostic, pour le pronostic et le traitement, vers lequel doivent converger, en définitive, toutes les branches des connaissances médicales.

Faisant à l'histoire des *calculs biliaires* l'application de ces principes, je me propose, dans ce travail, d'exposer sommairement quelques résultats de mes recherches anatomiques sur les ressources variées dont la nature dispose pour la guérison des affections calculeuses du foie, et de faire connaître les inductions qui découlent de cette étude pour le traitement le plus rationnel de ces produits morbides (1).

Une fois formés dans les voies de la bile, les calculs peuvent être : 1° *éliminés*, ou 2° *séquestrés* de telle sorte que leur séjour dans le sein de l'économie cesse d'être nuisible.

§ 1. *Élimination des calculs.* — L'élimination des calculs peut se faire de deux manières également curieuses à étudier, savoir :

(1) Ce travail est le résumé de faits positivement constatés, et les propositions qui lui servent de base sont déduites de plus de trente observations qui me sont propres.

Comme pièces à l'appui, je pourrais, si l'Académie le désire, y joindre une série de dessins d'après nature, et une collection de calculs biliaires, comprenant, indépendamment des faits mentionnés dans ce mémoire, un grand nombre de concrétions les plus variées par leur forme, leur volume et leur structure.

par les voies naturelles qui servent à l'écoulement de la bile, ou bien par des *voies accidentelles* et pathologiques.

1° *Elimination par les voies naturelles.* — Le fait même de l'expulsion des concrétions biliaires par les voies naturelles est connu de tous les nosologistes; mais après les travaux intéressants publiés sur ce point de la pathologie du foie, il restait encore des particularités à connaître ou à mieux préciser, soit sur les circonstances qui favorisent l'engagement des calculs dans les canaux biliaires, soit sur le mécanisme de leur propulsion dans ces conduits, soit enfin sur les dimensions qui permettent à ces cholélithes de traverser les canaux dont le diamètre est naturellement assez étroit.

A. *Engagement des calculs dans les canaux.* Par quel mécanisme les calculs biliaires, qui se forment presque toujours dans la vésicule (car c'est là seulement que se trouvent réunies les conditions habituelles qui président à leur développement), par quel mécanisme s'engagent-ils de l'intérieur de la vésicule dans le canal cystique, situé à un niveau moins déclive que le fond de ce réservoir?

Une des causes principales de leur introduction dans les canaux réside dans leur pesanteur spécifique; composés en grande majorité de matières grasses (cholestérine), ils sont généralement très légers, à tel point que plusieurs surnagent sur l'eau; à plus forte raison surnagent-ils sur la bile; et c'est ce qui fait qu'ils se présentent facilement à l'orifice du canal cystique et tendent à s'engager dans la cavité.

B. *Propulsion des calculs.* — Mais la valvule en spirale dont est muni ce canal à son origine, oppose une notable résistance à la progression des calculs, et l'on est en droit de se demander quelle est la force qui fait cheminer le cholélithe à travers le col de la vésicule et lui fait parcourir les conduits biliaires.

a. Cette force se trouve dans l'existence d'un *plan musculeux*, placé dans les parois de la vésicule, plan musculeux longtemps méconnu et révoqué en doute, mais dont l'anatomie pathologique démontre la réalité. Assez peu marquées dans l'état normal pour passer inaperçues, les fibres musculaires de la vésicule deviennent quelquefois assez prononcées pour former des faisceaux très saillants sous la membrane muqueuse. J'ai déposé au musée Dupuytren plusieurs pièces sur lesquelles on voit ces faisceaux tellement développés, que l'intérieur de la vésicule présente en petit la disposition si fréquemment observée dans les vessies à colonnes.

Cette hypertrophie, résultat le plus ordinaire de l'obstacle opposé à la sortie de la bile par une concrétion engagée dans le col de la vésicule, devient à son tour un moyen de triompher de la résistance du corps étranger; et c'est ainsi qu'une disposition morbide en elle-même n'est plus qu'une condition heureuse qui facilite la propension du calcal à travers le canal cystique, jusque dans le cholédoque où une nouvelle cause vient aider à le pousser dans le duodénum.

b. Que l'on suppose, en effet, un calcul arrivé dans le cholédoque et arrêté dans ce canal, de manière à suspendre le cours naturel de la bile, des conduits hépatiques vers le duodénum, ce liquide, incessamment sécrété par le foie, s'accumule derrière l'obstacle. En même temps, les canaux se dilatent, et cette dilatation, tout en s'étendant plus ou moins loin vers les radicules hépatiques, s'étend aussi dans l'autre sens jusque sur les côtés du calcul, et celui-ci chemine ainsi graduellement, poussé du haut en bas par la force que l'on désigne sous le nom de *vis à tergo*, et franchit, après un temps variable, l'orifice duodénal.

C. *Durée du passage des calculs à travers les canaux biliaires.* L'espace de temps que le cholélithe met à parcourir les voies de la bile, diffère selon son volume, selon sa configuration, comme aussi selon la longueur des canaux cystique et cholédoque.

a. Ces deux conduits sont loin d'avoir, chez tous les sujets, les mêmes *dimensions*, et j'ai constaté sur un certain nombre de pièces pathologiques des différences très notables dans la longueur relative de ces deux portions des voies de la bile. C'est ainsi que j'ai vu le canal cystique varier depuis 2 jusqu'à 6 centimètres, et, dans un cas, j'ai trouvé que le canal cholédoque avait seulement 3 centimètres de longueur, tandis que, dans un autre, il en présentait 15, longueur double de l'étendue normale.

b. Quant à leur *configuration*, les calculs sont tantôt sphéroïdes, tantôt à facettes. Les premiers arrêtent plus complétement le cours de la bile, et ce liquide, en s'accumulant derrière eux, aide à les faire cheminer vers l'intestin. Les calculs à facettes, au contraire, peuvent, comme je m'en suis assuré sur le cadavre, laisser passer, au moins en partie, la bile entre eux et les parois du canal cystique ou cholédoque. Il en résulte nécessairement une condition capable d'en ralentir la marche. On conçoit que des concrétions de ce genre mettent un temps beaucoup plus long à parvenir jusqu'au duodénum, et cette circonstance rend compte de la durée, quelquefois très longue, de certaines coliques hépatiques.

Le fait du passage partiel de la bile donne la solution d'un phénomène difficile à expliquer en clinique, c'est-à-dire l'absence d'ictère chez un grand nombre de malades. Cette absence de l'ictère était ordinairement attribuée soit au passage rapide du calcul à travers les voies biliaires, soit à l'arrêt momentané d'une concrétion dans le canal cystique exclusivement et, dans ce dernier cas, on expliquerait la cessation de la colique hépatique par la marche rétrograde du cholélithe et son retour dans la vésicule biliaire.

Mais il était difficile de comprendre pourquoi l'ictère ne se manifestait pas dans des cas où les coliques étaient vives, de longue durée et suivies de l'expulsion d'un ou de plusieurs calculs par les selles. Eh bien! la disposition précitée, en démontrant que la bile peut en effet passer entre la concrétion et les parois du canal, rend compte à la fois et de l'absence d'ictère et de la coïncidence de vomissements bilieux qui souvent accompagnent la colique hépatique.

D. *a.* C'est surtout du *volume des concrétions biliaires* que dépend la durée des accidents qui constituent une attaque de colique; et, sous ce rapport, on s'est demandé quel est le maximum de volume au-delà duquel un calcul ne peut plus être éliminé par les voies naturelles. Beaucoup d'auteurs ont avancé que des concrétions grosses comme une olive ne pouvaient plus traverser les canaux de la bile, et ils soutenaient que les gros calculs expulsés au dehors étaient évacués toujours par des voies accidentelles et pathologiques. Les conduits biliaires sont, en effet, assez étroits pour ne pas admettre aisément des concrétions de moyenne grosseur; mais ces conduits sont susceptibles d'une grande dilatation par le fait même de l'accumulation de la bile : c'est ainsi que j'ai vu le canal cholédoque avoir, dans plusieurs cas, jusqu'à 3 et 4 centimètres de circonférence.

Quoi qu'il en soit du degré de dilatation possible des canaux biliaires, il résulte incontestablement de mes recherches que les voies normales de la bile peuvent donner passage à des calculs d'un diamètre considérable. J'ai présenté à la Société anatomique et déposé au musée Dupuytren un cholélithe gros comme une forte olive, engagé dans l'orifice inférieur du canal cholédoque, et faisant une saillie notable dans la cavité du duodénum.

Plusieurs circonstances, très importantes à étudier, peuvent d'ailleurs faciliter l'évacuation des calculs, en *diminuant le volume de ces concrétions* primitivement trop grosses pour traverser les voies normales de la bile.

b. C'est d'abord l'*usure* réciproque des calculs multiples : cette usure, due au frottement des concrétions les unes sur les autres, peut être assez considérable pour en amoindrir très sensiblement les dimensions, et j'en ai rencontré dont le frottement avait réduit de près d'un tiers le volume primitif.

c. Un autre mécanisme plus curieux encore, et qui, à ma connaissance, n'a jamais été signalé jusqu'à ce jour, consiste dans le *fractionnement des calculs* à l'intérieur même des voies biliaires.

On sait que dans un très grand nombre de cas les cholélithes sont constitués par un noyau central autour duquel se fait une espèce de cristallisation de la cholestérine, sous forme de rayons convergeant tous vers le centre. Or, j'ai recueilli, et je puis soumettre à l'examen de l'Académie, des concrétions qui consistent évidemment dans des segments de sphère entourés d'une couche mince de formation plus récente. Sur ces pièces pathologiques, la disposition des rayons, dirigés tous vers un point central, ne permet pas de douter qu'il ne s'agisse de fragments d'un calcul sphéroïde beau-

coup plus gros, et l'engagement de plusieurs de ces fragments dans le canal cholédoque, alors que les autres occupaient encore la vésicule, prouve que leur élimination était en voie de s'accomplir.

S'il était nécessaire de rechercher les conditions capables de rendre raison de ce fractionnement des calculs biliaires, on en trouverait l'explication dans leur fragilité, qui est le plus souvent telle, qu'une légère pression suffit pour les briser entre les doigts.

2° *Voies accidentelles ou pathologiques*. Nous avons dit, en commençant, que l'élimination des calculs pouvait se faire par des voies accidentelles et pathologiques : dans ce cas, les cholélithes sont tantôt évacués par une perforation, dans un point de l'intestin, tantôt expulsés au dehors par une ouverture des parois abdominales antérieures. Ce mode d'élimination est connu, aussi bien que l'évacuation des calculs par les voies naturelles, et nombre d'auteurs citent des exemples de concrétions biliaires expulsées directement à travers les parois du ventre, ou versées dans l'intestin par une communication fistuleuse. Mais il reste quelques particularités à signaler avec plus de précision, soit relativement aux divers points du tube digestif qui sont le plus habituellement le siége de la perforation intestinale, soit par rapport aux circonstances en vertu desquelles la perforation cutanée tantôt se ferme après l'évacuation des calculs, et tantôt est suivie d'une fistule biliaire.

A. *Perforation dans le tube digestif.*—Il est trois points du tube digestif qui sont plus particulièrement en rapport avec la vésicule, savoir : la moitié droite du côlon transverse, le commencement du duodénum, et la région pylorique de l'estomac. Il ressort de mes observations que c'est aussi dans ces trois points que se font le plus ordinairement les perforations. On comprend les différences qui doivent résulter de la communication du réservoir de la bile avec ces régions diverses, sous le rapport de l'accomplissement des fonctions digestives ; dans le cas de perforation de l'estomac, la bile sera vomie en abondance avec les calculs. Dans le cas, au contraire, où la communication anormale s'établit entre la vésicule et le duodénum, la bile versée dans l'intestin au dessus même du point normal, peut concourir au travail de la digestion, comme si elle affluait par les voies naturelles. Enfin, s'il s'agit d'une perforation de la vésicule dans le côlon transverse, la bile est enlevée entièrement au travail de la digestion intestinale, jusqu'à ce que l'orifice de communication vienne à s'oblitérer.

B. *Perforation sur l'abdomen.*— Lorsque la perforation se fait à l'extérieur, sur un point des parois abdominales, tantôt il s'établit une *fistule permanente*, qui donne incessamment issue à la bile ; d'autres fois, après l'expulsion d'un ou de plusieurs calculs et d'une petite quantité de bile altérée, le *trajet fistuleux se ferme en peu de temps*, et le malade ne tarde pas à se rétablir.

On conçoit aisément l'occlusion rapide de l'ouverture anormale, dans le cas où le col de la vésicule biliaire est lui-même oblitéré par un calcul ou par toute autre cause.

Mais il ressort de mes recherches anatomo-pathologiques, que cette prompte occlusion peut avoir lieu sans que la vésicule cesse de recevoir la bile. Ce résultat dépend alors de ce que l'ouverture de la vésicule à la surface de la peau n'est pas toujours directe et immédiate. Plusieurs observations (et j'ai présenté à la Société anatomique les pièces à l'appui) m'ont appris qu'un ou plusieurs calculs peuvent être d'abord rejetés hors de la vésicule dans un foyer circonscrit, qui cesse de communiquer avec le réservoir de la bile ; la concrétion est alors *éliminée* à l'extérieur *consécutivement* sans qu'il en résulte une fistule biliaire permanente.

Le même mécanisme peut précéder la sortie des cholélithes par l'intestin, et permettre aux voies de la bile de fonctionner comme dans l'état normal, après l'expulsion des concrétions calculeuses.

§ 2. *Séquestration des calculs.* — Il existe encore d'autres ressources que la nature emploie pour atténuer ou annihiler les accidents des concrétions calculeuses du foie. Au lieu d'éliminer les cholélithes au dehors, un travail pathologique un peu différent, mais non moins digne d'attention, peut les séquestrer au sein des parties vivantes.

1° *Enkystement.* — C'est ainsi que la concrétion biliaire, après avoir traversé les parois de la vésicule par une perforation ulcérative, peut se trouver enkystée indéfiniment dans une loge de nouvelle formation, derrière laquelle le réservoir du fiel se ferme complétement. J'ai trouvé (et j'ai déposé au musée Dupuytren) des calculs situés en dehors de cette poche, dans une cavité accidentelle limitée par des adhérences cellulo-fibreuses, sans qu'il existât aucune trace de communication avec l'intérieur de la vésicule.

2° *Encloisonnement.*— Ce n'est pas tout : les calculs peuvent se trouver encloisonnés dans les parties mêmes du réservoir de la bile, soit qu'ils aient pris naissance dans les follicules de la membrane muqueuse, soit qu'ils aient traversé cette membrane, en se logeant entre elle et l'enveloppe extérieure de la vésicule.

3° *Enchatonnement.* — Enfin le calcul peut être enchâtonné dans la cavité même de cette poche, qui se trouve ainsi partagée en deux portions, dont l'une (c'est le plus ordinairement le fond) renferme la concrétion étroitement embrassée, et dont l'autre, plus ou moins complétement séparée de la première, continue à servir de réservoir à la bile. Quelques faits de ce genre, observés par divers auteurs, ont paru difficiles à expliquer ; il me semble qu'on peut les rapprocher de certains cas de vessies à loges dans lesquelles la membrane muqueuse, faisant hernie à travers une éraillure du plan musculeux, donne lieu à une poche de dimension variable et ne communiquant plus avec la cavité de la vessie que par une étroite ouverture.

Conséquences pratiques. — Des recherches d'anatomie et de physiologie pathologiques auxquelles nous venons de nous livrer, découlent des conséquences intéressantes au triple point de vue de la séméiologie, du pronostic et du traitement.

Témoin des voies diverses par lesquelles peut s'accomplir la guérison de l'affection calculeuse du foie, le médecin conserve de légitimes espérances de rétablissement dans les cas en apparence les plus graves ; la considération des ressources variées que la nature met en œuvre pour une terminaison favorable l'encourage à imiter, autant qu'il est en lui, ces procédés salutaires ; et l'anatomie pathologique lui fournit ainsi de précieuses indications pour le traitement.

A ce dernier point de vue, l'étude attentive des calculs biliaires démontre rationnellement l'utilité positive d'une série de moyens thérapeutiques dont la valeur était souvent contestée.

Dans la grande majorité des cas, le noyau central des concrétions est constitué par un grumeau informe de bile concrète, et beaucoup d'entre elles sont composées entièrement par une agrégation de molécules biliaires solides. De là l'utilité, comme moyen prophylactique et curatif, d'un régime sévère, de l'usage de boissons délayantes prises en abondance, et de l'emploi fréquent de laxatifs, dans le but de prévenir l'épaississement anormal de la bile.

La prédominance de la cholestérine, ou matière grasse, dans la composition d'un grand nombre de calculs, indique l'avantage d'une diète végétale, en excluant avec soin les matières grasses de l'alimentation habituelle.

Les mêmes considérations conduisent naturellement à l'emploi des boissons alcalines, des bains de même nature, et à l'administration souvent répétée des pilules savonneuses.

La solubilité de la plupart des calculs dans l'éther et dans l'essence de térébenthine fait pressentir l'utilité, à l'intérieur et en frictions, soit de l'éther seul, soit d'un mélange d'éther et d'essence, d'après la méthode préconisée par Durande.

Assurément il y a une énorme différence entre l'action immédiate et puissante de l'éther sur un calcul plongé dans ce liquide, où il tombe en deliquium au bout de quelques heures, et l'action médiate et très amoindrie de l'éther introduit dans l'estomac. Mais quelque minime que soit cette action, elle peut n'être pas sans influence sur une concrétion trop grosse pour franchir les conduits biliaires, et une diminution de quelques millimètres obtenue par ce moyen suffirait pour permettre au cholélithe de parcourir les voies normales.

A ces moyens, il sera utile d'ajouter les onctions de belladone dans le but de faciliter la dilatation de l'extrémité duodénale du canal cholédoque, qui est le point des voies biliaires qui offre le plus de résistance.

Quoi qu'il en soit de ces déductions fondées sur le raisonnement, de nombreux essais obtenus soit à l'hôpital, soit dans la pratique

civile, m'ont donné la preuve de l'évidente efficacité de cet ensemble de moyens thérapeutiques.

Pour terminer ces courtes indications pratiques, je reviens à l'un des points que je crois avoir signalés le premier dans l'histoire anatomo-pathologique des calculs biliaires, savoir, la fragmentation possible de ces concrétions dans l'intérieur même des voies de la bile. Ce fait, démontré jusqu'à l'évidence par des pièces que je tiens à la disposition de l'Académie, permet de pressentir combien le massage de la région du foie et les douches à forte percussion sur l'hypochondre droit peuvent concourir avantageusement, avec les moyens précités, au traitement curatif des calculs biliaires.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

M. le *secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. *A. Roussin*, qui annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'il vient de faire dans la personne de son père, M. l'amiral Roussin, membre de la section de géographie et de navigation.

M. le *président* rappelle aussi que la nomination de M. *Moquin-Tandon* comme membre titulaire laisse une place de cerrespondant vacante dans la section de botanique.

ANATOMIE COMPARÉE. — *Discussion sur le rapport de M. Duvernoy relatif au mémoire de MM. Philippeaux et Vulpian, sur la détermination de l'encéphale des poissons sélaciens.* (Séance du 20 février.)—M. *Serres*, après quelques considérations générales sur la détermination des éléments de l'encéphale chez les poissons, s'élève avec force contre l'opinion qui consiste à admettre l'existence des éminences mamillaires chez différentes classes d'animaux, et en particulier chez les poissons sélaciens, comme l'ont fait dans leur travail MM. Philippeaux et Vulpian, et M. Duvernoy dans son rapport. Ces éminences blanchâtres sont, d'après M. Serres, un des caractères spécifiques de l'encéphale humain ; elles disparaissent déjà chez les singes.

M. *Duvernoy* défend le travail de MM. Philippeaux et Vulpian. Les auteurs, dit-il, ont procédé autant que possible, dans leurs déterminations, par l'identité des connexions, et s'en sont servis très heureusement pour arriver à l'analogie de composition de l'encéphale des poissons avec celui des vertébrés supérieurs. D'après lui, les éminences mamillaires existent non seulement chez les singes, mais chez les carnassiers où elles sont très prononcées, chez certains rongeurs comme le cabiai ; on les trouve aussi chez les ruminants, dans le cerveau de l'axis, du chameau ; chez les oiseaux et surtout chez les poissons sélaciens qui les ont considérables, de substance blanche comme les éminences mamillaires de l'homme et des autres vertébrés qui en sont pourvus. Ces éminences ne peuvent être confondues, en raison de la substance blanche qui les constitue, avec le *tuber cinereum*, formé de substance grise et bien distinct chez beaucoup d'animaux, comme le *saï roux* et le *sajou*, la *fouine*, le *lynx*, le *ratel*, etc.

M. *Serres* revient sur ce qui est relatif aux éminences mamillaires et au *tuber cinereum*. Pour se convaincre de l'existence spécifique de ce caractère, pour saisir sa valeur afin de séparer l'homme de l'animalité, il faut, dit M. Serres, assister par l'étude approfondie de l'embryogénie à la manifestation des éminences mamillaires. C'est le *tuber cinereum* qui a été pris à tort pour les éminences mamillaires chez les singes et les mammifères, à cause de son développement beaucoup plus prononcé que chez l'homme et de certaines apparences extérieures. Comme satellite du nerf optique, le *tuber cinereum* est porté chez les poissons, de même que ce nerf, à son maximum de développement. Or ce sont ces connexions avec ce nerf qui servent à caractériser ce corps, de même que la substance médullaire de Reil et les piliers antérieurs de la voûte servent à caractériser chez l'homme les éminences mamillaires.

CHIMIE. — *Recherches sur les fluorures*, par M. *Fremy*. (*Comm.:* MM. Thenard, Chevreul, Pelouze.)

PHYSIQUE.—*Recherches sur l'adhérence magnétique*, par M. *L. Nicklés*. (*Comm.:* MM. Becquerel, Pouillet, Despretz.)

ANATOMIE. — M. *Gérard* adresse, par l'intermédiaire du ministre de l'instruction publique, un mémoire ayant pour titre : *Anatomie physiologique et pathologique du cristallin ; conséquences pour le mode opératoire.* « Ce travail, dit l'auteur dans une lettre jointe à son envoi, renferme, si je ne m'abuse, des idées neuves sur les lames du cristallin, sur leur formation, leur densité, leur nombre variable suivant les âges ; sur l'humeur dite de *Morgagni*, sur la capsule du cristallin et ses fonctions. Je montre l'appareil cristallin dans ses phases diverses suivant les âges ; je l'étudie encore dans l'état pathologique, et j'en tire des conclusions pour le choix du mode opératoire de la cataracte. » (*Renvoi à la future commission de médecine et de chirurgie.*)

CHOLÉRA. — Le ministre de l'instruction publique transmet également un mémoire de M. *Billiard*, médecin à Corbigny (Nièvre), concernant la cause commune du choléra et des maladies qui attaquent depuis quelques années plusieurs de nos plantes usuelles. Ce mémoire est le développement des trois propositions suivantes : 1° L'absence ou une diminution de l'ozone contenu dans l'air développe, chez l'homme et certains animaux, des phénomènes dont l'ensemble a été désigné sous le nom de *choléra ;* 2° l'organisme humain développe de l'ozone ; 3° l'excès d'ozone dans l'air détermine la maladie des plantes contenant du sucre, du glucose, de la fécule, telles que la pomme de terre, la vigne, la betterave.

MÉDECINE.—*Mémoire sur le traitement préservatif et curatif du choléra par l'acide sulfurique dilué et les bains salés*, par M. *Lepetit*, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers. (*Comm.:* MM. Andral, Velpeau, Rayer.)

THÉRAPEUTIQUE. — *De l'iode comme contre-poison du curare.* — MM. *Brainard* et *Greene* ont expérimenté l'action des solutions d'iode comme antidote des poisons américains connus sous le nom de *wooraro* ou *curare*. L'un des auteurs (M. *Brainard*) avait précédemment fait connaître les résultats de ses expériences concernant l'action des solutions d'iode contre la morsure de certains crotales. « On remarque, disent les auteurs, une grande analogie entre l'action des préparations vénéneuses qu'on désigne sous le nom de *curare*, et les effets de la morsure de quelques serpents d'Amérique. De plus, il est bien avéré que le venin de ces serpents entre au moins pour quelque chose dans la composition de ces poisons, et nous nous sommes ainsi trouvés conduits à essayer contre leurs effets le remède dont nous avions reconnu l'efficacité contre la morsure des serpents. »

Comme on trouve des échantillons de curare qui diffèrent en force, les deux auteurs ont dû d'abord déterminer, pour celui dont ils faisaient usage dans leurs expériences, et qui leur avait été donné par M. Ch. Bonaparte, quelle était la quantité nécessaire pour donner la mort. Il a suffi d'un centigramme, chez un pigeon, pour déterminer la mort en une heure environ ; 2 centigrammes et demi ont amené en trois minutes la mort d'un cochon d'Inde ; le poison était trituré dans un mortier de verre avec une petite quantité d'eau distillée (20 gouttes pour 0,05 de curare), puis injecté sous la peau. Les auteurs croient pouvoir conclure d'une série de vingt expériences variées que : 1° La solution d'iode et d'iodure de potassium est, dans de certaines limites, un antidote parfait contre le curare ; mêlée à ce poison (aussi en solution), elle détruit ses effets vénéneux. 2° La solution iodée, injectée immédiatement après la solution de curare, en neutralise complétement les effets, pourvu qu'on ait soin d'appliquer une ventouse afin d'arrêter la circulation jusqu'à ce que l'iode ait rejoint le poison. Il ne se produit pas de suppuration, ni de perte de substance par gangrène. 3° La solution iodée appliquée sur la surface d'une blessure profonde des muscles, dans laquelle on introduit le curare, prévient les effets du poison. 4° La solution d'iode a, sur le curare, une action tout à fait identique à celle que M. Brainard lui a reconnue sur le *poison du crotale*. 5° L'identité des effets du curare et du venin des crotales, leur même odeur et l'effet de l'iode sur leur action, donnent beaucoup de poids à l'opinion déjà assez répandue, que le principe actif du curare et des préparations analogues n'est autre chose que le venin du crotale conservé d'une manière particulière.

A l'occasion de cette communication, M. *Boussingault* fait remarquer que, malgré quelques assertions émises dernièrement, il n'est pas suffisamment établi que le curare (*couraré*) contienne du venin de serpent. Du moins, M. Boussingault peut affirmer que le curare qu'il a rapporté d'un des affluents des Amazones n'en renferme pas. Les Indiens l'ont obtenu en traitant par l'eau froide (température 30°) l'écorce pilée (*machucada*) d'une liane (*vejuco*) fort commune dans les forêts que traversent les grands fleuves de l'Amérique équatoriale. C'est avec ce même curare, remis en 1833 à M. Pelouze, que M. Bernard a fait les expériences intéressantes qu'il a communiquées à l'Académie. M. Boussingault rappelle que, dans la description de la préparation du curare donnée par M. de Humboldt, il n'est fait aucune mention de venin de serpent comme ingrédient entrant dans la composition de ce poison.

MM. *Ch. Bonaparte, Duméril, Rayer, Thenard*, présentent aussi quelques remarques à ce sujet.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 7 MARS 1854. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

Renvoyée au prochain numéro.

Rapports et Mémoires.

Rapport sur la composition de l'eau de la source dite Sainte-Elisabeth, à Cusset, près Vichy (Allier). (M. O. Henry, rapporteur.) — La source Sainte-Elisabeth (précédemment *de l'hôpital*, à Cusset) marque 17 degrés centigrades; elle fournit par vingt-quatre heures, près de 13,000 litres d'eau. Ses caractères physiques et chimiques sont très analogues à ceux fournis par la plupart des sources minérales de Vichy. Il y a plusieurs années, une première analyse de l'eau de cette source avait été faite; depuis cette époque sa composition est restée à peu près la même. L'analyse démontre que l'eau de la source Sainte-Élisabeth peut rivaliser par la proportion de ses éléments minéralisateurs, tels que les *bicarbonates alcalins ou terreux* et *celui de fer*, avec la plupart des sources les plus riches de Vichy. Par son volume, elle se prêtera aussi aux exigences d'un établissement thermal de quelque importance. La commission des eaux minérales propose, par l'organe de son rapporteur, de répondre au ministre de l'intérieur qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter la source Sainte-Élisabeth au point de vue médical. (Adopté.)

Rapport sur diverses observations de chirurgie adressées à l'Académie par M. *Peixoto*, de Rio-Janeiro. (*Comm.* MM. Gilbert et Velpeau, rapporteur.) — Les faits adressés par M. *Peixoto* sont au nombre de quinze, et concernent tous la médecine opératoire. Quatre d'entre eux se rattachent à l'éléphantiasis du scrotum. 1° Chez un premier malade, la tumeur pesait 16 kilogr.; l'extirpation avec guérison complète, et première opération de ce genre, pratiquée à Rio-Janeiro, date de 1838. 2° Dans un deuxième cas, l'éléphantiasis, de 66 centimètres de circonférence, pesait 16 kilogr. Le testicule gauche se trouvait à plus de 20 centimètres de l'anneau inguinal. Il y avait une hernie épiploïque. L'extirpation en amena la guérison en vingt et un jours. 3° Chez le troisième malade, l'éléphantiasis, de 1 mètre 50 centimètres de circonférence, pesait 33 kilogr.; le testicule droit se trouvait à une profondeur de 10 centimètres, et éloigné de 26 centimètres de l'anneau inguinal. Sa guérison eut lieu en trois semaines. 4° Chez le quatrième enfin, l'éléphantiasis avait 85 centimètres de circonférence, et la guérison eut lieu en douze jours.

C'est M. Peixoto qui a importé la lithotritie au Brésil; il donne trois observations de cette opération. La première date de 1838, et se rapporte à un calcul de 4 centimètres; elle fut faite avec l'instrument d'Heurteloup: rien de pareil n'avait eu lieu au Brésil ni à Montevideo. Dans la deuxième, le calcul, compliqué de rétrécissement traumatique de l'urètre, fut extrait après quatre séances (décembre 1838). La troisième, nécessitée par un calcul de 3 centimètres enchâssé près de l'orifice de la vessie, et y faisant l'office d'une soupape, exigea neuf séances (janvier 1839).

Une série d'opérations plus propres encore que les précédentes à faire ressortir l'habileté du chirurgien, viennent ensuite. Il s'agit d'une carie du bord sternal de la sixième côte gauche et du bord correspondant du sternum qu'il a fallu enlever. La plèvre a été mise à nu après la résection des os. Guérison en trois semaines. C'est la première résection pratiquée à Rio-Janeiro (juillet 1839).

Sur un autre plan, c'est un anus s'ouvrant dans le vagin; rétablissement de l'anus normal par la dissection du rectum; guérison en dix-sept jours (décembre 1839).

Puis une hernie ombilicale étranglée sur un vieillard de soixante-dix ans, opérée au mois de juillet 1851. Malgré le sphacèle du sac herniaire et d'une partie de l'épiploon, la guérison eut lieu en douze jours.

Ailleurs, c'est un cancer du nez, ayant pour cause un polype implanté dans la fente sphénoïdale que M. Peixoto opère; puis il pratique la restauration d'une partie du nez aux dépens de la peau de la face; guérison en décembre 1852: c'est la première opération de rhinoplastie pratiquée à Rio-Janeiro. Cette observation, ainsi que celles d'éléphantiasis du scrotum, sont accompagnées de planches.

Viennent après deux observations d'extirpation de la parotide dégénérée; guérison dans les deux cas. D'autres observations concernent des extirpations de tumeurs de la face. Mais l'observation la plus curieuse de la collection de M. Peixoto est, sans contredit, celle de l'oblitération du tronc innominé par une ligature d'attente. Voici le résumé du fait:

Tumeur érectile de l'oreille droite; plusieurs ligatures avaient été pratiquées à Paris. Ligature de la carotide primitive à sa partie moyenne, le 14 novembre 1851. Hémorrhagie foudroyante avant la chute de la ligature. — Ligature d'attente à la naissance de l'artère sur le tronc brachio-céphalique; formation du caillot dans ce tronc même, après douze jours de compression par la ligature d'attente qui n'a ni ulcéré, ni enflammé l'artère au point de la couper. Guérison complète après deux mois de traitement. M. le docteur Moura, sujet de l'observation, jouit aujourd'hui de la meilleure santé possible. M. Velpeau pense que ce fait est le premier exemple connu de guérison après l'oblitération artificielle du tronc innominé, et trouve qu'il fait le plus grand honneur au sang-froid et à l'habileté de l'opérateur. Voilà donc un fait acquis: on peut oblitérer le tronc brachio-céphalique au moyen de la ligature. Les observations de Pelletan et de Martin-Solon, les exemples publiés par M. Darrach avaient déjà fait voir que l'occlusion accidentelle de cette artère ne prive nécessairement ni le bras ni la tête d'une circulation suffisante; mais il restait à démontrer que, par la médecine opératoire, on peut obtenir les mêmes résultats sans occasionner des accidents mortels. M. Mott, à qui revient l'honneur d'avoir pratiqué le premier cette grave opération, en 1818, eut la douleur de voir succomber son malade le vingt-sixième jour. Celui de Graefe mourut le soixante-huitième; l'opéré de Bland s'éteignit le dix-huitième, et celui de M. Hall le sixième. Dans le cas de Lérau, la mort eut lieu au bout de trois semaines. Il faut ajouter que, dans l'opération de M. Kuhl, la ligature, qui comprenait à la fois la sous-clavière et la carotide tout près du tronc innominé, devint mortelle le troisième jour. M. Velpeau tient de M. Arendt, qu'un malade opéré par lui en 1826 est mort le huitième jour, et que, pratiquée deux fois, la même opération fut suivie de mort, au bout de deux ou trois jours, entre les mains de M. Buralski.

Il faut dire enfin que M. Hutin n'a pas été plus heureux, et que son malade succomba le neuvième jour. Ainsi, dix opérés, dix morts. En faut-il davantage pour éloigner à jamais une telle ressource du lit des malades? Le succès de M. Peixoto fera-t-il équilibre à ce lamentable nécrologe? Si l'anévrysme occupe le tronc innominé lui-même, personne ne songera à porter une ligature entre la tumeur et l'aorte. C'est donc quand le mal a pour siége exclusif, soit la carotide primitive, soit la sous-clavière. Mais alors, de deux choses l'une: ou bien certain espace persiste entre la tumeur et le sommet de la poitrine, et il est possible, dans ce cas, de placer le lien sur la partie saine de l'artère, ou bien l'anévrysme s'étend jusqu'au voisinage de l'articulation sterno-claviculaire, et qui oserait affirmer dès lors que le tronc brachio-céphalique ne fait pas partie de la tumeur? N'a-t-on pas d'ailleurs, dans ces cas extrêmes, la méthode de Brasdor, qui, sans permettre de grandes espérances, a pour elle, au moins, d'être d'une exécution plus facile, et de ne pas exposer à autant de dangers immédiats. Non, si près de la crosse de l'aorte, sur un tronc si court et si volumineux, entre des artères si importantes, placées dans la poitrine même, la ligature ne peut être qu'une opération meurtrière, une opération qui ne doit plus être tentée, qui ne serait plus pardonnable dorénavant. L'observation de M. Peixoto, au surplus, n'est pas relative à une ligature du tronc innominé. Ici, le chirurgien eut en quelque sorte la main forcée. La carotide avait été lésée; les hémorrhagies se succédaient; la mort était imminente; le choix n'était plus possible. Un ruban fut placé sur le tronc brachio-céphalique à titre de ligature d'attente, aplatissant le vaisseau, mais sans le serrer. Le malade étant guéri, rien ne permet d'affirmer que le lien ait porté plutôt sur le tronc artériel commun que sur l'origine de la carotide seule. Rien ne prouve non plus d'une manière absolue que l'artère innominée ne se soit pas fermée (si tant est qu'elle le soit) par le fait de la première ligature, plutôt que sous l'influence de la simple ligature d'attente. Ces quelques réflexions n'ôtent rien au mérite du travail de M. Peixoto, et n'ont été faites par le rapporteur que pour sauvegarder les principes et la responsabilité de l'Académie.

Conclusions: 1° Renvoyer le travail de M. Paixoto au comité de publication, afin qu'un extrait étendu en soit inséré dans les *Mémoires de l'Académie.* 2° Admettre l'auteur comme candidat au titre de correspondant étranger.

M. *Londe* demande quelques explications au rapporteur sur le moyen employé par M. Peixoto pour guérir l'éléphantiasis des Arabes; il rappelle à ce propos l'opinion d'Alibert, qui avouait n'en avoir jamais guéri.

M. *Velpeau*: C'est parce qu'on n'arrive pas à guérir l'éléphantiasis qu'on se décide à l'enlever. Les cas de M. Peixoto ne sont pas les seuls dans la science; j'en ai rassemblé une quarantaine d'exemples. L'éléphantiasis des bourses, quand il est bien circonscrit, qu'il n'est pas accompagné de gonflement diffus, est très susceptible de guérir par l'extirpation. Quant à l'éléphantiasis diffus des membres, il est vrai de dire qu'il résiste à tous les modes de traitement.

Quelques explications sont encore échangées entre M. *Velpeau* et M. *Malgaigne* au sujet de l'oblitération du tronc innominé par une ligature d'attente. M. Velpeau reconnaît avec M. Malgaigne que le fait offre quelque chose d'obscur; aussi l'a-t-il accompagné de remarques cri-

tiques. Il a conclu d'ailleurs au rejet absolu de la ligature du tronc innominé.

Les conclusions du rapport de M. Velpeau sont mises aux voix et adoptées.

Élection d'un président.

L'Académie procède à l'élection d'un président, en remplacement de M. Nacquart, décédé. Sur 68 votants, M. Rostan, au premier tour de scrutin, obtient 60 voix; M. Rayer, 1; M. Jobert, 1; M. Lévy, 1; M. Chomel, 1; il y a trois billets blancs.

M. *Jobert*, vice-président, proclame le résultat du scrutin, et invite M. Rostan à venir occuper le fauteuil de la présidence.

M. *Rostan* propose de voter des remercîments au vice-président, et remercie lui-même l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présider. « La tâche qui m'est confiée m'a été rendue difficile par mes prédécesseurs; je mettrai tous mes efforts à la remplir dignement, et, faisant allusion à mon prédécesseur médiat, je ne puis mieux faire que de répéter ces paroles que Lucain adressait à Virgile : *Tua longe vestigia sequar.* »

Élève des sangsues. — M. *Soubeiran* lit un rapport sur les différents travaux relatifs à l'élève des sangsues, adressés à l'Académie, dans ces derniers temps, par MM. *Borne*, *Rollet* (de Bordeaux) et *Élie Masson* (d'Ardres). Le rapporteur passe successivement en revue les divers moyens employés pour conserver, nourrir les sangsues, et favoriser leur reproduction. Tout en faisant à chacun la part d'éloges qui lui est due pour ses recherches et ses travaux, il estime, avec la commission dont il est l'organe, que M. Borne est celui qui, avec les moyens les plus restreints, est parvenu à réaliser les plus grands progrès dans l'élève des sangsues. Il loue surtout beaucoup la manière dont M. Borne nourrit ses sangsues, et qui consiste à plonger les sangsues dans le sang d'animaux abattus dans les boucheries, dont on enlève la fibrine par le battage. Cette méthode est bien préférable à celle qui est mise en pratique dans certains pays, et qui consiste à promener dans les marais des ânes, des chevaux, des bestiaux, méthode qui paraît barbare, même appliquée avec intelligence. En terminant son rapport, M. Soubeiran propose à l'Académie : 1° D'accorder aux travaux de M. Borne l'honneur de son approbation, et d'appeler sur eux l'attention de l'administration; 2° d'adresser des remercîments à MM. Rollet (de Bordeaux) et Élie Masson (d'Ardres) pour leurs communications sur l'élève des sangsues.

Ces conclusions sont adoptées après quelques observations de MM. Bussy, Chevallier, Dubois (d'Amiens), Renault, Desportes.

Calculs biliaires. — M. *Barth* lit un mémoire intitulé : *Études anatomo-pathologiques sur le mécanisme de la guérison spontanée de l'affection calculeuse du foie, et des conséquences pratiques qui en découlent pour le traitement des concrétions biliaires* (Voir aux *Travaux originaux*). (*Comm.*: MM. Andral, Cruvelhier.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Myocardite chez un enfant de neuf ans, par le docteur Emil Gessele.

Une fille de neuf ans fut atteinte, à la suite d'un refroidissement, le 17 septembre 1853, dans la maison de ses parents, d'accidents de rhumatisme occupant le genou droit. Le premier jour, la petite malade sembla peu souffrir de cette douleur, qui, le soir, avait presque disparu; le lendemain elle se manifesta de nouveau au genou gauche, et contraignit l'enfant à garder le lit. Un médecin constata l'affection rhumatismale du genou, un état fébrile général. Le 19 au matin, la petite malade, qui couchait seule dans une chambre, fut trouvée par ses parents, étendue sur le sol, couverte uniquement de sa chemise; elle était atteinte d'un délire violent. En présence du médecin, elle recouvra son intelligence; elle accusait une céphalalgie frontale intense. La peau était chaude, le pouls à 115-120; les battements du cœur étaient normaux. La tuméfaction avait augmenté au genou et avait gagné en étendue; quelques douleurs vagues étaient accusées dans d'autres articulations. Cette petite fille fut alors apportée à l'hôpital des Enfants, de Munich, dans le service du docteur Hauner. Le soir même le délire reparut: il cessait quand on parlait à l'enfant, et disparut vers le milieu de la nuit. Le 20 septembre, nouvelle manifestation du délire : la tuméfaction occupe le genou gauche, le tiers inférieur de la cuisse, la jambe et la face dorsale du pied. Le traitement consista, comme les jours précédents, en boissons nitrées et en applications froides sur la tête. Dans la soirée, l'auscultation fit reconnaître, à la région du cœur, un bruit de frottement très marqué. Le pouls battait de 120 à 125 fois par minute. On appliqua huit sangsues et des linges trempés dans l'eau glacée sur la région du cœur. Un frisson général, qui survint au bout d'une heure et demie, força de renoncer aux applications froides. Le 21, vers une heure du matin, la malade fut prise d'accidents de suffocation qui disparurent rapidement après l'application de sinapismes à la région du cœur et aux membres inférieurs. Dans la matinée le délire persistait; la face était livide, la peau au-dessous de la température normale, l'impulsion de la pointe du cœur faible, les bruits cardiaques moins clairs que les jours précédents. Le pouls était petit, de 140-144 pulsations par minute. A la région précordiale la percussion donnait une matité étendue. Mort à trois heures et demie du soir. A l'ouverture du cadavre, on trouva le cerveau sain, ses vaisseaux un peu congestionnés. Rien d'anormal dans les plèvres; les deux poumons étaient engoués; le gauche présentait dans son lobe inférieur plusieurs petites masses de pneumonie lobulaire. Le péricarde contenait 6 à 8 onces de sérosité fibrineuse; ses parois étaient recouvertes de flocons fibrineux en grande abondance. A la surface du ventricule gauche, sous le péricarde viscéral, se rencontraient huit ou dix abcès du volume d'un pois; quelques uns s'étendaient jusque dans la cloison interventriculaire. (*Journal fuer Kinderkrankheiten*, 1854, liv. 1-2, p. 25.)

Emploi de l'urée dans l'hydropisie scarlatineuse des enfants, par le professeur Mauthner.

Lorsque l'hydropisie consécutive à la scarlatine ne cède pas promptement aux moyens de traitement ordinaires, le professeur Mauthner (de Vienne) emploie quelquefois avec succès l'urée ou le nitrate d'urée comme un puissant diurétique. Le médicament est donné à la dose de 2 grains, mélangé à du sucre et séparé en six doses administrées à deux heures d'intervalle. L'auteur annonce lui-même que ses expériences thérapeutiques, relativement aux effets de l'urée, ne sont pas assez nombreuses pour lui permettre de formuler une opinion précise; cependant les faits cliniques recueillis jusqu'ici l'engagent à conseiller l'essai de cet agent thérapeutique dans l'hydropisie survenant à la suite de la scarlatine. M. Mauthner publie en même temps l'histoire de deux enfants chez lesquels l'administration de l'urée fit rapidement disparaître l'anasarque. (*Journal fuer Kinderkrankh.*, 1854, liv. 1-2, p. 4.)

Chorée partielle dans le cours de la grossesse, par Matthew Duncan.

Duncan a recueilli deux observations de chorée partielle survenue pendant la gestation; les mouvements involontaires, d'une grande intensité, occupaient exclusivement les membres inférieurs, et reparaissaient périodiquement : chez une malade dans la soirée, chez l'autre pendant la nuit. L'une de ces femmes fut réglée à dix-huit ans; à seize ans elle fut atteinte de chorée; les mouvements n'avaient d'abord que peu d'intensité et s'étendirent peu à peu aux deux membres inférieurs, aux mains et aux avant-bras. En 1850, âgée alors de trente-deux ans, et jouissant à cette époque d'une bonne santé, cette femme se maria. Vers le quatrième mois d'une première grossesse, la chorée se manifesta; les mouvements involontaires étaient habituellement limités aux membres inférieurs, et ne s'étendaient aux supérieurs que dans les instants rares d'une vive agitation. Le traitement consista en préparations ferrugineuses opiacées, avec un régime animal. La chorée cessa un mois avant l'accouchement, et les mouvements ne reparurent que dans la durée du travail, pendant que la malade était soumise à l'influence du chloroforme. La deuxième malade, déjà mère de plusieurs enfants,

fut atteinte, au sixième mois de la grossesse, de mouvements choréiques qui cessèrent au bout de quatorze jours. (*Edinb. medic. and surg. Journ.*, janv. 1854, et *Allg. medic. centr. Zeit.*, 8 févr. 1854.)

Convulsions tétaniques revenant durant l'allaitement, dans cinq couches successives, par M. BARBIERI.

La fluxion utérine et la fluxion mammaire sont solidaires le plus souvent, parfois complémentaires l'une de l'autre. Il n'est donc pas étonnant que la même influence puisse être exercée par toutes les deux sur le système nerveux. Sous ce rapport, le tétanos de l'allaitement ne devra pas paraître plus extraordinaire que l'éclampsie ou tétanos puerpéral. Les exemples du premier sont, néanmoins, très rares, surtout se produisant avec une intensité et une constance telles que M. Barbieri a pu les observer dans le cas que nous reproduisons d'après lui.

Une femme de trente-deux ans, robuste, et jusque-là bien portante, après avoir nourri quelques semaines son premier enfant, fut prise, aux jambes et aux pieds, de tiraillements musculaires, fugitifs et sans douleurs. Elle n'y fit pas attention; l'enfant mourut à dix mois, de pemphigus. L'allaitement ayant cessé, l'état des jambes se dissipa.

Un deuxième enfant, né au bout d'un an, succomba après sept jours. Pendant ce court espace de temps, sa mère, qui le nourrissait, avait ressenti les mêmes tiraillements, mais plus forts, et s'étendant aux cuisses et aux lombes. Ils disparurent dès qu'elle ne donna plus le sein.

Au bout de treize mois, après une troisième couche, les spasmes commencèrent dès le début de la sécrétion laiteuse. Dix jours étant écoulés, ils se convertirent en accès qui revinrent ensuite périodiquement tous les dix jours. Après une demi-heure de ces tiraillements dans toutes les parties du corps, une convulsion tonique envahissait soit une région, soit l'autre, tantôt les muscles de la mâchoire inférieure ou du cou, tantôt un bras, une main, une jambe, parfois tous ces divers points à la fois. Quatre ou cinq minutes suffisaient pour que le spasme abandonnât l'un de ces siéges pour en gagner un autre. Le pouls et la respiration s'élevaient; une sueur abondante coulait, mais sans fièvre consécutive. Pendant ce laps de temps, de douze à vingt-quatre heures, la douleur était souvent portée au point d'arracher des cris; et cette souffrance empêchait l'enfant de dormir et de laisser teter convenablement le sein.

Les déplétions sanguines, les antispasmodiques, les purgatifs, le valérianate de quinine n'eurent aucun effet sur la marche de cette singulière affection. L'enfant mourut à dix mois d'un flux dyssentérique.

Deux grossesses eurent encore lieu, et les mêmes phénomènes accompagnèrent l'allaitement. La dernière fois, on administra le sulfate et le valérianate de quinine jusqu'à la dose d'une *demi-once* dans l'intervalle des accès ! Mais le résultat, ainsi que l'exprime l'auteur, fut un zéro parfait. Les deux enfants périrent avec les mêmes symptômes que le précédent, l'un à six mois, l'autre à neuf. La cessation du nourrissage a pu seule apporter un remède à ce tétanos ; mais elle l'a toujours apporté rapide et complet. La femme est aujourd'hui pleine de vie et de santé. (*Gazzetta medica Italiana*, *Toscana*, 3 janv. 1854, p. 3).

Kyste de l'ovaire. Ovariotomie suivie de succès, par le professeur LANGENBECK.

Cette tumeur de l'ovaire existait chez une fille de trente-quatre ans. Elle avait débuté depuis cinq ans, et avait pris un tel développement, que le ventre offrait le même volume qu'au neuvième mois de la grossesse. Elle s'étendait depuis le petit bassin jusqu'au-dessous des fausses côtes; elle était légèrement mobile et manifestement fluctuante. L'opération fut pratiquée à la demande de la malade; on commença par administrer le chloroforme.

Une incision longue de 2 pouces 1/4, commençant à un travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, fut pratiquée de bas en haut sur la ligne médiane. Le péritoine fut ouvert, et le kyste fut fixé dans la plaie à l'aide d'un crochet. On fit alors dans le kyste une ponction qui évacua environ neuf quartes (la quarte vaut près de deux litres) d'un liquide limpide et moussant facilement. En tirant sur le sac, à mesure que le liquide s'écoulait, on finit par l'attirer complétement à l'extérieur jusqu'à son pédicule. Alors on réunit la plaie par six points de suture entortillée, les épingles traversant à la fois les lèvres de la plaie et le pédicule du kyste. Lorsque les épingles furent placées, on excisa le kyste au ras de la peau et l'on termina la suture. La plaie fut cicatrisée au bout de neuf semaines, pendant lesquelles la malade fut presque toujours tourmentée par des coliques.

La partie extirpée fut étudiée avec soin. Le kyste avait des parois assez épaisses, et sa surface interne était parcourue de plis nombreux. On avait extirpé en même temps l'ovaire (qui renfermait des kystes gros comme des noisettes), ainsi que la trompe qui était soudée avec lui. Le liquide extrait par la ponction fut promptement coagulé par l'action de la chaleur. Au microscope, on y trouva çà et là quelques cellules épithéliales éparses, et pas d'autre élément.

C'est la septième fois que M. Langenbeck extirpe des kystes de l'ovaire. Il a eu quatre succès et trois cas de mort. (*Deutsche Klinik*, 1853, n° 4.)

Considérations sur le traitement des abcès par congestion, par M. BLANCO.

L'auteur divise ces abcès en directs ou superficiels, et indirects ou profonds. Les premiers, tels que ceux résultant d'une altération syphilitique du tibia ou d'une carie du frontal, ont la collection purulente très voisine de la lésion osseuse et très rapprochée aussi de l'extérieur ; les seconds sont ceux où la source morbide qui alimente le foyer est éloignée de ce même foyer. Les dépôts de l'aine ou de la fesse, auxquels le mal de Pott donne lieu, peuvent être regardés comme type de cette dernière catégorie.

Sous le rapport du traitement, la distinction que M. Blanco établit a son importance. Les abcès sous-cutanés peuvent être ouverts largement, sans aucun préjudice pour la santé. Quant à ceux qui ont une origine éloignée, il ne faut donner issue au pus qu'ils contiennent qu'en prenant toutes les précautions possibles contre l'entrée de l'air dans le foyer. Et même l'auteur pose et à dessein, sans la résoudre, la question de savoir s'il ne vaudrait pas encore mieux les abandonner à eux-mêmes.

Tout ceci n'a rien de bien neuf, et nous aurions probablement passé sur cette communication, sans nous y arrêter, si nous n'y avions trouvé, au sujet du pronostic des abcès profonds, une remarque frappante de justesse. M. Blanco signale avec raison l'insouciance de la plupart des individus à l'égard de cette affection ; et tandis que le malade raconte comme incommodités légères les symptômes qu'il éprouve, en même temps le médecin pense, de son côté, aux conséquences sérieuses, presque inévitablement mortelles qui l'attendent. Il y a entre cette sécurité sans motif du client et les appréhensions trop justifiées du praticien un contraste saisissant dont l'auteur n'a pas eu besoin d'assombrir la peinture pour le faire reconnaître de tous ceux qui se sont trouvés dans une situation semblable. (*La Cronica de los Hospit.*, déc. 1853, p 424.)

Nouvelle opération pour les fractures non consolidées, par M. WINDSOR.

Quoique le résultat n'en soit pas connu, cette nouvelle tentative nous semble mériter l'attention de nos lecteurs, à cause des données très rationnelles sur lesquelles elle s'appuie, et de la promptitude du manuel opératoire qui la constitue.

M. Jordan, qui l'a pratiquée, s'appuie, pour la justifier, sur des expériences faites par M. Syme. Ce professeur enleva à un chien 1 pouce 3/4 du radius avec le périoste y adhérent; puis, sur une autre patte, une longueur semblable du même os, mais en laissant le périoste en place. Au bout de six semaines, sur le premier membre, les bouts osseux se terminaient en pointe et n'étaient unis que par une petite bande ligamenteuse. Au contraire, sur le second, une masse osseuse compacte non seulement remplissait l'espace laissé par la perte de substance, mais encore se prolongeait au delà.

M. Jordan fit l'application de ces principes sur un homme robuste, âgé de cinquante-cinq ans, qui portait depuis huit mois une fracture située à la partie moyenne de l'humérus, et non consolidée ; un chirurgien l'avait déjà traitée par le procédé de Dieffenbach (l'introduction des chevilles), mais sans succès. Le 11 novembre 1853, M. Jordan mit d'abord à découvert par une incision le siége de la fracture ; en second lieu, il détacha le périoste des extrémités osseuses. Troisièmement, il scia ces extrémités en respectant le périoste disséqué. Enfin il juxtaposa les bouts osseux et replaça le périoste sur eux.

Depuis lors, le membre est soumis au même traitement que celui d'une fracture compliquée. (*Med. Times and Gazette*, janv. 1854, nº 34.)

Des hémorrhagies périodiques qui compliquent les suites des opérations chirurgicales, et de l'utilité de leur traitement médical, par M. Bouisson.

Beaucoup de chirurgiens ne voient dans l'hémorrhagie secondaire qu'un phénomène local, n'en cherchent, par conséquent, la cause que dans des conditions auxquelles l'emploi des topiques doit suffisamment remédier. Mais souvent, néanmoins, c'est l'état général du malade qui fournira au contraire, à cet égard, les plus sûres indications.

M. Bouisson appelle aujourd'hui les réflexions des praticiens sur l'une de ces causes, sur les hémorrhagies intermittentes qui reparaissent à la surface des plaies avec une périodicité comparable à celle des accès de fièvre. Quoique ayant déjà quelques faits analogues dans la science, ceux qu'il publie n'offrent pas pour cela moins d'intérêt ; ils réunissent, en effet, la plupart, des circonstances nécessaires pour établir péremptoirement le rôle que l'élément périodique joue en cette occasion.

Ainsi, sa première malade, amputée d'un métacarpien, fut prise, le troisième jour, sans avoir jusque-là offert rien d'insolite, d'un tremblement fébrile suivi de chaleur générale et d'un mouvement fluxionnaire vers la partie amputée, avec douleur. Une hémorrhagie par la surface de la plaie termina l'accès. Il faut noter qu'aucune ligature n'était encore tombée. Le lendemain et le surlendemain, les mêmes phénomènes s'étant reproduits, avec une abondance croissante de la perte sanguine, on administra 6 décigr. de sulfate de quinine, et l'hémorrhagie manqua le quatrième jour. La continuation du médicament durant quelques jours l'enraya complétement.

M. Bouisson note qu'il a vu, dans ce cas, le sang sourdre par exhalation de toute la surface de la plaie, et non provenir en particulier de l'un de ses points.

Un second malade, amputé de la jambe, n'eut cet accident que le troisième jour. Il se reproduisit encore le lendemain à la même heure. Le sel de quinine fut alors prescrit ; mais n'ayant pas été pris assez tôt en quantité suffisante, il ne put empêcher, mais atténua du moins le troisième accès hémorrhagique. Continué ensuite, il prévint le quatrième, et compléta la guérison.

M. Bouisson fait remarquer que le frisson initial de ces sortes d'accès pourrait être confondu avec celui qui marque le début de l'affection purulente. Dans ce cas, la production de l'hémorrhagie à la fin du stade de chaleur devient une circonstance rassurante. Elle montre qu'il s'opère dans l'organisme une prédominance du mouvement d'expansion sur celui de concentration ; et, sous ce rapport, l'hémorrhagie intermittente semble constituer un état d'antagonisme avec l'infection purulente. Quoi qu'il en soit, d'ailleurs, l'expérience apprend que son pronostic est infiniment moins grave, puisque celle-ci est presque infailliblement mortelle, celle-là cédant, au contraire, à coup sûr à quelques doses de l'antipériodique. (*Bulletin de thérapeutique*, du 15 janvier 1854, p. 12.)

Cas de tubercules du vagin, par M. Virchow.

Cette lésion a été trouvée sur une vieille femme qui avait souffert de dysurie, et chez laquelle il y avait une affection tuberculeuse très étendue des voies urinaires. Indépendamment de l'affection tuberculeuse des reins, on trouvait des granulations grises très serrées de la partie supérieure de la vessie. La partie inférieure de cet organe, son col et le conduit urétral étaient fortement hypérémiés, et l'on y trouvait aussi quelques granulations grises dispersées. Une éruption très analogue existait dans le vagin. Les granulations tuberculeuses, dispersées par groupes, ressemblaient à de petites perles grises. Elles étaient plus clair-semées à l'entrée du vagin que dans le reste de ce conduit. Elles n'étaient ulcérées nulle part. L'examen microscopique a démontré la nature tuberculeuse de ces diverses productions accidentelles. (*Virchow Archiv.*)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

The Pathology and Treatment of Stricture of the Urethra both in the Male and Female (Pathologie et traitement des rétrécissements de l'urètre chez l'homme et chez la femme), par M. Henry Thompson ; ouvrage qui a obtenu le prix de Jackson pour l'année 1852. 1 vol. grand in-8º, de 424 pages. London, 1854.

Malgré son volume fort recommandable, il ne faut pas chercher dans ce livre un traité complet des rétrécissements urétraux. Circonscrit par les termes mêmes du programme qui a été l'honorable occasion de son travail, l'auteur n'a voulu passer en revue qu'un certain nombre des points qui se rattachent au sujet ; ajoutons qu'il n'a voulu non plus les étudier que d'une certaine manière. Cette réduction toute volontaire de sa tâche lui a permis des développements qu'on a rarement la bonne fortune de rencontrer dans une œuvre classique ; et comme ils viennent justement à propos des parties les plus intéressantes de l'histoire de cette maladie, — nature et traitement, — certes, nul lecteur ne se plaindra de leur voir sacrifiés les remplissages dont on n'a que trop l'habitude de les entourer pour constituer un traité soi-disant *pratique et complet !*

La structure des rétrécissements est liée si étroitement à leur étiologie, qu'il était impossible de pénétrer la première sans avoir approfondi la seconde. Dans cette double étude qu'il a su mener de front, M. H. Thompson se distingue par sa constante application à n'user que d'éléments pratiques, de données reposant sur une base incontestable. Parmi nos pathologistes, en effet, les uns professent une théorie exclusive, sans conciliation possible avec les vues de leurs prédécesseurs ; les autres, tombant dans l'excès opposé, se bornent à emprunter à leurs confrères les explications assignées à la formation et à la texture des strictures urétrales ; et, sans rien rejeter, se composent une accommodante doctrine par le triage éclectique de ce qu'il leur paraît plus vraisemblable dans chaque opinion. Loin de se laisser guider par ce rationalisme aussi déplacé dans un cas que dans l'autre, M. H. Thompson fait un appel incessant aux preuves cliniques. Il les cherche partout, dans les journaux, dans sa pratique, au sein des musées dont sa patrie est si fière, — nous allions dire si jalouse, — dans les communications officieuses qu'il a sollicitées et obtenues des autorités les plus compétentes. Vingt-sept observations détaillées, quarante et un récits plus abrégés, mais contenant toutes les circonstances nécessaires pour leur donner signification ; deux cent vingt cas figurant dans un tableau synoptique : tels sont les matériaux qui font de cette monographie une œuvre vraiment à part pour la valeur et le nombre des documents originaux sur lesquels ses conclusions se trouvent appuyées.

Peut-être pourrait-on reprocher à l'auteur d'avoir un peu trop négligé de s'adresser aux sources étrangères ; peut-être la médecine nationale offre-t-elle un contingent proportionnellement plus élevé que notre orgueil, à nous, ne le jugerait équitable. Nous ne blâmerons néanmoins pas M. Thompson d'un défaut auquel chacun de nous se laisserait dès demain entraîner s'il prenait la plume. Profitons bien plutôt des richesses qui nous sont là si libéralement présentées, sans nous demander, de la France ou de l'Angleterre,

laquelle serait en droit de dire ici qu'*elle donne à plus riche que soi!* L'ouvrage de M. Thompson aura, sous ce rapport, un précieux attrait pour nos jeunes chirurgiens. Les rivalités ardentes qui séparent nos urologistes n'ont pas pour seul inconvénient de laisser l'esprit indécis au milieu des dissidences qu'elles entretiennent sur les points les plus importants à fixer. Elles portent leurs préjudiciables effets plus haut, en altérant dans sa source même le milieu où la science pourrait s'éclairer, par l'interprétation opposée que chacune d'elles donne immédiatement au moindre fait clinique dès qu'il vient à se produire ; de sorte que, avec cette passion qui torture, pour les ajuster à la taille de ses prétentions, les résultats de l'observation clinique, l'expérience, souverain juge en ces matières, est devenue aujourd'hui extrêmement difficile à consulter. Ce ne sera donc point, tant s'en faut, une superfluité que cette abondante moisson de faits, recueillie, ce nous semble, sans idée préconçue, et dont le livre de M. Thompson importe parmi nous les fertiles semences.

Conformes au jugement déjà porté par les meilleurs esprits, les conclusions pratiques de M. Thompson tendent à réduire la part que de périlleuses tentatives opératoires se sont voulu arroger dans le traitement des rétrécissements urétraux. « La dilatation, écrit-il, employée avec soin et persévérance, est le plus sûr, le plus efficace, et le plus généralement applicable de tous les moyens de traitement en usage dans les rétrécissements organiques et permanents. » — « Cependant, ajoute-t-il, dans quelques cas son effet est très passager ; dans d'autres, l'urètre est si irritable, que son emploi aggrave plutôt qu'il n'amende les symptômes. Pour ce dernier cas, de légères applications de nitrate d'argent exercent sur cet état pathologique l'influence la plus salutaire. Quant au premier, l'incision par l'intérieur de l'urètre n'est applicable que contre les strictures situées dans la partie de l'urètre antérieure au bulbe, et quand elles ont résisté à la dilatation. L'incision par l'extérieur (que les succès de Syme tendent de plus en plus à faire goûter par nos voisins d'outre-Manche) est un moyen le plus souvent sûr et efficace pour les rétrécissements vainement attaqués par la dilatation et placés dans le voisinage du point de réunion du bulbe avec la portion membraneuse. »

On voit, par ce court exposé thérapeutique, de quel côté inclinent les prudentes sympathies de l'auteur. Nous avons dû nous borner à ces quelques lignes pour faire juger du résultat où ses études l'ont amené. Mais le principal mérite de ce livre, le grand service qu'il est appelé à rendre, c'est, nous le répétons avec conviction, moins ce qu'il enseigne *ex professo* que ce qu'il conduira chacun à découvrir. En mettant sous les yeux du praticien les pièces d'un procès auquel, trop souvent, avait manqué une instruction complète et désintéressée, il peut contribuer puissamment à en préparer la meilleure solution. C'est à ce point de vue que nous le recommandons au zèle de ceux qui veulent et peuvent de leur côté concourir au triomphe de la vérité en cette matière, où tant d'intérêts divers, mais également respectables, attendent si impatiemment son avénement.

P. DIDAY.

VI.

VARIÉTÉS.

Le *Siècle*, dans un article répété par plusieurs journaux, a annoncé « que l'on pouvait espérer que les malades seraient admis, vers le mois « de juin prochain, » dans l'hôpital Lariboisière.

Nous sommes en mesure d'affirmer qu'il y a une erreur de date dans cette note. En effet, sur les six pavillons dont se compose l'hôpital Lariboisière, trois pavillons, contenant ensemble 306 lits, seront ouverts aux malades lundi prochain, 13 mars.

Les deux premiers pavillons recevront les hommes, et le troisième est provisoirement destiné aux femmes.

Dans les trois pavillons, les salles de médecine occupent le premier et le second étage, tandis que le rez-de-chaussée est réservé à la chirurgie.

Le service médical est ainsi distribué :

CHIRURGIE.

1er Pavillon (hommes), et moitié du troisième (femmes), M. Voillemier.
2e — — et l'autre moitié du troisième, M. Chassaignac.

MÉDECINE.

1er Pavillon	(hommes),	1er étage,	MM. Hervez de Chégoin.
—	—	2e —	Pidoux.
2e Pavillon	(hommes),	1er étage,	Horteloup.
—	—	2e —	Tardieu.
3e Pavillon	(femmes),	1er étage,	Pelletan.
—	—	2e —	Becquerel.

Il ne paraît pas qu'il doive y avoir, à l'occasion de l'ouverture du nouvel établissement hospitalier, aucune solennité inaugurale. M. le Directeur général de l'assistance publique a installé aujourd'hui jeudi MM. les médecins dans leurs services respectifs.

L'administration a reconnu que les promenoirs des malades étaient insuffisants. Le mur d'enceinte, beaucoup trop rapproché des bâtiments, étreint l'hôpital dans un espace trop resserré. Pour obvier à cet inconvénient grave, et pour donner aux malades le moyen de se livrer à l'exercice salutaire de la promenade, on se propose d'ajouter aux terrains actuels environ 27,000 mètres. L'acquisition se négocie en ce moment. Rien n'était plus désirable que l'agrandissement dont il s'agit, et la nécessité de le réaliser n'a pas manqué d'éveiller la sollicitude de l'administration. Le peu d'étendue des promenoirs était le seul point, dans la nouvelle construction, qui eût donné lieu à des critiques fondées : l'addition projetée y répond de la manière la plus satisfaisante. La dépense à faire pour cet objet sera considérable ; mais après avoir créé à si grands frais un monument vraiment digne de la charité française, on ne pouvait hésiter à s'imposer un nouveau sacrifice pour le rendre véritablement complet.

Lorsque l'hôpital nouveau sera entièrement achevé, les frais de construction et d'ameublement s'élèveront de 9 à 10 millions.

— En attendant la construction d'un hôpital des enfants dans le faubourg Saint-Antoine, l'hôpital Sainte-Marguerite va être approprié à cette destination spéciale. Les 335 lits d'adultes qu'il contient trouvent leur place dans les autres établissements hospitaliers. LL. MM. l'Empereur et l'Impératrice ont honoré aujourd'hui de leur visite le nouvel hôpital des enfants.

CHOLÉRA. — De nouveaux cas de choléra se sont déclarés depuis quelques jours. On appréciera par les chiffres suivants l'importance de cette recrudescence.

Situation au 1er mars.

Cas traités à l'hôpital		989
Sorties	526	985
Morts	459	
Restait		4

Situation au 8 mars.

Cas traités à l'hôpital		1024
Sorties	526	989
Morts	463	
Reste		35

Dans la journée du 8, il est entré 4 malades et 4 cas se sont déclarés à l'intérieur.

— MM. Lasségue, Racle et Boucher de la Ville-Jossy ont été nommés médecins du Bureau central à la suite du concours qui vient d'avoir lieu à l'administration des hôpitaux.

Le docteur DECHAMBRE a l'honneur de prévenir ses confrères qu'il est chez lui tous les mardis soir, à partir de huit heures et demie, pour les affaires du journal.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr. POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 17 MARS 1854. N° 24.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 16 mars 1854.

ESSAIS D'INOCULATION D'UN MÉLANGE DE LAIT ET DE PUS VARIOLIQUE, POUR REMPLACER LE VACCIN.

Ce n'est point une pensée de défiance contre la découverte sans rivale de Jenner qui a suggéré l'idée de ces tentatives. En principe, elle garde toujours le premier rang parmi tous les prophylactiques. Mais, en fait, tant de causes accidentelles peuvent la rendre stérile ou inapplicable entre les mains du praticien, qu'on ne doit pas s'étonner, après tous les infructueux essais de régénération artificielle du vaccin, de voir surgir un nouveau moyen pour suppléer au défaut ou à l'impuissance éventuelle de ce précieux antidote.

Plusieurs médecins déjà, M. Thiele (de Kassan) et M. Robert (de Marseille), avaient imaginé d'unir le pus varioleux à du lait pour obtenir, par l'affaiblissement du virus, l'atténuation et surtout la localisation de ses effets sur l'économie. Ce procédé, justifié par quelques succès, devait effectivement tenter d'une façon toute particulière les esprits initiés aux *desiderata* les plus pressants du problème ; car il faisait entrevoir la possibilité de remplacer, en cas de variole envahissant inopinément une localité, le vaccin qu'on a souvent alors soit trop tard, soit de qualité, soit en quantité insuffisantes. Le médecin, dès lors, n'avait plus à s'effrayer de l'épidémie, puisqu'il pouvait avec avantage la combattre par les armes mêmes qu'elle lui venait fournir.

Dès l'année 1832, M. Brachet (de Lyon), partant de cette présomption que l'éruption vaccinale de la vache ne doit peut-être ses propriétés qu'au lait contenu dans la mamelle sur laquelle elle se développe, inocula un mélange, à parties égales, de lait et de pus varioleux, à trois jeunes enfants. Ces trois sujets étaient dans une salle d'hôpital où une fille affectée de variole confluente venait d'entrer. La salle fut infectée, puisqu'une autre malade, qui y avait été reçue antérieurement à l'admission de cette dernière, contracta la variole. Les trois enfants échappèrent. Chez eux les piqûres étaient devenues le siége d'une éruption absolument semblable à celle du virus vaccin, et qui demeura locale.

Jusque-là l'espoir était permis, mais la preuve manquait. Sur la demande de l'auteur, avec l'autorisation expresse du comité de vaccine, de nouvelles expériences ont été récemment entreprises à l'hospice de la Charité de Lyon, par M. Bouchacourt, chirurgien en chef. Ce sont celles-là que nous allons succinctement rapporter, d'après le récit aussi attachant que véridique de M. le docteur Bossu, qui en a consigné l'exposé dans sa thèse inaugurale du 9 janvier 1854.

FEUILLETON.

Devoirs des médecins envers leurs confrères en matière de clientèle.

L'auteur de cet article s'est hasardé autrefois à déterminer les limites de la *publicité extra-scientifique ;* à dire quelles sont, dans les choses de l'ordre médical, celles qui peuvent sans indignité être livrées à l'annonce publique, celles qui doivent être confinées dans le domaine propre et exclusif des médecins (1). Malgré la délicatesse du sujet, il espère n'avoir présenté aucune solution qui ne soit avouable à l'honnêteté la plus scrupuleuse, et il prie ceux qui, par malheur, en auraient jugé autrement, de regarder surtout à l'intention. La question qu'il voudrait aborder aujourd'hui est plus périlleuse encore ; elle affecte plus directement l'intérêt privé du praticien ; elle touche à la rivalité confraternelle par son côté le plus sensible et le plus irritable ; elle remue une cendre pleine d'étincelles où l'antique *invidia medicorum* trouve son plus sûr aliment. Et la témérité est d'autant plus grande que nous sommes loin de partager sur cette question, comme sur beaucoup d'autres du même genre, certaines vues qui paraissent généralement acceptées. Mais puisqu'il s'agit de *devoir*, c'est le cas ou jamais d'avoir le courage de son opinion.

Les *devoirs du médecin* ont fort occupé les écrivains depuis quelques années. Un confrère de talent a écrit là-dessus un livre et inventé un mot : la *déontologie médicale* (1). Le mot a fait fortune. En habillant la chose à neuf, il a paru l'avoir créée (bien qu'il n'en eût pas la prétention), et l'on ne s'est plus guère souvenu d'anciennes et très recommandables dissertations sur le même sujet. Chose assez singulière, ce livre spécial sur la matière, ce traité *ex professo* néglige certaines questions déjà examinées et résolues ailleurs, notamment en ce qui concerne les devoirs des médecins les uns envers les autres. Mais ce thème a été repris ultérieurement par plusieurs auteurs, et l'on pense bien que le cas de rivalité de clientèle n'y a pas été omis. Sur ce point, tous se rencontrent dans un précepte absolu, qui était déjà, il y a une quarantaine d'années, formulé par le *Dictionnaire de médecine* en soixante volumes. « Tout médecin qui se respecte, y est-il dit (t. XXXI, p. 363), ne se per-

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1846.

(1) *Déontologie médicale*, etc., par le doct. Max. Simon. In-8, 1845.

Parties égales de lait froid et de virus variolique pris à des pustules encore vésiculeuses de petite vérole spontanément développée, étaient mélangées sur une plaque de verre. Avec une lancette bien propre, chargée de ce liquide, on faisait six piqûres à chaque bras.

Voici maintenant le tableau numérique des opérations exécutées :

Cinq enfants ont été inoculés directement avec ce mélange. Trois ont été inoculés ensuite de bras à bras avec le liquide contenu dans les pustules résultant de cette première inoculation : première transmission.

Trois ont été inoculés de bras à bras avec le liquide obtenu de ces nouveaux essais : deuxième transmission.

Quatre ont été inoculés de bras à bras avec le liquide provenant de cette seconde inoculation indirecte : troisième transmission, même succès.

Trois ont été inoculés avec le liquide recueilli sur des pustules produites par la première transmission et conservé pendant huit jours.

Deux ont été inoculés avec le mélange conservé onze jours.

Un, enfin, a été inoculé de bras à bras avec le liquide emprunté aux pustules survenues après cette dernière expérience.

Sur ces vingt et un enfants (dont huit n'étaient âgés que de deux ou trois jours, les autres ayant de cinq mois à onze ans), dix-huit n'ont offert que des pustules limitées à chaque piqûre, et dont les caractères extérieurs, la durée et la terminaison ont été partout semblables et tout à fait conformes à ceux de la vaccine (1).

Sur deux enfants nouveau-nés, le pourtour de chaque pustule a offert, vers le sixième jour, une ou deux petites pustules ; mais celles-ci ont disparu avec la pustule principale, dont la marche n'a point été modifiée par cette adjonction.

Chez un autre, âgé de cinq mois, mais très sensible, outre cette même complication locale, il est survenu, au sixième jour, quatre pustules éparses sur le cou et l'épaule. Elles sont restées petites, vésiculeuses, non ombiliquées, et se sont effacées en même temps que celles d'inoculation. La réaction générale a été plus vive que chez les autres sujets. Notons que le pus employé dans ce cas avait été emprunté à une variole très confluente.

Les phénomènes généraux n'ont, à part cette unique exception, pas eu plus de gravité que ceux dont une vaccination ordinaire s'accompagne.

(1) M. Bossu décrit, jour par jour, l'évolution de ces pustules avec un soin auquel nous ne devions pas omettre de rendre justice, mais que nous pouvons nous dispenser d'imiter.

C'était déjà un fait digne de méditation que cette transmission régulière et à peu près constamment localisée du virus sur des enfants desquels aucun, bien entendu, n'avait subi antérieurement ni la vaccine ni la variole. Mais il fallait aller plus loin : malgré l'encourageant augure de cette éruption, si analogue à celle qui établit l'immunité, il fallait savoir si son pouvoir réel répondait effectivement sous ce rapport à ses apparences. Voici comment il a été satisfait à ce désir par l'expérimentation :

On a inoculé à deux des enfants cités du vaccin, huit ou dix jours après la disparition chez eux de tous les phénomènes résultant de l'inoculation lacto-variolique ; et simultanément on a inoculé, comme terme de comparaison, du vaccin extrait de la même pustule à deux autres enfants à peu près de même âge, n'ayant été ni variolés, ni vaccinés. Chez ces derniers la vaccine s'est développée normalement. Elle a manqué complétement sur les premiers.

On a inoculé en outre le mélange de lait et de virus varioleux à un autre enfant qui avait antérieurement été vacciné, et chez qui cette opération avait laissé aux bras des marques évidentes. Le résultat a été négatif.

Partant de cette équivalence, à ses yeux presque démontrée, entre le virus vaccin et le fluide lacto-varioleux, M. Bossu se livre à une série de recherches pour déterminer 1° à quelle espèce de variole il convient d'emprunter le virus à inoculer 2° à quelle phase de la pustulation il faut le recueillir ; 3° à quel âge l'opération serait le mieux placée ; 4° de quelles conditions on devrait s'entourer pour en assurer le succès ; 5° si le mélange, si le liquide qui provient des pustules produites par l'inoculation de ce mélange, si le pus varioleux lui-même peuvent se conserver en gardant leur transmissibilité ?.... Quelque intérêt que soulèvent de pareilles questions, nous abandonnons pour le moment à l'honorable auteur tout le mérite de travailler à les résoudre, nous réservant, comme plus opportune à utiliser, la permission d'examiner la validité de son point de départ. Pour mieux juger ce point important, tâchons de suivre la pensée de l'auteur dans le travail progressif de son évolution naturelle. Sans doute ce qui a commencé sa conviction, ça été la ressemblance physique des pustules avec de bonnes pustules vaccinales ; puis la localisation à peu près constante de l'éruption à l'endroit piqué est venue corroborer ses présomptions ; enfin, lorsqu'il a vu la préservation être établie par cette inoculation contre celle de

---

met, dans aucun cas et sous aucun prétexte que ce puisse être, d'enlever des clients à ses confrères ; leurs droits sont sacrés à ses yeux. Une délicatesse scrupuleuse lui fait une loi de refuser ses soins à un malade qui a déjà reçu ceux d'un autre homme de l'art. » A cette règle, quelques uns ajoutent l'obligation, de la part d'un praticien à qui échoit un nouveau client, d'avertir par lettre le confrère auquel il succède. Un savant professeur de Strasbourg, qui a bien le droit de se montrer exigeant en fait de délicatesse, a soutenu cette thèse. D'autres vont plus loin encore et voudraient que ce praticien n'en supplantât un autre qu'après s'être assuré que celui-ci a palpé ses honoraires. Comme ces prescriptions s'appliquent à une situation de tous les jours, et que les scrupules dont elles découlent sont d'une nature fort sérieuse, il importe beaucoup d'avoir en cette matière une opinion réfléchie et bien arrêtée.

Cicéron, qui n'a pas inventé le mot *déontologie*, mais qui n'en a pas moins écrit un bon traité sur *les devoirs*, distingue avec les Grecs le *devoir strict* et le *devoir moyen;* le premier conforme au bien, le second dont on peut seulement donner une raison plausible. Nous accordons qu'on exige du médecin l'accomplissement du devoir strict ; mais en même temps nous soutenons que ce genre de devoir est loin d'imposer au médecin les obligations auxquelles on prétend l'assujettir, et que ce qu'on lui demande est hors de la raison et du droit. Le droit de l'individu cesse où commence celui d'autrui ; l'intérêt de chacun doit être celui de tous. *Necesse est omnium utilitatem esse communem.* Or, la faute capitale des législateurs de la profession a toujours été d'abstraire le corps médical du reste de la société, et de lui tracer ses devoirs, ses droits, ses intérêts de corporation, sans s'inquiéter de savoir si le commun des hommes pouvait s'en accommoder. C'est une remarque que nous avons eu occasion de faire aux époques de congrès et d'assemblée générale, en 1845 et en 1848. Le corps médical, si on l'eût écouté, se fût arrangé une agréable république ; quant au reste, à la grace de Dieu ! Dans l'espèce, quels sont les intérêts à sauvegarder ? Les intérêts de la dignité médicale, dit-on ; ceux de la bonne confraternité et de l'harmonie. A la bonne heure ; mais l'intérêt du malade, sa liberté, sa dignité, ses sympathies, ses motifs de convenance, les appréhensions et sollicitations de sa famille, n'est-ce rien que cela ? Songez-vous que chaque formalité introduite dans la substitution d'un médecin traitant à un autre est une entrave apportée à la satisfaction du plus respectable des désirs, à l'usage du plus respectable des droits, le désir et le droit de confier le soin de sa santé à qui vous plaît ? Nous ne voulons pas après avoir blâmé un excès, tomber dans l'excès opposé. Il est entendu que tout devoir de confraternité ne s'évanouit pas devant tant et

la vaccine, il n'a plus douté que l'identité n'existât, sous les rapports les plus essentiels, entre ces deux affections.

Mais d'abord la similitude d'aspect est-elle aussi probante qu'on le pourrait penser ? Nous ne voulons pas alléguer ici cette apparence si uniforme que prend toute pustule artificiellement provoquée sur un même organisme. Nous n'arguerons pas des trente et une expériences faites par M. Lichtenstein, d'homme à homme, avec du liquide de pustules stibiées, qui reproduisait des pustules « qu'on ne pouvait pas distinguer de celles de la vaccine » (*Journal d'Hufeland*, 1841). Nous ne sortirons pas de la question, et, prenant la plus haute autorité qu'on puisse invoquer en la matière, nous rappellerons seulement que, d'après Jenner, « la variole inoculée ressemble tant à la vaccine, que les médecins les plus occupés de cette question confondaient devant lui ces deux choses. »

La localisation aux points piqués prouve-t-elle beaucoup plus en faveur des propriétés vaccinales et non varioliques du mélange qui a servi à produire cette éruption ? Certainement, c'est là un fait capital ; et *si* (nous soulignons le mot) on le voyait toujours se reproduire, toute contestation théorique devrait s'éteindre en présence d'une découverte qui, n'importe de quelle source, viendrait conférer la même immunité que la vaccine, sans plus de dangers qu'elle. Cependant, en attendant le jugement de l'expérience, l'histoire de l'art est-elle absolument muette en documents ? La circonscription, le peu d'extension de l'éruption provenant d'une *variole inoculée* ne s'est-elle jamais vue ? Personne ne le voudrait soutenir ; et la possibilité de limiter les pustules à celles du bras opéré à la suite de l'inoculation variolique, a été, l'année dernière, proclamée en Angleterre par un observateur distingué. M. le professeur Trousseau a exprimé une manière de voir très analogue, et c'est même l'espoir d'obtenir un pareil résultat qui a préparé sa sympathie *de retour* vers l'inoculation. — Mais, sans quitter le terrain de l'observation, sans franchir les bornes d'une enquête purement locale, nous pouvons apporter à la discussion des faits positifs. Nous tenons de notre respectable confrère M. Richard de Laprade, ancien professeur de clinique médicale, que son père, auquel fut due l'importation de l'*inoculation* dans le Forez, avait vu plusieurs fois, dans sa pratique, les pustules produites par cette insertion de pus variolique ne pas s'étendre à d'autres points qu'à ceux de la piqûre. Si une seule avait été faite, un seul bouton naissait ; et ce seul bouton, ajoute-t-il, préservait suffisamment contre la petite vérole. La tendance (très naturelle, nous l'avouons) à supposer toutes les vertus de la vaccine à une éruption qui, comme la vaccine, se localise, ne serait donc point irréprochable en logique ; nous verrons tout à l'heure si elle serait plus innocente à l'application.

Les enfants inoculés avec le fluide lacto-variolique ont-ils été préservés ? On a vu la réponse que M. Bossut fait, au nom de trois épreuves, à cette question capitale. Nous aurions voulu, quant à nous, des expériences plus multipliées, instituées à une époque plus éloignée du moment de la première inoculation. Nous aurions désiré surtout (mais ici la conscience du praticien eût probablement, à l'heure d'agir, fait taire l'exigence du savant) que l'on eût éprouvé, non pas seulement par l'inoculation de la vaccine, mais par celle de la variole (1), si ces sujets étaient réellement en sûreté contre le danger pour eux le plus redoutable. — Mais, hâtons-nous de le dire, ce n'est pas là, à beaucoup près, l'objection que ces nouvelles tentatives aient le plus à redouter de notre part ; car leur pouvoir préventif n'est, à nos yeux, rendu que trop probable ; et c'est bien moins leur insuffisance que leur excès d'efficacité qui, pour nous, en motiverait la proscription.

Il est temps, en effet, de formuler la pensée que le lecteur sans doute a pressentie. A notre avis, ce n'est point un virus variolique modifié de manière à le rendre inoffensif, c'est un virus variolique doué de toute son action, qu'on a, par le fait, inoculé. Si ses effets sont, la plupart du temps, demeurés locaux, cela tient à un concours fortuit de circonstances que l'ancienne inoculation variolique, on l'a vu, était elle-même assez heureuse pour réaliser dans certains cas. Et nous ne voulons point nier que le virus délayé avec du lait ne soit susceptible de déposer dans ce mélange quelque chose de son énergie offensive sans y rien perdre de sa vertu préservatrice contre une infection ultérieure. Inoculation pour inoculation, nous préférerions celle-ci ; mais nous la préférerions, déclarons-le franchement, si la vaccine n'existait pas, et seulement en vertu de ce principe, que de deux maux il faut savoir choisir le moindre.

L'expérience, du reste, a déjà confirmé notre jugement. S'il est vrai que le mélange de lait et de pus varioleux n'est, physiologiquement, autre chose que du virus variolique, la

(1) Quelque chose d'analogue a cependant été tenté dans le cours de ces expériences. M. Bossut nous apprend que « M. Bouchacourt, toujours préoccupé des recherches si bien commencées par lui, voulut savoir s'il n'obtiendrait pas du virus variolique pur les résultats qu'il tenait du mélange lacto-variolique ; cette inoculation, pratiquée sur un nouveau-né, fut suivie d'une belle variole et du résultat le plus funeste (page 33). » Il ne nous appartient d'exprimer à cet égard qu'un seul regret : c'est que le sujet choisi pour cet essai n'ait pas été pris parmi ceux qui avaient déjà subi l'inoculation lacto-variolique. Le résultat fatal, s'il eût eu lieu, n'aurait pas été du moins, au point de vue scientifique, sans quelque compensation.

---

de si puissantes considérations. Mais aussi l'équité veut que l'esprit de corporation ne soit pas un prétexte à l'oppression du client, et que, pour être plus confrères, nous cessions d'être médecins.

La conciliation de ces deux intérêts, *avec considération prédominante de la liberté du client*, voilà la vraie question. La résoudre pratiquement n'est pas si facile que de poser une maxime, par la raison que l'esprit de conduite est plus rare que l'excès en quelque genre que ce soit, et qu'il est plus aisé d'être Alceste que Philinte, ou Cléante que madame Pernelle. Pour cela, il faut commencer par écarter la charge imposée au nouveau venu d'avertir l'autre de sa disgrâce, et encore plus celle de veiller à la question d'honoraires. Ce sont là, à nos yeux, — qu'on veuille bien excuser le mot, — d'honnêtes enfantillages. On en parle ; puis vienne l'occasion, on trouve toujours quelque motif plausible de ne pas s'y astreindre, et on laisse le *droit strict* pour le *droit moyen*. Une règle de conduite sensée et honorable n'a pas besoin de ces sortes de caution ; il doit lui suffire de s'autoriser de la conscience. Et quant à la convenance d'aviser du changement le praticien évincé, c'est la famille seule qui doit en être juge. En se substituant à elle, malgré elle, dans une semblable démarche, on commet un acte d'ingérence véritablement abusif. Qui vous a donné le droit de vous immiscer d'autorité à des relations nouées sans vous et sans vous dénouées ? A quel titre venez-vous exposer une famille qui ne veut plus d'un médecin, qui a peut-être à s'en plaindre gravement, qui en tout cas use purement et simplement d'un droit ; à quel titre l'exposez-vous à des visites importunes, à des obsessions, à des récriminations, au lieu de la laisser éloigner le médecin qui lui déplaît par un de ces mille moyens que suggèrent les circonstances ? Le rôle du nouveau venu, sous ce rapport, est très simple. Il consiste uniquement à faire souvenir la famille de ce que les convenances lui prescrivent. Nous n'ajoutons pas qu'il ne doit parler de son confrère qu'avec déférence, parce que c'est la banalité du catéchisme professionnel. Mais à la famille d'agir comme elle l'entend.

Voilà une règle générale assez différente, comme on peut voir, de celle qu'on a posée partout. Mais nous ne sommes pas entré dans ce sujet pour nous arrêter à mi-chemin. Nous dirons donc plus en détail comment doit, selon nous, se comporter un médecin appelé auprès d'un nouveau client.

Ce peut être dans deux circonstances fort distinctes : 1° La maladie, traitée ou non antérieurement ne reçoit pas *actuellement* de soins réguliers ; 2° la maladie est en pleine voie de traitement.

Le premier cas n'est pas toujours aisé à déterminer, nous en convenons

bénignité de ses effets à l'inoculation ne sera qu'accidentelle et pourra se démentir au premier moment. Or, c'est ce qui est arrivé. Après une série d'opérations heureuses, des revers sont venus arrêter le cours de ces essais. Sur trois enfants, une éruption générale s'est développée en même temps que le bouton prétendu vaccinoïde : la mort en a été la conséquence; et, devant ce triste résultat, les expériences d'inoculation lacto-variolique ont naturellement été suspendues depuis plus d'un an dans l'hôpital où elles avaient d'abord fait concevoir de si belles espérances, sans que personne, que nous sachions, ait eu l'idée de les recommencer ailleurs.

Dans toutes les innovations de ce genre, une question de responsabilité morale s'élève à côté du problème médical. Est-il besoin de déclarer combien il nous paraîtrait déplacé de l'agiter à ce sujet. Si des prohibitions plus ou moins sévères enrayent encore chez quelques peuples arriérés le vrai progrès ; si, dans l'espèce, par exemple, le médecin qui inoculerait la variole en Norwége se voit interdit de continuer à exercer sa profession chez nous, le droit de *recherche scientifique* est, au contraire, une de nos libertés les mieux garanties contre toute violation, parce que ses dangers imminents sont heureusement annihilés en pratique par la prudence consciencieuse qui en règle l'usage. Qui, d'ailleurs, accuserait-on, dans ce cas, d'avoir outre-passé les bornes licites ? Certes, ce ne serait ni le savant M. Brachet, qui n'a fait qu'indiquer les circonstances probables d'un fait heureux, ni l'honorable M. Bouchacourt, dont les déterminations ont eu besoin, pour se traduire en applications, de la sanction et des instances du comité de vaccine ; ni ce comité lui-même, qui a apporté dans ses délibérations la maturité de la réflexion et l'autorité du nombre ; ni enfin M. Bossu, qui a très fidèlement raconté tous les faits tels qu'ils s'étaient passés jusqu'à l'époque où il cessa d'observer à l'hôpital.

Aussi le jugement que nous croyons, jusqu'à plus ample information ou rectification, devoir porter sur l'inoculation lacto-variolique, a-t-il pu, sans blesser aucune susceptibilité, être conçu dans des termes assez explicites pour rendre, comme nous la sentons, notre défiance contre un procédé dont les succès possibles seraient tôt ou tard rachetés par d'éclatants revers.

P. Diday.

On trouvera à l'article *Variétés*, sur la marche du choléra, des renseignements dont nous pouvons garantir l'exactitude.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE INTERNE. — DIAGNOSTIC.

Mémoire sur les signes fournis par l'auscultation dans la péricardite, par le docteur O'B. Bellingham, traduit de l'anglais par le docteur Leudet.

Le docteur O'B. Bellingham est l'auteur d'un traité des maladies du cœur actuellement en voie de publication. Le travail suivant, que nous avons traduit textuellement, a été publié séparément, et peut donner une idée du soin avec lequel sont étudiés les phénomènes stéthoscopiques de la péricardite. Malgré l'importance des travaux des médecins anglais et irlandais sur ce sujet, nous devons dire que l'auteur nous semble avoir estimé au-dessous de leur juste valeur les recherches des médecins français, de MM. Louis, Hache, Bouillaud, Gendrin, et de tant d'autres, qui ont jeté sur l'histoire de la péricardite une vive lumière. On doit donc chercher dans le mémoire du docteur Bellingham surtout les idées et les opinions des médecins de la Grande-Bretagne. A. D.

C'est au docteur Stokes (*Dublin Journal of medical Science*, sept. 1823) que nous devons la première description complète des signes stéthoscopiques. M. Collin (*Les diverses méthodes d'exploration de la poitrine*, 1824) avait, il est vrai, décrit antérieurement, sous le nom de *bruit analogue au craquement du cuir neuf*, un son particulier dont il avait constaté l'existence dans un certain nombre de cas de péricardite. Broussais (*Commentaire des propositions de pathologie*, vol. I, 1829), d'autre part, avait constaté l'existence d'un bruit analogue à celui qui résulte de deux corps secs comme le parchemin frottant l'un contre l'autre. Ces indications avaient été oubliées ou n'avaient point attiré l'attention, jusqu'à l'époque de la publication du mémoire du docteur Stokes. C'est l'année suivante que parut le mémoire de M. Bouillaud sur les bruits de frottement dans la péricardite (art. Péricardite, *Dict. de méd. et de chir.*, 1834). Enfin le docteur Watson publia en 1835 (*London med. Gaz.*, avril 1835) deux cas de péricardite dans lesquels il indique le frottement sous le nom de bruit de froissement de va-et-vient.

Dans l'état normal, les deux feuillets opposés du péricarde glissent l'un sur l'autre pendant les mouvements du cœur sans produire aucun bruit, qu'on puisse du moins entendre en appliquant l'oreille sur les parois du thorax. Nous savons, en outre, que la lymphe plastique se dépose rapidement dans l'inflammation du péricarde; ces dépôts plastiques rendent les deux feuillets séreux rudes et inégaux, et augmentent leur frottement dans les mouve-

---

volontiers; mais à notre sens, quand il y a doute, le médecin remplit son devoir en s'en rapportant à l'affirmation du malade. Si donc le début tout récent de l'affection, ou quelque motif particulier de présomption, ou encore mieux l'affirmation de la personne intéressée, vous donne le droit de croire que cette affection n'est pas en ce moment soumise au traitement d'un confrère, tout est dit pour vous. Rien ne vous oblige, rien même ne vous *autorise* à demander, comme on voudrait le prescrire, si le malade a un médecin habituel. Ou il n'en a pas, et la question est au moins inutile ; ou il en a un, et il y renonce, puisqu'il ne l'a pas fait appeler : c'est son affaire. Votre conscience à vous est sauve dès que vous ne supplantez personne dans le cours de la maladie actuelle. Qu'on y réfléchisse bien. Voilà un client qui a résolu, à la première indisposition, de s'adresser à tel médecin qui lui inspire confiance. Ce médecin est mandé en effet, et l'on veut qu'il commence par une sorte d'enquête rétrospective ; et, si ce client s'est fié antérieurement à un autre confrère, qu'il soit mis en demeure de le reprendre ! Car enfin il faut être conséquent. Si l'on s'enquiert du passé, ce ne peut être par pure curiosité : c'est apparemment pour ramener à son confrère une brebis égarée. Mais cela constitue une inquisition véritable et outre-passe toute permission ! C'est comme si un prêtre refusait l'absolution à un pécheur qui aurait auparavant confessé ses fautes à un autre.

La maladie est-elle, au contraire, en voie de traitement? Le nouveau venu doit immédiatement offrir de se réunir au médecin traitant. Mais supposez, ce qui arrive souvent, que le malade s'y refuse ; supposez qu'il ait perdu toute confiance dans le confrère, ou qu'il ait quelque motif personnel de ne plus le voir. Irez-vous lui refuser vos soins, par la raison « qu'il a déjà reçu ceux d'un autre homme de l'art, » comme le veut le *Dictionnaire de médecine* cité plus haut? Il faut pourtant bien que le malade ait des soins ! Si ce n'est vous qui vous en chargez, il en appellera quelque autre. Ce quelque autre refusera-t-il encore? Mais quoi ! est-il permis de mettre un patient en interdit? Personne n'osera le dire. Comment donc sortir d'embarras? Par une seule voie. Le dernier appelé, après s'être vu repoussé dans son offre de consultation, commencera par plaider la cause de son confrère (nous le supposons honorable), cherchera à dissiper les préventions élevées contre lui, essaiera enfin de lui reconquérir son ancienne position. Mais s'il échoue, il doit mettre comme condition de ses soins que son prédécesseur sera définitivement écarté. Et la conséquence est tout à fait forcée. De même que vous n'avez pas voulu vous immiscer à son traitement, vous devez vouloir rester maître du vôtre. C'est dans cette circonstance principalement qu'il est opportun d'inviter la famille à régler sa position, par un avis formel, avec celui qui

ments du cœur. Ce frottement varie d'intensité, et peut produire un bruit offrant tous les degrés, depuis un frottement léger jusqu'à un frottement dur et râpeux capable d'imprimer à la poitrine des vibrations que perçoit la main appliquée sur le thorax.

Ces bruits anormaux ont reçu, à cause de leur caractère, le nom de frottement (*attrition*, *on friction sounds*, *murmurs*), et d'après leur siége le nom de bruits péricardiaques, exocardiaques ou périphériques. Le mot de murmure (usité en anglais et non employé en français dans le même sens) ne devrait servir à indiquer que les bruits développés dans l'intérieur du cœur, les grosses artères et les veines. Ces bruits existent presque exclusivement dans les cas de péricardite, lorsque la lymphe plastique s'est déposée sur les surfaces séreuses; ils peuvent masquer, obscurcir les bruits normaux du cœur, mais ne les altèrent jamais dans leur nature.

VARIÉTÉS DU BRUIT DE FROTTEMENT.

Les bruits de frottement dans la péricardite présentent beaucoup de variétés d'intensité, circonstance qui leur a fait donner la plupart des noms sous lesquels ils sont désignés.

1. Le *bruit de frottement léger* du docteur Stokes, ou le bruit de frôlement des auteurs français. C'est un bruit de frôlement doux analogue à celui que l'on produit en passant légèrement les deux paumes de la main l'une sur l'autre; on ne l'entend qu'au début de chaque systole ou de la diastole des ventricules. Quand il est plus fort, le bruit de frôlement ressemble au frôlement du papier d'un billet de banque ou d'une étoffe de soie.

Quelques auteurs ont émis la supposition que ce bruit reconnaissait pour cause une injection phlegmasique de la membrane séreuse; mais les expériences du docteur Williams (*Proceedings of the British Association*) ont démontré que cette condition anatomo-pathologique ne pouvait produire rien de semblable. D'autres personnes attribuent ce frôlement à un état de sécheresse des deux surfaces opposées du péricarde, le premier effet de la phlegmasie étant marqué, aux yeux de quelques auteurs, par la suspension de l'exhalation qui, dans l'état normal, lubréfie la surface des séreuses. Mais ces surfaces se dessèchent-elles en réalité? Si, sous l'influence de l'inflammation, l'exhalation s'arrête, l'absorption ne se suspend-elle pas aussi? et par conséquent le sac clos que représente le péricarde empêche l'évaporation, d'où l'impossibilité de la dessiccation des membranes séreuses. Je crois que ce bruit de frottement léger reconnaît pour cause, non pas un état de sécheresse des surfaces séreuses, qui probablement n'existe qu'en théorie, mais dépend de la présence d'une couche très mince de lymphe plastique déposée ou bien sur le feuillet pariétal de la séreuse, ou sur une portion très peu étendue de ces deux membranes, ou bien encore à la partie postérieure du sac. On sait d'ailleurs que la lymphe plastique se dépose très rapidement après le début de l'inflammation, et, comme le remarque le docteur Macleod (*Treat. on Rheumat.*), il n'existe point de preuve de cet état de sécheresse que l'on attribue à l'inflammation, et qui causerait le bruit de frôlement; nous avons, au contraire, des preuves certaines du développement de rugosités sur ces membranes.

2. Le *bruit de râpe*, le bruit de froissement, de râpe des auteurs français, le bruit de va-et-vient du docteur Watson, ressemble, comme son nom l'indique, à un bruit de grattement ou de frottement; il est plus commun que la variété précédente, le bruit de frôlement, qui en peu de temps présente ce caractère de rudesse. Souvent ce bruit peut être comparé au son que l'on obtient en sciant du bois, en grattant une noix; enfin on peut l'imiter d'une foule de manières différentes. J'ai été frappé de l'analogie extrême que ce bruit offrait, dans quelques cas, avec celui que l'on produit en grattant la surface d'un os sec avec l'ongle. Tous les auteurs s'accordent à attribuer ce bruit de râpe à la présence de fausses membranes; suivant la quantité, les propriétés de la pseudo-membrane, puis aussi suivant l'énergie plus ou moins grande des mouvements du cœur, ces bruits peuvent offrir des variétés nombreuses d'intensité et de rudesse.

3. Le bruit qui ressemble au craquement du cuir neuf, ou le *bruit de cuir neuf* de M. Collin, ressemble assez au craquement de la selle d'un cavalier, sans avoir néanmoins un timbre aussi élevé. Le docteur Copland cite un cas dans lequel ce bruit pouvait être entendu sans l'aide du stéthoscope par le malade lui-même, qui le comparait au craquement de chaussures neuves. M. Collin avait émis la supposition que ce bruit avait pour cause une sécheresse anormale des surfaces séreuses; on sait aujourd'hui qu'il a pour origine le dépôt d'une couche épaisse de lymphe plastique ayant déterminé des adhérences partielles qui sont tiraillées pendant les mouvements du cœur. Le docteur Copland (*Dict. of Medic.*) croit qu'on peut l'attribuer à un épaississement des couches séreuse et sous-séreuse du péricarde viscéral surtout, ou au développement d'une fausse membrane dense et élastique. Dans un fait du docteur Taylor (*Lancet*, 1845-46), qui permit d'entendre ce phénomène stéthoscopique, les deux feuillets du péricarde étaient tapissés de lymphe plastique molle. Dans un autre cas, où le bruit de frottement prit les caractères du bruit de cuir neuf, on constatait en même temps les signes d'un léger épanchement.

4. Le *bruit de frottement continu* (bruit de frottement périphérique de M. Gendrin) du docteur Hope a un timbre sourd et ne s'entend que dans une seule condition anatomique, quand la cavité du péricarde contient une petite quantité de liquide, les feuillets de la membrane séreuse étant en même temps revêtus de fausses membranes. Le son est produit par l'agitation du liquide pendant les mouvements du cœur. Dans un cas que j'ai observé récemment, une portion seulement d'un des feuillets du péricarde était recouverte de lymphe plastique; la cavité de la séreuse contenait une petite quantité de liquide, le cœur était augmenté de volume; dans ce cas, le bruit, presque continu, n'avait pas absolument le caractère d'un frottement périphérique, mais ressemblait à un frottement humide, à une sorte de crépitation analogue à celle qu'on entend dans certaines maladies des poumons.

---

n'a plus sa confiance. Mais nous le répétons, cette tâche ne vous incombe pas. Et nous en donnons ici une nouvelle raison qui est péremptoire. C'est que vous n'avez pas même à savoir qui vous remplacez. Pour laisser toute liberté à votre détermination, pour enlever à la substitution tout caractère personnel, pour vous affranchir de toute contrainte ultérieure en face d'un confrère, faites tous vos efforts pour ne le pas connaître. Nous savons bien que vous vous exposez ainsi à des inimitiés sourdes, mais c'est la loi de la vie sociale; il faut savoir l'accepter.

Nous avons, sur une question si épineuse, parlé avec une sincérité peut-être imprudente. Notre excuse est dans ces mots: « Ce que nous prêchons, nous le faisons; ce que nous faisons aux autres, qu'on nous le fasse! »

A. DECHAMBRE.

— Nous sommes invités à rétablir comme suit l'ordre des nominations à la suite du dernier concours du Bureau central: MM. Racle, Lasègue, Boucher de la Ville-Jossy.

— FÊTE JUBILAIRE DE FRÉDÉRIC TIEDEMANN. — Une lettre que nous recevons de Francfort contient ce qui suit:

« Le 10 de ce mois (vendredi) a été célébré, en séance solennelle dans une des plus grandes salles de notre ville, la fête jubilaire du célèbre anatomiste Frédéric Tiedemann, qui a été créé docteur en médecine, le 10 mars 1804, et qui demeure à Francfort depuis quatre ans. Plus de quarante ans il a été professeur à Heidelberg et il s'est retiré de cette Université, en 1849, lorsque son fils a été tué par des soldats prussiens. Les universités de Heidelberg, de Giessen, de Fribourg et de Wurzbourg, la Société Césarienne des Naturalistes et l'Académie des sciences de Munich, le Corps médical de Mayence, les Sociétés savantes de Francfort, et la municipalité de la ville de Heidelberg ont envoyé des ambassades pour le féliciter. La Société d'histoire naturelle de Francfort avait ouvert une souscription pour une médaille d'or, exécutée à Munich, qui lui a été présentée. Cette médaille représente d'un côté le portrait du célèbre anatomiste et de l'autre l'étoile de mer, objet de sa première grande monographie, qui a été couronnée par l'Institut de France. »

5. Le *bruit de claquement* du docteur Walshe (*Treatise on Diseases of the Lungs and Heart*). « J'ai quelquefois, dit le docteur Walshe, rencontré ces bruits de claquement (un ou deux pour chaque battement du cœur); l'absence de synchronisme avec les bruits valvulaires, l'irrégularité de leur production les fait distinguer des bruits produits dans l'intérieur du cœur. J'ai pu, dit-il, reconnaître qu'ils avaient pour cause un état morbide du péricarde, et, suivant toute probabilité, la séparation sans frottement de surfaces agglutinées par les produits plastiques. »

6. *Bruit produit par la flexion des fausses membranes*. Il me semble, dit le docteur Walshe, que ce bruit se produit quelquefois dans les cas de fausses membranes dans le péricarde, lorsque les deux feuillets opposés sont tellement agglutinés que toute séparation ou tout frottement est impossible. On conçoit que la flexion des fausses membranes peut donner naissance à ce bruit.

CIRCONSTANCES QUI MODIFIENT LES PHÉNOMÈNES STÉTHOSCOPIQUES DANS LA PÉRICARDITE.

Les bruits anormaux que nous venons de décrire se rencontrent presque exclusivement dans les cas d'inflammation du péricarde ; ils sont pathognomoniques de ces cas dans lesquels il y a ou bien uniquement formation de pseudo-membranes, ou en même temps dépôt, dans la cavité du péricarde, de liquide et de fausses membranes. Lorsque la quantité de l'épanchement est telle que les deux feuillets du péricarde demeurent complétement séparés, aucun frottement ne peut avoir lieu, et les bruits indiqués plus haut disparaissent nécessairement. Mais on n'a pas déterminé quelle est la plus petite quantité de liquide qui peut mettre obstacle à leur production. Le docteur Taylor (*Lancet* 1845-46) signale un fait dans lequel, le jour de la mort du malade, on put entendre le bruit de frottement ; à l'autopsie, on trouva dans la cavité du péricarde huit onces de liquide. Le docteur Walshe (*Treatise on the Diseases of the Lungs and Heart*) pense qu'une quantité moindre de liquide peut causer la disparition du bruit de frottement ; cependant, dans une autre partie de son ouvrage, il parle d'un sujet qui présentait à l'autopsie 60 onces de liquide dans le péricarde ; chez ce malade, vingt-neuf heures avant la mort, on avait entendu distinctement un bruit de frottement. On doit tenir compte ici de circonstances indépendantes de la quantité de l'épanchement, comme par exemple de la force ou de la faiblesse des mouvements du cœur, de la compression exercée sur les parois du cœur par la masse du liquide. Quand la cavité du péricarde contient une quantité de liquide suffisante pour faire disparaître ces bruits anormaux dans le décubitus dorsal, on peut quelquefois déterminer de nouveau leur manifestation en faisant asseoir le malade ; le liquide, dans ce cas, se rassemble dans la partie inférieure la plus déclive du péricarde, le cœur flotte audessus, et l'on peut entendre le bruit de frottement au niveau de la base de l'organe. Le docteur Sibson a prouvé (*London Journal of Medicine*, vol. I) que lorsque le bruit de frottement cessait de se manifester sous l'influence de l'épanchement, on pouvait quelquefois le faire reparaître en exerçant une pression sur les parois costales, et déplaçant ainsi le liquide intrapéricardiaque.

L'étendue de la propagation du bruit de frottement, son intensité et son timbre ne dépendent pas moins de la quantité et de la qualité de la lymphe plastique épanchée que de l'étendue de ce dépôt morbide, que de la force ou de la faiblesse des mouvements du cœur. L'action du cœur est-elle faible, le bruit anormal peut ne point se manifester, quoique les deux feuillets de la membrane séreuse soient revêtus d'une couche épaisse de pseudo-membrane.

Règle générale, le bruit de frottement, quand il est arrivé à son plus haut degré d'intensité, est double, accompagne la systole comme la diastole des ventricules, mais s'entend mieux pendant la systole ; quelquefois cependant le bruit de frottement n'est perçu que pendant la systole ventriculaire, plus rarement pendant la diastole. Le docteur Taylor (*Medico-chirurgical Transactions*, vol. XXVIII) prétend que lorsqu'il est unique il est synchrone avec la diastole. Le docteur Kennedy (*Dublin Medical Press*, janvier 1853) dit que le bruit de frottement à son début est intermittent, c'est-à-dire n'accompagne pas chaque systole ventriculaire ; il en est de même à la fin de la péricardite. M. Kennedy a montré également que le bruit de frottement commence souvent par être simple avant de devenir double, puis, vers la fin, le bruit de frottement double cesse de se montrer, et l'on n'entend plus par moments qu'un frottement simple.

Le bruit de frottement donne ordinairement la sensation d'un bruit superficiel et plus rapproché de l'oreille que les sons morbides produits par les maladies des valvules. Ce caractère superficiel est très marqué lorsque, par suite du dépôt pseudo-membraneux à la surface antérieure du cœur, le frottement a lieu près des parois thoraciques ; mais au contraire le frottement paraît plus éloigné, plus profond, lorsque le dépôt pseudo-membraneux n'existe qu'à la partie postérieure du cœur. J'ai quelquefois entendu le bruit de frottement avec l'oreille à une petite distance du stéthoscope ; cependant il est rare qu'il masque par son intensité les bruits du cœur. Dans le plus grand nombre des cas, ce phénomène stéthoscopique n'est perçu que dans la région du cœur, ou immédiatement dans son voisinage ; il peut offrir la même intensité dans toutes les parties de cette région, cependant il est ordinairement plus fort vers la moitié de la hauteur du sternum ou en dedans du mamelon ; dans quelques cas rares, on l'entendait aussi bien en avant qu'en arrière du thorax. Le docteur Graves (*Clinical Medicine*) a montré que le bruit de frottement est plus fort, et plus étendu lorsque la péricardite survient dans un cas d'hypertrophie du cœur ; les surfaces qui frottent sont alors plus considérables, et une plus grande partie de l'organe arrive au contact des parois du thorax ; d'un autre côté quand les mouvements du cœur sont faibles, le bruit de frottement peut manquer ou être à peine appréciable, quoique les surfaces opposées du péricarde soient revêtues d'une couche pseudo-membraneuse épaisse. Le bruit de frottement n'est presque jamais aussi prolongé que les bruits valvulaires morbides, et il est très rare qu'il couvre les bruits normaux du cœur ; cependant le docteur Graves cite un fait dans lequel les seuls phénomènes stéthoscopiques appréciables étaient un bruit de scie et un son musical. Le lendemain de cette exploration, le son musical avait fait place à un bruit de cuir neuf. A l'autopsie, on trouva les deux feuillets du péricarde revêtus d'un dépôt pseudo-membraneux récent ; au niveau de la pointe, les deux feuillets séreux étaient réunis par des adhérences fermes ; le cœur était hypertrophié, et les deux ventricules dilatés. Dans quelques cas, le bruit de frottement n'est perçu que lorsque le malade est debout ou assis, et il disparaît lorsqu'il est couché ; d'autres fois, au contraire, il ne se produit que dans le décubitus horizontal. Ce sont là des exceptions qui reconnaissent probablement pour cause un dépôt de pseudo-membranes limité à la partie antérieure ou postérieure du cœur, ou la coexistence des fausses membranes et de l'épanchement liquide. Chez un malade qui était récemment encore à l'hôpital, le bruit de frottement, qui avait son maximum d'intensité à la partie supérieure du sternum, diminuait considérablement quand le malade était couché, et reparaissait quand il était assis. Lors de l'admission de ce malade à l'hôpital, l'épanchement liquide était considérable ; le bruit de frottement n'apparut qu'après sa résorption.

Le docteur Sibson a montré qu'au début de la péricardite, avant même que le bruit de frottement soit entendu, on peut quelquefois le faire paraître en pressant avec le stéthoscope sur la région précordiale, de manière à rapprocher les deux feuillets du péricarde. On parvient rarement à produire cet effet chez des sujets de plus de quarante-cinq ans, les côtes étant solides et ne cédant plus sous la pression. Le docteur H. Kennedy, sans connaître les recherches du docteur Sibson, est arrivé aux mêmes résultats. La seule objection que je ferai à ce procédé, c'est que, dans un assez grand nombre de cas de péricardite, une pression modérée exercée avec le stéthoscope sur la région du cœur devient une cause de douleur.

Le bruit de frottement peut, dans un court espace de temps, offrir des variations considérables d'intensité dans le même endroit du thorax ; sa durée est en général courte, il diminue et disparaît sous l'influence du traitement, et cesse complétement lorsque l'ad-

hérence s'est effectuée; il disparaît de même lorsqu'il se produit une quantité de liquide suffisante pour écarter l'une de l'autre les deux surfaces du péricarde. Quand la résorption du liquide est effectuée, le bruit de frottement reparaît et continue jusqu'à la période d'adhérence. Il peut se faire, comme l'indique le docteur Mayne, que la fausse membrane qui revêtait la surface séreuse se rompe, se détache, tombe dans le liquide, d'où cessation du frottement, quoique les deux feuillets du péricarde conservent leurs rapports de contact. La durée de l'espace de temps qui s'écoule entre l'invasion de la péricardite et la manifestation du bruit de frottement varie un peu suivant l'intensité de l'inflammation et le caractère plus ou moins aigu de la maladie. Dans les cas très aigus, le dépôt pseudo-membraneux peut déjà, au bout de vingt-quatre heures de maladie, donner lieu à un bruit de frottement, mais le plus souvent vingt-quatre ou même quarante-huit heures se passent avant que ce symptôme puisse être perçu. La durée du temps pendant lequel on entend le bruit de frottement varie suivant la rapidité des modifications successives qu'éprouve le produit pseudo-membraneux, puis encore suivant la quantité et la qualité du liquide épanché. Suivant Zehetmayer, que cite le docteur Davies (*Lectures on the Lungs and Heart*, 1851), le dépôt peut offrir des traces d'organisation dans les quarante-huit heures qui suivent le moment de la sécrétion, et le tissu aréolaire peut être formé au bout de quatorze jours. J'ai rencontré les deux feuillets du péricarde complétement adhérents après douze jours de maladie; dans ce cas, le bruit de frottement avait cessé d'être produit depuis le huitième jour. Dans la péricardite de l'enfance, l'adhérence semble se produire encore plus rapidement; ainsi, dans un cas de péricardite idiopathique chez un enfant de sept mois, mortelle en trois jours, et rapportée par le docteur Churchill (*Treatise on the Diseases of Children*), les deux feuillets du péricarde étaient réunis par des adhérences. Nous pouvons comprendre ainsi comment le diagnostic pourrait être d'une grande difficulté, si le malade n'était soumis à l'examen du médecin qu'après une certaine durée de la phlegmasie, lorsque l'adhérence s'est déjà produite; l'auscultation ne serait alors d'aucun secours, et la maladie échapperait peut-être au diagnostic médical; il est vraisemblable que cette circonstance contribua grandement à laisser dans l'obscurité les signes stéthoscopiques de la péricardite. Une personne atteinte antérieurement d'une péricardite peut présenter une deuxième fois les accidents de cette phlegmasie; une deuxième attaque se produira moins facilement si la première a laissé à sa suite une adhérence universelle du péricarde; mais si, au contraire, ces adhérences ont été partielles, les interstices qui séparent chaque lien adhésif peuvent devenir le siége d'un nouveau dépôt plastique. On comprend facilement que dans ce cas l'auscultation ne pourrait pas fournir des éléments aussi sûrs de diagnostic; car si les adhérences sont universelles, le bruit de frottement ne se produira pas; si elles sont partielles, le bruit qui se produira sera faible et aura peu le caractère d'un frottement. Le docteur Addison (*Guy's Hosp. Reports*, vol. IV) pense que l'auscultation ne permet pas toujours de distinguer un frottement résultant du déplacement des deux feuillets rugueux du péricarde, d'un frottement qui se passerait entre le péricarde et le poumon. Cette cause d'erreur doit se rencontrer rarement, et lors même qu'elle existerait, elle n'entraînerait aucune modification dans le traitement.

Bruits du cœur dans la péricardite. Les bruits intrinsèques du cœur n'offrent pas, en général, dans l'inflammation du péricarde caractérisée par un dépôt pseudomembraneux, d'altération notable. Quand, au contraire, le péricarde contient du liquide, les bruits du cœur sont d'autant plus faibles et plus éloignés que cet épanchement est plus abondant. Suivant M. Valleix, dans le cas d'épanchement liquide, les bruits du cœur offrent leur maximum d'intensité au niveau de la troisième côte gauche ou un peu au-dessous. Le docteur Taylor raconte une observation dans laquelle les bruits du cœur offraient ce caractère, et cependant il y avait à peine un peu de liquide épanché; il croit que cette altération des bruits peut dépendre d'une altération de texture du cœur.

Bruit de souffle dans la péricardite. Il n'est pas rare de rencontrer dans la péricardite aiguë, et surtout dans la forme rhumatismale, un bruit de souffle au premier temps, plus rarement au deuxième; et rarement aussi aux deux temps du cœur. Ce bruit de souffle reconnaît toujours pour cause, ou bien une maladie valvulaire ancienne ou une endocardite récente survenant comme complication de la péricardite. Ce bruit de souffle peut cependant, dans quelques cas, ne pas dépendre d'une affection valvulaire; il a alors son maximum d'intensité au niveau de la naissance des artères, à la crosse de l'aorte, et surtout aux carotides; il se rencontre chez des sujets anémiques atteints de péricardite, ou bien la péricardite est survenue dans le cours d'une rechute de rhumatisme aigu dont la première attaque a été traitée énergiquement par les émissions sanguines et le mercure. Ce traitement, laissant à sa suite un état anémique, cause ce bruit qui peut faire croire à une endopéricardite. Il existe, indépendamment de l'anémie, certaines conditions pathologiques qui peuvent donner lieu à la production du bruit de souffle. Quand un épanchement liquide abondant distend d'une manière considérable le péricarde, l'aorte et l'artère pulmonaire peuvent être comprimées à leur origine, d'où rétrécissement de leur calibre et production d'un bruit de souffle par un mécanisme analogue au bruit de souffle qui résulte d'une pression artificielle exercée sur une grosse artère. Le bruit de souffle est, en général, faible, et n'a été observé que dans les cas d'un épanchement liquide abondant, par exemple d'une livre à une livre et demie.

SIGNES PROPRES A FAIRE DISTINGUER LE BRUIT DE FROTTEMENT DU PÉRICARDE DES BRUITS VALVULAIRES MORBIDES.

Le bruit de frottement du péricarde a été confondu, et l'est encore par les médecins inexpérimentés, avec des bruits morbides symptomatiques d'une lésion valvulaire; cependant, dans l'immense majorité des cas, les caractères distinctifs de ces deux ordres de bruits morbides sont faciles à reconnaître; aussi sommes-nous étonnés de voir M. Skoda prétendre que le seul signe, à sa connaissance, propre à différencier ces deux signes stéthoscopiques, c'est que le bruit morbide intracardiaque correspond assez exactement au rhythme et aux bruits normaux du cœur, tandis que le frottement du péricarde accompagne les mouvements du cœur; encore ce dernier caractère n'existe-t-il que lorsque le frottement a une certaine durée; quand il est court, au contraire, nous ne pouvons dire s'il siége à l'intérieur ou à l'extérieur du cœur.

Le diagnostic pourrait être rendu difficile, il est vrai, par la faiblesse des battements du cœur, une complication avec la pleurésie, avec une bronchite caractérisée par des râles bruyants, par l'âge peu avancé du malade, l'intensité de la dyspnée qui rendrait l'examen difficile; mais ce sont là des cas exceptionnels. Quand le bruit de frottement existe, on peut toujours, aux signes suivants, le distinguer du bruit morbide produit par l'altération des valvules.

1. Le bruit de frottement est en général rude, donne la sensation d'un craquement, jamais d'un souffle; le bruit valvulaire, au contraire, est en général soufflé.

2. Le bruit de frottement est d'habitude double, le deuxième bruit plus fort que le premier au même point du thorax; le bruit valvulaire est, au contraire, simple, et quand il est double, chaque bruit isolé a un point maximum différent.

3. Le bruit de frottement offre, en général, son maximum d'intensité à la partie moyenne du sternum ou immédiatement au-dessus du mamelon; les bruits valvulaires, au contraire, ont souvent leur point maximum d'intensité au niveau ou au-dessous de la pointe du cœur.

4. Le bruit de frottement ne s'entend pas sur le trajet des gros vaisseaux qui naissent de la crosse de l'aorte; il ne dépasse guère ordinairement la région précordiale; il en est tout autrement des bruits valvulaires.

5. Le bruit de frottement est plus superficiel que les bruits valvulaires; il s'accompagne souvent d'un frémissement perçu par la main placée sur la région précordiale.

6. Le bruit de frottement ne s'entend souvent que lorsque le malade est debout ou assis, ou bien il naît et augmente quand le sujet se penche en avant, ou lorsque l'explorateur presse sur le thorax avec l'extrémité du stéthoscope; les bruits valvulaires, au

contraire, offrent en général les mêmes caractères dans les différentes positions, et n'éprouvent aucun changement sous l'influence d'une pression exercée sur la paroi thoracique.

7. Le bruit de frottement n'a en général qu'une courte durée; varie, à de courts intervalles, d'intensité dans le même endroit du thorax; il disparaît sous l'influence du traitement, ou par suite de son évolution spontanée. Les bruits valvulaires, au contraire, offrent des caractères identiques pendant longtemps dans le même endroit du thorax; ils disparaissent difficilement sous l'influence du traitement, et même disparaissent rarement d'une manière complète.

8. Le bruit de frottement obscurcit quelquefois, mais n'altère pas les bruits du cœur; les bruits valvulaires morbides peuvent altérer les bruits normaux et les couvrir complétement. (*Dublin Medical Press*, 4 janvier 1854.)

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

PHYSIOLOGIE.

DE LA DIGESTION ET DE L'ABSORPTION DU SUCRE.

Les phénomènes de la digestion ont donné lieu, depuis vingt-cinq ans, à un nombre considérable de travaux. Au siècle dernier, l'abbé Spallanzani, cet investigateur infatigable des secrets de la nature, ouvrit la voie aux physiologistes par une suite d'expériences ingénieuses. Il montra que les sucs digestifs sécrétés par l'estomac et par l'intestin exercent leur action sur les aliments aussi bien *en dehors du corps* que dans l'intérieur même du canal alimentaire, à la condition que la température soit la même que celle de l'animal. La possibilité d'extraire les sucs intestinaux du corps de l'animal vivant, et la facilité d'exécuter à leur aide des digestions artificielles dans des vases placés dans des étuves ou des bains-marie (entre 35 et 40 degrés centigrades) ont prodigieusement multiplié les recherches sur ce point de physiologie.

Grâce aux progrès de la chimie organique, ces expériences ont été complétées et fécondées de nos jours, et la lumière s'est faite sur beaucoup de points restés obscurs. MM. Tiedemann et Gmelin, Beaumont, Lassaigne et Leuret, Eberle, J. Müller et Schwann, Wasmann, Bouchardat et Sandras, Blondlot, Bernard et Barreswil, Lehmann, Mialhe, Frerichs, Lentz, Moleschott, Donders, etc., ont apporté chacun leur pierre à l'édifice. Enfin, M. de Becker vient de publier sur le même sujet, dans la *Revue de zoologie scientifique* de MM. C.-T. de Siebold et A. Kœlliker, un mémoire des plus importants. Nous profiterons de cette occasion pour formuler dans ce journal, d'une manière succincte, la doctrine chimique de la digestion, telle qu'elle se présente dans l'état actuel de nos connaissances. Nous espérons faire en cela chose agréable et utile au lecteur.

Dans ce premier article nous nous occuperons du sucre, qui fait précisément le sujet du travail de M. de Becker (1).

Les actions chimiques qui s'accomplissent dans le tube digestif ont pour résultat l'absorption des substances alimentaires. Mais les substances alimentaires ne peuvent traverser les membranes de l'intestin, et entrer dans le cercle *fermé* de la circulation qu'à l'état liquide : le but final de la digestion est donc la dissolution de ces substances.

Les produits absorbables ou dissous de la digestion renferment une quantité de sucre bien plus considérable qu'on ne serait tenté de le supposer au premier abord. Le sucre de canne, le sucre de betterave, le sucre contenu dans beaucoup de fruits et de racines, est bien loin de correspondre à tout le sucre absorbé par l'intestin. Ces divers sucres ne forment généralement qu'une partie minime du sucre. Chez un grand nombre d'animaux, les aliments renferment peu ou point de sucre, et cependant les produits digérés de la digestion en renferment des quantités assez considérables.

D'où provient ce sucre? D'une transformation chimique de la fécule, transformation qui commence dans la bouche sous l'influence de la salive, et qui se complète plus loin le long de l'intestin grêle, sous l'influence du suc pancréatique et du suc intestinal. Cette transformation, nous pouvons d'ailleurs la produire artificiellement à l'aide des liquides animaux, en dehors des organes; et nous pouvons aussi la produire uniquement à l'aide d'agents chimiques. La fécule, qui était insoluble et incapable à cet état de franchir les voies de l'absorption, est devenue soluble par cette métamorphose, et capable d'être absorbée. Elle s'est d'abord transformée en dextrine, c'est-à-dire en une substance gommeuse, puis en sucre de raisin ou glucose.

La fécule (ou amidon) existe dans un grand nombre d'aliments. Les farines des céréales, et par conséquent le pain, en contiennent des quantités considérables. Les haricots, les pois, les lentilles, les pommes de terre en sont presque exclusivement formés. Les animaux herbivores, qui vivent de fourrage, d'avoine et de son, consomment une quantité de fécule qui l'emporte sur tous les autres principes alimentaires. C'est donc en grande partie à l'état de sucre que le produit digéré de ces aliments est introduit dans le torrent de la circulation.

Au reste, que le sucre provienne de la digestion des féculents ou qu'il provienne du sucre de cannes, du sucre de betteraves ou du sucre de fruits, il se présente toujours à l'absorption sous une seule et même forme, sous forme de glucose. Le glucose est un sucre analogue à celui qui existe dans le jus des raisins. Il diffère du sucre de cannes par quelques caractères peu importants; il n'est point cristallisable, et ressemble à la cassonnade. Au point de vue de la constitution élémentaire, il diffère du sucre de cannes par une plus grande quantité d'oxygène et d'hydrogène, dans les proportions de l'eau; c'est en quelque sorte du sucre de cannes *hydraté*.

Le sucre de cannes et le sucre de betteraves, qui ont la même composition, se transforment donc, avant d'être absorbés, en un sucre analogue au sucre de fécule ou glucose.

La transformation de la fécule en glucose s'opère avec lenteur. Comme l'aliment ne fait que traverser la bouche, cette transformation est très peu avancée quand l'aliment parvient dans l'estomac. Dans l'estomac, où les aliments séjournent pendant plusieurs heures, ce sont principalement les substances alimentaires autres que la fécule qui sont attaquées par le suc gastrique. Mais la salive qui imprègne l'aliment avalé continue à agir sur la fécule. On a élevé récemment des doutes sur le pouvoir qu'aurait la salive de continuer son action dans l'estomac sur les féculents avec lesquels elle arrive mélangée. On a dit que l'état *alcalin* de la salive était indispensable à son action saccharifiante. Or, dans l'estomac, le suc gastrique *acide*, neutralisant d'abord, puis acidifiant bientôt la masse avalée, arrête, dit-on, l'action de la salive. Il n'en est rien. On peut neutraliser l'alcalinité de la salive, on peut même la rendre acide, elle n'a pas pour cela perdu la propriété de transformer l'empois d'amidon en sucre. L'action paraît seulement ralentie. L'expérience a été faite autrefois par M. Schwann, elle a été répétée depuis par M. Jacobowitsch et par M. Frerichs, et chacun peut la reproduire facilement. L'action de la salive sur la fécule, quoique ralentie dans l'estomac, est incomparablement plus importante que dans la bouche : l'aliment ne fait que *passer* dans la bouche, et il *séjourne* longtemps dans l'estomac.

La fécule non attaquée par la salive passe de l'estomac dans l'intestin. Ici vient s'ajouter l'action du suc pancréatique et du suc intestinal. MM. Bouchardat et Sandras, M. Lenz, ont mis le fait hors de doute. M. Donders pratique à un chien une fistule à l'origine de l'intestin grêle, et il nourrit ce chien avec du pain (le pain contient beaucoup de fécule); la matière qui sort par la fistule a perdu une certaine proportion de sa fécule, mais elle en renferme encore beaucoup, tandis qu'un chien sans fistule, nourri avec

(1) *Ueber das Verhalten des Zuckers beim thierischen Stoffvechsel*, von Dr F.-J. von Becker. Livraison du 19 décembre 1853. (*De la manière d'être du sucre dans les phénomènes de la nutrition animale.*)

la même proportion de pain, ne présente pas la moindre trace de fécule dans ses excréments. La transformation de la fécule a donc eu lieu en grande partie dans l'intestin grêle.

La modification en vertu de laquelle le sucre de canne et le sucre de betterave sont transformés en glucose s'opère aussi en majeure partie dans l'intestin grêle. Les expériences de M. Lehmann et celles de M. Frerichs ont démontré, en effet, que la salive est sans action sur ces sucres. MM. Bouchardat et Sandras et M. Lehmann ont trouvé du glucose dans l'estomac d'animaux auxquels ils avaient administré du sucre de canne, et ils attribuent au suc gastrique la faculté de déterminer cette métamorphose. Mais si elle commence dans l'estomac, il faut dire qu'elle est bien plus active plus loin. M. de Becker a constaté qu'elle se fait surtout dans l'intestin grêle.

Les sucres de canne, de betterave, de fruits, de fécule, sont-ils toujours et en totalité absorbés à l'état de glucose? Non. Le glucose n'est pas instantanément porté par absorption dans l'intérieur du système vasculaire. Une petite partie de glucose déjà formée se trouvant dans l'intérieur d'un canal organique, au milieu de liquides et d'une température de 37 degrés centigrades, éprouve la fermentation lactique. Cette fermentation s'établit surtout sur les portions du glucose qui ont traversé la plus grande partie de l'intestin grêle, et qui ont séjourné par conséquent le plus longtemps dans ce canal. On trouve cet acide particulièrement dans la dernière portion de l'intestin grêle et dans le cœcum. Il est probable d'ailleurs que cet acide vient en aide à la digestion des matières albuminoïdes qui ont échappé à l'action du suc gastrique, et qu'il constitue ainsi une sorte de suc gastrique supplémentaire. Au reste, l'acide lactique formé aux dépens du sucre est porté aussi bien que le sucre lui-même dans les voies de l'absorption, ainsi qu'il résulte des expériences de M. Lehmann.

Quelles voies le glucose suit-il pour passer de l'intestin dans le sang? Entre-t-il directement par la veine porte, ou bien entre-t-il par les vaisseaux chylifères de l'intestin pour être ensuite secondairement versé dans la veine sous-clavière? On peut dire qu'il suit ces deux voies. Les expériences de MM. Sandras et Bouchardat, celles de M. Bernard sur le sang de la veine porte, celles de M. Lehmann sur le chyle le démontrent. Mais les absorptions se font d'une manière inégale; l'absorption de la veine porte est plus active que l'absorption des chylifères pour certaines substances, ainsi que nous chercherons à l'établir plus tard, et la quantité des boissons absorbées peut faire varier la proportion relative des deux absorptions veineuse ou chylifère. Quoi qu'il en soit, le glucose introduit dans les radicules de la veine porte et dans les radicules chylifères pénètre, en dernière analyse, dans le sang à l'état de glucose, et on peut le reconnaître comme tel pendant un certain temps dans le sang lui-même.

C'est là un des faits que M. de Becker établit dans son mémoire à l'aide de nombreuses expériences. Voici comment il procède : Tantôt il introduit une solution sucrée dans une anse d'intestin, qu'il replace ensuite dans l'abdomen, tantôt il injecte directement une solution sucrée dans l'estomac à l'aide d'une sonde, tantôt il donne à l'animal une nourriture riche en sucre ou en fécule; puis, au bout d'un temps variable, il fait une saignée à l'animal et il essaie le sang à l'aide d'une liqueur d'épreuve composée de sulfate de cuivre, de tartrate de potasse et de potasse caustique. Les liquides qui contiennent du glucose ont en effet la propriété, lorsqu'on les fait bouillir avec la liqueur précédente (liqueur d'une belle couleur bleue), de précipiter de l'oxydule rouge de cuivre.

M. de Becker a choisi le lapin pour sujet de ses expériences, parce que le lapin est un animal herbivore, et qu'en cette qualité il se forme, à l'état normal, une grande proportion de glucose dans ses intestins.

Dans quarante-trois expériences, M. de Becker constate la présence du sucre dans le sang une, deux, trois, quatre, cinq heures après l'injection du sucre dans l'intestin.

Dans quelques autres expériences, il nourrit exclusivement des lapins pendant quelques jours avec des carottes (riches en sucre de fruits) ou avec du grain (riche en fécule), et il constate pareillement la présence du sucre dans le sang, mais en proportion moindre que dans l'alimentation sucrée exclusive.

Dans une autre série d'expériences (sur 22 lapins), M. de Becker injecte directement dans le sang une solution de sucre (1 partie de sucre pour 4 parties d'eau). La quantité injectée est à chaque expérience de 7 grammes environ; puis il examine l'urine des animaux à des époques variées. Il constate ainsi que le sucre apparaît dans l'urine de quinze à vingt minutes après l'injection du sucre dans le sang, et que l'élimination du sucre par les urines dure quatre, cinq, six, huit heures, après quoi l'urine redevient normale.

Lorsque le sucre est brusquement porté en totalité dans le sang, il en résulte donc qu'une certaine quantité se trouve éliminée par les urines et ne subit pas dans le sang les métamorphoses organiques liées à la production de la chaleur animale, et qui le transforment, en dernière analyse, en eau et en acide carbonique. M. de Becker se demande naturellement quelle est la quantité de glucose qui peut circuler dans le sang sans être éliminée par la sécrétion urinaire. Il s'adresse alors à une expérience faite pour la première fois par M. Bernard et répétée depuis par MM. Lehmann, Uhle, Wagner, Schrader, Stannius, et autres. Cette expérience consiste à faire, à l'aide d'une instrument piquant, une piqûre sur la moelle allongée dans l'endroit où les racines du nerf pneumogastrique se détachent des centres nerveux. On sait qu'à la suite de cette lésion, qui doit, pour être efficace, ne pas franchir un espace compris entre 3 ou 4 millimètres carrés, l'urine des animaux, qui avant l'opération ne contenait pas traces de sucre, en renferme alors pendant un certain temps. Dans ces conditions, le sucre apparaît dans l'urine une heure et demie à une heure quarante-cinq minutes après la piqûre, il augmente jusqu'à la troisième heure, et il cesse vers la cinquième et la sixième. Cette apparition du sucre dans l'urine est déterminée par l'irritation du nerf pneumogastrique, d'où résulte la formation exagérée du sucre dans le foie (1), et son introduction dans le sang en quantité anormale. Or M. de Becker analyse simultanément le sang de l'animal dont il essaie les urines, et il trouve que le sucre est d'autant plus abondant dans l'urine que le sang en contient davantage, et qu'il disparaît dans l'urine quand le sang ne renferme plus que 0,4 pour 100 de sucre; d'où il conclut que toutes les fois que le sang renferme, en un moment donné, une quantité de sucre supérieure à cette faible proportion, il s'en débarrasse par la voie des sécrétions.

Les expériences de M. de Becker mettent en lumière un fait dont il ne parle pas, et qui nous paraît cependant plus important que la plupart de ceux qu'il a développés. Elles établissent, suivant nous, une des lois *fondamentales* de l'absorption. Mais ceci demande quelques explications.

Les capillaires sanguins et lymphatiques ne présentent point d'ouvertures béantes; les liquides de l'absorption n'y pénètrent qu'à travers des membranes et par filtration (imbibition et endosmose). Cette filtration exige toujours un temps assez long pour qu'une certaine quantité de liquide s'introduise dans le sang. Le caractère essentiel de l'absorption est d'être, partout où elle s'opère, *lente* et *successive*.

Le caractère de *lenteur* imprimé à l'absorption par la nature des voies de l'absorption se lie à la constitution même du sang. L'absorption étant lente et successive, il en résulte en effet que les matières introduites dans le sang ne changent la constitution normale de ce liquide que dans des limites très restreintes. Il faut plusieurs heures aux produits d'une digestion pour pénétrer dans le sang; l'absorption intestinale est loin d'être terminée, que les premières portions absorbées ont déjà subi dans le sang les métamorphoses de la nutrition. De cette manière, le sang ne contient jamais, à un moment donné, qu'une certaine proportion de ces produits.

Lorsqu'on modifie les conditions normales de l'absorption en introduisant brusquement dans le sang, par une injection, une substance analogue à celle qu'y introduit successivement et peu à peu le travail de l'absorption digestive, qu'arrive-t-il? Il arrive que le

(1) Indépendamment du sucre introduit par absorption dans le sang, le foie jouit de la propriété de faire du sucre aux dépens des éléments du sang. (M. Bernard.)

sang, qui ne s'accommode que de changements limités, se débarrasse par les sécrétions, et notamment par les urines, de tout ce qui excède cette limite ; d'où il appert encore que l'on se flatterait en vain de nourrir un animal en lui injectant dans les veines les produits d'une digestion artificielle. Il faudrait, pour se placer dans les conditions convenables, lui faire un tel nombre d'injections successives, que le procédé deviendrait inapplicable. Ce qui serait préférable, ce serait de placer ces produits digérés en contact avec des surfaces absorbantes ; et encore on ne serait pas tout à fait ainsi dans les conditions de l'absorption digestive.

Alors même que le sucre est placé dans une anse intestinale, ou injecté dans l'estomac d'un animal par une sonde, et qu'il est par conséquent absorbé par les voies naturelles de l'absorption, il apparaît très souvent dans l'urine quelques heures après l'expérience (cela ressort des nombreux tableaux annexés au mémoire de M. de Becker) ; d'où il résulte que bien que le sucre soit le produit de la digestion des matières féculentes, encore ne suffit-il pas que ce produit *définitif* soit mis en présence des voies de l'absorption pour qu'il remplisse régulièrement son rôle dans la nutrition. La transformation des matières amylacées en sucre doit être *successive*, de manière que le glucose ne se présente aux voies de l'absorption qu'au fur et à mesure de sa production. Quand le *glucose* est offert exclusivement et en *nature* à la membrane absorbante, l'absorption en fait pénétrer dans le sang, à un moment donné, des proportions supérieures à celles que le sang peut contenir ; il se débarrasse de l'excès par la voie des sécrétions, et une partie n'est point utilisée conséquemment pour la nutrition.

On objectera, il est vrai, que M. Bernard injecte dans les veines d'un animal du sucre préalablement digéré dans du suc gastrique, et qu'il n'apparaît point dans l'urine. M. Bernard a fait à cet égard deux ou trois expériences : ces faits isolés peuvent-ils annuler les résultats de M. de Becker, qui a sacrifié *cent* lapins dans ses recherches? Ces quelques faits contradictoires ne seraient-ils pas en rapport avec la taille de l'animal, ou bien avec le moment où l'on a recherché le sucre ?

M. de Becker a encore fait une longue suite d'expériences pour rechercher si la densité du liquide sucré injecté dans une anse intestinale et l'étendue de la surface intestinale ont de l'influence sur la rapidité de l'absorption. Il résulte des tableaux annexés à son mémoire, que ces deux éléments sont peu importants dans le phénomène de l'absorption. Des expériences en grand nombre ont déjà prouvé que le jeu des densités est très accessoire dans les phénomènes de l'endosmose, et nous avons nous-même publié à cet égard des faits qui ne permettent pas de placer la cause de l'endosmose dans la densité différente des liquides en présence. A ce compte, il n'y aurait que les liquides d'une densité inférieure à celle du sang qui pourraient pénétrer par absorption dans le système sanguin ; et il est loin d'en être toujours ainsi.

M. de Becker abandonne le sucre dans le sang; mais il nous promet bientôt un second mémoire. Quant aux transformations par lesquelles passe le glucose utilisé par la nutrition pour se métamorphoser transitoirement en tissus adipeux et pour se résoudre en acide carbonique et en eau, si la réalité du fait nous est démontrée par les résultats, nous ignorons quelle est la véritable nature des dédoublements qui amènent ces combinaisons nouvelles, et nous en sommes encore aujourd'hui aux suppositions. La chimie n'a pas dit sans doute son dernier mot.

Jules Béclard,
Agrégé à la Faculté de médecine.

IV.

REVUE CLINIQUE.

Exostose ostéo-cartilagineuse. — Opération, guérison.

On a compris sous le nom d'exostoses un certain nombre d'affections se rapportant toutes aux parties dures de l'organisme, mais différant notablement les unes des autres. C'est une simple hypertrophie permanente ou chronique d'un os dans une partie ou dans la totalité de son étendue ; ce sont des tumeurs de diverse nature, développées dans l'intérieur d'un os, kystes, hydatides, corps fibreux, etc. ; c'est le cancer des os sous toutes les formes possibles, etc. A. Cooper lui-même (*Mémoire sur les exostoses*, Œuvres complètes, trad. de Chassaignac et Richelot, p. 594) a distingué plusieurs variétés d'exostoses qui n'ont pas le moindre rapport les unes avec les autres : exostoses médullaires fongueuses, exostoses périostales fongueuses, exostoses périostales et médullaires cartilagineuses. Les premières sont incontestablement des tumeurs cancéreuses. Voici, en effet, comment le chirurgien anglais décrit l'anatomie pathologique de ces sortes de tumeurs. « Pour l'exostose médullaire fongueuse, on découvre, dit-il, la tumeur composée de masses lobuleuses, variables dans leur couleur, dans leur consistance et leur composition intime. Dans quelques points on trouve une substance jaune comme de la graisse ; dans d'autres, une substance analogue, dans son aspect, à la *substance du cerveau;* ailleurs, ce sont des masses de sang coagulé dans l'intervalle desquelles existe de la sérosité. » Et plus loin, il ajoute : « Dans les cas où des granulations fongueuses s'élèvent de la membrane médullaire, elles sont extrêmement vasculaires, d'une texture très molle, fournissent une sécrétion abondante, et pullulent assez pour s'élever de la cavité de l'os à une hauteur considérable au-dessus du niveau de la peau. » Qui ne reconnaît dans cette description tous les traits de la dégénérescence encéphaloïde du tissu osseux ?

Veut-on maintenant savoir en quoi consiste l'exostose périostale fongueuse? A. Cooper nous apprend que cette maladie diffère à peine, quant aux symptômes, de ceux de l'exostose fongueuse de la membrane médullaire, si ce n'est que la tuméfaction du membre est moins considérable et que la tumeur osseuse fait plus de saillie. C'est qu'en effet, dans ce second cas, la tumeur cancéreuse trouve un libre accès à son développement, et qu'elle n'est pas emprisonnée au centre de l'os, dont elle est forcée d'écarter le tissu en tous sens.

La dénomination d'exostoses médullaires cartilagineuses, appliquée à une certaine variété de tumeurs, n'est ni plus heureuse, ni plus exacte. Qu'est-ce, en effet, que ce genre de tumeurs? A. Cooper fait observer que l'enveloppe compacte de l'os subit une expansion, ou plutôt que l'écorce primitive de l'os se détruit par résorption et se trouve remplacée par une écorce de nouvelle formation. Dans la cavité osseuse ainsi produite se forme une masse cartilagineuse, élastique, ferme, *fibreuse* et d'un volume considérable.

Ainsi que l'a fait remarquer M. Nélaton, le genre de tumeurs décrites dans ce paragraphe se rapporte aux corps fibreux enkystés.

Laissons donc de côté cette nomenclature qui repose sur une fausse interprétation du mot *exostose*. Si, en effet, on comprend sous ce titre toutes les tumeurs qui sont caractérisées par une élévation plus ou moins considérable d'une portion ou de la totalité d'un os, on tombera dans une confusion complète. Aussi M. le professeur Roux, dans un mémoire inséré, en 1847, dans la *Revue médico-chirurgicale* (p. 79), a-t-il appliqué avec raison le titre d'*exostoses* « à ces tumeurs organisées comme le tissu osseux lui-même, qui s'élèvent de la surface d'un os à la manière des apophyses naturelles, ou qui se montrent comme de gros tubercules ou des espèces de champignons nés des couches extérieures d'un os, sur lequel elles semblent comme implantées. »

En restreignant ainsi le mot *exostoses* à une classe bien distincte de tumeurs, on peut, en ayant cette fois égard à leur structure seulement, en distinguer deux grandes classes. Les unes sont formées d'un tissu osseux, lequel se présente ici, comme dans l'état normal, sous deux formes : le tissu spongieux et le tissu compacte ; et, comme ce dernier acquiert dans certains cas une densité très grande, qui lui donne de la ressemblance avec de l'ivoire, on a admis un groupe d'*exostoses éburnées*. Les autres sont formées d'un tissu qui est en partie osseux et en partie cartilagineux ; nous les appellerons donc *exostoses ostéo-cartilagineuses*, ou bien encore *ostéo-chondrophytes*. Si maintenant, laissant de côté toute la première classe d'exostoses, nous nous bornons à la seconde, nous trouvons que la disposition des deux ordres de tissus qui entrent dans leur structure

varie, et que tantôt le tissu cartilagineux est placé à la périphérie de la tumeur, la substance osseuse en occupant le centre ; que, d'autres fois, le tissu cartilagineux est déposé par masses irrégulières dans l'intérieur de cavités anfractueuses qui occupent les intervalles de la charpente osseuse de la tumeur.

Cette classification si simple et si nette peut être ainsi résumée :

Exostoses	osseuses.	Celluleuses.
		Éburnées.
	ostéo-cartilagineuses.	Tissu cartilagineux à la périphérie ; tissu osseux au centre.
		Tissu cartilagineux disposé par masses, mélangées avec la substance osseuse.

L'observation suivante, recueillie par nous dans le service de M. le professeur Denonvilliers, à l'hôpital Saint-Louis, mettra en relief un exemple d'exostose se rapportant à la première variété des tumeurs dites *ostéo-cartilagineuses*.

Obs.—*Exostose ostéo-cartilagineuse développée sur la première phalange du second orteil du pied gauche. Ablation de la tumeur et de l'orteil correspondant. Guérison.*

Le nommé Dauché, âgé de vingt et un ans, exerçant la profession de ferblantier, est entré le 12 janvier à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Denonvilliers, et est couché salle Saint-Augustin, n° 34. Il nous rapporte qu'à l'âge de neuf ans, il s'est aperçu de l'existence d'une petite grosseur du pied gauche, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du second orteil. Cette grosseur s'est développée sans que le malade ait reçu de coup sur le pied ; elle a toujours grossi depuis l'époque où elle est apparue, et augmente encore actuellement.

En examinant le pied gauche, nous trouvons à la face dorsale une tumeur ovalaire qui occupe principalement la rainure qui sépare les os métatarsiens des orteils. La tumeur a une étendue en largeur d'environ 10 centimètres, en longueur de 8 seulement. Elle est dure, constituée par un nombre considérable de bosselures placées les unes à côté des autres et inégalement développées.

Lorsqu'on déplace la tumeur, on fait mouvoir en même temps le second et le troisième orteil. La peau qui la recouvre est saine dans tous les points ; par places, il existe un peu de rougeur, résultat nécessaire de la pression exercée par la chaussure.

La seconde phalange du second orteil semble avoir augmenté de volume et fait corps avec la tumeur elle-même. Le troisième orteil paraît complétement indépendant.

La santé générale est satisfaisante ; la constitution est bonne. Du côté de l'hérédité, nous ne trouvons rien à noter.

Le 16 janvier, M. Denonvilliers procède à l'ablation de la tumeur. Deux incisions obliques en sens opposé sont faites à la partie interne de la tumeur, et au niveau du point correspondant à l'articulation métatarso-phalangienne, de façon à circonscrire une sorte de lambeau interne. La base de la tumeur est cernée par une incision courbe à l'aide de laquelle on ménage une suffisante quantité de peau. Enfin une autre incision partant de la partie externe de la tumeur vient rejoindre les incisions de la partie interne, en passant du côté de la face plantaire du pied.

L'articulation métatarso-phalangienne est attaquée par la face inférieure, et l'extirpation de l'orteil est exécutée avec la plus grande facilité. Ainsi qu'il était facile de le reconnaître avant l'opération, la tumeur n'avait aucun rapport immédiat avec le troisième orteil.

Trois petites artères furent liées, et la plaie pansée à plat.

La tumeur, dépouillée des parties molles, a le volume d'une petite orange. Elle est bosselée à la surface, et présente l'aspect d'une mûre : fendue dans le sens vertical et antéro-postérieur, on reconnaît qu'elle est implantée sur la face supérieure de la première phalange avec laquelle elle se continue. Elle est composée de deux portions : d'une portion inférieure composée de substance spongieuse, recouverte d'une lame compacte, ayant tous les caractères du tissu osseux de la phalange ; d'une portion supérieure plus considérable formée à l'extérieur d'une écorce cartilagineuse, et à l'intérieur de dépôts osseux interrompus par de petites fossettes remplies de sang. Quelques unes de ces cavités sont revêtues d'une membrane cellulo-vasculaire. La facette articulaire postérieure de la première phalange est saine.

Les suites de l'opération ne furent pas aussi simples qu'on aurait été en droit de l'espérer. Il se développa bientôt une angioleucite qui, énergiquement combattue par des émissions sanguines locales et par l'application de topiques émollients, fut arrêtée dans sa marche. Il se forma sur le cou-de-pied quelques petits abcès qu'on ouvrit avec la lancette. La guérison fut complète à la fin du mois de février.

FANO,
prosecteur de la Faculté.

Observation de tænia traité avec succès par l'écorce de grenadier SÈCHE, **soumise à une macération préalable de vingt-quatre heures.**

L'efficacité de l'écorce de racine de grenadier contre le tænia est un fait incontestable. Là où les grenadiers croissent en pleine terre, on s'accorde à reconnaître qu'on doit employer la racine fraîche de préférence à la racine sèche. La racine sèche du commerce nous vient généralement des grenadiers qui croissent en Espagne, en Portugal, ou en Provence ; elle est d'un prix peu élevé. Au contraire, dans une grande partie de la France, la racine fraîche du commerce provient d'arbustes élevés dans des caisses ; les grenadiers ainsi cultivés à l'étroit fournissent pour chaque pied une faible quantité de racine. Par suite, ce médicament est d'un prix assez élevé, outre que l'écorce provenant de la racine de sujets chétifs ne possède pas sans doute les propriétés vermifuges au même degré que l'écorce tirée de la racine des grenadiers du Midi. Or, une simple préparation, qui n'augmente nullement le prix du médicament, permet de rendre à l'écorce sèche du commerce toutes les vertus qu'elle posséderait à l'état frais. Cette préparation, proposée il y a plusieurs années par M. Bourgeois, consiste à faire macérer pendant vingt-quatre heures l'écorce sèche dans l'eau où elle doit bouillir ensuite.

L'observation suivante, recueillie dans le service de M. le professeur Grisolle, vient confirmer l'efficacité de l'écorce sèche qui a subi cette macération.

Obs.—Travet (Louis), âgé de vingt-deux ans, entre le 23 janvier 1854 à la salle Saint-Lazare, n° 3, pour y être débarrassé du ver solitaire.

Ce jeune homme, un peu maigre et décoloré, éprouve depuis 1848 les symptômes suivants : augmentation de l'appétit (il se lève la nuit pour manger), picotements à l'épigastre disparaissant pendant la digestion, coliques sans diarrhée survenant subitement et durant au plus de dix à quinze minutes, enfin picotements aux narines ; en même temps il dit avoir notablement maigri et pâli ; il n'a pas éprouvé de troubles de la vue. Il était en 1848 à Crécy, en Brie, dans de bonnes conditions de nourriture et d'habitation ; venu à Paris en 1849, il a continué à se trouver dans les mêmes conditions.

Il y a huit mois environ, il a rendu à plusieurs reprises, en allant à la selle, des fragments d'un ver plat, longs de 1 à 2 centimètres, qu'un médecin lui a dit appartenir au ver solitaire. Une dose d'huile de ricin prise à cette époque a amené l'expulsion d'une quinzaine de fragments de la même longueur.

Il y a trois semaines, ayant pris de nouveau de l'huile de ricin, il a rendu encore quelques anneaux. Au moment de son entrée à l'hôpital, il accuse les symptômes énumérés plus haut ; il dit n'avoir pas examiné ses garderobes depuis plus de quinze jours. Mis à quatre portions d'aliments, il assure qu'il en mangerait bien le double.

Le 26 janvier, le malade étant à jeun depuis le matin, on lui donne en trois verres, à partir de dix heures et demie, à un quart d'heure d'intervalle, la décoction suivante :

Écorce de racine de grenadier sèche, 64 grammes.
Macérée pendant vingt-quatre heures dans 750 grammes d'eau.
Puis bouillie dans la même eau jusqu'à réduction de 500 grammes.

Deux heures après le dernier verre, si le malade ne va pas à la selle, il prendra 20 grammes d'huile de ricin.

Depuis qu'il est à l'hôpital, le malade a examiné ses garderobes et n'y a pas vu d'anneaux de tænia. On a prétendu qu'une des conditions de succès dans l'administration du médicament était de ne le donner que lorsque le malade aurait rendu dans les vingt-quatre dernières heures quelques fragments de ver. M. Grisolle croit que pour l'administration de la racine de grenadier, comme pour le kousso, on peut s'affranchir de cette règle.

Aussitôt après le dernier verre, à onze heures environ, le malade a éprouvé des étourdissements et des éblouissements ; à midi, coliques peu violentes suivies d'une garderobe liquide et jaunâtre, contenant une très

grande longueur du ver : à une heure, nouvelle garderobe contenant deux fragments de 2 centimètres chacun, plus étroits que le reste. Le tout réuni a en longueur 4 mètres 40 centimètres. On trouve au ver expulsé tous les caractères du *tænia solium;* les anneaux deviennent plus longs et moins larges à mesure qu'on approche de l'une des extrémités. L'examen à la loupe ne fait pas reconnaître d'anneau ayant les caractères de la tête ; peut-être cet anneau a-t-il échappé à la recherche du malade chargé de recueillir le ver dans ses garderobes.

Le soir, à sept heures, l'appétit se fait sentir, ainsi que les picotements à l'épigastre. Le malade satisfait son appétit.

27 *janvier*. Il n'a pas eu faim pendant la nuit ; il éprouve encore des picotements à l'épigastre sans coliques ni démangeaison au nez.

28 *janvier*. Persistance des picotements. On prescrit pour le lendemain une nouvelle dose semblable à celle du 26 janvier.

29 *janvier*. Il a eu quelques vertiges après le dernier verre, n'a été à la garderobe qu'après avoir pris l'huile de ricin. Les selles ne contenaient pas de fragments de tænia.

31 *janvier*. Il est préoccupé de l'idée qu'il n'a peut-être pas rendu la tête. Pour le contenter, on lui fait prendre aujourd'hui une nouvelle dose.

1er *février*. A encore eu quelques vertiges après avoir pris le médicament. N'a eu de selles qu'après un lavement. Ces selles ne contenaient pas de tænia. L'appétit est moins vif; plus de picotements à l'épigastre ; point de démangeaison aux narines ; pas de coliques. Il demande et obtient sa sortie.

O. Masson,

Interne du service.

V.

CORRESPONDANCE.

Influence du balancement du navire sur la production du mal de mer.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le travail sur l'*Étiologie du mal de mer* que M. le docteur Armand vient de publier (*Gazette hebdomadaire*, n° 20), notre estimable confrère me fait l'honneur de citer mes propres recherches, et d'en donner une réfutation, sinon sans appel, du moins fort étendue. Permettez-moi de vous présenter à mon tour, dans l'intérêt de la vérité que nous recherchons tous deux, les quelques remarques suivantes sur le même sujet.

Pour moi, le mal de mer est une intoxication, c'est-à-dire un mal causé essentiellement par un miasme, et par un miasme émanant de la mer. C'est cette opinion que M. Armand s'efforce de battre en brèche.

Je ferai d'abord une remarque. A l'ardeur qu'il déploie contre toutes les explications actuelles du mal de mer, y compris la mienne, je m'attendais à l'exposé d'une explication neuve qui l'emportât sur les autres par sa rigueur et sa précision. Mon attente a été trompée. Au lieu d'une théorie, d'une explication quelconque, l'auteur annonce qu'il va interroger les faits. Et quels faits interroge-t-il ? Ceux desquels il résulte ou semble résulter que le balancement est la cause active du mal de mer ; des faits comme ceux-ci, par exemple : le bâtiment balance, le mal de mer apparaît, donc..... C'est-à-dire que ce sont toujours les mêmes redites que l'auteur exhume une fois de plus pour essayer d'étayer de nouveau l'intervention supposée du balancement. L'auteur va plus loin. Il exprime une vive répulsion pour les miasmes en tant que causes d'un grand nombre de maladies telles que la fièvre jaune, la peste, le choléra, etc., suivant en cela l'exemple du docteur Fourcault, de regrettable mémoire, qui substituait aux miasmes une sorte d'influence tellurique.

Je pourrais renvoyer mon honorable contradicteur à mon ouvrage sur le mal de mer (1850) ; mais pour essayer d'en finir avec cette théorie du balancement, je reproduirai ici les arguments qui me semblent en démontrer le peu de fondement. Pour cela, j'invoquerai à mon tour les faits, mais non les faits limités à telle ou telle catégorie. J'embrasserai la généralité des cas. C'est de cette seule manière que la question peut et doit être jugée.

Ce qui suit est extrait, sauf les suppressions exigées par la circonstance, d'une lettre écrite par nous il y a bientôt trois ans, et qui était adressée à l'auteur de l'explication du mal de mer par l'*anémie cérébrale* (1).

Écartant, disais-je dans cette lettre, les faits de mal de mer à *terre*, faits qui, acceptés définitivement, rendraient oiseux comme recherche la constatation de l'influence du balancement comme cause prochaine de ce mal, limitons-nous à la surface marine, et voyons si le balancement du navire est tellement essentiel au mal de mer, que ce dernier ne puisse apparaître sans lui, à telle enseigne que l'un et l'autre soient constamment dans des rapports réguliers de proportionnalité.

Pour plus de clarté dans mon examen, je classerai les faits de la manière suivante : *a*. Mal de mer pendant la tempête. *b*. Mal de mer pendant une mer agitée, mais non orageuse. *c*. Mal de mer pendant le calme plat.

En premier lieu, on reconnaîtra sans difficulté, je l'espère, que cette classification est licite en tant qu'il est d'expérience vulgaire que, dans les trois circonstances énoncées, le mal de mer est possible et se produit.

De cette classification, il ressort d'un autre côté que le balancement du navire ne saurait maintenir dans les trois circonstances notées un égal degré d'intensité.

Cela étant, et s'il est vrai que le balancement du navire ait sur le développement du mal de mer l'influence capitale qu'on lui attribue, il devra s'ensuivre, comme je le disais tout à l'heure, qu'en général, là où le balancement sera intense, ordinaire ou nul, le mal de mer à son tour sera pareillement intense, ordinaire ou nul.

a. Mal de mer pendant la tempête. En pareil cas où le mal de mer est toujours fort intense, et de plus presque universel (sans en excepter, quoi qu'on en ait dit et qu'on le dise tous les jours, une bonne partie de l'équipage : nous tenons le fait *de visu*), le balancement est lui-même excessivement prononcé, et cela à tel point que, n'était la précaution fort sage qu'on prend d'amarrer, dans ces cas, les objets mobiles du bâtiment, y compris les individus qui s'amarrent instinctivement d'eux-mêmes, ce serait bientôt un pêle-mêle général, sans compter les chutes à la mer. Ici donc, on ne peut le nier, le mal de mer et le balancement existent avec une intensité égale.

Notons de plus, mais seulement pour mémoire, que l'agitation des eaux est en même temps portée dans ces cas au suprême degré.

Passons à la catégorie suivante.

b. Mal de mer pendant une mer agitée, mais non orageuse. Les cas de mal de mer pour cette seconde catégorie sont encore, on ne le sait que trop, fort intenses en général. Ils sont à la vérité moins universels, et ne se montrent que chez les passagers, et en particulier chez les passagers novices. Il est juste en outre de reconnaître que pour quelques uns de ces derniers, l'affection marine dure peu, et que l'amarinage, ou autrement dit l'immunité, s'obtient assez promptement.

En regard de ce mal de mer qui n'a perdu, comme on vient de le voir, que de son universalité et un peu de sa durée, mais *fort peu de son intensité*, qu'avons-nous ? Un balancement *beaucoup moins marqué* que pour la catégorie précédente, à preuve que bien qu'il persiste encore d'une manière notable, il ne rend point l'amarrage de rigueur.

Notons encore qu'ici où la disproportion entre l'intensité du mal de mer et celle du balancement commence à devenir évidente, par contre l'agitation des eaux a peu perdu de son intensité, en ce qui touche du moins la superficie de la mer.

c. Mal de mer pendant le calme plat. A l'égard des cas de cette troisième catégorie, je crois devoir signaler une particularité motivée par l'incertitude où je suis de savoir si, sur toutes les mers, il peut régner parfois un calme plat absolu.

Sur l'Océan, par exemple, et à cause des flux et reflux journaliers, je suis porté à penser qu'un calme plat proprement dit doit y être assez rare, sinon impossible. N'ayant que fort exceptionnellement navigué sur cette mer, mon expérience ne saurait me permettre de rien décider à cet égard.

Pour ce qui est de la Méditerranée, je puis affirmer au contraire, et ceux qui ont fréquenté et fréquentent cette mer pourront l'affirmer comme moi, qu'à Alger par exemple, durant au moins quatre mois de l'année (depuis juin jusqu'en septembre), cinq traversées sur six à peu près s'effectuent d'Alger à Marseille et réciproquement, pendant lesquelles le calme plat est tellement prononcé, qu'on dirait la mer changée en un plan de cristal solide.

Par de telles traversées, il va sans dire que le balancement du navire doit être infiniment minime, pour ne pas dire nul.

Pour en fournir immédiatement la preuve, je relaterai l'expérience suivante, expérience bien simple que j'ai répétée dans presque toutes mes traversées, et à l'aide de laquelle il est très facile de juger approximativement de l'intensité du balancement. Cette expérience consistait à placer un verre d'eau près de moi, et à examiner les oscillations transmises au liquide par les mouvements du navire. Or je lis dans mes notes relatives à deux traversées entreprises sur un vapeur par un calme plat tel que dessus (traversées pendant lesquelles cinq ou six autres passagers et moi eûmes invariablement un mal de mer confirmé durant les dix à douze premières heures), que la surface liquide du verre d'eau, maintes fois examinée par moi avec attention, fut trouvée à l'état d'*immobilité parfaite*.

Ainsi, dans l'exemple qui précède, nous constatons : mal de mer ordinaire et prolongé en regard d'un balancement du navire tout à fait nul.

Étendez maintenant ce résultat expérimental certain aux traversées

(1) Cette lettre est demeurée inédite par des motifs indépendants de ma volonté.

faites sur toutes autres mers, telle que l'Océan par exemple, à cela près que pour ces dernières peut-être, le calme plat n'y est pas tout à fait aussi absolu que dessus, et dites-moi ce que l'on doit penser du rapport en raison directe que nous avions supposé en commençant devoir trouver entre le mal de mer et le balancement?

A coup sûr, si le mal de mer maintient un tel rapport, convenez que ce ne saurait être avec le balancement, mais bien plutôt avec l'agitation aqueuse.

Celle-ci, en effet, nous l'avons noté, a coïncidé fort exactement avec l'intensité du mal de mer dans les deux premières catégories ; de plus, on ne peut disconvenir qu'elle n'ait coïncidé encore dans la catégorie actuelle avec l'état d'agitation, sinon générale, tout au moins *locale*, grâce à la *rotation des palettes des vapeurs* (1).

Quant à cette coïncidence du mal de mer et de l'agitation aqueuse, coïncidence partout négligée, et que je voulais simplement constater en passant, j'omets à dessein de mentionner les conséquences qui en découlent, et qu'on devine facilement, me contentant de faire remarquer que ces conséquences viennent fort justement à l'appui de ma théorie miasmatique du mal de mer (voy. *op. cit.*).

Pour compléter ce qui est relatif aux faits de la troisième catégorie, qu'on n'aille pas croire que les exemples qui en ressortent constituent des cas de mal de mer rares et exceptionnels. Loin de là.

Les cas de mal de mer parfaitement caractérisés et d'une durée souvent fort longue relativement, éclatant par des temps magnifiques et sans balancement qui en vaille la peine, ne sont rien moins que rares. On les rencontre journellement plus ou moins pendant toute la durée de la belle saison, et sur quelque mer que ce soit. Ajoutons que nous pouvons nous donner personnellement comme exemple à cet égard, concluant entre tous.

Et cependant, si le mal de mer était tellement lié au balancement qu'il ne pût se produire en l'absence de cette dernière cause, est-ce ainsi, je vous le demande, cher confrère, que les choses devraient se passer? La disparition ou au moins l'extrême atténuation du mal de mer pendant la belle saison où le balancement est toujours et forcément insignifiant ou rare (sur les vapeurs surtout), ne devrait-elle pas être depuis longtemps passée dans l'observation vulgaire, de même qu'il est d'observation vulgaire que la fièvre intermittente disparaît pendant la période hivernale ou d'atténuation palustre.

Si rien de tout cela n'a jamais été noté, c'est qu'en réalité le mal de mer se rit du balancement comme de bien d'autres circonstances analogues, sous le joug desquelles on a tenté de l'assujettir ; circonstances sans lesquelles ou avec lesquelles il apparaît ou disparaît indifféremment.

N'était l'inconvénient de trop allonger cette note et de lasser votre patience, cher confrère, je pourrais vous donner encore nombre de preuves de l'indépendance parfaite dans laquelle se trouve le mal de mer à l'égard du balancement, en vous citant notamment les cas de mal de mer que j'ai constatés, et que l'on constate tous les jours avec un peu d'attention sur les bâtiments ancrés dans le port ou ailleurs, et parfaitement immobiles du reste ; cas de mal de mer sur les ports, le long des plages, etc., etc. A la vérité, ces derniers seraient des cas de mal de mer à terre, dont il a été convenu que je ne me servirai pas.

J'aime mieux terminer par l'examen d'une dernière catégorie de faits fort différents des précédents et que j'intitule : *d*, absence de mal de mer en présence d'un balancement de navire considérable, chez des sujets toujours très fatigués d'ailleurs par l'escarpolette, la voiture, la valse, etc.

Les cas de cette catégorie, sans être très fréquents, sont cependant loin d'être rares. Pour s'en convaincre, il suffit de questionner un peu assidûment les gens de mer. On trouve alors à peu près un sujet sur vingt qui offre cette particularité de n'être pas malade en mer, et d'être fort incommodé par le balancement de la voiture ou de l'escarpolette. J'en pourrais citer surtout des exemples remarquables dont l'un m'a été fourni par le docteur H. (de Lyon).

L'explication de ces faits, impossible dans la théorie du balancement, l'est aisément dans la mienne ; c'est que très probablement les sujets en question ne sont pas *prédisposés* à l'influence pathogénique marine. Pour le mal de mer, en effet, comme pour toutes les affections dites de *cause interne*, une prédisposition morbide est indispensable au libre développement du mal (voy. p. 108, *op. cit.*). C'est pourquoi là où l'influence pathogénique essentielle abdique tout empire, le balancement, lui, reste sans effet.

D^r Sémanas (de Lyon).

(1) A l'égard de l'importance du rôle de l'agitation aqueuse locale, causée par les palettes des vapeurs, il suffit de savoir qu'il est depuis longtemps démontré que, sur les vapeurs marchant par un temps de calme, le mal de mer est bien plus fréquent que sur les voiliers marchant par un temps ordinaire, et quoique ces derniers, dans ce cas particulier, balancent beaucoup plus.

Association de l'iode aux substances astringentes.

Monsieur le rédacteur,

A l'occasion de la note de MM. Socquet et Guilliermond, publiée dans votre avant-dernier numéro, relativement à une nouvelle combinaison de l'iode et du tannin, permettez-moi de vous rappeler que j'associe depuis longtemps l'iode aux substances astringentes. Voici ma formule :

Par once de sirop de quinquina ou de raifort, j'ai l'habitude de faire ajouter 12 gouttes de teinture d'iode iodurée, ce qui équivaut à environ 5 centigrammes d'iode pur par 30 grammes de sirop. L'iode administré de cette manière n'a pas l'inconvénient des préparations usitées jusqu'ici, n'a aucun goût particulier et produit d'excellents effets. Je préfère cette forme d'administrer l'iode à toutes celles connues.

Agréez, etc. D^r Boinet.

VI.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 6 MARS 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Anatomie comparée. La discussion engagée entre M. *Serres* et M. *Duvernoy* sur un point important d'anatomie comparée, de *l'existence ou de la non-existence des tubercules mamillaires ailleurs que chez l'homme*, s'est continuée dans la séance du lundi 6 mars. M. *Duvernoy*, répliquant aux dernières observations critiques de M. Serres, établit que trois circonstances anatomiques décident la question en faveur de l'opinion qu'il n'a cessé de soutenir ; ainsi : 1° la substance des éminences mamillaires des animaux vertébrés est *blanche*, du moins à la surface et dans la plus grande partie de son épaisseur, tandis que la substance du *tuber cinereum* est *grise ;* de là son nom ; 2° la position et la connexion des éminences mamillaires fournit une preuve de plus et non moins valable ; des dissections délicates, difficiles sans doute, conduisent à démontrer, dans les mammifères, que les piliers antérieurs de la voûte viennent aboutir dans les éminences mamillaires ; ce qu'on peut vérifier chez le *saï capucin*, le *saï roux*, *le sajou ;* 3° en troisième lieu, la présence simultanée des *éminences mamillaires* et du *tuber cinereum* démontre incontestablement l'existence de ces éminences chez les mammifères.

M. *Serres* soutient que la spécification chez l'homme des éminences mamillaires est un des résultats les mieux constatés d'embryogénie, et il rappelle de nouveau les bases principales sur lesquelles est fondée cette manière de voir. Il termine en déclarant qu'il considère comme acquis à la science ce fait que les lobes optiques des poissons ne sont nullement les analogues des hémisphères cérébraux de l'homme et des mammifères, mais bien les représentants des tubercules quadrijumeaux.

Physiologie. — *Sur la régénération des nerfs et sur les altérations qui surviennent dans les nerfs paralysés*, par M. *Schiff*.—On sait que le bout périphérique d'un nerf coupé se désorganise peu de jours après la section ; le contenu des filets primitifs, ou plutôt leur partie médullaire, se désagrége en petites particules graisseuses qui remplissent le tuyau nerveux sous forme de granules noirs qui sont résorbés, de sorte que, quelques semaines après la section, il n'en reste aucune trace. On sait aussi qu'un nerf coupé ou reséqué peut se régénérer : il se forme une cicatrice entre les deux bouts, et la section du nerf se rétablit. Autrefois on admettait qu'après la réunion des deux bouts par la substance nerveuse, les anciennes fibres du bout périphérique recouvraient leurs fonctions ; mais après avoir étudié la désorganisation de ce bout, M. Waller, par suite d'expériences nouvelles, est arrivé à conclure que les anciennes fibres d'un nerf divisé ne recouvrent jamais leurs fonctions, et que la reproduction d'un nerf ne se fait pas seulement dans la cicatrice, mais jusque dans les ramifications terminales. M. *Schiff* a repris l'examen des faits anatomiques sur lesquels M. Waller a fondé sa nouvelle théorie et les a tous constatés, à l'exception d'un seul ; il n'a jamais pu trouver, quel qu'ait été le degré d'altération du nerf, les tuyaux membraneux des filets détruits. M. Schiff pense d'ailleurs que la théorie de M. Waller n'est pas la conséquence nécessaire des faits qu'il a observés, et il n'admet pas comme lui que des fibres de nouvelle formation viennent prendre la place des anciennes. Car, si pendant la régénération dans toute la partie périphérique du nerf les fibres nouvelles se formaient indépendantes des anciennes, les dernières devraient exister, dans ce cas, à côté des fibres

nouvelles; or, c'est ce qui n'a pas lieu. M. Waller aurait pris, d'après M. Schiff, des tuyaux désorganisés, des gaînes sans granules à leur maximum d'altération pour des fibres embryonnaires. De ce que dans la régénération presque complète d'un nerf sensitif on voit les fibres dégénérées disparaître avec une extrême rapidité, on peut conclure que ces dernières, par le travail régénérateur, ont recouvré leur structure et leurs fonctions. M. Schiff arrive à cette conclusion que la théorie de M. Waller repose sur des observations incomplètes; que ce sont les fibres anciennes qui recouvrent leurs fonctions après la formation de la cicatrice; et qu'il est même possible de démontrer que dans quelques cas, où le galvanisme a révélé à M. Waller le retour des fonctions, il a vu, en effet, de véritables fibres régénérées; mais il n'y a pas porté son attention parce qu'il était trop préoccupé de ses prétendues fibres embryonnaires.

Quant à la question de savoir si par la dégénération paralytique les fibres primitives perdent entièrement leur nature nerveuse, voici ce que M. Schiff conclut de ses observations : les altérations qui surviennent dans un nerf paralysé ne portent que sur la gaîne médullaire, mais elles laissent intactes les qualités du cylindre productif, qui sont reconnaissables par le microscope et les réactifs chimiques, et c'est à la présence de ce cylindre que les nerfs paralysés et altérés doivent la possibilité de rentrer dans leurs fonctions. M. Schiff ne dit pas que le cylindre primitif soit resté sans altération, car le nerf n'étant plus excitable, il faut bien qu'il soit altéré; mais cette altération n'est reconnaissable ni au moyen du microscope, ni au moyen des réactifs.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 7 MARS.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les huit pièces suivantes : *a*. Rapport de M. *de Montoron*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Château-Gontier, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, en 1853, dans la commune de Longuefuye (*Commission des épidémies*). — *b*. Rapport de M. le docteur *Brouillet*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Beaupréau, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Gesté, pendant les mois de mai, juin et juillet 1853 (*Commission des épidémies*). *c*. Rapport de M. le docteur *Mauger*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Baugé, sur une épidémie d'angine gangréneuse qui a régné dans les communes de Cheviré, Fougère, Vieil-Baugé, Bocé, etc., du 12 mai au 15 novembre 1853 (*Commission des épidémies*). — *d*. Deux rapports de M. le docteur *Spiral*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Montmédy, sur une épidémie de rougeole qui a régné en 1853, dans les communes d'Oléry et de Laneuville-sur-Meuse, et sur l'épidémie de fièvre typhoïde qui s'était déclarée dans la commune de Romagne-sous-les-Côtes (*Commission des épidémies*). — *e*. Rapport de M. le docteur *Villaret*, médecin principal et chef du service de santé de l'hôpital thermal militaire de Bourbonne, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853 (*Commission des eaux minérales*). — *f*. M. le docteur *Reboulleau*, médecin des établissements civils à Constantine, demande l'avis de l'Académie sur l'introduction dans la thérapeutique d'une gomme-résine provenant du *Tapsia polygama* et qu'il dit être un agent révulsif très puissant (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*). — *g*. Envoi de pastilles de *Gallium mollugo*, que M. de *Larnage* considère comme un spécifique de l'épilepsie (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*). — *h*. Observations relatives aux effets de la préparation médicamenteuse soumise précédemment à l'examen de l'Académie, sous le nom de pilules fébrifuges, par M. *Gendrot*, pharmacien à Rennes (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*).

2. Lettre de M. *Bayle*, qui se présente comme candidat à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

3. Lettre de M. le docteur *Jorret* qui adresse à l'Académie un appareil de caoutchouc vulcanisé destiné à remédier aux déplacements de l'utérus. Cet appareil, qu'il nomme *redresseur extra-utérin*, consiste dans une pelote à air surmontée d'un collier qui doit embrasser exactement le col de l'utérus. (*Commission nommée*, M. Depaul, rapporteur.)

4. M. le docteur *Levrat-Perroton* adresse le résumé sommaire des travaux les plus importants publiés par lui depuis une période d'environ trente-cinq années et sollicite le titre de membre correspondant. (*Future Commission des correspondants.*)

5. M. le docteur *Pons*, de Ber (Gard) adresse à l'Académie une note sur *l'importance et les avantages de l'anatomie pathologique dans la médecine pratique*. (*Commission déjà nommée*.)

6. Mémoire sur les *produits de Vichy*, par M. *Larbaud*, pharmacien à Vichy (Allier). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

7. Lettre de M. *Delfrayssé*, médecin à Cahors, qui annonce avoir guéri, au moyen de vapeurs concentrées de chloroforme, un individu atteint de tétanos traumatique et deux personnes atteintes d'hydrophobie.

SÉANCE DU 14 MARS 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les trois pièces suivantes : *a*. Demande d'avis et d'analyse relative à une nouvelle source d'eau minérale, l'*eau de Saint-Yorre*, Allier. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Rapport négatif, pour l'année 1853, de M. le docteur *Anthouard*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Vigan. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Demande d'avis au sujet d'une substance, qu'il désigne sous le nom de *théobrôme hépathique*, et qu'il dit employer avec succès dans le traitement de la phthisie, par M. le docteur *Jacquin*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Note de M. *Monchaux*, médecin à Chelles, sur la transformation des plaies avec perte de substance en plaies sous-cutanées.

3. M. le docteur *Dubreuilh* (de Bordeaux) adresse une nouvelle observation pour joindre à son mémoire ayant pour titre : *De la version pour remplacer la craniotomie dans quelques cas de rétrécissement du bassin.* (*Comm.* : MM. Danyau, Cazeaux.)

4. Note sur un nouveau procédé de fumigations mercurielles, par M. le docteur *E. Langlebert*. (*Comm.* : MM. Ricord, Gibert.)

5. Note sur la préparation de l'*eau ozonée*, ses propriétés physiques et son emploi pour prévenir et guérir le choléra, par M. *Billiard*, médecin à Corbigny. (*Commission du choléra.*)

6. Note complémentaire sur un nouveau procédé de conservation du virus-vaccin dans les tubes capillaires, par M. le docteur *Lalagade*. (*Commission de vaccine.*)

7. M. le docteur *Gillebert d'Hercourt* adresse quelques observations critiques au sujet du mémoire présenté dernièrement à l'Académie de médecine par M. le docteur Gariel, et relatif au mode d'action des pessaires à air. (*Comm.* : MM. Robert, Velpeau, Danyau.)

8. M. le docteur *Brainard*, président et professeur de chirurgie au collége médical d'Illinois, demande à retirer un paquet cacheté, déposé le 2 novembre 1853.

9. Rapport sur les vaccinations pratiquées, pendant le courant de l'année 1853, dans le département de Seine-et-Oise, par M. le docteur *Boucher* (de Versailles). (*Commission de vaccine.*)

10. M. le docteur *Hammer*, chirurgien à Saint-Louis (Missouri), soumet à l'examen de l'Académie un nouvel instrument de son invention, destiné à pratiquer l'uréthrotomie, et qui peut servir à la fois de dilatateur et d'uréthrotome. (*Comm.* : M. Robert.)

11. M. le docteur *Leroy* (d'Étiolles) communique à l'Académie un nouveau cas d'extraction, sans incision, par les voies naturelles, d'un corps étranger introduit dans la vessie, une épingle double à cheveux. Le procédé dont s'est servi M. Leroy (d'Étiolles) est celui de la *plicature en double* à l'aide de l'instrument de M. Courtis modifié, et qui est lui-même une modification de la pince de M. Ségalas. (*Comm.* : M. Robert.)

12. Le bureau de l'association médicale du département d'Eure-et-Loir transmet, d'après la décision unanime de cette société, une note relative à l'éducation des sangsues. Cette note a pour but d'établir qu'il importe de reporter la plus large part des félicitations, adressées par l'Académie à M. *Borne* (de Claire-Fontaine), à M. le docteur *Harreaux* (de Granville-Saint-Léger).

Les travaux de M. le docteur Harreaux remontent à l'année 1848; dès cette époque, les médecins de l'association purent assister à ses premiers essais, et juger par eux-mêmes avec quelle religieuse attention celui-ci s'appliquait à peupler ses bassins des produits végétaux utiles aux nouveaux hôtes qu'il voulait y acclimater. En 1849, les bassins de Grouville étaient en pleine exploitation; l'auteur, déjà familier avec l'éducation des sangsues, en avait élagué toutes les dispositions inutiles. Les sangsues y étaient nourries avec des grenouilles et du sang de bœuf ou de veau tout chaud, apporté d'une boucherie située à huit minutes de là; le marais offrait un fossé de ceinture, un pavillon au milieu, des berges de terre remuées et ombragées par des friches pour le dépôt des cocons, etc. Ce fut à peu près vers la même époque (14 mai 1850) qu'eut lieu à Grouville la visite de M. Borne. Il avait essayé, avec peu de succès, l'élève des sangsues seulement, et non leur reproduction, dans un petit réservoir en maçonnerie situé dans son jardin. M. Harreaux entretint sans réserve M. Borne de ses tentatives, et pendant trois heures il le renseigna sur toutes les particularités de l'art d'élever les sangsues. M. le docteur Voyet,

président de l'association médicale d'Eure-et-Loir, et M. Labordais, pharmacien, un des sociétaires, qui avait servi de guide à M. Borne, assistaient à cette démonstration, et se rappellent parfaitement encore les particularités de cette visite. D'un autre côté, en janvier 1851, M. le docteur Harreaux adressait à M. Soubeiran, directeur de la pharmacie centrale, un mémoire sur l'éducation et la reproduction des sangsues, qui s'est trouvé égaré dans les archives des hôpitaux. Si ce mémoire eût pu être consulté par l'honorable académicien, il eût sans doute rapporté à qui de droit la belle découverte pour laquelle l'Académie a décerné, dans la dernière séance, sa haute approbation ; la réclamation instante de l'association médicale d'Eure-et-Loir a pour but de réparer, pour un de ses membres, ce regrettable oubli. (*Renvoyé* à M. Soubeiran.)

M. *Chevallier* fait observer que la priorité des procédés en question n'appartient pas plus à M. Harreaux qu'à M. Borne ; le seul mérite de celui-ci est de les avoir vulgarisés, et spontanément portés à la connaissance de tous.

— M. *Gibert*, secrétaire annuel, présente, au nom de l'auteur, un livre intitulé : *Des métamorphoses de la syphilis. Recherches sur le diagnostic des maladies que la syphilis peut simuler et sur la syphilis à l'état latent*, par Prosper Yvaren, D. M. P. M. Gibert accompagne cette présentation d'un exposé sommaire des doctrines et des faits exposés dans cet ouvrage ; il demande qu'il soit adressé à l'auteur une lettre de remercîments.

M. *Bégin* combat cette proposition, et déclare qu'à ses yeux, des dissertations comme celle à laquelle vient de se livrer M. Gibert, à propos de certains ouvrages, offrent des inconvénients et sont contraires au règlement.

M. *Gibert* s'est cru autorisé à agir comme il l'a fait en raison de nombreux précédents, et surtout parce que le livre de M. Prosper Yvaren n'est qu'une extension d'un mémoire auquel l'Académie a donné son approbation.

M. *Michel Lévy* parle dans le même sens que M. Bégin.

M. *Dubois*, d'Amiens, pense que M. Gibert ne s'est pas écarté du règlement ; quant à la lettre qu'il s'agit d'écrire à M. Yvaren, c'est un simple accusé de réception et non une lettre de remercîments.

M. *Londe* croit qu'en pareille circonstance, il vaudrait mieux se borner à une indication succincte du titre de l'ouvrage, sans l'accompagner de réflexions sur sa valeur et son contenu.

M. *Moreau* exprime un avis contraire, en se fondant sur ce que l'Académie peut toujours demander un rapport verbal sur un ouvrage imprimé qui lui est adressé.

M. *Velpeau* s'étonne que la dissertation de M. Gibert ait pu soulever quelques objections ; dans toutes les Académies, il est d'usage d'agir ainsi : autre chose est d'ailleurs un rapport sur un ouvrage imprimé et une analyse succincte de cet ouvrage.

On demande l'ordre du jour. (Adopté.)

M. *Rostan* annonce que, dans la prochaine séance, l'Académie devra élire plusieurs commissions pour les prix de médecine et de chirurgie qu'elle a mis au concours.

Mémoire sur l'ulcération et l'oblitération des conduits lactifères dans ses rapports avec la pathologie du sein, et l'hygiène des nouveau-nés, par M. Bouchut, médecin du bureau central. — Le sujet exposé devant l'Académie par M. Bouchut intéresse doublement la science et se rattache d'une part à la pathologie de la mamelle, et de l'autre à l'hygiène des nouveau-nés. Si les observations de l'auteur et ses interprétations sont exactes, il faudra désormais ajouter une maladie de plus dans les traités des affections du sein, et introduire un vice rédhibitoire nouveau parmi ceux qui règlent le choix des nourrices. Voici le résumé du travail de M. Bouchut. L'orifice des conduits galactophores peut être, chez les nourrices, le siége d'une inflammation et d'une ulcération profondes. Cette ulcération occupe un plus ou moins grand nombre de conduits ; elle réunit plusieurs orifices en un seul et fait couler le lait dans la bouche des nouveau-nés par de larges ouvertures. Cette ulcération, placée au sommet du mamelon, est peu douloureuse. Le symptôme constant de l'ulcération des conduits galactophores, c'est l'écoulement du lait sous forme de jets baveux de gros diamètre. Ces ulcérations entraînent quelquefois l'oblitération des conduits galactophores, l'induration et la rétraction du bout des seins. L'ulcération et l'oblitération des conduits galactophores produisent, avec le temps, l'atrophie de la mamelle. L'ulcération de l'orifice des conduits galactophores guérit par l'usage des bouts de sein artificiels, les soins de propreté et les médicaments topiques conseillés pour les ulcères, les fissures et les crevasses de la base du mamelon. L'ulcération rebelle ne guérit que par le repos absolu de la glande mammaire affectée ; elle entraîne toujours l'oblitération des conduits dont l'orifice a été malade. L'oblitération des conduits galactophores est incurable. L'ulcération de l'orifice des conduits galactophores de chaque côté a une grande importance au point de vue de l'hygiène des nouveau-nés. Cette maladie occasionne l'afflux trop considérable du lait dans la bouche des enfants, ne leur permet pas de respirer, détermine le passage du lait dans les voies aériennes, et consécutivement des accès de suffocation ; c'est à ce point qu'elle nécessite le changement immédiat de la nourrice. (*Comm.* : MM. Cazeaux, Depaul.)

Traitement de la phthisie tuberculeuse. — M. le docteur *Aussandon* lit un mémoire sur le traitement de la phthisie tuberculeuse, affection à laquelle il croit avoir trouvé des moyens réels de guérison. L'auteur pense qu'il y a pour les malades un grand avantage à veiller la nuit et à dormir le jour ; il conseille en conséquence des promenades la nuit pendant l'été. En hiver, il maintient la nuit les malades au bain pendant quatre à cinq heures à une température de 28 degrés, l'eau du bain étant additionnée de 15 grammes de kermès. En même temps, il fait prendre aux malades quelques cuillerées de café noir dans lequel on a dissous 5 centigrammes d'extrait d'opium. Pendant la seconde période de la phthisie, M. Aussandon applique aux malades, préalablement chloroformisés, de larges mouchetures avec le cautère actuel, vers la région du creux axillaire. Immédiatement après l'application du cautère actuel, les malades sont plongés dans un bain à 28 degrés pendant plusieurs heures. On entretient la suppuration des cautères. L'auteur emploie concurremment la gelée alimentaire d'huile de foie morue aromatisée avec le sirop d'oranges amères ; il calme l'irritation du tube digestif avec l'eau de goudron mélangée avec l'eau de Seltz et édulcorée avec le sirop de tolu. Lorsqu'il soupçonne que la phthisie est attisée par une affection héréditaire ou ancienne, soit dartreuse, soit syphilitique, ce qui arrive trois fois sur quatre, il a recours à la décoction de salsepareille animalisée (500 grammes de bœuf pour quatre verres) et additionnée de liqueur de Van-Swieten. Il complète le traitement en envoyant les malades aux champs, si la saison est belle, lorsqu'il s'est effectué déjà une amélioration satisfaisante. M. Aussandon a joint à son mémoire plusieurs observations de nature à justifier le mode de traitement qu'il propose et qu'il a adopté contre la phthisie tuberculeuse. (*Comm.*: MM. Bricheteau, Requin, Piorry.)

Rapport sur un travail de M. le docteur Dechaud ayant pour titre : Des invaginations chez les enfants, par MM. *Danyau* et *Collineau*, rapporteur. — *Conclusions.* Dépôt aux archives et remercîments à l'auteur. (Adopté.)

Anatomie pathologique. — M. *Barth* présente un cas d'oblitération de la veine cave supérieure, depuis l'origine de la veine azygos jusqu'à l'oreillette droite, dont l'orifice est complétement bouché ; la veine sous-clavière droite est aussi oblitérée. Ces altérations, ainsi que le prouve leur examen attentif, ont été compatibles avec la vie pendant une période de plusieurs années. La circulation veineuse a dû nécessairement alors se faire d'une manière très compliquée et dans un sens inverse de ce qui a lieu dans l'état normal.

La séance est levée à cinq heures.

VII.

REVUE DES JOURNAUX.

Mort apparente produite par l'action du chloroforme. Application du galvanisme faite avec succès, par M. William Hargrave.

Un jeune homme atteint de hernie étranglée fut soumis à l'inhalation du chloroforme pour faciliter le taxis. Il respira environ une drachme et demie (6 grammes) de chloroforme, puis il s'endormit complétement. On le maintint dans cet état de sommeil par une très légère inhalation additionnelle. Le taxis échoua complétement. Le jeune homme, à trois reprises différentes, tomba dans un tel collapsus, que ni l'aspersion d'eau froide énergiquement appliquée, ni l'usage des stimulants, ni l'insufflation bouche à bouche, qui fut pratiquée par M. Taylor, ne purent réussir à le retirer de ce danger imminent. Le pouls radial avait disparu, la respiration fut complétement interrompue pendant au moins une minute. Alors on eut recours au galvanisme à l'aide de deux aiguilles implantées, l'une au niveau du diaphragme, l'autre au niveau des muscles scalènes. Ce moyen réussit heureusement. (*Dublin Quarterly Journal*, novembre 1853, page 270.)

Serres-plates pour arrêter l'hémorrhagie des piqûres de sangsues, par M. Delioux.

L'ingénieux instrument imaginé et baptisé par M. Vidal (de Cassis) sous le nom de serres-fines, est aujourd'hui si universellement répandu dans la pratique qu'il peut se passer de description aussi bien que d'éloge. Sur le même modèle, M. Delioux a eu l'heureuse idée de faire confectionner une petite pince à peu près analogue, mais dont chaque mors est garni, en dedans, d'une rangée de petites dents triangulaires qui s'encastrent avec celles du côté opposé quand l'instrument est fermé.

On conçoit aisément à quel point cette construction est appropriée à l'hémostase de toutes les petites plaies par piqûres, et notamment de celles que produisent les sangsues. La *serre-plate* s'applique on ne peut plus aisément, et elle reste douze heures en place, où l'on peut en quelque sorte l'oublier, sans qu'elle détermine par sa pression modérée, quoique suffisante, le moindre accident ou même la douleur la plus légère. (*Gazette médicale*, 4 fév. 1854, p. 69.)

De la découverte accidentelle d'une amaurose partielle, par M. Wilde.

Tel est le titre sous lequel M. Wilde décrit une affection oculaire consistant en un affaiblissement de la vue, sans être nécessairement une *amaurose*, et qui n'est *partielle* qu'en ce sens qu'elle porte sur un seul œil. Le caractère particulier de cet affaiblissement de la faculté visuelle consiste en ce que le malade s'en aperçoit tout à coup, occasionnellement. Une circonstance quelconque l'amenant à fermer l'œil sain, il est étonné de n'y plus voir de l'autre ; et il est en général porté à affirmer que l'accident est tout récent, bien qu'il n'en soit rien. Il se trouve dans le cas de ces strabiques qui ont un œil plus faible que l'autre, sans que ni eux ni ceux qui les approchent aient jamais reconnu cette différence.

Nous venons de dire que les affaiblissements de la vue dont les malades font la *découverte accidentelle* ne sont pas nécessairement des amauroses. En effet, c'est le reproche qu'on peut faire à M. Wilde d'avoir rattaché ce caractère à une seule forme de lésion oculaire. On voit tous les jours des individus qui ont perdu la vue d'un seul côté sans s'en douter et qui s'en aperçoivent tout à coup ; et le chirurgien découvre alors soit une cataracte, soit une kératite, soit une inégalité des foyers visuels, etc. Il suffit pour que la perte de l'œil demeure inconnue au sujet, qu'elle date de la naissance ou soit venue très lentement. Dans les cas cités par M. Wilde, il s'est agi probablement, le plus souvent, d'une inégalité congénitale des foyers visuels donnant lieu à l'inertie de la rétine.

On voit par là que le phénomène signalé par l'auteur, la révélation inattendue d'une cécité partielle, ne peut se présenter qu'autant que la vue s'est affaiblie très lentement. Les malades *savent toujours* la date d'une perte ou même d'une diminution notable de la vision survenue subitement, parce que, dans ce cas, l'œil resté sain ne peut fonctionner seul et régulièrement qu'après un certain temps d'exercice. Il suffit, pour s'en assurer, de fermer un œil, et d'essayer de toucher un point déterminé ; on n'y parviendra qu'après des essais plus ou moins nombreux. Cette distinction n'a pas été faite par M. Wilde.

Dans les cas où les milieux de l'œil restent transparents, c'est-à-dire dans ceux dont le présent travail s'occupe exclusivement, et qui dépendent presque toujours de l'inégalité des foyers, l'auteur a bien raison de proscrire saignées, révulsifs, mercure, toniques, galvanisme, fumigations, et vingt autres moyens ; tout échoue, et nous concluons avec lui que, à moins d'un état général bien caractérisé, indiquant des moyens particuliers de traitement, il faut s'abstenir de toute médication. L'altération de la vue n'augmente pas ; le malade, peu à peu, prend son parti de cette cécité incomplète, et finit par s'accoutumer à ne voir que d'un seul œil. Nous avons nous-même eu l'occasion de rencontrer un fait analogue sur le fils d'un de nos amis, âgé de dix ans. On s'aperçut tout d'un coup que son œil gauche était entièrement impropre à la vision. Il n'y avait jamais accusé le moindre malaise, et l'on se souvint seulement que, un an auparavant, il avait été atteint d'une pierre sur la tempe de ce côté. Un traitement énergique mis en usage sur la demande de ses parents effrayés, ne produisit pas la moindre amélioration sur cet œil, dont d'ailleurs les milieux étaient *parfaitement transparents* et la pupille normalement mobile. Il continue maintenant ses études sans plus de difficulté ni de fatigue que s'il jouissait de ses deux yeux. (*Medical Times and Gazette*, 14 janvier 1854, p. 31.)

Note sur une nouvelle méthode d'injections nasales, et sur son application au traitement de l'ozène, par M. Maisonneuve.

Dans l'ozène, la fétidité, phénomène le plus fâcheux, dépend de ce que les mucosités ou le pus séjournent dans les fosses nasales où l'humidité, le contact de l'air et la chaleur en précipitent le mouvement de décomposition.

Les poudres, fumigations, attouchements ne fournissent ici qu'un remède insuffisant ; car il s'agirait surtout de nettoyer activement les cavités anfractueuses de ces liquides qui s'y déposent et y stagnent.

Seules, les injections détersives auraient plus de puissance pour atteindre ce but ; mais comme, en les poussant vivement, on craindrait de faire tomber le liquide dans la gorge, on les pratique, en général, avec une timidité qui enlève à ce moyen toute son efficacité.

Or, des expériences multipliées ont démontré à M. Maisonneuve que cette appréhension est sans fondement, et que des injections violemment poussées dans une narine, au moyen d'une forte seringue, ressortent entièrement par la narine opposée. Il conseille, en conséquence, d'établir, dans les circonstances indiquées, à l'aide d'injections, un courant de liquide qui, passant d'une narine dans l'autre, fera bientôt cesser la cause de la punaisie.

— Que la remarque de M. Maisonneuve s'applique à tous les sujets ou seulement à quelques uns ; qu'elle mérite ou non d'être conservée dans les termes très absolus sous lesquels il l'a formulée, il n'en est pas moins vrai qu'elle peut rendre de très utiles services, et que, par conséquent, le précepte qui en découle devra être mis à l'essai par tous les praticiens. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 janvier 1854, p. 32.)

De l'amputation à lambeaux de la cuisse, du bras et de l'avant-bras, par M. Wakley.

Le mode que M. Wakley recommande, et auquel il doit, dit-il, des succès presque constants, ne se distingue que par la précision mathématique du tracé des incisions qui circonscrivent les lambeaux. Il en taille deux, l'un antérieur, l'autre postérieur ; et voici dans quelles proportions. Soit, par exemple, un membre dont la circonférence est de douze pouces. Le lambeau antérieur aura trois pouces de longueur, et le postérieur en aura six. De cette manière, le plus long se repliera sur lui-même, comme pour aller à la rencontre du plus court ; le bout de l'os ne viendra point, comme avec les procédés à deux lambeaux égaux, faire saillie contre la cicatrice ; il correspondra, au contraire, à la partie moyenne, au plein du lambeau supérieur.

Mais, en même temps, la largeur de la base de chaque lambeau devra être en raison inverse de la longueur de celui-ci. Ainsi, dans l'exemple cité, la base du lambeau antérieur sera large de sept pouces, et celle du postérieur de cinq pouces seulement. Cette espèce de compensation, qui donne au lambeau le plus long le moins de largeur à sa base, a probablement pour but, dans l'intention de l'auteur, de lui permettre plus aisément de subir ce mouvement de plicature ou de flexion sur sa face saignante, qui est une des conditions essentielles de la méthode. (*The Lancet*, 14 janvier 1854, p. 33.)

Sur le traitement du varicocèle par la cautérisation immédiate des veines dilatées, par M. Gaillard (de Poitiers.)

M. Gaillard commence par une incision qui met à nu le cordon, et permet de dissocier ses éléments. Il détache alors les veines d'avec le canal déférent, passe entre elles et celui-ci une lame de plomb sur laquelle est déposée une feuille de pâte de Canquoin. On replie enfin, sur le paquet veineux, le plomb et la pâte. Le cordon veineux se trouve ainsi enserré et comprimé par le métal dont on a légèrement replié les bords en forme de tuile, d'autant que les extrémités de la plaque de plomb se rejoignent au devant du paquet veineux. Par-dessus le plomb, et pour le fixer, on met une bandelette de linge, qui est elle-même serrée par un fil.

Au bout de vingt-quatre heures, M. Gaillard a constaté que la cautérisation est suffisante. Les suites n'offrent rien qui ne se puisse prévoir.

— Déjà quelques chirurgiens avaient prétendu simplifier le procédé de cautérisation des veines variqueuses aux membres inférieurs, en faisant d'abord, sur le trajet du vaisseau, une incision entre les lèvres de laquelle ils déposaient ensuite le caustique. Si cette manœuvre abrégeait, en effet, la durée totale de la cure, elle sortait des conditions posées par l'inventeur, et, pour épargner quelque retard, suscitaient un péril réel. En faisant une plaie saignante, elle exposait effectivement aux chances de l'infection purulente. A plus forte raison en est-il ainsi de la modification que propose M. Gaillard. Son incision préalable devant suppurer à l'abri du caustique, reste par conséquent en dehors de l'immunité que la cautérisation donne contre les érysipèles, la phlébite, etc. Conclusion : si nous voulons aller vite et dispenser le patient d'une cicatrice apparente, incisons, puis cautérisons, comme M. Gaillard l'enseigne. Mais si, au contraire, nous mettons en première ligne le salut du malade, bornons-nous, avec M. Bonnet, à cautériser, cautérisant tout, peau et veines. (*Gazette médicale*, 7 janv. 1854, p. 8.)

Utérus bicorne. Grossesse gémellaire. Insertion des deux placentas sur le col correspondant. Hémorrhagies graves. Accouchement forcé. Guérison de la mère, par M. Hohl.

Les cas d'utérus bicornes sont aujourd'hui très nombreux, mais le fait suivant se distingue de tous les cas connus par plusieurs particularités remarquables.

Une femme de trente ans, très affaiblie, enceinte pour la seconde fois, eut pendant les trois premiers mois de sa grossesse, des hémorrhagies périodiques peu abondantes et peu durables. Au septième mois, nouvelle hémorrhagie plus considérable, reparaissant quatorze jours après.

Des deux côtés le ventre était très distendu et convexe; il était plus aplati sur la ligne médiane, et même il était un peu déprimé depuis l'ombilic jusques un peu au-dessus de la symphyse. Dans cette étendue la percussion donnait un son tympanique; des deux côtés, au contraire, elle rendait un son obscur. L'utérus, qu'on pouvait explorer par la palpation à travers la paroi abdominale, se divisait en deux parties à 1 1/2 pouce au-dessus de la symphyse. De ces deux parties, celle du côté droit était plus grosse que celle du côté gauche. L'une et l'autre était convexe par sa face interne, concave par sa face externe. Chacune de ces deux parties présentait les caractères d'un utérus gravide pendant le dernier mois de la grossesse. Les deux cornes utérines s'élevaient au-dessus de l'ombilic; dans chacune d'elles on sentait certaines parties du fœtus, dans chacune on entendait les battements du cœur. Du reste, le vagin était normal. Le col utérin était unique, court, plus gros que dans les cas ordinaires. Son orifice et sa cavité avaient environ un pouce de large. Supérieurement on reconnaissait par le toucher que les deux cornes utérines venaient s'ouvrir à droite et à gauche dans cette cavité unique. Chacun de ces deux orifices avait environ un demi-pouce de large. Enfin on sentait que l'orifice de la corne droite était occupé par le placenta qui était décollé jusqu'à une certaine hauteur; à travers l'ouverture de la corne gauche on sentait une partie du bord du second placenta.

Ainsi, il y avait une grossesse gémellaire dans un utérus bicorne; les deux placentas étaient implantés sur le col, l'un deux était décollé, et les hémorrhagies, qui étaient la conséquence de cette disposition, avaient tellement affaibli la malade qu'il était nécessaire d'intervenir.

M. Hohl se décida à pratiquer l'accouchement forcé; il introduisit d'abord la main dans l'utérus droit, et saisit les pieds de l'enfant qu'il amena à l'extérieur sans difficulté; le placenta suivit du même coup. Il répéta la même manœuvre du côté gauche avec le même résultat. Seulement le placenta était encore très adhérent de ce côté, et il fallut ensuite l'extraire isolément. Les deux enfants moururent après avoir fait quelques inspirations. Ils pesaient trois livres.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'accouchement, on introduisit dans l'utérus la main et la sonde, et on vérifia ainsi l'exactitude du diagnostic.

L'accouchée eut une pleurésie; mais elle en guérit, et fut très bien rétablie au bout de quatre semaines. (*Prager Vierteljahrschrift*, 1853, Bd. 4, s. 65. *Anal.*)

Accouchement prématuré artificiel provoqué avec succès par les douches, vers la trentième semaine de la grossesse, par M. Aubinais.

Sur une femme, dont le diamètre sacro-pubien ne mesurait que 80 millim. (2 pouces 10 lignes), M. Aubinais, de concert avec M. Taval, résolut de provoquer l'accouchement à sept mois et demi. Voulant employer, dans ce but, les douches froides intravaginales, voulant surtout bien juger de la valeur de ce moyen, ils ne lui associèrent aucune médication interne ou externe.

Trois douches de quatre minutes de durée chacune furent donc données par jour. Dès la septième, apparurent des tranchées utérines, d'abord espacées, puis de plus en plus rapprochées. Le col se dilata graduellement. Pour mieux voir ce que pourraient les douches seules, on s'abstint même de déchirer la poche des eaux qui faisait saillie. Néanmoins, l'accouchement se termina heureusement le soir même, c'est-à-dire trois jours après que les douches avaient été commencées. La mère se rétablit bien; mais l'enfant, ayant été transporté sans précautions, à 8 kilomètres, par un temps froid et pluvieux, mourut au bout de soixante-douze heures, bien que, au moment de sa naissance, il parût constitué de manière à devoir vivre.

Nous n'avons pas un mot à ajouter pour faire ressortir les conclusions à tirer d'une expérience thérapeutique aussi logiquement conduite. (*Journal de la Société académique de la Loire-Inférieure* et *Union médicale*, janvier 1854.)

Cancer du corps de l'utérus, par le docteur S.-Y. Simpson.

Le célèbre accoucheur écossais montrait, il y a peu de temps, à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg, deux pièces pathologiques rares, dont l'importance ne réside pas seulement dans leur caractère exceptionnel, mais encore dans une application pratique immédiate. Dans les deux pièces du docteur S.-Y. Simpson, une affection cancéreuse était limitée au corps de l'utérus, sans intéresser le col de l'organe. Cette altération avait entraîné, dans un cas, la rupture de la paroi de la matrice. Les faits de ce genre sont assurément exceptionnels; la localisation primitive du cancer dans le col est tellement fréquente, que ce siége primitif a pu être considéré à juste titre comme une des conditions propres à éclairer le diagnostic. On aurait tort, néanmoins, de vouloir faire de ce caractère un signe absolu de la nature cancéreuse; le cancer peut, dans quelques cas très rares, occuper exclusivement le corps de l'utérus et entraîner à sa suite les accidents les plus graves. (*Association Medical Journ.*, 10 février 1854, p. 137.)

De la paracentèse du thorax, par le docteur Marrotte.

Dans ce rapport à la Société médicale des hôpitaux de Paris, au nom d'une commission composée de MM. Gendrin, Trousseau, Le-

groux, Hardy, M. le docteur Marrotte a insisté sur les avantages et les inconvénients comparés des méthodes opératoires employées pour donner issue aux matières épanchées dans la cavité des plèvres. La première méthode, celle qu'il désigne sous le nom d'empyème, ouvre une libre communication entre la cavité thoracique et l'air extérieur ; la seconde, la thoracentèse, a pour résultat d'évacuer la plèvre sans permettre l'introduction de l'air. On a adressé plusieurs reproches à l'empyème ; l'introduction de l'air dans la plèvre apporterait, suivant certains auteurs, un obstacle à la libre expansion des poumons et gênerait, par conséquent, l'évacuation complète du liquide ; enfin cet air déterminerait par sa présence un accroissement de l'irritation phlegmasique des plèvres, et favoriserait l'altération putride du liquide épanché. M. Marrotte pense que l'empyème n'entraîne pas constamment ces effets fâcheux ; la communication de la cavité de la plèvre avec l'air extérieur n'empêche pas toujours l'expansion pulmonaire ; l'air, qui devient un corps irritant quand il arrive au contact d'une séreuse enflammée d'une manière aiguë, agit différemment dans une pleurésie chronique, et peut même, dans ce dernier cas, exercer sur la surface phlegmasiée une influence salutaire. On aurait tort également de rapporter toujours à la présence de l'air la putréfaction du liquide intrapleural ; l'ouverture de la plèvre, comme la pratiquaient les anciens, peut être utile dans ce cas ; elle permet, en effet, d'évacuer des masses pseudo-membraneuses volumineuses auxquelles le calibre exigu de la canule pourrait difficilement donner issue. La thoracentèse proprement dite, c'est-à-dire celle que nous pratiquons aujourd'hui, en empêchant l'accès de l'air, donne lieu à des résultats différents, suivant l'état anatomique des organes qui constituent les parois de la plèvre ; ainsi le poumon est-il affaissé, retenu par des fausses membranes inextensibles, ou bien privé de son élasticité par une longue compression, ou enfin la paroi thoracique peu élastique a-t-elle subi une ampliation considérable, alors la paracentèse pourra difficilement réussir. On voit, en effet, l'épanchement se reproduire, s'altérer quelquefois, le sujet s'épuiser, et enfin la maladie se terminer d'une manière fâcheuse. A la suite de ces reproductions du liquide, M. Marrotte signale encore la pneumonie intercurrente, la syncope mortelle pendant l'opération, et enfin l'hémoptysie et l'apoplexie pulmonaire. Ce travail de l'honorable médecin des hôpitaux ne doit pas être oublié. Bien qu'il nous semble faire la part un peu trop petite à la thoracentèse sous-cutanée, il a du moins l'avantage d'assigner à cette méthode opératoire des limites rationnelles ; c'est à ce titre surtout que le travail de M. Marrotte gardera sa place dans la science. (*Arch. gén. de méd.*, 1854, février, p. 147.)

Sur une singulière forme d'anesthésie partielle de la peau, par le professeur Hebra.

Le docteur Hebra rend compte de son voyage en Norwège, où il est allé pour étudier quelques maladies fréquentes dans ce pays. Il a étudié entre autres une affection qui y est très commune et qui est devenue aujourd'hui fort rare dans les autres contrées, l'éléphantiasis des Grecs, désigné encore sous le nom de lèpre arctique ou *Spedalskhed*.

Il décrit d'abord la première forme, ou forme tuberculeuse de la maladie. Nous ne reproduirons pas cette partie de son travail.

Dans la deuxième forme du spedalskhed, continue-t-il, la peau ne présente ni nodosités, ni aucune autre tuméfaction, mais elle offre une légère coloration d'un gris jaunâtre. La surface de la peau du visage est lisse, brillante. Il y a un amaigrissement général du corps, et cet amaigrissement est surtout prononcé sur les mains. Il en résulte qu'au niveau du premier et du dernier espace interosseux de la main, la peau présente une dépression profonde, et c'est là un des symptômes caractéristiques de cette affection qui mérite le nom d'*éléphantiasis anesthésique*, comme on va le voir. Il est bon de noter aussi l'état du nerf cubital qui souvent, dans une longueur de plusieurs pouces, est induré, et forme depuis le coude jusqu'au tiers supérieur du bras une corde saillante, tendue, facile à sentir. A ces caractères physiques se joint un phénomène physiologique tout à fait pathognomonique. C'est l'*anesthésie de certaines parties de la peau*. Après une exagération passagère de la sensibilité, parfois même après des douleurs assez vives, divers points de la peau sur toutes les parties du corps deviennent tellement insensibles qu'on peut impunément les piquer avec une aiguille ou les échauder avec de l'eau bouillante sans que les malades s'en aperçoivent. La répartition de ces parties insensibles n'est soumise à aucune règle, n'est sous la dépendance d'aucune cause anatomique appréciable. Il est certain, en particulier, qu'elle n'a aucune connexion avec la distribution des nerfs. Le professeur Rigler a envoyé à Hebra un malade sur lequel l'insensibilité était répartie de la manière la plus bizarre. Pour éviter la longueur de la description, Hebra donne un dessin sur lequel il fait représenter son malade nu en ayant soin de faire teinter en noir les parties sensibles pour les distinguer des parties insensibles. A l'exception d'une tache blanche, large d'environ 6 centim., indice d'une paralysie fort restreinte, la poitrine et l'abdomen sont ombrés, ce qui annonce qu'ils ont conservé leur sensibilité. Il en est de même des deux épaules et des deux bras. Au-dessous du coude, la sensibilité se perd brusquement ; une large tache noire sur la partie antérieure de l'avant-bras droit, une autre un peu moins large sur la partie postérieure de l'avant-bras gauche, une tache ronde dans la paume de la main droite, enfin cinq petites taches occupant la phalange unguéale des cinq doigts suivants : pouce, index et annulaire du côté droit, pouce et médius du côté gauche ; telles sont les seules parties du membre thoracique où la sensibilité ait survécu. Le cou est entièrement insensible ainsi que la plus grande partie de la tête ; la sensibilité n'est conservée qu'à la partie moyenne du front et sur le milieu des deux joues. Les membres abdominaux sont insensibles dans la plus grande partie de leur étendue. Toutefois, une large tache noire située à la partie antérieure de chaque cuisse, deux taches noires sur la jambe droite, deux sur le pied droit, une sur la jambe gauche, une sur le pied gauche, annoncent que l'anesthésie a respecté une partie de la peau des membres inférieurs. Il est bien clair, d'après ce qui précède, que la répartition de la paralysie cutanée n'a aucune relation avec la distribution des nerfs.

Souvent la paralysie gagne certaines muqueuses. M. Hebra a vu à Christiania un malade sur lequel la moitié gauche de la langue était paralysée du sentiment.

On remarquera que ces troubles fonctionnels ne s'accompagnent d'aucune lésion appréciable de la peau. Le rapprochement établi par l'auteur entre cette affection et l'éléphantiasis des Grecs n'est qu'incomplétement justifié par l'exposé des autres symptômes du mal. (*Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1853. Heft. 1, s. 63.)

De l'éthérisation dans la folie, par M. Morel (de Maréville).

Le mémoire de M. Morel est destiné à faire connaître les ressources que le médecin expert et le praticien peuvent tirer de l'éthérisation comme procédé d'investigation médico-légale et comme élément de diagnostic dans des cas de folie incontestable, mais de forme indécise.

Après avoir résumé les principales difficultés que rencontre l'expert dans la simulation de l'idiotie, de l'imbécillité, de la surdi-mutité, de la stupeur, de l'excitation maniaque, — ou même en dehors de l'aliénation mentale, dans la simulation d'infirmités ou de maladies ordinaires, l'auteur rapporte quelques exemples de ces causes multiples d'erreurs, et il passe en revue les moyens employés dans ces derniers temps pour déjouer la supercherie, cautérisation, usage de l'opium, ruses diverses, etc. L'éthérisation portée au point d'enlever le jugement, la réflexion, la volonté, sans anéantir totalement les facultés intellectuelles, lui a paru le meilleur, le plus innocent et le plus prompt moyen d'arracher des aveux, d'obtenir des sujets des actes propres à dévoiler la simulation. On regrettera que l'auteur n'ait pas raconté plus longuement les expériences qu'il a faites sur ce sujet.

En dehors de l'expertise médico-légale et des effets thérapeutiques, M. Morel regarde l'éthérisation comme un précieux moyen d'étudier d'une manière plus approfondie certains états intellectuels qui ne se révèlent pas toujours dans les paroles et les actes

de l'aliéné, et il en rapporte plusieurs exemples dignes de remarque. (*Arch. gén. de Méd.*, fév. 1854.)

Inhalations de chloroforme dans la coqueluche, par M. Fleetwood Churchill.

Dans un ouvrage publié, il y a trois ans, ayant pour sujet l'étude des maladies de l'enfance, M. H. Fleetwood Churchill a fait connaître les bons effets obtenus par l'emploi des inhalations d'éther sulfurique dans la coqueluche; il a exposé récemment les résultats obtenus au moyen des inhalations de vapeur de chloroforme dans la même affection. L'administration de cet agent thérapeutique rencontre quelques difficultés chez les enfants; il est d'abord assez rare d'être prévenu de l'imminence d'un accès, puis les petits malades ont une grande répugnance à permettre l'application d'un appareil quelconque sur la bouche pendant les accès de toux. Quand les vapeurs de chloroforme sont bien aspirées, le soulagement obtenu est considérable et immédiat. L'auteur rapporte l'histoire abrégée de quatre malades chez lesquels l'amélioration fut obtenue ainsi. La toux diminuait d'intensité, mais la maladie mettait en général plusieurs semaines avant de disparaître complétement.

M. Churchill fait respirer au petit malade, au moment où les premiers signes d'un accès de toux se manifestent, la vapeur d'une trentaine de gouttes de chloroforme versées dans le creux de la main. (*Journ. füer Kinderkrankheit.*, 1854, liv. 1-2, p. 121.)

Bons effets de l'extrait d'aconit à haute dose dans le traitement des névralgies faciales périodiques, par M. Aran.

M. Aran a essayé, au moyen de l'extrait d'aconit, de guérir certaines névralgies faciales périodiques. Ces essais auraient été couronnés de succès. Le médicament est donné à dose très élevée; on commence par 0gr.,40 d'extrait d'aconit en huit pilules de 5 centigrammes chaque, et l'on peut atteindre progressivement douze pilules, c'est-à-dire 0gr.,60. Le rédacteur du *Bulletin* ajoute une remarque importante : c'est qu'il y aurait grand danger à administrer l'extrait d'aconit à une dose aussi élevée que l'a fait M. Aran, si cet extrait était bien préparé et jouissait, par conséquent, d'une activité convenable; on ne devrait pas débuter par une dose supérieure à 0gr.,10, en augmentant graduellement et avec prudence. Deux faits sont cités dans cet article : le premier montre une guérison rapide de la névralgie; dans le second, les douleurs névralgiques avaient diminué d'intensité, sans disparaître complétement. Cette médication nouvelle, que l'auteur ne cherche pas à substituer au quinquina, pourra peut-être servir utilement dans ces névralgies rebelles, si douloureuses pour les malades, et qui échappent si souvent à l'influence de la thérapeutique. (*Bull. génér. de thérap.*, vol. XLVI, 2e livr., p. 84.)

De l'emploi du sel marin dans les fièvres intermittentes, par le docteur Willemin.

Le 27 janvier 1852, M. Piorry lisait à l'Académie de médecine de Paris un rapport sur un mémoire de M. Scelle-Montdézert ayant pour sujet le traitement des fièvres intermittentes par le chlorure de sodium. En 1851, l'*Union médicale* publiait une note de M. Larivière sur l'action du chlorure de sodium sur les fièvres endémiques d'Algérie. Cette médication, suivant M. Hammerschmidt, de Vienne, serait même employée depuis longtemps avec succès en Hongrie. M. Willemin publie dans la *Gazette médicale de Strasbourg* le résumé d'observations faites à Damas. Le médicament était administré à la dose de 15 grammes dans 200 grammes environ d'eau commune. Sur 26 malades fiévreux que notre confrère a pu examiner avec soin, il a vu la fièvre disparaître 12 fois après une ou deux doses de sel marin, 6 fois après trois doses; 1 malade fut guéri et 1 autre amélioré après quatre doses, et 2 guéris après dix doses du médicament; chez 4 malades le traitement échoua complétement. L'auteur conclut en reconnaissant au sel marin une propriété fébrifuge. (*Gazette médicale de Strasbourg*, janvier 1854.)

Pertes séminales nocturnes traitées avec succès par l'emploi de la digitaline, par le docteur Laroche.

MM. L. Corvisart et Brughmans ont publié des faits destinés à prouver l'efficacité des granules de digitaline contre les pertes séminales. M. Laroche nous fait connaître un fait de ce genre. Le malade, jeune homme de dix-huit ans, faisait remonter à deux mois le début de l'altération de sa santé; depuis vingt jours, les pollutions n'avaient pas fait défaut une seule nuit; les forces étaient anéanties, l'appétit était nul. Trois granules de digitaline de 1 milligramme chaque furent administrés. Sous l'influence de ce traitement, les pollutions ne reparurent plus qu'à des intervalles éloignés, et enfin cessèrent complétement à partir du trentième jour de traitement, qui fut continué pendant quarante-cinq jours. Cinq mois après, M. Laroche n'avait pas revu ce jeune homme et croyait à la persistance de la guérison. (*Bulletin général de thérapeutique*, vol. XLVI, 2e livr., p. 78, janvier 1854.)

Des signes stéthoscopiques du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur, et spécialement du bruit de souffle au second temps, par le docteur Hérard.

Depuis Laennec, peu de sujets ont provoqué plus de discussions, d'expériences cliniques et physiologiques que le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur; il suffit de se rappeler les travaux de Hope, de MM. Beau, Gendrin, Fauvel, et, dans ces derniers temps, de M. Surmay. Pour Laennec, l'auscultation permettait d'entendre dans cette lésion un bruit de souffle au deuxième temps. MM. Gendrin, Fauvel et Beau, et enfin la plupart des auteurs modernes contestèrent l'opinion de Laennec, et, pour eux, dans cette lésion, le bruit de souffle existait au premier temps. M. le docteur Hérard a soumis à un nouvel examen cette question déjà si débattue; expériences physiologiques, cliniques, et raisonnements théoriques sont discutés avec soin dans un excellent mémoire que l'auteur lui-même a résumé par les propositions suivantes :

1° Le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche du cœur peut déterminer un bruit de souffle au premier temps (systolique), un bruit de souffle un peu avant le premier temps (présystolique), ou enfin un bruit de souffle au second temps (diastolique). Dans quelques circonstances, surtout chez les vieillards, il ne donne lieu à aucun bruit anormal;

2° Les bruits de souffle que détermine le rétrécissement sont loin de se montrer avec une égale fréquence. Autant les murmures diastoliques sont rares, autant les bruits de souffle présystoliques sont communs;

3° Les bruits de souffle systoliques à la pointe du cœur, que beaucoup d'auteurs rapportent à l'insuffisance mitrale, sont produits par le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche;

4° L'insuffisance mitrale, comparée à tort à l'insuffisance aortique, ne paraît pas, dans l'immense majorité des cas, susceptible de déterminer un bruit de souffle;

5° Le fait incontestable de bruits de souffle diastoliques liés au rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche démontre que, dans l'état physiologique, le sang pénètre au second temps dans les ventricules;

6° Cette pénétration du sang dans les ventricules au second temps est encore prouvée par les vivisections pratiquées sur les animaux, rapprochées d'observations d'ectopie du cœur chez l'homme, et par quelques expériences physiologiques;

7° La théorie des mouvements du cœur qui reconnaît à la fois la dilatation des ventricules au second temps, et l'énergie de contraction des oreillettes, s'accorde seule avec les faits cliniques et les expérimentations physiologiques. Cette théorie n'est autre que la *théorie de Haller*, autrement dit la *théorie ancienne pure*. (*Archives gén. de méd.*, février 1854, p. 165.)

Terminaison de la pleurésie chronique par fistules pleurocutanée et pleurobronchique.

Un journal de Londres, le *Medical Times and Gazette*, publie fréquemment une série d'observations destinées à éclairer un point quelconque de la médecine pratique. Dans une suite de numéros qui viennent de paraître, ce journal communique l'histoire de quarante-six observations de pleurésie. Le but principal de cette publication est l'étude de la marche et des terminaisons de la maladie ; aussi trouve-t-on dans ce travail, qui contient plus de faits que de théories, de précieux renseignements sur plusieurs questions importantes. Dans l'impossibilité où nous nous trouvons d'exposer, même succinctement, l'analyse de quarante-six observations, nous en avons choisi quelques unes qui nous ont semblé mériter le plus l'attention des lecteurs. L'histoire de ces faits cliniques, tous observés dans les établissements publics de charité, à Londres, a été presque toujours tracée d'après des notes fournies par les médecins aux soins desquels les malades étaient confiés.

Empyème ; fistule pleurocutanée. Un enfant âgé de huit ans entra le 2 février 1852 à l'hôpital Saint-Barthélemy, dans le service de M. Stanley. Quelques mois avant son entrée à l'hôpital, l'enfant avait été atteint de vives douleurs dans le côté gauche du thorax ; depuis lors il était resté souffrant. Quelques semaines seulement avant d'être d'être soumis à l'examen des médecins, on avait vu une tumeur se manifester en avant du côté gauche de la poitrine, entre la cinquième et la sixième côte ; cette tumeur s'ouvrit spontanément et donna écoulement à une grande quantité de pus. A l'hôpital Saint-Barthélemy, on reconnut l'existence de cette ouverture anormale ; un stylet introduit pénétra à une profondeur de 3 ou 4 pouces. Tout ce côté du thorax était immobile ; par la percussion, on constatait une matité complète dans ses trois quarts inférieurs, et, dans la même étendue, l'absence du murmure respiratoire. L'ouverture siégeait entre la cinquième et la sixième côtes, sur le trajet d'une ligne verticale passant par le mamelon, et donnait issue à un liquide abondant séro-purulent. La santé générale de l'enfant paraissait avoir très peu souffert ; son appétit était bon, son embonpoint assez bien conservé. Comme la chirurgie ne pouvait entreprendre rien d'utile pour ce petit malade, M. Stanley se contenta d'ordonner un régime réparateur. Pendant plusieurs semaines que le malade passa à l'hôpital Saint-Barthélemy, sa santé parut s'améliorer. Malheureusement, on n'eut aucun renseignement sur son état après l'époque de sa sortie de l'hôpital.

Des faits de ce genre ne sont pas très rares dans la science, on en trouvera un certain nombre d'indiqués dans l'excellente thèse de M. Oulmont sur la pleurésie chronique (Paris, 1844, p. 58), et dans le *Traité des maladies chroniques de l'appareil respiratoire* de M. Bricheteau (Paris, 1852, p. 442), et enfin dans le quatrième volume de la *Clinique médicale* de M. Andral.

Empyème partiel; fistule pleurocutanée et fistule pleurobronchique ; pneumothorax. Expectoration purulente abondante ; guérison. Un homme de cinquante-deux ans, garçon de magasin, étant occupé à changer de place un sac de farine, glissa, tomba sur le sol, le fardeau tombant en partie sur lui. Immédiatement après cet accident, une douleur assez vive apparut dans le côté gauche du thorax, persista, et s'accompagna, au bout de trois jours, de frissons violents. Le docteur Bentley, qui vit le malade à cette époque, ne put trouver aucun signe de lésion locale thoracique. On appliqua dix sangsues sur le point douloureux. Cinq jours après son début, la maladie était caractérisée par de la fièvre, de la dyspnée, et tous les signes physiques d'une pleuropneumonie. On eut recours à la saignée générale, aux préparations antimoniales et à un vésicatoire. Sous l'influence de ce traitement, l'état du malade s'améliora graduellement, mais au bout d'un mois l'état fébrile reparut et persista avec des paroxysmes à intervalles irréguliers; simultanément on vit une tumeur molle, fluctuante, se développer à la partie inférieure du côté gauche du thorax. Au moyen de la percussion, on reconnaissait facilement que l'épanchement n'était pas libre dans la plèvre. M. Poland pratiqua l'ouverture de cette tumeur; il n'en sortit qu'un peu de pus ; l'écoulement demeura aussi peu abondant les jours suivants, puis la plaie se referma d'elle-même. Le malade accusa alors de la dyspnée, de la douleur dans le thorax, et trois ou quatre jours après on vit une expectoration abondante de pus se manifester. L'auscultation et la percussion firent reconnaître l'existence d'un épanchement liquide et gazeux dans la plèvre. Pendant un mois l'expectoration purulente continua, allant graduellement en diminuant ; enfin le malade quitta le dispensaire, guéri, deux mois après l'accident. M. Peacock eut l'occasion de voir cet homme un an plus tard ; il trouva une rétraction de tout le côté malade ; la respiration s'entendait dans toute son étendue, mais plus faible que du côté opposé.

Ce fait offre beaucoup d'intérêt, eu égard surtout à la marche rapide de la maladie ; cette prompte guérison vient à l'appui de ce qu'écrit M. Oulmont (*loc. cit.*, p. 60) : « Quand l'empyème a été pratiqué ou que l'ouverture au dehors s'est effectuée spontanément, on voit quelquefois une ouverture dans les bronches se faire ultérieurement ; dans ce cas, dit-il, il semble que la perforation pulmonaire vienne en aide à la nature. » MM. Pezerat (*Journ. complém. des sc. méd.*, v. XXXIII), Reybard (*Gaz. méd.*, p. 353, 1841), ont rapporté des faits de ce genre. Malheureusement l'établissement de la fistule pleurobronchique n'est pas toujours, à beaucoup près, le résultat de cette force intelligente que l'on suppose souvent gratuitement. Le malade succombe ; la thèse de M. Oulmont (p. 35) et M. Andral (*Clin. méd.*) nous en ont fait connaître des exemples.

Le travail que nous analysons nous présente quelques observations très intéressantes que nous mentionnerons seulement. Ce sont plusieurs cas de pleurésie chronique avec fistule pleurobronchique terminés par guérison. (*Medical Times and Gazette*, janvier et février 1854.)

Abcès de la région de l'épaule ouvert dans le poumon. Guérison, par le docteur GUENTHER.

J. R., palefrenier, âgé de cinquante et un ans, fut atteint, le 31 mai 1853, d'une pleuropneumonie du côté droit, guérie rapidement au moyen de plusieurs émissions sanguines générales, de nitre, etc. Au commencement de juin, après la guérison de sa pneumonie, R. accusa des douleurs rhumatismales vagues, puis il vit se développer graduellement dans le dos, entre le bord de l'omoplate et le rachis, vers le sommet de l'omoplate, et près de la clavicule, une tumeur très douloureuse. Les applications topiques d'un liniment mercuriel d'ammoniaque et de camphre, et enfin ioduré, ne produisit aucune amélioration ; la tumeur grossit graduellement, et le 26 juin elle occupait l'espace compris entre les épines vertébrales et la moitié de la fosse sous-épineuse, la fosse sus-épineuse jusqu'à la base de l'acromion ; en haut elle atteignait la clavicule, et, en bas, l'angle inférieur de l'omoplate ; elle avait ainsi près de huit pouces de hauteur, sur quatre à cinq de largeur. La tumeur offrait une fluctuation profonde ; les contractions des muscles qui la recouvraient étaient distinctement perçues par la main appliquée à la surface des téguments. La douleur éprouvée par le malade était vive et s'étendait à l'épaule et au bras ; du reste, l'état général du sujet était assez bon, l'appétit développé. L'application d'emplâtres résolutifs de teinture d'iode n'apporta aucun changement dans le volume de la tumeur ; loin de là, son volume s'accrut encore, et la fluctuation était perçue plus distinctement. Le 25 juillet, le malade fut tourmenté par une toux sèche, qui s'accompagna, dans la journée du 26, d'une expectoration de pus, assez abondante pour remplir une assiette à soupe. L'auscultation et la percussion ne faisaient reconnaître l'existence d'aucune collection purulente dans le poumon ; on entendait seulement, çà et là, des râles sibilants et sous-crépitants. L'abcès du dos était flasque et affaissé sur lui-même ; l'oreille, appliquée à sa surface, entendait un râle caverneux et une pectoriloquie très prononcée. Le malade était très affaibli. On administra de l'acétate de plomb, de l'eau de laurier-cerise et de l'opium. Pendant les deux jours suivants, le malade rejeta par la toux une quantité de pus égale au premier jour. Une compression fut exercée au moyen d'un bandage sur la tumeur ; chaque fois que cette compression était renouvelée et augmentée, l'expectoration purulente était plus abondante. Au

commencement d'août, la toux avait presque cessé ; l'abcès était revenu sur lui-même. Le 21 août, on cessa la compression ; vers le milieu de septembre, le malade était si bien rétabli qu'il pouvait reprendre ses occupations. (*Deutsche Klinik*, 1854, n° 7, p. 74.)

VIII.

BIBLIOGRAPHIE.

Cours théorique et clinique de pathologie interne et de thérapie médicale, par M. GINTRAC, professeur de clinique interne et directeur de l'École de médecine de Bordeaux, etc.

L'auteur de ce livre est un des médecins les plus distingués et le plus justement honorés du midi de la France. Après avoir parcouru une longue et brillante carrière de praticien et d'érudit, il s'est mis à rassembler tous les matériaux qu'il avait patiemment amassés au lit du malade ou dans le silence du cabinet, et il a entrepris d'en élever un monument à la science, *exegit monumentum*.

En effet, ce ne sont pas là les communications d'un praticien offrant au public médical les résultats de son observation et les acquisitions de son expérience : c'est un ouvrage didactique, qui a pour objet de présenter le bilan de la science d'une manière aussi complète que possible, et dont les trois volumes que nous venons de lire ne sont, en quelque sorte, que l'introduction.

Un plan aussi considérable échappe à l'analyse, et le premier devoir de la critique est de rendre un hommage profondément sympathique au médecin à qui les exigences d'une vaste pratique, les devoirs du professorat, les honneurs de la profession ont pu laisser les loisirs et la sérénité d'esprit nécessaires pour accomplir une pareille tâche.

Nous essaierons cependant de donner une idée du *Cours de pathologie interne et de thérapie médicale*, et d'apprécier l'esprit qui a présidé à cette œuvre, importante à beaucoup d'égards.

Le premier volume renferme des généralités philosophiques et historiques sur la médecine, son origine, les bases de la médecine (art et science), ses progrès, son degré de certitude ; un précis de bionomie ; un traité de pathologie générale.

La partie capitale de ce volume est le précis de *Bionomie*, ou *Tableau sommaire des phénomènes et des lois de l'organisme, comme introduction à l'étude pathologique de l'homme*. Riche collection de matériaux de toutes sortes, érudition pleine de discernement, aperçus ingénieux ou élevés, rapprochements importants et quelquefois nouveaux, tel est le caractère général de cette première partie. Mais au milieu de ces chapitres d'anatomie générale, de physiologie, d'hygiène et de philosophie, coordonnés avec art et écrits avec élégance, nous pouvons déjà nous rendre compte de ce qu'est l'auteur, sinon de l'école à laquelle il appartient, chose assez difficile à définir.

Vitaliste, comme le sont à Paris les disciples de Bayle et de Laënnec ; organicien, comme le sont les esprits éclairés à Montpellier ; statisticien quand il faut l'être ; rattachant, à la manière de Bichat, l'anatomie générale à la médecine ; écrivant la pathologie générale comme M. Chomel, l'honorable professeur de l'École de Bordeaux n'appartient, à vrai dire, à aucune école, ou plutôt, empruntant une qualification fort usitée dans un autre milieu que le nôtre, nous dirons volontiers qu'il appartient à l'*école du bon sens* ; et ce que, à une certaine liberté d'esprit, à une absence de parti pris dans la forme et dans le fond, son livre perd en caractère, nous n'avons aucune peine à exprimer qu'il le gagne en sagesse. En effet, ayant voulu consigner dans cet ouvrage le bilan de la science médicale actuelle, l'auteur, pour s'en faire le représentant exact, devait lui emprunter ce qu'elle a d'indécis et d'incomplet ; car, si jamais notre science n'a été aussi riche qu'aujourd'hui en matériaux acquis et en moyens puissants d'investigation, jamais aussi elle n'a accepté avec plus de complaisance ce qui lui manquait, ni attendu de l'avenir avec plus d'abnégation ce qu'elle a besoin d'acquérir.

Cependant, auprès de ce que nous louons, il nous faut signaler un côté que nous dirons le côté faible du *Cours de pathologie interne*. Ce qui, seul, donne la vie à un livre de ce genre (nous ne parlons pas ici des œuvres d'invention), c'est la critique : chacun peut raconter ce qu'il a observé, et coordonner tant bien que mal les matériaux qu'il a rassemblés ; mais critiquer, c'est-à-dire comparer, juger, choisir, écarter, voici ce que tout le monde ne peut pas faire, mais voici ce que nous devions attendre de la haute expérience et de l'esprit distingué de M. Gintrac. Malheureusement notre attente a été trompée, en quelque chose au moins ; et, sous ce rapport, nous oserons dire à l'honorable écrivain qu'il nous paraît avoir manqué à ce qui lui était un droit et un devoir : un droit, car nulle autorité n'est plus compétente que la sienne ; un devoir, car noblesse oblige. Mais que ce soit l'effet d'une modestie exagérée et vraiment inopportune, ou d'un esprit général de bienveillance, il est de fait que l'opinion de l'auteur reste le plus souvent indécise au milieu des citations opposées qu'il reproduit ; et l'on ne pénètre pas toujours si son silence est un témoignage d'acquiescement ou n'a pour objet que de lui épargner une contradiction. Aussi les meilleurs chapitres semblent-ils incomplets : on attend que l'auteur entre en scène ; mais il s'efface alors qu'on désirerait le plus l'interroger, et procure ainsi à son lecteur de véritables désappointements.

Mais poursuivons notre analyse.

Le deuxième volume commence l'histoire des maladies *en général*.

L'auteur étudie d'abord les lésions congénitales et les monstruosités, puis les lésions mécaniques (pour mémoire) et chimiques ; puis il aborde les lésions vitales ou organiques, et commence cette longue histoire par les affections ou états morbides élémentaires, hypersthénie, hyposthénie, périodicité, altérations du sang, et enfin les diathèses, les congestions et les inflammations. Tel est le sommaire du second volume.

Il faut avouer qu'il y a quelque chose d'ingrat dans ces sortes de cadres à remplir, où l'on prétend faire entrer toute la pathologie ou plutôt tous les prolégomènes de la pathologie. D'abord on est exposé à rapprocher les sujets les plus dissemblables, comme ce chapitre de toxicologie entre un chapitre de tératologie et une dissertation sur l'hypersthénie, etc. Ensuite, il est difficile d'intéresser beaucoup le lecteur à des sujets tels que l'hypersthénie, l'asthénie, la congestion, considérées d'une manière générale et abstraite. On a reproché à la littérature médicale contemporaine de n'être représentée que par des monographies ; mais c'est qu'il y a entre les monographies et la plupart des sujets de pathologie générale la différence qui existe entre le fait et l'abstraction, et si l'esprit aime à rapprocher les idées générales des faits auxquels elles s'appliquent, d'un autre côté, il accepte moins volontiers les idées générales et abstraites, en dehors des faits eux-mêmes. Nous nous empressons d'ajouter que l'auteur apporte dans ces chapitres les qualités qui y sont le plus nécessaires, c'est une grande clarté de langage et une recherche sévère des termes précis et des définitions exactes, ce qui veut dire qu'il laisse dans l'esprit du lecteur des idées aussi nettes que le comporte le sujet.

Cependant une grande partie de ce volume est consacrée à un sujet qu'il ne faut pas confondre avec les précédents, ce sont les diathèses. Il est impossible de comprendre les maladies chroniques et de les traiter, sans faire une large part aux diathèses. Et si la pathologie, comme la thérapeutique des maladies chroniques, est si imparfaite, n'est-ce pas parce que nous ne savons que des choses fort incomplètes sur les diathèses? M. Gintrac l'a compris ainsi, et a écrit un excellent chapitre sur les diathèses *polygéniques*, scrofuleuse, syphilitique, arthritique, herpétique et cancéreuse. Quant aux diathèses *monogéniques*, ou qui ne produisent qu'un seul genre d'affection, le nombre en est indéterminé ; « chaque maladie susceptible de se généraliser est comme en droit d'avoir la sienne. »

A mesure que nous avançons dans l'ouvrage de M. Gintrac, nous nous rapprochons d'études plus pratiques et plus intéressantes.

Le troisième volume comprend les hémorrhagies, les flux, les lésions organiques, les névroses et les fièvres. Cependant nous re-

trouvons encore ici les inconvénients inhérents à tout arrangement nosologique, la classification philosophique des maladies étant un des côtés les plus imparfaits de notre science. C'est ainsi que l'auteur passe successivement en revue, dans l'ordre des flux, les conditions pathologiques les plus disparates, les hydropisies, les flux purulents, pyogénie, infection purulente et diathèse purulente, les pneumatoses ou flux gazeux. Les affections catarrhales (flux muqueux) comprennent à peine quelques pages ; l'auteur en renvoie l'étude à la pathologie spéciale. Il est vrai que le catarrhe pulmonaire, résumant à lui seul presque toutes les affections de ce genre, trouvera naturellement sa place au chapitre des maladies de l'appareil respiratoire. Cependant nous aurions amé à trouver, dès à présent, l'exposition des idées générales de l'auteur sur ce sujet important, important surtout en ceci, qu'il se trouve, en quelques uns de ses points, sur la limite de la physiologie et de la pathologie.

Le chapitre des lésions organiques, étudié avec beaucoup de soin, complète l'histoire des diathèses dessinée dans le volume précédent.

Mais ce qui devait attirer surtout notre attention, c'est l'histoire des fièvres.

C'est, si nous ne nous trompons, d'après la manière dont est comprise et présentée l'histoire des fièvres, que l'on cherche à définir le caractère d'un livre et le génie de son auteur. Or ce sujet nous réservait ici, nous devons l'avouer, quelque étonnement.

Dans la plupart des classifications, dit M. Gintrac, les fièvres symptomatiques sont confondues avec celles que l'on peut encore nommer essentielles. Et l'auteur, n'admettant comme essentielles que la fièvre éphémère, la fièvre synoque et les fièvres intermittentes, renvoie : les fièvres éruptives aux maladies de la peau, la fièvre typhoïde aux maladies de l'intestin, la fièvre ataxique aux maladies du système nerveux, la fièvre jaune aux affections des voies digestives, le typhus aux altérations du sang, la peste aux altérations du sang et des ganglions lymphatiques.

Voici donc la grande question des fièvres jugée par cette seule classification nosologique ; et n'est-il pas singulier, alors que l'auteur n'a pas craint, dans le plan de son livre, de réunir dans un même ordre, ainsi que nous le signalions tout à l'heure, les états pathologiques les plus dissemblables, de le voir séparer ainsi, tranchant d'un coup la plus grande question de conformité pathologique, des maladies que l'esprit, en dépit de l'anatomie pathologique, ne peut s'empêcher d'embrasser en un même faisceau, ces grandes maladies épidémiques que des conditions de climats et de causes semblent isoler bien plutôt que leurs caractères propres et essentiels ?

Ce sujet est trop grave, et l'autorité de M. Gintrac est pour nous trop considérable, pour que nous nous hasardions à donner précisément à ces remarques le caractère d'une critique. Une seule observation rendra clairement ce que nous voudrions exprimer : c'est que cette distribution nosologique qui nous vient de Bordeaux, née au sein même des émanations, pour ainsi dire, de l'école de Montpellier, nous ne savons guère, à Paris, qui eût osé en endosser la responsabilité. Hâtons-nous d'ajouter que le savant professeur a une autorité suffisante pour couvrir tout ce qui sort de sa plume, et qu'il saura bien justifier sans doute, et par d'excellentes raisons, le parti qu'il a pris carrément dans cette question des fièvres. Aussi attendons-nous avec impatience la continuation de ce vaste ouvrage. Les monographies qui le compléteront seront ici l'objet d'une appréciation attentive. Le nom de M. Gintrac et l'importance de son œuvre nous en font un double devoir. Quant aux observations que nous avons ajoutées à ce compte rendu, l'honorable écrivain n'y doit voir que le témoignage même de la profonde estime que nous professons et pour ses œuvres et pour leur auteur.

Docteur Durand-Fardel.

Manuel d'accouchements à l'usage des médecins et des étudiants, par le docteur J. Mair. Erlangen, 1854, 288 pages. (*Geburtshilflich-praktisches Vade-mecum*, von Dr J. Mair.)

Ce manuel comprend, sous un petit volume, une analyse brève et assez complète de tout ce qui a trait à l'art des accouchements. Ainsi, à l'étude proprement dite de la grossesse à ses diverses périodes, depuis la conception jusqu'à la naissance du fœtus, M. J. Mair a annexé l'exposition des accidents principaux qui peuvent se manifester avant ou après l'accouchement, en indiquant chaque fois les prescriptions thérapeutiques à remplir. Ce n'est point là un ouvrage original : le titre l'annonce au lecteur ; et, comme tel, il échappe à une longue analyse. Nous mentionnerons cependant certaines opinions professées en Allemagne, et que les accoucheurs français rejettent complétement. On sait l'usage presque abusif fait par Kiwisch de la sonde utérine. J. Mair, tout en restreignant beaucoup son emploi, croit néanmoins qu'on peut y avoir recours dans quelques cas, comme moyen propre à éclairer sur le diagnostic de la grossesse. C'est une opinion qui ne trouvera peut-être pas un seul partisan en France. Elle appartient à un ancien professeur d'accouchements, Kiwisch (de Prague), dont le nom et l'autorité scientifique sont connus de tous les praticiens allemands. A côté de ces opinions hypothétiques, presque dangereuses, que nous voudrions voir bannies d'un manuel destiné à des étudiants, nous rencontrons d'autres propositions contestables au point de vue scientifique : ainsi la grossesse extra-utérine ovarienne est admise sans discussion. La cause de l'œdème des femmes grosses et des accidents éclamptiques est rapportée par l'auteur à une congestion mécanique des reins, et, dans un grand nombre de cas, à une véritable néphrite albumineuse. La théorie allemande de l'urémie, déjà connue des lecteurs de la *Gazette hebdomadaire*, rend compte, aux yeux de l'auteur, de l'apparition des accidents convulsifs. A côté de ces légères imperfections, que nous croyons plus importantes à relever dans un ouvrage élémentaire et pratique que dans un traité scientifique, nous sommes heureux de signaler des descriptions exactes, des indications sages et utiles ; nous regrettons cependant que M. Mair n'ait pas fait figurer, à côté des Scanzoni, V. Siebold, Nægele, Kiwisch, etc., les noms de MM. P. Dubois, Cazeaux, Jacquemier, Depaul, enfin ceux de nos compatriotes dont les recherches sont souvent analysées dans le Manuel, sans que l'auteur en rapporte l'honneur à qui de droit. C'est là un reproche que méritent rarement les auteurs allemands, et que nos confrères d'outre-Rhin pourraient nous adresser souvent à juste titre.

Formulaire (*Receptirkunst*), par le docteur W. Artus. Braunschweig, 1854, 238 pages.

Formulaire (*Taschenbuch der chemischen Receptirkunst*), par le docteur Fr. Mohr, 1854, 166 pages.

Ces deux ouvrages, conçus sur un plan différent, peuvent être réunis dans une notice commune. Le Formulaire du docteur W. Artus est un travail complet, intéressant. On y trouve, à côté des notions pratiques essentielles au médecin praticien, des renseignements sur la composition chimique des différents médicaments. Nous regrettons seulement que l'auteur ait systématiquement, pour ainsi dire, banni de son ouvrage toute indication sur leur valeur thérapeutique. M. le docteur Mohr a eu pour but principal de fournir au médecin des indications sur la composition chimique et les diverses réactions que les substances médicamenteuses administrées peuvent exercer l'une sur l'autre. Signalons encore dans le travail du docteur Artus des notions utiles, même pour un médecin étranger, sur les formules usitées en Allemagne. Dans cet ouvrage, pour les médicaments dangereux, les doses ordinairement nécessaires pour obtenir un effet thérapeutique sont données avec soin. C'est un ouvrage utile, entrepris sur un bon plan et bien exécuté.

L.

IX.

VARIÉTÉS.

Le *Moniteur universel* rend compte, dans les termes suivants, de la visite que LL. MM. l'Empereur et l'Impératrice ont faite au nouvel hôpital des enfants, et dont nous avons parlé dans notre numéro du 10 de ce mois :

« Toute la population du faubourg, rangée sur deux lignes, depuis les boulevards jusqu'à l'hôpital, et se pressant aux fenêtres ou montée sur les toits, attendait Leurs Majestés, qui ont été saluées avec enthousiasme par cette foule, émue et reconnaissante de la sollicitude de l'Impératrice pour les enfants des pauvres.

» M. le ministre de l'intérieur, M. le préfet de la Seine et M. le préfet de police, accompagnés du directeur général de l'administration intérieure, du secrétaire général de la préfecture, du directeur général de l'assistance publique, des membres de la commission de surveillance des hospices, du maire et des adjoints du 8e arrondissement, du clergé de la paroisse, des fonctionnaires, des médecins et des sœurs attachés à l'hôpital, ont reçu Leurs Majestés.

» M. le préfet de la Seine a exposé en peu de mots, à S. M. l'Impératrice, que le nouvel hôpital contient 425 lits d'enfants de deux à quatorze ans; qu'il est ainsi la réalisation complète, quoique provisoire, du vœu exprimé par Sa Majesté; que l'édifice n'a pas le caractère de grandeur que la ville aurait aimé à donner tout d'abord à une fondation charitable placée sous le patronage de l'Impératrice; mais que, néanmoins, il renferme tout ce qui est nécessaire pour assurer les soins convenables aux jeunes protégés de Sa Majesté, jusqu'à ce qu'il soit possible de leur ouvrir un asile plus digne de porter son auguste nom.

» Les salles des malades, les dortoirs, les réfectoires, la lingerie, la pharmacie, la cuisine, ont été visités par Leurs Majestés. L'Impératrice, entourée des sœurs de la charité, qu'elle charmait par son affabilité et sa bienveillance, s'est fait rendre compte des moindres détails. Elle a examiné le linge, les vêtements, la literie; elle a voulu connaître l'ordre et les procédés suivis pour tout le service de ce vaste établissement. »

Nous ajouterons quelques mots au récit du *Moniteur* :

Un peu avant la fin de cette visite, M. Paul Dubois, doyen de la Faculté, ayant appelé l'attention de l'Empereur sur les services depuis longtemps rendus par M. Marjolin, chirurgien de cet hôpital, l'Empereur demanda à le voir; et M. P. Dubois le lui ayant indiqué, Sa Majesté s'approcha de lui et lui dit : « Je sais, monsieur, que vous êtes le fils d'un homme » célèbre, et que vous portez très dignement le nom qu'il vous a légué. » Je sais aussi que vous vous êtes déjà distingué par de longs et utiles » services dans cet hôpital; je suis heureux de vous en récompenser en » vous accordant la décoration de la Légion d'honneur. »

M. Davenne, directeur général de l'assistance publique, a présenté ensuite à l'Empereur MM. Barthez, Bouchut et Legendre, médecins de l'hôpital. Il a rappelé à Sa Majesté qu'à l'occasion de sa dernière visite à l'Hôtel-Dieu, elle avait bien voulu récompenser le mérite et les travaux de M. Bouchut en le nommant chevalier de la Légion d'honneur, et, par une transition naturelle, il lui a signalé le mérite solide et modeste de M. Legendre. L'Empereur a paru entendre cet éloge avec un bienveillant intérêt, et nous aimons à penser que c'est un premier pas fait vers le but que se proposait sans doute M. Davenne. Presque aussitôt M. Paupert, directeur de l'hôpital, et qui compte de longues années de service dans l'administration, a été présenté à l'Empereur par M. Frémy, directeur au ministère de l'intérieur, et par M. Fouché-Lepelletier, député au Corps législatif, et ancien membre du conseil de l'assistance publique. Sa Majesté a décoré M. Paupert.

Nous reviendrons prochainement sur la création de ce nouvel hôpital d'enfants.

— Le jury de concours pour la nomination à trois places de médecins vacantes au bureau central, est ainsi composé : MM. Bourdon, Monneret, Nonat, Rostan, Pelletan de Kinkelin, Denonvilliers, Guersant, titulaires; Tardieu, Velpeau, suppléants.

Choléra. — Nous donnons ci-après le mouvement des malades atteints du choléra dans les hôpitaux, jusques et y compris la journée d'hier, 15 mars. En rapprochant cette situation de celle que nous avons donnée dans notre n° 23, on verra qu'il y a eu 53 cas nouveaux.

Situation au 15 mars.

Cas traités dans les hôpitaux . . .		1077
Sorties	529	1028
Décès	499	
Reste.		49

Sur ces 49 malades on compte 17 hommes et 32 femmes.

Il est à remarquer que sur 59 cas qui se sont déclarés depuis un mois à l'intérieur, 52 cas appartiennent à la Charité.

— Le 13 de ce mois, un service a été célébré à l'église Saint-Sulpice, à l'occasion de l'anniversaire de la mort d'Orfila. Un grand nombre de médecins assistaient à la cérémonie.

— M. Scrive, d'abord désigné comme chef du service médical de l'avant-garde du corps expéditionnaire d'Orient, est nommé chef du service médical de toute l'armée.

— M. Michel Lévy vient d'être présenté par le conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, pour la place devenue vacante dans ce conseil. M. Lévy a obtenu, au premier tour de scrutin, 10 voix sur 18.

X.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Abeille médicale. — N° 7. Cliniques et revues.

Archives générales de médecine. — Mars. Sur la structure intime des tubercules, par *Mandl.* — Mémoire pour servir à l'histoire du rhumatisme articulaire aigu, par *J. Cossy.* — Sur la tumeur lacrymale, par *Béraud.*

Bulletin général de thérapeutique. — 28 février. Sur quelques succédanés du quinquina, par *Delioux.* — Varicocèle chez la femme, et son traitement, par *Morpain.* — Sur l'huile de proto-iodure de fer, par *Deschamps.*

Gazette des hopitaux. — Nos 25 à 29. Une femme peut-elle accoucher sans le savoir? Oui. — Maladies du sein et de la région mammaire, par *Vidal* (de Cassis). — Métastases des oreillons sur les testicules, par *Carlier.* — Cliniques et revues.

Gazette médicale de Paris. — N° 9. Sur les fistules pulmonaires cutanées, par *Bouchut* (Voir *Gazette hebdomad.*, n° 4, p. 49).

Moniteur des hopitaux. — Nos 25 à 29. Du perchlorure de fer sous la forme médicamenteuse, par *Thierry.* — Traitement des déviations utérines par le pessaire intra-utérin et par le pessaire de caoutchouc vulcanisé, par *Gariel.* — Cliniques et revues.

Presse médicale. — N° 9. Cliniques et revues.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. — N° 5. Glace dans les lésions traumatiques de la tête, par *Baudens.* — Amygdalotome fonctionnant à l'aide d'une seule main, par *Maisonneuve* et *Blatin.* — Traitement du choléra par les vapeurs sulfureuses, par *Canoble.* — Cause du choléra. Emploi des alcooliques, par *Suley.*

Revue médicale, française et étrangère. — 28 février. Sur le fongus de l'urètre chez la femme, par *Pétrequin* et *Chatin.* — Expériences sur la vision, par *Dépigny.* — Traitement des prétendues névralgies du col de la vessie, et de l'inflammation de la prostrate, par *Guillon.*

Revue médico-chirurgicale de Paris. — Février. Kystes du jarret, par *Foucher.* — Fistules osseuses interstitielles, par *Chassaignac.* — Luxation en avant de la phalangette du pouce, par *Sirus-Pirondi.*

Union médicale. — Nos 25 à 29. Médication thermale de Vichy contre les maladies de matrice, par *Durand-Fardel.* — Difficulté de déceler l'albumine dans l'urine, par *Bonnet* (de Poitiers). — Nitrate d'argent et sulfate de cuivre dans les maladies des yeux, par *Rouault.* — Grossesse compliquée d'accidents graves de maladies du cœur, par *Icard.*

Gazette médicale de Lyon. — Février. Essais d'inoculation lacto-variolique tentés comme moyen de suppléer au défaut ou à l'impuissance du vaccin, par le doct. *Bossu.* — Observations d'hystérie chez l'homme, par le docteur *Taulier.*

Gazette médicale de Strasbourg. — N° 2. Vice congénital du cœur, cause de la mort peu après la naissance, par *Stolz.* — Cliniques.

Gazette médicale de Toulouse. — Février. Cystite blennorrhagique, par *Videt.* — Blessure de l'artère cubitale, guérie par le perchlorure de fer, par *Collongues.*—Sur l'anesthésie locale, par *Augé.*

Revue thérapeutique du Midi. — N° 4. Fièvres intermittentes guéries par la saignée du pied au début de l'accès, par *Bruguier.*

Annales d'oculistique (Belgique). — 28 février 1854. Exploration de la rétine et des milieux de l'œil au moyen d'un nouvel ophthalmoscope, par *Anagdostakis* (d'Athènes). — Du larmoiement, par *Desmarres.* — Tumeur de l'orbite; œil chassé de sa place; os détruits; mort, par *Hubsch.* — Tumeur lipomateuse de la conjonctive oculaire, par *Kranka.*

Annales médicales de la Flandre occidentale. — 4e livraison. Du diabète sucré, par *Pellarin.* — De l'eau de Pagliari et du perchlorure de fer liquide, par *Lesueur.* — Paraplégies essentielles, par *Macario.*

Gazette médicale de Liége. — N° 4. Perforation intestinale dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, par *Lombard.*

Adolph Henke Zeitschrift f. d. Staatsarzneikunde fortges. v. Fr.-J. Behrend. — 34e année, 1854, 1er cah. Sur les ouvriers le plus exposés à l'empoisonnement par les combinaisons du plomb, et sur les ressources de la police médicale sous ce rapport, par *J. Birnbaum.* — La bière, considérée au point de vue de la police médicale, par *Bernhard Ritter.* — L'infanticide et la législation moderne, par *de Hasselberg.* — Statistique du suicide, par *Krugelstein.*

Allgemeine medicin Central-Zeitung, v. Posner. — N° 13. La cautérisation transcurrente avec l'acide nitrique comme médication abortive de la mastite, par *Blaschko.* — N° 14. Sur l'engourdissement des animaux en hiver et la production du sucre dans l'organisme, par *Müller*, d'Altona. — Nos 15 et 16. Perte passagère et partielle de la vue après une esquinancie, par *Paasch*, à Berlin. — N° 17. Les bains des sources salées de Schmalkalden, par *Horstmann.* — N° 18. La dycrasie stéatomateuse ou cholestéatomateuse. — N° 19 et 20. Les eaux minérales de Toscane.

Deutsche Klinik. — N° 7. Stricture inflammatoire de l'œsophage. Abcès rhumatismal à l'épaule s'ouvrant dans le poumon; guérison, par *Günther.* — Guérison d'une fistule vésico-vaginale, par *Brandes.* — N° 8. Examen de l'urine pour résoudre des problèmes physiologiques et cliniques, par *Falk*, à Marbourg. — Extraction d'une balle à mousquet de la mandibule inférieure, par *Uhde.* — Corpuscule mobile dans

l'articulation du genou, par *le même*. — Désarticulation de la cuisse, par *le même*. — Clinique de Brunswick. Paralysie partielle du nerf trijumeau et du nerf optique, avec développement de glaucome, par *Rorig*. — Sur l'état sanitaire de Nicaragua, par *Bernhard*. — N° 9. Nouveau principe pour le traitement des maladies des articulations, par *G. Ross* (d'Altona). — Formule pour le phosphate de chaux, par *Kuechenmeister*. — L'apoplexie sanguine et l'ophthalmoscope, par *Schauenburg* (de Bonn). — N° 10. Communications pratiques : 1° conception sans l'introduction de la verge ; 2° délivrance sous les efforts apparents de la défécation ; 3° guérison spontanée de l'hydrocèle, par le doct. *Roebbelen*. — Communications provenant de l'hôpital de la ville de *Koenigsberg* (Prusse). Atropine, par *Lange*.

Deutsche Zeitschrift fuer die Staatsarzneikunde, etc., par Schneider, Schürmayer et Knolz, sous la rédaction de Sigm. A.-J. Schneider). — Nouvelle série, vol. III, 1er cah. Erlangen, 1854. La gangrène nosocomiale, par *W.-C. de Neufville*. — L'inoculation du vaccin préserve-t-elle de la varioloïde? par le docteur *C. Kissel* (suite). — Les genres de mort subites, considérées sous le point de vue de la médecine légale, par le prof. *Blosfeld*.

Journal f. Kinderkrankheiten, par Fr.-J. Behrend et dr A. Hildebrand. — 11e année, cah. 11 et 12, Erlangen, 1853. Le chloroforme contre la chorée, et le traitement de cette affection par le nitrate d'argent, par *C. Nieberg*. — Remarques sur le traitement des enfants malades, par un médecin de Berlin pratiquant depuis cinquante ans.— Causes prédisposantes et occasionnelles de l'hydrocéphale aiguë, par *Jos. Bierbaum*. — 1854, 12e année, cah. 1 et 2. L'action de la santonine chez les enfants, et la coloration qu'elle donne à l'urine. Action diurétique de l'urée, par le prof. *Mauthner*, de Vienne. — Rapport sur l'hôpital des enfants du docteur Hauner, à Munich (août, septembre et octobre 1853), par *Emile Gessele*.

Medicinische Zeitung herausgeg. v. d. Vereine f. Heilkunde in Preussen. — N° 7. Le crétinisme sur les bords du Rhin, par le docteur *Erlenmeyer*, à Bendorf.—N° 8. Cas de rage, par *Menke*, de Pyrmont. — Épilepsie occasionnée par la blessure d'un doigt, par Muller.— N° 9. Recherches ozonométriques sur l'air de Berlin pendant le mois de novembre 1853, et sur le choléra de la même année, par *A. Schultz*.— Suites de l'influence prolongée de la chaleur sur les parties du corps, par *Sinogowitz*. — Pseudo-arthrose d'un épileptique, guérie par l'usage externe de la teinture d'iode, par *de Leuw*. — N° 10. Rapport sur la fièvre jaune qui a régné, en 1851, à Paramaribo (Surinam). — Manie par suite de la cessation d'une otorrhée, par *Linden*.

Monatsschrift f. Geburtskunde u. Frauenkrankheiten, publié par Busch, etc. — IIIe vol., 1er cah., 1854. — Grossesse tubaire, par *C. Schwabe*. — Sur l'arrière-faix, par *A. Clemens*. — Sur le placenta prævia, etc. par *Holst* (suite). — 2e cah. Sur l'application du forceps sur la tête, retenue après la sortie du tronc, par le prof. doct. *Piers Uso Walter* (de Dorpat). — Trente-septième rapport annuel sur l'établissement d'accouchement de l'Académie de Dresde, par le prof. *Greuser*.

Neue medic.-chirurg. Zeitung (de Munich). — 1854, nos 1 à 4. Analyse des travaux sur l'anatomie comparée, la physiologie, la pathologie, la microscopie, la thérapeutique, par *Bernard*. — Nos 5, 6, 7. Analyse des écrits traitant la thérapeutique spéciale, par *Friedrich*; et la pharmacologie, par *le même*. — N° 8. Fin de l'analyse sur la pharmacologie et analyse des écrits sur la balnéologie.

Schmidt's Jahrbuecher f. d. ges. Medicin, v. Richter and Winter. — Vol. LXXXI, année 1854, n° 3. Analyses et revues. — Nouveau traitement par la gymnastique, par *Richter*.

Wiener Medizinische Wochenschrift. — Nos 2, 3, 4, 5. Rapport sur la clinique médic. du docteur Frerichs de Breslau (suite et fin). — Tuberculose des glandules mésentériales et des vers intestinaux, par *Lederer* (fin). — Lithotritie avec urémie ; guérison, par *Ivanchich*. — Le mouvement visible du sang dans l'œil humain, par le docteur *E. Jaeger*, de Vienne. — N° 6. Lettres iatrochimiques, par *Kletzinsky*. — Nos 7 et 8. Maladies de l'articulation coxo-fémorale, par *Lorinser* (de Vienne). — Épidémie de fièvre intermittente à Cracovie (août-décembre 1853), par *Warschauer* (de Cracovie). — Les rapports entre les cellules de sang sans couleur et les cellules colorées dans les différents états de l'homme, par *Maleschott* (de Heidelberg).

Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Ærzte zu Wien, par F. Hebra. — 10e année, janv. 1er cahier, Vienne, 1854. Histoire et description du plus ancien des bassins jusqu'à présent connus, avec «dislocation de la dernière vertèbre lombaire en avant » (avec pl.), par *Joseph Spaeth*. — Sur une hémorrhagie particulière dans le gros intestin chez les nouveau-nés, par *Schuller*. — Arrêts de développement de l'œil humain, par *Stellwag de Carion*.

Association medical journal. — Nos 60 et 61. Sur les maladies épidémiques, par *Addison*. — De la syphilisation sur l'homme et les animaux, par *H. Lee*. — Induration du sommet du poumon avec dilatation des bronches, par *J. Bullar*. — Météorologie médicale d'Hippocrate, par *A. Haviland*. — Description d'un appareil (boîte) pour les observations sur l'ozone, par *C.-L. Prince*. — Cas de fracture spontanée, par *S.-T. Chadwick*. — Effets supposés de l'ergot de seigle, par *R.-U. West*.

Dublin medical Press. — N° 791 (1). Revues de Sociétés.

Medical circular. — Nos 59 et 60. Analyses et revues.

Medical Times and Gazette. — Nos 191 et 192. Bases du traitement du choléra, par *J. Snow*. — Épidémie de Newcastle ; études chimiques et microscopiques sur les déjections, par *J.-S. Pearse* et *Jeffery-A. Marston*. — Cas de mort subite par maladie du cœur, par *G. Mackay*. — Aphorismes et observations sur certaines maladies rares de l'œil, par *R. Wilde*. — Deux cas d'accouchement terminés par le forceps, par *F.-H. Ramsbotham*.

The Lancet. — N° 9. Traitement de la sciatique par l'huile de croton, par *H. Hancock*. — Extirpation de l'œil pour une affection maligne, par *G. Critchett*. — Nature et traitement de la spermatorrhée, par *J.-L. Milton*.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — Nos 7 et 8. De l'orthopédie, par *N. Petrali*. — Clinique de Fortunato Tansini. — Action hémostatique des sels à base de fer, par *C. Ruspini*. — Sur l'endocardite aiguë, par *F. Volta*. — Sur la hernie cérébrale antérieure et postérieure, par *P. Vannoni*. — Chorée électrique, par *G. Morganti*. — Cure de l'anévrysme par l'injection de l'acétate de fer, par *F. Lussana*. — Iode et brome dans quelques eaux minérales, par *J. Pini*.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — Nos 8 et 9 (2). Préparations mercurielles dans le croup, par *Levrat Perroton*. — Observation de maladie cutanée, par *G. Ardissone*.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — Nos 7, 8 et 9. Fièvres avec tendance à la dissolution, par Bellini. — Cas de diabète sucré, par *Mantegazza Paolo*. — Sur la topographie médico-civile, par *Rinaud*. — Expulsion par les selles d'une longue épingle avalée, par *Scalvanti*. — Composition de la chair musculaire chez divers vertébrés, par *S. Capezzuoli*.

Il filiatre sebezio. — Février. Statistique médicale de l'hôpital *della Pace*, par *del Giudice*. — Fièvre périodique compliquée de calcul rénal, par *de Santis*.—Procédé de Dupuytren, modifié, contre le prolapsus du rectum, par *Posta*.

Giornale delle scienze mediche della reale Accademia medico-chirurgica (Torino). — Nos 3 et 4. Statistique de l'asile d'aliénés de Turin, du 1er nov. 1852 au 1er janvier 1854, par *Porporati*.

Il Progresso (Genova). — N° 2. Les crochets pointus doivent être proscrits de la pratique obstétricale, par *G. de Buzzoni*.

El Heraldo medico. — Nos 74 à 78. Du choléra-morbus. Nouvelles extraites de divers journaux (il paraît que des cas non douteux de choléra se sont montrés dans plusieurs provinces). — Nécessité d'exposer en public les cadavres dont on ignore l'état civil, par *Mendez Alvaro*. De l'opium dans le choléra, par M. *Villalva*. — Deux ulcères vénériens indurés à six ans d'intervalle, chez le même individu, suivis d'accidents constitutionnels, par *J. Mollinedo*. — Si l'on doit se confier à la nature pour l'expulsion des secondines, par *A. Galvez*. — Phthisie tuberculeuse guérie par l'homœopathie, par *J. de Alarcon y Salcedo*. — Analyse chimique des eaux minérales de Marmolejo, par *F. Orti y Criado*. — Sur l'histoire pathologique et le traitement du choléra, par *D. Sanchez* et *M. Elena*.

El Porvenir medico. — Nos 63 à 66. De la péritonite, par *V. Moreno y Lopez*. — Influence de la lumière sur le système nerveux, par *Sanchez y Rubio*. — Nature, contagionabilité et origine miasmatique du choléra, par *D.-A.-J. y Corella*.

El Siglo medico. — Nos 8 et 9. Maladie de Bright ; guérison par le traitement tonique, par *A. de Grazia y Alvarez*. — Sur le choléra (réponse à un précédent article du même journal), par M. *de Gongora*. — Remarques de syndesmologie, par *Martinez y Molina*. — Application de l'électricité à la médecine, par *Nieto*. — Falsification du sulfate de quinine, par *Carlos Ferrari*. — Épidémie typhoïde de Villafranca, par *V.-T. y Molees*.

La Cronica de los Hospitales. — N° 4. Arthrite aiguë de l'articulation fémoro-tibiale ; passage à l'état chronique ; amputation ; guérison, par *R.-E. Morales*.

Livres nouveaux.

Choléra-morbus. Guide du médecin praticien dans la connaissance et le traitement de cette maladie ; suivi d'un dictionnaire de thérapeutique appliquée au choléra-morbus, et d'un formulaire spécial, par le docteur *Fabre*. Paris, chez G. Baillière. 1 vol. in-8 de VIII-376 pages. 5 fr.

Des fièvres intermittentes miasmatiques ou légitimes, de leur nature et de leur traitement ; nouvelle théorie de l'intermittence, par le docteur *L.-L. Masurel* (de Lille). In-8 de 128 pages. Paris, G. Baillière. 1 fr. 50

Des Métamorphoses de la Syphilis. Recherches sur le diagnostic des maladies que la syphilis peut simuler, et sur la syphilis à l'état latent, par le docteur *Prosper Yvaren*. 1 vol. in-8 de 600 pages. Paris, chez J.-B. Baillière. 7 fr. 50

Mémoire sur le traitement des fractures non réunies, et des difformités des os ; par le docteur *D. Brainard*. In-8 de 72 pages avec 10 fig. Paris, chez J.-B. Baillière. 3 fr.

Mémoires sur plusieurs réactions chimiques qui intéressent l'hygiène des cités populeuses, par M. *E. Chevreul*. In-8° de 40 pages. Paris, chez Mme Bouchard-Huzard.

Quelques mots sur l'utérus (sa forme, ses nerfs), thèse pour le doctorat, soutenue le 25 avril 1853, par *C.-F.-J. Boullard*, prosecteur de la Faculté, etc. In-4 de 36 p. et 1 planche.

Recherches expérimentales sur la végétation, par M. *Georges Ville*. 1 vol. gr. in-4° cartonné, de 138 pages avec figures dans le texte et 2 planches gravées en taille-douce. 25 fr.

Traité de physiologie comparée des animaux domestiques, par *G. Colin*, chef du service d'anat. et de physiol. à l'école impér. vétér. d'Alfort. Tome Ier, de 676 p., avec 57 fig. 9 fr.

Die Electricitaet in ihrer Anwendung auf practische Medicin (*L'électricité appliquée à la médecine*), par M. *Meyer*. In-8, Berlin. 4 fr.

Die Pathologie und Therapie der Gehirn Krankheiten (*Maladies du cerveau*), par *R. Leubuscher*. 1re partie, in-8°, Berlin. 4 fr.

Klinik der Unterleibs-Krankheiten (*Maladies abdominales*), par *E. Henoch*. t. II, in-8, Berlin. 7 fr.

A Clinical Introduction to the Practice of Auscultation, and other Modes of Physical Diagnosis in Diseases of the Lungs and Heart, par *H.-M. Hughes*. in-8. 8 fr.

Elements of Psychology, par *T.-D. Morell*. 1re partie, in-8. 10 fr.

Glycerine in the Treatment of Deafness with Cases, par *T. Wakley*. in-8. 4 fr.

On indigestion and certain Bilious Disorders often conjoined with it, par *G.-G. Child*. In-8. 8 fr.

Pathology of the Human Eye, par *J. Dalrymple*. In-4, *pl. color.*, relié en demi-maroquin. 250 fr.

Physiological Researches into the Causes of Nervous Debility. In-8. 5 fr. 50

Reports on Epidemic Cholera, drawn up at the desire of the Cholera Commettee of the Royal College of Physicians, par *W. Baly* et *W. Gull*. In-8. 21 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

(1) Le n° 790 de *Dublin medical Press* ne nous est pas parvenu.

(2) Les nos 6 et 7 de la *Gazz. medica* (Stati Sardi) ne nous sont pas parvenus.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER :
Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX :
A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
DE VICTOR MASSON
Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.
ON S'ABONNE
chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 24 MARS 1854. N° 25.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 23 mars 1854.

LE CHLOROFORME DEVANT LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

(Voir les numéros 4, 5, 8 et 23.)

Nous nous sommes engagé à présenter quelques remarques au sujet de la seconde partie du rapport de M. Robert sur les anesthésiques, et des conclusions adoptées par la Société de chirurgie. Il serait sans utilité pour la science d'initier le lecteur à certains malentendus qui ont embrouillé et un peu aigri la discussion. Ce sont affaires d'intérieur où le public n'est pas intéressé. Au contraire, il importe beaucoup de savoir comment a été vidée, au sein d'une Société aussi compétente, l'une des plus graves questions de pratique chirurgicale. Après un rapport tel que celui de M. Robert, où les éléments principaux de la question avaient été posés, discutés, soumis à de nouvelles expériences; après une discussion des plus brillantes et des plus longues, on devait s'attendre à un résultat important. Mais, il faut bien le dire, l'attente a été trompée; et ce qui est sorti du débat est loin d'être en rapport avec les labeurs de l'enfantement. C'est sans doute la faute de circonstances accidentelles, du renvoi trop fréquent des conclusions au rapporteur, d'une longue succession d'incidents, de la fatigue universelle, etc. Heureusement le rapport subsiste, l'opinion de la Société sur les points litigieux s'est fait jour par la controverse, et l'enseignement qu'on en peut tirer n'en a pas moins d'autorité pour n'être pas suffisamment résumé dans la formule finale.

On a lu, dans notre dernier numéro (p. 364), les *quatorze* conclusions de M. Robert. *Indè mali labes.* Ces quatorze propositions, dont la dernière se subdivisait encore en cinq, ressortaient, il est vrai, de l'ensemble du rapport; mais faute de s'en tenir à une reproduction ferme et nette des termes essentiels de la question, elles offraient au vote une surface vague, indécise, où l'opinion n'osait pas se fixer. M. Robert, qui en était déjà à son second rapport, et conséquemment à ses secondes conclusions, dut se condamner à une troisième rédaction, laquelle fut encore amendée au

FEUILLETON.

Le chiffonnier-médecin (1).

En 1847, alors que je rédigeais la *Gazette des hôpitaux*, j'eus connaissance d'un fait assez singulier, dont je rendis compte de la manière suivante : « On raconte qu'un de nos romanciers, voulant étudier les mœurs, le langage et la vie les classes les plus infimes de la société, allait souvent, au milieu de la nuit, dans les repaires de la Cité et les tavernes immondes du marché des Innocents. Chaussé de souliers éculés, coiffé d'une casquette de loutre et vêtu d'une blouse sans couleur et d'un pantalon impossible, il pouvait, sans trahir sa position sociale, s'asseoir sur les bancs de bois, vider son verre, et faire tout à son aise ses études et ses observations.

« Une nuit, en pénétrant dans un de ces antres, il aperçut, au milieu de la salle et gravement assis devant une table, un homme à la figure hâve et amaigrie, mais au regard perçant et intelligent : cet homme était un chiffonnier. A la lueur d'une chandelle fichée dans le goulot d'une bouteille et placée à la gauche de cet être mystérieux, l'écrivain vit successivement s'approcher de la table, des femmes, des enfants et des hommes dont les vêtements déguenillés et bizarres trahissaient à la fois la misère et le métier. A chacun d'eux le chiffonnier adressait des demandes, tâtait le pouls, examinait la langue, et, selon la gravité du mal, le condamnait au repos ou lui donnait une ordonnance écrite sur un morceau de papier qu'il tirait de sa hotte. Le romancier intrigué au dernier point et voulant poursuivre ses aventures jusqu'au bout, s'approcha à son tour, et, après un court interrogatoire, reçut l'ordonnance suivante : « Pour te guérir de » ta maladie, il faudrait partager nos misères et te mêler aux luttes san- » glantes qui éclatent quelquefois parmi nous. — Gu..., d.-m. p. »

» La rencontre était bizarre, et l'homme de lettres dont l'imagination était ardente, entrevit tout à coup dans cette existence ainsi métamorphosée un sujet magnifique de roman, et crut avoir rencontré la mine féconde où M. Eugène Süe avait récolté tant de renommée. Il attendit à la porte du tapis-franc, et quand, après ses consultations, l'Esculape chiffonnier parut la hotte sur l'épaule et le crochet à la main, le romancier s'approcha de lui, et lui demanda si le rôle qu'il venait de lui voir jouer n'était pas un reste de ces vieilles et bizarres franchises dont jouissaient jadis les truands et les ribauds du moyen âge.

(1) Nous empruntons ce curieux récit au journal L'ILLUSTRATION.

dernier moment ; et, en fin de compte, la Société s'en est tenue aux propositions suivantes.

1° L'inhalation du chloroforme peut déterminer des accidents graves et la mort, lors même que cet agent est pur et administré par des mains habiles : mais les cas avérés de ce genre sont rares et tout à fait exceptionnels si on les compare aux observations innombrables qui attestent les bienfaits de l'anesthésie.

2° L'examen attentif des observations a démontré que, lorsque la mort survient, elle ne doit pas toujours être attribuée au chloroforme exclusivement et qu'elle peut dépendre aussi d'autres causes diverses.

On le voit aisément, ces conclusions ne sont ni très neuves, ni très instructives. Elles signifient simplement que le chloroforme inhalé peut tuer, soit directement, soit avec l'aide de circonstances accessoires. Une fois admis ce système de laconisme, nous ne le trouvons pas encore assez rigoureux, et nous comprenons qu'un certain nombre de membres aient demandé la suppression de la seconde conclusion ; car dire que la mort doit être parfois attribuée à des *causes diverses*, qu'on ne spécifie pas, c'est trop ou c'est trop peu. C'est trop, parce que c'est inutile ; c'est trop peu, parce que rien ne serait plus nécessaire que d'apprendre au praticien quelles sont les conditions qui l'exposent à voir le malade mourir entre ses mains. Ni dans l'une, ni dans l'autre des conclusions, on ne voit trace de ce qui avait le plus heureusement caractérisé le rapport et la discussion ; à savoir la conception scientifique des accidents produits par le chloroforme, et, comme conséquence immédiate, la détermination rationnelle des moyens de les prévenir ou d'y remédier. La société avait été à peu près unanime pour rapporter la mort à un double mécanisme, le mécanisme de la syncope et celui de l'asphyxie. Et même, à y regarder de près, la syncope seule peut être, quant à présent, acceptée comme constitutive du genre de mort qui est propre au chloroforme. L'asphyxie, en effet, quand elle a lieu, paraît dépendre de circonstances étrangères à l'action particulière et spécifique de la vapeur inhalée. Ou l'appareil est appliqué trop hermétiquement sur l'entrée des voies aériennes ; ou le mélange gazeux ne contient pas une assez forte proportion d'air ; ou encore, comme l'a pensé M. Maisonneuve, le sujet, après une contraction spasmodique de la glotte qui a suspendu quelque temps la respiration, appelle tout à coup une grande quantité de chloroforme dans un poumon qui ne contient plus d'oxygène. Dans tous ces cas, ce n'est pas l'agent anesthésique qui asphyxie directement, mais bien l'absence du fluide atmosphérique. La syncope, au contraire, est l'effet propre, immédiat, de l'action du chloroforme sur le cœur, ou sur les nerfs qui président à ses mouvements. C'est donc la syncope qui est le caractère essentiel de ce genre de mort. Quant à la *sidération* admise par M. Robert, elle s'est évanouie dans la discussion, et c'est encore à la syncope que M. Robert lui-même l'a ramenée, comme on a pu le voir dans la cinquième conclusion, ainsi conçue : « Dans les cas où la mort a lieu exceptionnellement, elle a lieu par syncope. *La cessation des battements du cœur est quelquefois tellement soudaine, qu'elle constitue une véritable sidération.* »

Puique cette vue large et en apparence satisfaisante avait dominé la discussion, puisqu'elle lui avait donné sa couleur et son originalité, c'était elle qu'il fallait consacrer en tête des conclusions. Il fallait poser ce principe, que *le genre de mort propre aux inhalations chloroformiques est la mort par syncope ;* après quoi, et subsidiairement, eût été signalée cette cause auxiliaire, mais très puissante, d'accidents : *l'asphyxie*. Les deux grandes données théoriques de la question ainsi établies, il était aisé d'en faire découler des préceptes clairs et simples de pratique. Deux propositions eussent formulé les moyens de prévenir ou de faire cesser la syncope, les moyens de prévenir ou de faire cesser l'asphyxie. Cette manière de procéder eût été nette, méthodique, rationnelle, utile surtout en traçant aux chirurgiens une règle de conduite. Or, toutes ces données, théoriques et pratiques, étaient implicitement contenues dans les conclusions de M. Robert. On aurait pu les en dégager sans trop d'efforts ; au lieu de cela, on les a supprimées. Sous prétexte d'exubérance, on a coupé l'arbre au lieu de l'émonder. Nous venons de voir ce qui est résulté de ce procédé expéditif.

Nous aurions bien à présenter, au sujet du rapport lui-même, quelques remarques de détail ; mais elles pourraient sembler de mince importance après la critique générale que nous venons de nous permettre. Nous tenons à le dire encore une fois, l'œuvre de la Société de chirurgie ne sera pas tuée par ses conclusions. Elle a fini, elle aussi, par une sorte de syncope, presque de sidération ; mais elle n'en a pas moins laissé à la science et à l'art des enseignements précieux.

A. Dechambre.

Nous avons la douleur d'annoncer que l'état de M. le professeur Roux ne laisse plus aucun espoir.

— » Nullement, répondit le chiffonnier, je suis bel et bien docteur en médecine de la Faculté de Paris ; mon diplôme est enregistré à la préfecture et au greffe du tribunal civil de la Seine : j'ai satisfait à toutes les prescriptions de la loi.

» Et, laissant errer un sourire sur ses lèvres :

— » Je suis, peut-être, dit-il, le médecin de Paris qui voit le plus de malades.

» Mais, comme s'il eût craint de se laisser entraîner par le charme de quelque confidence, il s'éloigna tout en promenant autour de lui sa lanterne à l'aide de laquelle il aperçut un chiffon qu'il crocheta de manière à faire regretter qu'il n'employât point son adresse aux opérations chirurgicales. »

Depuis l'époque où j'écrivais ces lignes, je n'avais plus entendu parler du médecin chiffonnier, quand je reçus, il y a quelque temps, une lettre signée d'un nom que je ne pus lire, mais accompagné de la formule d.-m. p. : mon correspondant, n'osant, me disait-il, ni se présenter chez moi ni me recevoir chez lui, me priait, en invoquant notre confraternité, de me trouver à un rendez-vous qu'il m'indiquait dans un cabaret de la barrière de Fontainebleau.

Je m'y rendis.

Notre rencontre devait avoir lieu dans un de ces cafés borgnes dont sont peuplées les barrières de Paris, et dans lesquels le bas peuple, enivré par un liquide sans nom, rêve de tous les vices et de toutes les dépravations.

Malgré la répugnance que dut m'inspirer un pareil bouge, j'entrai résolûment, et tout aussitôt le maître du logis, prévenu sans doute de ma visite, me conduisit dans une arrière-boutique, où j'aperçus, accoudé à une table, un homme dont la tête blanchie par l'âge avait quelque chose de noble malgré les haillons qui le couvraient.

Au bruit de mes pas cet homme se leva, et, après m'avoir salué avec une courtoisie à laquelle j'étais loin de m'attendre, il me désigna un escabeau en face de celui qu'il venait de quitter.

Le cabaretier se retira, et quand nous fûmes seuls :

— Vous devez maintenant, me dit-il, comprendre et excuser le sentiment de convenance qui m'a empêché d'aller moi-même chez vous.

L'étonnement où me plongeait cette aventure me dominait à ce point que je ne trouvai pas un mot à répondre.

Mon interlocuteur reprit :

— Quant à venir chez moi, la chose était impossible.

Et me montrant une hotte déposée dans un coin de la pièce :

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIMIE MÉDICALE.

Sur le dosage de l'arsenic dans les eaux minérales, par M. Rigout, préparateur de chimie à la faculté de médecine de Paris.

Depuis que M. Walchner a signalé la présence de l'arsenic dans certaines eaux minérales, l'attention des médecins et des chimistes s'est dirigée vers la recherche de ce puissant agent thérapeutique, que l'on a rencontré principalement dans les eaux ferrugineuses. Il y existe en quantité si petite que l'on est réduit, le plus souvent, à le rechercher non dans l'eau elle-même, mais dans les dépôts ocreux qui se forment autour de la source. La proportion d'arsenic que renferment ces dépôts étant connue, on peut calculer celle que renferme l'eau minérale, car il est bien permis de supposer que le rapport qui existe entre l'arsenic et le fer est le même dans le dépôt et dans l'eau. Le problème se réduit par conséquent à doser l'arsenic et le fer dans le dépôt, et à rapporter la quantité d'arsenic trouvée à la quantité de fer trouvée dans l'eau minérale elle-même. Nous croyons rendre service aux personnes qui s'occupent de ce genre de travaux en publiant le procédé qui nous a servi à faire cette analyse (1).

Voici comment nous avons opéré.

Une certaine quantité du dépôt ocreux a été digérée à chaud avec de l'acide chlorhydrique, jusqu'à ce que tout le fer fût dissous. Il faut éviter de faire bouillir la liqueur, car il pourrait se former et se volatiliser du chlorure d'arsenic. La liqueur ayant été filtrée, on y a fait passer, pendant qu'elle était encore chaude, un courant de gaz sulfureux bien lavé. Le fer s'est réduit au minimum. Après avoir soumis la liqueur à l'ébullition pour chasser l'excès d'acide sulfureux, on y a fait passer un courant d'acide sulfhydrique qui a donné un précipité de sulfure d'arsenic mélangé d'un peu de soufre. Ce précipité a été recueilli, lavé, puis dissous sur le filtre même par l'ammoniaque. La liqueur ammoniacale a été évaporée à siccité, et le résidu a été dissous dans l'acide nitrique auquel on a ajouté une très petite quantité de chlorate de potasse. Il s'est formé ainsi de l'acide arsénique. La liqueur acide, additionnée de quelques gouttes d'acide sulfurique pur, a été évaporée pour chasser une partie de l'acide nitrique et l'oxyde de chlore. Sursaturée par l'ammoniaque et traitée par le sulfate de magnésie, elle a fourni un précipité d'arséniate ammoniaco-magnésien qui a été recueilli sur un filtre et lavé à l'eau ammoniacale. Le poids de ce sel, parfaitement sec, a servi à calculer la proportion d'arsenic.

(1) Les recherches précédentes ont été faites au laboratoire de l'École de médecine, sous les yeux de M. le professeur Wurtz.

La solution renfermant le chlorure ferreux a été soumise à l'ébullition pour chasser l'excès d'hydrogène sulfuré. Après le refroidissement, elle a été mesurée exactement, et l'on a dosé le fer qu'elle renfermait à l'aide du permanganate de potasse (procédé Margueritte).

Cette méthode de dosage a été appliquée à l'analyse de l'eau minérale de Sentein (Ariége).

Cette eau est ferrugineuse et arsenicale. Sa densité a été trouvée de 1,0005 à 12°,4; 1000 parties de cette eau laissent un résidu de 0,4678, formé en grande partie par de l'hydrate de sesquioxyde de fer. Ce dépôt, analysé par M. Michel, à l'aide des procédés ordinaires, renfermait :

Hydrate de sesquioxyde de fer	1,221
Oxyde de manganèse	traces.
Chaux	0,085
Magnésie	0,018
Potasse	0,0238
Acide sulfurique	0,053
Acide carbonique	0,066
Acide arsénieux (1)	0,00101
	0,46781

L'acide carbonique qui figure dans cette analyse est celui qui est combiné à la chaux. Quant à l'acide carbonique, qui tient sans doute l'oxyde de fer en dissolution, il n'a pu être dosé parce qu'il s'était dégagé en grande partie, l'analyse ayant été faite loin de la source. Aussi le fer était-il contenu dans l'eau soumise à l'analyse à l'état d'hydrate de sesquioxyde qui formait au fond des bouteilles un dépôt ocreux. Le résultat le plus important de cette analyse, c'est que l'eau minérale de Sentein renferme par litre 0gr,00101, soit 1 milligramme, d'acide arsénieux.

PATHOLOGIE INTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

Emploi de l'eau de Pagliari dans l'hématémèse, par le docteur Lesueur.

Grâce surtout aux travaux de MM. Sédillot et Pravaz, l'attention publique est fixée sur les agents qui jouissent de la propriété de coaguler le sang. L'eau de Pagliari et le perchlorure de fer sont surtout à l'ordre du jour. Si la question spéciale du traitement des anévrysmes par un liquide coagulant semble rester suspendue, deux

(1) Voici les résultats de trois analyses :
Rapport de l'acide arsénieux à l'hydrate de sesquioxyde de fer $(Fe^2O^3)^2, 3HO$.

1re.	0,00479.
2e.	0,00419.
3e.	0,00469.
Moyenne.	0,00455.

— Les chiffonniers, dit-il, n'ont pas de chez eux ; quand la fatigue ou le sommeil les force au repos, ils trouvent, moyennant un sou, des bouges qui leur prêtent un peu de paille pendant quelques heures du jour ou de la nuit. Les aristocrates de la profession paient deux sous et ont un grabat.

Et laissant errer un rire sardonique sur ses lèvres :

— Ma clientèle n'est pas assez riche pour me permettre un pareil luxe.

Mais reprenant aussitôt son air grave :

— J'ai déjà, me dit-il, trop abusé du droit que me donne le titre de votre confrère en médecine ; j'arrive à l'objet de notre rendez-vous.

Après une courte pause, le chiffonnier reprit :

— Dans le malheur qui m'a conduit à la condition où vous me voyez, je n'ai compté qu'un ami. Son souvenir est la seule joie que le ciel m'ait conservée en ce monde : depuis quinze ans mon cœur n'en a pas connu de plus douce ni de plus consolante, et, à force de la savourer, j'en ai rêvé une plus grande encore, que vous seul pouvez m'aider à réaliser.— Je voudrais, avant de mourir, revoir cet ami, fût-ce même de loin.

Je promis à mon confrère le concours le plus actif, s'il me voulait indiquer le rôle qu'il me destinait.

— Les bibliomanes du monde, poursuivit-il avec un léger sourire, ne se tiennent qu'à grands frais au courant des livres qui paraissent ; pour moi, chez qui la fortune, en s'en allant, n'a pas éteint le goût de la lecture, je lis tous les papiers, manuscrits ou imprimés, qui tombent dans ma hotte. — Il y aurait un livre bien curieux à faire avec tous ces papiers, et jamais, je vous jure, la curiosité publique n'aurait été si largement satisfaite. — Mais n'importe, passons. — Un jour je crochetai une épreuve d'imprimerie, qui n'était autre qu'un fragment de votre *Annuaire médical de la France ;* j'eus ainsi connaissance de votre ouvrage, qui m'offrait les moyens de retrouver mon ami ; car à partir du jour où je m'armai du crochet et de la hotte du chiffonnier, je cessai de le voir, et la distance que j'avais mise entre lui et moi me fit perdre ses traces.

Le chiffonnier me dit alors le nom de son ami, qui, comme lui et moi, était docteur en médecine, et qui devait, par conséquent, s'il vivait encore, se trouver inscrit sur mon Annuaire.

Je ne pouvais immédiatement satisfaire la curiosité de mon interlocuteur : il me fallait compulser des registres et des correspondances nombreuses pour arriver à quelque donnée positive.

Un nouveau rendez-vous était donc nécessaire.

— Venez chez moi, lui dis-je ; la maison du médecin est comme celle de Dieu ; elle ne s'offense pas de la misère qui la visite.

autres applications continuent à subir le contrôle de l'expérience, et le subissent avec avantage pour la pratique. L'une concerne l'emploi des coagulants dans le traitement des varices; l'autre, l'administration des mêmes agents à l'intérieur comme anti-hémorrhagiques. Nous extrayons d'un mémoire de M. Lesueur (de Vimoutiers), intitulé : *De quelques nouvelles applications en thérapeutique de l'eau de Pagliari et du perchlorure de fer liquide*, la partie relative à l'emploi de l'eau de Pagliari dans l'*hématémèse* (1), et immédiatement après nous publions un mémoire de M. Chassaignac sur le traitement des tumeurs variqueuses par le perchlorure de fer. A. D.

L'occasion s'est offerte pour moi d'expérimenter dans des cas particuliers l'emploi de l'eau de Pagliari. Les résultats avantageux que j'en ai obtenus dans des hémorrhagies rebelles qui avaient épuisé toutes mes ressources thérapeutiques méritent, je crois, d'être connus. Sans doute les faits sont trop peu nombreux pour établir d'une manière rigoureuse la part que les deux médicaments ont eue dans la guérison de mes malades; mais les publier, c'est engager ceux qui en auraient rencontré de semblables à les faire connaître; c'est encourager les praticiens à les vérifier dans l'occasion.

Obs. Ire. — Le nommé S..., habitant la commune de Heurtevent, est un homme de cinquante-huit ans, d'une forte constitution et d'une bonne santé antérieure. Il s'occupait soit aux travaux de l'agriculture, soit à faire des cercles. Il passe pour sobre, mais il n'en fait pas moins une consommation d'eau-de-vie qui pourrait effrayer bien des gens. C'est l'habitude d'ailleurs, dans nos campagnes, de boire l'eau-de-vie de cidre par demi-verres, et même plus, et la bonne, comme on dit, doit peser de 24 à 25 (aréomètre Baumé). Il y a quelques mois, le malade fit une chute sur le côté gauche, à laquelle il attribue la cause de sa maladie. Cependant, la douleur qui en avait été le résultat s'était complétement dissipée depuis longtemps déjà, quand le malade, vers le commencement de juin 1853, fut tout à coup pris d'un vomissement de sang abondant. Un médecin fut appelé. Plusieurs saignées, des applications de sangsues, l'eau de Rabel, des préparations d'alun, rien enfin ne put, pendant quinze jours, arrêter les vomissements qui se renouvelaient plusieurs fois dans les vingt-quatre heures. Appelé à cette époque, je trouve un malade extrêmement faible, très pâle, les lèvres et les gencives complétement décolorées. Son pouls, à peine sensible, est très fréquent; le ventre est affaissé. Une douleur notable se manifeste sous la pression, à la région épigastrique, qui n'est le siége d'aucune tumeur sensible. On me présente du sang que le malade a vomi dans la journée même; il est noir, et la quantité peut être évaluée à 60 grammes; il en a aussi rendu par une selle. Cet homme me paraît mourant, et je crois devoir en prévenir la famille; cependant, je songe à essayer l'eau de Pagliari. Quelques jours auparavant, j'avais prié un pharmacien de me préparer cette eau. Toutes les heures, on donnera au malade une cuillerée ordinaire de la potion suivante :

(1) *Annales médicales de la Flandre occidentale*, 1854, 4e livr. — Le reste du travail est consacré aux ulcères des membres inférieurs et aux hémorrhagies externes.

Prenez : Eau distillée de tilleul. . .	200	gram.
Sirop de fleurs d'oranger. .	30	»
Eau de Pagliari	20	»

On lui fera prendre de temps en temps une ou deux cuillerées de bon bouillon de bœuf froid et un peu de vin de Bordeaux, coupé d'eau.

Deux jours se passent, et l'on vient me dire que le malade n'a pas eu de nouveaux vomissements. Je conseille de continuer le traitement.

Je revois ce malade quatre jours après ma première visite; je trouve son état bien moins alarmant. L'eau de Pagliari sera continuée encore quelques jours, mais on éloignera de plus en plus les cuillerées de la potion.

Enfin, les vomissements ne reparaissent plus, et, après une longue convalescence entravée par une anasarque due à l'appauvrissement du sang, notre malade s'est petit à petit rétabli, et jouit aujourd'hui d'une assez bonne santé.

Obs. II. — M. P..., habitant une commune voisine, est âgé de soixante-dix ans. Il a toujours fait abus de liqueurs fortes, et particulièrement d'eau-de-vie. Il a cependant toujours joui d'une bonne santé, si ce n'est depuis un an environ. A cette époque, il fit une chute, se contusionna le côté, et depuis lors sa santé était restée mauvaise. Il vaquait à ses affaires, mais il manquait d'appétit, se plaignait d'étourdissement et de maux de tête. Dans les premiers jours d'août 1853, il fut pris de vomissements de sang : depuis huit jours ils se sont plusieurs fois renouvelés. Le dernier, quand je le vois, date de la veille au soir. Le malade a été saigné dans le début, on lui a fait prendre quelques astringents. Je trouve le malade très affaissé; le pouls est petit et fréquent, et les gencives et les lèvres sont pâles; douleur à la pression sur la région épigastrique, ventre ballonné. Le malade délire fréquemment. Je conseille l'eau de Pagliari, comme dans le cas précédent. Le médecin auquel je suis adjoint consent à essayer ce moyen, et, à partir de ce moment, aucun vomissement de sang ne reparaît. Après une convalescence assez longue, le malade finit par se rétablir.

Obs. III. — Pendant que je voyais le malade qui fait le sujet de l'observation qui précède, je fus appelé, dans un hameau voisin de Vimoutiers, auprès d'un homme de cinquante-cinq ans, qui avait eu depuis deux jours plusieurs vomissements de sang. Cet homme, d'une forte constitution, avait l'habitude de boire et de s'enivrer souvent. Quelques jours avant de vomir du sang, il avait ressenti dans le côté une douleur assez vive, en faisant un effort pour soulever un fardeau. Bien que la douleur eût disparu, le malade n'en considérait pas moins cet effort comme la cause de son vomissement. La région épigastrique est sensible à la pression, mais n'est le siége d'aucune tumeur. Le pouls conserve une certaine force et est sans fréquence. Le dernier vomissement de sang date de quelques heures; le malade a eu plusieurs selles sanguinolentes. — Prescription : régime sévère, boissons froides, acidulées. — Potion avec l'eau de Pagliari comme ci-dessus; une cuillerée toutes les heures.

Le malade prend deux potions semblables sans observer même la rigueur du régime prescrit, et cependant les vomissements ne reparaissent pas. Quelques jours d'un traitement incomplet ont suffi à cet homme pour qu'il reprît ses occupations ordinaires.

Dans les trois observations qui précèdent, la suppression de l'hématémèse a suivi de si près l'administration de l'eau de Pagliari, qu'il est vraiment difficile de refuser à ce médicament une grande

Et serrant affectueusement la main que je lui tendais :

— Oui, à bientôt, me dit-il, et mille fois merci; car je vous devrai la dernière et la plus grande joie de mon existence.

En m'éloignant, je pensai que si je n'étais point l'ami de cet homme, j'avais au moins gagné sa confiance.

Je ne me trompais pas.

Le médecin dont je m'étais chargé de retrouver les traces était mort depuis un an dans une petite ville de l'Orléanais, et je me fis un devoir de n'apprendre la fatale nouvelle au chiffonnier qu'avec les précautions et les ménagements qui sont dus au malheur.

Cette conduite fort simple me plaça si haut dans l'estime de mon visiteur, que, me tendant une main tremblante :

— Le ciel, me dit-il, m'épargne dans le dernier coup dont il me frappe; j'aurais pu apprendre la mort de mon ami par un morceau de papier tombé dans ma hotte... Ah! mon Dieu! merci de cette suprême commisération!!

Après que sa douleur fut un peu calmée et qu'il eut essuyé ses larmes avec un pan de sa blouse :

— Je veux vous prouver ma reconnaissance, me dit-il, en vous racontant ma vie. Le secret de ma chute est, avec ma hotte et mon crochet, la seule chose qui m'appartienne. Vous n'auriez que faire de mes instruments de travail, tandis que vous pourrez tirer une leçon profitable de mon histoire.

Certes le chiffonnier ne pouvait rien faire qui me fût plus agréable; il commença en ces termes :

« Pendant plus de dix ans j'ai exercé la médecine parmi l'aristocratie parisienne, et plus d'un de vos grands docteurs m'envierait aujourd'hui la position que j'occupais autrefois. Au nombre de mes clients les plus fidèles, je comptais un jeune ménage haut placé dans le monde par le nom et la fortune. La femme, nerveuse et délicate comme toutes les personnes élevées dans le luxe et dans l'air corrompu des salons, se plaignait souvent de pandiculations, de tiraillements et de soubresauts de tendons qui dégénéraient parfois en véritable crise nerveuse. Cet état, auquel les gens de sa maison étaient habitués, ne les effrayait p us et on ne réclamait mes soins que comme une sorte d'acquit de conscience.

» Un soir, alors que j'avais réuni quelques amis à ma table, on vint me chercher pour cette cliente, qui, me disait-on, avait sa crise nerveuse; plus préoccupé de ma société que je laissais que de la malade elle-même, je lui fis, selon mon habitude, inspirer l'éther sulfurique, et, voyant le calme se rétablir, je crus la crise calmée et me retirai, non

part dans la suspension de l'hémorrhagie. Il est bon de noter que, par une coïncidence assez bizarre, ces trois malades se sont rencontrés, presque en même temps, dans des conditions d'habitude presque semblables et ayant tous trois accusé, pour cause de leur maladie, un effort ou une chute dont le retentissement se serait manifesté, pour chacun d'eux, vers la région de l'estomac; car je suis loin de croire que l'eau de Pagliari doive réussir dans tous les cas d'hématémèse, quelles que soient la cause et la nature de cet accident.

La troisième observation présente encore une observation remarquable : le malade, au moment où je l'ai vu, avait le pouls assez fort pour qu'on se sentît disposé à pratiquer la saignée. Les bons effets que l'eau de Pagliari m'avait récemment donnés dans des conditions à peu près semblables m'engagèrent à remettre la saignée au moins au lendemain. Il y a lieu de croire que si la saignée eût été pratiquée, la convalescence du malade eût été beaucoup plus longue, et, soit dit en passant, je crois que généralement on abuse des émissions sanguines dans les hémorrhagies.

PATHOLOGIE EXTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

RÉSULTATS OBTENUS A L'HOPITAL SAINT-ANTOINE, PAR L'INJECTION DU PERCHLORURE DE FER DANS LES VEINES VARIQUEUSES, par le docteur CHASSAIGNAC.

Depuis les premiers jours d'octobre 1853, plusieurs malades, atteints de varices, ont été traités à l'hôpital Saint-Antoine par les injections de perchlorure de fer. L'intérêt actuel du sujet nous détermine à donner, dès à présent, le résumé des faits observés. Quand une question importante de pratique occupe les esprits, il est du devoir de chacun d'apporter les documents qu'il possède, alors même qu'ils ne seraient pas aussi complets qu'on pourrait le désirer.

Chez tous les malades, les injections ont été pratiquées sur la saphène interne.

Chez tous, la compression de la veine était établie au moyen de plusieurs tours de bande. On appliquait la bande le malade étant couché; on le faisait lever; il se tenait debout pendant quelques instants, puis on le faisait coucher de nouveau. On procédait à l'injection, et la bande n'était relâchée que d'une manière graduelle.

Toutes les piqûres ont été pansées avec l'amadou. Le membre était mis dans une gouttière. Le malade, reporté à son lit, devait garder l'immobilité la plus complète, et dans les seuls cas où il s'est manifesté un peu de sensibilité et de rougeur sur le trajet de la saphène, cette imminence d'inflammation s'est éteinte très promptement par l'action de quelques coups de scarificateur.

On a pris soin, dans tous les cas, de ne pousser l'injection qu'après avoir obtenu l'issue bien manifeste du sang veineux par la canule du trocart.

A la suite de plusieurs des piqûres, on a constaté la coagulation immédiate du sang dans l'ampoule veineuse; mais on s'est assuré que la prolongation de l'induration sur le trajet de la saphène, dans une étendue de six, sept, huit travers de doigt, n'a eu lieu qu'au bout de vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures après l'opération.

Ces injections ont été tentées non dans l'espoir d'obtenir une cure radicale, mais tout simplement dans la pensée que, si l'oblitération durait seulement douze, quinze, dix-huit mois, et surtout si elle s'obtenait d'une manière inoffensive, les malades pourraient recourir de nouveau à l'opération et trouver ainsi, dans une série de guérisons temporaires, comme l'équivalent d'une cure définitive.

On doit savoir, en ce qui touche l'usage des bas lacés, que, chez la plupart des hommes de la classe ouvrière, ce moyen est d'une efficacité très problématique, à raison du mauvais entretien des appareils et de leur application défectueuse. D'autre part, presque tous les sujets atteints depuis longtemps de varices sont pris d'un eczéma qu'on peut appeler l'eczéma des variqueux, affection qui amène presque inévitablement des ulcères de jambes, très faciles, il est vrai, à guérir, mais aussi très disposés à récidiver aussitôt que le travail habituel est repris. Chez quelques uns, il y a de temps à autre des hémorrhagies inquiétantes par leur abondance, et enfin un assez grand nombre d'ouvriers ne peuvent pas porter des bas lacés. Ainsi, l'usage du bas lacé est tout à fait incompatible avec la profession de tourneur.

Tout cela s'apprend dans les centres de population voués à des travaux qui exigent la position debout très prolongée; donc on ne sera pas surpris que le chirurgien d'un hôpital placé dans un quartier habité par la classe ouvrière soit sans cesse sollicité à s'enquérir des moyens de guérison temporaire ou définitive qu'on peut opposer aux varices.

Dans tous les cas que nous allons rapporter, on a fait usage de la solution de perchlorure de fer, envoyée à la Société de chirurgie par M. Burin-Dubuisson.

OBS. I[re]. — Simon (François), vingt-deux ans, ébéniste, rue du Val-Sainte-Catherine, 27; entré le 5 octobre 1853, salle Saint-François, n° 2. Ce jeune homme est atteint de varices qui paraissent dater de sa première enfance, et qui sont un peu plus développées sur la saphène interne droite que sur la gauche. Il présente à gauche un varicocèle très prononcé; il porte des traces nombreuses de cautérisations à la pâte de Vienne, faites il y a deux ans par M. Chassaignac. Une seule de ces cautérisations a déterminé une oblitération solide et durable de la saphène gauche dans une étendue de 7 à 8 centimètres à la jambe correspondante. Dans tous les autres points, la cautérisation a manqué son but.

8 *octobre*. — Injection au perchlorure de fer. La saphène droite a été injectée sur toute la longueur de son trajet, jusqu'à concurrence de cinq ponctions; on en fait deux à gauche. Par chaque ponction, on mettait de 3 à 5 gouttes de perchlorure.

---

sans prescrire une potion calmante, et heureux de retrouver les amis qui m'attendaient.

» Une heure après, on me rappela en toute hâte.— Quand j'arrivai, la malade était morte.—Un spectacle affreux s'offrit alors à mes regards : le lit était littéralement inondé de sang, et les matelas le laissaient suinter jusque sur le parquet : évidemment la mort était le résultat d'une hémorrhagie. — Je découvris le corps, et, à mon étonnement non moins qu'à celui des deux domestiques présents, je constatai une blessure profonde à la cuisse droite, avec hémorrhagie de l'artère crurale. — J'interrogeai les domestiques sur la cause de cette blessure, ils l'ignoraient; je demandai le mari de la malheureuse qui venait de succomber; un domestique me répondit alors que son maître, la figure bouleversée et les vêtements en désordre, était sorti en le prévenant de la crise nerveuse de sa femme, et que depuis ce moment, on ne l'avait plus aperçu dans la maison.

» Sans aucun doute un crime avait été commis, et je me hâtai de faire prévenir le commissaire de police. A l'arrivée du magistrat, on trouva dans la cheminée, derrière le châssis dont on la parait pendant l'été, un poignard ensanglanté dont la lame s'adaptait exactement à la blessure de la victime. Cette arme appartenait au mari, c'était donc lui qui était l'auteur du crime. L'instruction se poursuivit, et il en résulta les détails suivants : malgré une indisposition légère de sa femme, le mari avait eu avec celle-ci une discussion relative à des intérêts de famille, et pendant laquelle, saisi d'un mouvement de colère voisine de l'aliénation mentale, il s'était emparé d'une arme appendue au mur, et, se précipitant sur sa femme, avait engagé avec elle une lutte dont les chances étaient trop inégales. Durant quelques minutes, la malheureuse victime retint le bras de son meurtrier; mais, brisée enfin par ses efforts inutiles et la peur de la mort, elle tombe dans une crise nerveuse pendant laquelle le mari troublé la frappe d'une main peu sûre, et le coup mal dirigé atteint la cuisse au lieu du cœur.

» La vue du sang, les convulsions de la victime, un remords peut-être arrêtent cet homme. Sans se rendre compte de ses actions, il jette le poignard dans la cheminée, couvre le corps de sa femme pour dissimuler son crime, et fuit loin de cet horrible spectacle en prévenant un domestique que sa maîtresse est prise d'une crise nerveuse.

» Vous comprenez le rôle que je jouais dans ce procès; le ministère public et le défenseur du mari m'accusèrent successivement d'avoir laissé mourir la blessée : sans l'ignorance et l'ineptie du médecin, disait l'avo-

13 *octobre.* — Il ne s'est formé de caillot que sur un seul des points injectés.

14 *octobre.* — Il s'est produit un peu d'inflammation. La saillie veineuse correspondante au caillot a augmenté de volume. L'ampoule de la cuisse droite, dans laquelle il ne semblait pas jusque là s'être formé de caillot, paraît s'être indurée depuis, sous l'influence de l'inflammation.

15 *octobre.* — Traitement du varicocèle par la cautérisation superficielle du derme au moyen de l'acide nitrique.

16 *octobre.* — Le point le plus élevé de la cuisse droite n'est devenu le siége d'un caillot que six jours après l'opération, sous l'influence d'une inflammation consécutive.

17 *octobre.* — Les caillots semblent prendre plus de consistance.

16 *novembre.* — Les caillots ont diminué manifestement de volume.

17 *novembre.* — Il ne reste plus que deux caillots, l'un à la cuisse droite et l'autre à la gauche.

25 *novembre.* — Sort de l'hôpital. On a fait marcher le malade, et l'on a pu constater que les veines variqueuses n'étaient nullement oblitérées. Les varices se sont reproduites très manifestement.

Cette observation nous a paru pouvoir être citée comme un exemple d'insuccès par insuffisance de la quantité de perchlorure injecté.

Obs. II. — Auboult (Henri), trente-trois ans, cultivateur; entré à Saint-Antoine, le 27 octobre 1853, pour des varices de la saphène interne gauche, développées il y a cinq ans au moins.

29 *octobre.* — On fait à la partie interne de la jambe, au-dessous du genou, une injection de 10 gouttes de perchlorure de fer. On recouvre la piqûre avec de l'amadou.

30 *octobre.* — Aucun accident; pas même la plus légère douleur ni au niveau, ni aux environs de la piqûre.

6 *novembre.* — Un caillot s'est formé manifestement au niveau de la piqûre : ni douleur, ni accident d'aucune espèce. — Le malade sort de l'hôpital, présentant, dans le point où l'injection a eu lieu, une oblitération de la saphène dans une étendue de quatre travers de doigt.

Obs. III. — Gérard (Henri), vingt-sept ans, menuisier; entré, le 26 septembre 1853, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, n° 31, pour des varices de la saphène interne du côté gauche, développées il y a environ quatre ou cinq ans.

8 *octobre.* — On a injecté, dans deux paquets variqueux situés au-dessous du genou, 10 gouttes de perchlorure de fer, 5 dans chacun de ces paquets.

9 *octobre.* — Le malade n'éprouve aucune douleur; il ne se plaint que d'un engourdissement continu dans le membre.

15 *octobre.* — Jusqu'à ce jour, il n'y a aucun accident causé par l'injection de perchlorure de fer dans la veine. Un *coagulum* s'est développé au niveau de chaque piqûre, comme le prouve l'induration des tissus environnants. Un ulcère variqueux qui existait à la partie inférieure de la jambe s'est promptement cicatrisé.

Obs. IV. — Adolphe (Marie), trente-sept ans, imprimeur; entré, le 20 octobre, pour des varices datant de deux ans environ. Le 22 octobre, on injecte 16 gouttes de perchlorure de fer dans deux paquets variqueux siégeant, sur la saphène interne, à 8 ou 10 centimètres l'un de l'autre. Les piqûres ont été immédiatement recouvertes d'amadou.

24 *octobre.* — Les bosselures injectées se sont indurées et sont devenues douloureuses. On constate, dans le trajet de la saphène, l'existence d'un cordon dur, avec rougeur de la peau, jusqu'à la hauteur de près de 5 centimètres au-dessus du genou. Quatre coups de scarificateur à la partie interne de la cuisse.

26 *octobre.* — Les symptômes inflammatoires persistent. Quatre coups de scarificateur à la partie interne de la cuisse.

30 *octobre.* — Il n'y a pas de douleurs; des caillots existent au niveau de chaque piqûre : toute la portion de la saphène qui correspond à la cuisse est convertie en un cordon dur et non douloureux.

Le malade est resté encore trois semaines à l'hôpital, et le 20 novembre, date de sa sortie, toute douleur avait disparu.

Obs. V. — Faivre (Joseph), cinquante-et-un ans, faïencier, rue de la Roquette, 41; entré, le 2 novembre 1853, salle Saint-François, n° 17. Atteint depuis une trentaine d'années de varices, qui occupent le trajet de la saphène interne. Le nombre et le volume de ces varices ne sont pas très considérables; elles ne l'ont jamais empêché de se livrer à ses travaux. Cependant, comme elles ont déterminé dans ces derniers temps des ecchymoses d'abord, puis un ulcère à la partie interne et inférieure de la jambe, le malade s'est présenté à la consultation.

Il entre dans les salles, et l'on fait, le 5 novembre, une tentative d'injection avec le perchlorure de fer; l'injection ne peut réussir à cause de l'imperfection des instruments, mais qui n'est suivie d'aucun accident.

Le 13 novembre, une nouvelle tentative est faite, qui réussit complétement. Les ponctions avaient été pratiquées : l'une, sur le point même où avait eu lieu la première, c'est-à-dire à la partie interne de la cuisse; la seconde à la partie moyenne et interne du mollet. 10 gouttes de perchlorure furent employées dans la première injection, 8 seulement dans la seconde. Les injections faites, on enleva, en la relâchant graduellement, la bande destinée à exercer la constriction.

Le lendemain, 14 novembre, la veine est enflammée à plus de 1 décimètre au-dessus de la ponction supérieure. On sent, comme dans la phlébite, un cordon dur et tendu sur le trajet de la veine. Il n'y a, du reste, pas de changement de couleur à la peau.

15 *novembre.* — Toute inflammation a disparu.

16 *novembre.* — La veine s'est enflammée de nouveau, mais dans une partie plus considérable de son trajet.

17 *novembre.* — Le cordon dur et résistant, résultant de la phlébite, s'étend aujourd'hui jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du ligament de Fallope. Il faut distinguer, dans une veine injectée, la dureté qui résulte d'une coagulation du sang, de celle qui résulte de l'inflammation consécutive à l'injection.

26 *novembre.* — Le malade sort parfaitement guéri de ses varices.

Obs. VI. — Maupou (Antoine), vingt-sept ans, mineur, rue de Reuilly; entré le 21 octobre 1853, salle Saint-François, n° 13. Homme vigoureux et de bonne constitution, atteint de varices datant de son enfance, siégeant aux deux jambes, surtout volumineuses à la partie interne des cuisses et des jambes, l'incommodant dans ses travaux, et ayant déterminé, il y a trois mois, des ulcérations à la partie inférieure et interne de la jambe droite.

22 *octobre.* — Injection au perchlorure de fer.

On fait deux ponctions, une à chaque jambe, à la partie interne et moyenne du mollet. On a injecté chaque fois 15 à 18 gouttes de perchlorure de fer.

---

cat, nous n'aurions pas à répondre à une accusation de meurtre, mais à une simple accusation de coups et blessures.

» Cette affaire eut un très grand retentissement, autant par la position sociale des acteurs que par le scandale et l'étrangeté des détails. Mon nom, répété de bouche en bouche, fut conspué et honni, et une réputation honorable, acquise par quinze années de travaux et de fatigues, fut tout à coup brisée. Mes confrères, loin de me défendre, furent les premiers à m'accuser; les plus rudes coups me furent portés par eux. Un seul vint à mon aide, plaida ma cause partout où elle fut évoquée. — C'était l'ami dont vous m'avez annoncé la mort. — Malgré son dévouement, ma clientèle diminua rapidement, et je ne me trouvai bientôt plus en mesure de soutenir le rang que j'avais jusqu'alors occupé. Avec la fortune, ceux qui se disaient mes amis m'abandonnèrent, et je restai seul, ne gardant qu'un profond mépris pour les hommes.

» La vie, vous le comprenez, me devint indifférente : qu'elle me fût ravie ou non, mon sort m'importait peu. Je quittai le monde où j'avais brillé, et je me mêlai aux hommes du peuple dont l'ignorance et la rudesse ne réveillent pas au moins les idées de mon passé. »

Le chiffonnier se tut; il essuya une larme que ces souvenirs avaient attirée au bord de sa paupière, et, après avoir repris sa hotte et son crochet, il me tendit la main et me dit :

— J'ai aujourd'hui des malades qui ne m'accusent ni d'ignorance ni d'ineptie : je vais les voir. Adieu.

Et il s'éloigna.

Tel est cet homme étrange dont l'âme sans aigreur et l'intelligence sans nuages sont encore tout entières au service de la souffrance, malgré tant de motifs de misanthropie. C'est que l'étude de la médecine, comme dit un philosophe ancien, élève l'homme au-dessus de ses semblables, et lui inspire des pensées dignes des Dieux.

Dr Félix Roubaud.

MM. les professeurs particuliers sont prévenus que la distribution des amphithéâtres pour les Cours d'été aura lieu samedi, 25 mars, à midi précis, à l'École de Médecine.

23 *octobre.* — On a pansé par erreur avec des cataplasmes. Il s'est formé deux caillots manifestes. Pas d'accidents.

24 *octobre.* — Quelques douleurs au niveau et au voisinage des points piqués.

25 *octobre.* — La douleur a disparu.

29 *octobre.* — Plus de douleur. Il s'est formé de très petites escarres au niveau des points piqués.

3 *novembre.* — L'escarre, de noire qu'elle était, est devenue jaune; elle est ronde, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, et limitée sur ses bords par un sillon très marqué. Malgré la présence de l'amadou, elle a suppuré. Pansement par occlusion avec la cuirasse de sparadrap.

14 *novembre.* — On lève la cuirasse; elle est recouverte, à sa face profonde, de pus mélangé d'une matière noirâtre que l'on soupçonne être du perchlorure de fer. Les escarres sont tombées : il s'est formé de petites ulcérations à l'endroit des piqûres.

5 *décembre.*— Les ulcérations sont recouvertes de bourgeons charnus. Solution.

10 *décembre.* — Aujourd'hui le malade est guéri. Il a bon appétit, et est en état de reprendre ses travaux (1).

Il résulte des faits que nous venons de rapporter que le perchlorure de fer, injecté dans les veines variqueuses des membres inférieurs à des doses qui peuvent varier entre dix, quinze et dix-huit gouttes, n'est susceptible de déterminer aucun accident grave, au moins lorsqu'on s'entoure des précautions que nous avons indiquées.

Quant à la valeur curative du perchlorure de fer appliqué au traitement des varices, il ne nous est pas encore permis, avec un nombre de faits aussi restreint, de nous prononcer d'une manière définitive sur ce point. Et d'ailleurs, ce nombre fût-il plus considérable, tout jugement relatif à la durée de l'oblitération des veines variqueuses serait évidemment prématuré, vu le peu de temps qui s'est écoulé depuis l'opération. Mais, comme nous l'avons dit, nous ne prétendons apporter autre chose ici que des documents à consulter.

Toutefois, de ces observations, nous croyons pouvoir déduire que l'action du perchlorure injecté dans les veines peut donner lieu aux effets suivants :

1° Coagulation immédiate du sang, perceptible à travers les parois de la veine, et qui s'accompagne de douleurs vers la fin de l'injection, quand celle-ci est portée à la dose de seize à dix-huit gouttes;

2° Coagulation secondaire, au bout de quelques jours, dans le lieu même où la piqûre a été faite; c'est là surtout ce qu'on obtient par des doses insuffisantes du liquide injecté;

3° Coagulation qui se propage le long des veines, suivant un trajet ascendant, et dans une étendue quelquefois assez considérable;

4° Quand les doses sont insuffisantes, les caillots se forment tard, se redissolvent promptement, et n'amènent point l'oblitération de la veine;

5° Dans les cas d'injection de dix à douze gouttes, et à plus forte raison de dix-sept à dix-huit gouttes, la coagulation a toujours été instantanée dans l'ampoule veineuse; mais dans aucun cas l'induration dans le sens longitudinal de la veine, quelle que fût la dose de l'injection, n'a jamais eu lieu sur-le-champ. Elle a toujours été successive, et a paru surtout dépendre de l'inflammation ultérieure de la veine.

(1) Un autre malade a été encore soumis, avec les mêmes résultats, à l'injection du perchlorure de fer pour un paquet variqueux du creux du jarret.

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

OBSTÉTRIQUE.

DE LA SOURCE DE L'HÉMORRHAGIE DANS LE DÉCOLLEMENT PARTIEL DU PLACENTA, à l'occasion d'un travail du docteur W. MACKENSIE.

Il y a, comme le fait remarquer M. Mackensie, peu de sujets, en médecine obstétricale, d'un plus grand intérêt scientifique et d'une plus grande importance pratique, que de déterminer anatomiquement d'une manière précise la source de l'hémorrhagie dans les cas de décollement partiel du placenta. C'est en vue d'élucider cette question si controversée et obscurcie par des opinions contradictoires, que le docteur Mackensie a fait une série d'expériences récemment publiées par l'*Association medical Journal* (1853, n° 41).

Un mot d'abord sur les opinions que ces expériences tendent à confirmer ou à infirmer. La source anatomique de l'effusion sanguine dans les cas de décollement partiel du placenta, est, suivant les uns, principalement ou entièrement *utérine;* suivant d'autres principalement ou entièrement *placentaire;* suivant d'autres, enfin, tout à la fois *utérine et placentaire*, le sang s'échappant en partie de la surface utérine dénudée et en partie de la surface placentaire décollée.

L'hémorrhagie à la suite du décollement partiel ou entier du placenta est généralement considérée par les auteurs anglais qui ont écrit le plus récemment, comme formée de sang veineux, soit qu'ils aient adopté les idées émises dès 1839 par l'auteur du présent article (1), soit qu'ils soient arrivés aux mêmes résultats par leurs propres observations. « L'hémorrhagie, dit le docteur Simpson, après la séparation du placenta, n'a point les caractères artériels; car les artères utéro-placentaires sont si longues et si grêles, qu'elles sont bientôt fermées : 1° par la tonicité de leurs parois; 2° par la contraction des fibres utérines sur leur trajet; 3° principalement par les changements produits par la déchirure mécanique de leurs tuniques. — Quand le placenta est décollé, ajoute le docteur Radford, le sang qui s'écoule est principalement veineux. — Lorsque le placenta est séparé partiellement de l'utérus, observe le docteur Murphy, c'est par les veines divisées, non par une de leurs extrémités seulement, mais par les deux à la fois, que le sang doit s'échapper. — C'est, dit le docteur Robert Lee, des grandes ouvertures veineuses, de forme semi-lunaire, mises à nu, et des artères qui sont rompues par la séparation du placenta, que le sang s'échappe dans l'hémorrhagie utérine. » Comme on le voit par ces citations, la solution du problème est complexe : la dissidence ne porte pas seulement sur l'organe qui fournit le sang, mais encore sur le système des vaisseaux d'où il s'échappe. Le docteur Mackensie a cru pouvoir jeter quelque lumière sur la question, en déterminant expérimentalement la source anatomique de l'hémorrhagie sur un animal dont le placenta, est, comme celui de l'espèce humaine, formé comme celui de l'espèce animale, formé de deux parties adossées, l'une utérine et l'autre fœtale. En conséquence, s'étant assuré d'une chienne près du terme de la gestation, et l'ayant placée sous l'influence du chloroforme, il ouvrit l'utérus et constata les résultats suivants :

1° En décollant le placenta, il observa que le sang coulait librement et d'une manière continue de la surface utérine dénudée, et que l'écoulement augmentait à mesure qu'il augmentait le décollement, tandis qu'il ne s'en écoulait pas du tout de la portion décollée du placenta fœtal.

2° Le sang qui s'écoulait de la surface utérine présentait les caractères du sang artériel.

3° En lacérant le placenta pendant qu'il était encore partiellement adhérent à l'utérus, un peu de sang veineux noir s'échappa des parties déchirées, mais seulement en quantité insignifiante.

Ces expériences furent répétées sur différents placentas et toujours avec les mêmes résultats.

(1) Recherches d'anatomie, de physiologie et de pathologie sur l'utérus humain pendant la gestation. (*Archives générales de médecine*, juin, juillet, août 1839.)

Il paraîtrait donc, d'après les observations ci-dessus, que, dans l'espèce canine, la source de l'hémorrhagie, dans les cas où le placenta est partiellement détaché, est exclusivement limitée à la portion de la paroi utérine dénudée, aussi longtemps que le placenta est intact, et qu'elle est artérielle ; que si le placenta est lacéré, il s'y mêle une certaine quantité de sang noir veineux, mais que cette quantité est tout à fait insignifiante.

En réfléchissant sur les différences qui existent entre les vaisseaux utéro-placentaires de la femme et ceux de la chienne, l'expérimentateur n'a pas tardé à douter que les choses dussent se passer nécessairement de même chez la première. Ses doutes ont été fortifiés par l'opinion de son collègue, le docteur Sharpey, qui pensait que la meilleure manière de déterminer la source de l'hémorrhagie dans le décollement partiel du placenta chez la femme, serait d'avoir un utérus sur lequel le placenta serait encore partiellement adhérent, d'injecter les artères hypogastriques avec du sang défibriné, et d'observer si le liquide injecté s'échappe de l'utérus ou du placenta, ou des deux en même temps. Un malheureux événement donna bientôt au docteur Mackensie l'occasion de mettre son projet à exécution. Au commencement d'avril 1853, une dame, confiée à ses soins, mourut d'une hémorrhagie pendant un travail prolongé par une position défectueuse de la tête. A l'autopsie on trouva que le placenta était encore partiellement adhérent, bien que détaché dans une grande partie de son étendue. L'utérus fut détaché avec le plus grand soin, en emportant des parties voisines ce qui était nécessaire à l'expérience. Après l'avoir retourné avec précaution, on le débarrassa du sang coagulé contenu dans son intérieur. Il paraissait complétement exsangue ; un cinquième environ du placenta était encore adhérent. Des ligatures furent placées sur les vaisseaux divisés ainsi que sur les veines hypogastriques et ovariques. A l'aide d'un tube fixé sur l'une des artères hypogastriques, une certaine quantité de sang défibriné fut injectée. Les résultats de l'opération furent les suivants : Le sang s'échappa librement des orifices des artères utéro-placentaires déchirées par le décollement du placenta, tandis qu'il ne s'en échappait pas du tout des veines utéro-placentaires déchirées, ni de la portion décollée du placenta. L'injection fut continuée pendant quelque temps, mais sans variation aucune dans les résultats. La force avec laquelle le sang était injecté, mesurée par l'hémodynamomètre, ne dépassait pas celle de l'action du cœur dans les circonstances ordinaires. A son tour, l'artère hypogastrique du côté opposé fut injectée, et il arriva, comme dans le premier cas, que le sang s'échappa librement des orifices déchirés des artères utéro-placentaires, qu'il n'en passa pas la plus petite quantité dans les veines placentaires déchirées, tandis que, dans ce cas, une petite quantité s'échappait de la surface du placenta contiguë à celle qui était encore adhérente. L'injection fut répétée plusieurs fois, et toujours avec les mêmes résultats. La majeure partie du sang injecté s'échappait des artères utéro-placentaires déchirées, une petite quantité du placenta, et pas du tout des veines utéro-placentaires ouvertes, dont les orifices étaient visibles et libres de sang coagulé.

En définitive, le docteur Mackensie croit pouvoir conclure de ses expériences et de ses observations cliniques que la *principale* source de l'hémorrhagie, dans les cas de décollement partiel du placenta, est utérine bien plus que placentaire, et artérielle bien plus que veineuse.

Toutes les parties de cette proposition ne doivent pas nous paraître également imprévues. Les vivisections sur les animaux, quelques observations d'insertion du placenta sur l'orifice utérin, des œufs expulsés entiers à une époque déjà avancée de la grossesse, le fœtus continuant à vivre pendant quelques instants, ont démontré, depuis longtemps, qu'à moins de lacération des ramifications des vaisseaux ombilicaux, il ne se produit pas à la surface décollée du placenta une effusion sanguine qui mérite le nom d'*hémorrhagie*. Sur ce point, les expériences de l'observateur anglais n'ont rien à nous apprendre ; mais elles tendent toutefois à prouver (ce qui était resté douteux) que, dans le décollement partiel, une partie du sang qui circule entre l'utérus et le placenta, dans la portion encore adhérente, s'échappe des vaisseaux utéro-placentaires déchirés par ces bouts qui plongent dans le tissu du placenta à raison des anastomoses qui existent entre ces vaisseaux, et qui sont très communes pour les veines. C'est dans ce sens que le docteur Murphy a pu dire, peut-être avec raison, que le sang épanché est principalement fourni par les veines utéro-placentaires déchirées non seulement par une de leurs extrémités, mais bien par les deux en même temps.

Quant à dire que l'hémorrhagie est bien plutôt artérielle que veineuse, c'est, nous le croyons fermement, la proposition contraire qui est la vérité. Les expériences de Mackensie ont une apparence de rigueur qui ne peut pas cependant faire illusion après un examen sérieux. Il y a loin de ce liquide, poussé successivement par les artères hypogastriques, à l'état de la circulation utérine pendant la vie, où les deux ordres de vaisseaux sont pleins. Il ne faudrait rien moins, pour fournir une preuve décisive, qu'une injection poussée simultanément par les quatre artères qui portent le sang à l'utérus, de manière à faire traverser au liquide le système capillaire, et remplir les troncs veineux qui portent le sang à la veine cave. Il ne faut pas pousser beaucoup de liquide dans les veines de l'utérus, pour le voir s'échapper par les veines utéro-placentaires ouvertes. Le docteur Mackensie aurait pu facilement s'en assurer en injectant aussi les veines. Il suffit même de placer l'utérus dans une position déclive et de verser de l'eau dans les veines ovariques, qui sont presque aussi volumineuses que l'intestin grêle d'un fœtus, pour voir le liquide sortir à flots par les orifices béants à la surface utérine dénudée.. Lorsqu'une solution de continuité vient à s'opérer sur les veines utéro-placentaires, aucune valvule ne s'opposant au retour du sang, il s'écoule librement par les points sur lesquels l'équilibre a été rompu, jusqu'à ce que les fibres utérines, en se contractant, viennent remplir l'office de valvule ; puis vient s'ajouter la coagulation du sang à l'office des vaisseaux divisés qui sont resserrés, intriqués avec une partie du tissu utérin ambiant par la rétraction de l'utérus en une masse qui fait saillie à la face interne de l'utérus. Quand l'action rétractile de l'utérus fait entièrement défaut et que l'organe cesse de remplir l'office de la valvule, le sang s'échappe librement par les vastes orifices veineux ouverts à la surface interne de l'utérus ; de là ces pertes *profuses*, ces *déluges* de sang, ces hémorrhagies *foudroyantes* qui, en quelques instants, déterminent des syncopes profondes et malheureusement trop souvent la mort, et qui ne peuvent s'expliquer qu'en admettant que l'hémorrhagie est principalement veineuse.

JACQUEMIER.

IV.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu avec intérêt, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE du 24 février dernier, le compte rendu, par M. le docteur Diday, de la discussion qui a eu lieu, devant la Société générale de Dublin, à propos de l'anesthésie obstétricale, intérêt d'autant plus vif, vous le comprendrez, que, dans le courant d'avril 1853, il y a tout à l'heure un an, j'ai moi-même adressé à la Société de chirurgie de Paris, un mémoire sur l'anesthésie dans l'accouchement naturel simple. Mon travail attend encore la discussion : l'anesthésie chirurgicale n'a pas, à ce qu'il paraît, encore dit son dernier mot devant la docte Société, et le rapporteur, l'honorable M. Laborie, n'a pu jusqu'ici prendre la parole; attendons.

N'est-il pas tout à la fois étonnant et regrettable que les sociétés savantes en France ne se soient pas préoccupées davantage de l'anesthésie obstétricale qui méritait cependant un intérêt sérieux, légitime, et qu'elle a su trouver heureusement ailleurs. Votre collaborateur, au reste, a parfaitement saisi et posé les termes de la question, mais peut-être n'a-t-il pas exactement tenu compte de tout ce qui a été dit à ce sujet. Pour que, dans l'histoire de ce point de doctrine qui tôt ou tard sera fixé, la part de chacun soit faite, permettez-moi de vous rappeler les passages reproduits par la *Gazette des hôpitaux* à la date du 26 avril 1854, extraits de mon mémoire, et qu'ils résument pour ainsi dire :

« Nous affirmons que dans une certaine mesure, pendant l'accouchement naturel simple, le chloroforme procure à la mère en travail un soulagement notable, qui, sans danger pour elle ni pour son enfant, va jus-

qu'à lui enlever la perception de la douleur, mais non jusqu'à abolir la sensibilité. La femme en travail sent; elle sait qu'elle a une contraction utérine qu'elle seconde à l'aide des muscles volontaires; elle *a une douleur, mais ne souffre pas* (c'est ainsi que les femmes s'expriment); elle voit, entend, parle, n'est nullement endormie, comme on le croit généralement; le travail n'est pas interrompu; et la mère qui, sans souffrir, a parfaitement conscience de ce qui se passe en elle, ne redoutant plus la douleur, seconde plus librement, partant avec plus d'efficacité, les contractions utérines, d'ordinaire si pénibles, indifférentes aujourd'hui, qui doivent amener la délivrance. »

Et d'autre part :

« Si l'opérateur, se tenant dans les limites indiquées, et dans lesquelles nous nous sommes toujours, pour notre compte, placé depuis quatre ans, ne fait, ainsi que nous le croyons, courir que peu de risques à ses malades, à plus forte raison l'accoucheur, qui n'use de l'anesthésie qu'à un degré plus faible encore, ne devra-t-il jamais exposer ni la mère ni l'enfant. Il nous est donc permis de dire que, dans l'anesthésie obstétricale, il est un point auquel la douleur étant abolie, la sensibilité persiste, les contractions utérines s'exercent : c'est le degré obstétrical dans lequel la femme en travail voit, entend, parle, a conscience de ce qui se passe en elle, et seconde librement par ses efforts, sans crainte de souffrir, les contractions utérines qui, pour nous, n'ont jamais été ralenties sous l'influence du chloroforme. »

HOUZELOT, D. M. P.,
Chirurgien en chef de l'Hôpital-Général de Meaux.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 13 MARS 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

PHYSIOLOGIE. — *Recherches sur la composition des œufs dans la série des animaux.*—MM. *Valenciennes* et *Frémy* ont entrepris en commun un travail d'ensemble sur la composition des œufs dans la série des animaux. Ils se proposent de faire ressortir ses différences et de poser quelques principes généraux qui seront développés dans des communications subséquentes.

§ Ier. *Des œufs d'oiseau.*—Les auteurs se sont contentés de confirmer sur ce sujet l'exactitude des principaux faits annoncés par les observateurs, et de déterminer avec précision les caractères spécifiques des œufs d'oiseau. Pour résumer les faits constatés, ils formulent les conclusions suivantes : Abstraction faite de tous les caractères zoologiques et anatomiques que fournissent sa coquille, sa forme et sa coloration variée, les membranes propres et formées au moment de la ponte ou celles qui se développent pendant l'inoculation, les deux substances essentiellement consécutives et préparées par la nature pour nourrir le poulet dans l'œuf, se reconnaîtront toujours aux caractères suivants : 1° Le blanc, très riche en substance albumineuse, est nettement séparé du jaune par la membrane vitelline ; 2° le jaune, principalement formé de matière grasse phosphorée, d'une petite quantité d'albumine, de sels divers, donne un abondant précipité de *vitelline* lorsqu'on le met en suspension dans une quantité d'eau suffisante. Cette substance, tout à fait caractéristique des œufs d'oiseau, ne se rencontre dans aucune autre espèce d'œufs.

§ II. *Des œufs de poisson.* — Parmi les œufs de poisson, MM. *Valenciennes* et *Frémy* ont étudié ceux de la grande famille des poissons à squelette cartilagineux, désignée par M. Duméril sous le nom de *poissons plagiostomes*; et divisée par les ichthyologistes récents en plusieurs familles. De nombreuses analyses faites sur des œufs de cartilagineux d'espèces et de genres variés (*raies, torpilles, squales, ange*) ont démontré aux observateurs que le vitellus d'un œuf de cartilagineux est formé par un liquide albumineux tenant en dissolution quelques sels minéraux, principalement des chlorures et des phosphates, et en suspension des grains blancs de forme constante et régulière dans chaque espèce, mais variable d'une espèce à l'autre, et mélangés à une petite quantité de graisse phosphorée. Cette matière grasse est soluble dans l'alcool et l'éther ; elle forme avec l'eau une sorte de mucilage ; elle présente de l'analogie avec l'acide gras qui existe dans le cerveau, et que M. Frémy a décrit sous le nom d'*acide oléophosphorique*. Quant aux grains blancs, ils paraissent constituer un principe immédiat nouveau, auquel MM. Valenciennes et Frémy ont donné le nom d'*ichtine*. L'ichtine se présente sous la forme de tables rectangulaires, dont les arêtes sont arrondies et les angles émoussés; les plus gros ont 4 centièmes de millimètre. Leur transparence est parfaite, mais les arêtes sont très nettement dessinées. Les grains d'ichtine sont insolubles dans l'eau, l'alcool et l'éther ; ils sont d'une transparence complète, et ne deviennent pas opaques lorsqu'on les maintient, même pendant longtemps, dans l'eau bouillante. L'acide chlorhydrique les dissout sans produire de coloration violette. Ces deux dernières propriétés établissent des différences bien nettes entre l'ichtine, l'albumine et la vitelline. Tous les acides concentrés opèrent la dissolution de l'ichtine ; quand ils sont étendus, ils n'agissent pas sur cette substance, à l'exception toutefois des acides acétique et phosphorique qui la dissolvent immédiatement, même lorsqu'ils sont étendus d'une grande quantité d'eau. Les dissolutions de potasse et de soude en opèrent la dissolution avec lenteur. L'ichtine paraît insoluble dans l'ammoniaque soumise à la combustion; elle ne laisse pas sensiblement de cendres. Elle est composée de carbone, d'hydrogène, d'azote, de phosphore et d'oxygène. Les granules d'ichtine, malgré leur forme si régulière, ne sont pas des corps cristallisés, ainsi qu'il résulte de leur examen fait au moyen de l'appareil de polarisation.

ANATOMIE COMPARÉE. — M. *Léon Dufour* lit un mémoire sur l'anatomie des hyménoptères de la famille des urocérates.

ORGANOGRAPHIE VÉGÉTALE. — M. *Payen* présente un mémoire sur l'organogénie de la fleur des résédacées. (*Comm.:* MM. Brongniart, Montagne.)

CHIRURGIE. — M. *Baudens* présente un mémoire sur la rhinoplastie par la méthode de Celse modifiée. La méthode de Celse emprunte sur les côtés du nez et aux joues deux lambeaux qu'elle amène par glissement au niveau de la perte de substance. On reproche à toutes les méthodes de rhinoplastie l'aplatissement du nez de nouvelle création. On l'attribue à l'absence d'une voûte pour soutenir les lambeaux quand les cartilages, et à plus forte raison quand les os propres du nez ont été détruits. M. Baudens ayant remarqué que le cancer, l'une des causes les plus fréquentes de la perte du nez, envahit les parties molles avant les cartilages, a pensé qu'il serait souvent possible, par une dissection attentive, d'enlever les parties molles cancéreuses, tout en conservant les cartilages du nez. C'est cette idée qu'il a appliquée. M. Baudens a apporté à la méthode de Celse une autre modification. L'affrontement des lambeaux sur la ligne médiane est difficile, les lambeaux fortement tendus menacent quelquefois de se désunir. Pour parer à ce danger, il suffit de faire au dehors des lambeaux, de l'un et de l'autre côté, une incision verticale de 3 centimètres de longueur qui les rend beaucoup plus extensibles. (*Comm.:* MM. Roux, Velpeau.)

CHIMIE ORGANIQUE.—M. *Mouriès* communique une *note sur le principe digestif du son de froment*. Ce corps nouveau a de très grands rapports avec l'amandine, l'albumine et la légumine, mais il en diffère par des réactions bien nettes et surtout par son action digestive sur l'amidon; l'action de l'alcool et de la chaleur le sépare de la diastase, qui semble n'être que ce principe même modifié par la germination.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 21 MARS 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les trois pièces suivantes : *a.* Approbation des formules de M. *Aubergier* pour la préparation du *lactucarium* et de l'extrait alcoolique de cette substance, avec invitation à l'Académie d'insérer ces formules au bulletin. — *b.* Formule d'une liqueur que le sieur *Masson* propose contre le mal de dents. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *c.* Recette d'un médicament propre à la guérison des dartres, proposé par madame *Marie Zott.* (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Lettre de M. *Royet*, président de l'Association médicale d'Eure-et-Loir, qui remercie l'Académie de l'accueil bienveillant fait à la réclamation adressée par l'Association, au sujet de la question de priorité soulevée entre M. Borne et M. Harreaux, relativement à l'élève des sangsues. M. Royet annonce que l'Association est à même de fournir à la commission tous les renseignements nécessaires pour dissiper tous les doutes. (*Commission nommée.*)

3. M. le docteur *Chabaud*, médecin à Pont-Saint-Esprit, adresse quelques considérations thérapeutiques sur la fièvre typhoïde. (*Commission des épidémies.*)

4. M. le docteur *Dubourg*, médecin à Marmande, remercie l'Académie de la médaille d'argent qui lui a été décernée, et adresse quelques remarques relatives aux fièvres typhoïdes qu'il a observées dans le cours de l'année 1853. (*Commission des épidémies.*)

5. M. *Bouillaud* présente à l'Académie, au nom de MM. *Homolle* et *Quevenne*, un mémoire étendu sur la digitaline et la digitale, inséré dans les *Archives de physiologie, de thérapeutique et d'hygiène*.

6. M. *Requin* présente, au nom de M. le docteur *Sirus-Pirondi*, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille, un rapport imprimé sur les maladies qui ont régné à Marseille depuis le 1er décembre 1852 jusqu'au 30 novembre 1853.

M. *Rostan* annonce à l'Académie que M. *Wleminck*, président de l'Académie de médecine de Belgique, est présent à la séance.

Rapports et Mémoires.

L'Académie procède à la nomination des commissions des prix qu'elle doit décerner dans le cours de l'année 1854.

M. *Robinet* donne successivement lecture de plusieurs rapports sur des remèdes secrets. Les conclusions toutes négatives de ces rapports sont adoptées par l'Académie après quelques mots de M. Londe, qui voudrait que l'administration supérieure fût invitée à poursuivre les auteurs de ces prétendus spécifiques, qui se livrent illégalement à l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Rapport sur un travail de M. *Pinel*, relatif au traitement de l'aliénation mentale aiguë par les bains prolongés et les arrosements continus d'eau fraîche sur la tête; lu dans la séance du 2 novembre 1852. (*Comm.:* MM. Rostan, Jolly et Ferrus rapporteur). Après une introduction historique destinée à faire ressortir le caractère de la psychiatrie moderne, ainsi que les bienfaits de la loi de 1830 sur les aliénés, M. Ferrus passe à l'examen des méthodes rationnelles de traitement en usage aujourd'hui dans les asiles d'aliénés.

La manie furieuse est devenue plus rare de nos jours; les maladies mentales empreintes de débilité sont, en revanche, plus fréquentes. Quoi qu'il en soit, d'après M. Ferrus, les unes et les autres, se rattachant à un trouble de l'innervation, réclament l'emploi d'un traitement tempérant. Après ces préliminaires le rapporteur passe à l'examen proprement dit du mémoire de M. Pinel neveu.

Avant d'aborder directement l'objet spécial de son mémoire, M. Pinel a cru devoir faire la part de l'antiquité dans la thérapeutique de l'aliénation mentale, et passer en revue les différents moyens curatifs à tour de rôle accrédités. Il s'est arrêté longuement aux émissions sanguines qui, très souvent inutiles ou nuisibles, sont pourtant quelquefois nécessaires.

Contrairement aux idées accréditées dans le monde, et même dans une partie du corps médical, l'auteur pose en principe que la folie, toutes les fois qu'elle apparaît à l'état aigu, sans complication héréditaire ni ancienneté morbide, guérit avec autant de facilité que les maladies ordinaires les plus curables. Il divise les moyens de traitement en deux ordres : prophylactiques et curatifs. Le premier est d'une utilité plus spéciale lorsqu'il existe une influence de transmission générative. Ce traitement, d'ailleurs, doit être, selon les individualités et les circonstances, tantôt physique, tantôt moral, et plus souvent encore doit réunir les deux éléments; ce qui n'est pas de trop, en vérité, pour agir sur des sujets parfois si insaisissables. L'auteur, par conséquent, reconnaît toute l'importance des moyens moraux, mais il s'élève contre les abus dont ils ont pu devenir l'occasion, notamment contre une méthode qui eut en France, il y a quelques années, un certain retentissement, et qui, basée, remarque-t-il, sur l'intimidation rigoureuse, n'était pas médicalement exempte de dangers, ni philosophiquement de barbarie.

Opposer un sentiment à un autre, les neutraliser réciproquement; étudier le caractère, les habitudes, les goûts, exciter l'espoir, l'ambition, l'amour-propre, la colère, l'envie, la crainte; recourir à la morale, à la religion, à l'amour, à la passion des lettres, des sciences et des arts; suivant les cas, aux excitations expansives et aux émotions violentes; *rompre*, comme dit Lorry, *le spasme par le spasme;* ramener l'aliéné, par des travaux agricoles, aux émotions simples et douces de la nature, tempérer son excitation cérébrale par l'action révulsive des exercices musculaires; se montrer d'ordinaire bienveillant, parfois sévère, toujours juste; s'efforcer de prouver aux insensés que les mesures prises n'ont d'autre mobile que leur intérêt, pour but que leur guérison; agir sur les facultés intactes pour rétablir les facultés altérées; ne point flatter les conceptions déréglées, les choses absurdes, mais les condamner en quelques mots; mettre les aliénés en contradiction avec eux-mêmes; porter le doute dans leur esprit; employer à leur égard l'affabilité, la sollicitude et l'équité; telle est, suivant M. Pinel et suivant les membres de la commission, la source connue des anciens, mais bien plus largement appliquée par les modernes, où doit s'alimenter surtout le traitement moral.

Dans un autre ordre de résultats, et parmi les médications d'une efficacité prépondérante, M. Pinel place les bains et les arrosements sur la tête, tout en confessant que ces applications, loin de constituer une nouveauté, sont presque aussi vieilles que la médecine elle-même. C'est pour M. Pinel neveu, la base fondamentale sur laquelle il édifie sa thérapeutique. Il ne borne plus, à l'exemple de la généralité de ses devanciers, la durée des bains à quelques heures, il les continue, en nombre de cas, pendant plusieurs jours, faisant avec fruit un usage médical de ce qu'on eût autrefois considéré comme un abus.

M. Pinel a joint, aux procédés d'application déjà connus, quelques pratiques accessoires, de nature à rendre l'administration des irrigations plus commode, plus sûre, et plus complète dans ses effets; entre autres, un bonnet imperméable qui permet d'arroser la tête sans que la face et le cou soient mouillés, de prolonger les irrigations et au besoin de les rendre permanentes le jour et la nuit.

Quant à la température de l'eau du bain, elle ne doit, selon lui, qu'exceptionnellement excéder 35 degrés centigrades ou rester inférieure à 30 degrés. Il emploie les affusions et les irrigations avec de l'eau à 20, à 15, à 10 degrés centigrades et au-dessous, qu'on refroidit à volonté, mais d'une manière lente et progressive, afin d'épargner au malade une sensation trop pénible. Le rapporteur fait observer à ce propos qu'il a obtenu, par les irrigations, des résultats favorables avec de l'eau à une moins basse température.

L'auteur a mis sous les yeux de l'Académie la statistique des avantages que lui a procurés cette nature de moyens. Sur 157 malades atteints, d'après sa classification, 57 de délire maniaque, 38 de lypémanie, 20 de délire sans mélancolie, 21 de délire suicide, 16 de délirium tremens et 5 d'érotomanie, 125 avaient été guéris par l'usage des bains prolongés. 25 rechutes seraient survenues, dont plusieurs auraient cédé à la reproduction du traitement. Quant aux 32 cas rebelles, 16 offraient, par la période d'âge, une condition défavorable à la guérison; 21 sur ces 32 auraient éprouvé d'ailleurs une certaine amélioration. Ces résultats se sont soutenus dans des essais ultérieurs.

Afin qu'on pût apprécier sûrement les résultats de sa pratique, M. Pinel a énuméré diverses statistiques de guérison, et il a montré que l'avantage était généralement en faveur du mode de traitement par les bains prolongés, puisqu'il a obtenu, comme moyenne d'ensemble, 1 guérison sur 1,25.

Le rapporteur fait remarquer que les statistiques mentionnées ont des bases diverses, et qu'il serait peu rationnel de leur accorder comparativement une signification bien précise. Néanmoins, dit-il, on ne peut méconnaître ce que ces données de M. Pinel ont de favorable dans leur ensemble, et c'est avec un plaisir bien naturel qu'on voit un médecin, fidèle aux traditions de la parenté, conduit par l'amour de la science, apporter, dans d'heureuses applications et d'utiles recherches, de nouveaux motifs d'espoir dans l'efficacité des moyens dirigés contre la folie. La commission pense que ce serait répondre à un sentiment équitable, que d'adresser à M. Pinel une lettre de remercîments, et de renvoyer au comité de publication son volumineux mémoire, tout en engageant l'auteur à le soumettre préalablement à un rigoureux travail de condensation.

Discussion.

M. Baillarger : J'ai écouté avec beaucoup d'attention le consciencieux rapport de l'honorable M. Ferrus, et, tout en applaudissant à son ensemble, je regrette qu'il n'ait pas abordé un ordre de considérations que je vais essayer de développer. La folie, qu'on y distingue plusieurs formes de maladies ou qu'on en fasse une seule maladie avec des genres bien déterminés, renferme trois classes d'aliénés, dans des conditions tout à fait opposées, auxquels on ne saurait appliquer une même médication. Les aliénés proprement dits, ce sont les *monomanes*, dont on contestait à tort l'existence, il y a peu de temps, dans cette même enceinte. Ces malades n'offrent souvent ni excitation ni dépression; il faut, dans un grand nombre de cas, une exploration longue et attentive pour arriver à découvrir quelles sont chez eux les lésions de l'intelligence. Sur ces malades, que peuvent faire les bains, excepté lorsqu'il se rencontre chez eux une excitation passagère? Les bains ne s'appliquent donc pas à ce prototype de l'aliénation mentale. Dans le second type, il y a un état général, ce qui n'existe pas dans le premier; je veux parler de la dépression non pas seulement de l'intelligence, mais des fonctions en général. Ici encore les bains simples ne sont pas indiqués : si l'on emploie des bains, on aura recours à des bains médicamenteux, sulfureux, etc., associés à la médication tonique. Il existe encore un troisième type : c'est la manie. Il y a ici des conditions particulières, une grande activité, une excitation prononcée; les bains employés avec discernement peuvent offrir dans ce type des avantages réels. M. Ferrus a cité en passant le travail de M. Brierre de Boismont, qui s'applique à la manie aiguë, la manie avec excitation générale. Je regrette que le savant rapporteur n'ait pas établi ces différences. Quant aux statistiques générales, elles sont toutes défectueuses, même celles de notre vénéré maître Esquirol. Il est impossible de confondre aujourd'hui

la démence, la paralysie générale et la folie proprement dite : or c'est ce qui a été fait dans la plupart des statistiques citées dans le travail de M. Pinel.

M. *Ferrus :* Je n'ai rien perdu de la savante argumentation de M. Baillarger; mais je lui ferai observer que je n'avais pas mission d'exposer devant l'Académie de semblables considérations. Je n'avais pas à faire une leçon sur la folie, j'étais simplement chargé d'un rapport; j'ai suivi pas à pas le travail de M. Pinel. Celui-ci, d'ailleurs, n'a pas omis de faire dans son travail les distinctions que M. Baillarger vient d'établir. Je ne partage pas, à l'égard des statistiques, l'opinion de M. Baillarger. J'ai dit, dans mon rapport, que le titre du mémoire de M. Pinel était trop restreint; le mémoire ne répond pas au titre, ou plutôt le titre ne répond pas suffisamment au mémoire. Le mémoire est trop long, mais il contient beaucoup de faits intéressants, et je pense qu'il mérite réellement l'approbation de l'Académie.

M. *Baillarger :* Je n'ai pas dit qu'il ne fallait pas se servir de statistique en aliénation mentale; mais j'ai dit qu'il ne fallait se servir que de celles où l'on a séparé les diverses formes de la folie. J'insiste seulement sur ce point que les bains ne sont pas applicables aux trois types de l'aliénation mentale. J'ai dû caractériser ces types, et je suis entré à cet égard dans quelques détails.

M. *Ferrus :* Personne n'ignore à l'Académie les distinctions que vient de faire M. Baillarger. Quant à l'emploi des bains dans les différentes formes de la folie, tout le monde n'est pas d'accord pour en restreindre l'usage aux seuls cas de manie avec excitation. Des autorités imposantes ont employé les bains dans le traitement de la mélancolie; l'eau froide, les affusions ont donné de bons résultats dans cette classe de vésanies.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

M. *Rostan* proclame, dans l'ordre suivant, le résultat des différents scrutins qui viennent d'avoir lieu pour la nomination des commissions de prix.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — *Huile de foie de morue comme agent thérapeutique.* — MM. Guibourt, Guéneau de Mussy, Roche, Bouvier, Gibert.

PRIX CIVRIEUX. — *Influence des affections morales sur les maladies du cœur.* — MM. Chomel, Rostan, Bouillaud, Bricheteau, Requin.

PRIX PORTAL. — *Des cicatrices dans les différents tissus.* — MM. Laugier, Bégin, Jobert, Larrey, Robert.

PRIX CAPURON. — *De l'albuminurie dans ses rapports avec l'éclampsie.* — MM. Rayer, Paul Dubois, Danyau, Cazeaux, Depaul.

PRIX LEFÈVRE. — *De la mélancolie.* — MM. Ferrus, Bousquet, Falret, Baillarger, Jolly.

Études nouvelles sur le phlegmon diffus. — M. *Chassaignac*, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, donne lecture d'un Mémoire sur le phlegmon diffus. Quand on parcourt, dit M. Chassaignac, les nombreuses observations qui ont été publiées sur le phlegmon diffus, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'une grande confusion règne à ce sujet dans l'esprit des pathologistes. Cette confusion tient à ce qu'on a fait l'histoire du phlegmon diffus sur des observations qui ne sont pas homogènes. Si l'on veut écarter une cause d'erreur qui a répandu beaucoup de confusion sur les idées qui règnent au sujet du phlegmon diffus, il faut de toute nécessité séparer très nettement de cette maladie : 1° certaines phlegmasies diffuses du tissu cellulaire; 2° l'érysipèle œdémateux; 3° l'œdème douloureux; 4° le phlegmon par diffusion.

On peut admettre quatre variétés de phlegmon diffus : 1° le phlegmon diffus par nappe purulente; 2° le phlegmon diffus panniculaire; 3° le phlegmon diffus sous-aponévrotique; 4° le phlegmon diffus total. Dans la variété panniculaire, le pus réside exclusivement dans les mailles du tissu cellulo-adipeux qui double la peau. Dans la variété dite par nappe purulente, une formation de pus concret occupe la couche de tissu cellulaire séreux extérieur aux aponévroses. Le phlegmon diffus sous-aponévrotique présente le pus exclusivement renfermé dans les gaînes musculaires. Le phlegmon diffus total consiste dans une infiltration purulente simultanée de toutes les couches du membre.

Dans le diagnostic du phlegmon diffus, il faut s'attacher à bien saisir les caractères qui le distinguent de trois affections avec lesquelles il est susceptible d'être confondu, savoir : l'érysipèle œdémateux, le phlegmon par diffusion, l'œdème douloureux.

Le phlegmon diffus se différencie du phlegmon par diffusion à l'aide des caractères suivants : 1° Dans le phlegmon diffus l'invasion purulente est simultanée sur un grand nombre de points. Dans le phlegmon par diffusion elle est successive. 2° Dans le phlegmon diffus rien de plus fréquent que le sphacèle du tissu cellulaire; rien de plus rare dans le phlegmon par diffusion. 3° Dans le phlegmon diffus on observe souvent l'état concret du pus. Celui-ci est toujours liquide dans le phlegmon par diffusion. Une seule incision suffit souvent pour le traitement du phlegmon par diffusion. Il faut toujours des incisions multiples dans le véritable phlegmon diffus. 4° Le décollement de la peau est habituellement beaucoup plus étendu dans le phlegmon diffus.

Le diagnostic du phlegmon diffus dans sa première période n'est à l'abri de toute contestation que quand on a constaté par l'incision l'état de la couche celluleuse sous-panniculaire.

Lorsqu'à la suite du phlegmon diffus, la déperdition d'une portion de peau donne lieu à la formation de cordes inodulaires, il y a du danger à tenter de les allonger, lorsqu'elles sont encore d'une date assez récente. Les exemples de guérison de phlegmon diffus sans le secours d'aucune incision peuvent être considérés comme se rapportant à des cas de pseudo-phlegmon diffus. Dans le phlegmon diffus, on doit répartir sur toute l'étendue des couches envahies les incisions évacuatives. On doit de plus atteindre et dépasser les limites actuelles de l'infiltration purulente (incisions limitatives et préventives). Toutes les fois que deux incisions sont parallèles, il ne faut jamais les faire à une distance moindre que celle de deux travers de doigt. Quand le phlegmon est sous-aponévrotique, on ne peut assurer le libre écoulement du pus qu'en pratiquant des débridements latéraux sur les deux lèvres de l'incision faite à l'aponévrose.

L'emploi des douches détersives est un complément à peu près indispensable des incisions faites pour le traitement du phlegmon diffus. Elles hâtent la succession des périodes de la maladie et abrégent sa durée.

Dans le cas où le phlegmon diffus, après avoir envahi tout un membre, menace d'atteindre les portions plus ou moins considérables du tronc, l'amputation faite à propos et dans l'article peut seule sauver la vie du malade. (*Comm.* : MM. Laugier, Gimelle, Robert.)

La séance est levée à cinq heures.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies saturnines accompagnées de rétraction des doigts, par le docteur DECAISNE.

Les expériences de MM. Melsens et Natalis Guillot, qui démontraient la possibilité d'éliminer de l'économie, à l'aide de l'iodure de potassium, le mercure et le plomb qui s'y trouvent introduits, engagèrent M. Decaisne à essayer de l'iodure de potassium dans les diverses affections saturnines. Ces expériences thérapeutiques le portent à regarder ce genre de traitement comme l'un des plus féconds et des plus efficaces. L'observation que l'auteur cite à l'appui de cette proposition est des plus intéressantes : elle a trait à un sujet employé depuis plus de deux ans dans une fabrique de céruse, atteint, depuis cette époque, de tremblement général avec flexion forcée des doigts dans la paume de la main. M. Decaisne administre d'abord un purgatif composé de séné et de sulfate de magnésie; puis on commença l'usage de l'iodure de potassium, en élevant progressivement la dose depuis 4 grammes jusqu'à 6 ou 8 grammes par jour. Au bout d'un mois de traitement, le tremblement avait notablement diminué, ainsi que la paralysie des extenseurs des avant-bras; enfin, deux mois après le commencement du traitement, cet homme jouissait de l'intégrité complète des mouvements des membres supérieurs et inférieurs. (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1853, vol. XIII, n° 1, p. 62.)

De l'influence exercée sur la variole par la vaccine pratiquée pendant l'incubation de la fièvre éruptive, par le docteur E. BARTHEZ.

Dans un mémoire très intéressant, M. E. Barthez résume les opinions diverses émises par les pathologistes sur cette question d'une haute importance au point de vue pratique. Dans l'impossibilité de donner une analyse de ce travail, nous nous contentons d'en transcrire les conclusions :

1° Si l'on vaccine les enfants pendant l'incubation de la variole, de manière que l'éruption vaccinale précède l'éruption variolique, cette dernière sera presque toujours modifiée.

2° Dans la grande majorité des cas la modification sera favorable et la variole deviendra une varioloïde.

3° Si la fièvre éruptive, en se modifiant, prend un caractère de gravité, il faut l'attribuer surtout à l'état de santé antérieur joint au très jeune âge des enfants.

4° Dans ce dernier cas, la vaccine, troisième maladie surajoutée à deux autres, n'a aucune influence sur la variole, et ce n'est plus qu'une complication à laquelle l'âge et la faiblesse des enfants donnent une grande gravité.

Profitez, dit M. Barthez, de ce que l'incubation variolique est beaucoup plus longue que l'incubation vaccinale, pour donner le pas à la vaccine, afin de détruire ou de restreindre à temps la capacité varioleuse, et vaccinez immédiatement les enfants lorsque vous pouvez croire qu'ils sont sous l'incubation de la variole. Cependant, hésitez à le faire, si les enfants sont très jeunes; hésitez d'autant plus que la débilitation est plus profonde et l'âge moins avancé. (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, 8e année, vol. XV, p. 5, janvier 1854.)

Application de l'ophthalmoscope au diagnostic de l'apoplexie cérébrale, par le docteur SCHAUENBURG.

Je fus consulté, dit le docteur Schauenburg, par un homme de cinquante-six ans, capitaine dans l'armée. Atteint depuis assez longtemps de douleurs rhumatismales, ce malade était tourmenté depuis peu d'un autre accident : sa vue, jusqu'alors parfaite, s'était affaiblie, sans cause connue, à un tel degré, qu'il ne pouvait plus lire les caractères d'un journal. On n'avait entrepris aucun traitement local; les moyens employés pour procurer des évacuations du côté du tube digestif n'avaient amené aucun soulagement. Dans le but de m'assurer de l'état de la lentille cristalline, j'eus recours à l'ophthalmoscope. Les enveloppes externes du globe oculaire n'offraient aucune congestion morbide. Après avoir dilaté la pupille au moyen d'une goutte de solution d'atropine, je pus me convaincre, au moyen de l'ophthalmoscope, qu'il n'existait aucune altération des milieux de l'œil; mais je reconnus la présence d'une couche d'exsudation plastique en dehors du point d'entrée du nerf optique dans l'œil. Les vaisseaux de la choroïde et de la rétine offraient un état congestionnel très marqué, égal dans les deux yeux. Le docteur Kalt constata comme moi ces altérations. Cet examen nous fit admettre une congestion des vaisseaux des méninges et du cerveau, dont l'exagération pourrait devenir cause d'une encéphalorrhagie. Pour prévenir cet accident, nous conseillâmes l'usage de purgatifs et des applications répétées de sangsues à l'anus. Quatre jours après cet examen, nous fûmes appelé auprès du malade, qui avait différé de mettre à exécution notre prescription; il avait éprouvé une attaque d'apoplexie caractérisée par une paralysie du côté gauche de la face et de la pupille du même côté. (*Deutsche Klinik*, 1854, n° 9, p. 102.)

Kyste hydatique siégeant dans la paroi antérieure du ventricule gauche du cœur, par HOLMES COOTE.

En examinant, dans l'amphithéâtre de dissection de l'hôpital Saint-Barthélemy de Londres, le cadavre d'un homme livré aux études anatomiques, M. Holmes Coote remarqua le volume énorme du cœur. Cet organe avait, dans son plus grand diamètre 9 pouces de longueur sur 4 de largeur. Sa base correspondait au troisième cartilage costal droit, la pointe à la huitième côte gauche. Le cœur, considérablement hypertrophié, remplissait la plus grande partie de la cavité thoracique en avant, repoussait en arrière le poumon droit; le poumon gauche avait subi un déplacement moindre. Des adhérences anciennes unissaient les deux feuillets du péricarde. Les cavités du cœur étaient dilatées, les valvules sans lésion aucune. La paroi antérieure du ventricule gauche était fortement saillante en avant et contenait dans son épaisseur un kyste à parois denses ayant 3 à 4 pouces de diamètre et s'étendant jusqu'à la pointe. Le kyste, à parois inégales couvertes de dépôts fibrineux, contenait des acéphalocystes altérées nageant dans un liquide séro-purulent. J'ai cru trouver dans ce liquide des échinocoques altérés; malheureusement, l'état de putréfaction avancée du cadavre rendait cet examen difficile. M. Holmes Coote indique une autre pièce du même genre déposée dans le musée de l'hôpital Saint-Barthélemy. (*Medical Times and Gazette*, 18 février 1854.)

Péricardite latente chez un enfant de dix ans, par le docteur R.-M. GLOVER.

Le docteur R.-M. Glover met sous les yeux des membres de la Société médicale de Londres un exemple de péricardite chronique trouvée chez un enfant de dix ans. Le dépôt de fausses membranes sur le feuillet séreux du péricarde atteignait, dans quelques endroits, une épaisseur de deux lignes. L'endocarde était également le siége de dépôts plastiques. L'enfant qui présentait cette lésion avait été atteint, quelques années auparavant, d'une affection rhumatismale. Aucun malaise ne l'avait contraint à garder le lit avant sa mort. On le trouva, un matin, mort dans son lit; la veille il n'avait présenté aucun signe de maladie. (*Medical Society of London. Association medical Journal*, 17 février 1854, p. 151.)

De l'emploi de l'essence d'orange contre les névroses gastriques, par le docteur HANNON, professeur de l'Université de Bruxelles.

« L'huile essentielle d'écorces d'oranges guérit le mal comme par enchantement. » Tel est le jugement que porte M. Hannon sur la valeur de la nouvelle médication qu'il propose. Cette proposition nous inspire, nous l'avouons, quelque doute : les névroses gastriques résultent de l'union d'une foule de maladies si diverses, que nous hésitons à croire qu'un moyen identique tel que celui qui nous est proposé par notre confrère belge, réussisse également dans la gastralgie d'origine chlorotique, et dans la névrose stomacale consécutive à l'abus des alcooliques. Cependant la simplicité de ce nouveau moyen thérapeutique nous engage à le faire connaître à nos lecteurs. L'huile essentielle d'écorces d'oranges peut être donnée à la dose de huit ou dix gouttes sur un morceau de sucre; M. Hannon l'administre encore sous forme de poudres, de tablettes.

Pr. Sucre cristallisé, 2 gram. Essence d'oranges, 18 goutt. Mucilage, q. s. F. s. a. 9 tablettes. 3 tablettes par jour, de deux en deux heures.	Pr. Carbon. de magnés. 30 gram. Essence d'oranges, 6 gram. M. et divisez en 20 paquets. 2 paquets dans la matinée, à deux heures d'intervalle.

L'huile essentielle d'écorces d'oranges peut être prescrite de même en potion, en prenant l'alcool pour dissolvant. (*Presse médicale belge*, 1854, n° 6, p. 45.)

Des diverses lésions du foie comprises sous le nom d'altération graisseuse, par le docteur W.-T. GAIRDNER.

L'anatomie pathologique du foie a fait jusqu'ici peu de progrès. Cette proposition s'applique surtout à la lésion connue sous le nom d'*altération graisseuse* ou de *foie gras*. Nature intime, pathogénie, signes cliniques, tout est encore à peine connu sur cette curieuse maladie de la glande hépatique, dont l'importance cependant grandit chaque jour, depuis que la physiologie nous a révélé le rôle du foie dans les phénomènes de la nutrition. Tout travail nouveau sur la pathologie du foie doit, à ce titre, fixer l'attention des pathologistes, des savants comme des praticiens. Le docteur W.-T. Gairdner, connu depuis de longues années par des travaux intéressants sur les maladies du rein, des bronches, etc., a communiqué à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg le résumé de ses recherches sur le foie gras. L'exactitude bien connue de cet auteur nous engage à en donner ici une courte analyse.

Dans la phthisie, le foie présente tantôt l'altération graisseuse, tantôt celle qu'il appelle *cireuse* (waxy). Dans le foie gras l'épithélium hépatique est gorgé de graisse, et de plus la pesanteur spécifique de l'organe est au-dessous de la normale; ainsi la pesanteur spécifique, de 1045 environ dans l'état sain, peut descendre dans le foie gras à 1005. Dans l'altération cireuse (waxy) du foie,

les cellules d'épithélium hépatique ne renferment aucun dépôt étranger, sont atrophiées, anguleuses, et laissent à peine distinguer leurs noyaux. Par une coupe mince, on constate une augmentation de densité du tissu. Cette forme d'altération est, suivant Gairdner, celle qu'on rencontre le plus souvent dans la phthisie ; l'altération graisseuse est plus rare dans la tuberculisation pulmonaire. L'altération atrophique cireuse peut se rencontrer dans d'autres organes que le foie, dans le rein, la rate, surtout dans l'état de cachexie. Les symptômes sont encore assez peu connus ; Gairdner indique seulement comme symptôme constant l'augmentation de volume et de densité de l'organe.

MM. Sanders et Alison annoncent être arrivés, par des recherches analogues à des résultats identiques. (*Association Medical Journal*, 10 février 1854, p. 136.)

Mémoire sur une tumeur emphysémateuse du crâne, par M. Balassa.

Peut-être est-il à craindre que la seule utilité de ce travail ne consiste dans la mention même du fait signalé ; car, à part un cas à peu de chose près semblable, observé par Lecat en 1743, les annales de la science ne renferment aucun exemple analogue. Cependant, comme la lésion avait une origine spontanée, , il est permis de présumer qu'elle pourra se rencontrer de nouveau ; et alors les intelligentes recherches faites par M. Balassa sur le mécanisme de sa production serviront puissamment à aider le diagnostic, toujours si difficile en pareille circonstance.

Un garçon de seize ans, un peu scrofuleux, présentait sur le temporal et le pariétal droit une tumeur grosse une fois et demie comme le poing. Son développement, indolent et graduel, datait de cinq ans. Elle offrait un son tympanique. Ouverte une fois, elle avait laissé sortir du sang mêlé d'air ; mais s'était reproduite aussitôt après l'achèvement de la cicatrice.

D'où provenait cet emphysème? De l'autre d'Hemorigh? Non ; car en bouchant par un tampon l'orifice postérieur de la fosse nasale droite, et en comprimant alors la tumeur, on ne faisait point refluer d'air par la narine, ce qu'on aurait reconnu aux oscillations que la flamme d'une bougie, placée là, eût éprouvées si cette communication avait existé. De la trompe d'Eustache? Oui; car d'abord il ne restait aucune autre voie que celle-là pour rendre compte du passage de l'air ; puis si l'on appliquait son oreille sur celle du malade, on entendait distinctement, à chaque pression exercée sur la tumeur, un bruit continu qui cessait dès qu'on suspendait la pression.

On constata par le toucher une conformation irrégulière du pharynx jusqu'à la paroi postérieure duquel la cloison nasale se prolongeait en inclinant à gauche ; ce qui pouvait faire supposer une diminution de calibre de la trompe d'Eustache droite, et, par suite, une gêne pour l'évacuation de l'air durant l'expiration, laquelle gêne avait pu causer l'amincissement, puis la rupture de la paroi des cellules mastoïdiennes, et, par là, le passage de l'air de la caisse sous les téguments crâniens.

M. Lussana résolut de tenter la cure radicale en établissant artificiellement une ouverture capable de donner à l'air une libre issue à l'extérieur, pour prévenir son accumulation sous l'aponévrose. Deux partis étaient à choisir pour satisfaire à cette indication : fendre la membrane du tympan, ou inciser les téguments près du bord inférieur de la tumeur, pour que les perforations de l'os pussent librement verser au dehors l'air qui s'échappait par elles sous la peau. Ce fut à ce dernier parti qu'il s'arrêta à cause de la largeur probablement insuffisante de l'ouverture que la perforation du tympan aurait produite. Il fit, en conséquence, une incision d'un pouce et demi là où plusieurs gerçures indiquaient le siége principal de la solution de continuité osseuse. L'air sortit immédiatement, et la tumeur s'aplatit d'une manière notable.

Voulant compléter le traitement, M. Lussana établit une compression énergique sur la tumeur. Mais le résultat, on peut le dire, dépassa, du moins en rapidité, toutes ses prévisions. La compression ayant suscité une violente inflammation, la suppuration se forma, s'épancha par la plaie, par la bouche, et enfin aussi par l'oreille. Des accidents fébriles, une diarrhée et prostration visible se développèrent. Mais lorsqu'ils eurent cessé, on reconnut que les parois de la tumeur adhéraient fortement à l'os sans que les efforts les plus intenses du malade altérassent ces adhérences. L'ouïe n'était que faiblement altérée. La trompe d'Eustache était devenue imperméable. La guérison, depuis lors, s'est maintenue. (*Revue médico-chirurg.*, janv. 1854, p. 22.)

Sur les dents œillères, par M. Decaisne.

Ce nom, donné, par un préjugé populaire très répandu, aux petites molaires et aux canines supérieures, trouverait, selon l'auteur, sa justification dans l'observation clinique qui montre des lésions graves de l'œil survenant à la suite de l'extraction de ces dents. Ainsi :

Un militaire s'étant fait arracher la petite molaire supérieure droite, eut aussitôt à la joue un gonflement qui s'étendit le lendemain à l'œil de ce côté. Progression telle des symptômes que, le huitième jour, il y avait œdème des paupières, exophthalmie, chémosis considérable, vive réaction fébrile. Après un traitement énergique, un abcès se forme au grand angle de l'œil ; on l'ouvre le quatorzième jour, et la guérison ne tarde pas à s'opérer.

H..., âgé de quatorze ans, se fit enlever la seconde molaire droite supérieure. Dès le lendemain, la joue est très gonflée, avec douleur à la tempe et derrière l'oreille correspondante. L'œil devient de plus en plus proéminent. Le malade est obligé de garder le lit quatre semaines. Revu au bout de six mois, il avait encore de la douleur chaque fois qu'il baissait la tête ; la joue était un peu tuméfiée, et la paupière inférieure tirée en bas et en dehors. Œil intact, vue assez bonne ; mais elle est cependant moins forte qu'avant l'accident.

A la suite de l'extraction de la seconde grosse molaire supérieure droite, M... eut un abcès à la joue, lequel a laissé deux cicatrices adhérentes à l'os malaire. En ce moment (six mois après), l'œil, qui auparavant était sain, présente une cataracte capsulo-lenticulaire très bien formée, qui, au dire du malade, s'est déclarée à la suite de l'extraction de la dent et pendant la durée de l'abcès malaire, lequel a mis quatre mois à se guérir complétement.

Nous ne ferons que mentionner un quatrième fait où des troubles analogues à ceux des deux premiers malades ont suivi l'ablation de la dernière molaire droite de la mâchoire *inférieure*.

— Ou nous nous trompons fort, ou l'appui que M. Decaisne devait trouver à la dénomination de dents *œillères* dans l'observation lui manque aussi bien après qu'avant la lecture des faits dont le résumé vient d'être donné. Qu'une relation par continuité de tissu existe entre les racines des dents et les parties de la face situées dans leur voisinage, c'est ce qu'il suffit de regarder pour le découvrir ; que l'inflammation puisse de là s'étendre de proche en proche ; que, comme le plus vasculaire et le plus délicat de texture, l'œil ait, plus qu'un autre organe, la chance de subir la phlegmasie qui menace alors toute la région.. .., personne ne le révoquera en doute. Mais ce qu'il importait, ce nous semble, de préciser, c'est l'existence d'une connexion nerveuse telle entre la dent et l'œil correspondant, que la vision y devienne compromise ou abolie par suite de l'extraction de la dent, et sans que la vitalité du globe oculaire ait souffert. C'est un de ces effets directs, semblables à ceux que produit la contusion d'un rameau du trifacial, que nous nous attendions, nous l'avouons, à voir mettre en lumière par M. Decaisne.

A un point de vue plus pratique, ces recherches, toutes méritoires qu'elles nous paraissent, risquent de demeurer également stériles ; car l'éventualité des accidents graves, dont les observations précédentes montrent la possibilité, ne saurait arrêter la main du praticien lorsque l'indication d'arracher une dent existe réellement. (*Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, t. XIII, n° 1, p. 53.)

Nouvelle méthode de traitement des fistules salivaires, par M. Rodolfi.

Après avoir servi à rapprocher les bords des solutions de conti-

nuité les plus mobiles (telles que le bec-de-lièvre), après avoir arrêté les hémorrhagies même menaçantes, il manquait en quelque sorte quelque chose encore à la gloire du collodion pour prouver la puissance de son action adhésive. Il lui fallait se mesurer avec le plus incoercible des écoulements de liquides, avec la plus intarissable des fistules, celles qui affectent les conduits salivaires. C'est ce cas, c'est ce succès que M. Rodolfi vient de faire connaître.

Après avoir enlevé à un homme une tumeur enkystée du milieu de la joue, on s'aperçut, au troisième jour, que le canal de Sténon avait été ouvert et que la salive coulait au dehors. La compression, puis l'avivement des bords de la plaie suivi de leur rapprochement par la suture entortillée, restèrent infidèle. Il en fut de même de la pression exercée non plus sur le canal de Sténon, mais seulement sur la plaie, de manière à tenir ses lèvres juxtaposées.

Après ces insuccès, on songea à l'emploi si simple du collodion. Aussitôt qu'on en eut déposé deux gouttes, on vit immédiatement les bords de la fistule venir au contact. Dès lors il ne sortit plus une seule goutte de salive. On réitéra le lendemain la même application, et au bout de huit jours la guérison était définitive et solide. (*Gaz. medica ital. Lombardia*, janv. 1854.)

Névrôme du nerf cubital; extirpation suivie de guérison, par M. Laforgue.

On se hâtait beaucoup trop autrefois de sacrifier le nerf lui-même pour remédier à une maladie développée dans sa gaîne, sacrifice d'autant plus inutile que souvent l'altération, comme dans ce cas, ne fait qu'écarter les fibres nerveuses sans compromettre la vitalité ni les attributions du cordon. Déjà M. Bonnet (de Lyon) avait eu l'intelligence de rompre avec ces précédents injustifiables. Le cas que M. Laforgue publie prête, quoique indirectement, une nouvelle force à cette correction si rationnelle des procédés opératoires en usage contre les névrômes; car l'examen anatomique a démontré que la tumeur était comme enchâssée entre les filets qui composent le tronc nerveux, sans que leur continuité eût été interrompue. Si donc le chirurgien, ne pouvant disséquer ce kyste, a été obligé de reséquer le nerf même, rien ne prouve qu'il n'eût pas été possible de faire l'extirpation du produit morbide en ménageant le nerf, dans le cas où la malade se fût adressée à lui plus tôt, avant que le développement et l'adhérence du kyste n'eussent pris des proportions incompatibles avec l'emploi de ce procédé.

La seule circonstance importante de cette observation consiste en ce que la tumeur, du volume d'une noix, était constituée par un kyste dont la cavité renfermait quelques gouttes de sérosité sanguinolente, et une substance gélatiniforme, recouverte d'un caillot de sang, et adhérant intimement à la surface interne du kyste. La maladie occupait la partie moyenne du bras.

La motilité subsista à peu près intacte ; mais la sensibilité s'éteignit dans les parties où le nerf cubital se distribue. Cet état ne s'étant point amendé au bout de huit mois, les parties furent alors soumises à l'application du courant électrique par induction (appareil de M. Duchenne). Après vingt-huit séances, la sensibilité était en grande partie rétablie dans les doigts ; l'auriculaire percevait les sensations tactiles qui auparavant n'y réveillaient aucune impression. — Notons que, après l'ablation de la tumeur, les bouts du nerf sectionné étaient devenus distants l'un de l'autre d'environ 4 centimètres. (*Gazette médicale de Toulouse*, janvier 1854, p. 1.)

Stérilité produite par la compression des bandages herniaires sur les conduits déférents, par M. Piogey.

Le malade à l'occasion duquel l'influence du bandage herniaire sur la stérilité a été signalée, avait eu les testicules retenus dans l'abdomen jusqu'à dix-huit ans ; le gauche est même demeuré arrêté dans l'anneau. De plus, il a eu deux blennorrhagies, dont la dernière très prolongée. M. Piogey ayant examiné l'épididyme droit, le trouva dur, comme fibreux, et le canal déférent moins large et moins ferme que dans l'état normal. Le testicule a son volume et sa consistance comme naturellement.

Cet homme étant marié depuis longtemps sans avoir d'enfants, M. Piogey soumit son sperme à l'inspection microscopique, et n'y put constater de spermatozoaires.

Or, un bandage avait dû être porté pendant plusieurs années de ce côté pour prévenir l'issue d'une anse intestinale qui tendait à accompagner le testicule. Et M. Piogey se croit fondé à attribuer la stérilité à l'induration épididymaire, et celle-ci à la pression exercée par le bandage sur le canal déférent.

Sans nier l'exactitude de cette interprétation, nous devons faire remarquer qu'elle aurait encore plus de valeur si elle pouvait s'appuyer sur des cas où les testicules n'eussent pas subi dans leur évolution un retard qui peut ne point être sans influence sur leur structure, où surtout on ne pût trouver dans des blennorrhagies, peut-être accompagnées d'épididymite, cette cause d'engorgement dont M. Gosselin a si bien démontré l'action toute spéciale, comme amenant l'oblitération des voies spermatiques. (*Union médicale*, 14 février 1854, p. 80.)

Note sur un cas rare d'éclampsie, par M. Depaul.

A peine possède-t-on un exemple d'éclampsie survenue avant le quatrième mois de la grossesse. Celui que M. Depaul cite tire donc un grand intérêt tant de cette circonstance que de la manière heureuse dont il se termina sous l'empire d'une médication des plus simples.

Les phénomènes essentiels, d'ailleurs, y furent assez caractérisés pour qu'on ne puisse croire à une erreur de diagnostic. Sans aucun antécédent d'hystérie ou d'épilepsie, sa malade eut, à la suite d'un repas un peu trop copieux, des vomissements bientôt accompagnés de perte de connaissance et de mouvements convulsifs de toutes les parties du corps. Coloration violacée de la face, puis coma complet avec respiration stertoreuse. En deux heures quinze accès semblables eurent lieu. M. Depaul fut témoin du seizième. Il constata que l'urine renfermait une assez grande quantité d'albumine.

Le col utérin était long et fermé ; rien n'annonçait une fausse couche. Saignée de 400 grammes. Il n'y eut plus dès lors de nouvel accès ; la connaissance revint, et la guérison s'opéra.

Cette femme accoucha ensuite, à terme, très heureusement, d'un enfant vivant.

M. Depaul se félicite avec raison de n'avoir pas cherché à provoquer l'accouchement, pratique que certains auteurs regardent comme le seul remède qui puisse triompher des accès d'éclampsie. (*Moniteur des hôpitaux*, 21 février 1854, p. 172.)

Diminution et disparition des tumeurs utérines, par M. Ashwell.

Beaucoup de praticiens, ainsi que M. Ashwell le dit, ont sans doute eu l'occasion d'observer des tumeurs volumineuses et dures, tenant à l'utérus, qui, après avoir produit pendant une période plus ou moins longue des symptômes même assez graves, ont peu à peu pris une marche décroissante. On les voit alors soit se dissiper par degrés et s'effacer complétement, soit, du moins, subir une réduction telle que les désordres qu'elles avaient provoqués cessent une fois que le produit morbide est arrivé au point où il demeure ensuite définitivement stationnaire. Et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que ce changement favorable, s'il ne s'est pas accompli d'une manière tout à fait spontanée (ce dont on possède néanmoins des exemples), s'est souvent opéré sous l'influence de médications desquelles celui-là même qui les avait prescrites était loin d'espérer un résultat aussi satisfaisant.

M. Ashwell cite quatre cas de cette nature où la tumeur, faisant saillie du côté de l'hypogastre, avait la grosseur d'un petit melon ou de la tête d'un enfant. Outre la distension des viscères et la compression des plexus nerveux, elles s'accompagnaient de dépérissement, maigreur et hémorrhagies copieuses. Un fait à noter, c'est que leur diminution ne coïncide avec aucun phénomène qui pût faire considérer cette terminaison comme due à une évacuation ou à une élimination des parties qui entraient dans leur texture.

Ces faits doivent inspirer au praticien un pronostic plus réservé dans les maladies de cette espèce, lors même qu'elles suscitent les

troubles les plus sérieux. Muni de la confiance qu'ils suggèrent, il insistera plus opiniâtrément sur l'emploi des moyens propres à en triompher, et sera mieux en garde contre cette fâcheuse tendance à l'inaction que l'idée de leur incurabilité fait naître presque invinciblement. Les douleurs, les hémorrhagies continuent-elles? l'émaciation persiste-t-elle? Si, coïncidemment, la tumeur ne fait plus de progrès, il faut, sans se décourager, persévérer dans les essais thérapeutiques. A plus forte raison est-on autorisé à y donner suite, si les symptômes diminuent graduellement d'intensité.

Il est bien entendu que M. Ashwell ne laisse pas une semblable perspective ouverte à toutes les tumeurs de la matrice, et qu'il est loin de garantir d'une manière absolue contre leur dégénérescence maligne. Il a seulement voulu montrer une des chances favorables offertes à leur évolution, chances que l'événement réalise plus souvent peut-être qu'on ne le supposerait *à priori*.

Le traitement préconisé par l'auteur nous paraît on ne peut plus sage et méthodique. L'iode *intus et extra* ; une nourriture non stimulante mais réparatrice; l'usage de vins peu spiritueux, d'une bière légère ; des sangsues non sur le siége du mal, mais à son voisinage ; peu de purgatifs ; quelques sétons sur le point correspondant à la tumeur, forment les bases du régime, auquel on doit associer le repos et la privation de rapports sexuels. (*The Lancet*, 18 février 1854, p. 180.)

Prophylaxie syphilitique, par M. MOLLINEDO.

L'auteur se borne à nous apprendre que Luna Calderon, dont le procédé de préservation syphilitique avait, au commencement de ce siècle, reçu d'honorables encouragements, est mort pauvre et obscur, sans que son invention ait été appréciée comme elle le méritait dans sa propre patrie. Il montre toute la gravité de la syphilis, qui peut tuer même les adultes ou les rendre impropres au travail, puisque, de 11,527 soldats qui entrèrent pour maladie vénérienne dans les hôpitaux de la péninsule en 1850, il en mourut 79, et qu'on dut en réformer un beaucoup plus grand nombre. A ce chiffre véritablement effrayant, que l'on ajoute celui des nouveau-nés qui trouvent la mort dans une infection héréditaire, et que l'on juge si la découverte d'un préservatif contre ce mal ne serait pas digne de toute la munificence des gouvernements.

D'accord avec l'auteur sur l'importance d'une pareille invention, nous n'avons transcrit l'article ci-dessus qu'afin de prouver, par l'énorme proportion de décès que la syphilis occasionne parmi les hommes les plus jeunes et les plus vigoureux, quelle est encore la férocité de ce fléau, qu'on croit atténué, chez les nations où la civilisation est en retard. (*Heraldo medico*, 8 fév. 1854, p. 42.)

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

De la cataracte et des opérations qu'elle nécessite; mémoire suivi d'observations sur les principales maladies des yeux, par le docteur ÉDOUARD JÆGER. Vienne, 1854. In-8, 128 p., avec planches.

Statistique des résultats de l'opération de la cataracte, par le docteur J. DINGÉ, *Thèse inaug.*, Paris, 1853.

Ces deux mémoires, comme leur titre l'indique, concernent les résultats de l'opération de la cataracte. L'ouvrage de M. E. Jæger a pour base l'ensemble des faits observés par lui et par son père dans un intervalle de quatre ans, de 1849 à 1852. La partie principale de ce livre est consacrée à la cataracte; l'auteur y a ajouté une série de faits curieux et intéressants ayant trait à la pathologie et à la médecine opératoire de l'appareil de la vision. La thèse de M. Dingé contient l'exposé statistique des opérations de cataracte faites par M. Sichel de 1846 à 1851 inclusivement. Comme ces deux travaux portent en partie sur le même sujet, nous les avons réunis dans une même analyse.

La plupart des observations recueillies par M. Jæger l'ont été dans un établissement privé dirigé par le célèbre Jæger son père et par lui-même. Le nombre des malades cataractés soumis au traitement dans l'espace de quatre années a été de 910 personnes atteintes de 1315 cataractes. Dans des tableaux annexés à l'ouvrage se trouve indiquée la répartition de ces malades par années. 74 malades étaient atteints de cataracte congéniale, 105 de traumatique et 641 de cataracte acquise.

La cataracte congéniale se présente en général sous la forme capsulaire, ponctuée, centrale, pyramidale, etc. Il est plus rare de la voir intéresser la lentille cristalline elle-même : dans ce cas l'opacité ou bien occupe la couche superficielle de la lentille, ou bien alterne dans la lentille de telle sorte qu'on trouve successivement des couches opaques et d'autres transparentes. Jamais M. Jæger n'a rencontré dans la cataracte congéniale d'opacité de la partie centrale du cristallin sans que la surface extérieure ne fût également atteinte. La cataracte acquise dépend, soit d'une modification de la nutrition locale du cristallin, soit d'une cause traumatique, soit enfin du dépôt d'un produit plastique dans son intérieur. La description de la structure anatomique des diverses formes de la cataracte capsulaire est donnée d'une manière brève ; nous ne mentionnerons que le passage qui a trait à la cataracte capsulaire. Jæger en a rencontré 104 cas : 67 fois la maladie était congéniale, 37 fois elle était acquise. « Dans tous les cas, dit-il, où la cataracte capsulaire a été enlevée par l'opération et examinée microscopiquement, j'ai toujours constaté la transparence parfaite de la capsule antérieure et postérieure; seulement ces deux surfaces étaient recouvertes de produits d'exsudation difficiles à enlever. »

Médecine opératoire. — E. Jæger renvoie, pour les indications des différents procédés opératoires, à sa dissertation inaugurale publiée en 1844. Relativement aux résultats obtenus, l'auteur désigne sous le nom de « succès » les cas dans lesquels les opérés pouvaient lire, au moyen des lunettes ordinaires, une impression moyenne, à une distance ordinaire ; le résultat est dit « incomplet », quand les opérés peuvent seulement, après le traitement, voir assez pour se conduire dans la rue ou distinguer les objets volumineux ; enfin le résultat est dit « mauvais », quand les opérés ne peuvent se conduire seuls. Le nombre des opérations de cataracte fut de 254, pratiquées sur 239 yeux et chez 186 malades. L'opération porta 133 fois sur un seul œil et 53 sur les deux en même temps. Dans quinze cas on fut obligé de pratiquer une deuxième opération. Le nombre des opérations faites par M. Sichel en six années fut relativement plus considérable : il atteignit 689. M. E. Jæger, comme M. Sichel, pratique toujours l'*extraction* par la kératotomie supérieure. Ce procédé paraît avoir été plus heureux entre les mains de M. Jæger, qui dit n'avoir eu qu'un insuccès pour 16 cas, autrement dit 6 1/4 pour 100, tandis que le chiffre des insuccès aurait été, pour M. Sichel, 10 pour 100. Sur 114 extractions, Jæger obtint 98 succès; M. Sichel obtint le même résultat chez 412 malades, sur 516 opérés.

L'*abaissement* de la cataracte en bas et en dehors fut pratiqué 81 fois par M. Jæger ; 69 fois on obtint un succès plus ou moins complet : il y eut 12 insuccès. M. Sichel eut, sur 78 opérations, 52 succès, 17 demi-succès et 9 insuccès. Par conséquent, la proportion des insuccès fut, dans la pratique de M. Jæger, de 10 pour 100, et dans celle de M. Sichel, de 11 pour 100. M. Jæger préfère, en général, le procédé par scléroticonyxis à celui par kératonyxis, qui ne fut mis en pratique, pendant ces années, que deux fois sur des enfants.

Broiement. M. Jæger l'a pratiqué 17 fois par la cornée et 2 fois par la sclérotique. Sur ces 19 malades il a obtenu 13 succès complets, 3 demi-succès et 3 insuccès. La même méthode, entre les mains de M. Sichel, a donné, sur 83 opérations, 63 succès, 11 demi-succès et 9 insuccès.

Extraction partielle: faite par M. Jæger, 5 fois par la sclérotique et 20 fois par la cornée : 21 succès, 2 demi-succès et 2 insuccès.

Comme M. Sichel, l'ophthalmologiste allemand croit que les heureux résultats obtenus par ses opérations tiennent en grande partie

à ce que les procédés opératoires ont toujours été variés suivant les indications.

La deuxième partie du travail allemand est un exposé concis des résultats opératoires obtenus dans un certain nombre d'affections de l'appareil de la vision. Nous allons mentionner brièvement chacun de ces chapitres : Pupille artificielle pratiquée 37 fois ; 32 succès et 5 insuccès. L'opération du strabisme fut pratiquée 64 fois : 62 fois avec succès, 2 fois seulement sans résultat ; et même, dans ces cas malheureux, jamais il n'y eut de strabisme du côté opposé, ou d'exophthalmie. Plusieurs autres chapitres ont trait à l'extraction des corps étrangers de l'œil ; ils ne contiennent rien de nouveau.

Des observations intéressantes sont publiées ensuite. Nous citerons un cas d'ophthalmie par projection de poudre de sublimé dans l'œil. Le contact de cet agent irritant donna lieu au développement d'une adhérence pseudo-membraneuse entre les paupières et l'œil. M. Jæger en pratiqua plusieurs fois la division, et fut enfin assez heureux pour obtenir la guérison du malade. D'autres observations ont trait à des mélanoses de l'œil, à l'influence des rayons solaires sur la vue, etc.

La dernière partie de l'ouvrage de M. Jæger est consacrée à la description de plusieurs instruments nouveaux : l'un (pl. 1, fig. 1) n'est qu'une pince double, à mors mousses, destinée à fixer l'œil en saisissant la conjonctive oculaire. La paupière inférieure est repoussée en bas par la pression du manche de l'instrument. Un autre instrument est figuré par l'auteur (pl. 1, fig. 2-13) : c'est une grande pince destinée à enlever des fragments de capsule ou de cataracte. Enfin, l'auteur fait connaître une nouvelle espèce d'appareil propre à éclairer le fond de l'œil. Plusieurs planches annexées à l'ouvrage représentent les principales maladies de l'œil, et l'aspect de la rétine et de ses vaisseaux éclairés au moyen de l'appareil, qui n'est qu'une modification de celui d'Helmholtz.

Remarques sur les ouvertures cadavériques et les recherches anatomo-pathologiques, par le d[r] F. WEBER, prosecteur de l'Université de Kiel. Herzberg, 1854, p. 62.

Le but que s'est proposé l'auteur de ce petit travail est de propager les recherches anatomo-pathologiques parmi les médecins danois. La pratique des ouvertures cadavériques rencontre dans ce pays de grandes difficultés, des obstacles nombreux, qui, quoi qu'en dise M. F. Weber, existent encore malheureusement trop souvent à Paris. La première partie de ce travail est entièrement consacrée à des conseils adressés aux médecins sur les moyens propres à obtenir des familles l'examen des organes malades après la mort. Nous ne suivrons pas l'auteur dans ces conseils, du reste fort judicieux et que nous voudrions voir suivre par le plus grand nombre des médecins français. La science s'enrichirait ainsi d'une foule de renseignements auxquels supplée imparfaitement l'ouverture des cadavres dans les hôpitaux. C'est surtout dans la pratique civile que le médecin peut suivre pas à pas et pendant de longues années les affections diverses dont est atteint le malade ; il possède donc tous les éléments cliniques qui manquent le plus souvent au médecin d'hôpital, chargé d'habitude de la maladie qui a entraîné la mort du sujet. Dans la deuxième partie de son travail, M. F. Weber s'occupe des procédés à suivre pour l'examen des diverses parties du cadavre ; il indique avec soin les instruments nécessaires, dont le nombre pourrait encore être réduit pour la commodité du praticien : ainsi, au moyen d'un couteau à forte lame et du marteau, on parvient aussi facilement et beaucoup plus rapidement, avec un peu d'habitude, à ouvrir le canal rachidien, qu'avec la double scie, à laquelle on a presque renoncé en France. A ces détails de procédé opératoire, l'auteur a joint, à propos de chaque organe, un exposé des altérations simplement cadavériques, et de celles qui proviennent de la maladie, lésions étudiées suivant les âges. Ce cadre, assez étendu, est rempli avec beaucoup de soin et de jugement, et montre dans l'auteur un homme livré aux recherches d'anatomie pathologique. Ce petit travail, dont le titre est fort modeste, sera toujours un bon guide pour ceux qui commencent les études d'anatomie morbide.

VIII.

VARIÉTÉS.

CHOLÉRA. — Il résulte de la situation suivante que du 15 au 22 mars il y a eu dans les hôpitaux de Paris 38 cas nouveaux et 25 décès.

Situation au 22 mars.

Cas traités dans les hôpitaux		1115
Sorties	540	1064
Décès	524	
Reste		51

— Ce n'est pas par 10 voix sur 18, mais bien par 18 sur 28, que M. Lévy a été présenté pour la place vacante au conseil de salubrité du département de la Seine.

— Sur un rapport de M. le ministre de l'instruction publique, S. M. l'empereur a rendu le décret suivant :

Art. 1[er]. La chaire de botanique, anatomie et physiologie végétales de la Faculté des sciences de Paris est et demeure supprimée.

La chaire d'organographie végétale de ladite Faculté prend le titre de chaire de botanique.

Le cours de botanique dure deux ans, et commence chaque année le 1[er] mars. L'une des deux années est consacrée à l'anatomie et à la physiologie végétales ; l'autre à la botanique descriptive.

Art. 2. Il est créé à la Faculté des sciences de Paris une chaire de physiologie générale.

Art. 3. M. Claude Bernard, docteur ès sciences, est nommé professeur de physiologie générale à la Faculté des sciences de Paris.

— Le concours du prosectorat, ouvert depuis quelque temps, vient de se terminer par la nomination de M. Foucher.

Cette nomination laisse vacante une place d'aide d'anatomie. En conséquence, un nouveau concours s'ouvrira le 27 mars 1854 pour pourvoir au remplacement de M. Foucher. Tous les étudiants en médecine seront admis à prendre part à ce concours.

IX.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

ANNUAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES pour 1854, résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant 1853, par les docteurs *Jamain* et *Vahu*. (9e année.) 1 vol. grand in-32, Paris, G. Baillière. 1 fr. 25

DE LA MORT ET DE SES CARACTÈRES. Nécessité d'une révision de la législation des décès pour prévenir les inhumations et les délaissements anticipés, par le doct. *Josat*. (Ouvrage entrepris et exécuté sous les auspices du gouvernement, et couronné par l'Institut.) 1 vol. in-8 de 392 pages avec 7 planches. Paris, G. Baillière. 5 fr.

ÉTUDES SUR LES MALADIES DES YEUX, comprenant l'hygiène de la vue, ou Conseils sur la conservation et l'amélioration des yeux, suivis d'un travail sur les *ophthalmies traumatiques*, et d'appréciations pratiques sur la cataracte, par le docteur *Al. Magne*. 2e édition, in-8 de 336 pages. Paris, chez J.-B. Baillière et Victor Masson. 6 fr.

MÉLANGES MÉDICO-LITTÉRAIRES. Études médicales sur l'Algérie. — Études médicales sur l'Italie. — Littérature et organisation médicales, par le docteur *Félix Jacquot*, médecin-major des armées, rédacteur de la *Gazette médicale de Paris*, etc. 1 vol. grand in-8 de 768 pages. Paris, chez Victor Masson. 9 fr.

RECHERCHES CLINIQUES SUR LES EAUX-BONNES, par le docteur *Edouard Cazenave*. In-8 de 108 pages. Paris, *Mallet-Bachelier*. 2 fr.

TRAITÉ DES PLANTES MÉDICINALES INDIGÈNES, précédé d'un cours de botanique, par le docteur *Antonin Bossu*. 1 vol. in-8 de XVI-840 pages avec atlas de 60 pl. représ. 270 plantes. Paris, rue de Seine, 31. Avec atlas col., 22, fr. Noir, 13 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX :
A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
DE VICTOR MASSON
Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.
ON S'ABONNE
chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 31 MARS 1854. N° 26.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 30 mars 1854.

OBSÈQUES DE M. ROUX. — LE PROFESSEUR HÆSER : INFLUENCE DE LA VACCINE SUR LA POLULATION.

Le 23 mars au soir, nous écrivions : « L'état de M. le professeur Roux ne laisse plus aucun espoir. » Frappé d'une congestion cérébrale qui avait d'abord paru sans gravité, il avait été pris bientôt d'une grande agitation d'esprit et de corps ; il changeait rapidement d'idées, parlait vite et avec un accent nasal dont les médecins avaient été frappés. A cet état avait succédé graduellement l'état contraire : de l'affaissement, de la lenteur dans les conceptions et dans la démarche. Sa mémoire ne gardait pas les impressions du jour. Il avait voulu aller à la séance de l'Institut, et là, rencontrant un professeur qui l'avait souvent visité dans le cours de sa maladie, il lui en raconta toutes les péripéties comme à un étranger. Peu à peu il a cessé de reconnaître ses amis et ses parents, et a rendu le dernier soupir le jeudi, 23, deux heures après que nous annoncions la gravité de sa position.

C'était le dernier murmure d'une bouche qui s'était ouverte pendant un demi-siècle pour l'enseignement de la jeunesse médicale, et qui, naguère encore, s'exerçait à l'Académie de médecine avec verve et abondance.

La plupart des médecins actuels de la France, un très grand nombre de médecins étrangers, ont été plus ou moins directement les élèves de M. Roux. Pendant bien longtemps il a exercé une influence considérable sur la pratique chirurgicale. Il a aussi donné toute sa vie l'exemple d'une haute probité scientifique. Il professait cette maxime trop oubliée, que l'on doit à la science, pour être digne de son culte, l'offrande de ses revers autant que de ses succès. Et l'on sait avec quelle sévérité il s'y conformait, bravant pour cela le blâme et le sarcasme. Il n'y a pas de plus noble manière de racheter les hardiesses chirurgicales dont une vie longue et occupée ne saurait être exempte ; il n'y a pas de consolation plus vraie des malheurs inévitables de la pratique.

M. Roux aimait plus à parler qu'à écrire. Il n'était pas né pour les ouvrages didactiques. Il en a fini un qu'il n'avait pas

FEUILLETON.

Lettre médicale.

LA PRESSE MÉDICALE EN RÉVOLUTION EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

Très cher confrère,

Nous avions colligé et classé, avec un soin de naturaliste, un certain nombre de nouvelles, anecdotes, faits et dits notables, dans l'intention de vous régaler. Mais nous voyons bien qu'un seul des événements récents va manger tout le papier blanc qui doit vous être consacré, et nous vous en donnons avis incontinent pour que vous régliez votre appétit sur le menu. C'est agir en hôte prudent et attentionné.

C'en est fait ; Jupiter, père des dieux et des hommes, châtie nos iniquités. De l'orient à l'occident, du sud au septentrion, un vent de tempête a passé sur la presse médicale ; il a ravagé son champ, dont les épis se sont entrechoqués comme des combattants dans la mêlée.

Armorum sonitum toto Germania cœlo
Audiit ; insolitis tremuerunt motibus Alpes.

Mettez *Britannia* pour *Germania*, *Pyrenæi* pour *Alpes*, cela vous donnera un vers faux sur deux, — ce qui n'est pas rare en ce temps-ci ; — mais vous aurez l'expression exacte de nos agitations et de nos misères. Vous savez déjà, grâce aux soins que nous prenons de votre instruction, les dissensions de la presse espagnole, et comment trois des principaux journaux de Madrid se sont croisés contre *El Siglo*, convaincu de s'être vanté au détriment de ses confrères, et d'avoir voulu tirer à lui toute la couverture. Si vous lisiez *La Cronica* ou *El Heraldo*, vous y retrouveriez notre récit en français d'abord, et puis traduit, ne vous en déplaise, dans la langue de Cervantes et de Caldéron. La paix n'est pas faite ; le pauvre *Siècle* est toujours traité en infidèle ; de son côté, il ne paraît pas trop disposé à capitulation, et l'on n'entrevoit pas la fin de cette querelle.

En Angleterre, même remue-ménage : la presse s'y est également coalisée contre un seul de ses organes. La brebis malade est ici *The Lancet*. Ce qui l'a gâtée et pestiférée, c'est une grosse affaire qui fatigue depuis plusieurs mois les échos des trois royaumes. Un journal, *the Medical Circular*, s'est adonné aux biographies de médecins contemporains, avec une série de portraits du plus beau facies hippocratique, et propres à inspirer la plus haute confiance en nos confrères d'outre

commencé : le *Traité d'anatomie descriptive* de Bichat ; il en a commencé un qu'il n'a pas fini : son *Traité de médecine opératoire*. Il était plus à l'aise dans les mélanges. Son *Voyage chirurgical* à Londres a eu un grand succès. Il faisait imprimer, quand la mort l'a surpris, un ouvrage en quatre volumes où il résumait une pratique de quarante années, et il avait bien voulu en détacher, pour la *Gazette hebdomadaire*, quelques chapitres que nous ne ferons pas trop attendre au lecteur. Cet ouvrage, heureusement, est achevé, mais l'auteur comptait y mettre la dernière main sur les épreuves.

Le caractère de notre regrettable confrère se ressentait de cette jeune organisation qui, au lieu de s'user peu à peu, s'est brisée tout à coup comme ferait une branche verte et pleine de séve. M. Roux était vif, gai, liant, facile à entraîner, ami des jeunes gens, familier avec ses anciens élèves, se plaisant à les voir gravir la pente du succès. Il avait des antipathies ; — qui n'en a pas ? — mais on peut dire qu'il n'a jamais connu la haine. Il se taisait sur le compte des confrères qu'il n'aimait ou n'estimait pas, et se gardait de les dénigrer.

Les funérailles ont été dignes de l'illustration du mort. L'église de Saint-Germain-des-Prés était insuffisante à contenir la foule. Les coins du poêle étaient tenus par M. Combes, président de l'Académie des sciences ; Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine ; Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ; Davenne, directeur de l'assistance publique. Une députation d'infirmiers et infirmières de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, les deux grands théâtres de la pratique de M. Roux, suivait le char funèbre. Venaient ensuite l'Institut, la Faculté, une députation du Val-de-Grâce, un nombre immense de médecins et d'élèves. Des discours ont été prononcés sur la tombe par MM. Velpeau, au nom de l'Académie des sciences ; M. Malgaigne, au nom de la Faculté ; M. Dubois (d'Amiens), au nom de l'Académie de médecine ; M. Marjolin, au nom de la Société de chirurgie ; M. Larrey au nom de la chirurgie militaire ; M. Duchaussay, au nom des élèves. La vie de M. Roux a été dignement racontée et appréciée dans ces discours funèbres. M. Velpeau a particulièrement attendri l'assistance par des adieux pleins de sensibilité et de noblesse.

A. Dechambre.

Depuis quelques années, la presse médicale s'est occupée fréquemment de la vaccine et de son influence sur la population ; plus que tout autre adversaire de la découverte de Jenner, M. H. Carnot a contribué par ses travaux statistiques à jeter le discrédit sur la vaccine. Cette découverte qui paraissait, aux yeux des médecins et du monde même, pour un bienfait réel, est présentée comme une mesure dangereuse, ayant pour unique effet d'augmenter le nombre des *bouches inutiles*, et de diminuer, au contraire, le nombre des hommes valides, utiles à la société. Cette question se subdivise naturellement en deux parties, l'une de statistique pure, l'autre uniquement du domaine des médecins. L'une et l'autre partie du travail de M. Carnot ont dû provoquer plus d'une vive réplique, et ces discussions, passionnées de tout l'intérêt que présente le sujet, se sont étendues de la France à l'Angleterre, la terre-mère de la vaccine, et à l'Allemagne enfin.

L'importance de la question a excité, comme on le voit, le zèle de tous les médecins.

Après avoir nous-mêmes apporté notre contingent, grâce à la collaboration de MM. Barth et Tessier (de Lyon) (*Gazette hebdomadaire*, 185?, numéros 1 et 13), nous allons faire connaître en détail une brochure courte, mais substantielle, sur le même sujet. Elle est d'un savant confrère allemand, le professeur Hæser, de Greifswald ; elle porte ce titre : *Die Vaccination und ihre neuesten Gegner*, Berlin, 1854. Des travaux semblables sont à nos yeux une source d'informations à laquelle on a généralement trop négligé de puiser.

La géographie médicale offre en effet, au nombre de ses plus utiles prérogatives, l'avantage de faire connaître et apprécier l'influence variée d'une même cause dans des lieux différents. Ainsi, sans parler de la question de statistique pure, sur laquelle nous reviendrons dans un moment, n'est-il pas curieux, indispensable même, de savoir si en Allemagne, où la vaccine est pratiquée sur une large échelle, où les revaccinations sont prescrites par les gouvernements dans une grande classe de la population, la statistique et l'observation médicale donnent les mêmes résultats qu'en France ?

Parmi les détracteurs de la vaccine, les uns se bornent à lui refuser toute utilité, les autres déclarent la vaccine dangereuse, d'autres enfin demandent qu'on y substitue l'inoculation.

Autrefois déjà, on imputait à la vaccine le développement de la scrofule ; la géographie médicale a démontré qu'il n'en était rien ; ainsi en Bavière, dans une population vaccinée,

---

Manche. L'une des dernières biographies était celle de M. Gay, chirurgien de *Royal Free Hospital*. Il y était articulé que M. Gay, par son renom, avait apporté à l'hôpital plus de profit qu'il n'en avait reçu lui-même de l'hôpital (nous vous rappelons que les hôpitaux de Londres appartiennent à des associations particulières). Des plaintes se sont élevées au sein du comité administratif. M. Gay, appelé à donner des explications, a reconnu qu'il avait eu entre les mains les épreuves de sa biographie, mais en affirmant les avoir rendues sans les lire. Nonobstant cette déclaration, il a été destitué après enquête. Or, parmi les administrateurs de *Royal Free Hospital* se trouve M. Wakley, propriétaire actuel et ancien rédacteur en chef de *The Lancet*, dont le fils est un des chirurgiens du même établissement. Ces deux confrères ont été soupçonnés d'avoir provoqué les rigueurs du comité, et accusés, en tout cas, de s'y être associés par un vote. Le corps médical tout entier s'est divisé en deux camps ; on est obligé aujourd'hui d'être *Gayiste* ou *Wakléiste* ; mais la vérité nous oblige à dire que les Gayistes sont de beaucoup les plus nombreux. Ils ont organisé des meetings qui se sont tenus d'abord à Hanover-Square et se sont rapidement étendus à toute l'Angleterre. Là se rédigent de rudes excommunications contre *la Lancette*, lesquelles sont insérées dans le *Medical Times and Gazette*. Plusieurs des professeurs de l'école, qui, suivant l'usage anglais, est attaché à *Royal Free Hospital*, ont donné leur démission. La *Société médico-chirurgicale de Londres* rompt avec *la Lancette*, et la *Société anglaise* qui siége à Paris a fait savoir qu'elle la refusait également. Que vous dirai-je ? La presse politique de Londres a retenti de cette affaire, et le *Punch* a caricaturé le successeur de M. Gay à l'hôpital. Est-ce assez de bruit ? Et avons-nous surfait l'événement, quand nous l'avons annoncé comme une des plus grandes causes d'agitation qui aient surgi depuis longtemps dans l'Angleterre médicale ?

La Lancette est donc bien punie. La voilà au lazaret. Si ce n'était qu'une *quarantaine*, littéralement parlant ! Mais à voir toutes les plaintes, toutes les menaces, toutes les colères, toutes les malédictions britanniques dont notre confrère est chargé depuis plusieurs mois, il n'est pas présumable qu'il obtienne patente nette avec la fin de ses jours, si ses jours doivent finir ; car, nous autres journaux, nous pouvons nous appliquer le mot courtisan de ce prédicateur de Louis XIV : « Nous mourons tous... ou presque tous. » Mais non, il faut qu'elle périsse, la criminelle. Sa tête ! rien que sa tête ! c'est le cri universel. Figurez-vous un pacte, une conjuration, des serments, des mains étendues, des invocations terribles, des jurements formidables, la nuit, dans une lande déserte, avec accompagnement de poignards et de têtes de mort. La victime est dévouée ; la vendette est déclarée sans délai

on a trouvé, suivant les localités, ou peu ou beaucoup de scrofuleux. Depuis quelques années, la science médicale s'est occupée des résultats statistiques obtenus par M. Carnot. La partie statistique pure de son travail a été vigoureusement contestée à l'Académie des sciences de France par M. Ch. Dupin.

M. Hæser s'attaque également à la valeur réelle des rapports statistiques de M. Carnot. Ce statisticien, dit-il, se sert pour son relevé de la longévité au XVIII[e] siècle, des tables de Demontferrant, et, pour le XIX[e], d'un relevé général de la population de Paris. Or ce mode de procéder expose à deux erreurs. D'un côté, les tables de Demontferrant ne donnent le résumé de la longévité que dans une portion minime de la population, prise surtout parmi la classe aisée. De l'autre, au point de vue du nombre proportionnel de la population divisée par catégorie d'âges, Paris ne peut pas être comparé au reste de la France. Le nombre des hommes de seize à trente ans domine; or c'est sur cette classe que la mortalité doit porter principalement. A Paris, dit-il, la population des hommes de cet âge est de 32,7 pour 100; en Belgique, seulement de 26,5. M. Carnot n'a pas tenu compte de cette proportion différente d'une partie de la population parisienne.

M. Carnot avait avancé que, depuis l'introduction de la vaccine, malgré l'augmentation du nombre des mariages, le nombre des naissances avait diminué. Il a pris pour type de comparaison les résultats statistiques obtenus dans le département de la Côte-d'Or, celui qui paraît contenir le plus de gens vaccinés, et le département de l'Aveyron où l'introduction de la vaccine rencontre encore de grandes difficultés. Cette comparaison avait déjà provoqué une remarque de M. Bousquet (Acad. de méd., 1850). M. Noirot, disait-il, a traduit en chiffres la diminution du nombre des naissances par familles, depuis le milieu du XVII[e] siècle jusqu'à l'époque actuelle ; il a montré ainsi que depuis la première époque indiquée, le chiffre des naissances, relativement à celui des mariages, avait été graduellement et constamment en diminuant. Ce n'est donc point, dit M. Bousquet, la vaccine qu'il faut accuser; la tendance décroissante se manifestait déjà avant sa découverte. M. Hæser attaque également ce résultat. C'est, dit-il, une loi de statistique médicale que le nombre des naissances est toujours en raison inverse du nombre des mariages. M. Carnot reconnaît que le nombre des hommes atteignant l'âge de vingt ans a augmenté; il en est résulté que parmi les individus arrivant à l'âge du mariage se rencontrent plus de gens faibles, inaptes à procréer.

Il est un autre argument de M. Carnot que M. Hæser cherche encore à réfuter. Notre compatriote avait avancé, comme on le sait, que, depuis l'introduction de la vaccine en France, le nombre des hommes propres au service militaire s'est augmenté de 22 pour 100, mais que la force de ces hommes a décru, et que leur mortalité a augmenté du double. Ainsi la mortalité des troupes françaises n'étant en 1789 que de 1,1 pour 100, est aujourd'hui de 2, 3 pour 100. Or, si c'est vraiment la vaccine qui est la cause de cette augmentation de la mortalité, les mêmes rapports devraient se rencontrer dans les armées allemandes. Quand cela serait exact, M. Hæser montre que la mortalité dans l'armée belge est de 1,27, dans l'armée prussienne de 1,03, dans l'armée bavaroise de 1,07. Ces résultats, que M. Hæser emprunte aux statistiques de Horn, Casper et Seitz, pourraient donner matière à plus d'une remarque. Comment M. Carnot s'en arrange-t-il?

Tels sont en résumé les arguments principaux que M. Hæser dirige contre la partie statistique de l'ouvrage de M. Carnot. M. Bayard, l'un des rares adversaires de la vaccine, n'échappe pas non plus à sa critique.

C'est une erreur, dit M. Hæser, que d'admettre comme le fait M. Bayard, que la variole soit par elle-même bénigne; que la malignité qu'elle présente quelquefois provienne seulement de sa coïncidence avec la fièvre typhoïde, en un mot que la variole peut être simple ou typhus variolisé. En partant de ce point, que la variole et le typhus ne sont que des modifications d'un même état morbide, les adversaires de la vaccine ont pris pour but de leurs recherches une hypothèse. Rien ne démontre pour nous l'existence du typhus variolisé, pas plus que cette analogie que M. Carnot veut établir entre les convulsions du premier âge et la fièvre putride de l'adolescence : deux manifestations, suivant lui, de la variole au XVIII[e] siècle. Pour nous il y a tout au moins analogie entre les convulsions de l'enfance, la variole et la fièvre typhoïde. L'opinion de M. Ancelon nous paraît tout aussi hypothétique. Le poison variolique, suivant lui, infecterait toute l'économie à l'état latent, et tôt ou tard le germe devrait éclore. La vaccine aurait alors pour effet de gêner la manifestation naturelle, de la déplacer de la peau sur l'intestin et de produire la fièvre typhoïde.

Le raisonnement, comme on le voit, pourrait être attaqué. De nouveaux faits sont cependant nécessaires pour ruiner cette théorie : ces faits sont de différents ordres. Avant tout

---

ni rémission, et à l'heure qu'il est, tous les rédacteurs en chef, à l'exception de celui de *la Lancette*, ont cessé de se raser.

Quant à la presse française, vous savez le mal qui la tient. Inutile de vous en entretenir de nouveau. Aussi bien, il a été entendu que l'affaire particulière dont on s'était ému s'effacerait, quant à présent, devant un projet d'organisation générale. Puisse la dérogation aux procédés de convenance et de simple droiture, qui devraient être la règle de tout journal comme de tout individu, avoir pour résultat de faire sentir davantage le prix de la dignité et de l'harmonie dans la presse médicale. Puissent les pécheurs eux-mêmes comprendre, dans leur intérêt beaucoup plus que dans celui de leurs rivaux, le discrédit qui s'attacherait à la prolongation d'un rôle percé à jour ! Et alors nous nous efforcerons d'oublier. En attendant, cher confrère et lecteur, nous nous tiendrons, s'il est possible, dans les régions sereines. Une grande dame, particulièrement savante, demandait au ciel de ne pas permettre que la mer débordât *pendant que sa fille serait dessus*. Vous qui éprouvez indubitablement pour nous une tendresse paternelle, priez pour que les flots impétueux de la presse ne maltraitent pas trop notre frêle esquif; car nous sommes dessus et au beau milieu.

Oui, l'on voudrait former une sorte de syndicat ou conseil de famille de la presse médicale de Paris. Le projet, qui n'est pas venu de nous, est sérieusement à l'étude. On connaît les difficultés d'une semblable création; elles sont de même ordre que celles dont on a fait jusqu'ici une barrière aux chambres de discipline, à savoir le caractère indéterminé et délicat des actes à contrôler. Toutefois il est juste de reconnaître que les embarras de l'application et le danger d'abus seraient sensiblement atténués par la nature aussi bien que par l'exiguïté de la sphère où l'institution aurait à fonctionner. A nos yeux, les conditions morales du journalisme seraient moins compliquées que celles de l'exercice professionnel ; elles seraient plus faciles à fixer. Le secret n'est pas dans l'essence de la presse comme il est dans l'essence de la pratique, du moins au même degré, ni à un titre aussi respectable. L'écrivain, l'éditeur d'un journal n'ont à compter qu'avec eux-mêmes. Cette situation, qu'on pourrait invoquer contre toute institution restrictive de la liberté individuelle, est, au contraire, ce qui pourrait en permettre la réalisation. Précisément parce qu'on jouit de sa liberté, on peut en aliéner une partie dans l'intérêt commun, ou même dans son intérêt particulier ; on a la liberté de n'être libre que dans la mesure qu'on juge utile. Il n'en est pas de même, tant s'en faut, du praticien à qui est confié, dépôt inaliénable, la santé, et parfois l'avenir social et l'honneur d'autrui. Le médecin peut avoir de très honorables raisons pour murer sa vie professionnelle ; on comprend moins

des observations cliniques, telles que M. Barth nous en a fait connaître. M. Jacquot indiquait un autre moyen d'éclairer la question. Chez les Arabes, disait-il, la fièvre typhoïde est rare ; or dans quelques années, à mesure que la vaccine pénétrera dans la population arabe, on pourra voir si la fièvre typhoïde y devient plus commune. La géographie médicale pourra montrer encore quel a été l'accroissement des cas de fièvre typhoïde chez les divers peuples vaccinés.

Persuadés de l'inutilité de la vaccine, ou même de son danger, quelques médecins ont proposé de revenir à la pratique de l'inoculation, procédé opératoire qui d'avance réduirait à une proportion minime la mortalité par la variole; mais personne en effet ne peut méconnaître le danger possible de l inoculation variolique. Quand même ce danger n'existerait pas, on pourrait se demander si l'inoculation protége mieux les hommes d'une nouvelle variole que la vaccine. M. Hæser, s'appuyant sur des relevés de Rigoni-Stern pour la ville et la province de Vérone, montre que la vaccine protége contre la variole sept fois mieux que l'inoculation.

La vaccine a donc trouvé, comme on le voit, dans l'honorable professeur de Greifswald, un nouveau défenseur : il appartenait, en effet, à l'un des érudits de l'Allemagne, un propagateur fervent de la géographie médicale, de soumettre à un nouvel examen une question soulevée en France, et qui intéresse à un si haut degré la médecine et l'hygiène publique.

Docteur Leudet.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE EXTERNE. — AUTOPLASTIE.

DESCRIPTION DES PROCÉDÉS AUTOPLASTIQUES EMPLOYÉS PAR M. LE PROFESSEUR NÉLATON POUR LA RESTAURATION DE L'ÉPISPADIAS. — APPLICATION DE CES PROCÉDÉS A UN CAS D'EXSTROPHIE DE VESSIE, par M. Adolphe Richard, chirurgien du bureau central des hôpitaux, agrégé de la Faculté.

Parmi les vices de conformation, l'épispadias est un des plus désolants pour les malheureux qui l'apportent à leur naissance. La difformité des organes génitaux, l'impossibilité du rapprochement des sexes, et surtout l'écoulement continuel des urines, font des épispadiaques de véritables parias. Il n'est qu'une position plus affreuse, c'est celle de ceux qui, par un arrêt de développement porté plus loin encore, sont atteints d'exstrophie de la vessie. A une plus grande difformité ils joignent l'impossibilité absolue de porter un appareil propre à recevoir l'urine, l'exposition incessante au dehors de la muqueuse vésicale, source de douleurs et d'accidents qui se renouvellent sans cesse (1). Et pourtant à ces deux infirmités la chirurgie ne répond que par un mot : incurabilité absolue.

Par des procédés autoplastiques aussi ingénieux dans leur combinaison que certains dans leur résultat, M. le professeur Nélaton a le mérite d'avoir entièrement changé cette partie de la thérapeutique chirurgicale. Deux opérations pratiquées dans la même année lui ont donné deux succès : c'est leur histoire que je veux présenter ici, en m'aidant de quelques notes que m'a confiées mon bien-aimé maître.

I. Le premier malade, M B..., Suédois, âgé de vingt ans, arriva à l'hôpital des Cliniques dans les premiers jours de 1852. Chez lui, l'écoulement des urines était rendu plus pénible encore que chez la plupart des sujets atteints du même vice de conformation, par une polyurie portée à tel point qu'il rendait par jour 12 à 15 litres d'urine, quantité en rapport avec celle des boissons ingérées.

Aussi ce n'était pas la première fois que M. B... venait réclamer de l'art médical quelque soulagement. Une première fois il s'était adressé à un chirurgien anglais établi à Stockholm : l'opération qui lui fut alors pratiquée consista, autant que nous en pouvons juger d'après les explications du malade, en un avivement des bords du pénis, suivi d'une suture correspondant à la face dorsale de la verge, de manière à produire une sorte de raphé médian. — Cette tentative échoua. — Le chirurgien recommença alors l'avivement et la suture, mais en facilitant le rapprochement des parties par une dissection plus étendue et peut-être par des incisions (méthode de Celse). Nouvel insuccès, et bientôt le malade partit pour Paris, comptant y être plus heureux.

Adressé à M. Nélaton, il entra dans la petite salle de la clinique.

(1) L'épispadias est mal défini par les auteurs. Sans doute dans l'épispadias l'urètre n'est pas fermé à sa partie supérieure, mais cette imperfection n'est que le résultat du vice congénital principal, c'est-à-dire de l'arrêt de développement qui a empêché les corps caverneux de se réunir. L'épispadias est la fissure des corps caverneux, comme l'hypospadias est la fissure des nymphes masculines ou corps spongieux de l'urètre. J'ai vu deux fois l'épispadias chez la femme : une fois à la clinique, M. Gosselin faisant le service, chez une paysanne atteinte en outre d'exstrophie de vessie ; une deuxième fois, et tout récemment, à Lourcine, cette fois encore dans le service de notre même collègue, remplacé par M. Broca. D'après la nature de l'épispadias, il ne peut être que complet ; car dans l'évolution fœtale, l'arcade ischio-pubienne et le corps caverneux correspondant forment un même système. De plus, qui dit épispadias dit aussi absence de symphyse pubienne, et c'est ainsi que chacun comprend qu'avec un degré de plus on passe de l'épispadias à l'exstrophie de vessie.

---

que le journaliste refuse de marcher à découvert. Ajoutez que le petit nombre de personnes que la chose intéresserait (l'institution restant locale) rendrait encore l'entente moins malaisée. Il arriverait sans doute de ce mode d'association ce qui est arrivé de plusieurs autres : qu'il réussirait appliqué partiellement, alors même qu'il semblerait peu praticable comme mesure générale.

Si donc la difficulté n'était que là où elle apparaît communément, les éléments d'une solution ne feraient pas défaut. Mais nous la voyons ailleurs, et, pour ainsi parler, à l'opposite. Nous venons de le dire, la détermination de certaines conditions morales de la presse médicale ne serait pas impossible ; mais seraient-elles acceptées, telles que nous les comprenons, par le plus grand nombre des rédacteurs ? *That is the question.* Laissez-nous, cher confrère, vous soumettre à ce sujet quelques remarques.

Nos dispositions à l'égard de tout ce qui constitue une intervention dans les affaires personnelles, au nom de la dignité et de la morale, varient essentiellement suivant le côté d'où l'on prétend faire arriver cette intervention. Si c'est du côté de la loi, nous avons grande tendance à résister, parce que la dignité et la morale individuelles sont affaire de mœurs et non de police ; parce que la loi, qui est censée s'appuyer sur la raison, devrait changer avec les pays ; parce que la liberté y recevrait une atteinte *non consentie ;* parce qu'enfin un article de Code n'est pas assez souple et élastique pour se prêter à tous les accidents qui assignent à un acte de la vie privée son vrai caractère moral. Voilà pourquoi nous n'avons jamais été grand partisan de la répression *légale* du charlatanisme, comme vous avez pu le voir par un article spécial sur la matière (*Gaz. hebd.*, n° 7). Mais l'intervention doit-elle venir d'un comité de pairs, amiable et confraternel, soit ; nous n'y faisons plus d'objections de fond. Seulement, et c'est sur quoi nous insistons beaucoup, nous lui demandons autant de sévérité que nous demandions tout à l'heure d'indulgence à la loi. Le point de vue, en effet, est tout différent. L'institution d'un conseil de la presse suppose un principe nouveau, qui est le principe de la solidarité. Or, il est naturel que celui qui accepte de prendre en tutelle la dignité de la corporation soit responsable des atteintes qui peuvent y être portées. En l'état présent des choses, les écrivains de la presse ne sont pas solidaires ; le mal que l'un d'eux peut commettre n'est imputable qu'à lui. Avec un conseil, tous deviennent répréhensibles du mal qu'ils ne savent pas empêcher. Le coupable même n'a plus à répondre devant l'opinion, qu'il a le droit de renvoyer aux arbitres de la dignité de la corporation.

Et c'est là encore une fois que peut se trouver l'obstacle à la réalisation du projet. La *Gazette hebdomadaire* le dit par avance en toute franchise,

La figure 1 montre la forme du pénis, l'écartement des deux corps caverneux étalés en une large surface, la gouttière urétrale

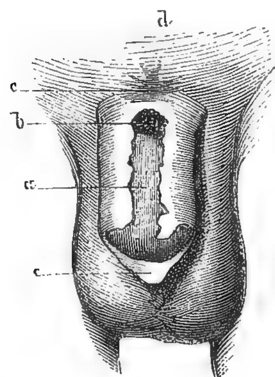


Fig. 1. — *a*. Gouttière urétrale. — *b*. Infundibulum au niveau du bord inférieur du ligament interpubien et au fond duquel est le col vésical. — *c*. Cicatrice due aux opérations d'avivement pratiquées par le chirurgien de Stockl olm. — *d*. Peau normale de la région pubienne aux dépens de laquelle sera taillé le lambeau abdominal. — *e*. Prépuce.

tapissée d'une muqueuse rouge très sensible au toucher, se terminant en arrière en un infundibulum arrondi au niveau du bord inférieur du ligament interpubien. Chez cet homme, en effet, les pubis s'écartaient l'un de l'autre d'environ 5 centimètres. Au fond de l'infundibulum, mais assez profondément, s'ouvrait l'orifice urétro-vésical.

Pour retenir les urines, dont l'abondance est extrême, le jeune homme est garni, pendant le jour, d'un appareil spécial : c'est une large plaque rembourrée et recouverte de cuir qui embrasse la face inférieure du pénis, celui-ci étant préalablement relevé au-devant de l'abdomen, ce qui contribue à augmenter l'aplatissement de l'organe. Pendant la nuit, il ne pourrait porter d'appareil immédiat. Il est obligé de reposer et de baigner le siége dans un véritable urinal ; celui-ci, en forme d'entonnoir, dégénère, à son milieu, en un tube qui traverse le lit, dont les matelas doivent être percés, et conduit l'urine en un vase situé à terre.

Malgré les plus grandes précautions de propreté, cette macération continuelle du bassin dans l'urine a amené ses effets ordinaires : la peau des bourses, des aines, des fesses, est rouge, douloureuse, exulcérée par places ; le lit, les vêtements exhalent une odeur infecte. C'est le tableau souvent tracé, mais plus chargé ici et plus triste, de toutes les misères souffertes par les femmes atteintes de fistule vésico-vaginale.

On ne pouvait sans doute se flatter qu'une opération pût replacer ce jeune homme dans des conditions absolument normales ; mais c'eût été déjà beaucoup que de diminuer ses souffrances, et de le mettre en état de porter un appareil peu gênant, d'une application facile, d'un effet certain. Ce fut là ce qui encouragea M. Nélaton à céder aux vœux du malade, et grâce au ciel le résultat dépassa beaucoup ce qu'il était permis d'espérer.

Le but du chirurgien était donc de créer un tube urétral à l'extrémité duquel pût s'adapter sûrement et commodément un appareil, ou même qui fût assez étroit pour retenir jusqu'à un certain point l'urine, et, en tout cas, de rendre à la verge sa forme cylindrique. Pour exécuter ce plan, l'opérateur s'était bien promis d'avoir soin d'affronter des surfaces et non des lignes, d'éviter toute traction, toute tension des points de suture. En dehors de ces conditions, il n'est guère, en effet, d'autoplastie sur le succès de laquelle on ait le droit de compter.

Voici comment tout cela fut exécuté :

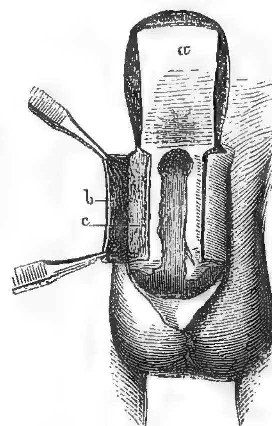


Fig. 2. — *a*. Lambeau abdominal dont la dissection est commencée, mais qui est encore en place — *b*. Lambeau latéral du côté gauche complétement détaché et laissant à nu : *c*, a surface cruentée sur laquelle va reposer la partie latérale droite du lambeau abdominal.

Un lambeau quadrilatère, de la largeur de la verge et un peu plus long qu'elle, fut taillé aux dépens de la peau de l'abdomen, immédiatement au-dessus de l'infundibulum urétral ; on le disséqua de manière à ne laisser que sa base ou bord inférieur, large pédicule qui correspondait au ligament interpubien. C'était un vaste tablier cutané que le chirurgien voulait rabattre au-devant de la gouttière urétrale pour la fermer.

Une fois disséqué et rabattu, comment en fixer les bords sur les côtés de la gouttière urétrale?

Pour y parvenir, dans un deuxième temps, M. Nélaton pratiqua sur la face supérieure de la verge, à l'union de la peau avec l'urètre étalé, une incision longitudinale s'arrêtant en bas tout près du gland ; terminant les deux extrémités de cette incision longitudinale par deux autres transversales et très courtes, il détacha de chaque côté de l'urètre, aux dépens de la peau de la verge, deux lambeaux latéraux d'une largeur de 1 centimètre 1/2 : c'était une paire de valves destinées à se refermer sur le lambeau abdominal préalablement abaissé, et à le fixer en place, de larges surfaces cruentées répondant à d'autres surfaces larges cruentées comme elles.

C'est là ce qui fut fait. Quand ce lambeau abdominal fut rabattu sur la verge, de façon que sa face cutanée répondît, au milieu à la gouttière urétrale, de chaque côté aux surfaces d'où l'on venait de détacher les lambeaux latéraux, la face sanglante de ce même lambeau, devenue antérieure, fut à son tour couverte par les deux

---

elle demanderait, comme garantie d'une institution sérieuse et utile, certaines conditions qui atteindraient plusieurs journaux dans leurs habitudes, presque dans leur existence. Ces habitudes qu'elle croit tolérables et qu'elle ne songe pas à attaquer, tant qu'elles gardent leur caractère individuel, elle ne les accepterait pas dans un code de la presse médicale dont elle aurait pour une part la responsabilité. Or, il est douteux que ces journaux consentent à en faire le sacrifice.

Il est inutile, cher confrère, de vous en dire plus pour le moment. Préciser davantage, à l'aide d'exemples, pourrait paraître un blâme ; et nous venons de le déclarer, nous ne voulons ni blâmer, ni même porter un jugement, avant d'y être amené directement par le cours même des choses.

A. Dechambre.

Erratum. — Une interversion de lettres, commise dans un remaniement sous la presse, a amené, dans notre n° 25, un non-sens que nous devons rectifier : Page 409, 1re colonne, 5e alinéa, 1re ligne, *au lieu de* : « l'antre d'Hemorigh, » *lisez* : « l'antre d'Highmore. »

— On lit dans *Allgemeine Medic. Centr.-Zeit.*, 15 mars 1854 :

« Le célèbre professeur Skoda vient de donner à l'Association de secours, pour les étudiants malades, le prix de la cinquième édition de son *Traité d'auscultation et de percussion*, qui doit paraître sous peu (3,000 florins). C'est là une noble action, digne d'un grand cœur, et qui mérite la reconnaissance de l'humanité. C'est avec bonheur que nous nous associons aux paroles du *Wiener Wochenschrift* à cet égard : « Honneur à l'homme » qui sait rendre son talent utile à ses élèves d'une double manière, en » faisant servir son ouvrage à leur instruction et à leur soutien ! »

— M. Falret, médecin de la 1re section des aliénées, commencera, à l'hospice de la Salpêtrière, son cours clinique et théorique de médecine mentale, le dimanche 2 avril 1854, à neuf heures du matin, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure. Conférences cliniques les mardis, jeudis et samedis, à neuf heures du matin.

— M. le docteur Baillarger commencera son cours public de clinique sur les maladies mentales, à l'hospice de la Salpêtrière, le dimanche 9 avril, à neuf heures du matin, et le continuera tous les dimanches à la même heure.

lambeaux latéraux. La largeur de ceux-ci pourtant était insuffisante pour cacher par leur rapprochement tout le lambeau abdominal; afin d'arriver à ce résultat et d'éviter tout tiraillement des sutures, le chirurgien pratiqua de chaque côté une incision longitudinale à la face inférieure de la verge, ce qui permit la locomotion des téguments, et amena les deux lambeaux latéraux à un accolement complet et facile. Cette coaptation fut maintenue sur la ligne médiane par trois épingles passées de la façon indiquée sur la figure 3,

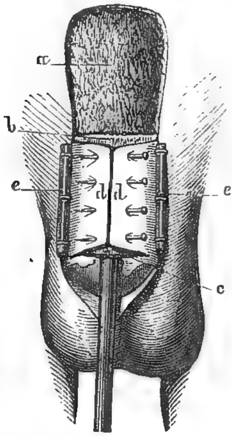


FIG. 3. — La précédente figure représentant l'opération pratiquée sur le jeune Suédois pendant son exécution, celle-ci montre l'opération terminée. — *a*. Plaie abdominale, d'où le lambeau abdominal vient d'être détaché et rabattu sur l'urètre. — *b*. Base ou large pédicule du lambeau abdominal rabattu. — *c*. Bord antérieur du lambeau abdominal qui formera la valve antérieure du méat urinaire futur. La face sanglante du lambeau abdominal ne se voit qu'en *b a c*, le reste est caché par les lambeaux latéraux qui y sont appliqués. — *d*, *d'* Lambeaux latéraux amenés au contact découvrant le lambeau abdominal. On voit les épingles qui les retiennent. Les fils de la suture entortillée ne sont pas figurés. — *e*, *e*. Rouleaux de diachylon qui soutiennent les lambeaux latéraux.

et de chaque côté par deux rouleaux longitudinaux de diachylon, de manière à joindre les effets des sutures entortillée et emplumée.

L'opération s'était faite aisément, et les suites en furent très simples. Les sutures furent enlevées au bout de trois jours. Un certain écartement s'observait entre les bords internes des lambeaux latéraux; de plus une petite escarre ébarba un des angles. Mais des granulations s'élevaient sur les surfaces dénudées, et la cicatrisation marcha très régulièrement, amenant naturellement avec elle un léger retrait des parties transplantées.

Quand, au bout d'un mois, ce travail réparateur fut entièrement achevé, on eut finalement un tube urétral parfaitement clos, si ce n'est en avant du point qu'on pouvait appeler le nouveau méat urinaire Mais ce tube était large à admettre le doigt, et l'on dut songer à le rétrécir.

C'est ce que fit M. Nélaton à l'aide de cautérisations répétées : un cautère rougi, de forme appropriée, introduit dans l'intérieur du canal urétral, touchait en plusieurs points la portion nouvelle, ou paroi supérieure, en respectant la muqueuse proprement dite.

Au huitième ou dixième jour, lorsque les escarres se détachaient, et que la cicatrice tendait à se faire et à rétrécir le conduit, pour lui laisser en même temps une certaine laxité, une incision était faite sur les téguments de la verge. Telles sont les manœuvres qui, à quatre reprises différentes, chacune à deux mois d'intervalle, finirent par amener un notable rétrécissement de l'urètre nouveau, tout en augmentant sa souplesse et sa laxité.

Le chirurgien surveillait en même temps un autre point du traitement consécutif. Le lambeau abdominal, bien que fixé solidement par les deux couvercles latéraux qui s'y étaient soudés, conservait de la tendance à remonter vers l'abdomen, tiraillé dans ce sens par la cicatrice de la plaie abdominale, et c'est à quoi furent opposées des incisions transversales sur cette cicatrice.

Actuellement, voici quel est l'état des parties génitales chez ce jeune homme. La difformité est presque entièrement déguisée; la verge est recouverte d'une peau souple dans tout son pourtour, à l'exception du gland, dont les deux lobes sont encore étalés. Le canal nouveau a 5 centimètres de longueur (1), et son calibre est tel qu'il permet l'introduction d'une sonde de trousse. Le jeune homme est encore atteint de polyurie; cependant il garde son urine,

1° Lorsqu'il est au lit;

2° Lorsqu'il est assis;

3° Même quand il est debout, à la condition de ne faire nul effort.

(1) Depuis son extrémité antérieure jusqu'au ligament sous-pubien.

Lorsqu'il marche, il porte habituellement un appareil en caoutchouc. Cet appareil s'applique parfaitement à la verge, reçoit toute l'urine, et la conduit dans un réservoir qui descend dans une des jambes du pantalon; au niveau de la malléole interne, est un petit robinet par où, de temps en temps, on vide ce petit système que le malade dissimule aisément. Quand il urine librement à l'air, il offre alors un jet bien formé et projeté à distance.

A tout ce qu'a déjà gagné ce jeune homme, M. le professeur Nélaton pense qu'on pourrait peut-être ajouter encore quelque nouveau progrès, en cautérisant de nouveau pour rétrécir davantage le canal.

C'est bien aussi le désir du malade; mais il a la poitrine faible, et il a voulu, avant cela, aller passer quelques mois en Italie.

Le succès obtenu à la suite de ces opérations est, sans doute, un des plus brillants dont la chirurgie puisse s'enorgueillir. Que l'intervention de la main sauve l'existence menacée, ou presque sûrement perdue, c'est ce dont nous sommes tous les jours témoins, et ce bienfait n'est comparable à aucun autre; nous sommes pourtant plus frappés encore quand la combinaison hardie et prévoyante d'un maître consommé parvient à faire cesser le supplice d'une infirmité qui retranchait un être humain du milieu de ses semblables.

Il importe de bien comprendre les intentions de l'opérateur dans cette autoplastie, et d'apprécier les causes du succès dont elles ont été couronnées.

Pourquoi ne s'est-on pas contenté d'un lambeau abdominal rabattu au devant de la gouttière de l'urètre, et ourlé par ses bords sur deux lignes avivées du pénis? Parce qu'on n'aurait eu presque aucune chance de voir les bords de ce lambeau prendre adhérence à la verge; car rien ne l'aurait retenu et fixé, et il faut savoir, qu'en cas pareil, les réunions ne s'effectuent jamais par première intention.

En second lieu, à supposer que le lambeau abdominal eût recouvert partiellement le pénis, les suites de sa cicatrisation et du retrait de sa face extérieure le réduisant sans cesse, l'auraient insensiblement ramené vers son pédicule, et la base du pénis serait venue adhérer à la cicatrice abdominale et la combler en partie.

C'est contre ces inconvénients qu'apparaît l'importance de la doublure extérieure empruntée aux téguments des parties latérales de la verge. Par là, le maintien du lambeau abdominal sur l'urètre est assuré; de larges surfaces saignantes reposent sur des surfaces larges et saignantes, et si les lambeaux latéraux peuvent s'écarter l'un de l'autre, ils ne le peuvent faire au point d'abandonner le lambeau abdominal. Voyez aussi cette paroi urétrale nouvelle pourvue de téguments à sa face profonde, de téguments à sa face superficielle; quand ses deux couches vont être soudées, le retrait cicatriciel sera bien moindre que celui d'une paroi unique qui aurait granulé à l'air libre, et dont toute une face serait du tissu de cicatrice. Enfin la couche tégumenteuse, due aux lambeaux latéraux, est une barrière qui s'oppose et s'opposera incessamment à ce que la cicatrice abdominale envahisse et absorbe le lambeau rabattu et n'applique le pénis à l'abdomen.

En résumé, sûreté du résultat immédiat, sûreté du résultat définitif, tels sont les avantages de ce mode d'autoplastie nouvelle qu'on pourrait nommer *autoplastie par doublure*.

Dans cette voie, néanmoins, un perfectionnement était possible, et le cas suivant va nous le montrer.

II. Au mois de décembre de la même année 1852, on amena à M. Nélaton un jeune garçon de la campagne, âgé de onze ans, très peu développé pour son âge sous tous les rapports; il portait un épispadias. Les figures 4, 5, 6 représentent les organes génitaux. Sauf le moindre développement et la forme de la verge plus régulière, c'était, comme chez le jeune Suédois, dans l'écartement des deux corps caverneux, la gouttière urétrale terminée en avant à un gland bilobé, s'abouchant en arrière dans un entonnoir, dont le fond est l'orifice urétro-vésical. L'enfant était, par cette infirmité, réduit à un état plus triste encore que dans le cas précédent; car, sans appareil ni pour le jour, ni pour la nuit, garni de linges incessamment souillés et cristallisés par l'urine, il exhalait une odeur

insupportable, et une sorte de timidité sauvage venait témoigner de l'abandon dans lequel il avait dû vivre dès sa naissance.

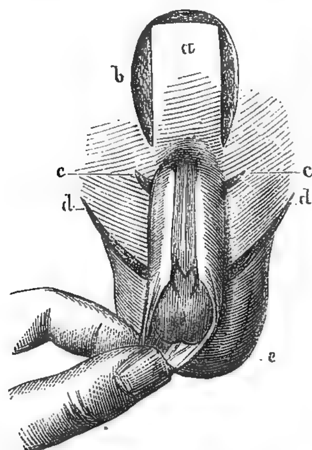


Fig. 4. — *a*. Lambeau abdominal disséqué, mais laissé en place. — *b*. Plaie abdominale.— *c*, *c'*. Incision supérieure du lambeau scrotal.— *d*, *d'*. Incision inférieure du même lambeau. Le milieu de ces deux incisions est naturellement caché par la verge. — *e*. Scrotum. Cette figure représente toutes les incisions faites, mais tout en place.

Le 15 décembre, on endormit l'enfant, et M. le professeur Nélaton l'opéra.

Même lambeau abdominal (ou prépubien) rabattu. — Pour le fixer, le chirurgien fit, de chaque côté de la verge, une incision longitudinale, dont les deux lèvres furent écartées de quelques millimètres par une petite dissection. — A la lèvre supérieure, trois points de suture rattachèrent, de chaque côté, chaque bord correspondant du lambeau prépubien. Voilà le premier temps de l'opération accompli. Mais quelle couche va venir doubler la surface cruentée de ce lambeau, l'épaissir, le consolider, le retenir, empêcher son retrait et s'interposer entre sa cicatrisation et celle de la plaie prépubienne?

Cette couche, ce sera une portion du scrotum. Une bande de la peau du scrotum fut circonscrite par les deux incisions *cc*, *dd* figurées (fig. 4) : une incision supérieure concave en haut et passant dans le sillon péno-scrotal jusqu'au niveau du plan dorsal de la verge ; une autre, inférieure, concentrique à la première, et naturellement plus grande; le dessin donne exactement les dimensions. Le bistouri détacha facilement cette bande de peau qui, par ses deux extrémités, tenait au reste du scrotum. Quand ce lambeau scrotal fut bien libre, le chirurgien le porta au-dessus de la verge, ou, si l'on aime mieux, il fit passer la verge dans l'anneau que formait ce lambeau par son détachement du plan scrotal ; ou encore il insinua la verge dans la boutonnière que formait en avant la zone détachée

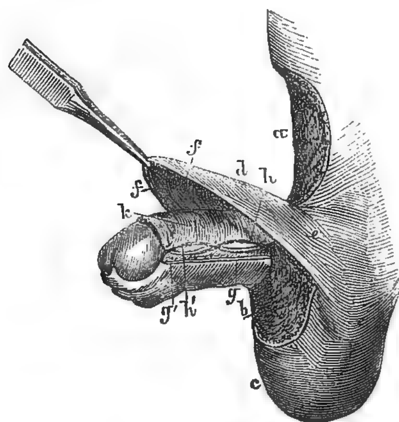


Fig. 5. — *a*. Plaie abdominale. — *b*. Plaie scrotale. — *c*. Scrotum. — *d*. Lambeau scrotal qui vient d'être porté au-dessus de la verge, déjà recouverte elle-même du lambeau abdominal — *e*. Pédicule gauche du lambeau scrotal.— *f f'*. Circonférence antérieure du lambeau scrotal qui va être suturée à *g g'*, lèvre inférieure de l'avivement longitudinal, pratiqué sur les côtés de la verge, et dont *hh'* est la lèvre supérieure. — *k*. Lambeau abdominal rabattu sur la gouttière urétrale, et dont le bord est, de chaque côté, uni à la lèvre supérieure de cet avivement longitudinal. — De ce lambeau on ne voit que la face sanglante, que va cacher tout à l'heure la face sanglante du lambeau scrotal.

du scrotum, en arrière la plaie d'où cette zone venait d'être détachée.

Ainsi la face cruentée du lambeau scrotal vint s'appliquer sur la face cruentée du lambeau abdominal, lequel déjà couvrait la gouttière de l'urètre.

Nous avons donc, comme dans la première observation, la nouvelle paroi urétrale formée de deux couches de téguments ; mais, ici, voyez quel avantage : pas de suture médiane, nul tiraillement à combattre. Le lambeau scrotal est assis sur la verge sans la pouvoir quitter, à moins qu'il ne meure, et un lambeau autoplastique ne saurait être plus sûrement nourri. Ainsi qu'on peut le suivre sur la figure 6, la grande circonférence du lambeau scrotal fut fixée

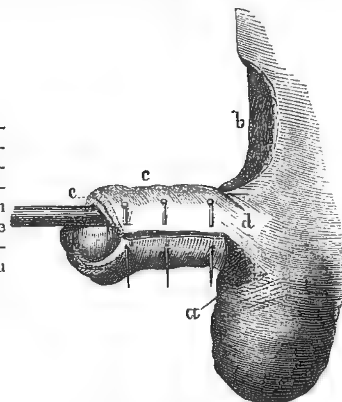


Fig. 6. — Opération achevée. — *a*. Plaie scrotale. — *b*. Plaie abdominale. — *c*. Face tégumenteuse du lambeau scrotal, dont *d* est le pédicule. — *e*. Valve supérieure du méat futur où l'on aperçoit les deux lames dont est formée la paroi urétrale nouvelle ; en bas le lambeau abdominal, en haut le lambeau scrotal.

de chaque côté par trois épingles à la lèvre inférieure du sillon cruenté longitudinal de la verge ; le milieu de cette grande circonférence restait libre et correspondait au méat urinaire futur.

Dans la première opération, nous avons vu poursuivre par le chirurgien l'application des principes suivants : adosser de larges surfaces, doubler les lambeaux pour empêcher la cicatrisation à l'air libre de leurs faces sanglantes ; interposer des téguments entre ce lambeau et la plaie d'où celui-ci est détaché.

Ici, dans cette zone scrotale, nous voyons paraître un nouvel élément d'autoplastie : larges ponts mobiles qu'on déplace, sans les forcer, les tirailler, les plier, les tordre, vastes sutures vivantes qui ne peuvent se rompre, et font de la greffe anaplastique une chose obligée et forcée, à moins d'un sphacèle, la plupart du temps impossible. C'est la dernière expression des procédés institués par M. le professeur Nélaton pour la restauration du bec-de-lièvre, de la luette et du voile palatin, et aussi des fistules urétro-péniennes, des anus contre nature.

Il faut ajouter, comme simple détail, mais détail important, la tendance de la plaie scrotale, par sa cicatrisation, à porter la verge en bas, et à lutter ainsi contre la rétraction de la cicatrice abdominale.

Les suites de cette opération furent aussi simples que celles de la première, malgré une rougeole qui survint. Une petite fistule se vit quelque temps à l'un des angles supérieurs du nouveau tube urétral : quelques cautérisations parvinrent à la fermer. D'autres cautérisations furent destinées à rétrécir le calibre intérieur du nouvel urètre.

L'enfant resta cinq mois à la clinique. Non seulement il conservait l'urine étant couché et assis, mais, dans les derniers temps, même en se promenant dans les salles, il ne salissait plus ses vêtements. Il partit sans appareil. Il serait bien curieux de le revoir maintenant, et s'il revenait à Paris, M. Nélaton voudrait compléter le résultat en recouvrant le gland, qui reste encore découvert, au moyen du long prépuce dont on augmenterait d'autant le canal artificiel.

III. Dans l'observation qui va terminer ce mémoire, il s'agit non plus d'un épispadias, mais d'une véritable exstrophie de vessie, et l'issue funeste de l'opération que je pratiquai a été pour moi un coup d'autant plus cruel, que le malade a succombé au moment où le succès autoplastique était désormais assuré. Je publie cette opération, dans l'espoir qu'on m'excusera d'avoir osé l'entreprendre; l'étude de ce premier cas, malgré son déplorable résultat, guidera peut-être un jour un opérateur plus heureux ou mieux inspiré, à un succès définitif qui serait une vraie conquête pour la chirurgie.

Pierre Lecot, âgé de vingt-quatre ans, fils naturel, entra, le 1er septembre 1853, à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Augustin, n° 52, dans le service de M. le professeur Denonvilliers, que je remplaçais alors. Depuis un an, ce garçon avait quitté le petit vil-

lage de la Meuse, où il était né, et où, sans famille, sans ressource d'aucune sorte, il gagnait péniblement son existence. Il parcourait, depuis cette époque, la plupart des hôpitaux de Paris, pour y trouver la guérison de son infirmité.

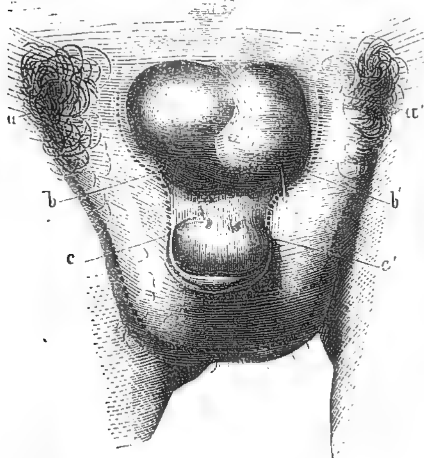


Fig. 7. — L'exstrophie de vessie du malade de St-Louis. Cette figure, dans son ensemble, n'a pas besoin d'explication. Elle est destinée à montrer le vice de conformation de la ligne suivie pour les incisions du lambeau scrotal. — *a, b, c, a', b', c'*, montrent la première incision depuis le commencement en *a, a'* sur la partie la plus haute du bord latéral de la vessie, entre le scrotum et le pourtour cicatriciel; mais sur le scrotum en *c, c'*, on ne voit plus l'incision, parce qu'elle passe dans l'angle peno scrotal caché par la verge.

Sa vessie, exstrophiée, surmontant le pénis épispadiaque, offrait 8 centimètres de largeur sur 5 de hauteur. A peu près de niveau avec la paroi abdominale, quand le jeune homme était au lit, elle faisait, après la marche, une saillie variable. La muqueuse vésicale, bridée çà et là par les îlots cicatriciels que représente le dessin (fig. 7), était d'une excessive sensibilité; tantôt peu colorée, c'était quand le garçon était bien portant; d'autres fois, au contraire, rouge, à sécrétion catarrho-purulente, très douloureuse même sans contact. Dans ce dernier cas, le malade était en proie à une fièvre intermittente violente, du caractère des fièvres urétrales les plus intenses.

C'était là un des plus graves inconvénients de son infirmité, et, depuis deux ans surtout, affaibli par la répétition de ces accès fébriles, il était devenu incapable de tout travail pénible ou soutenu. A la sensibilité douloureuse de la vessie exposée à l'air et aux violences, à ces fréquentes bouffées de fièvre intermittente grave, il faut naturellement ajouter tous les inconvénients ordinaires dus à l'écoulement incessant des urines. Aussi, pour tous ces motifs, le malheureux garçon avait, jusqu'à ces derniers temps, toujours porté des habits de femme, bien que chacun, dans son village, connût, ainsi que lui-même, son véritable sexe.

Pierre Lecot resta longtemps dans les salles, soumis à notre observation. A la visite, je discutais souvent devant lui la possibilité de guérir en partie ou de pallier son mal à l'aide d'une opération; et, malgré sa pusillanimité naturelle, il me pressait chaque jour de tenter tout ce qui pouvait offrir quelque chance de lui rendre la vie moins insupportable. Enfin, l'ayant soumis, à deux reprises différentes, à l'examen de M. le professeur Nélaton, je déclarai au malade que j'étais décidé à l'opérer. Le plan général que j'avais arrêté, d'accord avec M. Nélaton, était d'employer, pour couvrir cette vaste surface vésico-urétrale, le procédé précédemment décrit pour l'épispadias avec lambeau scrotal.

Je me disais :

1° Si je réussis complétement, je convertirai en cavité vésicale la paroi exstrophiée, et l'aboucherai dans un canal urétral à large méat, auquel s'adaptera un appareil commode.

2° Si j'obtiens un résultat incomplet, il aura du moins pour effet de soustraire aux contacts extérieurs et de protéger efficacement la paroi vésicale; de plus, j'aurai un point d'appui pour les autoplasties suivantes qui compléteront l'opération.

3° Je ne puis échouer complétement. Est-il une cause capable de faire disparaître en totalité mon large lambeau scrotal porté sur la surface urétro-vésicale ?

4° Je reconnais que l'opération a de la gravité, à cause de l'étendue des plaies, de la minceur de la paroi abdominale, de la longueur de la cicatrisation; mais rien ne me paraît menacer directement la vie.

Le 25 octobre, en présence de M. le professeur Nélaton, je procédai à l'opération, le malade étant endormi. Un lambeau abdominal carré fut circonscrit et disséqué. Ses dimensions étaient telles, que, rabattu, son bord supérieur, devenu inférieur, arrivait à l'union de la vessie et de l'urètre. Quoi qu'il en soit, une fois disséqué, il fut laissé jusqu'à nouvel ordre sur l'abdomen; car la partie importante de l'opération était le détachement de toute la moitié antérieure du scrotum. A cette fin, une incision supérieure partant de l'union

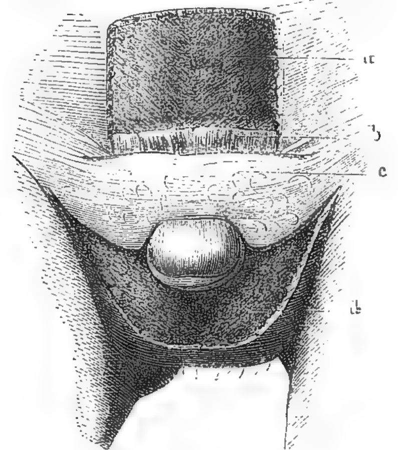


Fig. 8. — Opération terminée. — *a*. Plaie abdominale. — *b*. Face sanglante du lambeau abdominal rabattu. — *c*. Lambeau scrotal. — *d*. Plaie scrotale.

du scrotum droit avec la partie latérale de la surface vésicale fut continuée en bas, longeant le bord latéral de la vessie, puis l'union du corps caverneux droit avec le scrotum; de là elle passa sous le pénis, entre le scrotum et la base de la lame préputiale, et finit en parcourant le même trajet du côté gauche, le bistouri n'intéressant dans tout cela que la peau des bourses et le tissu sous-cutané. En résumé, cette incision détacha la circonférence supérieure du scrotum, 1° du pourtour vésical; 2° plus bas, du bord des corps caverneux; 3° au milieu, de la base du pénis et du prépuce. Cette première incision, qui se fit vite et facilement, outre qu'elle commençait la limitation du lambeau scrotal, avivait du même coup tout le pourtour de la surface urétro-vésicale que le chirurgien se proposait de boucher ou plutôt de couvrir. Une deuxième incision intéressa tout le bord inférieur de la face antérieure des bourses (fig. 7 et 8). La bande scrotale, disséquée et détachée, avait ainsi 4 centim. 1/2 de largeur à ses pédicules, et de 5 à 7 1/2 dans les autres points de son étendue.

Les deux angles inférieurs du lambeau abdominal rabattu furent fixés, par un point de suture entrecoupée, à la jonction de la circonférence vésico-pénienne et de la plaie scrotale. Ces deux angles venaient, sans aucun tiraillement, à l'union de l'urètre et de la vessie, et toute la muqueuse vésicale se trouvait ainsi couverte par la peau du lambeau hypogastrique, dont la face cruentée regardait en avant. C'est sur cette face que fut appliqué le lambeau scrotal qui couvrait de plus, par le reste de son étendue, la gouttière de l'urètre.

Toute la portion médiane du bord inférieur du lambeau scrotal fut laissée libre, devant être la valve supérieure du méat futur; le reste de ce bord fut, des deux côtés, suturé par des fils au bord pénien avivé, ou plutôt à la partie attenante de la plaie scrotale. Trois petites sutures fixèrent aussi le bord supérieur du lambeau scrotal sur la face saignante de l'abdominal.

Espérions-nous par là une réunion primitive ? Aucunement; nous avions mieux que cela, c'est-à-dire les deux lambeaux appliqués par de vastes surfaces sanglantes, et le scrotal retenu par ses deux larges pédicules eux-mêmes sur le lieu où nous l'avions porté. Rien n'était capable de l'en faire bouger, et les granulations qui allaient naître partout ne pouvaient manquer de réunir premièrement les deux lambeaux juxtaposés, et secondement le bord inférieur du lambeau scrotal, à la partie supérieure de la plaie du scrotum, c'est-à-dire au pourtour avivé de la vaste surface qu'il s'agissait de combler.

Pendant les trois premiers jours qui suivirent cette opération, le malade fut en proie à une fièvre nerveuse violente, passant d'une agitation extrême à un profond abattement. Le 28, je me décidai à faire apporter une baignoire près de son lit, et le mis moi-même au bain. Quand je revins le soir, il était parfaitement bien : il avait dormi, il n'avait plus de fièvre, l'appétit était revenu, le découragement avait cessé. Le 29, même état satisfaisant, sommeil paisible durant une partie de la nuit, langue naturelle, peau fraîche. Très inquiet les premiers jours, je fus alors plein d'espérance. Déjà de belles granulations s'élevaient sur toutes les surfaces à nu ; l'urine coulait par le méat nouveau et par les deux angles supérieurs de la vessie artificielle. Je montrais aux élèves du service la certitude que nous avions de voir rester en place, quoi qu'il advînt, toute cette paroi vésicale transplantée. J'insistais sur les avantages de la cicatrisation de la plaie scrotale destinée à prévenir la trop grande élévation du pénis. Je dessinais l'opération complémentaire qui devait parfaire le résultat : les pédicules du lambeau scrotal et la peau de l'aine voisine comblant les deux fistules des angles supérieurs de la vessie ; le prépuce, d'autre part, employé à former la partie antérieure du nouveau canal ; enfin, les cautérisations pour rétrécir le tube urétral.

Mais j'abrége, puisque nous touchions au funeste dénoûment.

Le 30 octobre, au matin, très bon état.

Le 1er novembre, la nuit a été très mauvaise ; la langue est sèche, vomissements fréquents, prostration extrême ; quelques plaques d'érysipèle se voient autour de la plaie abdominale. (Cataplasmes, onctions mercurielles, calomel à l'intérieur). Dans la journée, l'érysipèle pâlit ; mais la péritonite ne devient que trop évidente.

Le 3 novembre, il mourut dans la journée.

A l'autopsie, nous trouvâmes tous les signes d'une péritonite. Les deux lambeaux scrotal et abdominal étaient, dans la plus grande partie de leur étendue, agglutinés, et l'on éprouva même quelque difficulté à les séparer.

PHYSIOLOGIE.

DE L'INFLUENCE DU GRAND SYMPATHIQUE SUR LA PRODUCTION DE LA CHALEUR ANIMALE ET SUR LA CONTRACTILITÉ VASCULAIRE, par le docteur SCHIFF, médecin à Francfort.

Les belles expériences que M. Cl. Bernard a publiées sur l'effet de la section du grand sympathique au cou, ont, à juste titre, attiré l'attention des physiologistes. Cependant, parmi les conclusions que M. Bernard tire de ses expériences, il est surtout deux points qui ne peuvent être acceptés sans discussion. M. Bernard cherche à prouver non seulement que le sympathique est chargé d'une fonction spéciale différente de celle du système nerveux cérébro-spinal, mais encore qu'il existe une espèce d'antagonisme entre le sympathique et la moelle épinière. En second lieu, ce physiologiste admet une influence directe du système nerveux sur la chaleur animale, indépendante de l'état local de la circulation et de la dilatation ou de la contraction des petits vaisseaux.

Dans la *Gazette médicale* de cette année (n° 3), M. Brown-Sequard a déjà essayé de démontrer que tous les phénomènes observés par M. Bernard après la section du grand sympathique au cou, ne dépendent que de la dilatation des vaisseaux sanguins, et il nous paraît qu'il a raison pour ce qui concerne l'élévation de la température. M. Brown-Sequard promet de démontrer, dans un prochain mémoire, qu'il n'est pas un seul de ces phénomènes dont on ne puisse trouver l'analogue après la lésion de certaines parties des centres nerveux, ou la galvanisation des nerfs cérébro-spinaux, de sorte qu'il n'y a dans ces résultats rien de spécial pour le nerf grand sympathique.

Dans l'espoir que M. Brown-Sequard remplira bientôt sa promesse, nous croyons que les autres expérimentateurs qui se sont occupés du même sujet, feront bien de publier comme lui les résultats auxquels ils sont parvenus relativement à l'importante question de la spécialité des fonctions du grand sympathique. C'est ce que je vais faire pour ma part.

§ I. J'ai vu toujours, comme M. Brown-Sequard, que l'élévation de la chaleur après la section du sympathique est en raison directe de la dilatation des petits vaisseaux. Le jour de l'opération, lorsque la vascularisation est très forte, la chaleur est plus élevée que les jours suivants où la vascularisation a diminué.

Mais ce que je viens de dire souffre une restriction ; car chez le lapin (sur lequel M. Bernard a fait ses expériences), il existe une source d'erreur que je n'ai pas retrouvée chez les animaux. Les émotions de l'animal, un attouchement fortuit des veines du côté de l'opérateur, et surtout les mouvements actifs ou passifs de l'oreille peuvent produire une injection momentanée de ses vaisseaux, qui est plus prononcée du côté de l'opération, et qui souvent passe après quelques secondes sans avoir eu le temps de produire une élévation de température. Si l'on examine l'animal dans un tel moment, et puis quelque temps plus tard, lorsque cette érection passagère a disparu, on trouve à peu près le même degré d'élévation de la température avec un degré d'injection très différent. Comme l'émotion de l'animal est plus grande si on le touche le jour de l'opération ou les premiers jours de l'observation que plus tard, on pourra trouver, comme M. Bernard l'avance, que l'abaissement de la température n'est pas en rapport avec la diminution de la vascularisation dans le premier temps de l'observation.

§ II. Les expériences de M. Bernard ne nous paraissent pas prouver le contraire de ce que nous disons, à savoir, que la chaleur soit indépendante de la dilatation des petits vaisseaux. Si la ligature des veines de l'oreille n'augmente pas la chaleur, cela prouve seulement, ce que nous n'avons jamais contesté, que ce n'est pas seulement l'accumulation du sang dans un organe qui le rend plus chaud. Ce n'est pas directement la *quantité* du sang qui produit la chaleur, mais sa diffusion dans le parenchyme des organes. Il est vrai qu'une plus grande quantité de sang doit aussi apporter plus de chaleur dans l'intérieur du corps : mais c'est surtout en augmentant la diffusion ; celle-ci s'opère moins dans les gros troncs dans lesquels le sang s'accumule après la ligature des veines, que dans les très petits vaisseaux. Ce n'est que si ces derniers sont paralysés par la section du nerf qu'ils se dilatent, et alors, en augmentant la diffusion dans le parenchyme, ils élèvent considérablement la chaleur de l'organe. A supposer que les petits vaisseaux se dilatent aussi un peu après la ligature des veines, alors même qu'ils ne sont pas paralysés, l'accroissement de température n'est pas assez considérable pour contrebalancer le refroidissement, que le défaut de renouvellement du sang doit produire nécessairement. Quand donc M. Bernard coupe les nerfs sympathiques d'une oreille dont il a lié les veines, il est vrai qu'il ne change pas considérablement la quantité absolue de sang qui y est contenue ; mais il augmente de beaucoup la quantité relative de cette portion du sang qui est en contact intime avec le parenchyme de l'organe.

Si l'on coupe le sympathique, et qu'on lie ensuite la carotide du même côté, la circulation collatérale s'établit avec une rapidité étonnante, et les capillaires dilatés, pleins de sang, donnent lieu à une élévation de la chaleur. C'est ce qui a été observé, en effet, par le physiologiste français ; mais il a tort de croire que cette expérience puisse prouver que la chaleur soit indépendante de la quantité de sang en circulation. Dans certaines conditions, chez les lapins, et surtout chez les cabiais, la section du sympathique ou l'extirpation de son ganglion supérieur ne produit pas, ou presque pas, de dilatation des vaisseaux, et il n'y a pas alors d'élévation de température. Enfin si, quelques jours après la section du sympathique, la circulation, suivant M. Bernard, ne semble pas, au premier aspect, différer beaucoup de l'état normal, il n'en existe pas moins entre les parties saines et les parties paralysées des différences énormes dans la circulation, différences qu'on peut constater en se servant d'une loupe même assez faible.

Nous concluons donc, avec M. Brown-Sequard, que l'élévation de la chaleur dépend de la paralysie des petits vaisseaux.

Mais, dit M. Bernard, cette prétendue paralysie existe plutôt en théorie qu'à l'état de fait démontré. « Si la section du sympathique, » dit-il, paralysait les fibres contractiles des artères, on devrait voir

» à l'instant de l'opération un élargissement subit de l'artère, c'est » toujours le contraire que l'on observe. » En effet, en faisant la section, M. Bernard dit avoir vu l'artère se resserrer, et si quelque temps après cette artère et ses divisions deviennent plus grosses, c'est, selon lui, qu'elles sont distendues par un afflux de sang dans les parties correspondantes, afflux déterminé par une espèce d'excès de vitalité dans les parties dont les nerfs sympathiques sont coupés.

M. Brown-Sequard a déjà objecté qu'un nerf étant dans un état d'excitation au moment où on le coupe, ne peut pas mettre en évidence, au moment même de la section, les paralysies qui sont les suites de son inactivité. Nous ajouterons seulement que ce que M. Bernard remarque ici pour les vaisseaux a lieu aussi quant à la pupille qui s'élargit au moment de la section pour se rétrécir ensuite, et pourtant il ne voudra pas contester que le rétrécissement de la pupille, et non sa dilatation, soit la suite de la paralysie du sympathique.

Mais une autre expérience prouvera directement que l'afflux du sang vers la tête n'augmente pas après la section du sympathique ; car si la supposition de M. Bernard était admissible, l'impulsion du sang vers la tête devrait produire une augmentation dans la pression du liquide sur la carotide correspondante après la section du sympathique. Nous avons préparé sur une sonde le sympathique d'un lapin, et introduit l'hémodynamomètre dans la carotide. Après quelque temps, lorsque l'animal était très tranquille, nous avons coupé le nerf sans observer une augmentation de pression dans le cerveau. Il est vrai que nous n'avons fait qu'une seule expérience ; mais il existe dans la science d'autres observations où l'on a introduit l'instrument dans la carotide d'un chien, dont on avait préalablement coupé les nerfs pneumo-gastriques (sans doute avec les sympathiques), et la pression au lieu d'être plus forte, comme cela devrait être dans la supposition de M. Bernard, était plus faible qu'à l'état normal.

§ III. Nous avons dit que l'élévation de la chaleur n'est que la suite de la dilatation des vaisseaux; nous croyons aussi que les phénomènes observés, après la mort, sur le côté opéré de la tête, dépendent de l'abondance du sang et de la paralysie des vaisseaux ; mais je ne puis pas être d'accord avec M. Brown-Sequard, s'il attribue à cette même dilatation des vaisseaux quelques autres phénomènes observés après la section du sympathique. Je ne parlerai pas ici des contractions de quelques muscles au voisinage du nez et de la bouche, ni de l'hyperestésie de la face, phénomènes que je n'ai pas encore assez étudiés ; je veux parler seulement des mouvements du globe de l'œil, de l'iris et des paupières.

Après la section du sympathique, l'œil s'enfonce dans l'orbite, et M. Brown-Sequard croit que c'est par une contraction des muscles droits et du rétracteur qui seraient irrités par la dilatation de leurs vaisseaux et par l'abondance du sang qui y circule. En galvanisant le sympathique coupé, l'état des vaisseaux change, la quantité de sang diminue, et le globe oculaire, d'après M. Brown-Sequard, reprend sa situation normale. S'il en était exactement ainsi, on serait bien tenté d'admettre l'hypothèse de ce physiologiste. Mais par la galvanisation du sympathique le globe oculaire non seulement reprend sa situation normale, mais se porte hors de l'orbite par un mouvement très lent et progressif ; il s'élève quelquefois de deux lignes ; il faisait même une plus grande saillie chez un jeune renard sur lequel j'ai expérimenté il y a deux ans. Que si l'on galvanise le nerf sans le couper, le globe oculaire, après être sorti de l'orbite sous l'influence de l'excitation, ne reprend pas sa situation normale immédiatement, mais seulement quelques moments après, quand l'excitation a cessé. C'est ce que nous avons montré déjà en septembre 1851, à la Société d'histoire naturelle de Francfort, et ce que M. R. Wagner a très bien décrit l'année passée ; tandis que M. Bernard, qui paraît avoir vu ce même cas, ne dit pas que l'œil, rétracté par la section du sympathique, fait saillie hors de l'orbite sous l'action galvanique, et ne signale pas ce mode singulier du mouvement qui, bien qu'exécuté par des muscles *striés*, ressemble tout à fait au mouvement des muscles *organiques*. Voilà une preuve à ajouter à celles que j'ai déjà données ailleurs, pour démontrer que la distinction établie par E. Weber entre le mouvement des muscles organiques et des muscles de la vie animale ne peut être maintenue. Cette espèce d'exophthalmos, produit par la galvanisation du sympathique, ne peut pas être l'effet d'un simple relâchement des muscles rétracteurs du bulbe, car alors il devrait être observé aussi chez l'animal mourant pendant la résolution générale des muscles. Le mouvement doit être produit par la contraction de quelques muscles placés sous la dépendance du grand sympathique, et pour cela, comme l'observe aussi M. R. Wagner, il n'y a d'autres muscles que les obliques. Ruete avait déjà observé que la section des obliques a pour effet d'enfoncer le bulbe dans l'orbite, et qu'ils sont les antagonistes du muscle rétracteur. Dans une expérience où j'avais réussi à couper les deux obliques, l'œil ne se portait plus en avant après l'irritation du sympathique au cou. Si l'on coupe le sympathique, les obliques sont paralysés, et les muscles droits et le rétracteur se contractent un peu par antagonisme, et retirent l'œil dans l'intérieur de l'orbite. Comme les obliques concourent à tenir l'œil un peu en dehors, celui-ci, après la section, se porte un peu en dedans.

Quant aux mouvements des paupières, ils ne sont, comme je le prouverai, que la suite des mouvements du bulbe oculaire. Si l'on vide les humeurs de l'œil ou si l'on ôte la cornée, les paupières tombent et se ferment à demi malgré l'activité de leurs muscles. Elles ne peuvent pas rester convenablement écartées si la masse du bulbe ne leur offre plus de résistance. Il en est de même si le bulbe, après la section du sympathique, est enfoncé dans l'orbite. Il est vrai qu'alors l'ouverture palpébrale, comme M. Cl. Bernard le remarque, change de forme ; elle devient plus oblongue transversalement, mais c'est ce qui arrive toujours quand les paupières sont à demi fermées, et ce changement de forme ne peut être, selon l'opinion de M. Brown-Sequard, considéré comme l'expression d'un excès d'action du muscle élévateur de la paupière, car alors au contraire la paupière supérieure devrait être tirée en haut et plus ouverte, et non plus baissée et plus fermée qu'à l'état normal.

Si l'on irrite le sympathique, le globe oculaire tiré en dehors doit nécessairement écarter les paupières et rendre l'ouverture palpébrale plus grande, sans qu'il arrive aucun changement dans le muscle orbiculaire.

Si, comme l'admettent MM. Cl. Bernard et Brown-Sequard, le mouvement des paupières après la section ou l'irritation du sympathique n'était pas consécutif à celui du bulbe oculaire, on pourrait vider l'œil de ses humeurs et du cristallin, et alors la section du sympathique devrait encore augmenter le rapprochement des paupières, comme son excitation par le galvanisme devrait agrandir l'ouverture palpébrale. Mais rien de tout cela n'arrive. On ne voit pas le moindre mouvement dans les paupières quand on galvanise le sympathique d'une manière convenable, c'est-à-dire quand on isole l'animal et l'appareil galvanique et qu'on ne prend pas une pile trop forte. En négligeant ces précautions, on produit quelquefois des mouvements dans la face, dans les paupières, dans la langue, même dans le larynx et dans les muscles du côté opposé. Mais ces mouvements ne prouvent rien dans la question actuelle.

Sur des animaux mourants, dont la circulation était déjà affaiblie, j'ai fait la ligature des artères carotides communes et des vertébrales. J'ai choisi les animaux dans un tel état pour être plus sûr que la circulation collatérale ne s'établirait pas pendant la durée de l'expérience. Sur ces animaux, j'ai coupé le sympathique au cou. Comme la circulation était enrayée dans la tête, les vaisseaux du côté opéré ne pouvaient pas se remplir de sang, et il n'y avait point d'élévation de la chaleur. Mais pourtant le bulbe de l'œil était retiré dans l'orbite, et la pupille rétrécie. Alors j'excitai le sympathique, le bulbe fit saillie hors de l'orbite, et la pupille se dilata. Il résulte de cette expérience que les mouvements du globe oculaire et de la pupille ne dépendent pas de la paralysie ou de la constriction vasculaire.

Cette conclusion est encore confirmée par les cas où, après la section du sympathique au cou, il n'y avait pas d'élévation de la température de l'oreille, et où les mouvements du globe oculaire et de la pupille ne manquaient jamais.

Mais il y a plus. Si l'observation a démontré que les vaisseaux d'une grande partie de la tête sont sous la dépendance du sympathique, c'est tout à fait gratuitement que l'on a admis la même dépendance pour les vaisseaux de l'iris. Pour juger cette question, il faut faire des expériences sur des chiens qui ont l'iris blanchâtre, dans lequel on peut distinguer clairement les petits vaisseaux. Depuis quelques années, l'occasion s'est plusieurs fois offerte à moi de faire des expériences sur le sympathique de ces animaux, dont je garde encore un qui a été opéré l'année passée. Jamais chez eux les vaisseaux de l'iris du côté opéré n'ont été plus dilatés que du côté sain, et pourtant la pupille était rétrécie. Les vaisseaux de l'iris ne sont donc pas sous la dépendance du grand sympathique, mais ils sont soumis au nerf trijumeau, comme on peut s'en assurer par la section de ce nerf. Même les vaisseaux de la conjonctive ne sont qu'en partie dépendants du sympathique, ils sont principalement soumis à l'action de la cinquième paire.

§ IV. L'opinion que le grand sympathique régit tous les vaisseaux de la tête est si peu fondée, en thèse générale, que ceux des gencives (du moins de la mâchoire inférieure, sur laquelle j'ai fait mes expériences), les vaisseaux des os, les vaisseaux des muscles de l'angle de la bouche sont sous la dépendance du trijumeau ; les vaisseaux de la langue sous la dépendance des nerfs linguaux et hypoglosses ; une partie des vaisseaux de l'oreille externe sous celle du troisième nerf cervical. Dans les grenouilles et les crapauds, je me suis convaincu que les nerfs vasculaires des paupières dépendent du trijumeau et non du sympathique.

M. Brown-Sequard s'est assuré que la sécrétion des larmes (chez les chiens) est augmentée après la section du sympathique pendant que Biffi avait avancé que cette augmentation n'était qu'apparente. Si je n'ai pu juger cette question d'une manière exacte chez les chiens, je peux assurer que chez les cabiais la justesse de l'opinion de M. Brown-Sequard est très facile à prouver. Il m'a paru aussi que les larmes contiennent plus d'eau et moins de sels après la section du sympathique qu'à l'état normal. Il est certain qu'après quelques semaines on ne voit plus chez les chiens les larmes s'accumuler dans l'œil.

Si l'on peut appeler *ophthalmie* la dilatation d'un nombre très modéré de petits vaisseaux de la conjonctive, alors John Reid a raison quand il dit que chez les chiens l'ophthalmie ne manque jamais après la section du sympathique, mais alors elle ne manque pas non plus chez les lapins, les chats, et surtout chez les cabiais.

Après la section du sympathique, les mouvements oscillatoires de l'iris, qui accompagnent, comme par une espèce de synergie, les différents mouvements du globe oculaire, sont beaucoup plus prononcés. Cette particularité semble avoir échappé jusqu'ici aux observateurs.

Enfin je dois ajouter qu'en excisant un filet du sympathique au cou assez long pour empêcher la régénération, je n'ai pas vu, comme M. Bernard, les phénomènes paralytiques disparaître beaucoup plus vite qu'après l'extirpation du ganglion cervical supérieur. Ces phénomènes m'ont paru, dans les deux cas, d'un durée indéterminée. Chez les lapins, mes observations n'ont pas été prolongées au delà de deux mois ; chez les cabiais et les chiens, au delà de quatorze mois. Dans les expériences de M. Bernard, la régénération du nerf avait-elle eu lieu? Je l'ai vue s'opérer après une perte de substance de 18 lignes.

On voit déjà, par ce qui précède, que le nerf grand sympathique n'est pas le seul qui préside aux vaisseaux de la tête, et que sous ce rapport il n'a rien de spécial. C'est ce qui sera prouvé d'une manière encore plus frappante par les expériences suivantes. J'ai dit qu'il y a des lapins chez lesquels la section du sympathique ne produit point ou presque point de dilatation vasculaire de l'oreille ni d'élévation de sa température. Si sur ces lapins on coupe le nerf grand auriculaire cervical à son origine, les vaisseaux de l'oreille se dilatent et sa température s'élève, comme je l'ai vu deux fois. Ce même fait s'est répété dans cinq expériences sur des cabiais ; l'influence du sympathique sur les oreilles est restée minime, et l'influence de l'auriculaire cervical très prononcée. Est-ce la règle chez ces animaux? Il sera facile de résoudre cette question à Paris, où on peut les avoir en nombre illimité.

§ V. Si l'action très réelle du sympathique sur les contractions des vaisseaux et sur la chaleur animale n'est pas quelque chose de spécial et d'exclusif à ce nerf, on peut prouver, en dernier lieu, que, partout où il exerce son influence sur les tissus contractiles, il n'agit que comme conducteur des excitations des centres cérébro-spinaux, et non pas, comme M. Bernard paraît l'admettre, en vertu d'une force qui lui serait propre, et qui ferait antagonisme à celle du système nerveux cérébro-spinal.

Bridge a déjà remarqué que si l'on fait l'excision de la portion de la moelle épinière qui donne au sympathique son influence sur l'iris, les mêmes phénomènes se produisent relativement à la vascularisation et à la chaleur animale qu'après la section du sympathique au cou. J'ai plusieurs fois répété ces expériences sur des chiens et des lapins avec le même résultat. Mais pour prouver qu'il n'y a pas simple analogie entre ce qui résulte de la section de cette portion de la moelle et ce qui résulte de la section du grand sympathique, et que celui-ci n'est que le conducteur de l'influence médullaire, j'ai isolé la région cilio-spinale de la moelle d'un côté, et je l'ai irritée avec la machine électro-magnétique. Après quelques moments l'oreille pâlit et bientôt devint froide ; mais cet effet n'eut plus lieu, malgré l'excitation, lorsque j'eus coupé le sympathique au cou. Dans d'autres expériences, j'ai irrité la région cilio-spinale sans l'isoler du reste de la moelle, et après avoir vu les phénomènes de l'irritation se produire, j'ai coupé les racines des nerfs qui partent de cette portion ; alors l'excitation est restée sans effet. Il suit de là que c'est par le sympathique cervical et non par une autre voie de communication, que la moelle agit sur les vaisseaux de la face. Il y a déjà très longtemps que j'ai prouvé la même chose pour les mouvements du globe oculaire, lesquels dépendent à la fois du sympathique et de la région cilio-spinale.

Après la destruction de la partie inférieure de la moelle cervicale et de la partie supérieure dorsale chez des chauves-souris, j'ai vu bientôt se produire une injection sanguine plus prononcée, une dilatation des petits vaisseaux de la membrane interdigitale. J'ai voulu couper aussi les racines des nerfs correspondants d'un côté, pour avoir un terme plus exact de comparaison ; mais malheureusement je n'ai pas eu l'adresse nécessaire pour une telle opération.

Il y a plusieurs points des centres cérébro-spinaux dont la section produit une dilatation des vaisseaux dans l'organe correspondant, et où, comme dans la tête, le nerf sympathique est le seul par lequel l'influence des centres puisse se communiquer à cet organe. Quelquefois l'accumulation du sang produit une altération totale de la nutrition et des altérations pathologiques. C'est ainsi que la section des cordons antérieurs de la moelle au-dessous de l'origine du nerf pneumo-gastrique (par exemple au niveau du second nerf cervical) produit une hypérémie de l'estomac ; en quelques points, après peu de temps, il se produit un ramollissement noirâtre de ses tuniques, et l'animal meurt subitement par une perforation du ventricule. Or il n'y a que le sympathique qui puisse mettre l'estomac en relation avec cette portion de la moelle. Cependant le même effet a aussi lieu si l'on coupe le pédoncule cérébral au-dessus de l'origine des vagues, jusque dans la couche optique ; et c'est ce qui explique la relation observée par les pathologistes entre les maladies de l'encéphale et le ramollissement de l'estomac.

Après la section transversale ou après l'hémisection de la moelle dans la région dorsale ou lombaire, je n'ai pas vu de phénomènes constants quant à la chaleur des parties paralysées ; si quelquefois elle était augmentée les premiers jours après l'opération, je possède d'autres faits où elle avait baissé, sans que j'en puisse indiquer la cause.

Que si l'on détruit entièrement la moelle lombaire, la température des pieds augmente peu de temps après l'opération. C'est ce qu'avait déjà observé M. Nasse. Le même auteur a indiqué un autre fait bien singulier, que j'ai retrouvé en répétant ses expériences : c'est que l'augmentation de la température ne se remarque que dans

la jambe et dans le cou-de-pied, mais non dans la cuisse, qui, au contraire, est souvent moins chaude qu'à l'état normal.

Je conclus de ces expériences : 1° que la partie de la moelle qui donne origine à tous les nerfs moteurs et sensitifs des membres pelviens ne fournit qu'une partie de leurs nerfs vasculaires ; 2° que les nerfs vasculaires de la cuisse naissent dans la partie dorsale de la moelle et ne se trouvent pas dans les racines des plexus lombaire et sciatique. En effet, ayant détruit dans d'autres expériences toute la moelle, en partant de la cinquième ou sixième vertèbre dorsale, la température s'éleva dans les cuisses comme dans les autres parties des membres postérieurs.

Mais comme, après la destruction de la moelle lombaire, il n'y a pas d'autre communication, entre la moelle dorsale et les nerfs du pied, que le grand sympathique, il devient très vraisemblable que, comme l'admet M. Bernard, c'est par le sympathique que les nerfs vasculaires vont à la cuisse ; mais, dans ce cas, le sympathique, loin d'agir d'une manière spéciale et opposée à la moelle épinière, n'est lui-même qu'un nerf spinal.

J'ai prouvé, par l'examen microscopique, que les ganglions du sympathique du chien (je n'ai pas encore pu trouver la même chose pour le lapin) envoient aux plexus lombaire et sciatique des fibres nerveuses qui ne peuvent pas prendre leur origine dans les racines spinales *correspondantes* (Bidder et Volkmann ont vu la même chose chez la grenouille); mais ayant isolé ces fibres d'après la méthode de Waller, j'ai trouvé, chose remarquable, que ce ne sont pas de ces fibres minces que l'on a coutume de regarder comme ganglionnaires, mais des fibres très larges à doubles contours. Ces fibres sont parmi les plus larges qui se trouvent dans le rameau communiquant entre le ganglion et les nerfs spinaux, et je crois que ce sont elles qui constituent les anastomoses entre les sympathiques et les nerfs dorsaux.

Je terminerai par une remarque.

L'élévation de la température qui existe dans les parties paralysées disparaît quelquefois après un espace de temps plus ou moins long, quoique le microscope démontre encore la persistance de la dilatation des petits vaisseaux. C'est ce que je chercherai à expliquer dans un autre mémoire.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 20 MARS 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

M. le président annonce la mort de M. *Beautemps-Beaupré*, doyen de la section de géographie et de navigation, survenue à la date du 16 mars.

OVOLOGIE. — *Recherches sur la composition des œufs dans la série des animaux.* — MM. *Valenciennes* et *Fremy* communiquent un second mémoire sur la composition des œufs dans la série des animaux. Il leur paraît démontré qu'il existe, dans l'œuf de certains cyprinoïdes, une substance soluble dans l'eau, qui se présente sous la forme de grains rectangulaires. La solubilité dans l'eau distingue cette substance de l'ichthine, qui est entièrement insoluble dans ce liquide ; les auteurs proposent de lui donner le nom d'*ichthidine*. Les œufs de poissons de la famille des cyprinoïdes contiennent encore, lorsqu'ils sont peu développés, un liquide fortement albumineux, tenant en suspension de la graisse phosphorée et en dissolution des sels minéraux et un corps nouveau, l'*ichthuline*, qui se rapproche beaucoup de l'albumine par sa composition. Il est formé de carbone, d'hydrogène, d'azote, de phosphore, de soufre et d'oxygène. On l'obtient en traitant par l'eau distillée le liquide qui résulte de la pression, dans un linge, des œufs de saumon, de carpe, de bar, de turbot, etc.; l'albumine se dissout et l'ichthuline se précipite. L'ichthuline, qui, par ses propriétés physiques, s'éloigne sous tous les rapports de l'ichthine, s'en rapproche beaucoup par ses caractères chimiques. Elle est, comme cette dernière, soluble dans les acides acétique et phosphorique ; elle se dissout aussi dans l'acide chlorhydrique sans produire de coloration violette. MM. Valenciennes et Fremy ont constaté ce fait physiologique très important : c'est que la composition des œufs éprouve, suivant l'âge de leur développement, des modifications profondes même avant la ponte, et pendant le séjour qu'ils font dans l'oviducte. Il résulte, en effet, de leurs analyses, que les œufs de carpe entièrement formés ne contiennent plus de traces d'ichthidine, que l'ichthuline disparaît aussi peu à peu, et que, quand ils sont devenus tout à fait transparents, ces œufs sont formés uniquement par une liqueur fortement albumineuse qui tient en suspension de la graisse phosphorée. Quant à l'albumine des œufs de poisson, elle présente des propriétés assez différentes de celles des œufs d'oiseaux. En effet, l'albumine des œufs de certains poissons se dissout sans aucune coloration dans l'acide chlorhydrique, et elle commence à se coaguler vers 45 degrés, tandis que l'albumine des œufs d'oiseaux se dissout, comme l'on sait, dans l'acide chlorhydrique, en donnant au liquide une couleur bleue violacée, et elle ne se coagule que vers 63 degrés.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Recherches sur la structure intime du tubercule, chez l'adulte*, par M. *Mandl*. — Nous nous occuperons de ce travail incessamment. (*Comm.*, MM. Serres, Andral, Rayer.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 28 MARS 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture et du commerce transmet les trois pièces suivantes : *a*. Demande d'analyse et d'avis relative à une nouvelle source d'eau minérale découverte près de Villefranche (Aveyron) (*Commission des eaux minérales*). — *b*. Registre sur lequel se trouvent consignées un grand nombre d'observations relatives à l'efficacité du fébrifuge indigène de M. le docteur *Serres*, de Dax (*Commission des succédanés du quinquina*). — *c*. Envoi de quatre-vingts exemplaires de la seconde livraison de la première partie de l'*Annuaire des eaux de la France*).

2. Lettre de M. *Nélaton* qui déclare se désister de sa candidature à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

3. Lettre de M. *Morel-Lavallée* qui demande à être inscrit sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique, et sollicite un tour de faveur pour lire un mémoire sur la coxalgie intra-utérine.

4. M. *Guitard*, médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, adresse une observation sur l'électro-chimie médicale, et sollicite le titre de membre correspondant. (*Future commission des correspondants nationaux.*)

5. M. *Mérier*, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Dizier, envoie une observation d'hydrocèle volumineuse traitée d'abord par la ponction et l'injection vineuse, suivie de gangrène, et enfin guérie par l'excision.

6. M. *Lecouppey*, à l'occasion du mémoire de M. Aussandon sur la phthisie, réclame la priorité de l'emploi des mercuriaux à l'intérieur dans le traitement de cette maladie. (*Commission nommée.*)

M. *Rostan* annonce la mort de M. Roux, et fait part à l'Académie des dispositions prises par le bureau pour qu'elle soit convenablement représentée à la cérémonie funèbre.

M. *Dubois* (d'Amiens) prie l'Académie de le dispenser de l'obligation pénible de donner lecture du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Roux ; les membres de l'Académie le trouveront d'ailleurs inséré dans le *Bulletin*.

Rapports et Mémoires.

Supplément à un précédent rapport sur la conservation, la reproduction et l'élève des sangsues. (*Comm.* : MM. Chevallier, Desportes, Adelon, Bricheteau, et Soubeiran, rapporteur.) L'Association médicale d'Eure-et-Loir a revendiqué pour un de ses membres, M. le docteur Harreaux (de Grouville-Saint-Léger), la priorité des procédés employés à Clairefontaine, par M. Borne, pour la conservation et la reproduction des sangsues. Dans cette réclamation, le bureau de l'Association médicale d'Eure-et-Loir avait avancé, de plus, que M. Borne avait acquis la connaissance de ces procédés, lors d'une visite faite à Grouville, dans la conversation même du docteur Harreaux, qui les lui avait communiqués sans aucune restriction. En présence d'une réclamation aussi formelle émanée d'un corps scientifique tout entier, la commission s'est livrée, de nouveau, à un scrupuleux examen des faits, elle a compulsé avec soin toutes les pièces justificatives ; elle a recueilli les témoignages des personnes les plus recommandables. Le rapporteur n'a pas hésité à se transporter sur les lieux. Un mémoire de M. Harreaux sur cette question, adressé à M. Soubeiran, et qui a été retrouvé dans les archives des hôpitaux, a permis surtout de constater les différences essentielles qui existent dans les conditions de l'établissement

de Grouville et celui de Clairefontaine. Il résulte de l'examen approfondi et consciencieux auquel s'est livrée la commission, que la réclamation de l'Association médicale d'Eure-et-Loir n'est pas fondée, et qu'elle est même inexacte en quelques points, quant aux faits qui s'y trouvent affirmés. M. Borne ne peut avoir emprunté à M. Harreaux, pour l'établissement de ses marais à sangsues, des dispositions que celui-ci paraît avoir ignorées, puisqu'il ne les a pas mises en pratique. Aujourd'hui le marais de Clairefontaine est en pleine prospérité, tandis que, de l'aveu même de M. Harreaux, l'établissement de Grouville est en complète décadence ; ce seul fait suffirait à trancher la question. La commission est d'avis que la priorité contestée à M. Borne appartient certainement à celui-ci, et qu'il y a lieu de maintenir les conclusions du précédent rapport.

Une discussion animée s'établit sur le rapport de M. Soubeiran. Quelques membres de l'Académie regrettent, avec MM. *Velpeau* et *Gibert*, les expressions énergiques employées dans le rapport au sujet de quelques parties de la réclamation de l'Association médicale d'Eure-et-Loir. MM. *Gibert* et *Bégin* demandent à ce que les conclusions du rapport soient seules insérées au *Bulletin*, et que le rapport soit déposé aux archives. MM. *Bricheteau*, *Desportes*, *Chevallier*, *Malgaigne*, *Moreau*, *Caventou* veulent, au contraire, l'insertion du rapport au *Bulletin ;* la réclamation soulevée par le précédent rapport s'est produite publiquement et avec une certaine solennité, ils pensent qu'il doit en être fait publiquement justice. M. *Velpeau* voudrait qu'on supprimât certaines expressions qui pourraient blesser l'Association médicale d'Eure-et-Loir. M. *Soubeiran* consent volontiers à la modification demandée ; quant aux détails dans lesquels est entrée la commission, ces détails, ces preuves, étaient nécessaires pour établir les droits de M. Borne, et faire voir que la commission avait jugé avec impartialité et en toute connaissance de cause. M. *Dubois* (d'Amiens) pense que le rapport, à cause de sa nature, des matières qu'il traite, ne doit pas être inséré au *Bulletin;* il insiste pour que les conclusions seulement s'y trouvent reproduites.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Sur la proposition de M. *Caventou*, l'Académie décide l'impression du rapport avec les modifications demandées par M. Velpeau et consenties par la commission.

CHOLÉRA. — M. *Jolly* commence la lecture d'un mémoire sur la symptomatologie et la thérapeutique du choléra.

Vu l'heure avancée, M. Jolly consent à remettre à la prochaine séance la suite de sa lecture et à céder la parole à M. Andral pour la présentation d'une pièce d'anatomie pathologique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. *Andral* présente une pièce d'anatomie pathologique et entre dans quelques détails à ce sujet. Il s'agit d'un cas qui n'offrirait, d'après M. Andral, qu'un seul analogue, imprimé dans le *Traité d'auscultation* de Laënnec : l'ouverture d'un épanchement sanguin dans le canal vertébral. L'individu chez qui cet accident s'est présenté était arrivé à la Charité avec des signes très évidents de paraplégie ; on avait cru à une maladie de Pott, et l'autopsie seule a indiqué la nature vraie de la lésion. La tumeur, grosse comme une noisette, était placée entre la cinquième et la sixième vertèbre dorsale ; elle avait rompu et réduit en esquilles une partie du corps de l'une et l'autre vertèbre et détruit même le fibro-cartilage.

Cure radicale d'une hernie inguinale avec hydrocèle. — M. *Jobert* (de Lamballe) présente un malade qui portait depuis sa naissance une hernie inguinale, qui s'était accompagnée d'hydrocèle. Le testicule était enveloppé dans la hernie. Il était facile de séparer la hernie en deux parties : une, en haut, qui comprenait les viscères échappés à travers l'anneau inguinal ; en bas une collection liquide. Le malade voulut bien se soumettre à une opération ayant pour but de le guérir radicalement. On fit rentrer dans l'abdomen les viscères ; le collet du sac fut comprimé avec soin, et une injection de teinture iodée fut poussée, après une ponction, dans la tunique vaginale. Des adhérences fibreuses se sont établies qui ont empêché la reproduction de la hernie ; l'hydrocèle n'a pas reparu et aujourd'hui le malade est complétement guéri. C'est la troisième ou quatrième fois que M. Jobert pratique une semblable opération avec succès et sans qu'il se soit jamais développé d'accidents inquiétants.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Maladie mercurielle, par M. LUCIANI.

Le titre donné à cette observation pourrait à bon droit être contesté, et c'est même uniquement pour en discuter la convenance que nous faisons ici mention du fait lui-même. M. Luciani ayant soigné, pendant cinq semaines, un homme qui finit par succomber dans le marasme, trouva une dégénérescence cancéreuse de toute l'épaisseur des pariétaux et d'une partie de l'occipital, avec des dépôts cancéreux sous le péricarde, le péritoine diaphragmatique, dans le foie et jusque dans les vertèbres.

Sachant que ce malheureux était depuis longtemps occupé dans une mine de mercure, et ayant remarqué, en outre, qu'il avait les gencives tuméfiées, M. Luciani n'hésita pas à accuser l'intoxication mercurielle d'avoir produit sa maladie, et cela bien que l'analyse chimique n'ait révélé, durant la vie, la présence de ce métal ni dans l'urine, ni dans le sang.

Quels sont donc les motifs qu'il juge suffisants pour justifier la réalité de cette filiation ? En voici un, et le plus probant peut-être : « Le malade, dit M. Luciani, avait une exaltation et un désordre de la motilité ainsi que de la circulation. Or l'expérience nous a appris que le mercure exalte les actes organiques d'une manière toute spéciale, lente et continue, indépendante de son action mécanico-organique, comme cela est arrivé dans le cas ci-dessus, par l'absorption de ses vapeurs. »

— Pour nous, en voyant un homme de l'art, un médecin intelligent, si disposé à se payer de mots, nous nous demandons pourquoi le vulgaire serait plus difficile ; et nous serons moins surpris désormais des résistances qu'un préjugé presque général lui fait apporter à l'exécution de la prescription où entre le moindre atome de mercure. (*Gazzetta medica italiana toscana*, 31 janvier 1854, p. 36.)

Des caustiques employés au lieu du bistouri dans quelques opérations chirurgicales, par M. GIROUARD.

Au point où en sont aujourd'hui les notions courantes sur la valeur ou mieux sur l'innocuité comparative des agents de cautérisation et de l'instrument tranchant, il n'est douteux pour personne que les premiers n'entraînent des conséquences infiniment moins graves pour la santé générale. Leur application peut donc être considérée comme indiquée de droit toutes les fois qu'elle sera possible. Aussi est-ce un important service à rendre, que de chercher, comme l'a fait M. Girouard, le moyen de substituer, autant que faire se peut, dans l'extirpation des tumeurs, la destruction chimique des tissus à leur ablation au moyen du fer.

On sait avec quel succès M. Girouard a formulé le procédé d'ablation des tumeurs pédiculées à l'aide de deux tiges courbes d'acier qui les compriment à leur base et servent à diriger et à circonscrire l'action sur cette base de la pâte de Vienne.

Mais quand il s'agit d'une production morbide largement adhérente aux parties profondes, il faut adopter un plan différent. Soit, par exemple, un cancer du sein : on cerne le pourtour de la tumeur avec du caustique de Vienne, qui pénètre jusqu'aux muscles thoraciques. Alors on glisse de minces lames de pâte de chlorure de zinc, à plusieurs reprises, par-dessous la tumeur, pour détruire ses adhérences aux parties sous-jacentes.

Dans un cas que M. Girouard cite, cette cautérisation fut, au bout de quarante-huit heures, suffisante pour qu'il pût, avec le bistouri n'agissant que sur les escarres, disséquer et enlever la tumeur, sans avoir produit de douleur ni d'hémorrhagie.

Nous n'avons besoin de faire connaître que les règles de ce procédé opératoire ; car ses avantages, nous le répétons, sont si amplement démontrés, tant par l'expérience directe que par l'analogie, qu'il serait superflu d'insister plus longtemps pour les rendre palpables. (*Revue médico-chirurg. de Paris*, janv. 1854, p. 27.)

Sur la nature de la gangrène sèche, par M. GAMGEE.

Les données qu'une autopsie a fournies à M. Gamgee peuvent offrir quelque intérêt pour la solution des questions, encore fort obscures, de pathogénie que l'étude de cette affection soulève. Sur une femme âgée de quatre-vingt-cinq ans, dont le pied gangrené était devenu sec et ridé, il constata que les artères du membre présentaient une adhérence non usuelle avec les parties voisines. Un réseau formé par les *vasa vasorum* plus rouges et plus multipliés que d'ordinaire couvrait la tunique celluleuse. Des plaques calcaires incrustaient l'interstice entre elles et la moyenne. Puis la

couche profonde de la tunique moyenne, ainsi que la tunique interne, détachées, occupaient l'intérieur de la cavité vasculaire qu'elles obstruaient.

Outre une apparence semblable à celle-ci à l'extérieur, les veines avaient leurs parois considérablement épaissies, et, dans quelques points, dures comme un cartilage. L'intérieur était oblitéré par un caillot rouge et ferme.

De la considération de la forme sèche qu'affectait ici la gangrène, M. Gamgee conclut que probablement la maladie a commencé par les artères, et que les veines se sont oblitérées en dernier lieu.

L'injection et le développement des *vasa vasorum* est la circonstance la plus digne d'intérêt. (*Association Medical Journal*, 3 fév. 1854, p. 105.)

Emplâtre anticharbonneux, par M. Benavente.

Signalé par l'auteur comme spécifique des affections charbonneuses, cet emplâtre, qui n'est cependant pas de sa composition, se prépare sous la formule suivante :

Pr.	Sublimé corrosif,	15 grammes.
	Onguent basilicum,	30 grammes.
	Poudre de scabieuse,	q. s.

On en étend sur du linge un morceau gros comme une petite pièce de monnaie et un peu plus large que la circonférence de la pustule ; et l'on a soin de mettre tout autour un peu de diachylon gommé pour qu'il adhère plus facilement.

Le topique ainsi disposé, on pratique, sur le tubercule ou au centre de la pustule, une incision cruciale peu profonde. On attend que le sang ait cessé de couler, et l'on applique l'emplâtre sur le point d'intersection des incisions. Au bout de vingt-quatre heures l'effet est produit. Toutefois, il convient de le laisser un peu plus longtemps en place. A la levée de l'appareil, une escarre noire, circulaire, est produite avec un peu de soulèvement épidermique à son pourtour. Les suites sont des plus simples et la guérison prompte.

La même médication (qui n'est, comme on le voit, qu'une action caustique énergique et profonde) est recommandée par l'auteur contre la pustule maligne et contre les ulcères carcinomateux. (*El Porvenir medico*, et *El Heraldo medico*, 1er février 1854, p. 34.)

Traitement des ulcères calleux par l'excision de leurs bords, par M. Hainworth.

Le traitement par excision, fort en faveur autrefois, a-t-il mérité un oubli aussi complet que celui où on le laisse aujourd'hui ? M. Hainworth a pensé qu'il y a dans cette pratique quelque chose d'utile à réhabiliter. L'opération n'a rien de cruel ; elle est même beaucoup moins pénible à supporter que la résection *du fond* de la plaie, que M. Bonnet (de Lyon) a conseillée pour les ulcères qui résultent d'abcès sous-cutanés. Et si l'on réfléchit à l'incommodité extrême que cette infirmité occasionne, au nombre presque infini de moyens que les malades emploient contre elle, sans aboutir à d'autre résultat qu'à une cure essentiellement passagère, on n'hésitera pas à considérer comme digne d'examen la proposition, au premier abord un peu hardie, de M. Hainworth.

L'excision, telle qu'il la recommande, ne doit comprendre que la partie de la circonférence où le bord de l'ulcère est blanc et calleux. Là où la dégénérescence des tissus est moins prononcée, on peut se contenterde racler avec le bistouri. Cet état des parties fait que l'instrument tranchant qui les attaque n'y développe qu'une douleur peu vive. Le saignement est également très modéré.

Il est quelquefois nécessaire de revenir à l'opération à plusieurs reprises, afin d'enlever en totalité ce qui n'a pas été complétement détruit la première fois, ou ce qui tend à se reproduire dans de mauvaises conditions de texture. On recommence alors l'application du procédé tous les huit ou dix jours.

L'efficacité de ce moyen, — après l'emploi duquel de simples pansements amènent la guérison, — a été vérifiée non seulement par l'auteur, mais par M. South, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas, qui y a eu recours deux fois avec succès, entre autres chez un homme qui portait depuis seize ans au devant de la jambe un ulcère de la largeur de la main. (*Medical Times and Gazette*, 28 janvier 1854, p. 81.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la contagion, pour servir à l'histoire des maladies contagieuses et des épidémies, par M. J. Anglada, professeur de pathologie médicale à la faculté de Médecine de Montpellier. — 2 vol. in-8°, Montpellier.

« Le but que je me suis proposé en écrivant cet ouvrage, dit » M. Anglada dans sa préface, a été d'exposer une théorie de la » contagion qui pût s'appliquer à tous les problèmes qui se rattachent à la transmissibilité des maladies, et d'apporter une parole » de conciliation au milieu du conflit qui divise le corps médical en » deux camps ennemis. »

L'importance et les difficultés de la tâche ainsi formulées, l'actualité pour ainsi dire permanente du sujet, le nombre des questions qu'il soulève, et leur gravité, soit au point de vue de la science, soit sous le rapport de l'hygiène et de la santé publique, et enfin la position scientifique éminente de l'écrivain, professeur de la Faculté, sont autant de raisons pour accorder au présent travail une attention toute particulière.

L'ouvrage se divise en cinq sections.

La première, destinée à donner une idée générale de la contagion, renferme quatre chapitres ayant pour titre : *Définition de la contagion*, *définition de l'infection*, *spontanéité de la contagion*, et *rapport de la contagion avec les affections morbides*. — La seconde, intitulée : *Etiologie de la contagion*, traite des agents provocateurs de la contagion, ou *virus*, et de l'aptitude à recevoir l'impression de ces agents, ou *prédisposition*. — Dans la troisième, on essaie de démontrer, à l'aide des données précédentes, l'existence de la contagion dans la peste, la fièvre jaune et le choléra. — La quatrième est consacrée à l'étude de la contagion, considérée dans la série animale. — La cinquième, enfin, traite de la physiologie de la contagion, relativement aux individus et relativement aux populations, et se termine par un exposé de nos règlements sanitaires depuis 1683 jusqu'en 1851.

Nous ne nous occuperons que de la partie dogmatique de ce livre, qui en constitue seule l'originalité ; elle est comprise dans les deux premiers chapitres.

I. *Idée générale de la contagion*. — « La contagion est la trans» mission d'une affection morbide de l'individu malade à un ou » plusieurs individus, par l'intermédiaire d'un principe matériel, » qui, étant le produit d'une élaboration morbide spécifique, pro» voque, chez ceux qu'il atteint d'une manière immédiate ou mé» diate, pourvu qu'ils soient convenablement disposés, une maladie » semblable à celle dont il provient. »

Ainsi, élaboration d'un principe morbide doué du pouvoir de transmettre l'affection qui l'a engendré, tel est le caractère essentiel de la contagion. Ce caractère, la différence de tempérament dans lequel l'agent morbide n'est pas le résultat d'une maladie et de l'infection dans laquelle l'agent morbide peut être un principe délétère, un miasme émané d'un corps malade, mais qui, dans ce cas même, n'a pas la propriété d'engendrer une maladie identique avec celle dont il a procédé.

L'agent morbide contagieux a reçu le nom de *virus*.

L'élaboration d'un virus implique une altération humorale ; de sorte que les névroses étant des maladies *sans maturé*, c'est-à-dire sans altération humorale, sont nécessairement en dehors du cadre des maladies contagieuses.

On entend par spontanéité des maladies contagieuses, la possibilité du développement de ces maladies sans l'action d'un virus préexistant. Cette spontanéité ne peut être mise en doute : elle a pour elle et le raisonnement et des faits irréfragables. N'assistons-nous pas, en effet, chaque jour, au développement spontané de la rage et du charbon ? M. Anglada va jusqu'à croire au développement spontané de la syphilis.

La contagion n'est pas un élément essentiel et fixe des maladies ; on doit, au contraire, la regarder comme un élément pathologique

accidentel pouvant s'adjoindre à certaines maladies auxquelles il est ordinairement étranger, et abandonner des maladies auxquelles il s'attache ordinairement. De là résulte que, tout en conservant l'ensemble des caractères qui la constituent, sans cesser d'être la même, une maladie peut être aujourd'hui contagieuse et ne plus l'être demain, et qu'il est tout aussi impossible d'affirmer qu'une maladie habituellement contagieuse le sera dans tous les cas, que d'affirmer qu'une maladie ne le sera jamais, parce qu'elle ne l'est pas ordinairement.

II. *Etiologie de la contagion.*—La contagion résulte du concours simultané de deux facteurs, un virus excitateur et l'aptitude à en ressentir l'impression ; en l'absence d'un de ces termes, il n'y a pas de contagion possible.

Les virus sont des causes morbides spécifiques, et, comme tels, possèdent les trois caractères qui suivent : 1° mis en rapport avec l'économie, ils produisent presque constamment leurs effets ; 2° la maladie qu'ils provoquent est toujours la même ; 3° ils ne se confondent jamais entre eux.

C'est ainsi que l'inoculation d'un mélange de virus vaccin et de pus variolique développe des pustules de variole et des boutons vaccinaux, comme si les deux virus avaient été inoculés séparément.

Les matières virulentes se présentent sous la forme solide, liquide ou gazeuse. On ignore si elles doivent leur virulence à une substance particulière ou à l'ensemble des éléments qui les composent. Jusqu'ici, la chimie et le microscope sont restés impuissants à saisir la moindre différence entre deux liquides de même nature, dont l'un est contagieux et l'autre ne l'est pas.

Les virus sont le résultat d'un travail d'ensemble ; ils peuvent avoir pour siége ou un organe de nouvelle formation qui les a élaborés, comme le chancre syphilitique et la pustule variolique, ou une sécrétion normale viciée par la maladie, comme la rage ; ou enfin l'économie tout entière, comme dans les maladies charbonneuses et la morve.

Les conditions de pénétration des virus dans l'économie ne sont pas les mêmes pour tous. Ainsi le virus charbonneux pénètre à travers l'épiderme intact de la peau ; le virus syphilitique agit à travers l'épithélium des muqueuses, et n'affecte la peau que si son épiderme est altéré au point de contact. Il est d'autres maladies dans lesquelles l'expérience clinique révèle une redoutable activité de transmission, sans que l'on puisse saisir par quels points de l'économie cette transmission s'opère, et sans qu'on puisse la produire par aucun procédé artificiel. Certains virus enfin sont susceptibles de pénétrer par plusieurs voies, et alors, bien que la maladie produite soit toujours la même, elle peut recevoir du mode d'imprégnation des modifications dans sa symptomatologie et son intensité. C'est ainsi que la variole inoculée présente une double éruption qu'on ne retrouve pas quand la transmission s'est faite par émanation miasmatique, vu l'intervalle qui sépare ordinairement l'application de l'agent morbide de l'apparition des premiers symptômes qui traduisent son action. Cet état latent s'appelle *incubation*, différente pour chaque virus, la durée de l'incubation présente, pour une même affection, des variations considérables, et n'est nullement en rapport avec la gravité de la maladie qui doit apparaître.

Certains virus, ajoute l'auteur, agissent aussi rapidement que l'acide cyanhydrique, et la mort arrive avant que l'absorption ait pu s'opérer. Il en conclut que l'impression perçue par la sensibilité vitale de la surface d'application retentit sur l'organisme qui réagit, selon les cas, ou instantanément, ou après un temps variable de préparation.

Les virus agissent par infiniment petits comme par masses, et pour ainsi dire indépendamment de la nature du terrain sur lequel ils se sont développés. La pureté du vaccin n'a paru nullement compromise dans des cas où la matière inoculée avait été empruntée à des sujets atteints de syphilis, de gale ou de scrofules, et jamais, dans ces circonstances, le virus vaccinal n'a emporté avec lui le germe de l'autre maladie. On ne peut donc pas mitiger un virus, et la différence des résultats obtenus dépend uniquement de l'idiosyncrasie des sujets contaminés.

Pourtant l'activité des virus présente des différences d'énergie aux diverses phases de leur évolution, et, pour quelques uns, elle diminue par le fait de nombreuses transplantations. Elle survit à la mort, et peut se conserver intacte au milieu de la plus extrême putréfaction du composé animal. Des fossoyeurs, dit M. Anglada, ont contracté la variole pour avoir déterré le cadavre d'un variolé mort *depuis dix ans*.

Enfin, pour subir l'action d'un virus, il faut être doué d'une prédisposition spéciale : la prédisposition et l'aptitude du système à concevoir une maladie sous l'impulsion provocatrice des causes occasionnelles les plus diverses, ou en vertu d'une détermination spontanée de la nature vivante, à laquelle on ne peut assigner aucune stimulation extérieure appréciable.

La prédisposition est locale ou générale, et il est d'autant plus important de les distinguer l'une de l'autre, qu'elles sont loin de se présenter toujours dans les mêmes rapports d'intensité sur un même individu. Ainsi, en prenant pour exemple les effets de l'inoculation vaccinale, si les deux prédispositions font également défaut, le virus n'agira que comme un simple irritant ; si la prédisposition locale existe seule, le virus produira des pustules vaccinales sans réaction générale ; si enfin la prédisposition générale existe en même temps que la prédisposition locale, le virus provoquera à la fois l'effet local et général, dont la combinaison constitue dans toute sa plénitude le mode contagieux.

Primitive ou acquise, la prédisposition, pour atteindre le degré qui l'approprie au mode virulent, a besoin de subir l'action plus ou moins prolongée des *causes prédisposantes*.

La plupart de ces causes se rattachent à cet enchaînement d'actes organiques et de révolutions vitales qui modifient secrètement les aptitudes individuelles, et nous sont complétement inconnues. Il en est quelques autres que nous pouvons, au contraire, apprécier et chercher à prévenir. Ce sont celles qui dépendent des qualités de l'atmosphère, de l'âge, des états morbides antécédents, et enfin *de l'état actuel de la sensibilité vitale*.

Telle est, sur cette grande question de la contagion, la doctrine de M. Anglada. Nous en ferons le sujet de quelques remarques.

On sait l'opiniâtre dissidence qui sépare les médecins toutes les fois qu'il s'agit de décider si une maladie est ou n'est pas contagieuse ; qui sépare aussi les contagionistes eux-mêmes sur la question des mesures préventives. Dans cet éternel conflit, M. Anglada n'a vu que le résultat d'un malentendu qu'il s'est flatté de faire cesser à l'aide d'une conception exacte du fait de la contagion. C'est le but avoué de cette étude à la fois fine et rigoureuse dont nous venons de donner l'abrégé. La difficulté est-elle aussi simple que le pense l'auteur, et son ouvrage est-il conçu et exécuté de manière à assurer le ralliement des opinions ? Il est très permis d'en douter.

Ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on rappelle les esprits vers ce principe fondamental, que la contagion est chose mobile et accidentelle ; que les éléments dont elle est le produit ne sont ni fatalement inhérents, ni fatalement étrangers à certaines maladies déterminées ; et que la prédisposition négative, à laquelle on fait jouer un si grand rôle, n'est pas seule à expliquer les cas d'immunité en présence d'affections réputées contagieuses. L'auteur même de cet article, sans prétendre à l'invention, s'est efforcé plusieurs fois de mettre ces vérités en évidence. Le désaccord a-t-il cessé ? Non, certes, puisque M. Anglada se propose précisément d'y mettre ordre. Et, pour le dire tout de suite, si un aussi bon résultat pouvait être obtenu par de pareils moyens, s'il n'avait manqué jusqu'ici que par défaut de science et d'habileté critique, nous pouvons garantir qu'il serait acquis maintenant : M. Anglada aurait ce succès. Mais des difficultés d'un autre ordre y mettent et y mettront obstacle. Nous en signalons deux seulement : l'absence d'une méthode propre à déterminer *les caractères* de la contagion dans une maladie donnée, et l'absence de critique dans la mise en œuvre des éléments de solution.

La notion de la mobilité du principe contagieux, qu'enseigne-t-elle ? Elle enseigne qu'une maladie qui n'est pas contagieuse à un certain degré, un certain jour, dans un certain lieu, peut l'être dans d'autres circonstances, et que, par conséquent, l'immunité dont jouissent certaines personnes au milieu d'un foyer épidémique n'implique nulle-

ment que d'autres ne puissent prendre la maladie par contagion. Mais cette même notion n'enseigne pas que la contagion ait été, en effet, dans ces cas, la voie de propagation. Elle est donc, de soi, impuissante à établir le caractère contagieux d'une maladie quelconque. D'où peut et doit se tirer ce caractère? De toutes les circonstances propres d'abord à révéler un rapport de causalité, une filiation directe entre la maladie d'un individu et celle qui survient ultérieurement chez un autre individu ; ensuite à exclure toute cette filiation. Or, ces circonstances sont nombreuses et diverses. Celles-ci ressortent des conditions dans lesquelles a eu lieu la succession des deux états morbides ; celles-là de la comparaison de leurs manifestations symptomatiques ; d'autres encore de la relation qu'il peut y avoir, non plus entre le premier état morbide et le second, mais entre le second et celui ou ceux qui lui succèdent, comme on voit tous les jours la nature vaccinale d'un bouton se déduire d'une ou plusieurs transmissions de la matière qu'il a fournie. Parmi ces moyens de vérification, il en est un qui mérite d'être étudié très spécialement, parce qu'il engage l'un des principes les plus importants de la doctrine de la contagion, et jusqu'à la définition de M. Anglada, rapportée plus haut : c'est celui qui se tire de la similitude de la maladie communiquée et de celle qui a fourni le virus. Ce principe, vrai absolument, aurait néanmoins besoin de commentaires. Le même ne peut engendrer que le même : c'est un axiôme. Donc les deux états morbides sont *essentiellement* identiques ; mais sont-ils identiques dans leurs apparences extérieures? Non, assurément. On ne peut nier que certains germes contagieux, en passant par les organismes, ne se modifient, n'importe comment et en quoi, mais de manière à engendrer des affections extérieurement dissemblables. Cette propriété de certains germes appartient surtout à la classe des miasmes. Elle devient très évidente dans les épidémies et constitutions médicales, où l'on voit des affections, transmises par contagion, revêtir des formes changeantes et parfois très insidieuses. Il en est à cet égard des miasmes contagieux comme de ceux qui ne le sont pas, comme des causes inconnues qui produisent les épidémies. Le principe morbide, dans une même épidémie, est le même partout ; mais le degré et le mode de son activité peuvent changer. Et voilà pourquoi la cholérine éclate à côté du choléra, ou la roséole à côté de la rougeole, l'angine simple à côté de l'angine gangréneuse, etc. ; pourquoi aussi une maladie épidémique change de forme dans son cours et s'atténue avant de disparaître, sans jamais changer de nature essentielle. L'idiosyncrasie n'explique pas plus ces différences qu'elle n'explique les caprices de la contagion ; et M. Anglada n'en voudra pas plus, sans doute, dans un cas que dans l'autre.

Au demeurant, la conséquence à tirer de ces considérations ne saurait varier. Elle est toujours que, dans la comparaison des manifestations morbides, en vue d'y rechercher le témoignage de la contagion, il importe de songer à la variabilité phénoménale d'une seule et même affection contagieuse.

Fixer la méthode à l'aide de laquelle on pourrait déterminer le caractère contagieux et spontané d'une maladie serait donc, comme nous le disions, une œuvre des plus utiles et qui aurait dû tenter le savant professeur de Montpellier. Nous avons ajouté, et ce second *desideratum* découle du premier, qu'il y aurait lieu de porter une critique plus sévère dans l'interprétation des documents dont la question est encombrée. Sous ce rapport, M. Anglada lui-même n'est pas sans mériter quelque reproche ; d'autant que sa complaisance à l'égard de certaines opinions ne dépend pas toujours des difficultés de la question actuelle. On s'étonne, par exemple, de lui voir accepter presque sans réserve de prétendus exemples de *syphilis spontanée*. On se demande comment, pour expliquer la rapidité d'action de certains virus, il croit nécessaire d'invoquer un retentissement de l'impression locale perçue au lieu d'application sur le reste de l'organisme, oubliant que le cercle *entier* de la circulation s'accomplit en vingt-cinq secondes et qu'il n'en faut qu'une douzaine pour porter le poison virulent dans les cavités du cœur. Et l'ouvrage, si nous y tenions, pourrait justifier plus amplement notre critique.

Nous nous en permettrons une autre. On ne voit pas sans regret qu'il ne puisse sortir de l'École de Montpellier un seul livre, pour ainsi dire, où l'École de Paris ne soit l'objet d'accusations exagérées ou d'un puéril dédain. Paris a ses défauts : nous ne les lui taisons pas dans l'occasion ; mais Montpellier se figure trop que toute question soit condamnée à l'erreur ou à la stérilité, hors de ses doctrines. Dans la question actuelle, l'École *anatomique* en sait autant que qui que ce soit, et elle a des disciples qui sont passablement contagionistes. Si le vitalisme de Montpellier pouvait éclairer cette question d'une lumière inconnue chez nous, on le verrait bien dans le livre de M. Anglada. Or, nous devons le dire, ce qui, dans les doctrines de ce livre, procède directement et exclusivement de Montpellier, n'est pas ce qu'il y a de plus heureux. Nous ne citerons que le passage suivant relatif au curieux phénomène de deux affections morbides parcourant simultanément leurs diverses périodes sur un même sujet. « Le sang est une chair coulante, qui, sous sa forme liquide, n'échappe pas au principe d'unité qui rallie tous les actes de la vie sous les lois d'une harmonie préétablie par l'entremise des synergies et des solidarités organiques, et, comme conséquence de cette participation à la vie commune, il est susceptible de ressentir dans sa masse une impression qui lui est localement adressée (1). »

A. Dechambre.

(1) Pour démontrer cette singulière propriété du sang de ressentir dans sa masse une impression locale, l'auteur raconte ce fait, avancé par Schulze : « Si l'on ouvre l'artère crurale d'un chien et qu'on instille quelques gouttes d'huile stiptique de Dippel dans la gueule de l'animal, le sang *cesse instantanément* de jaillir de la plaie.

VI.

VARIÉTÉS.

Choléra. — Du 23 au 29 mars il y a eu dans les hôpitaux de Paris 49 cas nouveaux et 18 décès. Comparé à celui de la semaine précédente, le bulletin suivant signale 11 cas de plus et 7 décès de moins.

Situation au 29 mars.

Cas traités dans les hôpitaux . . .		1161
Sorties	554	1096
Décès	542	
Reste.		63

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

Considérations pratiques sur les indications qui peuvent se présenter dans le traitement de la pneumonie. Mémoire couronné par la Société de médecine de Bordeaux, par le doct. *C. Saucerotte*. In-8 de 32 pag. Bordeaux, 1852.

Essai sur l'influence que les sciences physiques et chimiques ont exercé sur la connaissance de la nature intime et sur le traitement des maladies, par le doct. *Saucerotte*. Mémoire couronné par l'Académie royale de médecine de Belgique. In-4° de 130 p. Bruxelles, 1852.

Mémoires d'un Bourgeois de Paris, par le docteur *L. Véron* ; comprenant la fin de l'Empire, la Restauration, la monarchie de Juillet et la République jusqu'au rétablissement de l'empire. Tome II. In-8 de 400 pages. Paris, chez Gabriel de Gonet. 5 fr.

Traité de l'épilepsie. Histoire ; traitement ; médecine légale ; par le docteur *Delasiauve*, médecin de l'hospice des aliénés de Bicêtre (section des épileptiques et des idiots). Ouvrage dont la partie thérapeutique a été couronnée par l'Institut (Académie des sciences). 1 vol. in-8 de 564 pages. Paris, chez Victor Masson. 7 fr. 50

Traité pratique d'auscultation, ou exposé méthodique des diverses applications de ce mode d'examen à l'état physiologique et morbide de l'économie ; suivi d'un précis de percussion, par MM. les docteurs *Barth* et *Roger*. 4e édition. 1 vol in-18 de XVIII-720 pages. 6 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER :
Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX :
A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
DE VICTOR MASSON
Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.
ON S'ABONNE
chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 7 AVRIL 1854. N° 27.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 6 avril 1854.

SUR L'APPLICATION DES ÉTUDES MICROSCOPIQUES A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — STRUCTURE INTIME DU TUBERCULE.

M. le docteur Mandl vient de présenter à l'Institut et de publier, dans le dernier numéro des *Archives*, un mémoire sur la structure intime du tubercule. La doctrine nouvelle de l'auteur nous a paru assez grave pour être examinée, et, nous pouvons le dire à l'avance, pour être réfutée. C'est ce que nous nous efforcerons de faire dans notre prochain numéro. Mais auparavant, nous avons cru utile, au moment de nous occuper pour la première fois d'une question d'anatomie pathologique, de rappeler à nos lecteurs, dans un premier article, l'état actuel des questions qu'a soulevées dans ces derniers temps l'usage du microscope.

L'intervention du microscope dans les questions d'anatomie pathologique a déjà soulevé plus d'un orage. La découverte des divers éléments qui composent les tumeurs a permis de présenter sous un jour entièrement neuf l'histoire d'un grand nombre de productions accidentelles. Mainte doctrine respectable par son antiquité a été ébranlée ou renversée, et il était inévitable qu'une lutte s'établit entre les défenseurs du sol classique et les micrographes qui cherchaient à s'en emparer.

La lutte a été menée, de part et d'autre, avec vigueur et habileté, et a déjà produit des résultats importants. Les polémiques ne réussissent presque jamais à mettre les adversaires d'accord, car le nombre n'est pas grand des hommes qui sont disposés à reconnaître une erreur, surtout quand ils ont lutté pour cette erreur; mais les polémiques n'en sont pas pour cela stériles. Elles éclairent le public impartial qui juge les coups; elles éclairent surtout les hommes jeunes encore qui suivent toujours les grandes discussions avec intérêt, et qui, libres d'idées préconçues, savent en général discerner la vérité.

Or, il faut qu'on le sache, la cause du microscope va chaque jour gagnant du terrain. Le nombre de ses adversaires n'a pas sensiblement diminué; mais le nombre de ses

---

FEUILLETON.

Van Swieten, sa Vie et ses Écrits (1770).

(Voir le numéro 15.)

§ II.

COMMENTAIRES.

L'esprit scientifique qui animait le XVIIIe siècle nous apprend comment Van Swieten, dont la puissante individualité aurait pu suffire aux exigences de la science, se résigna cependant à être le commentateur de son maître, et à remplir un rôle que, dans l'état actuel des idées, l'on est tenté de considérer comme un rôle secondaire.

Ce n'est pas sans raison, dit le savant Hecker, qu'on appelle le XVIIIe siècle le siècle des autorités : mais on devrait encore, ajoute le professeur de Berlin, l'appeler le siècle des intelligences modestes. Comment consacrer par un mot plus juste l'abnégation de tant de grands génies, qui, rapportant tous leurs travaux aux maîtres dont ils avaient été les disciples, se glorifiaient de cet humble titre, et s'en faisaient honneur, comme cela arriva à Van Swieten, qui se félicitait d'avoir suivi pendant vingt ans les leçons de Boerhaave : *Rarâ certe felicitate nihi contigit, fortè unico, viginti ferè annorum spatio, magni Boerhaavii institutionibus frui, tam publicis, quam privatis.* Et il ajoute ensuite avec une modestie assez rare à notre époque : *Nec defuit occasio consulendi magistrum, si quid minus rectè percepissem.* Sans doute, cette exprême modestie pouvait avoir ses inconvénients, mais elle avait ses incontestables avantages. Ne sait-on pas, en effet, que lorsque la généralité des médecins s'inclinait devant les autorités, ceci n'empêchait pas de puissantes individualités de se faire jour, et d'étendre ainsi l'horizon scientifique de l'avenir? Quelle que soit donc l'idée qu'on se forme de ce siècle, on ne pourra s'empêcher de reconnaître que les efforts collectifs d'hommes réunis par les mêmes tendances scientifiques, et dominés par le même respect de l'autorité, n'amènent, si nous prenons la question à un point de vue absolu, des résultats plus satisfaisants, que les efforts d'individus si intelligents qu'ils puissent être, si indépendants qu'on puisse les supposer.

Les modèles que l'on se glorifiait de suivre étaient encore les anciens, et Boerhaave leur rapportait toute sa gloire. Dans un âge avancé, il se nourrissait de leur lecture, et inculquait à ses disciples l'amour et le res-

partisans s'accroît sans cesse; chaque nouvelle génération médicale se range en masse de son côté, et lui apporte son contingent d'activité et de zèle. Cela est tellement vrai que depuis quelques années la discussion a peu à peu changé de terrain. On n'accuse plus le microscope d'être un instrument inexact et infidèle ; on ne répète plus que dans ses images confuses chaque observateur peut découvrir ce qu'il veut au gré d'une imagination capricieuse. Ces points, sur lesquels on discutait encore naguère, on les abandonne aujourd'hui. L'existence et la fixité des éléments anatomiques qui entrent dans la structure des tissus normaux ou pathologiques sont acceptées par tout le monde. Ce n'est plus là-dessus que roulent les contestations. Il y a dix ans, bien des gens révoquaient en doute les globules de cancer ; les éléments fibro-plastiques trouvaient plus d'incrédules encore. Plus tard on nia qu'il y eût la moindre divergence de structure entre les vrais cancers et les diverses formes de cancroïdes. Mais depuis que nous avons prouvé que des différences de structure appréciables à l'œil nu correspondaient aux différences de structure constatées par le microscope; depuis que, cent fois de suite, la même tumeur, examinée par divers micrographes, a été par tous caractérisée de la même manière; depuis enfin que quelques uns de nos adversaires ont loyalement consenti à jeter l'œil dans le microscope, et à examiner de front diverses préparations de cancers et de cancroïdes, la question a fini par changer de face, et on a renoncé à une négation qui, portant sur des faits matériels, évidents, et sans cesse renouvelés, finissait par devenir passablement étrange.

C'est sur le terrain de la pathologie que la discussion est transportée : « Qu'importent, dit-on, des différences de » structure? Oui, nous le reconnaissons, il y a des tumeurs » cancéreuses, des tumeurs épithéliales, des tumeurs fibro- » plastiques ; ces tumeurs se distinguent les unes des autres » par une double série de caractères dont les uns se consta- » tent à l'œil nu, et les autres au microscope ; nous admet- » tons tout cela ; mais, encore une fois, qu'importent ces » détails de curiosité pour nous autres pathologistes ? Le » vrai praticien se préoccupe avant tout des symptômes. Or, » toutes ces tumeurs que les micrographes différencient ont » la même marche et les mêmes symptômes ; donc vos dis- » tinctions sont oiseuses, et vraiment, votre microscopie ne » sert à rien ! »

Nous sommes loin, pour notre part, de nous récrier en voyant la question s'engager dans cette nouvelle phase. La science ne peut qu'y gagner, et elle y a déjà gagné. En y regardant de plus près, il s'est trouvé que la prétendue identité symptomatologique des tumeurs dites malignes n'était pas plus réelle que leur prétendue identité anatomique. Déjà plus d'une différence clinique a été découverte; déjà plus d'une fois il a été possible de diagnostiquer avec exactitude *sur le vivant* la structure microscopique des productions accidentelles. La science est loin d'avoir dit son dernier mot sur ces épineuses questions de diagnostic ; mais les premiers jalons du moins sont solidement posés, et loin de nous plaindre d'une résistance qui a rendu le progrès moins rapide, nous nous félicitons au contraire d'une lenteur qui l'aura rendu plus stable.

En déplaçant la question, en abandonnant l'anatomie pathologique pour la clinique, et en accordant aux lésions moins d'importance qu'aux symptômes, nos adversaires ont fait, sans le savoir, peut-être, un pas en arrière. N'est-ce pas ainsi qu'on procédait avant Morgagni? Et a-t-on oublié les luttes très semblables aux nôtres, qu'eut à supporter l'école de ce grand homme, lorsqu'elle vint apporter à la nosologie un de ses éléments fondamentaux : l'anatomie pathologique? Certes, parmi nos contradicteurs, il en est très peu, si même il en est un seul, qui aient eu l'intention de revenir à ces errements du passé; car, chose digne de remarque, la plupart d'entre eux appartiennent à cette école *organique* que nous ne voulons pas caractériser et juger en passant, mais à laquelle on ne peut refuser d'avoir conduit la science dans des voies de progrès. Il en est même qui sont, plus que nous, les fils légitimes et soumis de cette école, et qui nous ont appris à la connaître. La seule différence qu'il y ait entre eux et nous vient de ce qu'après avoir fourni une longue marche, et fatigués sans doute par la longueur du chemin, ils ont cru pouvoir s'arrêter en route; tandis que nous, leurs élèves et les continuateurs de leur œuvre, arrivés sans fatigue, grâce à eux, au terme de leurs recherches, nous avons cru devoir marcher en avant. Ils ont poussé leurs études jusqu'aux limites que peut atteindre l'œil nu aidé du scalpel; ils ont décomposé autant qu'ils le pouvaient les tissus morbides: là où s'arrêtait leur puissance visuelle, ils ont cru trouver les *éléments* des lésions; et, de l'anatomie pathologique ainsi constituée, de cette science qu'un moment on a pu croire voisine de la perfection, ils ont fait la base de la pathologie. Mais voilà qu'un instrument merveilleux, semblable à ces machines qu'on emploie dans l'industrie, et qui décuplent la force des bras humains, est venu centupler le pouvoir de nos sens. Là où notre œil im-

pect pour les chefs-d'œuvre de l'antiquité. Il faut bien avouer cependant que déjà dans le XVIe siècle, cet amour et ce respect tendaient à s'affaiblir, et que des novateurs tels que Paracelse, Van Helmont, et l'immortel Bacon surtout, avaient singulièrement contribué à amener ce résultat.

Quoi qu'il en soit, la vénération pour les anciens était encore assez puissante pour qu'aux yeux des élèves elle rejaillît sur ceux qui étaient chargés de les guider. Les leçons de Boerhaave à Leyde, celles de Védel d'Iéna, de Védel que l'on appelait l'Hippocrate saxon, les enseignements de Stahl et de Frédéric Hoffmann, avaient eu la plus grande influence sur la direction des esprits, et les œuvres de ces grands hommes étaient, on peut le dire, l'évangile scientifique des médecins. Il n'est pas jusqu'à Haller, malgré sa puissante individualité au milieu des savants du XVIIIe siècle, qui ne s'incline avec respect devant l'autorité du chef de l'école de Leyde. Or, si telle était la situation générale des esprits, on ne s'étonnera plus si Van Swieten regardait Boerhaave comme un oracle, s'il se flatta d'avoir été pendant vingt ans son disciple. Enfin, toujours est-il que s'il pécha par trop de réserve, on peut dire qu'il partagea ce tort avec la plupart des grands génies de ce siècle mémorable.

Van Swieten se servit, pour recueillir les leçons de Boerhaave, de la méthode de Ramsay, et on peut facilement supposer qu'il n'est pas une des pensées remarquables de son maître qui ait été laissée dans l'oubli. Toutefois, on aurait tort de supposer que, dans un travail de ce genre, il ne fit pas entrer le talent original qui le distinguait ; mais dominé qu'il était par l'idée que la science actuelle devait être la tradition de la science antique, il fait souvent une trop large part aux opinions des autres, et, comme je viens de le dire, ne se présente pas toujours avec cette hardiesse et cette indépendance que la génération actuelle est accoutumée à trouver dans les maîtres qui la conduisent dans les voies de la science. Son grand ouvrage peut être considéré comme le résumé des idées les plus saines qui existassent en pathologie, en physiologie et en anatomie pathologique dans le XVIIIe siècle ; et il nous représente exactement les tendances scientifiques de cette époque, et la méthode d'observation qui en faisait le caractère. Il utilisa, outre les écrits des anciens, ceux de plus de 500 écrivains des temps modernes, dans le choix desquels brillent également et son immense savoir et son esprit judicieux. En lisant les *Commentaires*, on reste effrayé en présence d'une érudition qui évoque non seulement les auteurs médicaux, mais tous ceux qui, dans l'antiquité ou dans les temps modernes, se sont occupés des sciences naturelles et des sciences philosophiques. Ces citations sont faites sans prétention ; l'auteur les assimile, sans fatigue pour le lecteur, aux appré-

parfait avait cru voir les derniers et les plus simples éléments de nos organes, le microscope a montré des parties très complexes, réductibles à des éléments d'une simplicité beaucoup plus grande. Eh bien, nous le demandons, en transportant à ces éléments réellement simples le rôle que nos devanciers faisaient jouer à d'autres éléments, par cela seul qu'ils les croyaient simples, avons-nous fait autre chose que les imiter, que marcher sur leurs traces, et, comme je le disais tout à l'heure, que continuer leur œuvre? Évidemment non, et nous sommes heureux de pouvoir dire qu'en agissant ainsi nous sommes restés, malgré quelques divergences extérieures, fidèles aux grandes traditions de nos maîtres.

Nous osons espérer que le moment viendra bientôt où l'on reconnaîtra de part ou d'autre que la dissidence qui nous sépare ne porte que sur des détails et que, les uns et les autres, nous appartenons plus ou moins à la même école. Alors tout le monde reviendra sur le terrain de l'anatomie pathologique, et l'on sera bien près de s'entendre.

Mais aujourd'hui il faut bien prendre la question où elle est, où l'a laissée par exemple, il y a quelques mois, la discussion de la Société de chirurgie sur les tumeurs fibro-plastiques. Ce jour-là, d'un commun accord, on reconnut que les tumeurs réputées cancéreuses pouvaient se présenter sous le microscope sous trois formes distinctes, selon qu'elles se composaient principalement d'éléments dits cancéreux, ou d'éléments fibro-plastiques, ou d'éléments épithéliaux; on ne nia même pas qu'il ne fût possible, à l'œil nu, de reconnaître le plus souvent ces trois ordres de tumeurs. Tout cela fut admis sans difficulté. Mais on se demanda si la différence des lésions suffisait pour différencier les maladies, et ce fut là-dessus qu'on discuta surtout. C'est-à-dire que, par une savante retraite, les adversaires du microscope avaient abandonné le champ de bataille, et changé le théâtre de la lutte.

Depuis lors, aucune opposition nouvelle ne s'est fait jour. Le *Traité des maladies du sein*, de M. Velpeau, ouvrage important que chacun attendait avec impatience, et auquel ce journal a rendu la justice qu'il mérite, est même venu, quoi qu'on en dise, prêter main forte à l'histologie pathologique. Nous l'avons dit dans l'analyse de ce livre, M. Velpeau a raison, au point de vue *clinique*, de ne pas faire des caractères microscopiques la règle *exclusive* du pronostic et du traitement. Mais de là à dire que l'histologie n'offre pas une base sûre et *scientifique* pour la distinction des tumeurs, il y a loin. Le désaccord est moindre qu'on ne croit. Personne, sans doute, ne supposera qu'il y ait eu complot entre les micrographes et l'éminent professeur de la Charité. Eh bien! ces tumeurs adénoïdes de la mamelle, que M. Velpeau avait dès longtemps distinguées des tumeurs cancéreuses, à cause de leur structure qu'il comparait à celle du tissu glandulaire et à cause de leur marche constamment bénigne, ces tumeurs dont il vient de donner une monographie si intéressante et si complète au double point de vue de l'anatomie pathologique et de la pathologie, sont précisément les mêmes dans lesquelles le microscope ne trouve que les éléments normaux de la glande mammaire, inégalement hypertrophiés. Qu'importe maintenant l'interprétation d'une lésion sur la nature de laquelle M. Velpeau est parfaitement d'accord avec les micrographes? Ces tumeurs sont-elles de simples hypertrophies d'un ou plusieurs lobules de la mamelle, comme le pense M. Lebert? ou bien, primitivement indépendantes de la glande, sont-elles de formation entièrement nouvelle, comme M. Velpeau le soutient avec tant de talent? Ces questions, envisagées sous un certain point de vue, en tant qu'elles se rapportent à la grande question de la régénération des tissus, ont bien leur importance sans aucun doute. Mais au point de vue qui nous occupe, elles sont d'un ordre tout à fait secondaire; nous le répétons, ce sont des questions d'interprétation, et par cela seul qu'elles sont posées, il est parfaitement clair que les deux partis reconnaissent la structure glandulaire de ces tumeurs.

Ailleurs, il est vrai, M. Velpeau met en relief quelques résultats contradictoires, ou paraissant tels, obtenus par d'habiles micrographes. Mais qui dit *micrographe* ne dit pas *infaillible;* chacun peut se tromper, et la religion, comme on dit, n'est pas responsable des fautes de ses ministres. Les hommes dont M. Velpeau enregistre les petites contradictions ont rendu assez de services à la science, ont découvert assez de vérités et réfuté assez d'erreurs, pour mériter quelque indulgence. Et, à tout prendre, à quoi ceci mène-t-il? Il y a eu des tumeurs déclarées cancéreuses par le microscope, qui n'ont pas récidivé? Tant mieux vraiment pour le malade. Mais qu'est-ce que le microscope a de commun avec ce résultat? Le microscope dit: Cette tumeur renferme ou ne renferme pas d'élément cancéreux. Il ne dit pas: Cette tumeur récidivera ou ne récidivera pas. Il se borne à constater la lésion. Il ne s'occupe pas de la marche de la maladie. Il établit les groupes et les divisions de l'anatomie pathologique, afin que la pathologie puisse s'étayer sur quelque chose de certain, au lieu de reposer sur le sable mouvant de la symptomatologie. Toute cette partie du livre

---

ciations qui lui sont personnelles, pour en faire un tout attrayant et instructif. D'ailleurs, Van Swieten a bien soin d'indiquer les sources où il puise; il y renvoie le lecteur, et je ne connais pas d'ouvrage qui offre à celui qui veut être initié à la science autant de moyens de remonter aux sources d'où cette science dérive.

Les *Commentaires* embrassent trente années de la vie scientifique de Van Swieten. Le cinquième volume a paru l'année de sa mort; preuve la plus éclatante d'un amour pour le travail que rien ne pouvait ralentir. Le commencement de son œuvre nous le représente trop préoccupé peut-être de ce que le lecteur pensera de lui; il pèse et discute, il explique et commente chacune de ses idées avec une minutie scrupuleuse; il cite avec profusion les anciens et de préférence Galien; mais à mesure qu'il avance, l'horizon s'étend, l'érudition devient plus serrée, et les aphorismes de Boerhaave s'y élèvent bientôt à la hauteur de véritables monographies. Ce seul aperçu nous fait voir qu'un plan bien arrêté n'avait pas été dans le principe conçu par Van Swieten; mais que, fortifiant son génie par la méditation et par la retraite, il ajoutait à son œuvre ce que l'observation journalière lui apprenait et sur la nature et sur la marche des maladies, ainsi que sur les progrès de la physiologie et de l'anatomie pathologique. On connaît les grands génies qui sous ce rapport frayaient alors la voie dans laquelle les modernes se sont illustrés.

On se ferait toutefois une bien fausse idée des *Commentaires* de Van Swieten, si l'on pensait qu'ils ne sont que les paraphrases serviles de la pensée de son maître. L'aphorisme de Boerhaave est le texte qui fait la base de l'enseignement de Van Swieten; mais encore une fois, cet enseignement marche avec les progrès des sciences médicales, chimiques et physiologiques. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner si le maître et le disciple sont parfois en désaccord; mais comme ce désaccord ne se traduit ni par la véhémence des expressions, ni par l'âpreté du langage, ni même par ces traits saillants qui séparent le maître de l'interprète de sa pensée, le commentaire ne semble la plupart du temps qu'une rectification du principe émis; et le lecteur, avant d'être initié au procédé du commentateur, se persuade difficilement que ce n'est pas le maître lui-même qui prend soin de corriger ses assertions.

Avant de nous arrêter à une partie spéciale de cette œuvre immortelle, faisons ressortir cette manière de faire dans un endroit ouvert au hasard. Je tombe sur les maladies spontanées qui résultent de l'acidité des humeurs: *morbi spontanei ex acido humore* (1). Dans l'aphorisme 61e,

(1) L'édition de Van Swieten, qui m'a servi pour ces études, est la grande édition en cinq volumes in-8° dont le premier volume parut en 1742. *Parisiis, apud Guilelmum Cavelier.*

de M. Velpeau, qu'un lecteur inattentif pourrait croire dirigée contre l'histologie pathologique, n'est dirigée en réalité que contre une pathologie erronée suivant l'auteur.

Ainsi, chaque nouvelle année, chaque nouvelle publication sanctionnent directement ou indirectement les résultats matériels fournis par l'analyse microscopique. Ces résultats, aujourd'hui, ne sont plus contestés. Les éléments cancéreux, épithéliaux, fibro-plastiques des diverses tumeurs ont pris droit de domicile dans la science, et les micrographes, on peut le dire, sont demeurés maîtres du champ de bataille.

Tant que la lutte a duré, il importait, pour ne pas diviser les forces et pour ne pas donner prétexte à d'interminables discussions, d'agir avec ensemble et de tirer un voile sur les dissentiments qui pouvaient s'élever entre les divers observateurs. Il fallait d'abord faire triompher le principe, et remettre à plus tard de s'entendre sur les détails. Mais aujourd'hui cette réserve n'est plus nécessaire. Un premier progrès est accompli ; il s'agit, pour le consolider, d'en préparer d'autres. La vérité fondamentale est acceptée ; les vérités d'ordre secondaire reprennent tous leurs droits ; le moment est venu où les micrographes peuvent, sans compromettre leur cause, et où ils doivent par conséquent, rendre le public juge de leurs dissidences.

C'est ce que vient de faire M. Mandl. Comme tout le monde, M. Mandl a trouvé dans le tubercule, sinon à toutes ses périodes, du moins à un certain moment, ces corpuscules particuliers dont nous devons la connaissance à M. Lebert. Mais, le fait une fois constaté, M. Mandl s'est livré à des recherches spéciales sur l'évolution et surtout sur l'interprétation de ce produit pathologique. Arrivé à une opinion entièrement différente de l'opinion généralement acceptée, l'auteur s'est laissé aller à quelques inductions qui ne tendent à rien moins qu'à renverser, — non pas les faits, ils sont impérissables, — mais les doctrines générales de l'histologie normale et pathologique. Nous dirons notre avis sur cette tentative dans le prochain article.

Paul Broca,

Agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE EXTERNE.

RECHERCHES SUR LA CARIE, par P.-N. Gerdy, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris (1).

En la caractérisant bien nettement, on peut lui conserver sa dénomination vulgaire de *carie* ; mais cette détermination, jusqu'à présent impossible, réclame des caractères qui n'ont point été remarqués, ou ont été, si je ne m'abuse, imparfaitement observés.

Or, ces caractères sont l'inflammation des os avec une vascularisation peu ou très considérable, avec suppuration, mais peut-être pas toujours ; avec érosion, raréfaction, friabilité, fragilité, ramollissement du tissu osseux dans certaines caries, avec dureté et solidité dans d'autres, comme dans les simples ostéites condensantes. Il y a, de plus, dans la carie, développement plus ou moins considérable de fongosités ou bourgeons charnus formés par les sécrétions organisables des vaisseaux du tissu osseux érodé, que ces fongosités remplissent et recouvrent; tendance du mal à ne pas guérir, et parfois, cependant, quelquefois guérison après la chute des parties malades du tissu osseux, et réparation.

On s'étonnera peut-être de cet ensemble de caractères, on n'y verra peut-être qu'un tableau fantastique ; mais je prie le lecteur d'en attendre le développement et les preuves.

La carie étant un mode de l'ostéite, une osite, peut revêtir les caractères de la plupart des autres modes, comme on va le voir.

Causes individuelles. Ce sont *celles de l'ostéite*, l'enfance, l'*ostéite* elle-même ; souvent l'arthrite des parties molles, la synovialite, la ligamentite, etc. ; le *rhumatisme articulaire* et la *goutte*, par les fluxions qu'ils produisent autour et dans les tissus blancs articulaires, par les sécrétions tophacées que la dernière y détermine, et qui ajoutent à l'irritation locale celle que peuvent causer des corps étrangers ; la *scrofule*, qui est certainement la plus fréquente et qui affecte particulièrement les parties osseuses, spongieuses ou celluleuses ; la *syphilis*, le *scorbut*, les *fièvres éruptives*, les fièvres graves à leur terminaison.

Causes extérieures. Encore celles de l'ostéite : froid, violences extérieures, entorses, pressions mécaniques sur le sacrum, le trochanter par un décubitus prolongé, aidées souvent de l'influence prédisposante d'une ou plusieurs des causes individuelles ; peut-être même celles-ci ne sont-elles dans certains cas, que des ostéites suppurantes qui guériraient promptement par la cessation de toute pression locale. De là autant de modes sous le rapport des causes. Il suffit de l'indiquer et de mentionner spécialement, comme les plus remarquables, la carie scrofuleuse, la syphilitique.

(1) Extrait du troisième volume, 3e monographie, de ma *Chirurgie pratique complète*, qui doit paraître prochainement et comprend beaucoup de recherches nouvelles sur les maladies des os et du tissu fibreux.

Boerhaave énumère les causes qui amènent cette acidité des humeurs, *acida hæc acrimonia*. Il signale des éléments farineux, ceux qui sont naturellement acides, crus, fermentés, ou composés de parties qui fermentent facilement, etc... *Cette humeur acide infecte le sang, et ensuite les autres humeurs ; elle produit des éructations acides, la faim... les douleurs iliaques, des flatuosités, des spasmes, l'inertie de la bile.*

Il n'était certes pas facile pour un élève aussi soumis de battre en brèche les idées qui dominaient la science, à propos des maladies provenant de l'humeur *acide*, *glutineuse*, *alcaline*. Mais tout en se tenant dans une réserve pleine de respect, le commentateur émet librement ses idées, et combat sans aigreur celles qui ne lui semblent pas en rapport avec une saine physiologie.

L'action des vaisseaux et des viscères tend, dit-il, à assimiler à notre nature les substances ingérées... Toutes les humeurs sécrétées suivent naturellement les conditions générales du sang. Ces conditions sont bonnes quand l'assimilation se fait bien ; elles sont mauvaises si les choses assimilées conservent quelque chose de leur nature. Lors donc *que le sang est pauvre*, il manque à notre constitution la force première qui assimile les substances ingérées à notre nature : *Primaria vis immutans ingesta in naturam nostram*

Le maître avait dit (aph. 62): Cette humeur acide a son siége d'abord dans les voies où s'élabore la première digestion; plus tard, elle vicie le sang et ensuite les autres humeurs: *Tardiùs sanguinem denique alios humores inficit.*

Ce principe semble *à l'élève* être énoncé d'une manière trop absolue, et il pense que cela n'est pas possible, à moins que les premières voies ne soient complétement envahies par cet acide : *Nisi tota digestionis officina acido repleta fuerit.* Il appuie son opinion par des données physiologiques très importantes.

« Les petits orifices des vaisseaux lactofères et des veines mésaraïques » n'admettent pas facilement ce qui est âcre ; elles sont douées d'une sen- » sibilité trop grande et se contracteraient aussitôt : *contraherentur statim* » *tenerrima horum vasorum orificia.* Le chyle est ensuite dissous dans » le canal thoracique par la grande quantité de lymphe, et une petite por- » tion de ce chyle dissous par des humeurs diverses entre dans la sous- » clavière, pour être emportée et disparaître dans le torrent de la circula- » tion. En admettant donc qu'il *reste quelque chose d'acide* dans le chyle, » ce principe d'acidité ainsi dissous disparaîtrait. Mais le chyle, après » avoir coulé quelque temps avec le sang, en est séparé dans les vaisseaux » mammaires et fournit le lait, qui au moment de sa production n'est

Caractères anatomiques. Siége plus fréquent dans les tissus aréolaire ou celluleux que dans le compacte du corps des os longs et des os larges, où on l'observe cependant. *Forme* : érosion ou ulcération de l'os, sans détritus ni poussière osseuse, ce qui prouve alors que la substance osseuse a été résorbée, emportée, molécule par molécule, par la circulation ; quelquefois, au contraire, expulsion de poussière ou de fragments osseux, qui sont des séquestres ; érosion superficielle ou à surface plus ou moins profonde, à simple excavation ou à cavités plus ou moins nombreuses, à ouverture large ou étroite, sans ou avec conduit fistuleux par où s'écoule la suppuration de la carie ; vascularisation de l'os dans le point malade et autour avec taches sanguines, trous, sillons vasculaires de plus en plus profonds du côté de l'érosion, je veux dire à mesure qu'ils en sont plus près ; souvent raréfaction celluleuse et canaliculaire, avec légèreté, friabilité, fragilité ou ramollissement du tissu osseux : d'où *carie molle* ou *raréfiée* : d'autres fois, pesanteur spécifique de l'os augmentée, ou hypertrophie interstitielle du tissu osseux, ou seulement raréfaction peu appréciable, avec vascularisation faible ; consistance ferme ou dure, qui résiste à la pression du stylet et ne se laisse point traverser, d'où *carie dure* à divers degrés que j'ai observée même dans des os spongieux et tendres comme le sternum, aussi bien que dans les os durs du crâne. Ainsi, de même que l'ostéite non érodée est *raréfiée* ou *condensée*, de même la carie est dense ou raréfiée dans sa texture. Quelquefois *carie bulleuse* des extrémités articulaires qui sont comme soufflées, à parois plus ou moins dilatées, minces, ordinairement dures ; fragment d'os mobile, plus ou moins considérable, du volume d'un pois à celui d'une noix, qui a été séparé du reste par l'inflammation ulcérante de la carie, et non par une inflammation éliminatoire de nécrose. C'est un séquestre raréfié, friable et vasculaire, ou compacte, dur et peu vasculaire, comme les caries dures ; fongosités plus ou moins abondantes et luxuriantes, qui viennent des vaisseaux de l'os, de ses canalicules et de ses cellules dilatées. Elles végètent surtout avec force dans la carie molle, comme cela devait être, puisque l'os y est plus vasculaire et plus raréfié. La partie cariée est presque toujours entourée, plus ou moins loin, de taches sanguines violacées, de couches osseuses nouvelles qui augmentent parfois le volume de l'os ; de trous, de sillons vasculaires de l'os plus développés qu'ils ne le sont jamais à l'état normal (1) ; de sécrétions périostales de l'os ; d'épaississement du périoste, et d'ossifications fibreuses ou ligamenteuses très variées. Souvent, aux extrémités articulaires inférieures des os longs, et surtout du radius, du cubitus, du péroné, ces ossifications ressemblent à des dents de peigne, à des rayons de nageoires plus ou moins obliques. Des abcès ossifluents sessiles ou migrateurs, des abcès circonvoisins ouverts par une, quelquefois par plusieurs fistules, peuvent exister sur la carie ou autour, à des distances variables.

(1) Si ce n'est à la surface des os, où il se fait normalement des sécrétions cornées très épaisses, comme les os de la corne des ruminants chez les bœufs, les moutons, les chèvres, les antilopes, la phalange unguéale des solipèdes, etc.

Il y a d'autres érosions des os qui sont l'effet, le symptôme d'une autre maladie, et ne doivent pas être confondues avec la carie ; ce sont 1° l'*érosion éliminatoire* des séquestres qui est une érosion curative ; 2° l'*érosion avec usure des os*, ou l'usure des os sans ostéite, causée par un anévrysme ; 3° l'*érosion dégénérante* par un cancer intérieur qui amène l'ostéite, l'altération, la dégénération de l'os, puis son érosion de dedans en dehors. Nous donnerons plus bas tous les caractères distinctifs de ces érosions diverses.

Delpech, Bérard fils (de Montpellier), Pouget (*Thèse de Montpellier*, n° 118, p. 35, 1821), et Sanson, plus tard, ont cru que, dans la carie, la matière animale disparaissait des os ; mais les expériences de M. Mouret, de Barruel et les miennes ont successivement prouvé le contraire. Ces faits sont si connus maintenant, que je ne m'y arrête pas.

Symptômes et marche de la carie. Premièrement, douleur spontanée nulle ou plus ou moins vive avant toute ouverture d'abcès. Souvent ensuite, cessation de la douleur, à moins qu'elle ne soit excitée par l'introduction exploratrice d'un stylet. Si, dans ce cas, le stylet peut ne toucher que l'os mis à nu, il n'y a ni douleur, ni sensibilité *physique* évidente ; et lorsque le patient se plaint, on peut s'assurer, par une attentive recherche, que le stylet agit à la fois sur la partie solide des os et sur leur trame organique, d'où même *il fait couler du sang*. Si l'écoulement est un peu abondant, l'hémorrhagie vient de la trame organique déchirée par le stylet, des bourgeons charnus ou fongosités. A son principe, la carie ne donne lieu à aucun changement matériel appréciable dans la partie malade. Plus tard il survient une tuméfaction plus ou moins prononcée, souvent pâteuse, indolente et froide d'abord, puis chaude, inflammatoire et douloureuse, qui se ramollit jusqu'à la fluctuation.

Secondement, cette tumeur s'ouvre et verse au dehors un pus séreux, grisâtre, quelquefois grumeleux, d'autres fois en partie jaunâtre et crémeux. Quand les fongosités sont abondantes, ce pus peut contenir quelques fragments osseux, pulvérulents ou très petits, qui sont des séquestres de carie. Il s'altère souvent, devient fétide, teint les pièces d'appareil en brun, même en noir, et dégage parfois divers gaz mal étudiés et peu connus. De là déjà deux périodes distinctes de la carie. Mais d'où viennent ces divers caractères du pus? Nous ne connaissons l'origine que de quelques uns. Ainsi nous ignorons pourquoi la suppuration du tissu osseux est ordinairement ténue et séreuse. Nous savons, au contraire, que lorsque le pus est jaunâtre et crémeux, ce fait coïncide avec une inflammation plus aiguë des parties molles voisines de l'os malade ; que le pus brun ou noir le doit à ses combinaisons avec des topiques saturnins : emplâtres de plomb, sous-acétate de plomb, etc. Il n'est pas douteux, non plus, que le pus étant en contact avec l'air dans de grands foyers, l'air et le pus n'agissent l'un sur l'autre ; mais quelle est cette action ? jusqu'où s'étend-elle ? quelles sont les altérations qui en sont la suite? quelles influences le pus et la paroi des foyers exercent-ils l'un sur l'autre ? Nous pourrions rêver beaucoup sur toutes ces questions, mais ce ne seraient que songes creux.

» jamais, que je sache, trouvé acide. Nous savons parfaitement que le » lait sécrété, abandonné à l'air extérieur, peut devenir acide ; mais que, » même chez les femmes les plus débilitées, le lait ait été toujours trouvé » acide au moment de sa sécrétion, c'est ce que, je crois, personne » n'avouera facilement : *Nemo credo hoc facile affirmabit.* »

Je n'ai certes pas la prétention de justifier toutes les idées de Van Swieten à propos de physiologie. Je veux seulement faire ressortir l'esprit qui domine dans les *Commentaires* et le genre d'instruction que le lecteur peut y trouver. Dans ce but, suivons encore quelque temps l'auteur dans l'examen de la question que nous avons prise pour exemple.

Dans l'aphorisme 63e, Boerhaave dit que le principe acide produit des éructations de même nature, la faim, les douleurs iliaques, les flatuosités, les spasmes, l'inertie de la bile, les changements opérés dans cette sécrétion. Le chyle devient acide, les matières fécales gardent quelque chose de ce principe acide. Ses effets se font ressentir dans l'estomac et les intestins.

Sans doute, il est plusieurs de ces effets qui sont incontestables. Le commentateur nous explique la nature des douleurs iliaques si fréquentes, surtout chez les enfants, et les causes des changements de coloration que l'on remarque dans les sécrétions alvines chez les enfants ; mais est-il toujours vrai que le principe acide produise la faim? La faim, dit Van Swieten, dépend de plusieurs causes, parmi lesquelles nous rangeons les stimulants et principalement les acides. « Mais il n'est nullement vrai que » les seuls acides excitent l'appétit, ainsi que le veut *Van Helmont, ut* » *voluit Helmontius.* En effet, la bile, le suc d'absinthe, etc., excitent » l'appétit languissant. Les acides produisent souvent, il est vrai, la faim ; » mais là où la faim existe, il n'est pas juste de dire que l'on trouvera le » principe acide. Ceci est prouvé par l'exemple des animaux carnassiers, » qui ne vivent que de substances animales, et dans les intestins desquels » on ne trouve jamais d'acide. Les enfants qui sont travaillés par le prin- » cipe acide jouissent parfois d'un appétit considérable, et leurs nourrices » s'étonnent de ce que, mangeant avec une vraie avidité, ils ne profitent » cependant pas : *Mirantur nutrices, quod avide comedentes, nihil pro-* » *ficiant tamen.* »

Dans l'aphorisme 64e, Boerhaave parle de la pâleur qui se fait remarquer chez les individus travaillés par le principe acide. Il est vrai, dit Van Swieten, ceux chez lesquels domine ce principe acide pâlissent facilement, témoin les enfants, les jeunes filles et les hommes d'un tempérament affaibli ; mais ce n'est pas toujours dans le principe acide qu'il faut chercher la cause de la pâleur, mais dans la composition primitive du sang.

Troisièmement, après un temps variable, surviennent, dans les grandes caries avec suppuration abondante, séjour du pus dans des clapiers considérables par le fait même de la suppuration, comme nous l'avons dit (t. II), l'hecticité purulente ou la fièvre hectique suppurante et la mort ; dans d'autres cas, la multiplication de la carie, la *purulence successive*, et, souvent encore, la mort ; d'autres fois, la surface cariée est séparée par l'inflammation ulcérante de la carie, et non par l'ulcération éliminatoire de la nécrose, le séquestre s'écoule avec le pus, si l'ouverture le permet, et la guérison s'accomplit.

La guérison se fait dans la partie malade par la sécrétion de fluides plastiques ostéogènes, qui tantôt recouvrent l'érosion d'une couche osseuse plus ou moins épaisse et irrégulière, rugueuse et saillante, comme on le voit au bout des os amputés, ou sur des caries des os du crâne, sur des surfaces articulaires. La réparation ou la cicatrice de l'os se fait plus irrégulièrement encore dans la carie bulbeuse. Ai-je besoin de dire que, dans les caries scrofuleuse, scorbutique, syphilitique, le malade présente, outre les symptômes indiqués, des symptômes propres à ces affections?

Nature de la carie. La nature inflammatoire et ulcérative de la carie est rendue si évidente par l'ensemble des caractères de l'ostéite et de l'érosion osseuse, que je ne crois pas devoir insister pour le prouver. D'ailleurs, la carie est locale et idiopathique ou diathésale.

Le diagnostic de la carie est incertain, et par conséquent impossible dans la période des douleurs et de la formation de l'abcès initial. On peut bien en craindre l'existence et la supposer, mais on ne peut la prouver. Cependant, si un malade présentait déjà plusieurs caries scrofuleuses ou vénériennes, des douleurs et une tuméfaction surosseuse permettraient de supposer que l'affection est de la même nature que les précédentes.

Si la maladie était à sa deuxième période, sa période progressive, si l'abcès de la première période était ouvert, le diagnostic pourrait être certain et facile. C'est ce qui aurait lieu si le pus était séreux ; si un stylet trouvait l'os voisin érodé, friable et se laissant pénétrer par le stylet ; ou si le pus entraînait des parcelles osseuses dures, hypertrophiées et un peu vascularisées ; et si, dans les deux cas, l'érosion et la fistule avaient la persévérance d'un ulcère et de la carie, et ne s'amélioraient pas depuis un mois de traitement fait par une opération simple de dilatation ou d'élargissement de la fistule et un pansement également simple d'introduction de charpie au fond de la plaie. La carie, d'ailleurs, serait *molle et friable*, quand l'os et les séquestres auraient ces caractères ; *dure* dans le cas contraire.

D'autres érosions pourraient encore simuler la carie : ce serait une nécrose, une ostéite érodée, un abcès, une usure des os, une érosion par dégénération osseuse. Nous dirons bientôt, à l'article *Nécrose*, comment on peut distinguer l'une de l'autre la nécrose et la carie. Quant à l'ostéite érodée, elle diffère de la carie parce que, à moins d'être très étendue, très profonde, la fistule se ferme promptement comme je viens de le dire, et qu'elle n'offre peut-être ordinairement des séquestres que lorsqu'ils tiennent à un séquestre de nécrose ; si, au contraire, cette ostéite suppurait indéfiniment, ce serait une carie : car, encore une fois, la carie est un ulcère des os avec peu ou point de tendance à la guérison.

L'usure des os est une érosion de l'os par résorption, qui, toujours dure et ferme, coïncide avec une tumeur anévrysmatique ou autre, appliquée contre l'os qu'elle résorbe et creuse sans l'enflammer ni laisser de détritus osseux. Enfin le plus souvent l'érosion par dégénération est, au contraire, produite par une tumeur intérieure, à l'épaisseur de l'os qu'elle enflamme. Elle le ramollit fréquemment, le distend et le résorbe souvent en grande partie, comme on le voit dans les tumeurs encéphaloïdes, vasculaires, etc.

Le diagnostic précis du siége, de l'étendue, de la forme, du nombre des caries, est presque toujours impossible.

Le *pronostic* de la carie varie trop pour être généralisé. Tout ce que j'en puis dire, c'est qu'elle s'aggrave par sa multiplication diathésale dans différents os, par son étendue, par sa situation dans des os petits, multipliés et voisins, comme ceux du tarse, du carpe, dans des os profonds et inamputables, comme les vertèbres, dans de grandes articulations, etc. La carie molle a moins de tendance à la guérison que la dure. La carie syphilitique est généralement moins grave que la scrofuleuse, et celle-ci guérit assez souvent spontanément, au moins dans certains os, comme les phalanges, les métacarpiens et tarsiens, surtout dans les caries bulleuses. La carie devient très grave quand sa suppuration est considérable, qu'elle passe à sa troisième période, période diathésale ; qu'elle se complique de fièvre hectique, d'hecticité purulente, ou de l'inflammation de viscères voisins très importants, etc.

Traitement. Dans la première période, dans la période de développement de la carie, pendant les douleurs et la tuméfaction locale, traitement de la cause, de la scrofule, de la syphilis, du scorbut, si elle tient à ces causes diathésales ; traitement local antiphlogistique, si les symptômes locaux sont inflammatoires aigus ; excitant dans le cas contraire, par les lotions, les douches, les bains alcalins, sulfureux, iodés, bromo-iodurés, salins, et par les exutoires, les vésicatoires, les cautères, les moxas.

Dans la carie développée suppurée, ouverture large de l'abcès ossifluent s'il est peu profond, peu étendu, et agrandissement de son ouverture si elle est fistuleuse ; puis injections des eaux indiquées et surtout de la teinture d'iode, d'abord affaiblie de beaucoup d'eau commune, des trois quarts, et peu à peu moins affaiblie, jusqu'à employer la teinture à l'état de pureté, suivant les observations de Lugol, les miennes et celles de M. Boinet. Dans ce cas, préférez le cautère actuel, s'il est possible de bien découvrir la partie cariée ; si elle n'est pas trop profonde, entourée ou avoisinée par des organes très délicats et très importants, comme de gros nerfs, de gros vaisseaux, comme le cerveau, etc. Dans tous les cas, découvrez le mal par une incision cruciale, etc., s'il est possible ; renversez les angles de la peau, creusez, et ruginez la carie pour emporter tout ce que l'on peut enlever. La carie creusée et

---

Pallor illa designat defectum solidissimæ rubræ partis in sanguine. Ubi autem hoc deficit, minor fit assimilatio crudorum in naturam nostram ; hinc facilior degeneratio in naturam nostram. Les principes thérapeutiques qui se déduisent ainsi de ce commentaire sont faciles à saisir, et les mêmes remarques s'appliquent aux commentaires de l'auteur à propos des principes *alcalins*, *glutineux*, *visqueux*. Dans une matière aussi difficile, eu égard surtout au manque de moyens d'expérimentation directe de la chimie moderne, l'auteur s'élève, à propos du choix des aliments, à des considérations remarquables, dont quelques unes ne dépareraient pas un traité d'hygiène à l'époque où nous vivons.

Désireux de bien faire connaître l'esprit scientifique de Van Swieten, d'inspirer le goût de sa lecture aux jeunes médecins qui voudraient rattacher la connaissance des progrès actuels aux progrès accomplis avant nous, et trouver, même dans cette lecture, les éléments d'idées qui ne sont pas nouvelles pour avoir été oubliées, je vais m'efforcer de faire ressortir sa manière de commenter Boerhaave sur un sujet qui m'est plus familier. Je veux parler de l'aliénation mentale (1). Que le lecteur ne s'effraie pas. A propos de spécialité, je ne dirai rien de spécial ; en d'autres termes, je ne conduirai le médecin que sur un terrain commun, où

(1) La nécessité de me concentrer sur un point plus spécial sera facilement comprise quand on saura qu'il n'est aucun sujet de médecine ou de chirurgie qui ait été négligé par Van Swieten. Je crois rendre service en donnant la nomenclature détaillée de ses œuvres. Les jeunes médecins qui voudront donner à leurs thèses une valeur plus scientifique, et trouver une occasion de remonter aux sources, pourront, à l'aide des *Commentaires*, atteindre leur but d'une manière utile et féconde.

Le premier volume, outre les prolégomènes, renferme les descriptions des maladies produites par l'excès ou la perversion des principes humoraux, du défaut et de l'excès de la circulation. Il y est traité des blessures en général — de l'hémorrhagie — de la douleur — des convulsions — des plaies de tête, du thorax et de l'abdomen — des contusions, des fractures et des luxations — de l'inflammation — des fistules — des abcès — de la gangrène et du sphacèle — de la combustion — du squirrhe — du cancer — des maladies des os.

Le deuxième volume comprend la description des maladies internes et des fièvres en général ; des considérations de la plus haute importance sur les symptômes qui accompagnent les fièvres, et que l'auteur résume par les désignations de *frigus febrile*, *tremor*, *anxietas*, *sitis*, *nausea*, *ventus et flatus*, *vomitus*, *debilitas*, *color* FEBRILIS, *delirium*, *coma*, *pervigelium* FEBRILE, *convulsio febrilis*, *sudor febrilis*, etc.

La classification des fièvres se rapporte aux *fièvres*, *continues*, *putrides*, *ardentes*, *intermittentes*, *aiguës*. — Ce volume traite en outre des différentes angines et de la pneumonie.

Troisième volume. Traité de la pleurésie, des maladies du foie, des intestins, des

emportée, absorbez le sang, desséchez la plaie de l'os, couvrez les chairs écartées et renversées avec des compresses mouillées d'eau froide et exprimées, puis cautérisez avec le fer rouge à blanc. Cautérisez rapidement si c'est sur le crâne, et refroidissez l'os immédiatement après avec une éponge imbibée d'eau froide, de peur de léser le cerveau. Par la même raison, refroidissez aussi l'os dans les autres os, pour limiter l'action de la chaleur quand le cautère est retiré et que le calorique ne peut plus nuire qu'aux parties molles. On a rarement occasion de porter le cautère à travers une canule, comme le faisaient les anciens, dans des caries profondes, parce qu'alors on ne voit pas ce qu'on fait. Cependant ces canules peuvent être quelquefois employées. On termine par un pansement préservatif, avec bandelette cératée, charpie, compresses et bandage convenable.

PATHOLOGIE INTERNE.

DE L'INFLUENCE DE QUELQUES AFFECTIONS DE L'UTÉRUS SUR LES MALADIES DU RECTUM, par J.-B. BROWN, médecin de l'hôpital Sainte-Marie de Londres.

Aucun auteur, à ma connaissance, n'a tenu suffisamment compte des causes prédisposantes ou déterminantes des maladies du rectum, si fréquentes chez la femme. M. Samuel Cooper, M. Miller, les docteurs Clarke, Blundell, Ramsbotham, Tyler Smith, etc., disent que l'utérus, développé par le produit de la conception, peut presser sur l'intestin et devenir une cause de constipation et de rétrécissement; mais aucun de ces auteurs n'insiste sur ce fait que l'utérus, sans être distendu par le produit fœtal, mais uniquement atteint de quelques unes des lésions qu'il présente si fréquemment, peut donner lieu aux mêmes lésions. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que les maladies du rectum sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme. Je veux essayer d'examiner la raison de ce fait ; je démontrerai que l'utérus peut agir sur le rectum d'une manière purement mécanique, ou donner lieu, par des troubles dans la circulation de ses vaisseaux, à des phénomènes morbides dans la partie terminale du tube digestif. Souvent, sans aucun doute, ces deux causes concourent à produire des maladies du rectum.

Toute augmentation de volume de l'utérus, soit par suite de la gestation, soit par suite de rétroversion, d'hypertrophie, de phlegmasie, d'une contraction incomplète après l'accouchement, de tumeurs fibreuses ou cancéreuses, de polypes, d'hydatides, ou d'une maladie quelconque, tend à produire de fâcheux effets sur le rectum. On peut voir que l'affection utérine agit comme cause, et souvent par conséquent la connaissance de ce fait permettra au médecin de diriger le traitement avec plus de rapidité et de sûreté. Si, au contraire, on n'a pas égard à l'affection primitive de l'utérus, on pourra, sans avantage pour les malades, traiter, par des agents portés uniquement sur l'intestin, une constipation secondaire, des hémorrhoïdes, une inflammation intestinale de nature dysentérique, etc.... La plupart des chirurgiens peuvent citer des faits où ce mode de traitement a échoué. Un développement anormal de l'utérus peut donner lieu à ces maladies de deux manières. L'utérus tiraille les ligaments latéraux, les allonge, s'appuie sur l'angle sacro-vertébral et par conséquent sur l'intestin, d'où résulte une altération des tuniques muqueuse et musculaire, et un trouble de la circulation dans ces parties. D'autres fois, une congestion de l'utérus devient la source d'un appel du liquide sanguin dans les canaux vasculaires avoisinants du rectum. On comprend facilement que dans les diverses maladies que je viens indiquer, le traitement ne peut avoir aucun résultat avantageux s'il ne s'adresse à la cause première, l'affection utérine. Je vais essayer de démontrer par des observations les propositions que je viens de formuler.

§ I. HÉMORRHOÏDES.

La pression exercée sur les veines hémorrhoïdales produit plus facilement un dérangement dans la circulation sanguine que dans les cas où la pression s'exerce sur les artères. La minceur des parois veineuses, leur peu d'élasticité, permet une distension considérable. L'artère, au contraire, plus petite, à parois plus solides, plus élastiques, est parcourue par un liquide doué d'une force propulsive plus énergique ; par suite le sang stagne plus difficilement dans son intérieur. Aussi ce genre de lésion se produit-il plus facilement dans les veines que dans les artères. Le sang se coagule fréquemment dans les veines, forme des tumeurs demi-solides; le tissu cellulaire ambiant s'épaissit; la vascularité et la sensibilité de la muqueuse s'exagèrent. Je fais ici allusion exclusivement aux hémorrhoïdes internes.

OBS. — L. C..., âgée de trente et un ans, non mariée, me consulta pour trois ou quatre grosses tumeurs hémorrhoïdales, qui sortaient pendant la marche et la gênaient beaucoup dans la position assise. Toutes les trois ou quatre semaines, il s'en écoulait une quantité considérable de sang; la malade n'allait à la selle que tous les trois ou quatre jours, et seulement quand elle avait pris un purgatif léger. La douleur augmentait constamment après la défécation. La malade souffrait, depuis quelques années seulement, de dérangement des digestions, de céphalalgie, et d'une courbature générale. Je m'informai d'abord de l'état de la menstruation, et j'appris que les règles, qui revenaient régulièrement tous les mois, étaient peu abondantes, duraient rarement plus d'un jour, et coïncidaient avec un flux sanguin abondant par les tumeurs hémorrhoïdales. Le doigt, introduit dans le vagin, constatait une augmentation de volume de l'utérus, un excès de sensibilité et un abaissement de l'organe. Je fis appliquer trois sangsues sur le col de l'utérus, en augmentant l'écoulement du sang par un bain de siége donné après la chute des sangsues; on administra en outre un purgatif salin : l'ensemble de ce traitement devait être répété une fois chaque semaine. La malade prit en outre, deux fois par jour, un seizième de grain de bichlorure de mercure. Son régime était peu abondant et doux. Le traitement eut les résultats suivants : A l'époque menstruelle, l'écoulement sanguin par le vagin fut plus abon-

il faut de toute nécessité que nous nous entendions pour arriver au même but: celui du traitement et de la guérison des maladies.

Docteur MOREL (de Maréville).

(*La suite à un prochain numéro.*)

reins — de l'apoplexie — de la catalepsie — du carus — des maladies chroniques — de la paralysie, l'épilepsie, la mélancolie, la manie, la rage, le scorbut, la cachexie, l'empyème.

Dans le quatrième volume, nous trouvons de véritables monographies sur la phthisie pulmonaire et les différentes espèces de phthisies, l'hydropisie, la goutte. Les maladies des jeunes filles, des femmes enceintes, des enfants et les accouchements difficiles y sont traités avec une hauteur de vue qui annonce que le génie de l'auteur est arrivé à son plus haut degré de maturité et d'expérience. Ce volume a paru en 1760.

Le cinquième volume enfin parut l'année de la mort de l'auteur, en 1772. Rien n'y annonce l'affaiblissement de l'intelligence. Van Swieten nous dit que le pressentiment d'une mort prochaine l'avertit qu'il est temps de finir son œuvre ; et cependant jamais ce puissant génie n'a ouvert de perspectives plus larges aux méditations des médecins, et cela, dans des sujets qui n'ont pu être approfondis qu'avec les progrès que le temps amène dans nos connaissances. Je veux parler de la variole, des maladies épidémiques, des calculs vésicaux, des affections syphilitiques, du rachitisme et des rhumatismes, maladies traitées de main de maître dans ce cinquième volume.

On lit dans l'éloge de M. le baron de Van Swieten, prononcé à l'Académie royale des sciences, par M. de Fouchy, secrétaire de la même académie (21 avril 1773) : « Il n'y a d'ouvrages imprimés de M. de Van Swieten que les cinq volumes in-4° de ses commentaires sur Boerhaave, et un traité de médecine à l'usage des armées, imprimé in-8° en allemand et en français, et réimprimé à Paris dans cette dernière langue ; mais on a trouvé dans ses manuscrits des pièces intéressantes, et nommément un traité *De corde* par Boerhaave, avec des notes que M. Van Swieten y avait ajoutées. » On peut voir aussi, pour plus de détails bibliographiques, la notice que feu le docteur Dezeimeris a insérée dans le *Dictionnaire des Sciences médicales.*

— *Cours public et gratuit de pathologie externe.* — M. le docteur Fano, prosecteur de la faculté, commencera ce cours le mardi 11 avril, à trois heures, amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

dant, et il n'y eut pas de flux sanguin hémorrhoïdal. Le même traitement fut continué ensuite pendant un mois. L'évacuation menstruelle fut de plus longue durée et plus abondante; l'utérus diminua et reprit son volume normal; il n'était plus douloureux au toucher. J'appliquai alors une ligature de fil à la base de chaque tumeur hémorrhoïdale. Je maintins la malade au lit, et lui administrai, toutes les quatre à six heures, 1 grain d'opium pour diminuer la douleur et supprimer les garderobes jusqu'au moment de la chute des ligatures, ce qui eut lieu au bout de cinq ou six jours. La malade présenta ensuite un état satisfaisant et retourna en province guérie.

Cette observation présente quelques circonstances remarquables qui viennent à l'appui des propositions énoncées plus haut :

1° L'hémorrhagie par les tumeurs hémorrhoïdales survenue à l'époque menstruelle. On sait que les hémorrhoïdes deviennent plus gênantes à l'époque menstruelle ; le sang circule en plus grande abondance dans les vaisseaux du rectum et de l'utérus. S'il existe alors dans les vaisseaux utérins une obstruction capable de gêner le flux menstruel, l'hémorrhagie se fait avec abondance au niveau des tumeurs hémorrhoïdales.

2° Le développement anormal et la phlegmasie de l'utérus coïncidant avec l'absence de flux menstruel.

3° Le soulagement marqué produit par le traitement antiphlogistique.

4° J'appellerai l'attention sur l'emploi de la ligature de fil dans le traitement des hémorrhoïdes. Cette espèce de ligature est infiniment préférable à la ligature de soie ; en effet, elle produit plus rapidement la chute de la tumeur, et en outre elle cause moins de douleur. On remarquera que j'ai préféré la ligature à l'usage des ciseaux, suivant en cela la règle proposée par mon excellent ami M. Copeland, que dans toute opération sur le rectum il faut couper la peau et lier la membrane muqueuse. Je dois aussi, au même médecin, le conseil de préférer le fil de chanvre dans la ligature, à la soie. Je crois que je peux prétendre que si dans ce cas j'avais traité l'affection du rectum sans tenir compte de celle de l'utérus, je n'aurais pas réussi à guérir la malade.

§ II. CHUTE DU RECTUM.

Obs. Ire. — H. A..., âgée de vingt-huit ans, bonne d'enfants, me consulta pour une chute du rectum dont elle souffrait depuis un an. Cette chute du rectum augmentait beaucoup quand la malade portait un enfant ou un fardeau quelconque ; il en était de même après la défécation. Toutes les trois ou quatre semaines, elle perdait du sang par l'anus. La menstruation était régulière, mais peu abondante, et le liquide évacué d'une coloration brunâtre sale. Depuis neuf mois, la malade s'était soumise sans avantage à un traitement. Le doigt introduit dans le rectum, la malade étant debout et un peu penchée en avant, sentit une tumeur ronde, mobile, située au-dessous du promontoire. Par le vagin, on constatait que l'utérus développé et rétroversé pressait sur le rectum ; d'où gêne de la circulation sanguine dans sa paroi, production d'hémorrhoïdes, congestion de la membrane muqueuse, et, par suite, chute du rectum.

Traitement. — Je m'occupai d'abord de l'affection utérine. J'appliquai des sangsues, en recommandant le repos au lit ; je prescrivis un régime doux, du bichlorure de mercure deux fois par jour. L'époque menstruelle suivante se présenta dans des conditions meilleures. Le même traitement fut continué encore pendant un mois, et la malade en éprouva un soulagement marqué.

Le 16 décembre, après avoir ordonné la veille un purgatif, l'huile de ricin, et un bain, je pratiquai l'opération. La malade fut soumise à l'influence du chloroforme, puis, un aide écartant les fesses, je passai une aiguille armée d'une double ligature de fil ciré à la base de la chute du rectum, et liai la tumeur en deux parties séparées. Après avoir oint les surfaces avec de l'huile, je réduisis la tumeur ; les extrémités des ligatures furent laissées au dehors. Je prescrivis 2 grains d'opium et 1 grain à administrer toutes les quatre heures.

17. Un vomissement pendant la nuit ; pas de douleur à l'anus. Je fais continuer l'opium à prendre toutes les six heures.

18. La nuit a été bonne ; elle a éprouvé pendant peu de temps seulement une douleur légère à l'anus. (Bouillon, panade légère, lait.)

20. Chute des ligatures. (Purgatif à l'huile de ricin.)

22. La malade annonce avoir éprouvé une douleur lancinante vive après la dernière évacuation alvine.

23. En examinant l'anus, je trouvai une fissure au-dessus du sphincter et une tumeur hémorrhoïdale externe enflammée.

26. Je soumis la malade à l'influence du chloroforme, puis j'enlevai d'abord l'hémorrhoïde, et divisai la fissure par le procédé de M. Copeland, que je décrirai dans une autre observation. En examinant ensuite avec soin les parties malades, je trouvai en face de la fissure une petite éminence verruqueuse pourvue d'un long pédicule. Cette tumeur s'appliquait sur la fissure et y entretenait une irritation continue ; peut-être même en était-elle la cause? Après l'avoir enlevée avec des ciseaux, j'appliquai sur les surfaces malades de la charpie trempée dans l'huile, et je prescrivis en outre 2 grains d'opium.

27. La malade n'a éprouvé aucune douleur ; elle est calme et sans fièvre. J'enlevai le pansement, sans le réappliquer. L'état de la malade s'améliora graduellement, à partir de cette époque ; au bout de quinze jours, la guérison était complète et ne s'est pas démentie depuis, quoique cette femme ait continué de se livrer au même genre de travaux.

Remarque.—Cette observation vient encore à l'appui de l'opinion que j'ai émise ; elle montre que la cause de la chute du rectum était l'altération de l'utérus exerçant une pression mécanique sur l'intestin, et occasionnant à l'époque menstruelle un afflux exagéré du sang dans cette région, ce que prouve la diminution du flux menstruel.

Obs. II.—E. H..., âgée de quarante-deux ans, mariée depuis onze ans, mais n'ayant jamais eu d'enfants ; elle souffrait depuis longtemps d'un abaissement de la matrice ; les menstrues étaient très peu abondantes, la santé générale était mauvaise. La malade avait été traitée depuis longtemps pour une maladie de l'utérus, mais n'avait jamais permis de pratiquer un examen local. Lorsque cette dame me consulta, je lui demandai immédiatement si elle était atteinte d'hémorrhoïdes ou de chute du rectum. Elle répondit que depuis plusieurs années, elle avait une chute du rectum qui l'empêchait de monter à cheval ou de demeurer assise longtemps dans la même position. Je voulus en outre savoir si aux époques menstruelles, la portion d'intestin sortie devenait le siége d'un flux sanguin. La malade m'assura qu'à chaque époque menstruelle, la partie malade devenait plus douloureuse que d'habitude, et qu'elle perdait une grande quantité de sang. Les garderobes n'étaient jamais spontanées, et ne revenaient que grâce à l'usage d'un purgatif qu'elle prenait chaque soir. J'ordonnai à la malade de garder la position horizontale et de demeurer couchée sur le côté ou sur le dos ; je prescrivis du fer, de la quinine et des injections vaginales froides. Sous l'influence de ce traitement, une amélioration rapide se manifesta. La menstruation devenant plus abondante au bout de deux mois de traitement, je pratiquai la ligature de la chute du rectum. La guérison fut complète et permanente. Cette dame recouvra une santé parfaite, devint enceinte au bout de quelques mois ; je l'accouchai au terme normal de la gestation d'un enfant parfaitement développé.

Remarques.—Cette observation montre l'importance de faire l'examen de l'utérus et du rectum dans ces maladies des femmes ; on peut voir que le traitement, dirigé d'abord exclusivement du côté de l'utérus, n'avait obtenu aucun résultat. Je pourrais citer un grand nombre de cas propres à démontrer que lorsque l'on traite exclusivement l'affection utérine, sans tenir compte de la maladie du rectum, on n'obtient aucun succès. Si c'était ici le lieu, et surtout si l'espace le permettait, je pourrais montrer comment chez beaucoup de femmes cette lésion simultanée de l'utérus et du rectum devient une cause de stérilité. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'importance de faire dans des cas semblables un examen complet des malades.

§ III. FISSURE DU RECTUM.

Obs. — E. P. ., âgée de vingt-neuf ans, non mariée, d'un teint pâle, ayant une expression de la face inquiète, me consulta pour un sentiment de courbature générale, accompagnée de malaise, céphalalgie et perte d'appétit. Les règles manquaient depuis plusieurs mois ; la malade annonçait éprouver principalement dans la station ou le décubitus dorsal une douleur gravative à l'hypogastre ; elle était habituellement constipée, et n'avait de garderobes que lorsqu'elle prenait un purgatif. Elle redoutait les évacuations alvines, à cause des douleurs excessives qu'elle éprouvait après l'expulsion des matières. Cette douleur très intense, presque insupportable, était comparée par la malade à une douleur provoquée par le contact du sable sur une surface ulcérée. Le doigt introduit dans le rectum reconnaît immédiatement l'existence d'une fissure allongée située au-dessus de l'anus. Cette fissure était recouverte par un petit caillot sanguin, et correspondait à une petite tumeur pédiculée placée sur la face opposée du rectum. Cette tumeur avait le volume d'un petit pois. Par le toucher vaginal, on constatait la présence d'une tumeur fibreuse sur la lèvre supérieure du col, remontant un peu sur le col lui-même, qui était

augmenté de volume, et pressait ainsi le rectum. Je prescrivis des applications de sangsues sur le col répétées deux fois par semaine, des bains de siége tièdes et des préparations ferrugineuses à l'intérieur. Les règles reparurent quinze jours plus tard, durèrent quelques jours, mais furent peu abondantes. J'enlevai alors la tumeur fibreuse placée sur le col de l'utérus. Au bout d'un mois, la malade était rétablie des suites de l'opération pratiquée sur le col; je procédai à l'opération de la fissure, en pratiquant sur la surface de la fissure une incision qui intéressait la muqueuse et la couche musculeuse sous-jacente. Le succès fut, comme on pouvait l'espérer, complet, et trois mois après le commencement du traitement, la malade était parfaitement guérie.

Remarques. Je dois à mon ami, M. Copeland, la connaissance de cette maladie et du traitement qui, presque toujours, réussit dans des cas de ce genre; du moins dans plus de cent cas, que j'ai traités moi-même depuis plus de vingt ans, je ne l'ai pas vu échouer une seule fois. Je crois que la petite tumeur pédiculée dont j'ai parlé dans l'observation précédente, en appuyant sur la membrane muqueuse très vasculaire, cause d'abord une irritation de cette membrane, et au bout de quelque temps l'irritation permanente devient la cause d'une ulcération, et enfin, d'une fissure qui s'aggrave à chaque effort de défécation. Je n'ai, en effet, que très rarement rencontré la fissure du rectum, sans trouver en même temps une ou plusieurs de ces petites tumeurs pédiculées, qui doivent nécessairement être enlevées pendant l'opération. Le chirurgien, lorsqu'il est appelé au début de la maladie, ne trouve habituellement qu'une surface douloureuse, ou bien un ulcère; plus tard, la fissure existe, et elle ressemble alors aux gerçures si communes sur les lèvres, ou à la paume de la main dans le psoriasis. Le traitement est, du reste, le même à tous les degrés de la maladie. J'ajouterai qu'il faut avoir soin de donner à la malade après l'opération des préparations opiacées pour empêcher, pendant quelques jours, les évacuations alvines.

§ IV. CONSTIPATION.

Obs.—Madame T., âgée de trente-huit ans, mère de six enfants, accusait une constipation opiniâtre qu'elle ne pouvait vaincre que par l'usage de lavements. Les évacuations alvines étaient toujours accompagnées de douleurs, d'expulsion d'une grande quantité de mucus, de douleurs gravatives dans les reins, le siége et à l'hypogastre; un écoulement leucorrhéique abondant était survenu; enfin l'embonpoint de la malade avait considérablement diminué. L'expression de la face de la malade était inquiète, triste; elle accusait de la dyspepsie, de la céphalalgie gravative. Je demandai à faire l'exploration de l'utérus. Cet examen me fut refusé pendant longtemps; enfin quand la malade consentit à s'y soumettre, je constatai une augmentation marquée du volume de l'utérus, abaissé au point que son col n'était qu'à 2 pouces de l'ouverture vaginale. Par le toucher rectal, je reconnus, à 3 pouces environ au-dessus de l'anus, une tumeur ronde qui n'était évidemment que le fond de l'utérus appuyant sur le rectum et mettant obstacle au libre cours des matières fécales. Un mucus abondant recouvrait la surface interne du rectum. J'eus recours à l'application de caustique sur le col utérin, aux injections froides répétées soir et matin. Je prescrivis en même temps la position horizontale sur le ventre pendant plusieurs heures; la malade porta un de mes bandages périnéaux. A l'intérieur, elle faisait usage de préparations de fer et de zinc. Les évacuations alvines étaient facilitées par l'emploi des lavements chauds. La guérison fut complète après deux mois de traitement. Depuis lors, elle ne s'est pas démentie; la malade a toujours eu le soin de faciliter les évacuations alvines par un lavement pris le soir avant de se coucher.

Remarques. Tout traitement dirigé uniquement contre la constipation, sans avoir égard à l'état morbide de l'utérus, aurait sans doute échoué chez cette malade. Nous devons faire remarquer que cette dame n'éprouvait aucune douleur du côté du rectum et de l'utérus, quand elle était couchée sur le ventre. Je dirai, en outre, que le meilleur moyen de soulager dans les cas de ce genre, c'est de conseiller un lavement qui doit être pris le soir avant de se mettre au lit. Le repos, dans la position horizontale, diminue la congestion sanguine qu'amènent toujours les efforts de la défécation dans les parois du rectum.

§ V. FISTULE A L'ANUS.

Obs.—E. C., âgée de trente-deux ans, domestique, mariée, me consulta pour un malaise général, accompagné de douleurs dans la région hépatique, de céphalalgie, de dérangement des fonctions digestives. L'expression de sa face était inquiète, et la malade assurait avoir une propension constante à la mélancolie. Cet état général lui permettait à peine de remplir ses occupations habituelles. E. me donna sur ses antécédents les renseignements suivants: Mariée depuis neuf ans, elle avait dès le début de son mariage souffert beaucoup pendant les rapports sexuels. Ces douleurs devinrent continues et augmentèrent graduellement pendant un an; c'était surtout une sensation de pesanteur gravative sur le rectum. Elle avait été forcée à plusieurs reprises de suspendre toutes relations sexuelles pendant six mois et même un an, ces rapports lui causant des douleurs vives pendant comme après l'acte du coït pendant plusieurs semaines. La santé, bonne et parfaite avant son mariage, s'était graduellement altérée depuis cette époque. Trois ans environ après son mariage, elle commença à éprouver de la difficulté dans la défécation, comme si, disait-elle, un obstacle gênait l'expulsion des matières alvines; elle était obligée de prendre deux ou trois fois la semaine un purgatif léger pour obtenir quelques garderobes. Peu de temps après, des douleurs vives aiguës se manifestèrent à la partie inférieure du rectum, surtout dans la marche ou dans la position assise; elle fut en même temps tourmentée d'hémorrhoïdes internes toujours plus douloureuses au moment des règles, et devenant à cette époque le siége d'un léger flux sanguin. L'écoulement cataménial par la vulve revenait régulièrement chaque mois, mais était peu abondant. Peu de temps après, elle éprouva une douleur pulsatile, lancinante, près de la marge de l'anus. Cette douleur se termina par la manifestation d'une fistule. Un chirurgien qu'elle consulta opéra cette fistule, mais le mal ne guérit pas; on fut obligé de recourir à deux ou trois opérations nouvelles sur le rectum, opérations que la malade ne peut indiquer d'une manière exacte. Elle n'en retira qu'un peu de soulagement: la constipation et la difficulté de la défécation persistaient du reste au même degré. En examinant la malade, je constatai l'existence d'une fistule de 1 pouce au moins de hauteur. Par le toucher rectal, je sentis facilement l'utérus qui pressait sur cette portion du tube digestif. Au toucher vaginal, on trouvait l'utérus volumineux, rétroversé, appuyant fortement sur le rectum. Je traitai les symptômes généraux et la lésion utérine, comme je l'ai indiqué dans les observations précédentes. Puis j'opérai la fistule par le procédé ordinaire, et après la cicatrisation, je recommandai à la malade de prendre un lavement chaque soir. La malade s'améliora rapidement; elle reprit sa gaieté et un tel embonpoint que je la reconnus à peine quand elle revint me voir (1).

(1) *Medical Times and Gazette*, 11 mars.

III.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Au sujet d'une note que nous avons publiée dans votre journal, M. Socquet et moi, sur une combinaison nouvelle de l'iode et sur son administration thérapeutique, M. le docteur Boinet vous a écrit pour faire connaître que depuis longtemps il associe l'iode aux substances astringentes, le *quinquina*, et qu'il a constaté qu'administré de cette manière, ce médicament n'a pas l'inconvénient des préparations usitées jusqu'ici, qu'il n'a aucun goût particulier, et produit d'excellents effets. Je suis bien aise, monsieur, de prendre acte de l'opinion de ce praticien, quoique notre méthode soit très différente. En effet, M. Boinet associe des agents incompatibles, l'iode et le quina, qui contient des alcaloïdes, et se sert d'une teinture iodurée, tandis que nous employons l'iode en nature pour le combiner au tannin du ratanhia, et en faire un sirop d'un goût agréable, d'un dosage parfait, et qui contient 6 centigrammes d'iode par 30 grammes de sirop. Il est inutile de faire ressortir que cette préparation offrira aux médecins un avantage incontestable, et quels heureux résultats ses effets devront avoir, puisqu'une préparation irrégulière, mais basée sur le même principe, a amené des résultats si satisfaisants. C'est du reste ce que nous espérons avoir démontré suffisamment dans le mémoire que nous publions, et qui va paraître.

Recevez, etc. A. Guilliermond.

Monsieur le rédacteur,

Je n'ai fait aucune recherche sur l'incompatibilité de l'iode avec les sirops de quinquina et de raifort; par conséquent, j'ignore le mode d'action du sirop de quinquina sur l'iode; mais ayant lu dans la *Revue médico-chirurgicale de Paris* (juillet 1851, p. 52, t. X) que M. Debauque avait publié dans le *Journal de pharmacie d'Anvers*, qu'un bon moyen de rendre solubles dans l'eau les petites quantités d'iode qui s'administrent d'habitude sous forme de teinture dans des potions était d'y ajouter 1 once de sirop d'écorce d'orange par potions de 4 à 6 onces, et que le principe qui rendait l'iode soluble était l'acide tannique, je pensai qu'on pourrait obtenir le même résultat, c'est-à-dire la solubilité de l'iode, en l'administrant dans les sirops qui contiennent également de l'acide tannique, dans ceux de quinquina, de raifort, par exemple. En effet, l'iode administré de cette manière m'a paru ne plus avoir les mêmes inconvénients que lorsqu'il est administré sous forme de teinture dans une potion quelconque.

« Afin de nous assurer que c'était bien à l'acide tannique que l'iode devait sa solubilité, nous fîmes plusieurs essais, dit M. Debauque, et nous eûmes recours à l'emploi de quelques grains d'acide tannique ajoutés à de l'eau contenant 10, 12 et même 15 grains d'iode précipité de la teinture dans ce véhicule. Après quelques instants d'agitation, la solution fut complète, et nous acquîmes la preuve que c'était à la faveur de cet agent que l'iode était rendu soluble.

» Sans pouvoir nous rendre un compte bien exact de la manière d'agir de l'acide végétal, en favorisant ainsi la solubilité de l'iode dans les véhicules aqueux, alors même que les acides minéraux les plus puissants sont sans action dans ce cas, nous eûmes à constater un fait qui paraît être resté ignoré jusqu'ici. Nous croyons devoir recommander aux praticiens l'emploi du sirop d'écorces d'orange dans les potions appelées à recevoir de la teinture d'iode, et l'addition de quelques grains d'acide tannique dans la préparation des injections iodées. » (*Journal de pharmacie d'Anvers.*)

Dr Boinet.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 29 MARS 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Ovologie. — *Recherches sur la composition des œufs dans la série des animaux* (*troisième mémoire*), par MM. *Valenciennes* et *Frémy*. Les auteurs résument ainsi le résultat de leurs précédentes recherches et les conséquences les plus importantes qui leur paraissent résulter de ce nouveau Mémoire. — Il existe des différences fondamentales entre la composition des œufs des animaux, et sous ce nom collectif d'*œuf*, désignant le produit de l'appareil ovarien destiné à concourir à la perpétuité de l'espèce, on comprend des corps très complexes, les plus différents les uns des autres. — Parmi les animaux vertébrés, les œufs d'oiseaux, de reptiles, de poissons présentent, dans leur composition, des différences que l'analyse la plus simple ne saurait méconnaître, et cependant les œufs des sauriens et des ophidiens ont une grande analogie avec ceux des oiseaux, tandis que les œufs des batraciens se rapprochent de ceux des poissons cartilagineux. Les œufs d'arachnides et d'insectes s'éloignent complétement, quant à leur composition, des œufs des autres animaux. Ceux des crustacés, organisés pour éclore dans l'eau, ne ressemblent nullement à aucun de ceux des poissons ou des autres vertébrés amphibies. Il en est de même des œufs des mollusques. Ces différences ne correspondent pas seulement aux classes ou aux ordres, elles s'étendent jusqu'aux familles naturelles, sans même s'y arrêter, puisqu'il est prouvé qu'un œuf de poisson cartilagineux n'a pas la même composition qu'un œuf de poisson osseux; et, de plus, qu'un œuf de carpe est très différent d'un œuf de saumon; qu'un œuf d'ophidien, tel qu'une couleuvre, ne contient pas les mêmes principes que ceux de chéloniens. Si la composition des différents principes immédiats est la même dans les espèces très voisines, la forme et la grandeur des granules vitellins varient d'une manière assez appréciable pour pouvoir être reconnue et assignée à chaque espèce. Les substances albumineuses provenant des œufs d'oiseaux, de reptiles, de poissons, de crustacés, présentent, dans leurs propriétés chimiques et dans leur point de coagulation, des différences qui permettent de supposer que ces corps constituent des principes immédiats différents. Un œuf change de nature, ses liquides se modifient considérablement aux différentes époques de sa formation en se détachant de l'ovaire et en séjournant dans l'oviducte avant d'être pondu. Après avoir constaté, dans les œufs des différents animaux la présence de plusieurs principes immédiats nouveaux, l'ichtine, l'ichtidine, l'ichtuline, l'émydine (dans les œufs de tortue), et rapprochant ces résultats de ceux que MM. Dumas et Cahours ont obtenus dans l'analyse des œufs de poule, les auteurs n'hésitent pas à proposer aux savants d'admettre, dans les œufs, l'existence d'une classe nouvelle de corps organiques, comprenant des principes immédiats qu'ils désignent sous le nom de *substances vitellines* ou de *corps vitellins*.

Physiologie végétale. — *Recherches sur la végétation*, par M. *Boussingault*. — Nous devons nous borner à énoncer le résultat des expériences nombreuses et précises consignées dans l'important travail de M. Boussingault. L'azote de l'air n'est pas assimilé pendant la végétation, tout au moins pour ce qui concerne les haricots, l'avoine, le cresson et les lupins, plantes sur lesquelles M. Boussingault a opéré.

Paléontologie. — M. *Duvernoy* lit une deuxième note sur les ossements fossiles du Pikerni, près d'Athènes.

Nomination. — M. *Steiner* est élu membre correspondant, dans la section de géométrie, par 46 suffrages, contre 1 voix, donnée à M. Richelot.

Chirurgie. — *Note sur la thérapeutique des névralgies; procédé mixte; section et cautérisation du nerf*, par M. *Jobert*, de Lamballe. (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*)

Chirurgie. — MM. *Goubaux* et *Giraldès* adressent, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie un mémoire qui contient plusieurs séries d'expériences *sur les injections de perchlorure de fer dans les artères*. (*Renvoi à la future commission de médecine et de chirurgie.*)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 4 AVRIL 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet les sept pièces suivantes : *a*. Rapport de M. le docteur *Houeix*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Ploërmel, sur une épidémie de dyssenterie qui a régné dans la commune de Tréhorenteuc, du 1er octobre au 20 novembre 1853. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Rapport de M. le docteur *Paul Menestrel* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Serecourt pendant l'année 1853. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Rapport de M. le docteur *Hérouard*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Rocroi, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1853 dans la commune de Rocroi. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Rapport de M. le docteur *de la Montagne*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Neufchâteau, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Thous depuis le 1er septembre 1853 jusqu'au 15 janvier 1854. (*Commission des épidémies.*) — *e*. Rapport de M. le docteur *Degen*, médecin des épidémies pour le canton de Volumnster, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Rimeling (Moselle) depuis le 22 novembre 1853 jusqu'au 27 décembre de la même année. (*Commission des épidémies.*) — *f*, *g*. Deux recettes de remèdes secrets adressées par les sieurs *Doussinaud* et *Krettly*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. M. le docteur *Gaussail*, membre correspondant de l'Académie, professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Toulouse, adresse un mémoire intitulé: *Documents cliniques sur les déviations de la matrice et sur leur traitement par le redresseur intra-utérin.* (*Comm.*: MM. Robert, Laugier, Depaul.)

3. Lettre de M. le docteur *Marié*, médecin à Paris, qui rappelle que, dès le mois d'avril 1832, il avait signalé l'existence de la diarrhée prémonitoire. (*Commission du choléra.*)

4. M. le docteur *Debreyne* adresse un mémoire qui a pour titre: *Théorie nouvelle du choléra épidémique ou typhus d'Asie, avec un traitement curatif et prophylactique également nouveau.* (*Commission du choléra.*)

5. Note sur la prophylaxie du choléra, par M. le docteur *Letellier*, médecin à Saint-Leu-Taverny. (*Commission du choléra.*)

6. Note sur les canaux biliaires, par M. *Puech*, membre de la Société médicale d'émulation. (*Comm.*: MM. Cruveilhier, Bouvier.)

7. Les membres du bureau de l'Association médicale d'Eure-et-Loir adressent collectivement une note en réponse à quelques unes des assertions émises dans le dernier rapport de M. Soubeiran sur l'élève des sangsues.

8. M. le docteur *Abeille* écrit au sujet de l'observation de hernie inguinale compliquée d'hydrocèle radicalement guérie par les injections iodées, communiquée dans la dernière séance par M. *Jobert*, de Lamballe. Cette méthode de traitement n'est pas nouvelle, dit M. Abeille ; on pourrait avancer avec certitude que M. Velpeau a fait certaines tentatives de ce genre il y a quelques années. M. *Abeille* rappelle aussi qu'*Auguste Bérard*, ayant voulu appliquer cette méthode dans un cas analogue à celui opéré par M. Jobert, vit son malade succomber à une péritonite consécutive. Il cite enfin un cas d'hydro-épiplocèle radicalement guéri par une injection iodée en 1851, et dont il a publié l'observation.

M. *Velpeau* demande la parole sur la correspondance ; il désire savoir de M. Jobert s'il considère comme nouvelle la méthode de guérison des hernies par les injections iodées dans le suc herniaire. Dans le cas affirmatif, il aurait le regret de se voir obligé de citer à son honorable collègue des observations déjà anciennes de hernies radicalement guéries par ce procédé.

M. *Jobert* déclare n'avoir nullement eu la prétention de faire une chose nouvelle. Il ne savait pas, il est vrai, qu'il y eût dans la science des faits semblables ; il ne connaissait ni le fait de M. Bérard ni celui de M. Abeille, et ne croyait pas que personne eût eu l'idée d'injecter de la teinture d'iode dans un sac herniaire. M. Jobert a voulu seulement présenter à l'Académie et lui faire constater un cas de hernie radicalement guéri par une injection iodée dans la tunique vaginale. Quant au cas de M. Abeille, il n'est pas comparable au sien. M. Abeille s'est trouvé en présence d'une tumeur irréductible moitié épiploon, moitié liquide. Il y a eu ponction, écoulement de sérosité, injection iodée, guérison. Que s'est-il passé? Probablement déjà le sac était bouché par l'épiploon ; l'injection n'a donc pas été très loin. M. Jobert a eu pour but d'obtenir, par une injection iodée, l'oblitération du sac, les viscères ayant été préalablement refoulés dans la cavité péritonéale.

M. *Velpeau* a vu dans les journaux que M. Jobert avait inventé un nouveau procédé pour la guérison radicale des hernies, et il a cru faire plaisir à son collègue en lui disant que cela s'était fait souvent ; il y a quinze ans déjà que c'était imprimé dans une foule de thèses. M. Velpeau n'entend pas parler des hernies étranglées où le sac a été ponctionné pour obtenir une cure radicale, mais des hernies simples ou compliquées d'hydrocèle. Il donne lecture, à ce sujet, d'un passage de son *Mémoire sur les injections iodées*, inséré dans les *Annales de chirurgie*, tome XV, page 369, année 1845, où se trouve la confirmation de ce qu'il avance. Quant au fait d'A. Bérard cité par M. Abeille, ce fait lui paraît fort extraordinaire, rien n'est habituellement aussi simple et aussi exempt de dangers qu'une injection iodée.

M. *Rostan* fait observer que M. Jobert ne réclame pas la priorité d'application du procédé en question.

M. *Velpeau* déclare qu'il en est de même pour ce qui le concerne.

M. *Danyau* fait hommage à l'Académie de la septième édition du *Traité de chirurgie* de M. Chelius, que M. Roux devait présenter, au nom de l'auteur, à la savante compagnie.

Rapports et Mémoires.

Rapport sur la farine, la semoule, le pain de gluten, présentés, d'une part, par M. E. Martin (de Vervins), de l'autre, par M. Durand, boulanger à Toulouse. (*Comm.:* MM. Rayer, Grisolle, Bouchardat, rapporteur.) — Le rapport de M. Bouchardat est divisé en deux parties distinctes : dans la première, le rapporteur s'occupe surtout de la question spéciale que se sont proposée les auteurs de ces communications, celle qui a trait à l'examen des produits qu'ils préparent pour l'alimentation des diabétiques ; dans la deuxième, il aborde la question plus générale de l'utilisation du gluten, qui se lie intimement à l'existence des amidonneries salubres.

La farine de gluten de M. Martin, telle qu'il la fabrique habituellement, contient environ 80 pour 100 de gluten sec ; il peut s'obtenir plus riche en employant cette farine à 80 pour 100 à diviser de nouveau gluten qu'il dessèche à l'étuve et qu'il pulvérise. Les farines de M. Martin se conservent bien, peuvent s'expédier au loin avec la plus grande facilité ; non seulement elles servent à préparer le pain de gluten, mais on en prépare avec la plus grande facilité des gaufres, des crêpes et les gâteaux les plus divers. M. Martin a donc résolu le problème de préparer avec le gluten les mets les plus variés et du pain se rapprochant du pain ordinaire pour son aspect et pour sa saveur. Dans les premiers essais de fabrication de pain de gluten qui ont été exécutés en 1841 par M. Martin, sous l'inspiration de M. Bouchardat, il n'obtenait qu'un pain très élastique, d'une mastication difficile, et ne se conservant pas au delà de quelques jours. M. E. Martin fabrique aujourd'hui une farine d'une facile conservation, en soumettant du gluten humide et divisé à une température de 100 degrés dans une étuve. Desséché ainsi et réduit en farine, le gluten a perdu en grande partie sa faculté extensible ; on peut l'employer alors comme la farine ordinaire en le pétrissant avec 66 parties d'eau pour 100 ; on y ajoute un demi-centième de levûre de bière, et, au bout d'une heure environ, on met la pâte sous forme d'une grosse tresse. Dans ces conditions, la pâte de gluten ne lève pas sensiblement plus que la pâte ordinaire. Elle fournit de petits pains analogues, pour l'aspect et la consistance, aux pains viennois, et qui n'inspirent plus ce dégoût qu'éprouvaient les diabétiques lorsqu'ils mangeaient le pain boursouflé et friable du gluten non préparé. — Les différents points sur lesquels portent les perfectionnements que M. Durand a introduits dans la fabrication du pain de gluten se rapportent au choix des glutens qu'il emploie, à la dessiccation parfaite du pain qu'il produit et dont la conservation se trouve ainsi assurée ; à une très légère torréfaction qu'il lui fait subir et qui le rend moins désagréable ; enfin à l'emploi d'un petit appareil qui permet de faire réchauffer le pain et de le manger dans de bonnes conditions longtemps après sa préparation. L'expérience avait appris à M. Durand combien les blés diffèrent les uns des autres sous le rapport de la matière azotée qu'ils renferment. Tant qu'il ne préparait que du pain de gluten sur une petite échelle, M. Durand a mis son expérience à profit pour extraire du gluten d'une portion de la farine qu'il panifiait dans sa boulangerie, et il compensait ce déficit par l'emploi de blés durs d'une richesse inusitée, comme l'ont si bien démontré les nouvelles recherches de M. Millon. Cette étude des glutens est importante à un autre point de vue ; elle nous montre que, lorsqu'on aura établi sur des bases solides l'utilisation du gluten des amidonneries, on ne traitera plus que des blés durs ne contenant que du gluten cohérent et exempt, pour ainsi dire, de matière azotée soluble. Les fabricants réaliseront ainsi deux avantages : le premier, de ne rien perdre d'utile dans leurs eaux de lavage, le second, de ne laisser écouler de leurs fabriques que des eaux exemptes pour ainsi dire de matières azotées, qui ne subiront plus de décomposition putride.

Les questions soulevées par MM. Martin et Durand se rapportent à un perfectionnement radical dans la fabrication de l'amidon, qui est rangée dans la première classe des *établissements insalubres*. En effet, en utilisant le gluten, non seulement on ajoute à la nourriture de l'homme, mais on supprime une grande cause d'infection.

Sur les trois cents fabriques qui sont en activité, on en trouve à peine six qui travaillent d'après les procédés salubres, bien que les encouragements de toute sorte n'aient pas fait défaut à cette industrie nouvelle. Le rapporteur esquisse rapidement les différentes phases parcourues par cet important perfectionnement de l'industrie des amidonniers. Pour que l'opération soit économique, il faut que le gluten obtenu trouve un emploi facile et avantageux : c'est là véritablement le côté difficile de la question ; car il est certain que les nouveaux procédés d'extraction de l'amidon ne présentent aucune difficulté sérieuse. Le gluten est un aliment excellent, personne n'en doute ; mais comment l'employer utilement d'une manière profitable et durable? Sans doute on peut en nourrir les animaux domestiques, le mélanger au pain dans les boulangeries ; mais ici il faut reconnaître qu'il peut exister des doutes sur la valeur économique du procédé, en raison de la difficulté du pétrissage. La main-d'œuvre est plus élevée dans les procédés par le lavage que par les procédés de l'extraction ; de plus, les moyens de conservation et d'utilisation réclament tous du temps et des soins bien entendus, ce qui, en fabrique, se traduit par de l'argent. Il paraît donc bien démontré que la question d'une large et fructueuse utilisation du gluten se trouve intimement liée avec celle de l'établissement définitif des amidonneries salubres. Donner du crédit aux aliments de luxe ayant le gluten pour base remplit donc le double but d'augmenter la masse des subsistances et de rendre plus prochaine la suppression des amidonneries insalubres. Il est d'un grand intérêt public de remplacer les amidonneries insalubres par les fabriques opérant l'extraction du gluten et l'utilisant. C'est dans cette direction que M. Martin a travaillé en fabriquant ses vermicelles, ses semoules si riches en gluten, ses pâtes plus chargées de gluten que les meilleurs macaronis d'Italie ; c'est, comme nous l'avons dit déjà, pour atteindre ce but d'un bon et fructueux emploi du gluten fourni par les amidonneries salubres, qu'a été fondée la fabrique de gluten granulé de MM. Véron, que l'Académie a encouragés de sa haute approbation. La fabrication du pain, de la farine, de la semoule de gluten pur, entreprise dans le but de satisfaire à un besoin thérapeutique, paraît devoir être beaucoup plus restreinte que ses applications à la confection d'aliments usuels ; mais comme ce pain, ces farines de gluten pur se vendent à un prix plus élevé ; si la prévision du boulanger de Toulouse, M. Durand, se réalisait, et si la consommation s'en étendait, comme elle paraît le faire dans le rayon de cette ville, le problème de l'emploi lucratif du gluten obtenu par les amidonniers serait résolu. Quand le développement de cette industrie a pour but d'augmenter la masse des subsistances, en diminuant ou plutôt en supprimant l'insalu-

brité d'une profession, les hommes qui se dévouent à ces questions ont droit à toutes nos sympathies. C'est pour cela que nous avons l'honneur de vous proposer de répondre au ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, qui vous a demandé votre avis, que l'Académie a examiné avec intérêt les produits qui lui ont été soumis par M. E. Martin et par M. Durand (de Toulouse), et qu'elle est d'avis que ces ingénieux fabricants méritent d'être encouragés.

M. *H. Gaultier de Claubry* : Le rapporteur a signalé les difficultés qu'a éprouvées, pour se faire jour, l'industrie créée par M. Martin. Il en est une qu'il n'a pas indiquée et qui a été produite, il y a longtemps déjà, à la Société d'encouragement : c'est que les caractères de l'amidon ainsi obtenu ne sont plus ceux qu'exige le commerce. Si l'aspect diffère, les résultats sont les mêmes à l'emploi, et c'est là cependant une des plus grandes difficultés qu'ait à surmonter l'industrie nouvelle. Aujourd'hui encore les fabricants et les utilisateurs n'acceptent pas, pour une même valeur, l'amidon obtenu par les procédés de M. Martin et celui des amidonneries insalubres. Il n'y a qu'un moyen de faire éprouver l'amélioration désirée à l'amidon obtenu par les lavages, c'est de le chauffer légèrement ; il prend alors toute l'apparence de l'amidon ordinaire du commerce ; mais le procédé devient alors plus complexe. Tous les faits démontrent d'ailleurs combien le procédé par les lavages offre d'avantages, ainsi que l'a reconnu, dès l'année 1833, la Société d'encouragement.

Après ces observations de M. H. Gaultier de Claubry, les conclusions de M. Bouchardat sont adoptées.

CHOLÉRA. — M. *Jolly* termine la lecture de son mémoire sur la prophylaxie et le traitement du choléra.

La séance est levée à quatre heures et demie.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Effets de l'introduction des matières putrides dans le sang, par le docteur STICH.

M. Meyer (de Berlin) a essayé de démontrer, au moyen d'expériences publiées dans les *Archives d'anatomie pathologique* de M. Virchow, le caractère contagieux du choléra. Les preuves que M. Meyer apporte à l'appui de son opinion sont des inoculations faites sur des chiens avec le sang ou les évacuations des cholériques ; cette inoculation pourrait, suivant M. Meyer, donner lieu chez les chiens à des accidents identiques avec ceux du choléra. M. Stich entreprend de démontrer, par la voie expérimentale, que les accidents cholériques que M. Meyer détermine chez les chiens doivent être attribués non pas à l'inoculation, mais à l'introduction des substances putrides dans le sang. Pour cela, M. Stich introduit les substances protéiques putrides, soit directement dans le sang des animaux, soit dans leur tube digestif. Les substances injectées sont toujours préalablement filtrées, pour éviter toute obstruction vasculaire. Les accidents produits par cette introduction de substances dans le liquide de la circulation sont principalement des vomissements, de la faiblesse, de la dyspnée, plus rarement des convulsions et des évacuations involontaires. L'affaiblissement fait de rapides progrès, le pouls et la respiration s'accélèrent, les extrémités se refroidissent, et la mort arrive dans l'espace de deux à six heures. A l'autopsie, on trouve toujours une lésion de la muqueuse du tube digestif, lors même que les symptômes, pendant la vie, n'ont pas permis de soupçonner une altération dans cet organe. Les vaisseaux de la muqueuse sont congestionnés. Il en est de même de la rate, des reins et des autres glandes situées dans l'abdomen. Lorsque les substances putrides sont introduites directement dans le tube digestif, les accidents se produisent plus lentement ; il survient de la diarrhée, les selles offrent quelquefois le dépôt analogue au riz, que l'on décrit dans les selles des cholériques. Les accidents produits étaient identiques lorsque l'on injectait les matières des évacuations des cholériques ou des fèces normales délayées dans l'eau. (*Annal. der Charité*, 3ᵉ année, livr. 2, et *Prager Vierteljahrsschrift*, 11ᵉ année, 1854, v. I, p. 21.)

Effets toxiques du bichromate de potasse, par M. HEATHCOTE.

Serait-il vrai que les antidotes de la syphilis ne possèdent la puissance de la neutraliser qu'à la condition de pouvoir produire eux-mêmes quelques symptômes analogues à ceux de cette maladie? C'est ce qu'on avait autrefois pensé du mercure, à qui l'on attribuait la propriété de développer dans la bouche et sur le système osseux des altérations comparables à celles que la vérole y engendre. Le même fait, mais plus réel, se renouvellerait, si l'on en croit M. Heathcote, à propos du bichromate de potasse dont on a vanté, dont nous avons nous-mêmes (voy. *Gaz. hebd.*, n° 18, p. 273) éprouvé l'action antisyphilitique.

Effectivement, l'auteur eut à traiter, en août 1853, un homme de trente ans, de constitution détériorée, qui avait, depuis plus de trois mois, plusieurs ulcères aux amygdales et au gosier, couverts d'une escarre cendrée, avec couleur livide de la muqueuse au pourtour. Il les considéra comme syphilitiques, malgré les dénégations du malade, et prescrivit des pilules mercurielles ainsi que de l'iodure de potassium. Mais, comme au bout de cinq jours les ulcères gagnaient du terrain, il prit de nouvelles informations, et apprit que cet individu était employé à la cristallisation du bichromate de potasse. Tous les ouvriers de la fabrique passaient pour être plus ou moins sujets à la même affection. Son père était récemment mort à cinquante-cinq ans avec des ulcères à la gorge, quoiqu'il n'en eût pas avant de commencer à prendre ce genre de travail.

M. Heathcote, changeant alors de système, donna 1/16 de grain de bichlorure de mercure toutes les quatre heures, et lui fit toucher en même temps les parties ulcérées avec une solution de 10 centigrammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau. Cela dans le double but de former un chromate d'argent inoffensif, en supposant que les ulcères de la gorge fussent dus à l'action corrosive de quelque particule de bichromate de potasse arrêtée au passage, puis afin d'opposer la puissance antiseptique du sublimé à la décomposition des tissus manifestée par les ulcérations, et résultant de l'effet du bichromate.

Quoi qu'il y ait de vrai ou d'inexact dans ces explications, il demeure à peu près établi : 1° que les ulcères de l'arrière-gorge sont communs chez les ouvriers employés à la préparation du bichromate de potasse ; 2° que, dans le cas ci-dessus, les attouchements caustiques ont suffi pour en opérer la cure. (*The Lancet*, 11 février 1854, p. 152.)

Mémoire pour servir à l'histoire de l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire aigu et de celle des cas de mort rapide et imprévue survenant dans le cours de cette affection, par J. COSSY.

L'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire aigu a été, dans ces dernières années, l'objet d'un assez grand nombre de travaux. M. J. Cossy, dont nous connaissons l'exactitude scientifique, vient d'ajouter à ces résultats antérieurs ceux que lui ont fournis deux faits cliniques observés dans le service de M. Louis. Dans deux observations recueillies avec grand soin, on trouva, après dix-sept jours de maladie dans le premier cas, après huit dans le deuxième, dans les articulations atteintes pendant le plus longtemps de la fluxion rhumatismale, ou bien seulement un aspect louche, jaune verdâtre, de la synovie, ou bien quelques flocons albumineux. Les autres altérations indiquées par M. Cossy consistaient en une rougeur avec épaississement de la membrane synoviale, aspect louche et teinte jaune verdâtre de la synovie. A ces observations recueillies par lui-même, l'auteur en ajoute deux autres, l'une publiée par M. Leflaive (*Moniteur des hôpitaux*, juillet 1853), l'autre qui lui a été communiquée par le docteur Fauvel. Dans le premier fait la synovie contenait des globules de pus facilement reconnaissables au microscope ; dans le deuxième l'altération ne consistait que dans la présence de quelques flocons albumineux contenus dans l'articulation malade. Les faits publiés par M. J. Cossy paraissent

donner un nouvel appui à l'opinion de ceux qui admettent la nature inflammatoire du rhumatisme. L'auteur ne se croit pas autorisé, vu le nombre limité de cas qu'il possède, à tirer une conclusion positive à cet égard. Un travail publié, il y a quelques années, par M. Valleix (*Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1852, fascic. 2, p. 91), contient un exposé complet des questions que soulèvent les faits cliniques de ce genre.

Les deux observations de M. J. Cossy présentent un intérêt d'actualité à un autre point de vue : nous voulons parler de la terminaison rapide et mortelle du rhumatisme articulaire aigu par des phénomènes cérébraux. Un des malades fut atteint, dix-sept jours après le début de l'affection rhumatismale, de phénomènes cérébraux. Un affaiblissement de l'intelligence, des cris, des douleurs encéphaliques survinrent brusquement et se terminèrent rapidement par la mort du malade. Chez un autre malade, l'affaiblissement, le coma, signalèrent l'issue fatale du rhumatisme. L'anatomie pathologique ne fit découvrir dans ces deux cas aucune lésion à laquelle on pût rapporter les symptômes observés pendant la vie.

Connus depuis de longues années, ces accidents cérébraux avaient été depuis quelque temps presque oubliés. M. Bouillaud (*Traité clinique des rhumatismes artic.*, p. 249, 1840), citant les opinions des anciens et trois faits de cette nature appartenant à Marjolin, à MM. Chomel et Coqueret, ajoute n'en avoir jamais observé lui-même. Il y a quelques années, l'attention fut de nouveau appelée sur ce sujet par un fait communiqué à la Société médicale des hôpitaux de Paris par M. Gosset. Cette communication fut l'occasion d'un rapport fait par M. Valleix, et d'une note très intéressante de M. Bourdon. M. Vigla publia l'année suivante (*Archives gén. de méd.*, juillet 1853, p. 21) un mémoire lu devant la même société. On voit que les faits se multipliaient chaque jour. M. Vigla, résumant et étendant les travaux antérieurs, réunit dans trois classes les formes de ces accidents cérébraux : 1° délire et réunion de la plupart des symptômes, et probablement des lésions propres à la méningite (*méningite rhumatismale*) ; 2° état ataxique brusque et imprévu, bientôt remplacé par un collapsus (*apoplexie rhumatismale*) ; 3° délire simple se développant dans le cours du rhumatisme (*rhumatisme compliqué de délire*). Les deux faits de M. Cossy rentrent, l'un dans la première classe, l'autre dans la deuxième. Remarquons en outre que la maladie survint une fois en avril, l'autre fois en novembre, ce qui vient à l'appui de l'opinion émise par M. Bourdon, que ces accidents cérébraux reconnaissent souvent pour cause l'influence d'une température froide. (*Archives gén. de méd.*, mars 1854, p. 286.)

Emploi du nitrate d'argent à l'intérieur dans la chorée.

On connaît le nombre et la diversité des moyens thérapeutiques conseillés dans le traitement de la chorée; vouloir les énumérer serait entreprendre une énumération stérile; le médicament dont l'emploi vient d'être vanté en Allemagne, ira peut-être grossir le nombre de ces agents thérapeutiques, prisés outre mesure, et puis rapidement oubliés. Cependant nous croyons devoir l'indiquer à nos lecteurs : 15 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé sont dissous dans 15 grammes d'eau; on donne chaque jour, en commençant, trois cuillerées à café de la solution ; en augmentant chaque jour les doses, on atteint sept cuillerées par jour. Cette dose détermine la diminution et la cessation des accidents convulsifs. L'amélioration une fois produite, on a soin de continuer quelque temps encore le médicament à doses décroissantes. (*Journal fuer Kinderkrankh.*, 1853.)

Nouvelle variété d'hémorrhagie du gros intestin chez les enfants nouveau-nés, par le docteur SCHULLER.

Cette variété d'hémorrhagie intestinale offre peu d'intérêt relativement au diagnostic et à la thérapeutique, mais sa rareté anatomo-pathologique, le singulier mode de sa formation, méritent de fixer l'attention. Il s'agit d'une hémorrhagie qui a pour siége principal les follicules du gros intestin. A l'ouverture du cadavre de trois petits malades, M. Schuller trouva, dans la partie inférieure du gros intestin, du sang plus ou moins noirâtre mêlé à des matières fécales. La membrane muqueuse, à ce niveau, était parsemée de saillies qui variaient en grosseur du volume d'une lentille à celui d'un pois; ces petites tumeurs sont presque confluentes, à peine séparées par un intervalle d'une à deux lignes. L'examen attentif de chacune de ces tumeurs montre qu'elles sont formées par les follicules isolés pleins de sang. M. le docteur Schuller rapporte l'histoire des trois malades chez lesquels il rencontra cette lésion. On peut y voir que chez deux enfants la diarrhée fit complétement défaut, et que, chez le troisième, elle avait cessé quelque temps déjà avant le flux sanguin. Dans ces trois cas l'hémorrhagie intestinale avait pour siége exclusif le gros intestin; elle s'accompagnait de la formation de petites extravasations sanguines autour de l'anus. Toujours l'hémorrhagie intestinale s'est terminée rapidement par la mort. Des trois enfants qui furent atteints de cette maladie, deux étaient faibles, le troisième d'une constitution moyenne. (*Zeits. d. k. k. Gesells. d. Aerz te zu Wien*, 1854, 1er livr.)

Kyste de l'ovaire guéri par la teinture d'iode administrée à l'intérieur, par le docteur FICINUS.

Le docteur Ficinus n'est pas le premier qui ait essayé de guérir les kystes de l'ovaire par la teinture d'iode. Les préparations iodées avaient été conseillées antérieurement en Angleterre et en France. Depuis quelques années l'usage interne de ce médicament était tombé dans l'oubli, et l'iode n'était guère employé dans le traitement des kystes ovariques qu'en injections. Le danger inséparable de ce dernier procédé a, jusqu'ici, éloigné beaucoup de praticiens de son emploi. Le moyen vanté par notre confrère allemand ne peut mériter le même reproche. Sans vouloir, à beaucoup près, nous porter garants de l'efficacité de cette méthode, nous nous bornerons à la signaler. Le fait cité par M. Ficinus pourra donner une idée du mode d'application de l'agent thérapeutique.

OBS. — L'auteur fut appelé, en avril 1853, auprès d'une femme de vingt et un ans, mariée depuis huit mois, et que l'on croyait enceinte. Depuis quelques jours, cette femme accusait de vives douleurs abdominales, telles qu'on pouvait à peine palper le ventre : on crut néanmoins percevoir un sentiment assez distinct de fluctuation au niveau d'une tumeur à l'hypogastre. Au toucher vaginal, on constata un raccourcissement du col analogue à celui que présente cette partie au cinquième mois de la grossesse. La malade n'avait jamais perçu les battements d'un fœtus. Cet examen, assez incomplet, fit admettre à M. Ficinus un kyste de l'ovaire. Il ordonna une infusion de feuilles de digitale avec des additions de nitrate de potasse, une application de ventouses scarifiées et des frictions mercurielles et iodurées sur l'abdomen. Sous l'influence de ce traitement, l'état de la malade s'améliora, la fièvre et la douleur diminuèrent. Un nouvel examen, pratiqué à cette époque, confirma le diagnostic d'hydropisie enkystée de l'ovaire. On prescrivit alors vingt-cinq gouttes répétées trois fois par jour d'un mélange à parties égales de 6 grammes de teinture d'iode, d'aconit et de digitale. On augmenta la dose, et l'on atteignit trente-cinq gouttes. Vers le milieu du mois de mai, on remplaça la teinture d'aconit par la teinture de semences de colchique. Une amélioration se produisit si rapidement, que la malade pouvait déjà faire quelques promenades, et au mois de juillet elle reprenait ses occupations. Le ventre avait diminué considérablement de volume, mais on sentait encore une petite tumeur indolente à la partie inférieure gauche de l'hypogastre.

Cet exposé de l'histoire de la maladie justifiera sans doute ce que nous disions au début de cette analyse. Le diagnostic ne nous semble pas parfaitement prouvé; or si au lieu d'un kyste on a eu affaire dans ce cas à une ovarite ou à un phlegmon des annexes de l'utérus, on comprend qu'il faudra rabattre beaucoup du mérite de cette médication mixte, où la teinture d'iode était associée à d'autres médicaments actifs. (*Allegemeine medic. Centr.-Zeit.*, 18 mars 1844.)

Action sédative du bromure de potassium sur les organes de la génération, par le docteur THIELMANN.

Le docteur Thielmann a fait usage du bromure de potassium avec avantage dans le priapisme qui accompagne certaines formes de blennorrhagie. Outre l'emploi de ce moyen à l'intérieur, il

conseille l'emploi local sur le pénis de compresses d'eau tiède recouvertes de taffetas gommé, pour empêcher l'évaporation. Ce médicament semble avoir réussi entre les mains du praticien russe contre le satyriasis et les pollutions nocturnes. La formule est la suivante :

Bromure de potassium 1gr,25 — 2 grammes.
Sucre en poudre. . . . . 6 grammes.

Mêlez et divisez en 12 paquets égaux, à prendre toutes les deux heures. (*Medic. Zeit. Russland's*, 1854, n° 1 ; et *Algem. medic. Centr.-Zeit.*, 18 mars 1854.)

Éclampsie survenant neuf jours après l'accouchement, par le docteur Grenser.

Le titre même de l'observation indique ce qu'elle a d'exceptionnel. Les cas d'éclampsie survenue un assez grand nombre de jours après l'accouchement sont assez rares pour qu'il soit intéressant de les relever.

Obs. — Une femme, âgée de vingt-quatre ans, couturière, d'une taille moyenne, d'un embonpoint médiocre, enceinte pour la seconde fois, entre, le 25 février, à la maison royale d'accouchement de Dresde. Dans l'après-midi du même jour, les douleurs de l'accouchement se manifestent et atteignent rapidement une grande intensité. A cinq heures et demie du soir, le col était complétement dilaté, et à six heures et demie cette femme accouchait d'un enfant en état d'asphyxie apparente, et ramené promptement à la vie par les moyens appropriés. La délivrance ne présenta rien d'anormal ; il en fut de même des suites de couches, seulement la malade accusa un peu de sensibilité du côté gauche de l'abdomen ; cet accident fut combattu avec succès par des applications de cataplasmes sinapisés. Neuf jours après l'accouchement, la malade, qui allaitait son enfant, accusa de la céphalalgie ; la peau était chaude, la face rouge, le pouls fréquent. Des convulsions apparurent tout à coup dans les muscles de la face, et s'étendirent de là à tout le corps. La face était d'une couleur rougeâtre violacée, la respiration saccadée, les lèvres recouvertes d'écume. Ces convulsions durèrent cinq minutes environ, et firent place à un état comateux. Une heure après l'attaque, la malade reprit connaissance, mais continua à se plaindre de faiblesse, de céphalalgie, qui persista toute la nuit. Le lendemain, une attaque éclamptique plus violente survint : on pratiqua une saignée générale de 12 onces, et l'on appliqua seize sangsues au front et aux tempes ; de la glace fut maintenue sur la tête, et l'on fit prendre à la malade, toutes les deux heures, 1 grain de calomel. A partir de cette époque, les convulsions ne reparurent plus, la malade demeura encore quelque temps faible. Quinze jours après le début des accidents, elle quittait l'hôpital guérie. (*Monatsschrift fuer Geburtskunde*, vol. III, liv. 2, p. 143 ; février 1854.)

Grossesse extra-utérine ; expulsion des os du fœtus vingt-cinq ans après la grossesse, par le docteur Bogren.

Obs. — Une femme de soixante-quatre ans rendait depuis quelque temps par l'intestin des os de fœtus ; elle assurait sentir encore la présence d'autres corps étrangers dans le rectum. En examinant les os que la malade avait recueillis, on constatait qu'il manquait au squelette le frontal, les pariétaux, un os iliaque, un fémur, et les deux omoplates. Les os expulsés paraissaient appartenir à un fœtus de sept mois : ils étaient solides, intacts et recouverts de dépôts phosphatiques. Cette femme avait eu deux accouchements à terme : à l'âge de trente-huit ans, elle devint enceinte pour la troisième fois ; six semaines avant l'époque terminale présumée de la gestation, elle éprouva des douleurs abdominales, suivies de l'écoulement d'un liquide sanguinolent fétide. Le fœtus ne fut pas expulsé, et le volume de l'abdomen ne diminua pas. A partir de cette époque, cette femme ne présenta pas un état de santé parfaite ; elle put néanmoins reprendre ses occupations ordinaires. Les règles reparurent, et se supprimèrent spontanément à l'époque critique habituelle. (*Medic. Zeit.*, *Hufeland's*, n° 31, 1853, et *Monatsschrift fuer Geburtskunde*, vol. III, 2e livr., p. 148 ; février 1854.)

Cas de mort par l'inhalation du chloroforme, par M. John Harrison.

S'il est en chirurgie un cas où l'anesthésie soit une question d'utilité plus que de commodité pour le patient, c'est, sans contredit, celui d'une luxation ancienne, surtout lorsque le même os a été simultanément fracturé ; car il importe alors de ménager assez les tractions pour ne pas rompre une consolidation récente encore ; et l'anesthésie fournit justement le moyen de remplir cette indication de la manière la plus convenable.

Malgré l'excuse qu'une circonstance semblable donnerait, s'il en était besoin, à sa conduite ; malgré toutes les précautions dont il a entouré son malade avant, durant et après l'opération, c'est encore un revers que M. Harrison a eu à enregistrer pour s'être servi du chloroforme.

Obs. Madame Morgan, âgée de cinquante-neuf ans, bien portante, avait eu, il y a deux mois, une luxation en avant du bras gauche ; une irrégularité qu'on aperçut alors à la surface de l'os fit présumer que la luxation s'était accompagnée de quelque fracture partielle.

Elle entra à l'hôpital de Bristol le 19 janvier 1854 pour la faire réduire. On décida en consultation d'employer le chloroforme, et la malade consentit à en subir l'application. On le lui administra étant couchée sur son lit, après avoir constaté l'intégrité des fonctions circulatoire et respiratoire, si ce n'est que les mouvements d'inspiration paraissaient un peu moins libres du côté droit que du côté gauche.

On commença par une drachme (quatre grammes) de chloroforme versé sur une éponge, en ayant soin de laisser un passage suffisant à l'entrée de l'air atmosphérique. Aucun effet inaccoutumé ne se manifestant au bout de cinq minutes dans la condition générale de la patiente, on versa une seconde drachme. Presque immédiatement après, la respiration devenant stertoreuse, on cessa la chloroformisation. Mais aussitôt le pouls qui, jusque-là, s'était maintenu ferme devint soudainement imperceptible, et la respiration s'arrêta en même temps.

On s'empressa de tirer la langue au dehors à l'aide d'un ténaculum, d'arroser la face d'eau froide, d'ouvrir la croisée. On appliqua le galvanisme au moyen d'une pile qui se trouve là pour le cas d'accident, et l'on commença par la narine la respiration artificielle, qui fut ensuite continuée par la trachée, après qu'on eut pratiqué une ouverture à celle-ci. Ces secours semblèrent d'abord ramener quelques efforts respiratoires convulsifs ; mais après avoir infructueusement continué leur usage durant une heure, on dut y renoncer.

Autopsie. Adhérences pleurales étendues à droite ; poumons sains, mais gorgés d'un sang noir fluide. Le ventricule droit du cœur, vu à l'extérieur, semble affaissé ; ses parois paraissent plus pâles qu'à l'état naturel ; celles du côté gauche sont normales. Une drachme environ de sang entièrement fluide existe dans chacune des cavités, droite et gauche. Valvules saines, à part deux ou trois petits points de dépôt athéromateux vers le bord adhérent de la valvule mitrale. Durant le premier pouce de leur trajet, les deux artères coronaires sont très dilatées et garnies de dépôts athéromateux et osseux qui se remarquent encore, mais très disséminés et de fort petit volume dans le reste de leur étendue.

Une partie de la paroi du ventricule droit, soumise à l'examen microscopique, laissa voir un état de dégénérescence graisseuse commençante.

Cerveau sain, très pâle ; ses vaisseaux sont vides. Peu de fluide dans les ventricules.

La grande tubérosité de l'humérus avait été détachée du reste de l'os ; mais elle y était actuellement soudée par un cal à la vérité encore assez peu résistant.

Quoique l'état des fonctions, interrogées soigneusement avant l'inhalation chloroformique, eût paru tout à fait satisfaisant, M. Harrison dit néanmoins avoir ensuite appris d'un médecin que cette femme était habituellement sujette à des attaques de syncope. Il ajoute que, lorsque l'accident eut lieu, l'aspect de la malade fut entièrement celui d'une personne subitement frappée de syncope.

Nous n'avons pas besoin de faire sentir combien ces deux remarques tendent à confirmer la justesse de l'explication récente qui attribue la mort, dans ces cas, à une syncope. (*Association Medical Journal*, fév. 1854, p. 109.)

Des exostoses pédiculées des os longs, par M. Syme.

Naissant ordinairement de la face interne du fémur, au-dessus des condyles ou du col de l'humérus, avec un pédicule d'un demi-

pouce à un pouce de longueur, qui s'implante obliquement sur le corps de l'os, ces tumeurs sont comme noueuses, bosselées, recouvertes d'un cartilage qui leur donne un aspect perlé, et n'ont aucune connexion avec les parties environnantes. Elles offrent, comme d'ailleurs la plupart des autres exostoses, cette circonstance remarquable que, parvenues à un certain degré de développement, elles n'augmentent plus ensuite de volume. Entre autres faits qui le prouvent, M. Syme cite, quoiqu'elle ne soit pas afférente au sujet, l'observation suivante.

Une dame d'un rang élevé le consulta pour une tumeur s'élevant de la surface du pharynx, et dont elle demandait qu'on fît l'ablation; mais comme elle présentait tous les caractères d'une exostose, et que, d'après les renseignements, elle paraissait avoir alors acquis toute sa grosseur, M. Syme refusa d'en pratiquer l'extirpation.

Un autre exemple se rapporte plus directement aux exostoses que l'auteur a surtout eu en vue de décrire ici.

M. Syme avait reconnu, il y a vingt ans, chez un malade, l'existence d'une exostose située sur le côté externe du fémur. Il lui recommanda d'éviter tout exercice violent. Depuis lors, il avait été informé de temps en temps que l'exostose conservait le même volume. Tout d'un coup cependant, en février 1851, il fut appelé par le docteur Handyside auprès de ce malade. L'état stationnaire avait cessé ; il se manifestait du gonflement et une fluctuation profonde. Le repos, un vésicatoire, une compression modérée firent disparaître ces symptômes ; et, une fois qu'ils se furent dissipés, on retrouva l'exostose avec ses dimensions anciennes toujours les mêmes.

Une servante, porteur de cette même affection, reçut un coup qui fractura le col de la tumeur et la détacha. Redoutant la suppuration, M. Syme mit cette exostose à découvert et la trouva dans un sac de sérosité. L'examen fit reconnaître qu'une membrane synoviale couvrait la tumeur, et que, lors de la contusion, la sérosité s'était épanchée à travers cette membrane déchirée.

Le mode d'implantation de ces tumeurs sur l'os, par une partie rétrécie, permet souvent de les attaquer avec avantage pour en faire l'ablation, lorsque celle-ci est indiquée par quelque circonstance particulière.

Ainsi M. Syme fut appelé, avec M. Simpson, auprès d'une jeune dame qui souffrait des douleurs atroces par l'effet d'une exostose du côté interne du col de l'humérus, pressant sur le plexus axillaire. On avait, vu sa situation, jugé impossible de l'enlever; mais après un examen attentif, M. Syme trouva qu'elle naissait par un pédicule de la partie externe et postérieure de l'humérus. A l'aide d'une incision faite entre le deltoïde et le triceps, il divisa ce pédicule au moyen de cisailles tranchantes, et extirpa heureusement la tumeur. (*Dublin Medical Press*, 25 janvier 1854, p. 52.)

Tumeurs verruqueuses des cicatrices, par M. Giuseppe Rosso.

Le cas suivant, type de cette maladie encore peu connue, servira au moins à multiplier les données sur lesquelles son histoire méthodique et complète pourra un jour être fondée.

Un berger, âgé de trente ans, robuste et assez bien portant, avait, depuis nombre d'années, au talon droit, une large cicatrice suite de brûlure. Il entra à l'hôpital pour une espèce de tumeur arrondie, peu élevée, à large base, du diamètre d'environ 4 centimètres, qui, depuis un an, avait commencé à se développer sur cette cicatrice, exposée, par sa situation, à des chocs et des frottements répétés. Elle était couverte d'une substance jaunâtre et dense, qu'on détachait aisément de sa surface par une légère friction. A la superficie, la peau offrait çà et là des excoriations d'où suintait un fluide séro-purulent. La tumeur était douloureuse et saignait facilement. Dense et consistante au premier coup d'œil, elle se laissait affaisser et se décomposait en un grand nombre de filaments très analogues aux papilles filiformes de la langue.

M. Rosso employa d'abord les émollients, puis les dessiccatifs. Il recourut ensuite, mais sans plus d'avantage, aux caustiques les plus actifs. Il essaya aussi d'ébarber la superficie de la tumeur, et de toucher alors, avec un pinceau imbibé d'acide sulfurique la surface dénudée ; mais les végétations ne firent que croître avec une nouvelle force.

Il fallut donc en venir au remède par excellence, le seul qui se soit montré efficace dans des cas pareils, à l'extirpation. Mais, afin de bien préciser l'origine de cette dégénérescence, M. Rosso eut soin de la circonscrire par deux incisions semi-lunaires, en enlevant la partie de tégument comprise entre elles, et il reconnut ainsi que la racine de la tumeur ne s'étendait qu'à la cicatrice même, et non au tissu cellulaire sous-jacent.

La plaie guérit d'une manière solide, et la tumeur ne se reproduisit point. (*Il Progresso, giornale di Genova*, janv. 1854, p. 3.).

Rupture d'une ankylose du genou. Accidents. Amputation de la jambe, par M. Morales.

L'enseignement pratique de ce fait ressort du seul énoncé des principales circonstances qu'il présente.

Obs.—Un homme de vingt-neuf ans, bien constitué, avait depuis neuf ans une ankylose incomplète du genou, formée à la suite d'une inflammation résultant de cause traumatique. S'étant mis entre les mains d'un ignorant, l'ankylose fut effectivement rompue par des manœuvres violentes. Mais la jambe demeura luxée en arrière, le fémur faisant en avant une saillie de quatre travers de doigt. Quatre trajets fistuleux s'établirent, et la tuméfaction de la jointure, les douleurs, l'impotence du membre, la fièvre hectique devinrent telles, que l'amputation de la cuisse fut la seule ressource. Heureusement le malade guérit.

L'autopsie du membre montra, outre les désordres déjà signalés, que les ligaments du genou étaient détruits, ainsi que la totalité des cartilages articulaires. (*La Cronica de los hospitales*, 24 févr. 1854, p. 105.)

Procédé de Dupuytren, modifié, contre le prolapsus du rectum, par M. Posta.

Ni le nombre ni l'importance des changements que l'auteur propose ne nous paraissent justifier ce titre un peu ambitieux. M. Posta avertit d'abord les praticiens de ne point exécuter l'excision des plis anaux sur un sujet atteint de syphilis constitutionnelle, avant d'avoir neutralisé celle-ci au moyen des spécifiques. Sans cette précaution, chaque perte de substance pourrait se transformer en un ulcère de mauvaise nature.

En second lieu, on devra se garder de pratiquer l'excision sur la partie de l'anus qui correspond ou fait suite au raphé périnéal. Le voisinage de l'urètre est capable, si la suppuration s'emparait de la surface dénudée, d'occasionner un abcès qui pourrait compromettre l'intégrité de ce canal.

Quoiqu'une pareille appréhension semble un peu exagérée, ce n'est pas un motif pour refuser d'obéir au précepte qu'elle suggère, d'autant plus qu'on le peut aisément en faisant de préférence porter les excisions sur les côtés, ainsi que sur la partie postérieure du contour anal. (*Il filiatre sebezio*, février 1854, p. 95.)

Sur la position à donner à la femme pendant l'accouchement, par M. Hubert.

Le décubitus dorsal usuel en France, ou le coucher sur le côté, préféré en Angleterre, ou bien encore la pronation, sur les coudes et les genoux, ne constituent-elles qu'une question d'habitude, qu'une affaire de mode ou de mœurs nationales ? Chacune de ces attitudes ne satisfait-elle pas, au contraire, à une indication réelle ? C'est ce que pense et ce qu'a fort bien démontré M. Hubert.

Selon lui, dans le cas de version à opérer, par exemple, si l'enfant, présentant l'épaule, a le ventre tourné en arrière, il vaut mieux laisser la femme sur le dos. La manœuvre n'en sera que plus aisée.

Mais si le fœtus a le ventre en avant, ses membres pelviens se trouvant contre la paroi antérieure de la matrice, alors, en faisant rester la femme sur le dos, l'accoucheur ne peut parvenir aux pieds qu'en portant la main en pronation et fortement en avant. Ou, si les eaux sont écoulées, si surtout le ventre est en besace, l'arcade pubienne comprimant l'avant-bras l'aura bientôt engourdi,

le rendra incapable d'agir, l'empêchera de pénétrer aussi avant qu'il est quelquefois nécessaire.

Loin de là, si vous placez la femme sur les coudes et les genoux, la main, en supination, n'a qu'à suivre presque en ligne droite et horizontalement d'arrière en avant, les parois antérieures du bassin et de l'utérus, ce qui s'opère très facilement.

Mais cette situation, outre ce qu'elle a de blessant pour la pudeur des femmes, étant assez gênante à conserver, voilà comment, dans le cas spécifié, M. Hubert parvient à réaliser tous les avantages qu'elle donne, sans néanmoins l'imposer à la patiente. Il laisse la femme sur le dos jusqu'à ce que la main droite ait franchi le col de la matrice; il fait alors fléchir la cuisse et la jambe droite de la malade; puis, pendant qu'elle se tourne, ou que des aides la font tourner *sur son flanc gauche*, il fait passer le membre fléchi au-dessus de son bras droit, et se trouve ainsi du côté du dos. Il peut alors longer la paroi antéro-latérale gauche, et même la paroi antérieure de la matrice, pour aller à la recherche des pieds. Ceux-ci ramenés à la vulve, il replace la femme sur le dos.

Par cet ingénieux procédé, M. Hubert tire de l'attitude en pronation tous les avantages qu'elle peut rendre, sans l'imposer cependant à la patiente. Il cite plusieurs cas où, grâce au secours de cette manœuvre, tel confrère qui ne parvenait pas à toucher les pieds du fœtus, a pu les atteindre lorsque la main, secondée par ce changement de position, a pu pénétrer plus avant.

Pour la délivrance, si, malgré la poulie de renvoi, les tractions se perdent contre la paroi antérieure du col, et ne peuvent faire sortir le placenta, il faut coucher la femme sur l'un de ses côtés, se placer derrière elle, et tirer simplement vers soi. S'il n'y a pas d'adhérence anormale, ces tractions, devenues à peu près parallèles à l'axe de la matrice et à celui du détroit supérieur, amèneront facilement la délivrance. (*Annales médic. de la Flandre occidentale*, 1854, 3ᵉ livraison, p. 71.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

De la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme, et principalement avec la médecine et l'hygiène publique, par P. Foissac. 2 vol. in-8. Paris, chez J.-B. Baillière.

L'influence exercée par les agents extérieurs sur le développement organique et la santé de l'homme est d'une telle importance, qu'à chaque pas, dans l'exercice de son art, le médecin se trouve invinciblement entraîné à se préoccuper des conditions incessamment variables du milieu ambiant. La publication d'un traité de météorologie dans lequel les grands phénomènes atmosphériques fussent mis en présence des actes de la vie, de manière à faire ressortir leurs relations étroites et leur mutuelle dépendance, ne pouvait être entreprise que par un homme profondément versé dans les sciences physiologiques et pathologiques, et en même temps initié aux notions les plus délicates de la physique générale. M. le docteur Foissac est un des esprits rares qui réunissent à un haut degré cette étendue et cette variété de connaissances; il a abordé les difficultés de son sujet en homme sûr de ses forces. Le livre dont il vient d'enrichir la science sera consulté avec beaucoup de fruit par les physiciens, et devra servir de guide aux médecins dans l'étude si complexe, si négligée de nos jours, et cependant si importante, des rapports de l'être vivant avec les grands agents de la nature. Un coup d'œil rapide jeté sur le travail de M. Foissac suffit pour montrer comment cet ouvrage comprend dans son cadre l'ensemble des phénomènes météorologiques et touche en même temps aux points les plus ardus et les plus intéressants de la science de l'homme.

Dans la première partie, M. Foissac a fait précéder l'histoire des fluides impondérables par des considérations préliminaires sur le principe de la vie et les générations spontanées. Cette dissertation, qui trouverait sa place dans un traité de physiologie, a été pour l'auteur une occasion de développer avec un grand talent des idées d'un ordre très élevé, et forme d'ailleurs une excellente introduction à un ouvrage dont le but principal est de montrer dans tout son jour le rôle joué par les agents extérieurs dans les phénomènes de la vie.

Dans les deux premiers chapitres nous trouvons une histoire très complète de ces magnifiques phénomènes météorologiques dans lesquels la lumière joue le rôle principal, et qui ont le privilége d'attirer si fortement l'attention et de piquer à un si haut degré la curiosité des observateurs. Malgré toutes les difficultés dont une pareille exposition est hérissée, l'auteur a su jeter un grand intérêt sur la description de ces brillants météores; il a su exposer avec une lucidité remarquable le mécanisme parfois si compliqué de leur manifestation.

Le troisième chapitre est un exposé rapide des faits relatifs à l'action exercée par la lumière sur les substances inorganiques; il renferme de bonnes notions sur la photographie, et forme une introduction naturelle au chapitre suivant, consacré à l'examen de la question si intéressante de l'action de la lumière sur les êtres organisés. M. Foissac a analysé et discuté avec beaucoup de soin et de talent les observations et les expériences qui démontrent l'importance de l'insolation directe dans le développement des plantes et des animaux, et a ainsi dressé un inventaire complet de l'état de la science que les physiologistes consulteront avec fruit. Mais nous regrettons que l'auteur, après avoir, dans le chapitre précédent, caractérisé l'action chimique de la radiation solaire, ne se soit pas élevé à une grande vue d'ensemble pour montrer tout le jour que les expériences daguerriennes jettent sur ces rapports mystérieux de la lumière directe et du développement organique des êtres. C'eût été pour lui une belle occasion de faire sentir comment, en dehors de sa propriété d'éclairement et d'échauffement, le rayon solaire, par son activité chimique, est propre à entretenir et développer le mouvement de composition et de décomposition à la périphérie des êtres organisés, dans les points qui établissent un contact immédiat entre leur corps et le milieu ambiant. Si M. Foissac avait envisagé le sujet de ce point de vue, il n'aurait peut-être pas dit que l'action de la lumière sur les êtres vivants n'est qu'une *influence secondaire*.

Dans le cinquième chapitre, nous avons trouvé une très bonne exposition des principes fondamentaux de la théorie de la chaleur; la question de l'influence exercée par cet agent sur les phénomènes de la vie y est très bien posée. Ce chapitre est une excellente préparation à la quatrième et à la cinquième partie de l'ouvrage, entièrement consacrées à l'histoire de la température ambiante et de la climatologie.

M. Foissac a traité avec beaucoup de développement tout ce qui, dans la météorologie, se rapporte à l'électricité. L'histoire de l'électricité atmosphérique, dans ses sources et dans sa distribution, ne laisse rien à désirer, ni pour la richesse des matériaux, ni pour la clarté et la méthode de l'exposition. Nous en dirons autant du tableau qu'il a tracé des phénomènes électriques pendant les orages et des indications relatives aux moyens de se préserver de la foudre. L'auteur a développé ensuite avec un soin tout particulier la grande question de l'électricité animale et du rôle joué par l'électricité dans les phénomènes de la vie. Son ouvrage contient un excellent exposé des phénomènes présentés par les poissons électriques et des belles découvertes de MM. Matteucci et Dubois-Reymond; il donne d'excellents conseils sur l'emploi de l'électricité comme moyen thérapeutique; il renferme des idées très justes à propos de l'influence de l'électricité atmosphérique sur les êtres organisés. Mais l'auteur ne se laisse-t-il pas glisser avec trop de complaisance sur la pente séduisante de l'*identité* du fluide nerveux et de l'électricité dynamique? Nulle part il n'affirme cette identité comme un fait démontré, mais il la présente comme *tellement probable* que la question nous paraît complétement jugée, dans son esprit, du côté de l'affirmative. Ce n'est pas ici le lieu de discuter cette grande doctrine; peut-être, en creusant le sujet, serions-nous entraîné dans un camp opposé à celui de M. Foissac; et, dans tous les cas, nous pensons qu'il y a encore

bien des difficultés sérieuses à résoudre, bien des lacunes à combler dans l'histoire des phénomènes nerveux et de l'électricité elle-même, avant que l'opinion si habilement défendue par Galvani à la fin du XVIII[e] siècle soit admise à prendre dans la science le rang d'une vérité démontrée.

Cette première partie de l'ouvrage de M. Foissac se termine par l'histoire du magnétisme terrestre et des aurores boréales. Ces questions de météorologie sont traitées avec toute l'exactitude et tout le talent que nous avons déjà eu si souvent occasion de signaler. Ici se trouve un chapitre très intéressant, intitulé : *De l'influence de l'aimant sur l'homme.* C'est une très brillante dissertation sur les sympathies et les antipathies soudaines, sur l'instinct des animaux, et sur les propriétés occultes attribuées aux aimants dans les siècles qui nous ont précédés. Les pages consacrées à l'examen de ces questions se lisent avec charme ; elles font aussi beaucoup réfléchir, parce que, toujours ingénieux dans ses rapprochements, M. Foissac répand sur les sujets qu'il aborde les lumières d'une saine philosophie.

La deuxième partie du traité de météorologie est consacrée tout entière à l'histoire des eaux. C'est une exposition complète et très bien faite de tout ce qui est relatif à la composition et aux qualités des eaux, à la température des sources, des rivières, des lacs et des mers, à la formation des glaces polaires, aux mouvements, à la phosphorescence et à la salure des mers. Ici l'ouvrage dont nous nous occupons touche à des points fort importants de thérapeutique et d'hygiène publique ; nous ne saurions trop en recommander la lecture et la méditation aux médecins préoccupés de ces grandes questions : ils ne trouveront nulle part une aussi bonne exposition de l'état actuel de la science.

Dans la troisième partie, M. Foissac s'occupe de l'atmosphère sous le double rapport de sa composition et de la pression qu'elle exerce sur les corps situés à la surface de la terre ; il développe la théorie des vents et de tous les météores aqueux ; il parle enfin des étoiles filantes et de l'influence exercée par les phases lunaires sur les phénomènes météorologiques et sur les êtres vivants. Les bornes assignées à une simple analyse ne nous permettent pas de suivre l'auteur dans tous les détails d'un sujet aussi étendu. Forcé d'opter, nous nous contenterons de dire que la partie météorologique nous a paru à la hauteur de ce qui a été fait de mieux sur cette matière, et nous appellerons l'attention des médecins sur quelques points qui sont en rapport avec leurs études habituelles. M. Foissac a fait une très belle étude de la pression atmosphérique. Dans la description du *mal des montagnes* et la détermination des symptômes qui le caractérisent, il a mis à profit les recherches les plus récentes dont la science s'est enrichie. Appuyé sur ces documents précieux, choisis et discutés avec une rare sagacité, il a jeté de vives lumières sur ce sujet délicat de physique animale, et a présenté, en terminant, des aperçus pleins de justesse sur l'emploi des bains d'air comprimé comme moyen thérapeutique. Le paragraphe consacré à l'influence des vents sur l'économie est un morceau d'hygiène publique d'un grand intérêt, plein de faits importants et traité d'une manière magistrale. L'auteur a terminé cette troisième partie de son ouvrage par l'examen de la question si controversée de l'influence exercée par les phases lunaires sur les êtres organisés et sur l'homme en particulier. Cette étude, très consciencieuse et très savante, sera lue avec beaucoup de fruit par les médecins. L'auteur expose avec un soin infini et discute avec un talent remarquable les diverses opinions émises à ce sujet depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Ce chapitre est un vrai modèle d'analyse à la fois délicate et judicieuse.

La quatrième partie du traité de météorologie est une étude très bien faite de la température ambiante considérée dans ses sources, dans sa distribution à la surface du globe et dans les causes de ses variations suivant les saisons et suivant les positions géographiques. Indépendamment de la latitude et de l'altitude, qui sont les deux principales conditions déterminantes de la température moyenne d'un lieu, l'auteur a fait ressortir avec beaucoup de soin l'influence exercée par l'étendue, la configuration et l'exposition des continents. Les médecins trouveront, dans les derniers chapitres de cette quatrième partie, des documents très précieux sur les plus grandes chaleurs et les plus grands froids observés, sur les différences de température des deux hémisphères, et surtout des considérations générales sur les diverses régions du globe dont nous ne saurions trop recommander la méditation aux hygiénistes et aux physiologistes.

La cinquième et dernière partie de l'ouvrage commence par un excellent résumé des grandes perturbations qui, aux époques les plus reculées de l'existence de notre planète, ont si profondément modifié sa surface. Puis, M. Foissac, à l'aide de documents d'une haute valeur, discute avec un talent remarquable la grande question de l'invariabilité des climats depuis l'origine des temps historiques. Les pages consacrées à l'examen approfondi de ce problème suffiraient à elles seules pour assurer au traité de M. Foissac une place très distinguée dans la littérature médicale. Ce n'est pas une courte et froide analyse qui peut donner une idée même approchée de l'importance et de la variété des questions soulevées, discutées, résolues dans cette belle étude des principales conditions physiques d'un climat. Ces deux dernières parties de la publication de M. Foissac forment un très remarquable traité de climatologie, d'autant plus précieux pour les médecins, qu'ils y rencontreront à chaque page d'excellentes inductions hygiéniques.

Dans cet examen rapide, nous n'avons pu qu'indiquer les principales questions étudiées par l'auteur, et montrer qu'il est resté fidèle à l'immense cadre tracé dans le titre de son ouvrage. Les personnes familiarisées avec les études de météorologie sentiront tout ce qu'il a fallu de travail patient et persévérant pour réunir les matériaux épars d'une œuvre aussi vaste. M. Foissac est toujours remonté aux vraies sources, aux mémoires originaux ; il a ainsi répandu sur son ouvrage les trésors d'une érudition de bon aloi, bien choisie, bien digérée, qui éclaire les questions d'une vive lumière, sans jamais fatiguer l'attention du lecteur. Ajoutons d'ailleurs, et ceci n'étonnera personne quand il s'agit de M. Foissac, que partout, dans le traité de météorologie, la pureté, l'élégance et le charme du style marchent de front avec la richesse des détails, la hauteur des aperçus et l'exactitude scientifique.

GAVARRET,

Professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie & de toxicologie, pour 1854, par M. BOUCHARDAT.

Cet annuaire, publié au commencement de chaque année, se trouve dans les mains de tous les médecins : c'est donc un ouvrage connu, dont nous n'avons à indiquer ni le plan, ni le mode d'exécution. Le volume de cette année renferme, comme ses devanciers, un résumé clair et concis des découvertes thérapeutiques faites dans l'année précédente. Les recherches sur la vératrine, un travail de M. Homolle sur l'huile de foie de morue, l'analyse de l'ouvrage de M. Briquet sur le quinquina ; enfin, un rapport de M. Bouchardat à l'Académie de médecine, sur un mémoire de M. Mouriès relatif à l'alimentation insuffisante : tels sont les articles principaux sur lesquels nous appelons l'attention. Nous avons regretté de ne pas trouver dans ce volume une de ces notices thérapeutiques de l'honorable professeur d'hygiène. Ces articles intéressants, sans faire partie intégrante de l'ouvrage, en étaient toujours, grâce à la valeur bien connue de M. Bouchardat, un des principaux ornements. L'annuaire de 1854 continue dignement la série des annuaires des années précédentes.

VII.

COMPTES RENDUS

DES

TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1854. — PRÉSIDENCE DE M. MÊLIER.

La correspondance comprend :

Deux lettres de MM. *Cazalis* et Alphonse *Amussat*, demandant le titre de membres titulaires ; une lettre de M. *Sentein*, médecin inspecteur de l'établissement d'Audinac (Ariége), demandant le titre de membre correspondant ; une lettre de remercîment de M. le professeur *Boyer*, membre honoraire.

Ouvrages offerts à la Société :

Plusieurs mémoires de M. le docteur *Sentein*, sur les eaux minérales d'Audinac.

M. le président annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le docteur *Nacquart*, l'un de ses membres honoraires. Une députation, composée de MM. *Beaude*, *A. Dubois*, *Reveil* et *Shaueffele*, avait été désignée pour se rendre, avec le bureau, aux obsèques de l'honorable président de l'Académie de médecine.

Le bureau propose à la Société de limiter à soixante le nombre des membres titulaires, lequel s'élève actuellement à cinquante. Cette proposition est adoptée.

Sont proclamés, sur la proposition du bureau, membres honoraires : MM. *Rayer*, *Trousseau* et *Pidoux*, médecins des hôpitaux ; *Vaudremer*, chef de bureau au ministère des travaux publics, de l'agriculture et du commerce ; membres correspondants étrangers, MM. *Bo*, à Gênes ; *Betti*, à Florence ; *Riberi*, à Turin ; *Bence Jones*, à Londres.

MM. les docteurs *Uzac*, médecin à Paris, et *Cuvillon*, médecin-major titulaire à l'hôpital thermal de Bourbonne, sont nommés membres titulaires.

M. le président propose la question suivante pour sujet de discussion dans la prochaine séance : *De la composition chimique des vapeurs des eaux minérales.*

M. le secrétaire général lit, au nom du comité de rédaction, le résumé général de la discussion sur les *piscines*.

« Le bain en piscine constitue un mode de la balnéation thermale qui peut, comme le bain en baignoire, rendre des services particuliers, au point de vue soit de la thérapeutique, soit de l'administration économique des eaux, et dont l'importance varie suivant la nature des eaux minérales et celle des maladies qu'on y traite.

» Parmi les piscines existantes, il en est qui paraissent installées d'une manière défectueuse, à cause du défaut de renouvellement de l'eau, du peu d'espace dont les malades disposent, de l'aération insuffisante, l'eau qui les alimente n'étant pas vierge.

» Il en est d'autres, au contraire, où l'eau renouvelée d'une manière satisfaisante, un espace suffisant ménagé aux mouvements des malades, des dimensions appropriées, répondent beaucoup mieux aux exigences de l'hygiène et aux besoins de la thérapeutique.

» La Société se propose de déterminer ultérieurement le cubage que l'on doit assigner aux piscines, eu égard au nombre des malades qu'elles sont destinées à recevoir.

» Parmi les conditions qui, au point de vue thérapeutique, semblent appartenir spécialement aux piscines, il faut signaler, comme les plus certaines et les plus importantes, la prolongation du bain et la facilité de l'exercice dans le bain. La durée du bain, nécessairement limitée à un temps assez court, dans la baignoire, et par l'ennui et par des inconvénients plus sérieux, peut être prolongée, suivant le besoin, dans la piscine. Par l'exercice, il faut entendre non seulement la natation là où elle sera possible, une gymnastique appropriée là où elle se trouvera indiquée, mais encore la liberté des mouvements résultant de l'espace dont les malades peuvent disposer, et des déplacements qu'ils peuvent effectuer dans l'eau.

» Les piscines peuvent être utilisées pour l'assistance publique. Elles simplifient beaucoup le service dans un établissement thermal, en y apportant une grande économie sous le rapport du matériel et du personnel.

» Quelques objections que l'on puisse faire contre l'usage des piscines bien installées, à propos du dégoût que pourrait inspirer le bain en commun, on s'accorde à reconnaître que ce mode de balnéation est généralement recherché par les différentes classes de la société.

» Les craintes relatives à la communication possible de germes nuisibles, par l'intermédiaire de l'eau, dans le bain en commun, sont purement théoriques et ne s'appuient sur aucun fait d'observation.

» Les piscines ont l'inconvénient de soumettre un certain nombre de personnes à une température uniforme, qui peut ne pas convenir également à toutes ; mais il est facile d'y remédier, soit en multipliant les piscines à faibles dimensions, soit en établissant dans les grandes piscines des compartiments qui permettent d'en varier la température.

» Il convient d'imposer aux piscines une réglementation sévère ; d'en éloigner, si ce n'est dans les établissements affectés spécialement au traitement des plaies ou des maladies de la peau, les personnes atteintes d'affections extérieures propres à inspirer l'inquiétude ou le dégoût, et de proscrire la réunion des deux sexes dans une même piscine. »

L'ordre du jour appelle la discussion sur le *traitement du diabète par les eaux minérales*.

M. *Petit*, en abordant la question du traitement du diabète, se bornera à préciser quel est, dans son opinion, le rôle particulier de la médication alcaline, et en même temps quelles sont les limites de son pouvoir. Malgré toutes les recherches dont le diabète a été l'objet dans ces derniers temps, la cause réelle de cette affection est encore inconnue, et les résultats théoriques et pratiques consistent jusqu'ici dans un traitement approprié, plutôt que dans les moyens de combattre la maladie elle-même.

M. *Petit* passe en revue les idées successivement exprimées par M. Bouchardat et par M. Bernard, et il fait remarquer qu'aucune de ces théories n'a assigné aux boissons alcalines le rôle de détruire le sucre formé en excès dans l'économie.

Il n'en est pas de même de la théorie de M. Mialhe, laquelle conduit nécessairement à conseiller les alcalins dans de pareilles circonstances. M. *Petit* reproduit avec détail la manière dont M. Mialhe envisage, contrairement à d'autres physiologistes, le défaut d'alcalinité du sang chez les diabétiques, insuffisance assez prononcée pour que le glucose ne puisse plus être décomposé et détruit dans les actes d'assimilation. M. *Petit* regarde la théorie de M. Mialhe comme réunissant beaucoup de probabilités en sa faveur, ou tout au moins comme conduisant à une médication efficace. L'effet des boissons alcalines, combinées avec les aliments féculents ou sucrés, est généralement très prompt. Dans un grand nombre de cas même, l'efficacité des alcalins a été constatée à Vichy, nonobstant aucun changement important dans le régime.

Mais, il faut le dire, le résultat du traitement n'est pas toujours aussi heureux. On rencontre un certain nombre de cas complétement rebelles, quel que soit le régime suivi et à quelque degré que l'on porte l'alcalisation. Le sucre persiste à se montrer dans l'urine, même après que les autres symptômes du diabète ont disparu, et, dans ce cas, on peut presque toujours affirmer que la maladie est incurable et que les malades succomberont dans un temps plus ou moins court. Ces fâcheux résultats s'observent presque toujours dans les cas où le diabète est ancien, lorsque tout l'organisme a déjà éprouvé une atteinte profonde et quel que soit l'âge du sujet.

Sans doute on peut invoquer, dans les cas de ce genre, l'habitude vicieuse contractée par les organes, le degré de la prédominance acide dans l'économie ; cependant il est impossible de ne pas faire cette réflexion, que si la non-transformation du glucose, dans son mélange avec le sang, tenait uniquement à l'alcalinité insuffisante

le celui-ci, cette transformation devrait cesser plus facilement sous 'influence de l'administration des boissons alcalines.

L'orateur se demande si les individus affectés de diabète depuis un temps prolongé ne présenteraient pas des conditions analogues aux animaux que l'on a soumis à une longue abstinence. Leur foie finit par ne plus sécréter de sucre spontanément, et lors même qu'on leur fait ingérer des aliments féculents ou sucrés, on ne retrouve plus de sucre dans les veines sus-hépatiques. (Expériences faites par M. Bernard sur des chiens.)

La longue durée du diabète ne peut-elle pas, chez l'homme, amener les mêmes résultats? Par suite de l'élimination incessante du sucre avec l'urine, de sa non-assimilation, et, par conséquent, de la privation qu'en éprouve l'économie, ne peut-il pas résulter une telle altération des fonctions organiques, qu'il soit devenu impossible de rétablir ensuite la santé, quelques moyens qu'on emploie ? Il ne faut donc pas trop s'étonner si, dans quelques cas, nous voyons des malades succomber, malgré l'usage des boissons alcalines.

Il ne faut pas, d'ailleurs, croire que l'usage des boissons alcalines, même lorsque leur action est secondée par la suppression des aliments féculents et sucrés, soit tout dans le traitement du diabète. Les boissons alcalines sont sans doute un agent puissant, indispensable même dans la cure de cette affection ; mais il en est un autre, l'oxygène, qui n'est pas moins indispensable : car, sans son intervention suffisante, le travail de la destruction du sucre dans l'économie ne peut pas se faire ou ne se fait qu'incomplétement, et, par conséquent, on doit comprendre que le succès du traitement doit souvent dépendre de l'état de la poitrine, de la liberté plus ou moins grande avec laquelle les poumons fonctionnent.

M. *Petit* est porté à croire, en effet, que la capacité plus ou moins grande de la poitrine, et le développement plus ou moins libre et plus ou moins complet des poumons méritent une très grande attention dans le cas de diabète. Il avait cru remarquer, il y a déjà longtemps, qu'en général les individus affectés d'obésité avaient la poitrine courte, que leur respiration était toujours plus ou moins gênée, qu'elle n'avait pas, enfin, tout le développement nécessaire ; et il a pensé que l'accumulation de la graisse, chez ces individus, pouvait dépendre d'une combustion incomplète, insuffisante, provenant de cette gêne de la respiration.

M. *Petit* expose le résultat de recherches spéciales entreprises par lui, et relatives à la mensuration de la poitrine chez les sujets obèses. Il a trouvé que le plus grand nombre des sujets obèses ont la poitrine remarquablement courte, et que, d'un autre côté, les diabétiques présentent, dans beaucoup de cas au moins, une grande analogie de conformation avec ces derniers. Il a cru, dans ces recherches, devoir mesurer la poitrine dans sa longueur plutôt que dans sa largeur, parce que la ligne que présente le sternum lui a paru être la plus fixe, la moins variable, celle enfin qui expose le moins à tomber dans l'erreur.

Enfin, ce qui, d'après l'orateur, résulte de ces observations, c'est qu'en général, chez les diabétiques, la respiration est insuffisante, soit parce que la poitrine est trop courte ou trop étroite, et que, par conséquent, les poumons sont trop limités dans leur développement ; soit parce que les fonctions pulmonaires sont troublées par suite d'une affection du système nerveux ; soit enfin parce que les diabétiques, comme cela arrive en effet chez un très grand nombre, par un repos trop absolu ou par un exercice insuffisant, ont réduit leurs poumons à ne recevoir que tout juste la quantité d'air indispensable pour entretenir la vie, mais pas assez considérable pour que le sucre formé puisse être détruit.

En résumé, les eaux minérales alcalines ont et doivent avoir nécessairement une très grande part dans le traitement du diabète ; mais seulement elles ne doivent pas être considérées comme un moyen spécifique, comme un agent qui puisse toujours, et à lui seul, changer les conditions physiologiques fâcheuses des sujets diabétiques. Elles peuvent sans doute, dans les cas légers, avoir ce résultat ; mais, en général, elles ne sont et ne peuvent être qu'un des moyens, très essentiel, il est vrai, qui doivent concourir à combattre cette affection, et dont les autres, non moins essentiels, sont principalement la suppression des aliments féculents et sucrés, et un exercice assez actif pour entretenir et activer, autant que possible, l'action pulmonaire, et favoriser les fonctions de la peau.

M. *V. Gerdy*, à propos de la mensuration de la poitrine et de l'influence que M. Petit a attribuée à la gêne des fonctions pulmonaires, se demande si l'accumulation de la graisse dans l'abdomen des sujets obèses, en refoulant le diaphragme, et, par conséquent, en diminuant la capacité de la poitrine, n'aurait pas induit M. Petit en erreur, relativement aux déductions qu'il a tirées de ses mensurations.

M. *Lhéritier* reproduit la même objection. Il ajoute que M. Knit, célèbre éleveur anglais, a mesuré la poitrine de plusieurs animaux, et a vu que plus ceux-ci étaient gras, plus la capacité de la poitrine était grande, et que ce résultat était toujours en rapport avec l'engraissement.

M. *Petit* rappelle que c'est un point fixe, le sternum lui-même, qu'il a pris pour base de ses évaluations.

M. *Durand-Fardel* ne s'occupera de la question qu'au point de vue clinique, et exposera les résultats de sa pratique à Vichy, à peu près le seul établissement thermal qui reçoive un certain nombre de diabétiques.

Les observations recueillies par M. *Durand-Fardel* sont au nombre de vingt. Tous les individus qu'elles concernent présentaient les symptômes caractéristiques du diabète à un haut degré, sinon avec une égale gravité. La quantité de sucre, rarement dosée, était dans tous les cas considérable ; les fonctions générales des malades, considérées soit au point de vue des phénomènes de nutrition, soit au point de vue dynamique, plus ou moins profondément altérées. La maladie remontait, dans presque tous les cas, à plusieurs années. La plupart des malades avaient été soumis à un traitement diététique et médical (toniques, bains de vapeur, eau de Vichy) convenable, et en avaient éprouvé déjà une certaine amélioration, mais habituellement très imparfaite.

Dans le plus grand nombre des cas, au bout de quatre à huit jours, dans presque tous au bout de vingt à trente jours de traitement, le sucre contenu dans l'urine avait disparu ou ne laissait plus que de faibles traces.

La diminution ou la disparition des symptômes diabétiques, de la sécheresse de la langue, des urines abondantes, de la sécheresse de la peau, de l'affaiblissement musculaire, suivaient rapidement le retour des urines vers des conditions normales. Les digestions redevenaient régulières ; la constipation cédait moins facilement.

Sous l'influence du traitement, il devenait plus facile aux malades d'atténuer impunément la sévérité du régime diététique, dans des limites restreintes cependant.

Après le traitement thermal, voici ce qui se passait :

Chez tous, les urines sucrées et les symptômes diabétiques ont reparu à une époque plus ou moins distante du traitement, c'est-à-dire que le traitement thermal n'a exercé qu'une action palliative, assez analogue à celle qu'exerce ordinairement la première application d'un régime convenable et bien suivi. Seulement, la durée de ces effets palliatifs était bien autrement persistante, et leur nature bien plus importante. Ce que l'on remarque surtout, ce sont des signes de réparation générale de l'organisme, et des phénomènes de nutrition en particulier, que le simple traitement médicamenteux et diététique ordinaire ne suffit pas habituellement pour reproduire.

Cependant les eaux ne réussissent pas toujours, même dans ces limites.

M. *Durand-Fardel* signale en particulier deux ordres de faits où il a vu manquer les effets signalés plus haut. D'abord les cas où des accidents fébriles se sont manifestés : les eaux de Vichy paraissent même formellement contre-indiquées dans les cas de ce genre, surtout s'il y a des troubles apparents vers l'appareil de la respiration. Ensuite, les cas que l'on pourrait appeler la forme nerveuse du diabète, alors que les phénomènes nerveux dominent, tels que amaurose, affaiblissement presque paralytique du mouvement, etc. M. *Durand-Fardel* a même vu, dans des cas de ce genre, le sucre disparaître de l'urine, sans que les phénomènes généraux parussent notablement amendés.

Enfin, M. *Durand-Fardel* signale deux cas de mort après le traitement thermal. Dans l'un d'eux, il s'agit d'un albuminurique diabétique, qui, ayant obtenu une amélioration notable, bien que très incomplète, des eaux de Vichy, succomba quatre mois après à une gangrène de la jambe, suite d'une légère contusion. Dans l'autre, il s'agit d'un diabétique assez avancé, bien qu'il n'eût jamais cessé de mener une vie d'affaires active, et qui mourut presque subitement, quinze jours après avoir quitté Vichy.

M. *Durand-Fardel*, sans vouloir s'occuper de la théorie du traitement du diabète par les eaux de Vichy, fait remarquer que si l'action, souvent (sinon toujours) rapide du traitement sur les conditions chimiques de l'urine, est en rapport avec l'idée d'une action spécifique, d'un autre côté les résultats généraux de ce traitement et ses effets purement palliatifs, tendent à le rapprocher d'autres traitements d'une nature différente, et dont les résultats, beaucoup moins sûrs, peuvent cependant être à peu près les mêmes.

Ici se placent naturellement quelques documents adressés à la Société par plusieurs membres correspondants.

M. *Niepce*, médecin inspecteur des eaux sulfureuses d'Allevard, adresse deux observations dont voici l'analyse :

Un homme âgé de trente-six ans, robuste, mais rhumatisant, menant une existence très active dans les montagnes du Dauphiné, où il subissait de grandes variations de température, était diabétique depuis cinq mois. Les symptômes de la maladie étaient bien caractérisés, et l'urine renfermait une quantité considérable de sucre. Le traitement se composa de bains quotidiens de une à cinq heures de durée, de douches générales et d'eau sulfureuse en boisson. Il n'y avait, au bout de huit jours, aucun changement dans l'urine ni dans les symptômes généraux. Mais alors il survint du frisson, une fièvre intense, des sueurs très abondantes et une éruption d'urticaire. Aussitôt l'urine perdit moitié de sa quantité et de la proportion de sucre qu'elle contenait. Ces accidents passés, le traitement fut repris, et, au bout d'un mois, il y avait une grande amélioration. Le régime diététique indiqué fut prescrit (fut-il exactement suivi ?). Un an après, cet homme revint à Allevard, très bien portant, quoique présentant encore un peu de sucre dans les urines. Aujourd'hui, il paraît avoir entièrement recouvré ses conditions normales et a repris ses travaux ordinaires.

Dans une seconde observation, il s'agit d'un homme de cinquante-six ans, diabétique depuis dix-huit mois, et chez qui le traitement de M. Bouchardat n'avait amené qu'une amélioration passagère.

Lorsqu'il arriva à Allevard, les symptômes du diabète étaient très prononcés, l'haleine fétide, la fièvre irrégulière, il y avait de la toux, et la respiration se faisait mal dans les poumons.

Comme dans l'observation précédente, il survint, au bout de huit jours de traitement, une fièvre intense et des sueurs abondantes accompagnées d'une éruption miliaire. Ce ne fut également qu'alors que la quantité de sucre et l'abondance des urines diminuèrent notablement. Cette amélioration persista pendant deux mois ; mais, au bout de ce temps, les accidents pulmonaires s'exaspérèrent, et le malade succomba.

Ce que M. *Niepce* cherche surtout à faire ressortir de ces deux faits, c'est l'action immédiate et prononcée que la *poussée* obtenue par le traitement thermal a paru exercer sur les qualités chimiques de l'urine et sur la marche de la maladie.

M. *Lubanski* (de Lyon) a adressé quelques courtes observations sur l'action que l'hydrothérapie, en raison de la soustraction répétée du calorique et de l'augmentation de la consommation des matières carbonées, peut exercer sur le diabète. A défaut d'observations personnelles concluantes, il a rappelé à la Société un fait de traitement du diabète par l'hydrothérapie, recueilli dans le service de M. Brachet, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans lequel le traitement de M. Mialhe et celui de M. Bouchardat avaient été appliqués sans succès, et où des résultats très complets paraissent avoir été obtenus. Cette observation a été publiée dans la *Gazette médicale de Lyon*, octobre 1850.

M. *Kuhn*, médecin inspecteur à Niederbronn, écrit que les diabétiques qu'il a observés auprès de ces eaux minérales n'en ont obtenu aucun résultat avantageux. Il avance même que le diabète est considéré, à Niederbronn, parmi les circonstances qui peuvent contre-indiquer l'usage de ces eaux (salines muriatiques).

M. *Lebret* craint que la contre-indication des eaux muriatiques salines, exprimée par M. Kuhn, ne soit trop absolue. Inspecteur d'une source de cet ordre (Balaruc), il n'a encore recueilli qu'une observation de diabète ; mais le malade présentait les symptômes les plus caractéristiques de l'affection, particulièrement sous la forme nerveuse, tels que vomissements et dyspepsie au début, troubles notables de la vision, difficulté prononcée de la locomotion, et amaigrissement en rapport avec une quantité considérable de sucre dans les urines. Sous l'influence de onze bains et de l'administration des eaux de Balaruc, à doses modérément purgatives, et d'un régime approprié (mais imparfaitement suivi), l'état général s'est promptement relevé, la vue et les forces musculaires ont recouvré leurs conditions normales, tandis que les proportions de sucre devenaient de moins en moins appréciables. Ce fait n'est point péremptoire, sans doute, mais porterait à penser que les eaux salines ne seraient pas aussi nuisibles qu'on l'a avancé, dans le diabète sucré.

M. *V. Gerdy* fait remarquer que les eaux de Niederbronn, dont a parlé M. Kuhn, sont éminemment purgatives, et l'on comprend que cette action thérapeutique, portée jusqu'à un certain degré, puisse avoir une influence pernicieuse dans les circonstances en question : il a eu occasion d'en constater un exemple à l'établissement d'Uriage.

M. *James* fait observer que la marche à suivre dans le traitement du diabète est tracée pour tout le monde, mais que la difficulté est de faire la part du traitement et du régime imposé. Il cite un cas où l'emploi simultané de ces moyens avait amené dans les urines de diabétiques la diminution du sucre, de 92 à 6 grammes. Toutefois, si l'on remplaçait l'eau de Vichy par celle de Saint-Galmier ou par des eaux ferrugineuses, la diminution de sucre se suspendait aussitôt ; aussi M. *James* ne fait-il aucune difficulté de reconnaître l'efficacité effective des eaux de Vichy, bien que la part précise en soit souvent difficile à déterminer.

MM. *Petit* et *Durand-Fardel* insistent sur ce que les résultats avantageux obtenus au moyen du traitement thermal de Vichy l'ont été, dans un bon nombre de cas, chez des malades qui n'avaient à changer en rien leur régime diététique ; car la plupart de ceux qui viennent à Vichy se trouvent déjà soumis, depuis un temps plus ou moins long, au régime indiqué dans cette maladie, et n'y viennent souvent que parce que ce régime n'a produit que des résultats insuffisants.

M. *Villaret* cite un cas où l'usage des eaux de Vichy a fait diminuer très rapidement la proportion des urines et du sucre qu'elles contenaient ; mais il pense que l'action de ces eaux est très complexe.

M. *Chevallier* appelle l'attention sur le fait signalé par M. James, et dans lequel la diminution du sucre se suspendait dès qu'on cessait l'emploi des eaux de Vichy. Si d'autres observations semblables s'ajoutaient à celle-ci, ce serait un document très important apporté dans cette intéressante question.

M. *Gaudet* a pu suivre quelques diabétiques envoyés aux bains de mer. Les faits qu'il a observés ne sont ni assez nombreux ni assez complets pour lui permettre d'établir des conclusions formelles sur la portée thérapeutique de cette médication. Cependant il a obtenu plusieurs fois des modifications favorables dans les degrés moyens de la maladie, et il a remarqué, au contraire, de l'aggravation dans les degrés extrêmes. Les bains de mer ne doivent être considérés, dans les cas de ce genre, que comme un auxiliaire excellent à la reconstitution de l'état général, quand on est en mesure de l'obtenir.

M. *Mialhe* possède un grand nombre de faits tendant à démontrer combien et comment les eaux de Vichy peuvent diminuer la quantité de sucre chez les diabétiques. Il fera, dans la prochaine séance, une communication sur ce sujet.

SÉANCE DU 24 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. MÊLIER.

La correspondance comprend des demandes de titres appuyées par le bureau et des lettres de remerciement de MM. *Martin-Solon*, *Laffon de Ladébat*, *Isabelle*, *Gilbert*, nommés membres honoraires; de MM. *Uzac*, *Cuvillon*, membres titulaires; de MM. *Bertini*, *Cuigneau*, *Guignard*, *Magnin*, *Cazenave*, *Allibert*, *Buron*, *Carlotti*, *Pommier*, *Buissard*, membres correspondants nationaux et étrangers.

Ouvrages offerts à la Société :

Recherches cliniques sur les Eaux-Bonnes, par le docteur Édouard Cazenave. MM. *Vernois* et *de Puisaye* sont priés de rendre compte de ce travail.

Luxeuil et ses bains, par M. Chapelain, médecin inspecteur de l'établissement thermal.

Recherches sur l'état du soufre dans l'eau sulfureuse naturelle d'Enghien, et réflexions sur la formation probable de cette eau minérale, par M. Ossian Henry.

Notice sur la présence du nickel et du cobalt dans quelques eaux ferrugineuses, et procédé pour les isoler, par le même.

Réclamation de priorité sur quelques faits se rapportant à la découverte de l'iode dans plusieurs produits de la nature, par le même.

Notice sur les eaux minérales de Viterbe (*Etats romains*), par le docteur Armand, médecin militaire.

Sur la proposition du bureau, MM. les docteurs *Viguerie* (de Toulouse), *Gintrac* (de Bordeaux), *Cavière* (de Marseille), *Vérissel* (de Lyon), *Bretonneau* (de Tours), sont proclamés membres honoraires de la Société.

MM. Philippe *Ricord*, *Cazalis*, Alphonse *Amussat*, sont nommés membres titulaires au scrutin.

MM. *Dauvergne* (de Manosque), *Sentein* (d'Audinac), *Grellois* (de Metz), *Roccas* (de Rouville), sont nommés membres correspondants.

M. le secrétaire général donne lecture des six questions suivantes, mises à l'étude par la Société pour être discutées dans la session de 1854-1855 :

1° QUELLE EST LA VALEUR DE LA SULFHYDROMÉTRIE?

Les nombreuses occasions que l'on rencontre d'appliquer les procédés sulfhydrométriques, et les causes d'erreurs que l'on a signalées dans leur usage, rendent très désirable que l'on arrive à apprécier et à fixer le degré d'exactitude que comporte leur emploi.

La préférence à donner à la solution de l'iode dans l'alcool ou dans l'iodure de potassium; les modifications que peut apporter dans les résultats la température de l'eau examinée, l'eau chaude pouvant donner une erreur en plus, par suite de la volatilisation de l'iode, compté néanmoins pour son équivalent de soufre; les limites dans lesquelles s'exerce l'action, admise par M. Filhol, de l'iode sur les carbonates alcalins, seront des points à examiner.

Les eaux minérales sulfureuses contiennent-elles des polysulfures, des sulfites, des hyposulfites, etc.? On cherchera à démontrer, par des expériences précises, l'existence ou la non-existence de ces sels, et à déterminer exactement dans quelles limites de dilution et de quantité ces sels, s'ils existent, agissent sur les dissolutions iodiques.

Telle est la direction dans laquelle la Société pense que cette étude de la sulfhydrométrie doit être entreprise. La Société engage en outre les expérimentateurs à traduire uniformément les degrés sulfhydrométriques observés, en poids décimaux, représentant la proportion de soufre ou de sulfures contenue dans un volume déterminé d'eau minérale.

2° ÉTUDE DES MATIÈRES ORGANIQUES CONTENUES DANS LES EAUX MINÉRALES.

Les points sur lesquels la Société appellera surtout l'attention de ses membres sont les suivants : le mode de formation de ces produits; la composition chimique des matières organiques en dissolution dans les eaux minérales, la structure microscopique des corps organisés que les eaux forment au contact de l'air ; les rapports d'existence ou de composition que ces matières organiques offrent avec les différentes sortes d'eaux minérales ; enfin la part qui peut leur être attribuée dans l'action thérapeutique de ces dernières.

Il sera important de déterminer avant tout, avec précision, à l'aide de caractères physiques soigneusement décrits, à quelle sorte de matière les observations se seront spécialement adressées.

Enfin on sera invité à rechercher si, dans une eau minérale donnée, l'observation des matières organiques ne présente pas des variations sensibles, quelles sont les limites extrêmes, et quelles sont les causes de ces variations.

3° DE LA COMPOSITION CHIMIQUE DES VAPEURS D'EAUX MINÉRALES.

Les eaux minérales sont, dans quelques stations thermales, employées sous forme d'inhalations. Mais les études faites sur la composition chimique des vapeurs d'eaux minérales sont encore fort incomplètes et contradictoires; on ignore, dans la plupart des cas, quelle est la nature précise des principes vaporisés, ou même si les vapeurs exhalées sont autre chose que de la vapeur d'eau.

Avant de s'occuper de ces inhalations au point de vue thérapeutique, et surtout afin de savoir s'il convient de développer ou de restreindre ce mode d'administration des eaux minérales, la Société pense qu'il importe de déterminer, par des expériences précises, quelle est la composition chimique des vapeurs d'eaux minérales.

Les expérimentateurs auront soin de spécifier la manière dont auront été obtenues les vapeurs qu'ils auront analysées, vapeurs naturelles ou artificielles, obtenues par la caléfaction directe, par l'entremise d'un corps d'une température élevée, etc.

4° LES EAUX SULFUREUSES, FERRUGINEUSES, ALCALINES, POSSÈDENT-ELLES DES PROPRIÉTÉS CURATIVES AUTRES QUE CELLES DU SOUFRE, DU FER, DU BICARBONATE DE SOUDE?

La composition des eaux minérales fait de celles-ci un médicament complexe, dans lequel domine cependant un principe, celui auquel, jusqu'ici, elles ont dû leur dénomination et leur classification.

La Société pense qu'il serait d'un haut intérêt de parvenir à déterminer si ce médicament complexe agit comme un tout, empruntant à la réunion des principes qui le composent des caractères ou des propriétés nouvelles, ou si chacun de ces principes y jouit d'une action propre et distincte, et en particulier si le principe qui domine dans une eau minérale impose à celle-ci des propriétés identiques avec celles qui le caractérisent lui-même.

Cette étude semble comprendre celle de la classification des eaux minérales, et en effet s'y rattache de fort près. Cependant la Société désire qu'elle se restreigne à l'appréciation physiologique et thérapeutique, la classification des eaux minérales étant une question trop importante pour se produire incidemment.

5° TRAITEMENT DU RHUMATISME PAR LES EAUX MINÉRALES.

Les rhumatismes sont traités avec succès au moyen d'eaux minérales fort variées dans leur composition, salines, sulfureuses, chlorurées, etc. On ne peut admettre que l'action thérapeutique de ces diverses médications soit identique, et par conséquent se trouve indifféremment indiquée dans les différentes affections rhumatismales.

La Société pense qu'il serait important d'établir, par des observations précises : A quelles indications spéciales répondent, dans le traitement du rhumatisme, les différentes eaux minérales habituellement employées contre cette maladie, et quelles raisons doivent, dans un cas donné, faire préférer les unes aux autres ?

6° DE L'ACTION DES EAUX MINÉRALES DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE L'UTERUS.

La Société pense que cette question doit être étudiée sous le même point de vue que la précédente. On traite des maladies de la matrice, et c'est principalement des maladies du col utérin qu'il est ici question, dans un grand nombre d'établissements thermaux fort différents. Il est probable que les différentes eaux minérales,

agissent d'une manière toute spéciale, soit en vertu de leur nature même, soit à cause de leurs modes particuliers d'administration.

Il conviendrait de spécifier, au moyen d'observations cliniques, les indications et les contre-indications qui peuvent se déduire, d'une part, de la nature d'une eau minérale donnée, d'une autre part, de la nature ou des caractères de l'affection utérine.

Cette étude, comme la précédente, présente un sujet d'appréciation sur lequel la Société croit devoir appeler toute l'attention de ses membres; il s'agit de déterminer la part qui peut appartenir, au point de vue thérapeutique, soit à l'eau minérale elle-même, considérée comme médicament, soit aux modes suivant lesquels elle est administrée.

M. *de Laurès* rend compte de l'analyse dont il a été chargé, au sujet de l'ouvrage adressé à la Société par le docteur *Allibert* (de Dax), intitulé : *Des eaux minérales dans leurs rapports avec l'économie publique, la médecine et la législation*. L'appréciation du rapporteur porte sur tous les détails de cet important travail, et relève particulièrement les considérations contradictoires avec la plupart des idées reçues en matière d'hydrologie.

M. le président, en remerciant M. *de Laurès* du rapport qu'il vient de communiquer, déclare qu'il ne donnera lieu à aucune discussion, en conformité avec l'usage des sociétés savantes, qui ne sont pas dans l'habitude de discuter les rapports faits sur les ouvrages imprimés.

M. *Mialhe*, à propos de la discussion ouverte sur le traitement du diabète par les eaux minérales, expose le résultat de ses recherches sur les causes de la destruction du glucose dans l'économie animale.

Il rappelle le mémoire présenté par lui à l'Académie des sciences, en mars 1845, et dans lequel il démontrait le mode de transformation des matières amylacées en sucre par la diastase animale, comme un fait normal chez tous les animaux. A l'égard des opinions plus récentes, il pense que le foie, qu'il soit un organe sécréteur ou simplement condensateur, puise dans l'alimentation extérieure les éléments sucrés qu'il déverse dans le torrent circulatoire. Du reste, de quelque source qu'arrive le sucre, les difficultés à résoudre sont les suivantes : 1° Que devient le sucre dans l'économie vivante? 2° comment, à l'état normal de santé, ne se rencontre-t-il jamais dans les sécrétions, et disparaît-il si rapidement du sang, que, quelques heures après son introduction, il ne laisse point de trace appréciable? 3° comment est-il décomposé, détruit pour servir à la nutrition et à l'entretien de la vie ?

M. Mialhe passe successivement en revue les éléments des questions qu'il vient de poser, suivant à cet effet la méthode d'induction en rapport avec l'observation des phénomènes et la connaissance des lois de la chimie.

Il examine d'abord quelle influence l'oxygène, les acides et les alcalis exercent sur le glucose en dehors de l'organisme, et, entre autres résultats, il fait remarquer que si le glucose peut déplacer les acides faibles, tels que l'acide carbonique et l'acide sulfhydrique, il est complétement sans action sur les sels plus stables formés par des acides forts, tels que l'acide phosphorique, l'acide sulfurique. Mis en présence des phosphates alcalins, il ne donne lieu à aucune décomposition, à aucune coloration semblables à celles qui s'effectuent en présence des carbonates.

M. Mialhe conteste l'affinité attribuée au glucose pour l'oxygène, et sa facilité à réduire certains oxydes métalliques, notamment le bioxyde de cuivre. D'après ses expériences, pour que le glucose acquière la propriété réductive, soit à froid, soit à chaud, il doit nécessairement être en présence d'alcalis libres ou carbonatés, lesquels le transforment en matières ulmiques, seules propres à absorber l'oxygène et à opérer la réduction.

Retrouvant dans l'intérieur de l'organisme des décompositions chimiques analogues à celles qui s'effectuent dans le laboratoire, telles que le passage du cyanoferrure rouge de potassium à l'état de cyanoferrure jaune, l'action du glucose dans l'empoisonnement par les sels de cuivre, par le sublimé, la présence, dans le sang et dans diverses excrétions, des produits résultant de la décomposition du glucose, M. Mialhe établit que, dans l'économie animale, le glucose ne pourra pas se transformer en matières ulmiques et se combiner à l'oxygène sans l'intervention des carbonates alcalins. A l'état normal de santé, ces carbonates alcalins existent en grande proportion dans le liquide sanguin ; le glucose trouve donc dans l'économie toutes les conditions favorables à sa transformation et à son oxygénation.

Telle est, selon M. Mialhe, la marche des phénomènes : à son arrivée dans le liquide sanguin, le glucose décompose les carbonates alcalins, forme avec les bases de nouveaux produits (*glucosates*), et met en liberté l'acide carbonique ; les glucosates, sels très peu stables, se transforment rapidement en acide glucique, ulmique, formique, ou plutôt en gluciates, ulmiates, formiates, lesquels se combinent à l'oxygène du sang et subissent une véritable combustion, en donnant naissance à de l'eau et à de l'acide carbonique. Voilà une quantité d'acide carbonique qui provient de deux sources bien distinctes : de la décomposition des carbonates alcalins et de la combustion des acides organiques dérivés du glucose. Une partie de cet acide carbonique est rejetée de l'économie ; l'autre partie reste pour se combiner aux alcalis rendus libres par la combustion de leurs acides, et reformer des carbonates qui, à leur tour, vont servir à décomposer la nouvelle quantité de glucose arrivant dans le torrent circulatoire. Il s'établit ainsi un cercle de réactions qui assurent la complète oxydation du glucose et renouvellent la proportion de carbonates alcalins nécessaires à l'économie. Ces faits trouvent leur confirmation dans un travail très remarquable de MM. Regnault et Reiset (*Annales de chimie et de physique*, t. XXVI, p. 514), qui ont trouvé que le rapport entre la quantité d'oxygène contenu dans l'acide carbonique expiré et la quantité d'oxygène consommée paraît dépendre beaucoup plus de la nature des aliments que de la classe à laquelle appartient l'animal.

Ainsi la destruction du glucose est un phénomène de combustion : c'est par l'intervention des carbonates alcalins du sang que le glucose et ses congénères s'oxydent, brûlent, et deviennent de véritables aliments respiratoires.

Dans certains cas pathologiques, le glucose n'est pas décomposé dans l'économie, et il est rejeté par les divers appareils de sécrétion : c'est le cas du diabète. Pour M. Mialhe, la maladie diabétique se rattache à un vice d'assimilation du sucre par défaut d'alcalinité suffisante dans l'économie animale. L'alcalinité du sang est due tout aussi bien aux phosphates alcalins qu'aux carbonates. Or, M. Mialhe ayant montré, par des expériences directes, que le glucose, en présence des phosphates alcalins, ne subit aucune décomposition, en conclut que la portion d'alcalinité déterminée par les phosphates est complétement nulle au point de vue de la destruction du glucose, puisque celle-ci ne peut s'effectuer qu'en présence des carbonates, et, conséquemment, que le sang des diabétiques, en restant alcalin, est cependant sans action sur le glucose, parce qu'il est riche en phosphates, mais pauvre en carbonates.

Les phénomènes de combustion du glucose peuvent être entravés par certaines conditions autres que l'insuffisance des carbonates alcalins ; par exemple, par le ralentissement de la circulation et de la respiration. On comprend facilement que tout ce qui favorisera ou arrêtera les phénomènes généraux de combustion intraviscérale, exercera la même influence sur la destruction du glucose. M. Mialhe cite, à l'appui de ses assertions, la différence de composition chimique des urines chez les personnes sédentaires et chez les personnes actives. Les urines des premières contiennent beaucoup d'acide urique et peu d'urée, les urines des secondes peu d'acide urique et beaucoup d'urée, qui est un produit plus avancé d'oxydation.

M. Mialhe en appelle, en terminant, à l'enseignement des faits thérapeutiques, qui sont venus en grand nombre confirmer combien la médication alcaline a d'influence sur la diminution et même sur la disparition complète du glucose dans les urines des diabétiques, et il se résume dans les propositions suivantes :

Le glucose, en dedans comme en dehors de l'économie animale, est soumis aux mêmes lois chimiques.

Il ne peut s'unir à l'oxygène qu'après avoir été décomposé par l'intervention indispensable des alcalis libres ou carbonatés, en de

nouveaux produits : acides ulmique, formique, glucique, mélassique.

La combinaison de ces produits avec l'oxygène est une véritable combustion qui donne lieu à des résultats toujours identiques : eau, acide carbonique, matières ulmiques.

Dans l'organisme, c'est le liquide sanguin qui fournit les éléments de décomposition et de combustion : carbonates alcalins et oxygène.

Si ces éléments sont en quantité suffisante, le glucose se détruit complétement et ne laisse aucune trace; s'ils sont en quantité insuffisante, le glucose non assimilé est rejeté par tous les appareils de sécrétion.

Conséquemment, pour remédier à l'affection diabétique, il faudra replacer l'économie dans les conditions nécessaires à la décomposition et à la combustion du glucose, en administrant les carbonates alcalins, et en activant les phénomènes de circulation et de respiration.

M. *Leconte* ne suivra point la théorie de M. Mialhe dans tous ses détails ni dans les objections qu'elle soulève. Il désire seulement placer en regard les faits déjà établis par M. Claude Bernard, et il les énumère sous cinq chefs principaux :

1° Le foie n'est pas un organe condensateur du sucre provenant de l'alimentation féculente, puisqu'il a été possible d'extraire de l'alcool du foie d'animaux qu'on avait nourris pendant deux ans et exclusivement avec de la viande (tête de mouton). L'origine du sucre n'est donc pas due exclusivement à l'introduction dans l'économie d'aliments féculents.

2° Il y a des différences notables entre le sucre de canne et le glucose. 5 centigrammes de sucre de canne injectés dans la veine jugulaire d'un lapin passent rapidement dans les urines, où on peut le reconnaître après l'avoir transformé à l'aide d'un acide. 1 gramme 1/2 à 2 grammes de glucose injectés de la même manière ne se retrouvent pas; et il faut 8 et 10 grammes de sucre de diabète bien pur, pour en retrouver dans l'urine par le même procédé. Il n'y a donc pas identité physiologique entre ces divers sucres; et de plus, la quantité de carbonates renfermés dans le sang normal n'est pas suffisante pour transformer 5 centigrammes de sucre de canne.

3° Le sucre de canne injecté dans la veine porte, et après avoir traversé le foie, devient immédiatement destructible, bien que l'alcalinité du sang n'ait pas changé.

4° La désoxydation des sels de cuivre par le glucose est possible dans des liqueurs acides, puisque c'est en faisant bouillir une solution d'acétate neutre de bioxyde de cuivre avec ce sucre que l'on obtient le protoxyde de cuivre. En répétant cette expérience avec le sulfate de cuivre, qui présente une réaction acide, la désoxydation est plus profonde, puisque c'est du cuivre métallique qui se dépose. Ces deux faits sont consignés dans tous les ouvrages de chimie. La réduction du bioyxde de cuivre est donc possible dans les liqueurs acides.

5° Lorsqu'on pique le quatrième ventricule des animaux, même nourris avec de la viande, le sucre apparaît rapidement dans les urines, bien qu'on ne puisse admettre en pareille circonstance la diminution de l'alcalinité du sang; chez les herbivores, les urines conservant leur réaction alcaline caractéristique.

Il semble résulter, conclut M. Leconte, de l'ensemble de ces faits, que l'on ne saurait admettre, d'une manière aussi absolue que le voudrait M. Mialhe, l'intervention des sels alcalins du sang dans la destruction du sucre que l'on rencontre dans l'économie.

M. *Mialhe*, avec l'assentiment de la Société, présente quelques observations sur cette question : Les eaux de Vichy peuvent-elles donner lieu à la formation de calculs phosphatiques?

« Puisque nous sommes à la recherche des réactions qui peuvent avoir lieu dans l'économie par l'administration des bicarbonates alcalins, nous croyons important, dit M. *Mialhe*, de combattre par des faits chimiques l'opinion reprochée aux eaux de Vichy de favoriser et d'augmenter la déposition des phosphates triples (phosphate de chaux ammoniaco-magnésien) sur les calculs d'acide urique ou oxalique et de donner lieu à des calculs alternants.

» Bien que cette objection ait été victorieusement combattue par plusieurs auteurs, et surtout par M. le docteur Petit, quelques praticiens la croient assez fondée pour baser sur elle l'interdiction formelle des boissons alcalines dans le traitement des affections calculeuses et gravelleuses. C'est un fait dont nous avons été témoins l'année dernière à Vichy.

» Nous allons d'abord vous montrer les phénomènes qui se produisent dans l'urine par l'introduction directe de l'eau de Vichy et de l'ammoniaque.

» 1° Par l'eau de Vichy, l'urine acide, l'urine ordinaire, ne forme aucun précipité : il y a échange de base entre les phosphates existants dans l'urine et les bicarbonates introduits, de sorte qu'il se forme des phosphates de soude et des bicarbonates de chaux et de magnésie, tous sels solubles et stables à la températare animale, et ne précipitant que par l'ébullition.

» Déjà Darcet avait parfaitement constaté ce résultat (*Annales de chimie et de physique*, t. XXXI, p. 307).

» 2° Par l'ammoniaque, l'urine donne un précipité plus ou moins abondant formé par du phosphate de chaux, par du phosphate de magnésie et par une certaine quantité de phosphate d'ammoniaque : les deux premiers étaient en dissolution dans l'urine à l'état de phosphates acides ; le dernier a pris naissance au moment où les deux phosphates acides ont passé à l'état de phosphates neutres insolubles en laissant en liberté leur excès d'acide phosphorique qui s'est uni à l'ammoniaque.

» Or, de la réunion de ces trois phosphates résulte un mélange qui a précisément la composition du calcul de phosphate de chaux ammoniaco-magnésien, dit calculs fusibles.

» Les mêmes phénomènes ont lieu dans l'économie.

» Les urines des personnes qui vont à Vichy prendre les eaux changent immédiatement de nature et deviennent alcalines : les phosphates de chaux et de magnésie en présence des bicarbonates introduits se transforment, ainsi que nous l'avons dit, en phosphates de soude et en bicarbonate de chaux et de magnésie, tous sels solubles qui, loin de donner lieu à un précipité, rendent au contraire les urines beaucoup plus claires. Dans cet état d'alcalinité les urines ne peuvent nullement fournir les éléments d'un calcul, car elles arrivent dans la vessie parfaitement solubles et limpides, et ne précipitent que par l'ébullition les sels qu'elles contenaient.

» Si chez certains calculeux soumis au traitement de Vichy les urines déposent une plus ou moins grande proportion de phosphates calcaires, il est certain que ces phosphates sont le résultat, non d'un dépôt déterminé par les eaux bicarbonatées, mais de la désagrégation de calculs préexistants.

» Lorsque les urines, soit avant, soit après l'ingestion des eaux de Vichy, présentent un dépôt de phosphate de chaux ammoniaco-magnésien, ce dépôt est nécessairement formé par une certaine quantité d'ammoniaque.

» Or, tous les chirurgiens, y compris MM. Civiale et Leroy d'Étiolles, ont remarqué que les calculs phosphatiques triples de chaux, d'ammoniaque et de magnésie, n'existent que chez les sujets qui ont une inflammation catarrhale plus ou moins ancienne de la vessie, ou quelque autre altération plus ou moins grave de l'appareil urinaire.

» Les muqueuses désorganisées soit par une irritation ancienne, soit par la présence d'un calcul urique ou oxalique, donnent lieu à une sécrétion de nature ammoniacale, ou le devenant par suite de la transformation moléculaire de l'urée.

» Cette ammoniaque, dont la quantité très variable est continue ou temporaire, précipite les phosphates de chaux et de magnésie tout aussi bien des urines naturellement acides, que des urines rendues alcalines par le bi-carbonate, et forme un composé triple de phosphate de chaux ammoniaco-magnésien, lequel peut devenir la cause d'un calcul, ou bien se déposant sur un calcul urique ou oxalique déjà existant, peut produire un calcul alternant.

» On comprend ainsi comment la sécrétion ammoniacale qui n'existe qu'accidentellement et souvent à des intervalles plus ou moins éloignés, permette les alternatives de sédiment de diverses natures, tantôt uriques ou oxaliques, tantôt de phosphates triples

» Les eaux de Vichy n'ajoutent rien à ces circonstances particulières de sécrétion ammoniacale, elles sont au contraire propres à les diminuer.

» De ces considérations et faits chimiques nous concluons que :

» 1° L'ammoniaque dégagée par les tissus altérés des voies urinaires est toujours le point de départ et la cause de formation des calculs phosphatiques et alternants ;

» 2° Les eaux alcalines bicarbonatées ne peuvent dans aucun cas donner lieu à la formation des calculs phosphatiques et alternants ; au contraire, comme elles modifient l'état pathologique de la muqueuse vésicale, et fluidifient les urines sécrétées, elles peuvent être avantageusement employées dans le traitement de toutes les affections calculeuses et gravelleuses. »

Le Secrétaire général,

DURAND-FARDEL.

VIII.

VARIÉTÉS.

— SUPPRESSION DES CLINIQUES LIBRES DE L'HOTEL-DIEU DE LYON. — Le 30 mars, l'administration des hôpitaux de Lyon a convoqué tous les chefs de service, et leur a donné connaissance d'une lettre de M. le recteur du département du Rhône, par laquelle ce fonctionnaire demande la suppression des cours de clinique non officielle que deux des médecins de l'Hôtel-Dieu avaient ouverts. La mesure est motivée sur ce que ces médecins se seraient livrés à des *médications excentriques*. Les cours ont été suspendus, et il en a été référé, dit-on, au ministre de l'instruction publique.

— CHOLÉRA. *Situation au 5 avril.*

Cas traités dans les hôpitaux . . .		1195
Sorties	572	1339
Décès	567	
Reste.		56

Depuis le 29 mars, il y a eu 31 cas nouveaux et 25 décès. — Du 1er mars au 5 avril, on a compté 206 cas et 108 décès.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 29 mars, les présidents actuels des jurys médicaux des circonscriptions des Facultés de médecine de Paris, de Montpellier et de Strasbourg cesseront leurs fonctions à partir de ce jour. Les jurys médicaux seront présidés: 1° Dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Paris, par MM. Grisolle et Malgaigne; 2° dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Montpellier, par MM. Dumas et Fuster ; 3° dans les départements qui composent la circonscription de la Faculté de médecine de Strasbourg, par MM. Erhmann et Rigaud.

Par un autre arrêté de la même date, les membres des jurys médicaux des départements de la Seine, de l'Hérault et du Bas-Rhin, nommés par l'arrêté du chef du gouvernement, en date du 18 avril 1849, cesseront leurs fonctions à partir de ce jour. Sont nommés membres des jurys médicaux desdits départements, savoir : 1° Pour le département de la Seine, MM. Denonvilliers, Requin et Laugier ; 2° pour le département de l'Hérault, MM. Bouisson, Boyer et Jaumes; 3° pour le département du Bas-Rhin, MM. Stoltz, Schützenberger et Stœber.

ERRATA. — N° 26, page 422, bas de la 1re colonne, *au lieu de* : M. Bernard ne dit pas que l'œil..., *lisez* : M. Bernard dit seulement que l'œil... — Page 423, 2e colonne, 11e ligne, *au lieu de*: Bridge, *lisez* : Budge. — Page 426, 2e colonne, 7e alinéa, *au lieu de* : ce caractère, la différence de tempérament..., *lisez* : la différencie de l'empoisonnement... *Ibid*, 9e alinéa, au lieu de: *sans maturé...*, lisez: *sans matière...*

IX.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ABEILLE MÉDICALE. — N° 8. Analyses et revues. — Du choléra, par *Wahu*.

ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE, DE THÉRAPEUTIQUE ET D'HYGIÈNE, sous la direction du prof. Bouchardat. — N° 1. Janvier 1854. Mémoire sur la digitaline et la digitale, par MM. *Homolle* et *Quevenne*. — Les *Archives de physiologie, de thérapeutique et d'hygiène* sont publiées par numéros de 150 à 300 pages. Le prix est de 9 fr. pour Paris, et 11 fr. pour les départements. Chaque numéro, constituant un mémoire spécial avec sa table, se vend séparément 4 fr. pour Paris et 5 fr. pour les départements. Paris, Germer Baillière.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 15 mars 1854. Sur quelques succédanés du quinquina, par *Delioux*. — Pincement du vagin contre la chute de l'utérus, par *Desgranges*. — Moyen simple et facile de nettoyer la peau après l'ablation des emplâtres, par *Forget* (de Strasbourg).

BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — 15 mars 1854.

GAZETTE DES HOPITAUX. — Nos 30 à 35. Cliniques et revues.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — Nos 10 et 11. Fracture de l'apophyse zygomatique et de l'arcade du trou sous-orbitaire, avec compression des nerfs dentaire, antérieur et sous-orbitaire, suivie d'anesthésie partielle, par *Liffelsheim* (*Société de biologie*). — Application de la méthode anesthésique au traitement des maladies internes, par *Saurel*.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — Mars 1854. État du soufre dans l'eau naturelle d'Enghien, par *O. Henry*. — Recherche de l'iode, par *Chatin*.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES. — Mars 1854. Analyses et revues.

MONITEUR DES HOPITAUX. — Nos 30 à 35. Phthisie pulmonaire compliquée de calculs biliaires, par *Sorbets*.

PRESSE MÉDICALE. — Nos 10 et 11. Nouveau mode d'application de l'électricité, par *Boulu*. — Anatomie des amygdales, par *Chassaignac*.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. 1854. — N° 2. Castration des vaches, par M. *Charlier* (suite). — Maladie du coït, par *Ch. Baron*. — N° 3. Rapport officiel sur la péripneumonie épizootique.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — N° 6. Excision simultanée des amygdales, par *Chassaignac*. — Scarification des vaisseaux de la kératite vasculaire superficielle, par *Tavignot*. — Exophthalmie chez un enfant d'un mois, suite d'abcès de l'orbite, par *Roché*. — Huile de ver de terre, par *Denoue* fils. — Compression des artères dans les névralgies ; compression de l'aorte dans la rage, par *Allier*.

REVUE MÉDICALE, FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 15 mars. Étude sur le vitalisme, par *Blaud*.

RÉPERTOIRE DE PHARMACIE. — Mars 1854. Extraits et analyses.

UNION MÉDICALE. — Nos 30 à 35. Luxation de la rotule en dehors ; moyen de réduction, par *Poulet*. — Altération du sang dans le choléra, par *Becquerel*. — Phthisie aiguë avec altération des reins et du cerveau, par *Ch. Bernard*. — Histoire des fièvres pernicieuses qui ont régné en 1850 à Civita-Vecchia, par *F. Jacquot*. — Longueur de la poitrine dans ses rapports avec l'obésité et la maigreur ; moyens de combattre l'obésité et mode d'action dans ce cas de l'eau de Vichy, par *Petit*.

GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER. — N° 12. Propriétés antidiarrhéiques de la limonade à la gomme et au pavot, par *Yvaren*. — Différences que présente l'organisation du corps de l'homme aux diverses époques de son développement et aux divers âges, par *A. Courty*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 5. Sur la fièvre pernicieuse comateuse, par *Liégey*. — Cliniques.

ANNALES D'OCULISTIQUE (Belgique). — 31 mars. N° 3. Exploration de la rétine, etc., par le docteur *Anagdostakis* (suite et fin). — Occlusion palpébrale, lettre du docteur *Furnari* au docteur *Hairion*, et réponse.

ANNALES ET ARCHIVES DE MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE. — Février 1854. Analyses et revues.

GAZETTE MÉDICALE DE LIÉGE. — N° 5. Applications nouvelles du perchlorure de fer. Anesthésie locale (*Anonyme*).

Livres nouveaux.

DES EAUX GAZEUSES ALCALINES DE SOULTZMATT (Haut-Rhin), par le docteur *Bach*, suivi d'une nouvelle analyse des eaux de Soultzmatt, par M. *Béchamp*, et de la flore des environs, par le docteur *Kirschleger*. In-8 de 275 pages avec 1 vign. Strasbourg. 1853.

L'ALGÉRIE MÉDICALE; topographie, climatologie, pathogénie, pathologie, prophylaxie, hygiène, acclimatement et colonisation, par le docteur *Ad. Armand*. In-8 de VIII-532 pages, avec une carte de l'Algérie. Paris, Victor Masson. 8 fr.

BEMERKUNGEN UEBER DEN BAU DER NORMALEN MENSCHENSCHAEDEL nebst einer Nachlese unbeschriebener Punkte des Schaedelreliefs (*Structure du crâne*), par *G.-J. Schultz*. Saint-Pétersbourg. 7 fr.

DIE NATURHISTORISCHE BEDEUTUNG DER MINERALQUELLEN (*Les eaux minérales au point de vue de l'histoire naturelle*), par *J. Seegen*. In-12. Vienne. 2 fr.

ELEMENTE DER THERAPEUTISCHEN PHYSIK, par *F.-W. Heidenreich*. In-8. Leipzig. 7 fr.

LEHRBUCH DER TECHNISCHEN CHEMIE, von Dr *F. Schubert*. 1 vol. gr. in-8, avec 208 fig. dans le texte. Erlangen, chez F. Enke. 12 fr.

ZUR PHYSIOLOGIE DER GALLE (*Physiologie de la bile*), par *F. Arnold*. In-4, Mannheim. 1 fr. 50

A SHORT EXPOSITION OF THE CIRCULATION AND NERVOUS SYSTEM, with Reference to Diseases and Treatment; par *G.-H. Bell*. In-8 de 70 pages. Edimbourg. 4 75

CLINICAL LECTURES ON PARALYSIS, Diseases of the Brain, and the Affections of the Nervous System, par *R.-B. Todd*. In-12 de 462 pages. 8 fr. 50

CHEMISTRY AND METALLURGY APPLIED TO DENTAL SURGERY, par *Piggot*. In-8. 25 fr.

ON THE SEVERER FORMS OF HEARTBURN AND INDIGESTION, especially those which arise from Constitutional Causes, par *H. Hunt*. In-8. 7 fr.

PRACTICAL OBSERVATIONS ON GOUT AND ITS COMPLICATIONS ; on the Treatment of Joints Stiffened by Gouty Deposits, par *S.-S. Wells*. In-8 de 288 pages. 7 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 14 AVRIL 1854. N° 28.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 13 avril 1854.

SUR LA STRUCTURE INTIME DU TUBERCULE.

(Voir le n° précédent.)

Il y a quelques années, M. le professeur Alquié, de Montpellier, nous montra de charmantes préparations destinées à mettre en évidence l'existence et la disposition des cellules aériennes du poumon. Une métal complexe, fusible à une basse température, avait été poussé dans les bronches, et, traversant les ramifications les plus déliées, était allé se solidifier dans les cavités terminales qu'on désigne sous le nom de vésicules pulmonaires. Puis la pièce ainsi préparée avait été soumise à la macération ; toute la substance organique avait été peu à peu détruite, et le métal, demeuré seul, avait conservé une forme très élégante, simulacre inverse de la structure du poumon. Sur ce moule métallique on apercevait déjà à l'œil nu, mais on ne distinguait bien qu'à la loupe, une multitude de petites saillies globuleuses groupées d'une façon assez régulière, et présentant une grande analogie avec la surface d'un chou-fleur.

En donnant comme nouvelle cette ingénieuse préparation, M. Alquié ne se doutait guère qu'il viendrait un moment où son invention pourrait passer pour un plagiat. Plus ingénieuse, et surtout plus ancienne que lui, la nature a pris depuis longtemps la trop funeste habitude d'exécuter sur le poumon un semblable modelage. L'Académie des sciences et les lecteurs des *Archives générales de médecine* se persuadent peut-être que la matière tuberculeuse se distribue dans les poumons comme le métal fusible de M. Alquié. Ils se le persuadent depuis que M. Mandl l'a prouvé, ou plutôt, — que le lecteur nous pardonne cet excès de prudence, — depuis que M. Mandl croit l'avoir prouvé.

Voulez-vous vous faire une idée de la structure du poumon ? Prenez un tubercule cru, placez-en une parcelle sur le porte-objet, et, à défaut du microscope que M. G. O. a bien voulu construire lui-même tout exprès pour M. Mandl, prenez un jeu de lentilles quelconque, grossissant quatre ou cinq cents fois. Vous ne tarderez pas à apercevoir sur

FEUILLETON.

Van Swieten, sa Vie et ses Écrits (1770).

(Voir les numéros 15 et 27.)

§ II.

COMMENTAIRES.

Je choisis pour exemple, dans la famille des affections mentales, la *mélancolie*.

Dans les aphorismes 1089 et 1090, Boerhaave ne s'écarte pas sur cette maladie de la définition des anciens : C'est une maladie de longue durée, sans fièvre, et dans laquelle le patient est obstinément attaché à une seule pensée, *uni cogitationi affixus*. Cette affection provient de la malignité de nos humeurs que les anciens ont désignée sous le nom de bile noire : *Quam atram bilem dixere veteres*. Mais, ajoute l'illustre professeur de Leyde, il est besoin de définir ce que les anciens entendaient par ces termes, qui ont jeté dans la doctrine une obscurité dont on a injustement accusé l'antiquité.

Voyons le parti que Van Swieten va tirer de ces données générales. Mais d'abord passons sur la distinction inadmissible qu'il voudrait établir entre le délire fébrile et le délire de l'aliénation : le premier cessant avec la cause qui l'a amené ; le second persistant et se continuant sans fièvre. Nous savons tous que les nombreux changements qui s'opèrent dans une situation délirante chronique ne s'exécutent pas toujours sans fièvre. Passons, dis-je, pour arriver au commentaire de l'aphorisme principal (§ 1090) qui contient toute une doctrine, et dont l'oubli a jeté la plus grande perturbation dons nos études et enrayé bien des progrès : *Hic morbus (melancholia) oritur ex illâ sanguinis et humorum malignitate, quam bilem atram dixere veteres ; et rursùm idem morbus, à mente initium ducens, brevi in corpore benè sano ipsam bilem atram facit.*

Voici sur ce texte les développements du commentateur :

« L'homme, comme nous l'enseignent les physiologistes (1), est composé de deux substances bien distinctes, quoique unies dans leur nature intime, l'esprit et le corps. L'observation nous apprend que ces deux

(1) *De caus. et sign. morbor. diurn.* Lib. I, cap. V, p. 29.

les bords de votre préparation, ou flottant autour d'elle dans la classique goutte d'eau, de petits corps arrondis ou anguleux, d'apparence grenue, larges de 4 à 5 millièmes de millimètre. Considérez ces corpuscules, et vous serez bien près de connaître le poumon tel qu'il est à l'état normal. Chacun d'eux, en effet, est le fragment amorphe d'une certaine exsudation qui est venue se mouler dans une vésicule pulmonaire. Vous avez fait votre préparation avec des instruments peu délicats; vous avez scié le tissu avec vos scalpels, vous l'avez saccagé avec vos aiguilles, broyé sous vos lames de verre, et vous avez rompu, sans égard pour leur ténuité, les parois des vésicules. Mais, ainsi que les modeleurs, en brisant le premier creux, découvrent la première épreuve, de même, en déchirant les murs de leur prison membraneuse, vous avez mis en liberté des corpuscules jusqu'alors captifs. Voilà la théorie de M. Mandl. Ces corpuscules, il est vrai, sont déjà connus. La description de l'auteur et sa figure I se rapportent très bien à ce qu'on désigne sous le nom de *globules tuberculeux*, ou *corpuscules de tubercule*. Mais M. Mandl prétend que l'on a eu tort de procéder ainsi. La petitesse de ces corps leur mérite certainement le nom de corpuscules; on les trouve dans la matière tuberculeuse, et il semble naturel de leur accorder une épithète empruntée à leur origine. Mais le mot *corpuscule de tubercule* n'en doit pas moins, suivant M. Mandl, « être rayé de la science, » car il fait supposer une organisation que ne démontre nul- » lement l'analyse micrographique. »

Entre M. Mandl et les observateurs qui l'ont précédé, il y a, du reste, autre chose qu'une discussion de mots. Jusqu'ici on s'était contenté de regarder et de décrire; M. Mandl a voulu interpréter. On avait dit : Dans les tumeurs tuberculeuses il y a des corpuscules d'une certaine forme, — M. Mandl a ajouté : Ces corpuscules ne sont pas organisés, et s'ils ont une certaine forme, c'est qu'ils ont été moulés dans les cavités naturelles du poumon. En d'autres termes, M. Mandl a reconnu le fait et l'a orné d'une théorie. Cette théorie ne nous scandalise nullement : Que la critique lui soit légère! Mais ce qui nous intéresse davantage, c'est de voir un observateur aussi pratique que M. Mandl joindre son témoignage à tant d'autres, et avouer, lui centième, qu'il y a dans les tubercules pulmonaires une substance dans laquelle le microscope découvre des corpuscules particuliers.

On pourrait peut-être se demander comment une substance amorphe, en se moulant dans des cavités assez larges pour être visibles à l'œil nu, peut donner lieu à des globules tellement petits qu'il faille, pour les bien voir, l'excellent microscope dont M. G. O. a favorisé M. Mandl, et comment ces globules, moulés dans des vésicules régulièrement arrondies, peuvent se présenter sous des apparences anguleuses et irrégulières. Ce phénomène est étrange, sans aucun doute, et si nous apprenions qu'en versant du plomb fondu dans un moule à balles on a obtenu un buste quelconque, nous ne serions pas plus surpris. Mais les secrets de la nature nous échappent si souvent! Et les métamorphoses organiques sont si étonnantes! D'ailleurs, pour être complétement exact, nous devons ajouter qu'aux yeux de M. Mandl la théorie du moule ne rend pas compte de l'existence de tous les corpuscules prétendus tuberculeux. Cette restriction ferme la bouche à ceux qui se disposaient sans doute à demander dans quelles cavités se moulent les globules des tubercules osseux. Notre auteur a prévu l'objection, et, suivant lui, bon nombre de corpuscules dans les tubercules pulmonaires, et tous les corpuscules dans des tubercules non pulmonaires, ont une origine bien plus mécanique encore que ceux dont il a été question jusqu'ici. — Ils sont entièrement artificiels, et ils se forment pendant la préparation par suite de la mauvaise habitude des observateurs, qui, pour rendre les tissus transparents, se permettent « de les diviser, de les déchiqueter avec des in- » struments piquants. » — De là résultent l'inégalité, l'irrégularité, et pour parler le langage de l'auteur, la *diversiformité* des fragments détachés du tissu par cette action violente. « Aussi l'observateur peut-il à volonté augmenter » leur nombre en subdivisant de plus en plus la substance » tuberculeuse. »

La physique la plus élémentaire nous enseigne, comme un article de foi, que la matière est divisible à l'infini. Pour mettre cet axiome en pratique, il ne manque, chacun le reconnaît, qu'une seule chose : ce sont des instruments assez fins pour poursuivre l'opération au delà d'une certaine limite. Cette limite, il nous semble que M. Mandl est sur le point de la franchir. Diviser en deux ou plusieurs fragments, avec des aiguilles dont la pointe est large de 1/10e de millimètre, des corpuscules *amorphes* de 1/200e de millimètre de diamètre, nous paraît un peu bien difficile; et à moins d'aiguilles d'une finesse particulière, nous ne savons comment on peut segmenter *à volonté* les corpuscules de tubercule.

Pauvres corpuscules! naguère encore si célèbres et aujourd'hui si méprisés qu'on les compare à la poussière des chemins! « Ce sont aussi bien des éléments organisés, s'écrie » leur persécuteur, que les fragments d'une brique écrasée

» substances, tout en différant dans leur nature, se comportent cependant » entre elles de manière que chaque pensée de notre âme s'unit à des » conditions déterminées du corps, et par contre, les mêmes pensées » qui naissent dans notre esprit produisent dans le corps des conditions » analogues à celles qui avaient primitivement suscité les phénomènes de » la pensée. Et quoique l'on ne puisse apporter aucune raison évidente de » la manière dont deux substances si différentes agissent néanmoins l'une » sur l'autre, au point que la souffrance de l'âme devient la souffrance du » corps et réciproquement; cependant, en étudiant les effets produits, on » observe que cela est ainsi. Sanctorius nous apprend dans ses aphorismes » que la gaieté naît dans l'âme, lorsque les phénomènes de la perspiration » s'exécutent bien sur toute la surface du corps, et il a noté en même » temps que lorsque la gaieté se produit dans notre âme, la perspiration » augmente. Lorsque l'homme est frappé par l'annonce d'une nouvelle » douloureuse, la perspiration se supprime ; une pesanteur extrême se » fait sentir dans le corps. Quand la femme est en proie à un accès hysté- » rique, l'estomac se gonfle, et une anxiété inexprimable s'empare d'elle » au point que le chagrin de son esprit lui fait presque désirer la mort : » *ut vitæ quoque tædeat*. La terminaison du spasme est annoncée par des » éructations. L'anxiété disparaît et la sérénité renaît dans son âme. Mais » la même femme, lorsqu'elle subit un violent outrage, souffre soudaine- » ment les mêmes choses dans son corps par le seul fait d'un changement » opéré dans la pensée: *dum sola mens in cogitatione mutatur*.

» L'inflammation des méninges et du cerveau fait d'un homme paisible » un frénétique furibond, se ruant contre tous ceux qui lui font obstacle » avec une férocité extrême; mais d'un autre côté aussi, la colère, pous- » sée dans ses limites extrêmes, produit une phrénitis mortelle (1). Nous » pourrions apporter d'autres exemples, mais ceux-ci suffisent à ce que » nous espérons. La même chose s'observe dans la mélancolie. Tandis que » l'esprit est toujours absorbé dans une seule et même pensée, il se pro- » duit dans le corps cette altération des humeurs (*illa humorum cacochy-* » *mia*), que les anciens ont appelée la *bile noire*, et dont nous allons » expliquer les caractères ; et par contre, lorsqu'une pareille dégénéres- » cence des humeurs est en rapport avec d'autres causes, l'homme reste » fixé malgré lui (*et repugnans*) à une seule idée qui l'absorbe tout entier. »

Est-il possible, nous le demandons, d'exprimer d'une manière plus claire cette union intime de deux substances, qui, malgré leurs influences réciproques, ne font qu'une seule et même substance? Cette vérité est

(1) *Vide* §§ 772-775.

» seraient des cristaux! » Avoir été l'objet de tant de recherches et de tant de contemplation! avoir été l'un des trois seuls représentants de l'hétéromorphisme, et passer tout à coup à l'état de mythe! De si haut, tomber si bas! — Mais leur sort est moins malheureux que celui d'autres éléments anatomiques proscrits par M. Mandl sans autre forme de procès qu'une note en petit texte.

Qui n'a entendu parler de la théorie cellulaire? Qui n'a cru, qui ne croit encore que, chez l'embryon, avant la formation des tissus, le blastoderme est composé de cellules à noyaux? Qui ignore que, si l'on peut discuter sur la structure et l'évolution des cellules, sur leurs prétendues transformations, sur leur rôle physiologique, il n'est plus permis de discuter sur leur réalité ni sur leurs caractères extérieurs? Tout le monde ne reconnaît-il pas l'existence des cellules du cancer, des éléments fibro-plastiques, des plaques à noyaux multiples découvertes par M. Robin dans la moelle des os? Et tout le monde, enfin, ne sait-il pas que ces divers éléments anatomiques, constatés par le microscope, présentent, dans les divers tissus, normaux ou pathologiques, des caractères constants propres à les distinguer les uns des autres?

M. Mandl, comme tout le monde, a vu ces éléments, et, comme tout le monde, il a su les reconnaître. Un observateur aussi actif ne pouvait faire autrement. Mais, théoricien plus actif encore, il a cru pouvoir, par une généralisation hardie, appliquer à toutes ces parties les raisonnements spécieux qui lui avaient servi à simplifier la question des tubercules. Cellules cancéreuses ou fibro-plastiques, plaques à noyaux multiples, cellules embryonnaires, toutes ont été considérées par cet auteur comme des débris organiques, comme des détritus produits par des actions mécaniques, comme des fragments informes comparables, hélas! aux morceaux d'une *brique pilée*. Ce système, d'une clarté séduisante, prête néanmoins le flanc à quelques objections. On peut demander comment les hasards d'une sorte de traumatisme peuvent expliquer la régularité et l'uniformité des cellules embryonnaires ou la forme constante des éléments fibro-plastiques. Eh quoi! dira-t-on, la nature des débris obtenus changera-t-elle donc avec la nature des violences employées? Suffira-t-il de déchirer un tissu en long avec des aiguilles pour en faire du tissu fibro-plastique, de l'écraser par une pression uniforme pour en faire des cellules régulières, et sera-t-il nécessaire de prendre un emporte-pièce pour sculpter les étranges formes des cellules cancéreuses? Étant donnée une tumeur, suffira-t-il de la préparer de telle ou telle manière pour en faire surgir telle ou telle espèce de cellules? Ces objections semblent sérieuses; mais M. Mandl n'en est pas ébranlé. Suivant lui, la substance organique, avant la préparation, ne renferme pas de cellules, mais on ne peut y regarder sans en faire. Telle est, dans chaque tissu, la disposition de ses parties résistantes et de ses parties fragiles, qu'il possède la trompeuse propriété de se laisser, au moindre contact, diviser en un grand nombre de fragments microscopiques, toujours identiquement les mêmes dans le même tissu et dans les tissus de même espèce, toujours, au contraire, différents des autres et très reconnaissables dans les tissus d'espèces différentes. En d'autres termes, la mystérieuse nature a voulu qu'il n'y eût pas de cellules, mais qu'il parût y en avoir.

De ce qu'on trouve les cellules toutes les fois qu'on les cherche, on avait cru pouvoir en conclure que les cellules existent. M. Mandl n'hésite pas à en conclure, au contraire, qu'elles n'existent pas. Peut-être, autour de nous, reste-t-il encore quelques personnes prêtes à dire: « Vos cellules, je ne sais trop qu'en croire: je ne les ai pas vues; il est vrai que je ne les ai pas cherchées; mais, enfin, on n'est obligé de croire que ce qu'on a vu, et voilà pourquoi je ne crois guère aux cellules. » M. Mandl procède tout autrement: il commence par prouver qu'il a vu les cellules; il les décrit même en quelques phrases pleines de concision et de clarté, et il ajoute, au grand désappointement du lecteur: « Voilà ce qu'on verrait s'il y avait des cellules, mais ce ne sont pas des cellules qu'on voit. »

Tout cela doit sembler étrange, et le lecteur, peut-être, se plaint déjà de notre insistance. Mais le nom estimé de M. Mandl, et la nature très sérieuse du journal qu'il a pris pour confident de sa théorie nous faisaient un devoir de protester, sous une forme quelconque, contre une tendance à laquelle les micrographes n'ont pas toujours échappé, et à laquelle la science a déjà dû plus d'une fâcheuse erreur. Cette tendance consiste à interpréter avec l'imagination ce qu'on devrait se contenter de constater simplement avec les yeux. Les globules, les cellules, les granules, sont choses assurément fort bonnes à voir, et ces éléments ont une valeur très grande pour celui qui en fait la base de la distinction des tissus. Mais établir un système sur une semblable donnée! édifier une théorie sur un globule! n'est-ce pas faire reposer une pyramide sur sa pointe? Et a-t-on oublié la chute récente de la doctrine cellulaire, qui eût été impérissable si elle se fût bornée à constater, mais qui est tombée pour avoir voulu théoriser?

Voyez plutôt ce qui est arrivé à M. Mandl. M. Mandl a, sur

énoncée sans digression, sans attaques dirigées contre des théories contraires. Cette manière d'argumenter n'entrait pas du reste dans le caractère de Van Swieten. Il était, sous ce rapport, d'une mansuétude sans pareille, et interdisait même à ses élèves de prendre sa défense. S'il poussait la résignation jusqu'à ce point envers même des hommes qui lui étaient hostiles, on conçoit avec quel respect il interprétait les idées de Boerhaave, tout en conservant, comme nous l'avons vu, son indépendance. La même pensée unissait le maître et l'élève dans les motifs de leurs croyances générales, et faisait converger leurs efforts vers les mêmes éléments thérapeutiques. Nous sommes revenus aujourd'hui à la vérité énoncée plus haut à propos des influences réciproques du physique sur le moral; mais par quels détours, par combien de luttes et de polémiques engagées pour essayer de détruire des théories opposées!

Encore une fois, cette vérité si simple, il ne nous a pas été possible, dans un ouvrage récent, de l'énoncer sans nous armer pour ainsi dire de toutes pièces pour nous défendre contre l'invasion de doctrines qui puisant, ou dans un idéalisme extrême ou dans un matérialisme outré, les principes de leurs théories, n'avaient amené, comme nous le disions tout à l'heure, qu'une confusion déplorable dans nos études et un retard dans leur progrès. Toutes les fois que, dans le cours de ces travaux historiques, nous pourrons faire ressortir quelques unes de ces vérités utiles qui n'auraient jamais dû se perdre, nous ne manquerons pas de le faire. Nous ne connaissons en vérité de si pénible labeur que ce travail continuellement répété de la coordination des matériaux d'une science, travail qui nous astreint ainsi à un véritable supplice des Danaïdes.

Maintenant abordons spécialement les doctrines qui attribuent à la bile une influence si marquée sur la manifestation des phénomènes délirants.

Boerhaave avait dit, à propos de l'action de la bile: Les doctrines sur ce sujet ont été tellement obscurcies que l'antiquité entière a été mise en cause et accusée d'un crime injuste: *ut injusti criminis rea agatur antiquitas* (§ 1091). C'est à relever et à écarter cette injustice que s'attache Van Swieten, en rendant aux termes employés par les anciens leur véritable signification.

« Rien de plus fréquent, dit-il, chez les anciens, que la mention qu'ils » font de la bile noire (*atræ bilis*); beaucoup de modernes se sont insurgés » contre cette dénomination; ils auraient même voulu l'abolir, et auraient » facilement admis qu'il n'existait de bile de mauvaise nature ni à l'état » de santé ni à l'état de maladie.

» Consultons Hippocrate. Il nous dit (1): le corps humain renferme

(1) *De natura hominis.*

a nature du tubercule, sur ses causes, sur son traitement, une manière de voir qui lui est propre, qui depuis longtemps le préoccupe, et qu'il nous fera sans doute bientôt connaître. Il faut, pour sa théorie, que la matière tuberculeuse soit amorphe et inerte. La matière tuberculeuse sera donc inerte et amorphe. — Mais il y a certains corpuscules? C'est possible : ils doivent être artificiels, on les fait en déchirant le tissu. — Mais ils ont des formes assez constantes pour n'être pas dues au hasard? C'est vrai ; cela doit tenir à quelque chose. Et ainsi naquit la théorie des moules. — Mais des phénomènes analogues existent dans les tumeurs cancéreuses, fibro-plastiques? C'est certain, continue le théoricien logique : semblable effet, semblable cause ; et les cellules cancéreuses, les cellules fibro-plastiques, voire les cellules embryonnaires, eurent le même sort que les corpuscules des tubercules. Et ainsi naquit la théorie des briques cassées. Que ceci serve d'avertissement et de leçon !

Un mot encore. La doctrine de M. Mandl ne reposant sur rien que sur des interprétations de phénomènes anatomiques vus et constatés par tout le monde, on pourrait se dispenser de la réfuter directement, comme on nie toute chose non démontrée et surtout non démontrable. Cette réfutation directe, nous ne la donnerons pas, et nous n'analyserons pas successivement les diverses parties de son mémoire. Mais on nous pardonnera peut-être de citer un fait dont nous serions heureux de recevoir l'explication de la bouche de M. Mandl.

Vendredi dernier, plusieurs pièces contenant de la matière tuberculeuse furent présentées à la Société anatomique. Plusieurs membres de la Société, M. Verneuil, M. Houel, et diverses personnes encore, au nombre desquelles était l'auteur de cet article, passèrent dans une pièce voisine et examinèrent ensemble, avec les plus grandes précautions, une masse tuberculeuse ramollie. La mollesse du produit hétéromorphe était telle, qu'il ne fallait faire aucune préparation, c'est-à-dire qu'il ne fallait employer aucun instrument pour en placer sous le microscope une parcelle mince et transparente. Il n'y avait donc pas moyen d'invoquer la théorie de la *brique pilée* et des détritus amorphes. Malgré cela, nous vîmes tous, de la manière la plus nette, les corpuscules tuberculeux les plus caractéristiques. La théorie de la brique pilée était inapplicable ; il ne restait plus qu'une ressource : c'était la théorie des modelages dans les vésicules pulmonaires. Hélas ! ce n'était pas le poumon, c'était le rein qui avait fourni la pièce examinée ; et, malgré les dehors séduisants de la doctrine nouvelle, nous fûmes obligés de retomber dans les idées anciennes, d'en croire nos yeux, et de penser que, si nous voyions des corpuscules de tubercules, c'était parce que ces corpuscules existaient réellement.

Paul Broca,

Agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LA NÉPHRITE ALBUMINEUSE CONSÉCUTIVE A L'ALBUMINURIE DES FEMMES GROSSES, par le docteur Leudet.

Depuis l'époque où notre savant maître, M. Rayer, indiqua le premier la fréquence de la présence de l'albumine dans l'urine des femmes en état de grossesse, tous les médecins français et étrangers sont venus successivement confirmer par leur expérience ce point de pratique médicale. Envisagée au début presque uniquement comme un nouveau détail séméiologique, l'albuminurie est devenue, aux yeux de beaucoup de médecins, depuis les recherches de Lever, le point de départ et la cause d'accidents sérieux pour la mère et l'enfant. Nous n'avons pas l'intention d'insister ici sur ces faits, d'examiner leur valeur et leur signification ; nous n'avons en vue que de nous occuper d'un point encore peu étudié, de la persistance de l'albumine dans l'urine des femmes après l'accouchement. Pour le dire tout d'abord, l'urine peut continuer, après l'expulsion du fœtus, à contenir une quantité plus ou moins grande d'albumine, sans que l'économie révèle par aucun accident un dérangement sérieux de l'économie ; d'autres fois, au contraire, la femme nouvellement accouchée présente des signes certains d'une affection qui survit à la délivrance, affection qui même, dans quelques cas, devient une cause de mort.

Le principal but de ce travail est donc de démontrer, par des observations cliniques, que le pronostic de l'albuminurie des femmes grosses ne peut pas être toujours regardé comme favorable, lors même que la malade a dépassé l'époque ordinaire des convulsions éclamptiques.

On sait que dans la majorité des cas l'albumine disparaît de l'urine peu de temps après l'accouchement. M. Blot, dans un excellent travail (*Thèse inaug.*, Paris, 1849), a analysé à ce point de vue quarante observations recueillies par lui à la Maison d'accouchements ; cette analyse lui a donné, comme durée moyenne de l'albuminurie après l'accouchement, vingt-deux heures, le maximum étant quatre jours, et le minimum une heure. Nous avons

» deux espèces de biles : la bile jaune et la bile noire. Elles constituent la » nature du corps et causent sa souffrance par leur défaut d'équilibre, » ou son état de santé par l'harmonie de leurs principes constitutifs. » Galien s'étend encore davantage sur ce sujet (1). Il paraît donc, ajoute » Van Swieten, que la bile noire n'a pas toujours été regardée par les an- » ciens comme une humeur morbide ; elle n'était considérée comme telle » que lorsqu'elle détruisait par sa prépondérance l'équilibre du sang, ou » lorsque, se séparant de ce liquide, elle stagnait dans quelque partie du » corps. Et comment n'auraient-ils pas été amenés à théoriser, lorsque après » avoir dans certains cas de maladie tiré le sang d'une veine, ils remar- » quaient les singuliers changements qui arrivaient dans ce liquide, le- » quel paraissait néanmoins homogène à sa sortie. Ils attribuaient à la bile » jaune *cette partie qui se coagule à la surface*, et se sépare, par sa cou- » leur si tranchée et par sa consistance, de la partie rouge proprement » dite, tandis que la coloration noire provenait de la bile noire... » On sait encore le rôle que les anciens attribuaient au foie, dans lequel était élaboré le sang par le mélange des quatre humeurs principales admises par eux. La bile jaune en excès était entraînée dans la vésicule du fiel,

(1) *De atrabili*, cap. V, Chait, tom. III, p. 172.

ce qui indique qu'ils considéraient aussi le foie comme un organe ayant un but excrémentitiel. La bile noire était amenée par la veine splénique dans la rate qu'ils supposaient devoir être le réceptacle de l'atrabile (1). Ils étaient encore confirmés dans leurs idées par ce que leur apprenait l'observation à propos de la coloration bilieuse de la peau dans certaines affections, comme dans l'ictère, et aussi par les énormes évacuations bilieuses qui, dans d'autres circonstances, sont rendues par les malades. « Il ne faut donc pas, ajoute le commentateur, blâmer les anciens » si, en étudiant l'étiologie des maladies imaginaires, ils ont parlé de la » bile noire accumulée dans les intestins. » *Intellexerunt enim tantum per hanc vocem tenax quasi sanguinis in visceribus stagnantis vel tardius moti spissamentum.* . . . .

Van Swieten commence donc par édifier le lecteur sur ce qu'il faut entendre par l'humeur atrabilaire : *humor atrabilaris, succus melancholicus.* Ces termes ne représentent ni plus ni moins pour lui que l'état de dégénérescence du sang. Peu importe que cette dégénérescence ait son point de départ dans une cause morale ou dans une cause physique : *et talem autem sanguinis degenerationem (cacochymiam) observaverunt veteres in melancholicis.* . . . . . .

(1) Gal., *De elementis*, lib. II, cap. II. . . . .

cité ces résultats en premier, parce qu'ils proviennent de l'analyse d'un nombre de cas assez nombreux; nous devons ajouter que cette durée de l'albuminurie est un peu différente, d'après les relevés d'autres auteurs. Ainsi, d'après MM. Devilliers et Regnault (*Archiv. gén. de médecine*, 1848), la disparition de l'albumine a lieu, en moyenne, dans l'espace de trois à dix ou quinze jours après l'accouchement; terme moyen, en six ou huit jours. Frerichs (*Brightsche Nierenkrankh.*, Braunschweig, 1851, p. 213) lui assigne une durée encore plus longue : Règle générale, dit-il, l'albumine cesse d'exister dans l'urine peu de temps après l'accouchement; sa disparition complète arrive vers le dixième ou douzième jour. M. Cahen (*Thèse inaug.*, Paris, 1846) cite un fait où l'albumine fut trouvée dans l'urine onze jours encore après l'accouchement.

Ces résultats un peu différents, empruntés à divers auteurs, suffisent pour démontrer que l'albuminurie a d'habitude une courte durée d'existence après l'expulsion du fœtus, puisqu'elle peut disparaître au bout d'une heure, et cesse, en général, d'exister au bout de quelques jours.

Mais il n'en est pas toujours à beaucoup près ainsi; nous avons vu plusieurs fois l'albumine persister un temps beaucoup plus long. Nous allons exposer ici ces faits intéressants à divers points de vue.

Obs. I.—*Anasarque, albuminurie, accouchement; persistance de l'albumine dans l'urine un mois après l'accouchement.*

Bansac (Annette), âgée de vingt-quatre ans, couturière, d'une taille moyenne, d'un embonpoint considérable, yeux bruns, cheveux bruns, entre le 24 décembre 1848 à l'Hôtel-Dieu; elle est couchée au n° 11 de la salle Saint-Landry, service de M. Louis.

Habituellement d'une bonne santé, non vaccinée, Bansac fut atteinte à l'âge de quinze ans d'une variole qui a laissé de nombreuses cicatrices sur la peau de la face; jamais elle n'a eu d'autres affections éruptives. Dès l'âge de treize ans, quoique jouissant d'une bonne santé, elle avait des flueurs blanches abondantes. Réglée pour la première fois à seize ans, Bansac a vu depuis cette époque les évacuations menstruelles reparaître régulièrement chaque mois, du 8 au 10; elles durent habituellement un ou deux jours; elles sont peu abondantes et ne forcent pas la malade à se garnir. A Paris depuis un an et demi, Bansac vivait auparavant à la campagne aux environs de Genève. Depuis son séjour à Paris, elle a habité successivement une chambre située au premier étage et donnant sur une cour non humide; puis depuis cinq mois, elle loge dans une chambre au sixième étage et située au midi.

Bansac n'éprouve jamais de battements de cœur qui aient du moins attiré son attention; elle ne ressent pas non plus d'étouffements, et monte sans fatigue et sans gêne ses six étages. Jamais d'hémoptysie.

Les règles se sont supprimées depuis le mois de mai 1848, et depuis aucun suintement sanguinolent par la vulve n'a été remarqué. Bansac n'a eu aucune autre grossesse antérieure. Depuis plusieurs mois, elle sentait distinctement les battements du fœtus. Le début de la gestation n'a été marqué par aucun malaise général, ni trouble du côté des organes digestifs, pas de nausées, pas d'envies de vomir; seulement dans le premier mois, elle rejeta, dit-elle, plusieurs crachats de sang pur sans aucun malaise concomitant; elle continua néanmoins ses travaux.

Pendant les premiers mois de la gestation, pendant son cours, comme dans le mois de décembre dernier, elle n'a éprouvé ni frissons, ni douleurs rénales, ni troubles du côté des organes centraux de la circulation; seulement elle a été frappée dans les deux dernières semaines de la couleur un peu brune de ses urines dont la fréquence d'émission n'avait rien d'anormal. Vers le 25 décembre, elle s'étonna de ne plus sentir les mouvements de son enfant; elle alla consulter une sage-femme qui lui pratiqua une émission sanguine générale. Malgré cette médication, les battements du fœtus ne reparurent pas.

Le 29 décembre, c'est-à-dire la veille de son entrée à l'Hôtel-Dieu, Bansac s'aperçut d'un peu d'œdème aux pieds et à la partie inférieure des jambes, œdème qui la gênait pour mettre ses chaussures; du reste, elle n'en éprouvait aucune incommodité. En l'interrogeant avec plus de soin, on apprend que quelques jours déjà auparavant, elle éprouvait une gêne, dans la respiration, de la dyspnée surtout dans le décubitus dorsal; elle ne toussait pas et n'éprouvait aucune douleur dans le thorax.

L'œdème et la gêne de la respiration la contraignirent à entrer à l'Hôtel-Dieu. Le 1er janvier 1849, nous la trouvâmes dans l'état suivant : face un peu pâle, œdème des jambes et des pieds, œdème blanc, indolore à la pression. Pas de bouffissure de la face ou des membres supérieurs. Le ventre est développé, l'utérus dépasse l'ombilic. Nulle part, on n'entend, malgré de nombreuses recherches, les bruits du cœur du fœtus, mais on entend très bien le bruit de souffle placentaire. Appétit bon. Pas d'envies de vomir ou de vomissements; pas de diarrhée. Sensibilité à peine marquée à la pression des deux régions rénales. L'urine extraite de la vessie au moyen de la sonde est pâle, et donne par la chaleur et l'acide nitrique un dépôt d'un cinquième environ de la hauteur du tube d'albumine (après avoir reposé pendant douze heures).

1er *janvier*. — Gomme sucrée, deux bouillons, deux potages. Ventouses scarifiées aux deux régions rénales pour 200 grammes de sang. Le sang extrait au moyen des ventouses ne présentait aucune couenne à la surface des rondelles sanguines.

2. — Une portion d'aliments.

Les jours suivants, l'œdème semble augmenter aux jambes; la quantité d'albumine contenue dans l'urine demeure la même. Le 5 janvier, M. Louis ordonne une nouvelle application de ventouses scarifiées aux régions rénales. La malade, n'ayant pas voulu se soumettre à ce traitement, quitte l'hôpital le 6 janvier.

Elle y rentre le 8 janvier, au soir, c'est-à-dire deux jours après sa sortie. Même état général; seulement l'œdème a considérablement augmenté aux membres inférieurs; l'urine contient une quantité d'albumine plus considérable qu'il y a trois jours. Le 9, on applique seize sangsues aux deux régions rénales. En mesurant la circonférence des membres, on trouve, à la partie moyenne de la cuisse 0m,415; à la partie moyenne de la jambe, 0m,33.

Le 13 janvier, au matin, la malade accuse quelques douleurs dans le ventre, des coliques légères. Ces douleurs augmentent graduellement et deviennent expulsives. A quatre heures et demie du soir, la malade accouche d'un enfant mort, paraissant âgé de huit mois environ. Sa peau est d'une couleur grisâtre et recouverte d'un épiderme qui s'enlève aisément en lambeaux. Le placenta se détache de lui-même, et est expulsé dix minutes environ après la sortie du fœtus; il ne présentait rien d'anormal.

14. — Un peu de diminution du gonflement des membres inférieurs. L'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; il n'est pas sensible. La malade rend par la vulve une assez grande quantité de

---

Les causes morales amènent, dit-il, cet état tout aussi bien que les causes physiques, et il étudie l'action de ces causes *en dehors de toute idée préconçue de bile et d'atrabile*, sauf à considérer ensuite les états pathologiques secondaires qui peuvent être la conséquence de la situation générale maladive et amener la dégénérescence des humeurs : *sanguinis degenerationem, cacochymiam.* Dans son 1093e aphorisme, Boerhaave va faire l'énumération des principales causes physiques et morales de la mélancolie, et nous pouvons être certains d'avance que sur un thème aussi varié, le commentateur répandra à pleines mains des vérités dont l'étude physiologique moderne des aliénés pourrait faire son incontestable profit.

« Nous retrouverons les causes de la mélancolie dans les violents exer- » cices de l'esprit, dans les nuits sans sommeil et les jours passés dans la » fixité de l'idée sur un seul objet (*in unum fere objectum occupata*). Les » travaux exagérés du corps, lorsque surtout ils sont fréquemment répétés, » et particulièrement dans un air sec et chaud; l'excès des plaisirs véné- » riens (*immodica Venus*); les aliments durs, secs, dépourvus de sucs » nutritifs (*cibi austeri, duri, sicci*), chez ceux principalement qui font » peu d'exercice et qui se laissent aller à la torpeur du repos; les sub- » stances animales trop salées, les fruits crus, les médicaments astrin- » gents, les poisons lents (*venena lenta*), etc., sont de nature à amener » ce mal. Nous le voyons aussi se produire dans les fièvres chaudes de » longue durée, se répétant souvent sans qu'il se soit manifesté une crise » favorable (*sine bona crisi*) et sans qu'elles aient été soignées convena- » blement. » (§ 1093.)

Chacune de ces causes est reprise et expliquée dans ses modalités diverses, et, comme toujours, les anciens viennent apporter le contingent de leur expérience aux propres observations de l'auteur. Leurs maximes, choisies avec beaucoup d'à-propos, s'enchâssent comme des pierres précieuses dans un tissu préparé pour les recevoir. L'auteur pouvait parler de l'influence des violentes contentions de l'esprit et des veilles exagérées dans la production de la mélancolie : nous savons qu'il avait souffert d'un état pareil, et qu'il avait dû sa guérison à son illustre maître (1). Et quant aux autres causes citées, il était trop bon observateur pour ne pas trouver dans son immense expérience les faits qui viennent toujours corroborer le principe (2). Sans doute, on pourra reprocher aux

(1) Voir le numéro du 13 janvier 1854.

(2) Un des avantages inappréciables que l'on retire de la lecture des *Commentaires*, c'est que l'auteur a soin de vous renvoyer aux chapitres où, à propos d'une autre ma-

lochies sanguinolentes. Pouls à 100, médiocrement développé. Peau d'une bonne chaleur. L'albumine est en quantité aussi considérable dans l'urine qu'avant l'accouchement.

15. — Dans la soirée, la malade accuse du frisson, du malaise sans aucune douleur abdominale ; les seins sont un peu gonflés et tendus. La proportion d'albumine dans l'urine est d'un cinquième environ de la hauteur du tube ; elle persiste à peu près en même quantité les jours suivants. Le 17, la diminution du volume des membres inférieurs avait été chaque jour en croissant ; leur circonférence était alors de 0m,40 à la partie moyenne de la cuisse, de 0m,295 à la partie moyenne de la jambe. L'état général allait graduellement en s'améliorant. Appétit. Le 18 janvier, elle mangeait une portion d'aliments.

Dans la journée du 18 janvier, sans cause connue, Bansac est atteinte d'une légère diarrhée : sept selles dans la matinée sans coliques. On administre un quart de lavement de lin avec dix gouttes de laudanum de Sydenham. Le 20, la diarrhée était supprimée.

22. — L'état général de la malade s'est graduellement amélioré. Moins d'œdème aux membres inférieurs. Pas de céphalalgie, de trouble des organes des sens. L'urine, examinée par l'acide nitrique et la chaleur, donne encore un léger précipité d'albumine.

Un granule de digitaline de 0gr,001. Deux portions.

On porte à deux, le 23 janvier, les granules de digitaline.

24. — Bansac se lève depuis plusieurs jours. Le ventre est indolore. L'utérus ne se sent nullement au-dessous des pubis. Appétit bon. Forces encore au-dessous de l'état normal. Les deux jambes sont un peu gonflées et œdématiées, surtout quand Bansac est demeurée longtemps debout. Circonférence de la cuisse à sa partie moyenne, 0m,33 ; circonférence de la partie moyenne de la jambe, 0m,26. L'urine se trouble légèrement par la chaleur, et donne, comme par l'acide nitrique, un très léger précipité.

Bansac demeura encore dans les salles jusqu'au 10 février 1849 ; elle était en pleine convalescence ; mais à la fin de la journée, on retrouvait encore un peu d'empâtement au niveau des malléoles, et l'urine donnait par la chaleur un trouble marqué qui se déposait en sédiment d'un dixième environ de la hauteur du tube ; il en était de même par l'acide nitrique. Nous n'avons eu depuis aucun renseignement sur cette femme.

Dans l'observation que nous venons de transcrire, on voit l'albuminurie persister encore dans l'urine vingt-neuf jours après l'accouchement ; on retrouvait en même temps un peu d'œdème au niveau des deux malléoles ; tous les accidents généraux avaient, du reste, disparu, et aux yeux de la malade, son état de santé était parfait. Cette femme aura-t-elle conservé longtemps encore de l'albumine dans l'urine ? Nous ne saurions le dire.

Des faits du même genre ont été cités par plusieurs auteurs. M. Rayer (*Traité des maladies des reins*, vol. II, p. 405) cite un fait curieux, dont voici la courte analyse.

Obs. II. — Une femme de trente-six ans avait eu antérieurement huit enfants à terme et deux fausses couches. Dans aucune de ses grossesses précédentes, elle n'avait eu d'œdème appréciable. Pendant trois semaines avant l'accouchement, les extrémités inférieures devinrent œdématiées. Le 30 décembre 1837, cette femme accoucha à six mois de gestation d'un fœtus mort. Le troisième jour après l'accouchement, elle éprouva de vives douleurs dans les reins qui durèrent quarante-huit heures. La malade entra à l'hôpital de la Charité le 27 janvier 1838, présentant des signes d'ascite, un œdème peu considérable des extrémités inférieures et des parties génitales. L'urine était fortement albumineuse. Graduellement la quantité d'albumine évacuée dans les urines diminua d'abondance ; mais elle n'avait pas encore disparu lorsque la malade quitta l'hôpital au milieu de mars 1838.

M. Rayer ajoute qu'il est probable que cette malade aura fini par guérir. Le même auteur cite dans un autre endroit de son ouvrage (*loc. cit.*, p. 166) une observation semblable.

Dans ce fait, comme dans celui que nous avons cité plus haut, le phénomène principal presque unique était l'existence de l'albuminurie. D'autres exemples analogues existent dans la science. MM. Regnault et Devilliers (*loco. cit.*, p. 61) nous ont fait connaître un fait semblable dans lequel l'albumine persistait encore dans l'urine assez longtemps après l'accouchement, et lorsque la malade quitta l'hôpital.

Nous devons à l'obligeance de notre excellent maître, M. Rayer, la communication d'un autre fait observé dans la pratique civile en commun avec M. le docteur Monod. C'était chez une dame, chez laquelle l'albuminurie persista plusieurs mois après l'accouchement, et finit par disparaître complétement. M. Cazeaux a observé récemment un fait du même genre ; dans ce cas, comme dans ceux que nous venons de citer, l'albuminurie était le seul phénomène appréciable, et les femmes se soumettaient difficilement à un examen, dont l'état général satisfaisant de leur santé ne peut leur faire comprendre l'utilité.

Cette absence de symptômes généraux est peut-être une des circonstances qui n'a pas permis plus souvent de soupçonner la persistance de l'albuminurie. Une autre cause a pu contribuer à faire négliger également l'étude de cette question, c'est l'absence d'œdème. On sait que l'hydropisie peut manquer dans le cours de la néphrite albumineuse ; tous les auteurs, MM. Bright, Rayer, Christison, en ont cité des exemples, et nous avons nous-même fait connaître des cas de ce genre. Or, si l'œdème manque dans une albuminurie temporaire, combien de fois l'albuminurie ne pourrait-elle pas passer inaperçue ? Cette absence d'œdème est, du reste, beaucoup plus fréquente dans ce qu'on a appelé l'albuminurie temporaire que dans la néphrite albumineuse proprement dite. Nous n'avons pas l'intention d'insister ici sur la délimitation de ces deux états morbides ; qu'il nous suffise de savoir que, chez la femme enceinte, l'urine peut être très albumineuse, sans qu'il y ait d'œdème.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

maîtres de cette école de trop s'arrêter à certains détails, de se croire obligés de donner des explications hasardées ; mais leur bonne foi elle-même sert à nous éclairer, et le lecteur désireux de s'instruire, celui surtout qui sera fixé sur le véritable caractère moral de son auteur, saura toujours faire la part de son époque, et mesurer à ces progrès les appréciations qui lui sembleront erronées.

Mais voici un côté essentiel de la question propre à montrer combien il serait injuste de méconnaître, dans les théories d'un Boerhaave ou d'un Van Swieten, la profondeur et la sagacité de leurs observations. Il est relatif aux altérations humorales qui accompagnent certaines formes d'aliénation.

L'aphorisme 1091 est ainsi conçu dans son esprit fondamental. Dès que ce mal (la mélancolie), implanté dans le sang par les causes que nous avons énumérées, vient à corrompre pareillement toutes les humeurs, il en résulte des *maladies remarquables* (*morbos conspicuos*) qui se traduisent par les phénomènes suivants : coloration externe et interne des tissus plus pâle, parfois livide, avec des taches de même couleur. La circulation est plus lente, le malade a des frissons, sa respiration est anxieuse. Les sécrétions et les excrétions sont dénaturées ; l'appétit est diminué, l'absorption ralentie. Le malade est émacié et triste ; il recherche la solitude, il a horreur du mouvement, quoiqu'il se signale parfois encore par un grand développement des affections de l'âme (*affectus animi*) et par de singulières aptitudes intellectuelles.

Les aphorismes qui suivent se déduisent logiquement de cette espèce d'introduction. Ils amènent le commentateur à exposer dans un véritable traité de pathologie mentale quelles sont ces *maladies remarquables*, dans l'étude desquelles nous n'aurons plus à nous occuper exclusivement de l'*atrabile*, du *suc mélancolique*, mais de ces changements extraordinaires qui vont se passer dans l'organisme et d'où il résultera des effets morbides qui, à leur tour, devenant causes, seront pareillement le point de départ de nouvelles transformations et de nouveaux états maladifs. Et le même esprit qui va nous initier à ces phénomènes, qui sont la représentation bien réelle de ce que l'observation nous démontre dans l'étude des affections nerveuses, ne jettera pas un jour moins lumineux sur les véritables indications curatives et sur les terminaisons de ces tristes maladies. Signalons seulement quelques principes aujourd'hui trop négligés, parfois même entièrement méconnus.

lad e, il est entré dans des considérations qui peuvent servir à l'objet présent. C'est ainsi qu'en faisant bien ressortir l'esprit qui règne dans un chapitre spécial, on fait ressortir l'esprit général qui domine l'œuvre entière.

MATIÈRE MÉDICALE.

OBSERVATIONS SUR LA PRÉPARATION DU PERCHLORURE DE FER, par M. GOBLEY, professeur agrégé à l'École de pharmacie de Paris.

Le perchlorure de fer était presque abandonné comme agent thérapeutique, lorsque M. Pravaz, chirurgien distingué de Lyon, fit connaître, pour le traitement des anévrysmes et des varices, une nouvelle méthode qui consiste à injecter dans les artères ou dans les veines quelques gouttes d'une solution concentrée de ce sel. Sous l'influence de ce liquide, tout le sang renfermé dans une étendue de 3 à 4 centimètres est transformé, dans l'espace de quelques minutes, en un caillot solide. Ce nouveau mode de traitement n'est, du reste, qu'à l'état d'essai.

On ne s'est pas encore bien rendu compte de l'action véritable du perchlorure de fer sur le sang. Suivant les uns, il coagule le sang en masse et dans tous ses éléments; suivant les autres, il agirait surtout sur la fibrine; d'autres, enfin, assurent qu'il n'a d'action que sur l'albumine (1). On se demande encore quelle est la nature du caillot, si le perchlorure est un simple hémostatique ou un hémospasique, s'il agit comme un caustique irritant ou comme un agent toxique, et quelle est alors la dose qu'il ne faut pas dépasser.

On voit de suite par ces questions, qui ont été agitées récemment devant l'Académie de médecine, quelle importance on doit attacher à la préparation du perchlorure de fer. M. Burin du Buisson, qui a fait avec M. Pravaz les premières expériences sur la nouvelle méthode dont nous venons de parler, préparait de la manière suivante le chlorure qui a servi à leurs essais : on laisse réagir à froid, pendant cinq à six heures, puis on porte le vase sur un bain-marie d'eau bouillante et l'on chauffe jusqu'à ce que 200 grammes de peroxyde de fer calciné au rouge (safran de Mars astringent) soient à peu près complétement dissous dans 1,000 grammes d'acide chlorhydrique blanc et pur. Cette opération doit être faite dans une capsule de porcelaine dont on connaît le poids; on décante le liquide pour séparer l'oxyde indissous, et on l'évapore avec ménagement au bain-marie, en agitant continuellement jusqu'à consistance de sirop épais, dont on détermine alors le poids. On ajoute une quantité d'eau distillée égale à la moitié de ce poids, on chauffe encore quelques instants et l'on jette le tout sur un filtre; on lave la capsule, puis le filtre, avec une nouvelle quantité d'eau égale à la première, et l'on ajoute au premier liquide la quantité suffisante du dernier pour obtenir une liqueur d'une densité de 43,5 à 44°.

On a reproché au chlorure ainsi préparé de retenir une trop forte proportion d'acide chlorhydrique. Si au lieu de cesser l'évaporation, comme l'indique M. Burin du Buisson, on la continue plus longtemps, on en sépare en effet une nouvelle quantité. On sait aussi la difficulté qu'il y a de conserver longtemps une solution de perchlorure de fer sans qu'elle laisse déposer de l'oxychlorure insoluble, et sans qu'elle devienne par conséquent plus acide. C'est pour obvier à ces deux inconvénients, que, dans un nouveau mémoire qu'il vient d'adresser à l'Académie des sciences, M. Burin du Buisson propose de substituer le procédé suivant à celui qu'il avait précédemment indiqué. On sature aussi bien que possible de l'acide chlorhydrique blanc et pur par de l'hydrate de peroxyde de fer, et l'on commence à évaporer la liqueur à un peu moins de moitié sur un feu doux, puis on continue l'évaporation au bain-marie, en ayant soin d'éloigner, ainsi que je l'ai indiqué, les vapeurs aqueuses qui donneraient lieu à la formation d'acide chlorhydrique et à un dépôt d'oxychlorure insoluble. Lorsque le liquide a ainsi acquis la consistance d'un sirop épais (à cet état il se fige par le refroidissement sans cependant se prendre en masse solide), on cesse l'évaporation et l'on ajoute au liquide un excès d'hydrate gélatineux délayé dans un peu d'eau; on agite pendant un quart d'heure et on laisse ensuite en repos le mélange pendant plusieurs heures. On ajoute après l'eau distillée nécessaire pour amener à la densité de 30 degrés Baumé, et on l'abandonne au contact d'un excès d'hydrate pendant huit jours; après quoi l'on filtre et on laisse encore reposer le liquide filtré pendant quinze jours. Cette densité de 30 degrés est celle à laquelle MM. Valette, Desgranges et Pétrequin paraissent s'être arrêtés pour le traitement des varices. Quant à la cure des anévrysmes, ces habiles chirurgiens pensent qu'il suffirait d'employer une solution à 20 degrés et même à 15 degrés.

Ce nouveau mode de préparer la solution ferrique ne diffère pas sensiblement du premier. Le contact de la liqueur avec l'hydrate gélatineux ne sépare pas l'acide chlorhydrique aussi bien que l'évaporation : c'est un fait que M. Burin du Buisson a constaté lui-même. De plus, M. Burin du Buisson a reconnu que la solution de perchlorure de fer, même lorsqu'elle est préparée avec le chlorure sublimé, possède toujours une réaction acide. S'il est impossible de préparer des solutés de perchlorure de fer sans qu'ils contiennent de l'acide libre, et s'il est important qu'ils en soient privés le plus possible, n'est-il pas préférable d'avoir tout simplement recours, comme l'a proposé M. Soubeiran, au chlorure préparé par le procédé que j'ai indiqué dans le *Journal de pharmacie et de chimie* en 1844? La solution ferrique devient alors une préparation magistrale que le chirurgien prescrit à mesure du besoin et au degré qu'il veut. Le chlorure sec, du reste, se conserve longtemps sans se décomposer; il donne avec l'eau des liqueurs parfaitement limpides qui peuvent être encore gardées quelque temps sans qu'elles se troublent d'une manière sensible. Le chlorure de fer, préparé avec la pierre hématite, est chimiquement plus pur et plus sûrement identique que celui qu'on obtient avec l'hydrate gélatineux; il renferme aussi une moindre quantité d'acide libre. Je crois même pou-

(1) M. Burin du Buisson a reconnu que 10 gouttes de solution de perchlorure de fer marquant 45° mêlées avec un blanc d'œuf délayé dans 30 gr. d'eau, suffisent pour faire prendre, en moins de quinze secondes, le tout en une masse qui, en renversant le vase qui la contient, reste collée au fond et ne s'en détache qu'au bout d'un temps assez long.

1° Ces changements extérieurs, survenus chez l'individu, peuvent déjà être considérés comme un degré du mal, et l'on peut établir dans ces maladies trois phases différentes en rapport avec le progrès de l'infection des humeurs.

2° S'il est des malades qui refusent la nourriture, qui la prennent avec dégoût, il en est cependant qui sont voraces; mais ils ne profitent pas, leurs forces diminuent, et ils tombent dans l'émaciation.

3° De ce que ces maladies ont une double origine, et qu'elles proviennent, tantôt du corps, tantôt d'une fâcheuse disposition de l'esprit, il s'ensuit que les humeurs peuvent être viciées secondairement, et que, dans tous les cas, les indications curatives doivent s'adresser à un double élément (*duplex curatio indicatur*).

4° Quoique ce mal réside le plus ordinairement dans les organes abdominaux, et que les purgatifs soient indiqués, *il faut prendre garde d'en faire abus*, les intestins de ces malades étant très irritables, et il faut bien savoir encore que quoique la cause ait souvent disparu, le mal n'en persiste pas moins. Le traitement de ces maladies prépare aux médecins de grands embarras, il faut agir avec prudence et lenteur (*lente festinandum est*), et il ne faut pas perdre de vue que la disparition de la cause ne fait pas toujours évanouir les effets.

5° Lorsque la maladie traîne en longueur, alors il en résulte les phénomènes que décrit Boerhaave (1) : la démence, l'épilepsie, l'apoplexie, la manie, les convulsions, des images extraordinaires dans l'esprit (*imaginationes mirificas*). Le malade éclate de rire, il pleure, il chante, il pousse de profonds soupirs, et les troubles physiologiques ne sont pas moins considérables.

Faut-il saigner ces malades? A cette importante question, Van Swieten va répondre avec une telle précision que je me fais un devoir de transcrire littéralement le commentaire. En présence de milliers de malades victimes de saignées exagérées, je suis heureux de pouvoir, dans une question thérapeutique d'une telle gravité, faire intervenir une pareille autorité.

« Les symptômes d'une maladie s'apaisent lorsque le traitement est » dirigé contre l'extirpation du mal. C'est vers ce but que doivent être » dirigés les premiers soins du médecin, et ces soins ne doivent pas être » négligés, vu que le mal est long et souvent intolérable (*tam ob molestiam quam ob diuturnitatem*). Si donc, dans les affections fébriles, et » quand bien même leur acuité annoncerait une terminaison prochaine,

(1) § 1100.

voir assurer qu'il n'en contient que des traces ; car lorsque, dans sa préparation, on continue l'évaporation au delà du terme nécessaire pour qu'il prenne une consistance solide par le refroidissement, on remarque qu'il se décompose en acide chlorhydrique et en oxychlorure. La liqueur que préconise en ce moment M. Burin du Buisson n'est que légèrement acide lorsqu'elle vient d'être préparée, mais elle ne tarde pas à le devenir davantage par suite d'un dépôt d'oxychlorure. Il est vrai que, suivant lui, c'est à cet excès d'acide qu'elle doit ensuite de se conserver longtemps sans déposer d'une manière sensible ; mais alors, pour éviter cette acidité de la liqueur, ne vaut-il pas mieux employer, comme je l'ai déjà dit, la solution extemporanée du chlorure sec ?

Une difficulté se présente pour l'emploi de ce dernier sel, car la quantité de solution dont on a besoin pour une opération est toujours très minime ; je l'ai surmontée en déterminant par l'expérience les proportions de chlorure ferrique et d'eau nécessaires pour former les solutions aux degrés de densité que les chirurgiens peuvent désirer. Voici les nombres auxquels je suis arrivé pour les degrés de l'aréomètre de Baumé :

	Chlorure.	Eau.
45°	— 53,85	46,15
30°	— 34,65	65,35
20°	— 21,30	78,70
15°	— 16,35	83,65

Le chlorure sec renferme sensiblement le cinquième de son poids d'eau ; il sera donc toujours facile de connaître la quantité de chlorure anhydre que contiennent les solutions ferriques. Ainsi celles à 45° — 30° — 20° — 15° en renferment sensiblement 43,10 — 29,70 — 17,05 — 12,10 pour 100.

MM. Pravaz et Burin du Buisson considèrent la solution de chlorure de fer comme un puissant hémostatique. Je l'ai vu réussir dans plusieurs sortes d'hémorrhagies. Elle agit surtout comme un puissant astringent en contractant fortement les tissus de l'organisme. Nul doute que, sous ce rapport, le chlorure de fer ne rende de grands services à la médecine et à la chirurgie (1).

(1) *Journal de pharmacie et de chimie*, avril 1854.

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

DU RÔLE DE LA CHIMIE DANS L'ÉTUDE DE LA PHYSIOLOGIE ET DE LA PATHOLOGIE.

(Premier article.)

Nous avons l'intention, dans le présent article, de prendre occasion du *Traité de chimie pathologique* de MM. Becquerel et Rodier (1) et de quelques autres publications du même ordre, pour examiner rapidement le rôle qu'a joué jusqu'ici la chimie dans l'étude de la physiologie et de la pathologie. Nous essaierons en même temps d'indiquer d'une manière très générale ce qu'on est réellement en droit d'attendre d'elle. La chimie, appliquée à la médecine, a été trop vantée, mais aussi trop décriée. Il importe beaucoup de lui faire sa juste part.

On pourrait presque déterminer d'une manière exacte l'époque à laquelle la chimie commença à intervenir dans l'étude générale du corps de l'homme et des animaux.

Le mot de chimie a servi tour à tour à désigner, dans une même science, deux phases historiques parfaitement distinctes.

L'ancienne chimie, que nous appellerons empirique, était un véritable recueil de recettes et de procédés indiquant le moyen d'obtenir des sels les substances employées soit dans les arts, soit comme médicaments. Ces substances chimiques recevaient des noms quelconques ; quelques uns rappelaient un inventeur ; d'autres, tirés de quelques propriétés caractéristiques, donnaient l'idée de certaines comparaisons. De là sont venus ces noms allégoriques que l'on retrouve encore dans la nomenclature adoptée de nos jours.

Cette science, si on peut lui donner ce nom, tournait constamment dans un cercle vicieux, faute d'une juste appréciation des phénomènes qui se produisaient journellement sous les yeux des chimistes, et faute aussi d'une saine doctrine qui permît de déduire et de constituer, au moyen des faits, des lois positives. Les découvertes, dues le plus souvent au hasard, n'étaient que rarement le fruit d'idées préconçues, et ne répondaient presque jamais aux espérances chimériques qui avaient poussé les savants dans leurs recherches.

La nouvelle chimie, la chimie scientifique, a trouvé de grandes richesses dans l'héritage de son aînée, et l'on reste étonné en voyant combien peu de choses nous avons vraiment créées de toutes pièces. La partie matérielle de la chimie existait déjà, soit sous la forme de métaux servant aux arts, de sels servant aux médicaments ou à la teinture, ou bien encore sous forme d'acides, de caustiques, etc. Ce qui manquait à l'ancienne chimie, c'était l'esprit, l'âme venant animer la matière. Nos prédécesseurs possédaient des fourneaux aussi puissants que ceux de nos laboratoires ; les vaisseaux, les cornues n'ont presque pas changé de forme, et si l'on en excepte l'action de la pile de Volta, qui est en chimie d'un usage très restreint, les chimistes sont encore obligés de se servir aujourd'hui des mêmes moyens qu'employaient leurs devanciers. Et cependant quelle différence dans les résultats obtenus ! C'est que la chimie moderne a créé une véritable puissance artificielle. Pour obtenir en moins d'un siècle une révolution dans l'activité industrielle, a-t-il fallu découvrir dans le sein de la terre quelque substance nouvelle, ou retirer des eaux de la mer quelque corps inconnu ? Non ; il a suffi de l'intelligence, de l'interprétation d'un fait déjà connu. Et la matière est devenue docile, elle s'est laissé trans-

(1) Un volume in-8. Paris, chez Germer Baillière.

» il surgit de ces symptômes graves que le malade a peine à supporter » (*ut vix ferri ab ægro possunt*), ou qu'il y a à craindre qu'il ne se produise des complications inquiétantes, alors il faut en user comme il a » été prescrit au § 620 (1). Combien ce principe ne sera-t-il pas plus vrai » dans la mélancolie, cette affection d'une si longue durée et si difficile » à guérir. Les principaux symptômes qui devront guider dans la mélancolie sont les fureurs dangereuses, les flatuosités incommodes, les » anxiétés intolérables et les insomnies.

» Ces fureurs peuvent être enrayées par de larges émissions sanguines ; » mais, ajoute le commentateur (et nous ne pouvons trop insister sur ce » point), ces émissions sanguines font peu pour la guérison de la maladie » elle-même (*ad morbi ipsius curam parum faciunt*). Le principe morbide qui a son siége dans les fonctions digestives n'est pas éliminé pour » cela, et, lorsqu'après une copieuse émission sanguine, l'accès de » fureur est passé, les forces abattues languissent (*collapsæ languent* » *vires*). »

Dégageons tout cela des idées et du langage du temps, et nous y trouverons de très saines et très exactes notions de pathologie et de thérapeutique. Il est un fait auquel nous nous rattachons, pour notre part, de toutes nos forces ; c'est qu'étant donné une première perturbation dans nos fonctions nerveuses, il en résulte pour les sécrétions et pour les excrétions des troubles qui à leur tour peuvent devenir le point de départ de lésions nouvelles. Peu nous importe de savoir si les humeurs admises par les anciens ne se trouvent plus vis-à-vis les unes des autres dans leur état de pondération ; nous nous en tenons au fait maladif qu'il s'agit d'examiner dans sa cause et dans ses effets. L'expérience journalière nous apprend que sous l'empire d'une excitation maniaque, qui est un fait de l'ordre purement nerveux, il arrive des changements très grands dans l'appétit, qui est tantôt exagéré, tantôt dépravé ; que cette exagération et cette dépravation retentissent bientôt d'une manière fatale dans le système de la digestion, et qu'il n'est rien de si commun que de trouver chez les aliénés des lésions dans les organes chargés de sécréter les principaux sucs de l'économie (1). Et si nous consultons la science moderne, nous trouvons,

(1) Van Swieten, dans ce paragraphe, donne les indications les plus précieuses pour l'emploi de la saignée dans les affections où ce remède n'était pas primitivement invoqué, comme dans les *fièvres ardentes*. La raison qu'il apporte, c'est qu'il peut alors surgir des complications qui donnent des craintes pour des accidents secondaires que l'on peut alors éviter au moyen d'une saignée générale.

(1) Chez un maniaque mort dernièrement à l'asile de Maréville, et qui, pendant plu-

former, détruire et recomposer au gré de l'expérimentateur. La science put alors fonder des lois immuables, et le chimiste, se sentant délivré des influences surnaturelles dont il croyait dépendre, les yeux fermés, prévoit infailliblement le résultat qu'il croyait jadis toujours incertain, ou bien soumis à des actions mystérieuses, à la marche des astres, à l'intervention de volontés surnaturelles.

Le représentant le plus parfait de l'ancienne chimie est bien certainement Lemery. Il a laissé un nom connu de tout le monde, sans avoir fait réellement des découvertes importantes. Le premier il a su réunir, coordonner tous ces matériaux épars dont on ne comprenait pas encore bien la valeur.

A cette époque, les alchimistes, héritiers de plusieurs générations épuisées par des travaux ingrats et chimériques, avaient perdu tout leur prestige, et de philosophes étaient tombés au rang de charlatans et de faiseurs de dupes. On commençait à renoncer à l'espoir de faire de l'or ou d'obtenir la pierre philosophale et l'élixir de longue vie, mais on s'apercevait en même temps que les résultats dédaignés par les alchimistes étaient de véritables richesses. Elles devenaient la propriété de tous et constituaient désormais la chimie.

Voyons ce que pensaient les chimistes d'alors de la composition du corps des animaux, et quelle opinion ils se faisaient de la nature des humeurs et des tissus. Lemery admet cinq principes qui, d'après lui, constituent à eux seuls le corps des animaux et des végétaux. Ce sont : l'*eau*, l'*esprit* ou *mercure*, le *soufre* ou l'*huile*, le *sel* et la *terre*. Tout ce qui est volatil, tout ce qui se décompose par l'action du feu, s'appelle l'esprit, le soufre et l'eau ; ce qui résiste à cette action est appelé terre et sel. Ces idées, qui caractérisent parfaitement l'état d'enfance de la science à cette époque, se sont cependant transmises presque sans changements importants jusqu'au temps de Lavoisier, quelques efforts que certains penseurs aient faits pour sortir de ce cercle étroit.

Il fallut les découvertes de Lavoisier, de Scheele et de Priestley, pour permettre de pénétrer plus avant dans l'étude de l'organisme. Alors le rôle de l'oxygène était expliqué, les phénomènes chimiques qui avaient paru le plus complexes étaient élucidés et commençaient à se ranger sous des lois scientifiques ; les entités fuyaient devant les résultats si nets de l'analyse, et devant les démonstrations basées sur les faits positifs.

Cette époque marquera plus qu'aucune autre dans l'histoire de la biologie ; un pas immense venait d'être fait.

Le corps des plantes et des animaux avait été considéré jusqu'alors comme se trouvant placé en dehors de nos moyens d'investigations. Le mot de vie servait à tout expliquer, et caractérisait une puissance particulière capable de créer les corps du néant, tout en rendant les fonctions organiques complétement indépendantes des actions chimiques et physiques.

Nous pourrions énumérer les nombreuses découvertes qui furent faites alors, découvertes qui venaient tous les jours détruire quelques superstitions, et démontrer en même temps que les phénomènes qui se passent dans le corps des animaux, pouvaient être comparés à ceux que l'on obtenait artificiellement dans les laboratoires. Dégageant l'étude de l'organisme de toutes préoccupations psychologiques, se bornant à constater comment les phénomènes ont lieu, et non pas pourquoi ils se passent de telle manière plutôt que de telle autre, on arrive à une sûreté et à une précision extraordinaire. C'est ainsi qu'on analyse le sang, l'urine, la chair musculaire ; mais au lieu de chercher à obtenir l'esprit, l'essence de ces matières comme le faisaient les anciens chimistes, on se borne à isoler, à séparer les différents principes qui constituent les humeurs et les tissus. C'est ainsi que l'on obtient de toutes les parties du corps de l'eau pure tenant en dissolution des substances connues, du sel marin, des sels de potasse et de chaux, etc. ; c'est ainsi enfin que l'on retrouve, dans les gaz expirés par les animaux, le produit de la combustion du carbone dans l'oxygène, l'acide carbonique.

Puis les moyens d'analyses s'étant perfectionnés, on put établir, d'après leur composition élémentaire, des rapprochements entre certains principes comme l'urée, l'acide urique, les graisses et l'albumine, étudier comparativement la respiration chez les animaux, et les phénomènes correspondants chez les végétaux.

Ce fut alors, et comme une conséquence naturelle de toutes ces découvertes, que parurent ces théories ingénieuses qui ramenaient toutes les fonctions de l'organisme à des phénomènes chimiques et physiques d'une simplicité effrayante. Le corps était devenu un foyer de combustion que la nourriture servait à entretenir ; les aliments azotés se transformaient, par l'action de l'oxygène absorbé par la respiration, en acide carbonique qui était expiré, et en acide urique et en urée qui étaient sécrétés par les urines. Le rôle de l'estomac se réduisait à celui d'une cornue, les intestins devenaient des filtres inertes, et la digestion elle-même n'était plus qu'une simple dissolution par l'action d'un acide. Le mobile de tout dans l'organisme, c'était l'action oxydante de l'oxygène ; il attaquait directement les tissus, produisait à lui seul par cette combustion la chaleur animale, et donnait naissance aux produits sécrétés.

La chimie envahit ainsi la physiologie des animaux et des plantes. Un moment on put croire que par elle toutes les questions, non seulement de la vie normale, mais encore des maladies, allaient être à jamais résolues.

Là fut l'exagération ; là fut l'erreur à laquelle on dut plus tard un désenchantement presque général. Mais à côté de ces témérités, — bien compréhensibles d'ailleurs moins d'un demi-siècle après la découverte de l'oxygène, — des travaux d'une immense portée voyaient le jour, et, sans attirer au même degré l'attention du public, marquaient cependant le véritable rôle de la chimie en physiologie. Nous citerons les travaux de M. Chevreul sur les principes immédiats et les corps gras, puis son livre des *Considérations générales sur l'analyse organique*.

Ces travaux montrent combien dans une autre direction la chimie pouvait être féconde en résultats positifs. Berzélius, se tenant constamment en dehors des théories extrêmes, étudia les tissus,

---

au milieu des doutes et des incertitudes nombreuses que la physiologie expérimentale a fait naître, nous trouvons, dis-je, chez de savants pathologistes et physiologistes, l'expression de certains aveux qui nous donnent à penser que le solidisme exclusif n'est pas de nature à nous rendre compte des nombreuses perturbations dans les fonctions de l'organisme (1), ainsi que de l'altération des organes eux mêmes.

sieurs années de séjour se signala par la voracité et la dépravation de son appétit, au point que ce malade mangeait les immondices les plus dégoûtantes, on ne trouva aucune lésion dans le cerveau, mais la vésicu'e du fiel était épaisse et remplie de calculs, ainsi que le canal cholédoque. Le pancréas offrait une dégénérescence complète et criait sous le scalpel comme le tissu squirreux. Fréquemment nous trouvons chez les aliénés des lésions du tube digestif.

(1) Nous lisons dans le cours de physiologie de M. le professeur Bérard : « Dans les diarrhées bilieuses, la bile qui coule en grande quantité dans les intestins n'a pas eu ses principes excrémentitiels précipités par le chyme. Ils sont à l'état de dissolution dans les intestins, et, par cela même, soumis à l'absorption ; alors on voit, bien que les conduits biliaires soient très libres, la conjonctive prendre une teinte jaune ; l'urine se colore par la bile, la langue se couvre d'un enduit jaunâtre, et l'haleine trahit le mauvais état du tube digestif. Je livre, ajoute le savant professeur, aux pathologistes, ces considérations que je crois inattaquables. » (Bérard, *De la digestion*, t. II, p. 377.)

Terminons cette étude, déjà longue, par les travaux de Van Swieten sur la syphilis.

Docteur Morel (de Maréville).

(*La suite à un prochain numéro.*)

Fondation d'une chaire d'anatomie pathologique par don particulier. — Le docteur C. Shattuck, de Boston, vient de donner 14,000 dollars (70,000 fr.), pour fonder une chaire d'anatomie pathologique au collège médical de cette ville.

— Choléra. *Situation au 12 avril.*

Cas traités dans les hôpitaux . . .		1227
Sorties	594	1182
Décès	588	
Reste.		45

Il y a donc eu, depuis le 5 avril, 32 cas nouveaux et 21 décès.

les humeurs, et fit les analyses les plus parfaites du corps des animaux et des végétaux.

D'un autre côté, la physiologie protestait ; et, par des expériences qui pouvaient paraître empiriques, M. Magendie, et plus tard M. Cl. Bernard, démontraient que les choses ne se passent pas dans l'organisme aussi simplement que la chimie physiologique semblait le démontrer.

Mais ce qui, à notre avis, prouva mieux encore, et tout dernièrement, que la direction suivie n'était pas la bonne, ce furent les nouvelles recherches de Liebig, lui cependant qui le premier avait donné un corps et une vie à cette nouvelle physiologie par ses idées si ingénieuses sur la nutrition des plantes et sur la formation de la graisse chez les animaux. Liebig, en étudiant les sucs de la viande, fut amené à une suite de découvertes de la plus haute importance ; ainsi il trouva que ces liquides renferment des principes particuliers, de la créatine, de la créatinine, de l'acide inosique, de l'acide lactique, etc. Il remarqua qu'il y avait une véritable localisation de certains principes dans les diverses parties du corps ; qu'ainsi certains sels peuvent prédominer dans certains tissus, exister dans certains organes, et manquer complétement dans certains autres.

Ce n'était plus seulement avec l'urée, l'acide urique et le produit de la respiration, l'acide carbonique, qu'il fallait compter. Comment expliquer la présence et la formation de l'acide hippurique ou de la créatinine dans l'urine, la présence de l'acide lactique dans le suc des muscles et son absence dans le sang et l'urine, la présence du sucre dans le foie, sa rapide formation par des actions nerveuses, l'action particulière du suc pancréatique sur l'amidon et les graisses ? Évidemment il fallait reconnaître que les phénomènes qui se passent dans l'organisme sont infiniment plus compliqués qu'on ne l'avait cru tout d'abord.

Aussi la chimie effective fut-elle conduite naturellement à reprendre son rôle et à ne plus empiéter sur le domaine de la physiologie.

Étudier les divers principes qui constituent par leur union le corps de l'homme et des animaux, rechercher où ils se rencontrent, dans quelles conditions ils existent, les grouper, les classer, voir quels rapports existent entre eux, quels sont dans l'organisme leur origine, leur mode de formation et de disparition, marquer leur rôle dans les phénomènes physiologiques et pathologiques, c'est ce qui constitue *l'étude des principes immédiats du corps de l'homme et des animaux*, et c'est ce qui détermine en même temps les limites du domaine de la chimie dans l'exploration des phénomènes biologiques.

Ce rapide exposé nous a semblé nécessaire pour faire comprendre le rôle que la chimie peut, d'après nous, jouer en physiologie. C'est à la lumière des principes qui en découlent que nous analyserons plusieurs publications dont la science s'est récemment enrichie.

F. Verdeil.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 3 AVRIL 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Économie rurale. M. *Ch. Fermond* présente un Mémoire *sur la conservation des sangsues médicales*. (*Comm.* : MM. Milne Edwards, de Quatrefages, Moquin-Tandon.)

Zoologie. — *Du développement des cestoïdes.* — Dans son mémoire couronné l'année dernière par l'Académie, M. *Van Beneden* avait avancé que : *les vers vésiculaires ou cystiques* (*cysticerques*, etc.) *sont des tænioïdes incomplets.* Il annonce aujourd'hui que la science est en possession de la démonstration complète de ce phénomène. Il a été donné à un confrère, à la fin d'octobre dernier, des œufs de *tænia solium*, rendus par une femme. L'animal a été tué cette semaine, et M. Van Beneden a trouvé dans les muscles, surtout dans les muscles intercostaux, un grand nombre de cysticerques complétement développés, c'est-à-dire des *scolex*. Il est inutile de parler encore de l'éclosion des œufs du *tænia crassicollis* dans les souris et les rats, ces expériences ayant réussi complétement déjà à MM. Küchenmeister et Leuckart.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 11 AVRIL 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet les trois pièces suivantes : *a.* Cinq rapports sur les épidémies des arrondissements de Lyon et de Villefranche, pendant les années 1852 et 1853, par M. le docteur *Bouchet*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lyon et M. le docteur *Guillot*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Villefranche. (*Commission des épidémies*). *b.* Appareil électro-galvanique présenté par le sieur *Legendre*, qui annonce l'avoir employé avec succès, depuis près d'un an, à l'hôpital des Enfants et à l'hôpital Beaujon. (*Comm.* : M. Bouvier). *c.* Recette d'un remède proposé pour la guérison des maladies syphilitiques, par M. *Sarpe*, à Zurich. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*).

2. M. le docteur *Pamard* écrit au sujet d'une collection de calculs, qu'il destinait au musée Dupuytren et qui paraît s'être égarée entre les mains de M. Roux.

3. M. le docteur *Jose Lavexa*, ancien secrétaire de l'Académie chirurgicale de Madrid, appelle l'attention de l'Académie sur un Mémoire du docteur *Francisco-Mendez Alvaro*, qui a pour titre : *Consideraziones de la higiene publica.*

4. M. *Barbier*, neveu, écrit relativement aux avantages du *Diosma crenata*, combiné avec une autre substance indigène, pour prévenir les suites quelquefois fâcheuses de la lithotritie.

5. M. le docteur *Villeneuve* adresse un Mémoire *sur l'avortement provoqué, considéré au point de vue exclusivement chirurgical, dans les cas de rétrécissement extrême du bassin.* (*Comm.* : MM. A. Dubois, Depaul).

6. M. *Biterlin* fils, de Saint-Maur-les-Fossés (Seine), soumet à l'examen de l'Académie une sonde intra-utérine pouvant se placer facilement dans les trousses de poche.

7. M. *Grégoire*, de Toulouse, envoie un Mémoire sur la peste et cinq exemplaires d'une brochure sur le traitement de la syphilis.

Aliénation mentale. — M. *Moreau*, de Tours, lit un Mémoire intitulé : *Du délire au point de vue pathologique et anatomo-pathologique.* Des faits nombreux qu'il a observés et soumis à la discussion l'auteur tire les conclusions suivantes : 1. la folie ou aliénation mentale est une affection identique, quant à sa nature, avec toutes les autres affections de l'organisme humain. C'est une lésion du cerveau dans laquelle le dynamisme nerveux peut être troublé, perverti dans ses manifestations intellectuelles, primitivement, en dehors de toute influence symptomatique, ainsi qu'il lui arrive de l'être quant à des manifestations d'un autre ordre, dans certaines névroses, l'épilepsie, l'hystérie, par exemple, ces véritables délires de la mobilité.

2. Les troubles fonctionnels du cerveau se confondent tous à leur origine : *in radice.* Dans les cas où la modification cérébrale porte spécialement sur la faculté pensante, les deux extrêmes se rapprochent et s'identifient. C'est ainsi que de l'état de sommeil complet on arrive insensiblement à la folie la mieux caractérisée. D'où il est permis de conclure que l'état de sommeil, psychologiquement parlant, est au fond, comme la condition essentielle des idées délirantes ou de la folie proprement dite.

3. Si on l'envisage dans ses conditions pathogéniques, on voit fréquemment le délire coïncider avec la perversion, l'abolition complète ou incomplète des facultés motrices, de la sensibilité générale, des sens spéciaux. D'autre part, toujours les symptômes psychiques de la folie sont précédés d'accidents nerveux. Enfin ces phénomènes s'observent constamment dans la folie aiguë provoquée par des moyens artificiels, sous l'influence d'agents toxiques.

4. Pour combattre l'assimilation du délire à la folie, les auteurs s'appuient sur les caractères suivants : 1° l'absence de fièvre ; 2° sa durée ; 3° l'extrême variété de formes sous lesquelles elle se produit. Ces motifs sont de nulle valeur, attendu que, 1° l'absence de réaction fébrile, l'état chronique sont des caractères propres à la plupart des névroses ; 2° les distinctions établies entre les diverses périodes d'une maladie quelconque ne changent point la nature de cette maladie, et ne sauraient permettre

en aucune façon de faire de ces périodes autant de maladies différentes; 3° dans l'état maniaque et dans la folie partielle, la lésion qui a frappé les facultés est la même.

5° D'essentiel ou primitif qu'il était d'abord, le délire peut devenir idiopathique, et, dans ce cas, la folie présente dans son développement, sa marche, sa terminaison, tous les phénomènes propres aux affections aiguës du cerveau, caractérisées principalement par le trouble des facultés morales. (*Comm.* Ferrus, Londe, Bousquet.)

CHOLÉRA. — *Note sur les cas d'épidémie du choléra qui a régné dans les salles Saint-Charles et Sainte-Anne de la Charité en* 1854, par M. *Piorry*. — Voici les principales considérations auxquelles l'ensemble des faits observés par M. Piorry a conduit, au point de vue des causes, des symptômes, de la diagnose, de la pathogénie et du traitement de l'affection dite *choléra*, telle qu'elle a été observée, pendant le mois de mars 1854, dans les salles Saint-Charles et Sainte-Anne.

Considérations étiologiques. — Tout porte d'abord à croire que la cause prochaine du choléra est un virus spécial qui n'a pas reçu de nom, et qu'à cause de son origine indienne et de ses effets terribles, M. Piorry propose de nommer *indoloïose* (ou *virus de la peste de l'Inde*). Cet agent caché, que la physique et la chimie n'ont pu déterminer, que la médecine comprend sans pouvoir le montrer aux yeux, est-il contagieux? Quelques faits de cette dernière épidémie tendent à prouver que l'indoloïose simple peut, dans de certaines conditions et dans de certaines localités, se communiquer. L'influence de l'encombrement et de l'altération de l'air sur l'apparition, le développement et la gravité du choléra, est incontestable. M. Piorry ajoute à ces causes l'influence de la diminution de la pression barométrique, la sécheresse excessive de l'air, la direction du vent du nord-est au sud-ouest.

M. Piorry n'a pas vu que les impressions morales, les écarts de régime aient causé le choléra; seulement cette dernière cause a paru en augmenter parfois l'intensité et la gravité. Il en a été ainsi de l'administration des médicaments émétiques ou purgatifs. Enfin, il faut bien remarquer que la plupart de ceux que le mal a fait périr étaient déjà plus ou moins exténués par suite d'affections variées, qui, pour la plupart, avaient fait perdre des liquides en de grandes proportions (pneumonites, iléospilosie, entérorrhée ancienne, variole compliquée, grossesse, scarlatine aiguë); il n'y eut même qu'un ou deux cas où il fut impossible de trouver une maladie antérieure qui eût influé sur la gravité du mal.

Lésions et marche.—Les états organiques appréciables ont peu différé de ceux qu'on avait observés dans les épidémies précédentes, mais les caractères en étaient moins prononcés. M. le docteur Blin, chef de clinique de M. Piorry, a noté un symptôme presque constant au début des accidents, une sensation d'oppression que les malades rapportent à l'épigastre, et dont il est utile de tenir compte en diagnose.

La marche du mal était généralement plus lente que dans les autres épidémies, et, dans un seul cas, la mort eut lieu en vingt-huit heures. La mortalité a été considérable dans le service de M. Piorry. Sur les 18 cas bien observés, on compte 9 morts et 9 guérisons.

Considérations diagnostiques.—Les principales circonstances qui, dans ces derniers temps, ont porté M. Piorry à croire qu'il s'agissait en effet de l'action de l'indoloïose ont été: 1° des selles séreuses semblables à celles dont on a déjà tracé depuis longtemps les caractères; 2° l'existence actuelle de cas d'indoloïosie chez d'autres malades; 3° le sentiment d'oppression à l'épigastre dont il a été parlé, et le facies spécial que connaissent tous les médecins.

Pathogénie.—Un poison spécial, inconnu dans son essence, qui n'a pas reçu de nom, et qu'il désigne sous celui d'*indoloïose*, agit, d'après M. Piorry, sur le sang d'abord, et par suite sur le tube digestif. Une lésion spéciale, bien étudiée par M. Serres sous le nom de *psorentérie*, lésion qui paraît précédée d'une altération bien moins dessinée, et qui donne lieu à une exhalation du sérum du sang ou de la partie la plus aqueuse de ce sérum, se déclare; de là l'*hydrentérorrhée*. Celle-ci est bientôt suivie du rapprochement des parties les plus solides de ce même sang; de là résulte encore la viscosité, l'état demi-constant de cet élément organique, la lenteur de la circulation. L'albumine du sang, d'après les belles recherches de M. le docteur Becquerel, ne se perd pas en totalité. Les matières de l'intestin des cholériques n'en contiennent qu'une quantité insignifiante et la proportion de cet élément organique augmente au contraire dans le liquide sanguiforme que contiennent les vaisseaux.

Traitement. — On n'a pas trouvé jusqu'ici de moyens propres à combattre l'agent délétère qui produit les phénomènes spéciaux du choléra. M. Piorry n'a employé comme méthode commune que l'aération, les boissons albumineuses ou légèrement aromatiques, prises en abondance, auxquelles il a ajouté les moyens qui d'ordinaire remédient le mieux à l'entérorrhée, tels que les préparations opiacées, le phosphate de chaux, le sous-nitrate de bismuth, le tannin, le poivre cubèbe, etc. M. Piorry a eu recours aussi, mais sans beaucoup de succès, à l'injection de l'eau dans les veines (200, 300, 500 grammes), aux bains tièdes prolongés, aux inspirations de vapeurs d'eau. En pareille circonstance, M. Piorry se propose encore d'injecter de l'eau dans la vessie, espérant que cette eau sera absorbée et introduite dans le sang. Il a prescrit aussi des douches énergiquement portées dans le rectum, pour modifier brusquement l'intestin et chercher à faire pénétrer des liquides dans les vaisseaux. En même temps, un jet d'eau a été dirigé sur les parois du ventre, à l'effet d'y ranimer les contractions des parois et du tube digestif. Ce double moyen paraît avoir réussi une fois. M. Piorry pense que c'est peu de songer seulement aux indications en rapport avec les lésions primitives; il faut, dans la curation des maladies, remédier aux états secondaires, qu'en général on se borne à considérer comme des symptômes auxquels on ne fait attention que sous le rapport de la diagnose. C'est ainsi que, pour empêcher les yeux de se dessécher, dans l'indoloïosie, M. Piorry place sur les orbites des compresses trempées dans l'eau et recouvertes de taffetas gommé.

M. *Velpeau*, à l'occasion du mémoire de M. Piorry, demande des nouvelles de la commission du choléra.

M. *Dubois*, d'Amiens, répond qu'il y a quelques mois, M. *Guérin*, rapporteur de cette commission, avait déclaré qu'il attendait, pour terminer son travail, que le ministre du commerce eût transmis à la commission les résultats d'une enquête faite dans les départements. Depuis longtemps, ces documents ont été remis à la commission, qui s'est occupée sérieusement du travail qui lui a été confié, et qui est aujourd'hui très avancé. M. Dubois, d'Amiens, ne sait pas quelle raison M. Guérin pourrait faire valoir maintenant pour s'excuser de n'avoir pas terminé son rapport. Si l'Académie le désire, il lui écrira officiellement pour le prier d'en hâter l'achèvement.

Note sur le traitement des déviations utérines, *par M. Valleix*. — La communication faite à l'Académie par M. Valleix se divise en deux parties distinctes. Dans la première, il fait l'examen critique de deux observations qui ont été lues à l'Académie, et dans lesquelles la mort a été attribuée au cathétérisme utérin ou à l'emploi du redresseur. Dans la seconde partie de son travail, M. Valleix se propose d'exposer, aussi rapidement que possible, les effets du traitement dans tous les cas qu'il a pu rassembler, afin d'en faire ressortir les avantages et les inconvénients.

Relativement à l'observation de M. Broca, le cathétérisme n'est pour rien dans les accidents éprouvés par la malade; ils sont la conséquence de l'étranglement interne. D'après M. Rokitanski, en effet, cet étranglement se caractérise par des *espèces d'attaque*, comme en a eu la malade de M. Broca, et dans lesquelles on observe une douleur aiguë de l'intestin; des vomissements d'abord bilieux, puis stercoraux; de la constipation, du ballonnement du ventre, la décomposition des traits, la petitesse du pouls, etc. A l'autopsie, on trouve les traces d'une péritonite *au niveau et autour de la portion intestinale malade*; c'est encore ce qui avait lieu dans le cas de M. Broca, tandis qu'il n'y avait du côté de l'utérus ni déchirure, ni suppuration interstitielle; et l'auteur dit seulement que l'inflammation *paraît* avoir eu son point de départ dans l'utérus. Après avoir rappelé que beaucoup de praticiens, en France et à l'étranger, se servent de la sonde utérine, M. Valleix passe à l'examen de l'observation de M. Cruveilhier.

M. Cruveilhier a été renseigné par les parents d'une manière erronée. Contrairement à ce qu'il a dit à l'Académie, la santé de la malade était altérée avant le cathétérisme. Depuis plusieurs mois il y avait fatigue générale, sentiment de pesanteur dans le bassin, digestion pénible, douleurs épigastriques violentes, menstruation irrégulière, leucorrhée dans l'intervalle des règles, qui s'accompagnaient de douleurs. C'est pour ces accidents, et non pour cause de stérilité, que le traitement a été entrepris; ce qui ne veut pas dire que la stérilité ne puisse être le résultat de déviations utérines. Sur 117 cas, elle a existé 19 fois; sur les 98 autres, 42 femmes n'ont eu qu'un seul accouchement. M. Cruveilhier assure qu'au premier examen on n'a trouvé qu'une antéversion légère; M. Valleix affirme, de son côté, qu'au moment où le traitement a été entrepris, il existait une antéversion complète constatée par un autre médecin et par lui-même; et M. Cruveilhier, à vrai dire, confirme ce diagnostic, quand il écrit: « Le bout du » doigt, promené d'avant en arrière, le long de la paroi antérieure du » vagin, ressent la face antérieure de l'utérus dans toute sa longueur. » L'orifice du museau de tanche est fortement porté en arrière. »

Le redresseur ne fut pas introduit aussi souvent ni aussi longtemps que le pense M. Cruveilhier. Après quelques applications en province, qui n'avaient pas altéré la santé, M. Valleix, du 28 juillet au 4 août, introduisit trois fois l'instrument qui ne fut gardé que quelques heures chaque fois. Deux cathétérismes parfaitement supportés furent pratiqués dans les intervalles. Le traitement fut abandonné le 4 août. La malade resta encore quatorze ou quinze jours à Paris, où elle faisait chaque jour de longues courses, sans présenter aucun signe, même léger, de péritonite ou de métrite. Le 12 août, un pessaire de caoutchouc fut placé dans le vagin. M. Valleix ne sait pas s'il a été gardé.

Au point de vue pathologique, l'observation de M. Cruveilhier n'est pas

plus concluante. Quand il a visité la malade, il n'y avait pas, dit-il, de signes apparents de péritonite. Il est donc probable qu'il existait quelque autre affection d'un diagnostic sans doute difficile. Jusqu'à quel point les râles muqueux constatés au sommet du poumon droit doivent-ils être pris en considération dans l'explication de la terminaison funeste? Ne se serait-il pas agi d'une tuberculisation pulmonaire?

Après l'examen de ces deux observations, M. Valleix rappelle qu'il a le premier signalé les accidents dont peut être suivi le traitement mécanique des déviations utérines. Sur 108 cas traités par le redresseur intra-utérin, il a observé une fois des signes de péritonite partielle qui n'ont pas tardé à disparaître. A cette époque, il donnait trop de longueur à la tige intra-utérine. Cinq fois il a vu se produire un phlegmon péri-utérin, mais sans suites sérieuses. Enfin, le traitement amène quelquefois des hémorrhagies, des attaques d'hystérie et des accès fébriles passagers. En réunissant à ces faits les cas communiqués à M. Valleix par MM. Maunoir, Piachaud, Gaussail, Caradec (de Brest), Broussonet, Lediberder, on voit que, sur 153 cas, il n'y a eu que six fois de véritables accidents, qui toujours ont été combattus avec succès. Quand la méthode aura été perfectionnée, on doit s'attendre à obtenir des résultats plus favorables encore. Enfin, il faut se défier des coïncidences; si dans le cours du traitement, il survient quelque maladie d'un diagnostic difficile, on est porté à attribuer au traitement des accidents qui reconnaissent une tout autre cause. Une pneumonie, une pleurésie peuvent en imposer, si les signes physiques ne viennent lever les doutes. Dans un cas, des frissons, de la fièvre, des nausées firent croire d'abord à l'invasion d'une métro-péritonite : c'était le début d'une variole grave.

La lecture de la deuxième partie de ce mémoire est remise à la prochaine séance, en raison de l'heure avancée.

La séance est levée à cinq heures.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Nouveau mode d'extension dans les fractures, par M. Crosby.

Ce moyen, fondé sur les plus saines notions de mécanique, nous semble satisfaire avec une rare perfection à l'indication qu'il se propose, savoir de mettre le chirurgien à même de rendre la traction très énergique quand il le faut; variable en force, selon l'exigence variable que comporte chaque période du traitement; et, dans tous les cas, solidement maintenue au degré auquel on a jugé à propos de la porter. On ne peut lui reprocher que d'être un peu compliquée, et de ne pas permettre de varier à volonté les sens de la traction.

Supposons une fracture au milieu de la jambe qu'il convient de soumettre à l'extension continue. Le membre est solidement assujetti et repose sur une planchette à semelle. Sous cette planchette en est placée une seconde, sur laquelle la première peut glisser dans le sens de la longueur. La seconde planche est munie, à son extrémité supérieure (qui dépasse le genou), de deux tiges rigides, verticales, qui s'élèvent de chaque côté du bas de la cuisse. La même planche porte, à son extrémité inférieure, une semelle, parallèle à l'autre semelle, à laquelle le pied est fixé; mais un intervalle existe entre ces deux semelles.

Supposez maintenant que, à l'aide de deux vis qui les traversent, on rapproche graduellement les deux semelles l'une de l'autre : qu'en résultera-t-il? Que chaque tour de vis tendra à attirer le membre en bas.

Or, pour que cette traction, au lieu d'entraîner dans ce sens la totalité du membre, se borne à agir sur le fragment inférieur, pour que la contre-extension, en un mot, s'opère en même temps que l'extension, il n'y a qu'une addition bien simple à faire : il faut passer dans chacune des tiges rigides un lacs qui est ensuite fixé au-dessous du genou par une bande roulée. Ainsi le segment supérieur du membre se trouvera refoulé en haut, en même temps que l'inférieur sera tiré en bas par l'action des vis. (*The American Journ. of the Medic. Sciences*, janv. 1854, p. 76.)

Observations de fracture spontanée, par M. Chadwick.

Le professeur Barker ayant récemment rapporté (*Periscopic Review*, 3 février 1854) six cas de fracture spontanée, avait fait observer que, sur ce nombre, la guérison eut lieu dans cinq cas aussi vite, sinon plus vite que pour les fractures survenues suivant le mécanisme ordinaire.

M. Chadwick s'inscrit contre cette proposition, à laquelle il oppose les résultats de son expérience personnelle et que d'ailleurs, suivant lui, les probabilités les mieux fondées empêchent d'admettre, puisque la cause qui a favorisé la rupture doit évidemment exercer la même influence pour en retarder la consolidation.

Obs.—1° Le premier fait de M. Chadwick concerne une vieille femme affectée de cancer au sein, qui se cassa la cuisse en voulant quitter sa chaise. La mort eut lieu sans qu'aucun effort eût été opéré par la nature pour amener la soudure osseuse.

2° Une autre femme âgée de cinquante et un ans, mère de quatre enfants, de bonne santé, ne paraissant atteinte ni de scrofule, ni de cancer, ni d'ostéomalacie, se fractura le bras au tiers supérieur, en soulevant de dessus une table un plateau à thé. L'appareil usuel laissé en place d'abord un mois, puis trois semaines, n'amena pas le moindre travail de consolidation. Le bandage amidonné, secondé par une diète animale et l'habitation sur les bords de la mer, demeura également infructueux. Il ne s'était produit que quelques trousseaux ligamenteux, mais ne donnant aucune solidité au membre. Quelque temps après, cette femme se rompit la cuisse en se retournant dans le lit. Des eschares au sacrum, l'émaciation générale s'ensuivirent, et elle succomba au bout de peu de mois sans que la réunion entre les bouts osseux eût commencé.

3° Enfin le troisième fait, plus curieux encore, est relatif à un jeune homme de vingt-deux ans, que des habitudes intempérantes et une affection vénérienne prolongée avaient débilité profondément. Il se fractura un jour l'humérus droit, à 4 pouces au-dessus du coude, en essayant de soulever un jeune enfant. Quinze mois après, il se cassa l'humérus gauche en retirant une poêle du feu. Cette fois, la consolidation mit plus de temps pour s'accomplir qu'à la suite du premier accident. Pendant les sept ou huit ans qu'il vécut ensuite, il eut encore neuf fractures. Les os du bras et de la cuisse se rompirent chacun à plusieurs reprises. A la fin, ses membres inférieurs étaient devenus trop faibles pour supporter le poids de son corps. La moindre cause suffisait pour reproduire l'accident. Sa cuisse se cassa une fois au moment où il poussait une chaise du bout du pied. Dans les derniers temps, sa mère, fatiguée de payer sans cesse le médecin, pansait elle-même ses fractures de la même façon qu'elle l'avait vu si souvent faire, et la guérison ne s'en opérait pas moins régulièrement. A sa mort, on constata qu'un des bras et ses deux cuisses étaient aussi flexibles que s'il y eût eu une articulation dans leur partie moyenne. M. Chadwick pense que ce jeune homme était atteint de *malacostéon*. (*Associat. Medic. Journal*, 3 mars 1854, p. 196.)

Attelles modelées en carton, par M. Merchie.

L'appareil amidonné, tel que l'applique l'inventeur, a, au milieu de ses nombreux avantages, un inconvénient qui le rend impropre à servir dans une foule de circonstances, principalement sur le champ de bataille. Il demande trop de temps pour se solidifier, et exige par conséquent l'emploi temporaire d'attelles solides.

C'était donc déjà une simplification précieuse d'avoir fait fabriquer de toutes pièces des coques amidonnées, enveloppes moulées sur nature humaine, qu'on laissait sécher, puis qu'on fendait pour les enlever. On les gardait ainsi pour être utilisées en cas de besoin; en en préparant de trois grandeurs, pour les trois principaux degrés de stature, on est en mesure, surtout en médecine militaire, de satisfaire extemporanément à toutes les exigences de la pratique.

Mais ces appareils eux-mêmes sont volumineux, embarrassants à transporter, susceptibles de se déformer. M Merchie, pour ces motifs, a eu raison de chercher à les remplacer par des attelles de carton, modelées aussi sur le membre, et constituant, comme on le voit, un segment longitudinal de ces enveloppes complètes ou coques dont nous parlions tout à l'heure.

Le mode de construction est des plus simples. Après avoir taillé les attelles, on les ramollit en y passant une éponge imbibée d'eau-de-vie camphrée. Puis on les applique sur le membre, où elles se

dessèchent promptement, et peuvent dès lors servir aux blessés. On peut les vernir à l'extérieur pour les rendre imperméables.

La fracture de cuisse ne nécessite que quatre de ces attelles, savoir : deux jambières, externe et interne ; et deux fémorales, l'une externe, qui s'étend du niveau de la crête iliaque jusqu'un peu au-dessous de l'articulation fémoro-tibiale, fixant ainsi la fesse ainsi que la moitié externe et postérieure de la cuisse ; l'autre, interne, ayant le même point de départ en bas, est limitée en haut par le pli de l'aine ; elle immobilise la moitié interne et postérieure du membre.

Ces deux attelles, ou demi-valves, ne se touchent ni en avant ni en arrière. On les matelasse de ouate en dedans ; puis on les maintient à l'aide d'un simple bandage roulé non amidonné. (*Annal. et archiv. de méd. belges*, janvier 1854, et *Archiv. belges de méd. milit.*)

Fêlure de la cavité cotyloïde, par M. Benjamin Travers.

L'indication des signes de cette lésion sera nécessairement aussi succincte dans notre compte rendu qu'elle l'a été dans la lecture faite par l'auteur à la Société médico-chirurgicale. M. Travers pense que la fissure traumatique de l'acétabulum, sans aucune autre lésion osseuse, est un accident plus fréquent qu'on ne le pense. Il en a observé deux cas où la tête du fémur était restée intacte. Lorsque l'origine du ligament rond est comprise dans la solution de continuité, ce trousseau fibreux est absorbé, et la tête fémorale subit des changements de forme et une diminution dans son volume. Le malade recouvre l'usage de son membre, mais avec un raccourcissement progressif. Ce raccourcissement est par conséquent moins considérable après deux mois qu'après six. Mais à ce dernier terme il n'augmente plus et demeure permanent.

Nous devons ajouter que, dans les modifications de forme et de texture signalées par M. Travers, comme conséquence d'une fissure de l'acétabulum, quelques membres n'ont vu que les effets de l'altération décrite par Robert Smith, et connue sous le nom de *morbus coxæ senilis*. (*Dublin Medical Press*, 8 mars 1854, p. 147.)

Dents surnuméraires. Abcès du sinus maxillaire, par M. Garcia Lopez.

La cavité purulente était-elle celle du sinus même ? ou bien, comme M. Diday et M. Giraldès l'ont remarqué, cette cavité n'était-elle, en réalité, que celle d'un kyste dont le développement avait reproduit, à s'y méprendre, les dimensions du sinus ? Quoi qu'il en soit, le côté instructif de l'observation de M. Lopez consiste dans l'état anormal de l'évolution dentaire, qui coexistait avec la maladie osseuse, et qui, probablement, avait été le point de départ de celle-ci.

Obs. — Une jeune fille de dix-sept ans portait une tumeur de la partie gauche de la face. Quelques années auparavant, on lui avait arraché par morceaux une dent surnuméraire implantée dans le palais, derrière les incisives. C'est à partir de cette époque que l'endolorissement, puis la tuméfaction graduelle de ce côté, avaient commencé. Quelques gouttes de pus sortant par les gencives des incisives supérieures de ce côté, qui étaient mobiles, on en fit l'extraction ; mais le stylet, poussé ensuite au fond de leur alvéole, ne pénétra point. La canine, s'étant à son tour ébranlée, on l'arracha (la patiente avait toujours rapporté ses douleurs à ce point spécial). Le même alvéole contenait derrière celle-ci une seconde canine plus petite, dont on opéra également l'ablation. Une carie assez étendue du bord alvéolaire correspondant fut traitée par la teinture de myrrhe en applications, puis par les caustiques. Mais la guérison ne fut complète que lorsqu'on eut encore enlevé un fragment de la dent surnuméraire, lequel était resté à la suite de l'extraction partielle exécutée plusieurs années auparavant.

Il faut ajouter qu'après avoir fait l'ablation des deux canines, le stylet, enfoncé dans l'alvéole qu'elles occupaient, donna issue à une grande quantité de pus. Le sinus revint peu à peu à ses dimensions naturelles, et la guérison, quoique lentement obtenue, fut complète. (*El Porvenir medico*, 5 janvier 1852, p. 2.)

Expulsion par les selles d'une longue épingle, par M. Scalvanti.

Lorsqu'un corps étranger, compromettant par sa forme ou son volume, a été avalé, le premier soin qu'on prend instinctivement est de chercher à l'extraire, soit par des moyens mécaniques, soit en provoquant des efforts de vomissement. Très souvent, cependant, c'est là un tort ; car ces manœuvres, outre leur action irritante, outre l'insuccès dont elles sont très fréquemment suivies, peuvent encore avoir l'inconvénient de faire prendre au corps étranger une situation dangereuse. Il faut donc, en règle générale, attendre, pour tenter l'extraction ou le rejet par en haut, que des symptômes graves annoncent quelque péril ; et, au contraire, s'il n'y a pas de douleur, favoriser l'évacuation par les intestins.

Obs. — Une petite fille de cinq ans avait avalé une épingle à tête, longue de 5 centimètres et demi. Comme après l'ébranlement du premier moment, elle ne ressentait aucune souffrance indiquant que la pointe fût engagée dans les tissus, on profita de ce que c'était l'heure habituelle de son repas pour la faire manger aussi abondamment que possible. Le lendemain, une purgation avec l'huile de ricin lui fut administrée. Il ne se déclara pas le plus léger accident, et au bout de deux jours et demi, l'épingle fut retrouvée au milieu des matières fécales, sans que son passage eût éveillé soit dans le tube digestif, soit à l'anus, la moindre sensibilité. (*Gazzetta medica ital.* Toscana, 21 février 1854, p. 59.)

De la compression du cordon ombilical par le forceps, par M. P. Dubois.

Il n'est pas ici question d'un de ces accidents éventuels qu'un peu d'attention et d'habileté suffisent à prévenir ; mais d'un danger inhérent à l'application même du forceps, avec quelque dextérité qu'on en dirige l'emploi.

Cet accident peut, en effet, devenir une cause de mort quand le cordon ombilical fait des circulaires autour du cou. Une anse de cordon étant moins serrée, peut se rapprocher, s'étaler sur la face et être comprimée par l'instrument. Il n'est pas possible d'introduire la main assez profondément pour reconnaître s'il y a des circulaires autour du cou ; et quand le forceps presse sur une anse de cordon placée au-devant de la face, il en résulte, si l'application du forceps a été lente, difficile, surtout dans les cas de viciation du bassin, et succède à un travail de la prolongation duquel l'enfant a déjà souffert ; il en résulte, disons-nous, un ralentissement et même une suspension complète des rapports circulatoires entre la mère et l'enfant. L'enfant succombe donc par l'effet même d'un secours qui, sans cela, lui eût été très favorable.

M. Dubois, auquel la pratique est redevable de ces notions, raconte que cet accident lui est déjà arrivé deux fois. C'est une difficulté qui peut être prévue, mais à laquelle il serait assez malaisé de porter remède d'avance, excepté dans le cas où le bassin étant large, une main petite réussirait à faire passer le forceps sous l'anse du cordon, entre elle et la tête. (*Revue de thérapeutique médico-chirurg.*, 15 mars 1854, p. 146.)

Paralysie du voile du palais consécutive à une angine, par M. Trousseau.

Au nombre des accidents consécutifs de l'angine, on doit signaler la paralysie du voile du palais ; nous devons avouer, néanmoins, que presque tous les traités de pathologie interne ont négligé de mentionner cet accident consécutif aux phlegmasies de l'arrière-gorge. M. le professeur P. Bérard (*Cours de Physiologie*, vol. II, p. 24) dit avoir eu occasion d'observer une jeune dame qui, à la suite d'une angine palatine, fut atteinte d'une paralyse complète du voile du palais ; les boissons lui revenaient par le nez, et elle était obligée de se cacher pour boire. Cet inconvénient est assez grave pour que le praticien ait présent à l'esprit la possibilité de son apparition, et surtout qu'il puisse se rendre compte de sa cause et indiquer un traitement convenable. Le fait cité par M. Trousseau est très intéressant et mérite d'être consigné ici.

Obs. — Un enfant de deux à trois ans présentait à la suite d'une

angine un nasonnement marqué ; de plus, quand il avalait des aliments liquides, une partie de ces aliments refluait par les fosses nasales ; il en résulta un dépérissement prononcé pour lequel un médecin fut appelé. Le médecin constata une paralysie du voile du palais, et toucha le voile avec un pinceau chargé d'ammoniaque ; il n'en résulta aucun soulagement. M. Trousseau conseilla contre cet accident l'administration de toniques généraux associés à des aliments solides que le malade put avaler, puis des frictions sur les parties latérales du cou avec la teinture alcoolique de noix vomique simple ou mélangée avec l'eau de Cologne. Dans le cas où ces moyens thérapeutiques n'auraient aucun succès, le professeur aura recours à l'électricité portée directement sur le voile du palais.

Cette paralysie, dit M. Trousseau avec raison, n'est point de celles qui dépendent d'une affection du cerveau ; c'est une paralysie partielle qui n'est pas sans analogie avec celle de cause rhumatismale ; elle se produit à la suite des inflammations de la gorge et surtout après des abcès. (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1854, mars, p. 115.)

Portion du foie ne tenant au reste de l'organe que par un repli du péritoine, par le docteur VAN BUREN.

Chez la femme, on rencontre asse souvent, surtout à la partie inférieure du foie, une portion de l'organe séparée de la masse principale par un sillon profond, au niveau duquel les deux feuillets fibreux et séreux opposés se trouvent presque immédiatement en contact. Cette disposition anatomique a donné lieu à plus d'une erreur de diagnostic. Dans la pièce que M. Van Buren a présentée à la Société de Biologie de New-York, la masse isolée ayant environ 5 centimètres de longueur sur 2 de largeur, tenait au reste de l'organe par un pédicule de près de 3 centimètres de longueur, comprenant dans son épaisseur une branche de la veine porte et de l'artère hépatique. (*Biological Society, — New-York Medical Times*, vol. III, n° 4, 1853, p. 126.)

Haschisch employé contre les névralgies, par le docteur HUBBARD.

Après plusieurs expériences thérapeutiques sur la valeur du haschisch donné dans les névralgies, les névroses et le choléra, l'usage de ce nouveau médicament a été presque complétement oublié en France. Si l'on se rappelle comment les névralgies et les névroses résistent quelquefois aux médications les plus rationnelles, on comprendra facilement pourquoi nous tenons à signaler ici le résultat de l'expérience clinique de nos confrères américains.

M. le docteur Hubbard vient de communiquer à l'Association médicale de New-York deux faits de névralgie faciale et crânienne, guérie par l'administration du haschisch. Un autre membre de la même Société, M. le docteur J.-C. Dalton, objecta que son expérience personnelle lui avait au contraire démontré l'inefficacité du haschisch contre les névralgies. Le docteur Hegwood annonce avoir employé avec avantage ce médicament dans des cas de névralgies faciales et dans l'aménorrhée ; le haschisch serait même, aux yeux de ce médecin, un puissant emménagogue.

On aurait tort, d'après ces résultats cliniques, de vouloir se prononcer d'une manière absolue sur la valeur thérapeutique du haschich ; peut-être l'étude de la nature et des causes si diverses des névralgies pourrait-elle montrer dans quels cas le haschisch convient. C'est là un élément dont il faut tenir compte dans l'appréciation d'un agent thérapeutique quelconque dans un ordre de maladies aussi complexes que les névralgies et les névroses. (*New-York Medical Times*, 1853, vol. III, n° 3, p. 86.)

Du chloroforme à haute dose, administré à l'intérieur, par le docteur H. HARTSHORNE.

Jusqu'ici, malgré les nombreuses applications des inspirations de chloroforme, et les essais relatifs à son emploi par la méthode endermique, l'utile anesthésique a été peu administré en France, à l'intérieur. Déjà, cependant, il y a quelques années, M. Dorvault proposait l'usage d'un sirop de chloroforme, dans lequel l'agent anesthésique était donné à petites doses. En Angleterre, pendant la dernière épidémie de choléra, le chloroforme fut essayé plus fréquemment à l'intérieur. Les expériences cliniques de MM. Davies, Barclay, etc. (Voir *Report on Epid. cholera, au nom du comité du Collége royal des Médecins de Londres*, par le docteur W. Gull, 1854, p. 192), ne peuvent convaincre de l'utilité du nouveau médicament dans le traitement du choléra. En Amérique, l'administration du chloroforme à l'intérieur paraît avoir été plus largement expérimentée depuis 1848. Le docteur H. Hartshorne, dans un article récent, se déclare partisan du chloroforme porté dans le tube digestif. Beaucoup de praticiens, dit-il, frappés de l'effet actif et du danger des inhalations de chloroforme, osent à peine donner à l'intérieur quelques gouttes du médicament ; deux grammes de chloroforme pris à l'intérieur n'ont pas plus d'action que 30 à 35 gouttes de laudanum. M. Hartshorne a administré fréquemment le chloroforme à la dose de 50 à 75 gouttes, répétées toutes les demi-heures, et cela consécutivement pendant plusieurs heures. Le chloroforme a une action sédative plus prompte et de plus courte durée que les préparations opiacées. On aura donc besoin, pour produire un effet marqué, de répéter les doses à de courts intervalles. Comme véhicule du chloroforme, l'auteur conseille le sirop d'orgeat, l'eau, et surtout une teinture aromatique ; cette dernière préparation a l'avantage d'empêcher l'action vomitive du chloroforme introduit dans l'estomac. M. Hartshorne assure avoir retiré de grands avantages de cette médication dans la période de collapsus du choléra ; nous avons dit plus haut que d'autres expériences faites en Angleterre n'étaient pas de nature à convaincre de l'efficacité de la nouvelle méthode thérapeutique. (*American Journal of the Medical Sciences.* Philadelphie, janv. 1854, p. 113.)

Application topique de la teinture d'iode dans la variole, par le docteur JAMES CRAWFORD.

Le docteur J. Crawford a publié, il y a neuf ans, un mémoire sur le traitement abortif de la variole au moyen des applications locales de teinture d'iode ; il vient de faire connaître, dans un journal américain, le résultat de sa pratique à cet égard. Voici son procédé : la face du malade est barbouillée deux ou trois fois par jour de teinture d'iode ; cette application du médicament est répétée jusqu'à la fin de la période de développement des papules. L'efficacité du traitement est d'autant plus marquée, qu'il est mis en usage à une époque plus rapprochée du début de la maladie. On parvient ainsi à modérer le travail phlegmasique et l'ulcération du derme. M. Crawford a pu, sans aucun inconvénient, étendre ce traitement à toute la surface du tégument externe. La première application de teinture d'iode détermine un peu de douleur, qui ne se manifeste plus quand on revient à une deuxième application du médicament. (*Medical Examiner, — New-York Medical Times*, 1853, vol. III, n° 4, p. 140.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments de pathologie chirurgicale, par A. NÉLATON. — Tome III^{e}, Paris, 1854, chez Germer Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Ce volume, suite, mais non pas encore complément d'un ouvrage dont la publication s'achève trop lentement au gré de l'impatience publique, est surtout remarquable par le nombre et la diversité extrême des sujets qui y sont traités. L'ophthalmologie tout entière s'y trouve exposée et en occupe plus de la moitié. La seconde partie est consacrée à la description des affections du cou et du thorax, parmi lesquelles s'en distinguent plusieurs d'une importance capitale, telles que les abcès rétro-pharyngiens, les kystes du cou, les corps étrangers dans les voies digestives et aériennes, les rétrécissements de l'œsophage, les plaies de poitrine, les lésions traumatiques du cœur, etc.

L'usage, le besoin légitime du perfectionnement, le désir d'uti-

lier les recherches contemporaines ont peu à peu donné à l'ophthalmologie toute l'importance d'une spécialité, branche assez vigoureuse aujourd'hui des sciences chirurgicales pour pouvoir vivre séparée du tronc. Le livre de M. Nélaton montre, par un frappant exemple, à quel point cette scission est maintenant passée dans nos habitudes ; car, si l'on y prend bien garde, ce n'est pas seulement la différence du sujet, c'est la différence dans l'ordre d'exposition, et jusque dans la méthode de discussion qui établit ici entre la première partie, — ophthalmologie, — et la deuxième, — chirurgicale pure, — une séparation que nul lecteur ne saurait méconnaître. Ainsi, la pathologie oculaire se distingue par la lucidité des descriptions, la concision des détails, l'omission volontaire de tout ce qui n'a qu'un rapport indirect avec la pratique. On peut y citer avec éloge plus d'un passage où de longs débats sont résumés en quelques lignes avec une clarté, un bonheur d'expression dignes de servir de modèle à la redondance si chérie des spécialistes. De même aussi, l'amour-propre d'inventeur étant absolument hors de cause dans ces pages, elles contiennent la mention plus équitable de tous les vrais progrès accomplis ; car l'origine de tel ou tel d'entre eux n'est plus, comme dans tant de monographies dues aux plumes spéciales, un motif d'exclusion. Seulement, à côté de ces mérites, et comme compensation, l'absence d'individualité se laisse un peu trop souvent apercevoir. Ce que le lecteur a droit d'attendre, ce qu'il a l'habitude de rencontrer dans les œuvres comme dans l'enseignement de M. Nélaton, ne lui est cette fois distribué qu'avec réserve. Si un nouveau procédé, si une controverse non encore résolue se présentent, c'est ordinairement en vain qu'on chercherait l'opinion arrêtée de l'auteur sur leur valeur A la place de l'un de ces jugements motivés, dignes de faire jurisprudence, et auxquels le maître nous avait habitués, on trouve parfois ces vagues formules : « Sans le rejeter d'une manière complète, nous dirons qu'il doit être restreint à quelques cas exceptionnels, » ou bien : « Cette opération n'est point encore passée dans la pratique ordinaire, et peut-être cette question a-t-elle besoin d'être reprise en sous-œuvre et étudiée de nouveau. »

Mais, nous l'avons dit, bientôt la scène change ; et le guide, se sentant sur un terrain plus familier, reprend et l'assurance de la démarche, et la fermeté du langage. Là, plus d'ambiguïté, plus de ces abdications qui, sous prétexte de ne point engager l'avenir, laissent la voie ouverte aux hésitations, souvent préjudiciables, du jeune praticien, et lui refusent justement ce qu'il était venu demander à son conseiller le plus naturel. Là, sans s'être néanmoins proposé de tout mentionner, M. Nélaton dresse l'inventaire exact de toutes les ressources vraiment utiles que l'expérience ancienne et contemporaine a suggérées pour satisfaire aux indications. Et si l'on réfléchit à l'extrême variété de celles-ci dans des cas tels que les plaies de poitrine, les tumeurs thyroïdiennes, les corps étrangers engagés dans les conduits qui traversent le cou, on comprendra combien il a pu rendre de services en s'attachant surtout à ce simple point de vue ; combien l'énumération raisonnée des divers moyens, avec l'opportunité bien spécifiée de chacun d'eux, peut épargner d'embarras et de mécomptes au débutant. Sous ce rapport, le livre de M. Nélaton a dignement et complétement mérité la belle qualification de *classique*, que tant d'honorables suffrages ont depuis longtemps décernée à son enseignement si populaire.

Après l'appréciation, pour peu qu'il ait approfondi les questions qu'elle comporte, le plus souvent l'esprit de l'écrivain a sa quote-part personnelle, son tribut original à fournir. Sans affecter, à cet égard, les prétentions des auteurs qui veulent marquer de leur individualité chaque page, M. Nélaton ne se refuse jamais, en cas de lacune, ou d'insuffisance des notions acquises, de dire comment il lui semble possible de combler celles-là, de subvenir à celles-ci. Et fréquemment d'heureux aperçus, de véritables découvertes jaillissent de ce coup d'œil intelligent jeté sur l'incomplet *actif* de la science. Nous citerons, à ce sujet, comme particulièrement propres à caractériser le genre où se complaît le génie utilement inventif de M. Nélaton, un procédé éminemment rationnel d'*œsophagotomie*, et en second lieu, une modification proposée à l'opération que M. Sédillot a décrite sous la dénomination de *gastrostomie*.

Le choix de ces deux exemples nous amène à dire deux mots d'une particularité du plan de cet ouvrage, qui lèse peut-être l'intérêt bien entendu des lecteurs. L'auteur renvoie, en général, pour ce qui concerne l'application manuelle des ressources chirurgicales, aux traités de médecine opératoire. Libre à lui, sans doute, de rejeter de son cadre cette partie qui, s'il eût voulu l'embrasser en entier, aurait exigé des sacrifices ou des mutilations dans d'autres chapitres. Nous n'oublions point, en effet (le titre est là pour le rappeler), que ce sont des ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE qu'il a voulu écrire. Cependant, sans s'attacher à tous les détails qui font le sujet et la richesse des traités spéciaux, n'eût-il pas pu indiquer sommairement, à l'occasion de chaque grande opération, les règles principales qui permettent d'en concevoir le mécanisme et suffisent pour les cas simples ? Le médecin qui cherche, dans ce livre, un remède contre les corps étrangers des voies aériennes n'éprouve-t-il pas une sorte de désappointement lorsqu'il voit le guide qui l'avait si bien dirigé dans le choix des moyens de diagnostic et des procédés d'extraction, lui manquer tout à coup, quand il s'agit de fendre la trachée, au moment où il aurait le plus besoin de se sentir soutenu par la même voix qui l'a conseillé jusque-là ? M. Nélaton qui, dans d'autres endroits, notamment pour ce qui est de l'opération de la cataracte, a devancé l'avis que nous lui donnons ici, verra s'il n'y a pas lieu de mettre sous ce rapport, à notre grand avantage, plus d'uniformité entre les diverses parties de son ouvrage.

En somme, ne cherchez point, dans ce livre, le tableau des discussions soulevées à diverses époques sur les grands problèmes de la chirurgie ; n'y pensez point non plus trouver sur chaque question un historique plus ou moins complet ; ne lui demandez pas même toujours les motifs longuement déduits des sentences qui y sont portées. Sans songer le moins du monde à vouloir réhabiliter en médecine le principe d'autorité, M. Nélaton adopte souvent les formules sommaires usuelles aux hommes que leur excellent sens rend dignes, que la faveur la mieux méritée rend coutumiers, d'être crus sur parole. C'est justement parce que ses opinions ont pour elles la garantie de l'observation qu'il se croit dispensé d'avoir à les justifier par le raisonnement. De même qu'on ne peut donner du mouvement une meilleure idée qu'en se mouvant, de même un classique émérite comme celui-ci, par l'expérience sinon par l'âge, a bien le droit d'appeler, à l'appui des jugements qu'il énonce, des résultats en place de considérants. On peut donc, en toute sécurité, malgré son laconisme, suivre un pareil mentor. S'il apprend peu à peser et à comparer, ce qui est pourtant quelque chose, il enseigne, ce qui vaut encore mieux, à toujours bien agir.

P. DIDAY.

Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques pour 1854, par MM. JAMAIN et WAHU.

Multa paucis : telle est la devise de cet ouvrage, devise à laquelle les deux auteurs nous semblent avoir encouru le reproche de n'être pas restés fidèles. Ainsi, nous trouvons dans la partie médicale une reproduction des leçons de M. Gendrin sur le choléra, qui ne comprend pas moins de 62 pages ; dans la partie chirurgicale, un article de M. Triquet, occupant 33 pages. Ces deux travaux remplissent donc à eux seuls le tiers du volume, qui a 308 pages. Malgré l'importance de ces deux travaux, on ne pourra méconnaître que leur étendue n'est point en rapport avec celle de l'ouvrage entier. Le titre même de l'*Annuaire* nous annonce un résumé des travaux pratiques publiés en France et à l'*étranger*. Les travaux étrangers analysés se résument à deux (p. 177, 805) ; ils sont l'un et l'autre belges. Nulle part il n'est question des études scientifiques allemandes, anglaises, italiennes, etc. Or, sans trop présumer de nos confrères étrangers, il est impossible de croire qu'aucune de leurs publications ne mérite d'être analysée. Nous regrettons que l'*Annuaire de médecine et de chirurgie* ou n'abrège pas ses comptes-rendus pour en admettre un plus grand nombre, ou ne se donne pas à lui-même des dimensions proportionnées à l'importance de la tâche qu'il a entreprise.

LEUDET.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Allgemeine medicin. Central-Zeitung, v. Posner. — Nos 21 et 22. Hydropisie de l'ovaire gauche, guérie par l'usage externe de la teinture iodée, par *Ficinus*. — Nos 23 et 24. Invagination intestinale avec inflammation du cordon spermatique et du testicule dégénéré par varicocèle par suite de présence de vers, par *Ficinus*. — Nos 25-27. L'application de l'huile de cannelle dans le choléra, par *Scheider*. — Remarques sur les nouvelles méthodes de guérir la gale, par *Duringer*.

Archiv f. pathol. Anatomie u. Physiologie u. f. Klin. Medicin, v. Virchow. Berlin, 1854. — VIe vol., 3e cah. Sur les expériences thérapeutiques, par *Buchner*. — Parties appendiculaires du testicule, par le prof. *Luschka*. — Des signes d'auscultation dits signes de consonnance, et particulièrement sur la bronchophonie, par *Hoppe*. — L'établissement d'un orifice artificiel de l'estomac de l'homme par gastrotomie, par *Fenger*. — Sur le delphinine, par *Leonides*, v. Praag. — Hernie crurale, formée par le processus vermiculaire seul, par *Luschka*. — Des ascarides dans la plèvre gauche. — Histoire du développement des disques intervertébraux, par *Kaufmann*. — Sur la cellulose, par *Virchow*.

Deutsche Klinik. — No 11. Symptômes du passage de l'hépatisation rouge à l'hépatisation grise, par *F. Betz*. — Revue des pyrexies qui ont régné, de 1827 à 1852, à Ribnitz (Mecklenbourg), par *C.-A. Tott*. — Remarques toxicologiques d'après des expériences, par *Schrader*. — Sur la priorité de l'application des injections intra-utérines pour provoquer l'accouchement prématuré, par *Sack*. — No 12. Rapport sur les cliniques et hôpitaux allem. — Typhus cérébro-spinal; trisme; mort, par *Spengler*. — Faits curieux de la pratique privée du docteur Lippert, de Hambourg. No 13. Sur le rapport de l'Académie de médecine de Paris sur la méthode du docteur Blanchet de guérir la surdi-mutité, par *E. Schmalz*. — L'application de la digitaline (dans l'hôpital de la ville de Koenisberg), par *Lange*. — No 14. L'action de la columbine et de la berbérine, par *Falk* (de Marbourg). — Sur l'application de la chaleur animale, extrait des notes de feu le docteur Devora, par *Santlus*. — Communications pratiques. — Le zona est une névralgie et non pas un exanthème. —L'iodure de potasse contre la dyscrasie compliquée et les affections pseudosyphil., par *Tott*. — L'accouchement prématuré artificiel au moyen du procédé de Cohen, par *Strauss*.

Medicinische Zeitung herausgeg. v. d. Vereine f. Heilkunde in Preussen. — No 11. Bronchotomie dans un cas de croup avec succès, par *Blasius*. — No 12. La fièvre jaune de Surinam, en 1851 (fin). — Nos 13 et 14. L'iode et l'iodure de potasse dans les ophthalmies, par *Strumpf*. — Résultats de la revaccination dans l'armée prussienne, pendant l'année 1853, par *Hoppe*. — Conception chez une femme non menstruée, par *Brück*. — Bon effet de l'onguent de pierre infernale contre la brûlure de l'œil, par *Abel*.

Monatsschrift f. Geburtskunde u. Frauenkrankheiten, publié par Busch, etc. — IIIe vol., 3e cahier. Communicat. obstétr.: 1o Sur l'hydromètre pendant la grossesse; 2o sur la théorie de la culbute de l'enfant dans les derniers mois de la grossesse, par le docteur *Feist*. — La version occipitale au moyen des manipulations extérieures, par *Spengler*. — Cas de version spontanée, par le docteur *H. Spoendli*. — La période de décrépitude et son traitement, par *Helft*. — Trente-huitième rapport annuel sur l'établissement d'accouchem. de Dresde, par le prof. *Grenser*.

Schmidt's Jahrbuecher f. d. ges. Medicin, v. Richter und Winter. — Vol. LXXXII, année 1854, no 4. Analyses et revues.

Wiener medizinische Wochenschrift. — No 9. Clinique syphilitique dans l'*Allgem. Krankenhause*, pendant les troisième et quatrième trimestre de l'année 1853, par le prof. *Sigmund*. — Déplacements de l'utérus, avec l'exposé d'un nouveau traitement mécanique à l'aide d'un instrument (Hysteromoclion), par le docteur *Détschy*. — Les eaux minérales de Karlsbad en 1853, par *Fleckles*. — Nos 10-12. Guérison de l'impuissance virile par l'électricité. — Sur la chloroformisation, par le docteur *Weiger*.

Zeitschrift f. d. Staatsarzneikunde, v. Ad. Henke, fortges. v. Fr. J. Behrend. — 34e année, 1854, 2e cahier. Matériaux et documents du gouvernement de Mecklenbourg-Schwerin concernant la rage, son diagnostic, sa transmission et les mesures préventives qu'elle exige, par *Dornblueth*. — La vaccination et la revaccination, communications officielles des gouvernements de Suède et d'Angleterre. — L'instinct et les tempéraments, par *Santlus*. — La trépanation à la suite de plaies de tête, par *Huber*.

Zeitschrift f. klinische Medizin, v. Günsburg. — Ve vol. 2e cahier, 1854. Rapport sur l'épidémie du choléra, observée dans l'hôpital de choléra de la ville de Breslau pendant l'année 1853, par *Gust. Joseph*. — Réflexions sur un cas de rage, par *Stadthagen*. — Le tissu poreux des os et son état morbide, par *C.-W. Klose*. — Clinique des maladies de la peau et des affections syphil., par le prof. *Boeck* (de Christiania). — L'eau thermale d'Ems contre les ophthalmies catarrhales chroniques, par *Spengler*.

Association Medical Journal. — Nos 62 et 63. Traitement chirurgical des tumeurs hémorrhoïdales, par *H. Lee*. — Notes cliniques sur le choléra, par *L. Lindsay*. — Coexistence de la tuberculose et de la cyanose, par *Fearnside*. — Empoisonnement par la sabine, par *G. May*. — Empoisonnement par l'*œnanthe crocata*, par *Nicol*. — Guérison de la phthisie pulmonaire, par *T. Inman*. — Traitement des hémorrhoïdes par le cautère galvanique, par *Richard Steel*. — Même sujet, par *Elmes Steel*.

Dublin Medical Press. — Nos 792, 793 et 794. Revues de sociétés savantes.

Medical Circular. — Nos 61, 62 et 63. — Analyses et revues.

Medical Times and Gazette. — Nos 193 et 194. De quelques maladies du rectum chez la femme, par *Baker Brown*. — Cas d'insertion du placenta sur le col, par *C. Waller*. — Sur la proposition faite récemment de ressusciter l'ancien traitement des ulcères calleux par l'excision des bords, par *T. Chapmann*.

The American Journal of the Medical Sciences. — Janvier 1854 (paraît tous les trois mois). Sur le vomissement noir, sa nature, sa composition et sa valeur dans le diagnostic et le pronostic de la fièvre jaune, par *La Roche*. — De la dégénérescence graisseuse, par *J.-W.-C. Ely*. — Nouveau mode d'extension dans les fractures, par *J. Crosby*. — Sarcines de l'estomac, par *Silas Durkee*. — Choléra épidémique; contagion, pathologie et traitement, par *C.-H. Ohr*. — Sur l'usage interne du chloroforme, par *H. Hartshorne*.

The Lancet. — Nos 10 et 11. Transmission des accidents secondaires de la syphilis de la mère au fœtus, par *T. Smith*. — Traitement de la sciatique par l'huile de croton, par *H. Hancock*. — Nature et traitement de la spermatorrhée, par *L. Milton*. Nature et cause des maladies des émigrants, par *C. Cooper*. — Céphalalgie et ses variétés, par *P.-J. Murphy*. — Connexions du rhumatisme et de la scarlatine, par *N.-J. Haydon*.

New-York Medical Times. — 1853, vol. III, nos 1 à 4. Maladies chirurgicales des enfants, par *Watson*. — Effets comparatifs de l'opium et de l'alcool (*anonyme*). — Tétanos traumatique traité par la glace; guérison, par *Carpenter*. Rétrogradation du cancer, par *Markoe*. — Excroissance cornée sur le gland, par *Jewett*. — Élimination du plomb par l'iodure de potassium, par *J. Outram*. — Cas de cancer du poumon et de la plèvre, par *Metcalfe*.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — Nos 9, 10, 11 et 12. Chorée électrique, par *G. Morganti*. — Apoplexie pulmonaire chez un cheval, par *T. Paravicini*. — Sur la morve et sur la pneumonie de l'espèce bovine, par *A. Andreis*. — Sur l'orthopédie, par *G.-N. Petrali*. — Atrésie totale du vagin, par *V. Sacchetti*. — Anévrysme guéri par l'acétate de fer, par *G. Pavesi*. — Phénomènes observés chez une chlorotique, par *L. Manetti*. — Application du collodium dans l'arthrite, par *A. Thibaldi*.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — Nos 10, 11 et 12. Extrait aqueux de belladone comme substitutif du seigle ergoté, par *D. Soma*. — Sur la rupture de l'ankylose du genou, par *G. Albertelli*.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — Nos 10 et 11. Composition de la chair musculaire des vertébrés, par *S. Capezzuoli*. — Du tétanos traumatique, par *Z. Torrachi*. — Sur la maladie bleue, par *F. Luciani*.

Giornale delle scienze mediche della reale Accademia medico-chirurgica. — No 5. Statistique de la succursale de l'asile des aliénés de Turin, par *Porporati*.

El Heraldo medico. — Nos 79 à 82. — Médecine philosophique, considérée comme science sociale et politique, par *Ramon Frau*. — Sur la cause des morts subites, par *J. de A. y Salcedo*. — Du choléra, par *J.-F. Pozo*. — Extirpation d'un squirrhe diffus du cœur, par *G. de la Vega*. — Des remèdes secrets et spécifiques, par *J.-S. y Gallego*. — Même sujet, par *A.-R. y Linares*. — Prophylaxie syphilitique, par *J. Mollinedo*. — Nouvelles idées sur le choléra, par *Vicente*. — Eaux minérales de Marmolejo, par *V.-O. y Criado*.

El Porvenir medico. — Nos 67, 68 et 69. Du choléra épidémique, par *A.-J. y Corella*. — De la nécessité d'aider les efforts de la nature dans certains accouchements laborieux, par *J. Duch*. — Ulcère syphilitique ayant détruit les téguments de la verge et la majeure partie du scrotum, par *Diaz Benito*. — Observation d'anasarque, par *R. Uranga*.

El Siglo medico. — Nos 10 et 11. Maladie de Bright à l'état aigu; traitement tonique; guérison, par *A. de G. y Alvarez*. — La blennorrhagie est-elle de nature syphilitique? par *Trelles*.

La Cronica de los Hospitales. — No 5. Fièvres intermittentes chez les ouvriers employés au canal d'Isabelle II, par *Capdevila*. — Méningo-myélite lombaire; émissions sanguines; révulsifs; mort; autopsie, par *F. Ramirez*. — Plaie contuse de la tête; écoulement de sang par les deux oreilles; guérison, par *J. Augulo*.

Livres nouveaux.

Mémoire sur le petit-lait alpestre et sur les bains d'Ischel, par *E. Mastalier*. In-8 de 32 pages. Paris, 1854, J.-B. Baillière. 1 fr. 25

Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité, ou répertoire de toutes les questions relatives à la santé publique, etc., par le doct. *Ambroise Tardieu*. Tome III, in-8 de 730 pages. Paris, J.-B. Baillière. (Voir notre no 12.) 8 fr.

Études médico-psychologiques sur l'aliénation mentale, par le doct. *L.-F.-E. Renaudin*. 1 vol. gr. in-8 de 812 pages. Paris, J.-B. Baillière. 12 fr.

Hygiène publique, considérée principalement dans ses sujets les moins abstraits et les plus à la portée des gens du monde, par le docteur *Gabriel Le Borgne*. In-8 de 300 pages. Paris, Victor Masson. 4 fr. 50

Die Einimpfung der Lungenseuche des Rindviehes als das bewaehrteste Schutzmittel gegen diese Seuche (*Inoculation de la péri-pneumonie épizootique comme préservatif de cette épidémie*), par *J.-M. Kreutzer*. In-8. Erlangen, chez Deichert. 5 fr. 50

Beitraege zur Staatsgesundheitspflege (*Hygiène publique*). Tome V, Die Reform der Lehre von den Contagionen, Epidemien und Epizootien (*Réforme de la doctrine des contagions, épidémies et épizooties*), par *C.-F. Riecke*. In-8, Quedlinburg, chez Huch. 5 fr. 50

Ensayo de Antropologia, ó sea Historia fisiologica del Hombre en sus Relaciones con las Ciencias sociales y especialmente con la Pathologia y la Higiene, por el Dr *D. J. Varela de Montes*. Madrid.

L'ouvrage formera 4 volumes de 4 à 500 pages chacun, divisés en 64 livraisons, qui paraîtront chaque semaine à partir du 1er avril. Prix de chacune: 30 c.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 21 AVRIL 1854. N° 29.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 20 avril 1854.

RECRUDESCENCE DE L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA. — ANESTHÉSIE LOCALE. — MORT PAR L'INHALATION DU CHLOROFORME. — DÉVIATIONS UTÉRINES. — PERCHLORURE DE FER.

Nous avons à nous mettre en règle avec plusieurs questions qui se sont grossies d'éléments nouveaux depuis que nous ne nous en sommes occupés dans ce journal. Un intérêt d'actualité nous a engagé à attirer de plusieurs autres côtés l'intérêt du complaisant lecteur : mais il faut finir par payer ses dettes.

Et d'abord disons un mot de la recrudescence du choléra.

Le mouvement ascensionnel a commencé avec le mois de mars. Du 1er mars au 12 avril, 238 cas nouveaux ont été traités dans les hôpitaux de Paris ; et à l'heure où nous écrivons, la même proportion non seulement se continue, mais augmente sensiblement ; le seul hôpital de la Charité a compté mardi dernier une dizaine d'admissions. La mortalité relative a été aussi considérable qu'au fort de l'épidémie ; le chiffre des décès, qui avait été de 4 seulement dans la première semaine du mois de mars, est monté dans la seconde à 36, et a oscillé les semaines suivantes entre 25 et 11. Quant aux caractères anatomiques et symptomatologiques de la maladie, ils ont été, à part quelques variations insignifiantes, ceux que nous avons indiqués dans notre *Tableau abrégé du choléra de* 1853 (nos 13, 14, 16 et 17). Il n'y aurait donc pas lieu de prêter grande attention, du moins sous le rapport scientifique, à ce réveil de l'épidémie, si la recrudescence n'avait présenté dans son origine et dans son développement certaines particularités dignes de remarque.

L'hôpital de la Charité est entré pour une part considérable dans la répartition des nouveaux cas ; en outre, dans la première moitié de mars, 48 des 55 cas traités dans cet hôpital ont pris naissance à l'intérieur, et les premiers se sont montrés dans les salles qui avaient été affectées, il y a trois mois, au service des cholériques. Du 16 mars au 15 avril, 48 cas se sont encore développés à l'intérieur de l'hôpital.

Une conjecture se présente naturellement à l'esprit. L'accumulation des cholériques dans des salles spéciales y a-t-elle

---

FEUILLETON.

Somnambulisme et Magnétisme animal,

par M. le Général NOIZET (1).

C'est par une grâce particulière qu'il nous est donné de pouvoir rendre compte de cet ouvrage. L'auteur, homme modeste autant que consciencieux, n'a pas voulu reculer devant le témoignage écrit d'une conviction sincère ; mais en même temps il lui a répugné de jeter trop publiquement son nom dans des luttes où l'on n'aime pas toujours à coudoyer ses propres auxiliaires. De là un biais qui a consisté à ne tirer que peu d'exemplaires du mémoire, dont les amis seuls ont été gratifiés.

On ne doit pas trop s'étonner de voir une personne étrangère par état à la physiologie, un général du génie, prendre position dans la question du magnétisme animal. Un collègue de la même arme, également distingué, dont nous publierons prochainement une lettre, a pris autrement ses aises dans notre domaine. Toutefois, il est de fait que le magnétisme, dans toute l'ampleur de ses prétentions, n'a plus aujourd'hui pour zélateurs que de rares médecins et un très grand nombre de charlatans ; et l'œuvre de M. Noizet serait une exception si elle était écrite d'hier ; mais elle date de trente-quatre ans. L'Académie de Berlin, jalouse sans doute du lustre que Mesmer répandait sur Vienne, avait mis au concours la question du magnétisme animal. M. Noizet et M. Bertrand, qui venait d'ouvrir un cours public, avaient simultanément l'intention de concourir ; mais leurs mémoires, « placés fraternellement dans la même caisse, » arrivèrent trop tard. Le médecin continua sa propagande ; le militaire rentra sous sa tente, et il en sort aujourd'hui avec le même bagage qu'en 1820. Or, à cette date, les questions de magnétisme et de somnambulisme agitaient vivement la société ; elles étaient l'entretien des salons, l'amusement des oisifs, la bonne fortune des femmes nerveuses et un sujet de méditations pour quelques esprits sérieux. Évincées des Académies par le rapport de Bailly, elles n'avaient pas perdu la faveur des gens du monde ; et, chose assez curieuse, les militaires jouaient un rôle actif dans ce patronage. De Puységur, commandant de l'école de La Fère, avait donné un éclatant exemple. Quand la *Bibliothèque du magnétisme*

(1) *Mémoire sur le somnambulisme et le magnétisme animal*, adressé en 1820 à l'Académie royale de Berlin, et publié en 1854. — 1 vol. in-8 de 426 pages. Paris, imprimerie de Plon frères.

laissé des miasmes, des germes susceptibles d'éclore sous une influence favorable, sous celle, par exemple, des premières chaleurs? La question, on le voit, ne manque pas de gravité. L'hygiène publique et la prophylaxie du choléra y sont très sérieusement intéressées. Sans rien déguiser de la conviction où nous sommes que la *dispersion* des malades en temps d'épidémie, cholérique ou autre, est une mesure commandée par l'hygiène, tandis que leur concentration est bonne seulement pour la commodité du service, nous ferons pourtant, sur le fait actuel, deux remarques.

La première, à laquelle personne ne paraît avoir songé, c'est que, dès le début de la recrudescence, tout le quartier de la Charité et une partie du dixième arrondissement étaient travaillés par des affections intestinales et des fièvres continues. Plusieurs cas de choléra mortel s'y sont montrés. Nous connaissons des maisons de ce quartier où la plupart des habitants ont été atteints, les uns de diarrhée, les autres de colique sèche, ceux-ci de fièvre muqueuse, ceux-là de fièvre typhoïde confirmée. Nous le répétons, ce fait nous avait frappé quand on commençait à signaler la nouvelle invasion. Dira-t-on que les germes amassés à l'hôpital s'étaient répandus au dehors? Il serait alors peu concevable que ces germes fussent éclos, loin du foyer, aussi promptement qu'au foyer même, où l'on doit les supposer plus actifs ou plus nombreux. Au reste, nous ne voulons qu'apporter à la question un élément dont tout le monde ne peut avoir eu connaissance, et qui est d'une importance réelle.

Notre seconde remarque est que l'hôpital de la Charité n'est pas le seul où l'on ait institué un service spécial des cholériques. Il y en a eu, par exemple, à l'Hôtel-Dieu. Il est donc indispensable de s'enquérir, avant de conclure, de la manière dont s'est comportée la recrudescence dans cet hôpital. Or, voici les chiffres. Du 1er au 15 mars inclusivement, sur 15 cas traités à l'Hôtel-Dieu, 7 seulement avaient pris naissance dans les salles. Du 16 mars au 15 avril, il s'en est développé 22. La proportion des cas intérieurs aux cas venus du dehors est donc considérable également à l'Hôtel-Dieu; mais on voit qu'elle est loin d'atteindre celle de la Charité. Il faut rappeler d'ailleurs que dans le cours de l'épidémie, il y a trois mois, un tiers environ des cas traités dans les hôpitaux s'était développé à l'intérieur.

Quoi qu'il en soit de cette question, y a-t-il lieu de craindre, pour cet été, une épidémie violente, analogue à celle de 1849? Nous ne le pensons pas, malgré l'augmentation de ces derniers jours (voy. aux *Nouvelles*). Les oscillations mêmes de la recrudescence, qui se succèdent déjà depuis plus de six semaines, sont un motif de sécurité. Les affections qui annoncent d'ordinaire l'approche de ce genre de fléau, c'est-à-dire les troubles intestinaux, ne règnent pas généralement; et là où on les rencontre, ils sont peu graves. Les maladies ordinaires de la saison, rougeoles, varioles, rhumatismes, ne font pas défaut. Autant de raisons pour espérer que nous en serons quittes à assez bon marché. Il ne faut pas oublier que le choléra de 1832, lui aussi, fut suivi de cinq ou six recrudescences légères qui ne cessèrent complétement qu'au bout de quatre ans, dans le cours de l'année 1836, ainsi que le constate le rapport de M. Blondel.

— Que devient l'anesthésie locale par fumigation? Dépossédée de la faveur publique après quelques jours d'engouement, elle s'ingénie à rentrer en grâce. Un savant distingué, M. Figuier, a émis cette supposition, que la vapeur de chloroforme, employée chaude, offrirait plus de chances de succès, pénétrerait mieux dans le tissu cutané, et amènerait plus sûrement l'insensibilité. Il a en même temps donné des indications sur les moyens de réaliser ce mode d'application. M. Malgaigne, dit-on, en fait ou en va faire l'essai. Tout au contraire quelques chirurgiens ont pensé qu'il valait mieux produire, avec les anesthésiques, le plus de froid possible, la réfrigération étant déjà une condition d'insensibilité qui devait renforcer ou même primer l'action directe et spécifique de la vapeur médicamenteuse. M. Richet, entre autres, a réussi plusieurs fois à déterminer une insensibilité plus ou moins complète en faisant tomber goutte à goutte, pendant trois ou quatre minutes, de l'éther sulfurique, ou mieux de l'éther chlorhydrique, sur la partie à opérer, en activant avec un soufflet la vaporisation de l'éther. Il a pu enlever sans douleur une tumeur méliçérique du volume d'un petit œuf, située à la région inférieure de la joue droite et appuyée sur la branche horizontale du maxillaire supérieur, désarticuler le petit orteil, inciser et cautériser une tumeur enkystée, ouvrir un abcès profond de la cuisse, sans occasionner de souffrance notable (*Gazette des hôpitaux*). On doute, en prenant connaissance de ces faits, que l'anesthésie ait tenu à autre chose qu'à la réfrigération elle-même. L'application de la glace eût produit vraisemblablement un effet semblable; et le seul avantage du procédé par vaporisation de l'éther serait qu'il permet de mieux suivre les progrès de la réfrigération, d'en mesurer plus aisément les degrés, et d'imprimer à la vitalité de la partie des modifications moins profondes et plus passagères.

---

animal mourut d'inanition, ce fut un maréchal de camp, le baron d'Hénin de Cuvillers, qui essaya de la ranimer et, n'ayant pu y parvenir, fonda un nouveau recueil, les *Archives du magnétisme animal*, qui eurent quelque durée. M. Noizet était de cette phalange, et c'est encore un militaire, un officier prussien, qui a servi à ses principales expériences.

La date du mémoire est également à considérer sous un autre point de vue; elle en explique parfaitement le caractère; elle rend compte du peu de rigueur apporté dans les expériences et du tour métaphysique donné à toutes les interprétations. Le premier maître de l'auteur à l'école du magnétisme a été l'abbé Faria, ce brahmine devenu docteur en théologie, encore imbu de sa primitive éducation, à qui le magnétisme offrait une occasion naturelle de rêver tout éveillé sans se déranger de ses anciennes habitudes, et qui ne trouvait pas plus difficile de deviner l'avenir après avoir reçu quelques passes, que d'aller droit au ciel pour avoir répété le nom de Dieu, à l'instant de la mort, en tenant la queue d'une vache. Il faut bien le dire, cette période de l'histoire du magnétisme ne se recommande pas précisément par la sévérité de l'esprit scientifique. On envoyait l'âme des somnambules se promener aux Grandes-Indes, en Amérique et jusque dans la lune, et beaucoup de gens ne faisaient pas difficulté d'ajouter foi à ce qu'elles en rapportaient. D'Hénin lui-même ne sait trop ce qu'il en doit croire, ou plutôt, malgré le ton badin qu'il affecte de prendre, on s'aperçoit très bien qu'il n'ose pas contredire. « J'ai lu, dit-il, plusieurs relations manuscrites extrêmement curieuses, écrites sous la dictée de somnambules voyageant dans la lune. Aussitôt que je pourrai me les procurer, j'aurai soin de les insérer dans mes *Archives* pour en *régaler* le public... On y voit que les somnambules sont parvenus à résoudre cette question bien intéressante, qui consiste à savoir si les planètes sont habitées comme la terre... *Ce qu'il y a de certain*, c'est que les hypnoscopes (somnambules) magnétiques ont vérifié qu'il existait réellement dans la lune des êtres vivants et sensibles, qui jouissent comme nous du spectacle de la nature et de ses avantages; qu'ils naissent, se reproduisent et périssent de la même manière. » D'Hénin ajoute, avec la fierté d'un bipède, que les êtres vivants de la lune ne sont pas d'un aspect agréable et ont la démarche rampante, et il fait cette réflexion profonde : « Peut-être les somnambules n'ont-ils vu qu'un animal ! » Ceci est déjà assez fort. Mais certains magnétiseurs sont allés plus loin, ou, si l'on veut, plus haut; car ils ont exprimé l'espoir de faire arriver un somnambule jusqu'au soleil et (sans doute après quelques instants de repos) jusqu'aux étoiles les plus éloignées : — plusieurs milliards de lieues, aller et retour.

Nous serions fâché que l'on crût, sur nos citations, M. le général

La question de l'anesthésie locale est si importante, que nous encouragerons tous les efforts qui auront pour but de la mener à bien. Nous y sommes d'autant plus disposé, que nous ne saurions accepter la fin de non-recevoir que leur opposent quelques personnes au nom de la physiologie. Si le chloroforme et l'éther n'étaient que des alcooliques purs et simples, et si l'anesthésie qu'ils produisent n'était qu'une ivresse, il est bien clair que l'application locale de ces liqueurs ne saurait anéantir partiellement la sensibilité de la peau. L'ivresse ne rend insensible qu'en engourdissant le centre cérébral, et l'on ne peut être ivre seulement de la main ou du pied. Mais cette assimilation, sur laquelle on s'appuie, manque de justesse. Ce que l'expérience a appris de l'action du chloroforme montre qu'il est susceptible d'exercer une action locale, de nature sédative, sur les nerfs périphériques; et l'on pourrait le comparer, sous ce rapport, aux substances narcotiques, qu'on porte avec tant de succès, à travers la peau, sur les nerfs endoloris. Tout le monde sait qu'on a guéri des névralgies presque instantanément par des applications topiques de chloroforme, dont l'effet, assurément, ne peut être comparé à l'ivresse. Nous n'oublions pas que calmer une douleur et anesthésier une partie saine ne sont pas deux choses semblables; aussi n'assurons-nous pas qu'on obtiendra à volonté ce dernier résultat par la chloroformation locale. Nous voulons seulement établir qu'aucun principe de physiologie ni de matière médicale ne condamne les essais qui se sont poursuivis et se poursuivent sur ce sujet.

— Nous disions à l'instant que la question de l'anesthésie locale est de la plus haute importance. Quoi de plus propre à le faire comprendre que le chiffre croissant des morts par inhalation de chloroforme, quelque infime qu'il soit d'ailleurs relativement au nombre prodigieux de chloroformations jusqu'ici pratiquées. L'*Association Medical Journal* en a rapporté récemment deux cas; dans un autre, raconté par le *Dublin Quarterly Journal*, la mort a été imminente et paraît n'avoir été prévenue que par l'application du galvanisme (voy. sur ces différents faits *Gazette hebdomadaire*, nos 24 et 27). En outre, un de nos collaborateurs dont nous avons publié tout récemment un excellent travail sur l'autoplastie, M. Richard, vient de voir périr subitement, entre ses mains, une femme qu'il avait chloroformée pour une excision de polype du col utérin. Notre consciencieux confrère s'est empressé de communiquer tous les détails du fait à la Société de chirurgie.

En parcourant ces diverses observations, on n'y trouve aucun enseignement nouveau. C'est toujours le même imprévu, la même soudaineté d'accidents, la même fuite du pouls, le même embarras de la respiration. La cessation brusque des battements du cœur a été évidemment dans toutes le phénomène capital; elle traduit à des yeux non prévenus le vrai mécanisme de la mort; elle accuse enfin une de ces syncopes comme on en voit survenir et tuer presque instantanément dans certaines affections organiques ou rhumatismales du cœur. L'asphyxie ne joue ici qu'un rôle consécutif; car, si prompte qu'on la suppose, elle n'amène jamais cet évanouissement du pouls qu'on sent manquer subitement sous le doigt au moment où il paraissait battre en toute liberté. La commission nommée par la Société de chirurgie pour lui présenter un rapport sur l'observation de M. Richard a fait analyser le sang recueilli dans les cavités du cœur. L'analyse, confiée à M. Duroy, membre de la Société de pharmacie, a décelé la présence d'une petite quantité de chloroforme dans les cavités droites et les cavités gauches; un peu plus dans les secondes que dans les premières. Sur un pareil sujet, on ne saurait s'entourer de trop de lumières. Pourtant, nous ne voyons pas clairement l'avantage qu'on peut tirer de cette expérience. Pour que le chloroforme inhalé parvienne à l'encéphale et à la moelle, il faut bien qu'il passe par le cœur droit, les poumons et le cœur gauche. Dès lors, il est fort naturel qu'on en rencontre dans ces trois régions, quel que soit d'ailleurs le genre de mort. En le mettant à nu, on satisfait une curiosité de savant — ce qui vaut incontestablement mieux que si on le cherchait en vain, bien sûr pourtant qu'il doit s'y trouver; — mais on ne saurait conclure de là que le sang en contenait plus que dans les cas où l'inhalation est exempte d'accidents.

— M. le docteur Valleix a lu mardi dernier, à l'Académie de médecine, la fin de sa note sur les déviations utérines. Nous nous contenterons, pour le moment, d'en reproduire exactement la substance. Cette note a été renvoyée à la commission déjà chargée de présenter un rapport sur la question. Il sera temps alors de voir si nous devons changer quelque chose à l'appréciation qu'on a pu voir dans notre numéro du 17 février. M. Giraldès a lu ensuite un travail qui lui est commun avec M. Goubaux, sur le résultat des expériences qu'il a faites à Alfort touchant l'action du perchlorure de fer. Nous publions en entier ce mémoire, qui tend à relever des espérances thérapeutiques que, pour notre part, nous n'avons jamais abandonnées.

A. Dechambre.

Noizet capable de tomber dans de pareilles aberrations. Tout au contraire, il faut le louer de ce que, plongé dans un milieu fantastique, il ait mis un frein à sa crédulité et n'ait pas étendu par delà toute vérité et toute raison la sphère du somnambulisme. Ses expériences propres, qui sont au demeurant peu nombreuses, l'ont conduit à admettre la possibilité du somnambulisme magnétique simple, avec ou sans paralysie, de la lucidité, de la prévision. Ce n'est, comme on voit, que le gros de la doctrine. Mais ce qui imprime à ces expériences la marque du temps, c'est, nous le répétons, une certaine naïveté de récit qui ne soupçonne aucune difficulté; c'est l'oubli de toutes les conditions nécessaires pour donner au résultat apparent une garantie d'authenticité et de sincérité. Le magnétiseur a voulu que tel membre du somnambule fût subitement paralysé, et la paralysie a eu lieu. Quel était le somnambule? Comment l'absence de sensibilité a-t-elle été constatée? Quelles précautions a-t-on prises contre la supercherie? Le fait, en un mot, s'est-il passé de telle sorte qu'il fût explicable par un état magnétique et par cet état exclusivement? Questions oiseuses! Les faits veulent être vus simplement; ils sont farouches, et n'aiment pas à être regardés de trop près. Telle est manifestement la disposition d'esprit apportée par l'auteur dans ses expériences. Il a cru qu'il n'était pas obligé à autre chose qu'au rôle de spectateur. Ce qu'il a vu, il l'a dit. Il l'a dit le plus brièvement possible, pour plus de clarté. Et c'est ainsi que sur les 400 pages et plus que renferme l'ouvrage, on n'en couvrirait peut-être pas dix bien complétement avec le récit des expériences. Chacun entend l'observation à sa manière, et, en fait de magnétisme animal, on l'a entendue parfois d'une façon étrange; mais on comprend sans peine que, en 1854, après l'insuccès de tant de tentatives scientifiques conçues et sérieusement poursuivies; après tant de ruses démasquées, là même où l'on n'osait les soupçonner; en présence du charlatanisme audacieux de ceux à qui l'on va journellement demander la preuve de la lucidité somnambulique, on comprend, disons-nous, que la critique se montre plus difficile, et qu'elle exige des *expériences*, dans toute la rigueur philosophique du mot, sur un sujet auquel on a la prétention de donner une base expérimentale.

Mais si l'ouvrage de M. Noizet est si bref sur ce chapitre, de quoi donc se compose-t-il? Il se compose, pour une part, de l'exposé des phénomènes propres au magnétisme et au somnambulisme; pour une autre part, qui est la plus forte, de dissertations métaphysiques et psychologiques dans le goût de celles que la théorie de Mesmer et un peu aussi les prodiges de Cagliostro avaient provoquées, et qui ont défrayé tant de livres à cette époque. A travers des aperçus très nombreux, dont la phy-

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Expériences sur les injections de perchlorure de fer dans les artères. — Résumé d'un mémoire adressé à l'Académie des sciences par MM. Goubaux, professeur d'anatomie à l'École impériale d'Alfort, et Giraldès, chirurgien des hôpitaux, professeur-agrégé près la Faculté de médecine de Paris.

L'injection du perchlorure de fer dans le traitement des anévrysmes est une de ces questions dont la valeur n'a pas encore été complétement appréciée. On nous saura gré de faire connaître les principaux résultats des expériences que nous avons entreprises depuis une année à l'École vétérinaire d'Alfort.

Les détails dans lesquels nous allons entrer auront, nous aimons à le croire, quelque utilité; ils démontreront premièrement, que cette question ne pouvait être livrée à la pratique sans avoir été préalablement étudiée par une série d'expériences; secondement, elles serviront à expliquer quelques uns des accidents malheureux, et les insuccès qui ont été observés par suite de l'emploi prématuré de cette méthode.

Cette question, néanmoins, ne paraît pas avoir été envisagée ainsi par tout le monde. En effet, un chirurgien d'une grande valeur, pour s'éviter sans doute les ennuis et les incertitudes de l'expérimentation, a voulu la résoudre par un autre procédé; il a préféré, à l'occasion de quelques faits malheureux, grouper artistement quelques phrases à effet, discuter théoriquement la valeur d'une méthode dont il ne possédait pas les éléments, et en conclure à une proscription complète. Un tel procédé est bien plus propre à obtenir un succès de tribune qu'à éclairer, à développer une question naissante ou une question en litige.

Les expériences dont nous allons faire un court résumé ont été commencées au mois d'avril 1853; elles ont été terminées au mois de mars de cette année; elles sont au nombre de trente-cinq.

Nous avons eu pour but d'étudier :

1° L'action du perchlorure de fer sur le sang en circulation et sur les parois des vaisseaux;

2° D'étudier les divers phénomènes qui se développent à la suite de cette opération;

3° De suivre ces phénomènes dans chacune des phases de leur évolution;

Enfin déduire de ces expériences quelques données générales, applicables à la pratique.

Au moment où nous avons commencé cette étude expérimentale; la question était, pour ainsi dire, à l'état d'une première ébauche. Pravaz avait constaté et fait connaître l'action coagulante du perchlorure de fer, mais il n'avait pas eu le temps d'en faire une étude complète et d'établir quelques données générales pour servir de guide dans ses applications. Il avait conseillé d'abord d'employer le perchlorure au maximum de concentration sans indiquer le degré précis de densité de la solution; ce n'est que plus tard, au mois de mai, dans une lettre adressée à la Société de chirurgie, qu'il indiqua la densité du perchlorure qu'on devait employer. Or, cette vague indication, si elle avait été mise en pratique sans autre examen, était de nature à donner des résultats malheureux et même à compromettre la méthode.

Après avoir fait, d'après l'indication du savant et regrettable inventeur, une série d'expériences avec du perchlorure concentré, nous avons jugé utile de continuer nos essais avec une solution plus faible. Le perchlorure que nous avions d'abord employé marquait 49 degrés aréomètre de Baumé, il nous avait été fourni par MM. Rousseau frères.

Dans la seconde série d'expériences, commencées le 30 avril 1853, nous nous sommes servis de perchlorure de fer dosé par M. Lassaigne à 29 1/2 degrés, aréomètre de Baumé. Nous ferons remarquer à ce propos que, dans une lettre en date du mois de mai 1853, adressée à la Société de chirurgie, Pravaz insistait cette fois sur le degré de densité que devait avoir la solution du sel de fer, et il faisait connaître un procédé de préparation pour obtenir sûrement cette solution à 45 ou 46 degrés, aréomètre de Baumé.

Mais plus tard, d'après les indications fournies par l'un de nous à M. Burin du Buisson, auteur du procédé conseillé par Pravaz, ce chimiste a été conduit à préparer et à introduire dans la pratique des chirurgiens de Lyon du perchlorure de fer à 30 degrés. Le mérite de cette légère modification nous revient de droit; c'est, au reste, un des résultats donnés par nos expériences.

Après avoir continué nos études avec du perchlorure de fer à 29 1/2 degrés, nous les avons terminées par une série complémentaire avec une solution à 15 degrés, d'après quelques indications de M. le docteur Debout.

Nous allons maintenant exposer les principaux résultats donnés par ces expériences : quelques gouttes de perchlorure de fer injectées dans l'artère carotide d'un cheval coagulent le sang contenu dans une portion du vaisseau mesurant 4 centimètres; deux gouttes à 49 degrés, trois gouttes à 30 degrés, six gouttes à 15 degrés, produisent une coagulation. Après l'injection, il se forme dans le vaisseau, au bout de trois ou quatre minutes, un caillot plus ou moins serré qui demeure en place et intercepte la circulation.

Nous appellerons caillot primitif celui qui est produit par l'action directe de l'injection; nous appellerons caillots secondaires ceux qui se forment quelque temps après. Ces derniers se produisent à la fois du côté du cœur et du côté périphérique; ce double caillot secondaire limite ainsi de toute part le premier et semble, en quelque sorte, destiné à préparer les moyens pour en obtenir une complète séquestration.

Ces premiers phénomènes sont bientôt suivis par d'autres qui se

---

siologie et la psychologie courantes ne s'arrangeraient pas aisément, et comme au fond d'une onde trouble, on distingue néanmoins assez bien la pensée de l'auteur. Exprimons-la en quelques mots.

L'âme et le corps sont absolument distincts. La séparation est tellement complète que la première ne peut agir sur le second directement, mais seulement à l'aide d'un intermédiaire, et cet intermédiaire est le *fluide vital*, entretenu par la respiration et la digestion. Le *moi*, qui ne peut résider ni dans le corps, parce qu'il est modifiable, ni dans l'âme, parce qu'elle peut avoir des perceptions dont nous n'avons pas conscience, « est le résultat de l'action de l'âme sur le corps. » Il suit de là que si le fluide vital vient à faire défaut dans le cerveau, l'action de l'âme sur cet organe étant devenue impossible, le *moi* s'évanouira. Or, c'est ce qui se passe dans le sommeil. Le *moi* subsiste obscurément ou disparaît d'une manière absolue, suivant que *le dégagement du fluide vital qui entretient la sensibilité du cerveau* est plus ou moins complet. Le somnambulisme n'est autre chose qu'un sommeil profond dans lequel l'âme n'exerce plus sur le cerveau une action directe, comme cela arrive à l'état normal, mais agit tout droit sur les organes sans l'intermédiaire du cerveau. Et c'est ainsi qu'elle peut aller réveiller tel sens qu'elle voudra : l'odorat, l'ouïe, la vue, sans que le *moi* en ait conscience. De là vient également que la mémoire ne garde pas les impressions reçues dans l'état de somnambulisme.

Dans cette physiologie particulière, on retrouve à peu près la théorie de Jouffroy sur le sommeil. C'est au fond, la doctrine de la séparation transitoire de l'âme et du corps. Il faudrait de nombreuses pages pour faire ressortir ce qu'il y a d'artificiel, de faux, de contradictoire et d'inintelligible dans une telle supposition. L'âme, quoi qu'on en ait dit, ne peut être conçue autrement que comme une force, c'est-à-dire comme quelque chose d'un, de fixe et d'immutable en soi, qui ne peut passer de la puissance à l'action sans un *substratum* matériel, ni varier dans ses manifestations extérieures qu'en raison de la variabilité de l'instrument. C'est une *cause* qui ne peut être présente sans se satisfaire elle-même dans son effet propre et naturel, ni disparaître sans que l'effet cesse à l'instant. *Causa est id, quo posito, sequitur effectus, et, quo sublato, tollitur effectus.* Otez l'âme au cerveau, et le cerveau n'est plus qu'une masse inerte; ôtez le cerveau à l'âme, et l'âme retourne au foyer universel.

Donc, avancer que l'âme, séparée de son instrument naturel et nécessaire, peut néanmoins se manifester par la pensée et par la parole, même d'une façon anormale, comme dans le sommeil et le somnambulisme, c'est

développent dans les parois des artères. Ces membranes, en effet, sont le siége d'un mouvement organique très développé qui produit une hypertrophie de la membrane moyenne et une infiltration de lymphe plastique dans la tunique externe.

Pour nous résumer donc, nous disons qu'une injection de perchlorure de fer dans une artère y détermine : 1° la formation de caillots primitifs et secondaires ; 2° des modifications de nutrition dans les tuniques artérielles.

Mais, comme il est facile de le prévoir, chacune de ces modifications présente des différences d'étendue et d'intensité en rapport avec la quantité et la densité de la solution employée. Pour bien établir ces différences, nous avons fait les trois expériences suivantes : nous avons injecté, le même jour, cinq gouttes de perchlorure de fer à 49 degrés dans l'artère carotide d'un cheval ; chez un autre, cinq gouttes à 30 degrés ; et enfin chez un troisième, cinq gouttes à 15 degrés. Les animaux ont été abattus une heure après l'opération, et les artères ont été examinées immédiatement après.

Dans la première expérience, celle où la solution marquait 49 degrés, nous avons constaté les particularités suivantes : le caillot primitif est d'une consistance ferme et compacte, il remplit l'artère comme s'il avait été moulé dans sa cavité ; il est formé par un magma noirâtre, ferme, grenu lorsqu'on l'écrase entre les doigts, et se durcissant rapidement ; ce magma est impropre à tout travail d'organisation. Les parois de l'artère offrent des altérations sur lesquelles il importe de bien fixer l'attention ; la membrane interne et moyenne, et une portion de la membrane externe sont amincies, racornies, comme tannées ; elles ont une teinte d'un jaune fauve, se déchirent et se cassent avec facilité. Ainsi, le sang et les tuniques artérielles sont profondément altérées par l'action de l'agent chimique, et cette altération constitue une véritable mortification ; ces organes sont donc impropres à tout travail de réparation.

Dans la seconde expérience, celle où la solution marquait 30 degrés, on remarque des modifications d'un autre genre : l'artère est remplie par un caillot plus gros que le calibre normal du vaisseau. Il est formé de deux parties, l'une constituée par du sang altéré, comme dans la première expérience, et l'autre par de la fibrine coagulée enveloppant de toute part la première. Sa consistance est molle, élastique. Il a déjà contracté quelques adhérences avec la face interne de l'artère. Les membranes artérielles sont moins profondément atteintes par l'action du sel de fer que dans la première expérience. L'épithélium et la membrane fenêtrée sont, il est vrai, détruits ; la membrane moyenne est colorée en jaune, et ses fibres circulaires se dessinent nettement à sa surface interne, et elles s'en séparent plus facilement que dans l'état normal, en conservant cependant leur souplesse et leur élasticité. De même que le caillot primitif n'est pas tout à fait privé des éléments susceptibles d'organisation, de même aussi les parois artérielles présentent les conditions nécessaires pour devenir le siége de quelques-uns des phénomènes organiques que nous indiquerons plus loin.

Dans la troisième expérience enfin, le caillot, ainsi que les parois artérielles, sont beaucoup moins altérés. L'épithélium, ainsi que la membrane interne sont, il est vrai, détruits, mais la tunique moyenne est à peine touchée ; en outre, le vaisseau est dilaté dans toute l'étendue occupée par le caillot.

Ces trois expériences nous permettront de signaler quelques uns des points principaux qui dominent toute cette question, à savoir :

1° Formation de caillots compacts concordant avec une altération profonde des parois artérielles, mortification, désorganisation du sang et des artères ;

2° Formation de caillots mixtes, concordant avec une altération moins profonde des membranes, avec dilatation de l'artère.

Maintenant que nous connaissons les divers phénomènes primitifs et consécutifs qui se développent après les injections du perchlorure de fer dans les vaisseaux, suivons chacun d'eux dans leur ordre de succession.

Les caillots secondaires se produisent peu de temps après la formation du caillot primitif ; on les trouve déjà tout formés vingt-quatre heures après l'injection ; leur dimension est variable : dans quelques cas, ils avaient 10, 20 et même 30 centimètres de longueur ; cette étendue est beaucoup plus grande du côté périphérique que du côté du cœur. Aussitôt qu'ils sont formés, ils contractent avec les parois des artères des adhérences qui deviennent tous les jours plus intimes ; nous nous sommes assurés, par des expériences comparatives, que cette adhérence n'existe pas encore dans des caillots formés après une ligature, le lendemain de l'opération.

Après que ces phénomènes se sont produits, il se fait dans les parois des artères un autre travail, dont l'intensité et l'étendue sont en rapport avec la quantité et la densité du perchlorure employé. Si l'on a injecté dans les vaisseaux une solution à 45 degrés ou à 49 degrés, le caillot et les parois artérielles sont profondément atteintes, désorganisées ; réduites alors à la condition des parties mortifiées, elles se ramollissent, se décomposent, deviennent noires, et se séparent enfin des parties vivantes ; cela s'observe surtout dans les cas où une dose exubérante du liquide a été injectée, 10, 15 ou 17 gouttes, par exemple ; alors cette action désorganisatrice peut s'étendre trop loin et produire la gangrène. Pendant que le travail de désorganisation et d'élimination fait des progrès, les faibles adhérences qui réunissaient les caillots secondaires aux artères sont rompues, et des hémorrhagies mortelles se produisent. Dans la série de nos expériences avec du perchlorure à 49 degrés, nous avons eu quelques accidents de ce genre.

Un ordre de phénomènes différents s'observe dans les cas où l'injection a été faite avec une solution à 15, à 20, et même à 30 degrés. Toutes les fois que la quantité injectée n'a pas dépassé 4 ou 5 gouttes, il s'est formé un caillot mixte qui contracte rapidement des adhérences avec les parois artérielles.

La formation des caillots est suivie d'une hypertrophie de la

---

tout simplement affirmer l'impossible. En ce qui concerne particulièrement l'état somnambulique, le non-sens éclate de tous côtés. Voilà une âme qui, sans l'intermédiaire du cerveau, non seulement pense, imagine, raisonne, mais encore écoute la pensée d'autrui, se met avec elle en communication régulière. Conçoive qui pourra ces deux *forces* s'interrogeant, se répondant à travers l'espace, dans un langage méthodique et à l'aide de signes conventionnels. L'âme du somnambule ne garde pas, dit-on, les impressions reçues pendant le sommeil. Soit ; mais elle se souvient de ses impressions passées, puisqu'elle fait usage des mots qu'elle a appris. Le cerveau n'est donc pas nécessaire à l'exercice de la mémoire ? Alors, comment donnez-vous pour pivot à votre doctrine de la séparation de l'âme et du cerveau précisément cet oubli des impressions reçues dans l'état somnambulique? Bien plus, le somnambule, en tombant dans un accès, recouvre le souvenir de ce qui lui est arrivé dans un accès antérieur. Il faut donc admettre que l'âme, en reprenant dans l'intervalle ses rapports avec le cerveau, ne lui a rien communiqué de ses impressions, ou les lui a dérobées en s'en séparant de nouveau. Enfin, et voici la plus grande difficulté : l'homme endormi, le somnambule, parlent, agitent leurs membres, sentent plus ou moins distinctement. Nous serions curieux de savoir par quel chemin l'âme s'en va réveiller les nerfs de la langue, du goût, de l'odorat, des bras, des jambes, qui ont leur origine dans les centres nerveux, le tout sans entrer en rapport avec le cerveau et la moelle; car c'est le principe essentiel de la théorie. Nous soumettons ce problème de physiologie à M. le général Noizet.

A. Dechambre.

— Nous avons reçu deux communications; l'une de M. H. Carnot, l'autre de M. le docteur Mandl. Nous les publierons dans notre prochain numéro.

— Choléra. *Situation au 19 avril.*

Cas traités dans les hôpitaux		1302
Sorties	604	1235
Décès	631	
Reste		67

Il y a donc eu, depuis le 12 avril, 75 cas nouveaux et 43 décès.

membrane moyenne; cette membrane devient plus molle, plus rosée, plus épaisse, plus friable et très adhérente au caillot primitif. Cette adhérence contribue à l'enkyster dans l'artère.

La tunique cellulo-vasculaire ou externe ne demeure pas étrangère à ce mouvement organique ; elle prend une grande part au développement du travail dont nous venons de parler, et subit à son tour une modification importante, devient plus épaisse, plus vasculaire et adhère moins intimement aux autres membranes de l'artère ; les mailles de son tissu se remplissent d'une substance gélatineuse jaunâtre constituée par de la fibrine plastique.

Cette infiltration peut s'étendre quelquefois très loin le long de l'artère, et transformer momentanément la membrane celluleuse en une véritable gaîne plastique d'apparence lardacée ; dans les cas où l'injection a été faite avec une dose exubérante, 10 à 17 gouttes, à 49 degrés, cette infiltration s'étendait très loin dans toute la région cervico-trachéléenne, et se continuait autour de l'œsophage et de la trachée-artère. Dans les cas, au contraire, où la quantité de perchlorure ne dépassait pas 4 à 5 gouttes à 15, à 20, et même à 30 degrés, il se produisait bien cette matière plastique, mais elle ne dépassait pas très loin le foyer de l'opération, et formait alors autour de l'artère une espèce de virole de forme olivaire, véritable formation transitoire.

Il est temps de rechercher maintenant la signification de chacune de ces parties, et de voir la part que chacune d'elles prend au travail de réparation.

Le caillot primitif, après avoir contracté des adhérences avec l'artère, et se trouvant fermé de toutes parts par des caillots secondaires, peut, dans des cas déterminés, se ramollir ; on trouve alors l'artère remplie d'une matière jaunâtre, glutineuse, pulpeuse, formée par le sang altéré et ramolli, mêlé de débris d'épithélium et de portions de la membrane interne. Le plus ordinairement, lorsque la quantité de la matière injectée n'a pas dépassé 4 à 5 gouttes à 30 degrés, le caillot, au lieu de se ramollir, change de couleur, devient jaunâtre, adhère intimement à l'artère, y demeure enkysté. Le phénomène de l'enkystement achevé, les caillots secondaires disparaissent, et l'artère s'oblitère à la fois du côté du cœur et du côté périphérique. Cette occlusion du vaisseau se produit, d'une part par l'enkystement du caillot, d'autre part par un épaississement de la membrane interne de l'artère. Nous avons rencontré cette oblitération quatre mois et demi après l'opération.

Le phénomène de l'enkystement du caillot est un fait constant ; il a lieu même dans les cas où l'ondée sanguine est parvenue à se frayer une route à travers son épaisseur. On en rencontre alors les divers fragments enkystés comme collés à la face interne de l'artère par une membrane de nouvelle formation qui les sépare du courant circulatoire. Nous avons constaté ce fait deux mois après l'opération.

Mais pendant que tout ce travail s'opère, la gaîne plastique ne reste pas stationnaire ; on la voit diminuer d'étendue, s'atrophier, puis disparaître pour ne laisser à sa place qu'un tissu cellulo-fibreux serré, renfermant une circulation récurrente de nouvelle formation, établie entre le bout supérieur et le bout inférieur du vaisseau. Nous avons constaté cette disparition quatre mois et demi après l'opération. La disparition de la virole plastique commence presque toujours avec la cicatrisation de la plaie.

En résumé, après l'injection du perchlorure de fer dans les artères, on observe des phénomènes primitifs et des phénomènes secondaires. Dans les premiers, nous plaçons : 1° la formation des caillots primitifs et des caillots secondaires, 2° la formation d'une gaîne ou virole plastique.

Parmi les seconds :

1° L'enkystement des caillots ;

2° La cicatrisation de la plaie et la disparition de la virole plastique ;

3° L'oblitération des vaisseaux.

Conclusions. — D'après les expériences dont nous avons résumé les résultats, nous nous croyons fondés à établir les données suivantes :

1° Le perchlorure à 49 degrés, à 45 degrés, ne doit pas être employé, soit dans les anévrysmes, soit dans les tumeurs érectiles : son usage pourrait être suivi d'accidents graves ;

2° Dans les anévrysmes et dans les tumeurs érectiles veineuses ou artérielles, on ne doit employer que le perchlorure à 30 degrés, ou mieux à 20 degrés aréomètre Baumé, dans la proportion de 5 gouttes à 30 degrés, 10 gouttes à 20 degrés, pour une quantité de sang équivalente à 3 centimètres cubes ;

3° Le perchlorure à 45, à 49 degrés, peut être employé comme hémostatique pour arrêter soit des hémorrhagies profondes, des hémorrhagies en nappe à la suite des opérations, soit encore des hémorrhagies secondaires après les amputations ;

4° Le perchlorure à 15, à 20 et à 30 degrés peut être employé avantageusement dans des kystes hématiques, en particulier dans les kystes hématiques du cou ;

5° Dans quelques cas, le perchlorure à 30 et 49 degrés peut être employé comme modificateur des plaies en suppuration.

Préparation du perchlorure de fer, par M. Gobley, professeur agrégé à l'École de pharmacie de Paris (1).

On met dans une capsule de porcelaine la dissolution de chlorure ferrique obtenue au moyen de la pierre hématite et de l'acide chlorhydrique ; on l'évapore en grande partie sur un feu doux ; quand la liqueur est très concentrée, on place la capsule sur la cucurbite d'un alambic, en ayant le soin d'interposer un linge entre la cucurbite et la capsule, et de maintenir celle-ci à l'aide d'une corde. La vapeur d'eau fournie par la cucurbite doit être portée au loin par un tube de plomb ; car il est essentiel, pour la réussite de l'opération, qu'aucune partie de vapeur aqueuse ne circule autour de la capsule, il se formerait de l'acide chlorhydrique, et il se précipiterait du peroxyde de fer. On évapore jusqu'à ce que le liquide ne donne plus sensiblement de vapeur, et qu'une goutte de la dissolution se fige par le refroidissement. On verse alors le chlorure dans une assiette très légèrement huilée, on la recouvre immédiatement avec une autre assiette, et on lute la jointure ; au bout de vingt-quatre heures, on sépare les assiettes, on casse le chlorure par morceaux, et on l'enferme dans de petits flacons bien secs et que l'on bouche avec grand soin.

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

DE LA PÉRIPNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE DU GROS BÉTAIL. — INOCULATION.

Le *Recueil de médecine vétérinaire* vient de publier le rapport général des travaux de la commission instituée près le ministère de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, pour étudier la péripneumonie épizootique du gros bétail, cette redoutable affection qui exerce presque autant de ravages sur le gros bétail de l'Europe occidentale que le typhus sur celui de l'Europe orientale.

Il ne sera pas sans intérêt de rassembler et de mettre sous les yeux du lecteur les éléments essentiels de cette grande question qui préoccupe à la fois la science et les gouvernements, parce qu'elle intéresse, en effet, non seulement la médecine vétérinaire, non seulement la pathologie générale et comparée, mais encore l'hygiène publique et l'agriculture. Nous commencerons par présenter, à l'aide des nombreuses observations que nous possédons aujourd'hui, l'histoire symptomatologique et anatomique de la ma-

(1) Cette note nous est adressée par M. Gobley comme complément du travail inséré dans notre dernier numéro.

ladie. Ce sera l'objet de ce premier article. Dans un second article, nous ferons l'exposé raisonné des observations et recherches expérimentales de la commission concernant spécialement la contagionabilité de la maladie et les effets de l'inoculation.

PREMIÈRE PARTIE. — *Description de la péripneumonie épizootique.*

La maladie de l'espèce bovine désignée en France sous le nom de *péripneumonie épizootique*, et en Belgique sous celui plus expressif de *pleuropneumonie exsudative*, est caractérisée *anatomiquement*, comme l'impliquent ces appellations, par une lésion inflammatoire de l'appareil pulmonaire, consistant dans une exsudation excessive de matière fibrino-albumineuse, qui ou bien se concrète en fausses membranes à la surface des plèvres, ou bien se condense dans le tissu cellulaire interlobulaire, ou s'épanche à l'état liquide dans l'un ou dans l'autre des sacs pleuraux, ou dans les deux à la fois.

Le début de cette maladie est presque toujours obscur, et conséquemment difficile à saisir.

La bête bovine qui en ressent les premières atteintes est moins gaie, ou, pour mieux dire, plus triste que dans l'état normal. Naturellement sauvage et craintive, surtout à l'approche d'un étranger, elle se montre moins impressionnable aux attouchements, et se livre, quand on l'aborde, à des mouvements moins brusques que dans les conditions de parfaite santé.

Son appétit est diminué ; mais ce premier indice, caractérisé seulement par des mouvements moins énergiques et moins précipités des mâchoires, n'est, la plupart du temps, appréciable que pour la personne habituée à soigner les animaux.

Souvent à ce premier début de la maladie on voit se produire, par intermittences, des météorisations causées par le dégagement de gaz dans la poche du rumen, symptôme que l'on attribue le plus ordinairement à une simple indigestion, et dont par cela même on méconnaît la grande importance diagnostique.

La rumination est rarement tout à fait suspendue, mais elle est moins fréquente que dans l'état normal, et elle s'exécute avec plus de lenteur.

Les matières excrémentitielles sont sèches et peu abondantes.

La respiration est plus fréquente que dans l'état de santé (25 à 30 par minute au lieu de 15) ; elle s'accompagne souvent d'une sorte de *plainte* dont on détermine à volonté la manifestation en pressant avec les doigts la colonne vertébrale en arrière du garrot. La toux est petite, sèche, avortée, et semble douloureuse.

L'auscultation fait percevoir de chaque côté un bruit respiratoire plus intense que dans l'état normal, en raison des mouvements plus répétés de la respiration, mais qui n'a encore rien de particulièrement caractéristique.

La percussion donne partout une égale sonorité, mais elle est douloureuse et s'accompagne d'une plainte à l'expiration. Quand la maladie tend à se localiser d'un seul côté, et lorsqu'elle s'exprime plus particulièrement par une inflammation pleurale, la douleur développée par la percussion est beaucoup plus manifeste de ce côté que de l'autre.

Le pouls est plein et accéléré (de 60 à 70 battements par minute), et les muqueuses apparentes, la conjonctive surtout, sont fortement injectées.

Dans les femelles laitières la sécrétion mammaire diminue notablement, dès le début de la maladie.

Il est des sujets chez lesquels, à cette période, la colonne vertébrale est tellement sensible, qu'ils s'affaissent presque jusqu'à terre à la moindre pression de la main ; chez d'autres, au contraire, elle est roide et ne s'infléchit pas lorsqu'on la comprime.

Les animaux ne *s'étirent* plus après le décubitus, comme dans l'état de santé ; leur poil a perdu de son luisant ; la peau est sèche, plus adhérente aux parties sous-jacentes.

Les hommes du métier attachent, avec raison, une grande importance à ce signe morbide, constant dans toutes les maladies graves des grands ruminants, très caractéristique dès le début de la péripneumonie.

Tels sont les symptômes de la première période de cette maladie. Ils sont loin d'être ce que l'on appelle pathognomoniques ; ils annoncent un désordre de la santé, mais ils ne disent pas encore d'une manière très expressive quel est le siége et la nature de la maladie qui fait invasion.

Cette période peut durer deux, trois, quatre ou cinq jours, rarement plus.

Chez un certain nombre de sujets, chez les animaux surtout de race rustique qui ont été exposés à contracter la maladie par contagion, souvent l'influence contagieuse ne s'exprime pas autrement que par ces premiers symptômes, et encore moins caractérisés que nous venons de l'indiquer ; puis ils se dissipent d'eux-mêmes, et au bout d'une huitaine de jours tous les signes de la santé reparaissent.

Mais sur ceux qui sont moins réfractaires à l'action contagieuse, ou sur lesquels la péripneumonie se développe par d'autres causes que par la contagion, la maladie une fois commencée suit une marche envahissante, et se caractérise alors par des symptômes tout à fait expressifs.

Les symptômes de la péripneumonie confirmée sont les suivants :

Habitude extérieure et attitudes. — Grande tristesse des malades ; éloignement de la crèche à l'extrémité des liens d'attache (signe de dégoût pour les aliments) ; immobilité des animaux, soit à l'étable, soit aux pâturages ; insensibilité aux attouchements ; œil morne ; tête inclinée vers le sol et un peu *portée au vent.*

Fonction digestive. — Appétit toujours diminué, le plus souvent nul ; parfois les animaux saisissent quelques parcelles des fourrages qu'ils appètent le plus, mais ils les mâchent sans avidité, puis ils y renoncent ; météorisations fréquentes, intermittentes d'abord, puis continues ; rumination de plus en plus rare, puis nulle ; sécrétion salivaire abondante chez quelques sujets, tombant de la bouche sous forme d'une bave mousseuse ; matières excrémentitielles rares d'abord et desséchées ou revêtues extérieurement d'une couche de mucosités concrétées en fausses membranes, puis diarrhée abondante et fétide sur le déclin de la maladie.

Fonction respiratoire. — Accélération des mouvements respiratoires (30, 35, 40, 50, 55 par minute, suivant l'étendue du poumon envahi et l'ancienneté de la maladie) ; plaintes continues ou intermittentes, spontanées ou déterminées par la percussion des parois thoraciques ; chez quelques sujets, jetage blanchâtre, spumeux, quelquefois mêlé de stries sanguines, par les deux narines ; toux petite, avortée, douloureuse, plus grave qu'au début, surtout quand il y a jetage ; à l'auscultation, bruit respiratoire supplémentaire très accusé, en rapport avec l'accélération de la respiration, dans toutes les parties des poumons encore perméables à l'air ; bruit de souffle ou tubaire très intense, au niveau des grosses divisions bronchiques, dans les régions envahies par la maladie ; absence totale de bruit quelconque dans les parties de ces régions qui n'avoisinent pas immédiatement les grosses divisions bronchiques ; enfin, râle crépitant humide sur les limites des parties saines et des parties malades.

Les lésions pulmonaires occupant le plus ordinairement les parties déclives, quand la pneumonie est très étendue, le bruit respiratoire supplémentaire se fait, dans ces cas, entendre dans les régions supérieures de la cavité thoracique ; le râle crépitant est perçu sur leurs limites inférieures, puis, immédiatement en dessous, le bruit tubaire, et tout à fait en bas il y a absence complète de tout bruit, normal ou anormal.

Quelquefois le fluxus inflammatoire et l'exsudation qui l'accompagne, au lieu d'envahir le poumon dans une grande étendue, se concentrent sur un seul point de l'organe ou sur plusieurs points isolés les uns des autres, superficiels ou profonds, inférieurs ou supérieurs.

Dans ces cas de pneumonies partielles plus ou moins circonscrites à un ou plusieurs lobules, les signes fournis par l'auscultation varient suivant le siége qu'occupe la lésion pulmonaire. Si cette lésion est située profondément, du côté des faces médiastine ou diaphragmatique du poumon ou dans les lobes antérieurs, l'auscultation ne permet alors de reconnaître d'autre bruit que

le bruit supplémentaire, dans toute l'étendue des parois thoraciques de l'un et de l'autre côté ; que si, au contraire, cette lésion est superficielle et localisée en arrière des épaules, l'absence du bruit vésiculaire au point qu'elle occupe, le râle crépitant sur ses limites, le bruit tubaire dans son centre, si elle est traversée par un gros tuyau bronchique, enfin le bruit supplémentaire au delà de sa circonférence, peuvent permettre d'en préciser le siége et l'étendue.

La percussion des parois thoraciques donne lieu à une manifestation de douleur, surtout accusée du côté malade, et plus particulièrement dans les régions de ce côté que la maladie occupe. La sonorité et la matité, sur l'une et l'autre paroi, sont exactement correspondantes à l'étendue des poumons encore perméables à l'air ou actuellement densifiées par l'inflammation.

Quand il existe un épanchement, ce qui est commun, il est reconnaissable à la sensibilité plus grande des parois thoraciques, à la matité et à l'absence du bruit respiratoire sur une égale étendue de chaque côté, à moins de pneumonie coïncidante, supérieure à l'épanchement dans un des lobes pulmonaires ; au bruit de souffle, au niveau des grosses divisions bronchiques ; à une crépitation particulière à la surface du liquide ; enfin à un œdème sous-thoracique presque constant, au moins dans la première période de l'épanchement.

Appareil circulatoire. — Pouls d'abord plein et fort, battant de 70 à 80 fois par minute, puis faiblissant et s'accélérant avec les progrès du mal, enfin s'effaçant tout à fait.

Muqueuses apparentes d'abord très injectées avec une teinte jaunâtre, puis se décolorant à mesure que les forces s'épuisent.

Sécrétion mammaire. — Diminuant de jour en jour pour tarir complétement. Mamelles alors flasques et flétries.

Sensibilité. — Notablement exagérée, chez quelques sujets, le long de l'épine dorsale ; chez tous, sur les parois thoraciques ; amoindrie partout ailleurs.

Calorification. — D'abord exagérée sur toute la peau, notamment à la base des cornes, aux oreilles, à l'extrémité du muffle, qui se dessèche ; puis décroissant insensiblement, au point que toute la surface du corps se refroidit sur la fin de la maladie.

Appareil cutané. — Poils ternes, peau sèche, comme adhérente aux côtes.

Fonction de nutrition. — Diminution extrêmement rapide de l'embonpoint et émaciation des chairs. Ce phénomène marche avec un telle promptitude, qu'en moins de huit jours les animaux de l'espèce bovine atteints de la péripneumonie peuvent avoir perdu un tiers, la moitié, les deux tiers même de leur valeur vénale comme bêtes de boucherie.

Tels sont les symptômes les plus saillants et les plus constants par lesquels s'exprime la péripneumonie bovine. On conçoit l'infinie variété de nuances que cette maladie peut présenter, dans la pratique, suivant que les lobes pulmonaires seront envahis dans une plus grande étendue, ou que la maladie sera localisée dans des régions plus circonscrites ; suivant qu'elle sera plus concentrée sur les plèvres ou sur les poumons, ou qu'elle attaquera les deux à la fois ; suivant qu'elle remontera à une date plus ancienne ou qu'elle sera plus récente, etc., etc. ; et puis encore suivant les races qui en seront atteintes, l'âge des sujets, leur maigreur ou leur embonpoint, l'état de plénitude des femelles, etc., etc., toutes circonstances qui modifient à divers degrés l'expression symptomatique de la péripneumonie. Mais il n'est pas nécessaire de donner ici une description de ces différentes nuances de la maladie ; nous nous contenterons, pour en compléter l'esquisse générale, d'exposer les formes de la lésion anatomique par laquelle la péripneumonie bovine est essentiellement caractérisée.

Anatomie pathologique. — Le poumon du bœuf diffère de celui du cheval par l'abondance du tissu cellulaire qui sert de support aux ramifications de l'arbre bronchique et des vaisseaux respiratoires. Au lieu d'être pénétré de partout par les vésicules pulmonaires, ce tissu cellulaire forme une multitude de cloisons qui circonscrivent entre elles de vastes aréoles irrégulières dans lesquelles sont contenus les lobules pulmonaires, en sorte que le poumon du bœuf, au lieu de constituer, comme dans le cheval, une immense éponge celluleuse partout pénétrable à l'air et au sang, représente plutôt un assemblage de petits appareils vésiculaires, continus à l'arbre bronchique dont ils ne sont que le renflement terminal, mais complétement isolés les uns des autres par des cloisons celluleuses très épaisses.

C'est dans ces cloisons interlobulaires que se développe d'abord l'inflammation si abondamment exsudative qui caractérise en propre la pneumonie épizootique du gros bétail.

Sous l'influence de cette inflammation, les cloisons celluleuses s'infiltrent d'une quantité considérable de sérosité albumineuse concrescible et organisable comme la lymphe plastique, qui les épaissit notablement, et rétrécit par ce fait les alvéoles dans lesquelles sont logés les lobules pulmonaires. Comprimés de partout, refoulés sur eux-mêmes par l'épaississement des cloisons celluleuses qui les séparent les uns des autres, les lobules pulmonaires se condensent et éprouvent une première altération toute mécanique, identique à celle que l'on observe dans la partie du poumon qui baigne au milieu d'un épanchement, et que l'on a désignée sous le nom de *splénisation*. Le premier résultat de cette compression périphérique condensante des lobules pulmonaires est de les rendre impénétrables à l'air par l'effacement de leurs vésicules, et de mettre obstacle à la circulation capillaire dans leur tissu ; d'où la teinte rouge vif qu'ils reflètent à cette première période de la maladie.

A une période plus avancée, la lymphe épanchée dans la trame des cloisons interlobulaires s'y coagule, et la transforme en un tissu blanchâtre, plus dense, plus résistant que le tissu cellulaire normal, qui refoule, en s'hypertrophiant sous l'influence continue de l'inflammation, la substance des lobules pulmonaires dans un espace de plus en plus resserré.

Simultanément le tissu de ces lobules prend une couleur rouge plus foncée, presque brune, causée sans doute par l'obstacle plus grand opposé à sa circulation capillaire ; et, soit que l'inflammation s'y développe, soit qu'il s'infiltre par imbibition de la sérosité épanchée dans les cloisons qui l'encadrent, il perd de son élasticité et devient à la fois plus dense et plus friable.

Enfin, à une troisième période, les cloisons celluleuses du poumon continuant à augmenter de volume sous l'influence de l'inflammation très active dont elles sont le siége, le tissu lobulaire subit une véritable atrophie ; il se décolore graduellement, et finit par refléter une teinte jaune lavée.

Ces trois degrés de l'inflammation pulmonaire se rencontrent ordinairement dans le même organe, superposés l'un à l'autre à des hauteurs différentes, comme des couches successives d'alluvion.

Le fluxus inflammatoire commençant dans les parties inférieures du poumon, c'est dans ces régions qu'on observe les altérations les plus anciennes, caractérisées par les teintes plus lavées du tissu pulmonaire, et par l'induration plus avancée et l'épaississement plus considérable des cloisons celluleuses.

Au-dessus, se trouve la couche de formation plus récente où le tissu pulmonaire reflète une couleur rouge-brun, et les cloisons celluleuses commencent à éprouver la première condensation inflammatoire.

Enfin les régions supérieures sont occupées par les couches morbides les plus nouvellement formées, où le tissu cellulaire n'est encore qu'infiltré de matière albumineuse, et le tissu pulmonaire que condensé sous la pression périphérique qu'il subit.

Toutefois, ce n'est pas toujours par étages que se superposent ces différentes altérations, indices des progrès incessants de l'inflammation qui les a produites ; quelquefois on les rencontre irrégulièrement juxtaposées l'une à l'autre, et comme mélangées dans la masse de l'organe. Il semble que dans ces cas le fluxus inflammatoire se soit produit à des époques différentes dans des lobules isolés les uns des autres, et qu'ensuite l'inflammation ait progressé périphériquement.

Quand on incise perpendiculairement la masse d'un poumon malade, la surface de sa coupe présente un aspect multicolore des plus étranges. Entre les intersections blanches formées par les cloisons indurées, se dessinent, étroitement encadrés par elles, les polygones irréguliers des coupes des lobules, avec leurs nuances variées, jaunes, brunes ou rouge vif très nettement tranchantes les

unes sur les autres et sur la couleur blanche des cloisons qui les séparent. La substance pulmonaire, ainsi transformée par l'inflammation, a une apparence marbrée très caractéristique.

Le fluxus inflammatoire concentre sur le poumon, dans cette maladie, une telle quantité de liquides, sang, lymphe plastique ou sérosité, que le poids total de l'organe peut être plus que décuplé. On a rencontré des lobes pulmonaires qui pesaient jusqu'à 20 kilogrammes au lieu de 2 à 3, poids normal moyen.

Quant aux altérations des plèvres dans la péripneumonie, elles ne diffèrent de celles de la pleurésie ordinaire que par la quantité, pour ainsi dire, excessive des fausses membranes accumulées à leur surface, et l'abondance du liquide séreux citrin rassemblé dans leurs sacs.

Ces fausses membranes se rencontrent sur toute l'étendue des parois pleurales, où elles déterminent des adhérences des poumons, soit entre eux, soit avec les côtes, soit avec le diaphragme.

Lorsque la péripneumonie s'est caractérisée du vivant de l'animal par des météorisations intermittentes ou continues, on trouve l'œsophage englobé dans une masse de fausses membranes, et les cordons du pneumogastrique qui l'accompagnent baignés et comprimés de partout par de la sérosité concrète.

Telles sont les altérations les plus constantes et les plus caractéristiques de la péripneumonie bovine.

En outre, on rencontre encore : dans les bronches, des fausses membranes canaliculées ; dans les vaisseaux pulmonaires, des caillots fortement condensés, décolorés et adhérents par leur périphérie ; sur la membrane nasale, mais beaucoup plus rarement, une éruption pustuleuse ; sur la muqueuse de l'intestin grêle, une éruption de même nature, encore plus rare.

Le sang aussi est modifié dans sa composition. L'analyse chimique y démontre une notable prédominance de fibrine.

Comme nous n'avons pas l'intention de faire ici une monographie complète de la péripneumonie, nous nous contenterons de signaler ces dernières altérations, sans plus de détails.

Terminaison de la maladie. — La péripneumonie est mortelle, dans les circonstances les plus ordinaires de la pratique, pour le cinquième environ des animaux qu'elle attaque ; les quatre cinquièmes récupèrent la santé au bout d'un temps plus ou moins long, en rapport, du reste, avec l'étendue des lésions dont leurs poumons sont le siége.

Les animaux qui succombent meurent par épuisement et par asphyxie.

La mort est d'autant plus rapide qu'une plus grande étendue de poumon est envahie par l'inflammation dès le début de la maladie. Si au contraire cette inflammation ne progresse, pour ainsi dire, que lobules par lobules, la vie pourra alors se prolonger pendant quinze, vingt, trente, quarante, et même cinquante jours.

La péripneumonie est bien plus certainement et rapidement mortelle quand l'inflammation débute par les plèvres que quand elle commence par le poumon ; lorsqu'elle envahit les deux poumons à la fois que lorsqu'elle n'en occupe qu'un seul ; quand enfin plèvres et poumons sont simultanément attaqués, au lieu de l'être isolément et exclusivement.

Dans les sujets qui résistent à la péripneumonie et qui finissent par récupérer les apparences de la santé, il est rare que les poumons redeviennent complétement perméables à l'air dans toutes les parties que l'inflammation a envahies.

Généralement la résolution ne s'opère que dans celle de ces parties où l'inflammation était à son premier degré, et dont l'altération consistait seulement dans une infiltration œdémateuse des cloisons interlobulaires, et dans la condensation par compression périphérique des lobules pulmonaires.

Mais là où les cloisons se sont épaissies et indurées par l'organisation des liquides épanchés dans leur trame, et où consécutivement la substance des lobules pulmonaires, transformée par l'inflammation, a cessé d'être pénétrable à l'air et au sang comme appareil d'hématose, là l'altération a acquis une telle fixité qu'elle ne disparaît jamais.

Alors la substance du poumon éprouve l'une ou l'autre de ces deux modifications définitives :

Ou bien elle se transforme uniformément en un tissu induré, blanchâtre, criant sous le tranchant du scalpel, dans la masse duquel la structure comme la couleur des lobules disparaît complétement ;

Ou bien, chose remarquable et assez constante à observer, surtout lorsque la pneumonie est parfaitement localisée dans des points isolés du poumon, tout le groupe des lobules qu'elle a envahis, et qui déjà n'est plus perméable à l'air et au sang comme appareil d'hématose, devient complétement impénétrable même au liquide nutritif, par suite de l'oblitération successive de tous les vaisseaux capillaires, et se trouve frappé d'une véritable mortification.

Alors, autour de ce fragment pulmonaire s'établit un travail d'inflammation disjonctive qui a pour résultat de rompre sa continuité entre lui et les parties vives, et de le séquestrer dans une sorte de kyste à parois pseudo-muqueuses, où, bien que désormais il ne participe plus à la vie, cependant il se conserve encore un certain temps avec sa consistance et sa forme extérieure, à la manière d'un tissu momifié, l'influence décomposante de l'air ne pouvant avoir aucune action sur lui, par le fait de l'oblitération complète des canaux aériens qui se continuaient dans sa substance.

Ce fragment pulmonaire ainsi séquestré ne se conserve pas cependant toujours avec les caractères de solidité qu'il présente immédiatement après sa séparation d'avec les tissus vifs.

Macéré dans le liquide mucoso-purulent que sécrètent incessamment les parois du kyste qui le renferment, il finit par se désagréger de sa périphérie vers le centre, et par se fondre en une matière déliquescente qui se dissout insensiblement dans le liquide du kyste, et ne forme plus avec lui qu'une pâte homogène d'une couleur jaune grisâtre, complétement inodore tant que les parois de cette poche restent impénétrables à l'air. A cette période ultime de la maladie, la cavité occupée primitivement par le séquestre pulmonaire constitue une vaste vomique qui le plus ordinairement reste complétement close, et par cela même n'exerce aucune influence nuisible appréciable sur la santé générale, ainsi qu'en témoignent l'état d'embonpoint, les facultés lactifères conservées, et même les aptitudes au travail musculaire des animaux dans les poumons desquels ces cavités purulentes se rencontrent presque constamment, après une attaque un peu grave de péripneumonie.

La présence de ces vomiques ne devient généralement nuisible que lorsque, par exception, elles se mettent en communication avec les bronches et versent au dehors la matière accumulée dans leur intérieur. Alors surviennent des complications graves, le plus ordinairement mortelles, conséquences de la décomposition putride des liquides qu'elles renferment, et de l'infection septique qui en résulte.

Telles sont les deux altérations principales que la péripneumonie laisse presque constamment après elle. On voit par cet exposé que ce que l'on appelle, dans la pratique, la guérison de cette maladie n'est, à proprement parler, qu'un retour à la santé et à toutes les aptitudes fonctionnelles qu'elle implique, malgré la permanence irrémédiable d'une lésion pulmonaire souvent très étendue.

Dans tout autre organisme que celui du bœuf, cette lésion pourrait avoir une extrême gravité ; mais dans cet animal elle est compatible avec l'exercice régulier de toutes les fonctions, parce que, d'une part, elle demeure le plus souvent complétement isolée des parties saines du poumon par la barrière infranchissable que lui oppose en se condensant le tissu cellulaire si abondamment développé de cet organe, et que, d'autre part, le mode d'utilisation des animaux de l'espèce bovine ne nécessite presque jamais, même pour les bêtes de travail, qui ne se meuvent d'ordinaire qu'au pas très lent, une très grande activité de l'appareil respiratoire.

H. Bouley,
Professeur de clinique à l'École impériale d'Alfort.

(*La suite à un prochain numéro.*)

IV.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Je vois dans la Gazette hebdomadaire du 27 janvier 1854 une communication signée *John G. Adams*. Son objet est la description d'un instrument pour cautériser l'intérieur du larynx. Cet instrument est simplement une éponge œsophagienne, dont on fait usage depuis longtemps en cette ville ; la seule modification que l'on revendique consiste en ce que cette éponge est renfermée dans une sorte de forceps, au lieu d'être attachée à demeure par un fil de soie. Pour être juste, je dois dire qu'une éponge œsophagienne, à tous égards identique à celle décrite par M. le docteur Adams, a été imaginée par M. le docteur Richards, aide de science du docteur Green, et qu'elle est en usage à New-York depuis 1849.

M. Adams affirme que le docteur *David* Green a le premier employé l'instrument pour porter une solution de nitrate d'argent dans le *larynx*, le pharynx et l'œsophage. Or le docteur *Horace* Green a pratiqué en premier lieu cette opération au mois de novembre 1838 ; et ce n'est que plusieurs années après que le docteur David Green a vu pour la première fois, chez son homonyme, introduire une éponge œsophagienne dans l'intérieur du larynx.

« M. Horace Green, de New-York, dit M. Adams, *soutient*, dans l'introduction de son ouvrage sur la bronchite, qu'en 1841, deux ans avant la publication de la traduction en anglais de l'ouvrage de MM. Trousseau et Belloc, il avait l'habitude d'appliquer la cautérisation au larynx. Je dirai à ce sujet que les travaux de MM. Trousseau et Belloc étaient antérieurement connus en Amérique, où M. le professeur Smith en avait parlé, dès 1828, dans ses leçons à l'Université de New-York. »

M. Adams ne s'est pas souvenu du procès-verbal de la *Société de médecine et de chirurgie de New-York* (séance du 19 septembre 1840), où on lit, *écrite de sa propre main*, la phrase suivante : « Il (M. Horace Green) a dernièrement employé avec avantage une forte solution de nitrate d'argent, de 10 à 30 grains par once d'eau, introduite dans la glotte au moyen de l'éponge œsophagienne. » Et quant à cette assertion que M. Smith avait parlé dès 1828, dans ses leçons à l'Université, des *travaux* de MM. Trousseau et Belloc, je rappellerai seulement que le *Traité* de ces auteurs, qui seul peut faire foi en cette matière, n'a paru que plusieurs années après. M. Horace Green d'ailleurs, dès la première édition de son ouvrage intitulé : *On diseases of the air passages*, a reconnu que MM. Trousseau et Belloc ont les premiers employé des topiques pour la guérison des maladies chroniques du larynx.

Agréez, etc. B. Fordyce Barker,

Professeur d'accouchement au Collége médical de New-York.

New-York, le 17 mars 1854.

Note de la rédaction. — Après les explications données tour à tour par MM. Adams et Fordyce Barker, sur une simple question de priorité, il nous paraît qu'il n'y aurait aucun avantage à prolonger cette polémique. Nous engageons donc nos honorables confrères de New-York à laisser dorénavant le public décider entre les prétentions qu'ils se sont chargés de soutenir sans y être personnellement intéressés.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Organogénie végétale. — M. *J. Gay* lit un premier Mémoire sur l'organographie de la famille des *Potamées*, dans lequel il a exposé le résultat de ses études sur les genres *Potamogeton*, *Spirillus* et *Groenlandia*. (*Renvoi à l'examen de la section de botanique*.)

Physiologie végétale. — *Absorption de l'azote de l'air par les plantes*, par M. *G. Ville*. — M. Ville avait soumis l'année dernière au jugement de l'Académie le résultat d'une suite non interrompue d'expériences commencées en 1849 et terminées en 1852. Ces recherches avaient principalement pour objet de remonter à l'origine de l'azote que les plantes tirent de l'atmosphère, et de déterminer la forme sous laquelle cet azote est absorbé. M. Ville était arrivé à cette conclusion que l'ammoniaque de l'air ne rend pas compte de l'azote que les plantes empruntent à l'atmosphère et que l'azote de l'air peut servir à la nutrition des plantes. Dans la séance du 29 mars, M. *Boussingault* a donné communication d'un travail dont les conclusions sont en opposition avec ces résultats. M. Ville vient aujourd'hui soutenir l'opinion qu'il a émise et discuter les preuves que M. Boussingault invoque à l'appui de sa manière de voir. Les savants qui font remonter à l'ammoniaque de l'air l'origine de l'azote des végétaux accordent à la pluie un rôle considérable dans le phénomène. Ils admettent que la pluie condense, sous un faible volume, les traces d'ammoniaque qui sont répandues dans l'air, et amène à la plante, sous une forme réduite, l'azote qu'elle doit absorber. M. Ville maintient que l'eau de pluie ne contient pas assez d'ammoniaque pour rendre compte de l'azote excédant que certaines récoltes renferment sur l'azote du fumier qui a servi à les produire. Et, si l'on ajoute même à l'azote de l'ammoniaque celui qui provient des nitrates de l'eau de pluie, la totalité de cet azote ne représentera pas, à beaucoup près, la quantité absorbée par les plantes. Dans les premières expériences de M. Boussingault sur l'absorption de l'azote pendant la végétation, du trèfle et des pois cultivés dans un pavillon où ces plantes étaient par conséquent à l'abri de la pluie, à l'abri des brouillards, et ne recevaient pas de nitrate, ont cependant absorbé de l'azote. De l'aveu de M. Boussingault lui-même, les poussières n'ont pas eu d'influence sur la végétation. Une expérimentation faite dans de pareilles conditions réfute suffisamment, d'après M. Ville, les arguments qu'on pourrait tirer de l'influence de l'ammoniaque de la pluie, des brouillards, de la rosée, des nitrates, etc. D'autre part, M. Ville s'est assuré par des expériences précises qu'une certaine étendue de terre arrosée avec de l'eau distillée donne une aussi abondante récolte qu'une même surface arrosée avec de l'eau de pluie. Enfin du blé, cultivé dans la même terre, bien qu'enfermé dans une cloche, dont on renouvelait l'air plusieurs fois par jour, après l'avoir dépouillé de toutes les poussières qu'il tenait en suspension, a produit autant de graines que celui cultivé en plein air et le double de paille. Les faits d'un autre ordre, confirmatifs des premiers, semblent d'ailleurs, d'après M. Ville, ne laisser aucun doute sur le rôle secondaire que les matières azotées de la pluie jouent dans la nutrition des plantes. Une expérience de M. Boussingault démontre que la neige contient plus d'ammoniaque lorsqu'elle a séjourné plusieurs heures sur la terre qu'au moment de sa chute et tend ainsi à prouver qu'une partie de l'azote du fumier est perdue pour la culture et se dégage dans l'air à l'état d'ammoniaque ; il en résulte que la surface en culture absorbe en réalité plus d'azote qu'on ne l'a prétendu ; et si l'ammoniaque amenée par l'eau de pluie n'est qu'une fraction de l'ammoniaque que la terre a perdue, il est évident que, dans aucun cas, l'azote absorbé par la culture ne peut venir de l'ammoniaque de la pluie. M. Ville demeure intimement convaincu qu'une étude approfondie de la production des plantes met hors de doute que l'air fournit à celles-ci beaucoup plus d'azote qu'on ne l'a pensé jusqu'à présent. (*Comm.* : MM. Chevreul, Boussingault, Regnault, Payen et Peligot.)

Présentation de candidats. — La commission chargée de présenter une liste de candidats pour la place d'associé étranger, vacante par suite du décès de M. *Léopold de Buch*, présente la liste suivante : en première ligne, M. *Dirichlet*, à Berlin ; en deuxième ligne et par ordre alphabétique : MM. *Airy*, à Greenwich ; *Ehrenberg*, à Berlin ; *Liebig*, à Giessen ; *Melloni*, à Naples ; *Müller*, à Berlin ; *Murchison*, à Londres ; *Owen*, à Londres ; *Plana*, à Turin ; *Struve*, à Pulkowa.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 18 AVRIL 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet les trois pièces suivantes : *a.* Exemplaire d'un ouvrage qui contient une série de rapports faits au Collége royal des médecins, de Londres, sur la dernière épidémie de choléra. *b.* Formule d'une pommade contre les dartres, par le sieur *Plichon*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) *c.* Formule d'une pâte pectorale de la composition du sieur Moire, pharmacien à Yvetot. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. M. le docteur *Michéa* a lu devant l'Académie de médecine, il y a environ six mois, un mémoire *sur la combinaison de l'acide valérianique avec l'atropine, et sur l'application de ce nouvel agent à la thérapeutique*. Le travail de M. Michéa a été soumis à une commission. L'Académie ne s'est pas encore prononcée ; et cependant un pharmacien de Paris,

M. *Garnier*, vient d'annoncer, dans des prospectus, qu'il livrait au commerce le nouveau sel atropique. M. Michéa prie le président de l'Académie de vouloir bien faire connaître à la savante compagnie qu'il n'a aucune relation avec M. Garnier, et qu'il est directement et indirectement étranger à toute publication donnée à la vente du valérianate d'atropine. (*Comm.* : MM. Lecanu, Baillarger, Jolly.)

3. M. *Ch. Fermond*, pharmacien en chef de la Salpêtrière, présente un mémoire *sur l'hirudoculture*, envisagée au point de vue de l'hygiène et de la salubrité publiques.

4. M. le docteur *Leroy* (d'Étiolles) adresse les deux notes suivantes : *a.* Note sur un petit compas d'épaisseur destiné à mesurer les sondes et les bougies, et en général les instruments de chirurgie dont il est utile de connaître le volume. Ce petit appareil a sur les filières l'avantage de donner les différents diamètres des tiges non cylindriques, et de permettre de mesurer les sondes lorsqu'elles sont introduites. *b. Nouvelle série de faits relatifs aux avantages des bougies tortillées et crochues, dans le cas de rétrécissements infranchissables par le cathétérisme avec toute autre forme de sonde.* (*Commission d'Argenteuil.*)

Lectures et Mémoires.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DES DENTS. — M. *Dubois*, d'Amiens, lit au nom de M. *Oudet* la première partie d'un mémoire intitulé : *Considérations générales sur l'anatomie et la physiologie des dents.*

TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES. — M. *Valleix* donne lecture de la deuxième partie de son mémoire sur le traitement des déviations utérines. — Le traitement des déviations utérines ne doit être entrepris que lorsque l'état des malades réclame une intervention active de la part du médecin. Il est certain que des femmes (en nombre moins grand toutefois qu'on ne l'a avancé) n'éprouvent que de faibles inconvénients de déviations utérines assez prononcées, ou même n'en éprouvent pas du tout. En pareil cas, la conduite du médecin est toute tracée : il ne doit entreprendre aucun traitement direct, ou n'en venir aux moyens qui le constituent que lorsque, par une cause quelconque, des symptômes bien prononcés viennent à se manifester. M. Valleix s'élève avec force contre l'opinion des médecins qui ont regardé comme insignifiantes les déviations de l'utérus ; il n'admet pas qu'on puisse dire, avec M. Cruveilhier, que l'utérus n'a pas d'axe. Les symptômes observés par M. Valleix dans les cas de déviations utérines sont les suivants. Une douleur spontanée, toujours très incommode, s'exaspérant souvent, quelquefois devenant très violente, et qui ne manque presque jamais. Cette douleur s'augmente par la marche et la station verticale. Le toucher la développe à un haut degré sur plus des deux tiers des femmes. Le palper abdominal produit le même effet toutes les fois que l'utérus, en antéversion, est assez volumineux pour être facilement senti à travers les parois de l'abdomen. D'autres symptômes très importants sont causés par la pression exercée par l'organe dévié sur les organes voisins. Il faut noter aussi des troubles digestifs variés et persistants, un état d'hystérisme très prononcé, la faiblesse, le dépérissement, l'anémie, l'amaigrissement, la pâleur de la face, la flaccidité des chairs, dans tous les cas, sans exception, où les symptômes précédents avaient acquis une assez grande violence. Ajoutez à cela le trouble habituel des menstrues, des métrorrhagies fréquentes, rarement la suppression des règles, une leucorrhée habituelle chez toutes les malades sans exception, des névralgies abdominales et intercostales chez un grand nombre. — M. Valleix cite quelques observations où l'emploi du redresseur a été suivi d'un succès rapide et complet, dans des cas où les malades souffraient depuis plusieurs années d'intolérables douleurs, et où la santé générale était gravement compromise, par suite de déviations utérines de nature diverse. Il rapproche de ces faits quelques observations remarquables qui lui ont été fournies par MM. *Maunoir*, de Genève, *Lediberder*, de Lorient, et *Caradec*, de Brest. Tous ces faits démontrent que, dans la grande majorité des cas qui s'offrent aux médecins, l'état des malades est réellement grave, souvent insupportable ; qu'une fois produit cet état a la plus grande tendance à s'aggraver, et qu'il réclame impérieusement les secours de l'art. On a dit : « Ce n'est pas la direction vicieuse de l'utérus qui produit tous ces accidents, c'est son augmentation de volume ; c'est, en d'autres termes, l'engorgement dont il est le siége. Faites disparaître cet engorgement et les accidents disparaîtront. » Cette proposition n'est pas exacte, d'après M. Valleix ; car le plus souvent, au moment même où l'on fait cesser la déviation, tous les accidents disparaissent, et, d'un autre côté, si l'on parvient à maintenir la matrice en place, les malades recouvrent aussitôt une santé parfaite, bien que cet organe soit encore volumineux et situé très bas ; les accidents se reproduisent immédiatement si la matrice se renverse de nouveau. — M. Valleix remarque que la position indifférente de la matrice dans le bassin a principalement été trouvée sur le cadavre, et que cela ne prouve nullement qu'il en doive être de même sur le vivant. Pendant la vie, en effet, l'organe est maintenu dans la position normale que lui ont reconnue les anatomistes et les accoucheurs, par des forces opposées qui n'existent plus après la mort, et on ne le trouve déplacé que si une de ces forces est vaincue, ou s'il existe un vice congénital.

Il n'en est pas moins vrai que l'augmentation de volume de l'utérus joue un assez grand rôle dans la production des accidents, parce que, en cet état, l'organe gêne beaucoup plus complétement les fonctions des organes voisins, et l'on conçoit qu'on ait regardé, à ce point de vue, la réduction au volume normal comme le seul but à atteindre. Mais, un utérus de volume normal peut très bien produire des accidents considérables, s'il est complétement renversé. En second lieu, il est de la dernière évidence que cette augmentation de volume est presque toujours au-dessus des ressources de l'art, tant que l'utérus reste dévié. Ce qui a pu induire en erreur, c'est que dans les déviations récentes, et surtout dans celles qui surviennent après l'accouchement ou l'avortement, il y a parfois une inflammation aiguë qui cède assez facilement aux moyens ordinaires, de telle sorte que la matrice, reprenant son volume normal, peut se replacer dans sa position naturelle. Mais ces cas sont les plus rares ; l'exception a été prise pour la règle. Une autre objection s'est produite : on a dit que le redressement de l'utérus ne pouvait pas procurer de guérison radicale, que tout au plus on pouvait en attendre une amélioration passagère de l'état des malades, et que l'organe essentiellement mobile devait tôt ou tard se dévier de nouveau. A cela M. Valleix répond par des faits. Sur 117 cas de déviations utérines qu'il a réunis, 108 ont été traités par le redresseur intra-utérin, et 78 guérisons définitives ont été obtenues, dont 56 datent de plus d'un an. Dans 9 cas, le redresseur extra-utérin, combiné avec le redressement par la sonde, a été uniquement employé, et il y a eu 7 guérisons. Dans ces cas le redressement préalable par la sonde a été nécessaire. M. Valleix voit de loin en loin des malades chez lesquelles la guérison se maintient parfaitement depuis plusieurs années. M. le professeur Mayer (de Berlin), M. Rachaud, M. Gaussail, M. Broussonnet, M. Maunoir, M. Lediberber, M. Caradec, sont arrivés à des résultats tout aussi satisfaisants. En ne tenant compte que des guérisons définitives obtenues par les médecins qui viennent d'être cités, on trouve 42 cas de guérison sur 62, et en réunissant ces chiffres à ceux de M. Valleix, 129 guérisons sur 180 cas. La plupart des malades non guéries ont éprouvé une amélioration notable. Quelque concluants que soient ces résultats, il n'en est pas moins vrai qu'un certain nombre de cas de déviations utérines restent rebelles, et que, dans d'autres, il y a des rechutes plus ou moins faciles ; or, c'est là ce qui a induit en erreur des hommes très habiles et très consciencieux. Il est nécessaire, pour porter un jugement stable, de considérer les faits dans leur ensemble. Il ne faut pas s'emparer, contre le traitement des déviations utérines en général, d'objections tirées de l'incurabilité de certaines déviations utérines, telles que celles qui se compliquent de tumeurs fibreuses, d'adhérences, d'atrophie des parois de l'utérus. Encore, dans les déviations qui se compliquent de tumeurs fibreuses, M. Simpson et M. Valleix ont-ils constaté quelquefois une notable amélioration.

Après avoir démontré l'efficacité réelle du traitement qu'il a adopté, M. Valleix s'attache à prouver qu'il n'en existe pas d'autres qui, tout en présentant une efficacité aussi grande, ou plus grande encore, soit exempte de tout danger.

M. Valleix termine son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Les observations lues devant l'Académie ne sont pas des exemples d'accidents causés par la sonde utérine ou par le redresseur intra-utérin. 2° Toutefois, des accidents peuvent être produits dans un petit nombre de cas, mais ils sont presque toujours sans importance. 3° Tout porte à croire qu'un bon nombre d'entre eux est dû à l'imperfection primitive des moyens employés, ou à l'inexpérience que nous apportons d'abord dans la manière de diriger un traitement nouveau, inexpérience que l'observation et le temps atténuent chaque jour. 4° Les déviations utérines peuvent produire par elles-mêmes des symptômes très graves. L'augmentation du volume de l'organe rend presque infaillible la manifestation de ces symptômes, dont elle augmente la gravité. 5° Le traitement des déviations utérines par le redresseur intra-utérin a procuré une guérison radicale dans près des trois quarts des cas. 6° Il n'a pas encore été démontré par une analyse exacte de tous les faits observés qu'il y ait un traitement applicable, comme lui, à tous les cas, aussi efficace et exempt de tout danger. 7° Dans les déviations en arrière, on peut employer avec avantage le pessaire de caoutchouc à réservoir d'air, à la condition d'opérer préalablement le redressement de l'organe à l'aide de la sonde utérine. (*Commission nommée*, M. Depaul, rapporteur.)

DE L'ACTION DU PERCHLORURE DE FER. — M. *Giraldès* lit, en son nom et au nom de M. *Goubaux*, un mémoire sur les résultats des expériences faites à Alfort sur l'action du perchlorure de fer. (*Voir aux travaux originaux.*)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Superfétation. Grossesse gémellaire. Naissance d'un deuxième enfant cinquante-deux jours après le premier, par le docteur Thiemann.

Les faits du genre de celui que nous empruntons à la littérature médicale russe, sont encore assez rares dans la science. Il est surtout exceptionnel de voir l'accouchement se terminer par la naissance d'enfants vivants. La meilleure explication d'un fait du genre de celui que nous transcrivons ici, nous semble résider dans l'existence d'un utérus double bicorne, dans laquelle chacun des fœtus avait pu se développer isolément. Voici le fait du docteur Thielmann.

Obs. — Une femme de vingt-cinq ans accoucha, le 27 mars 1853, d'un enfant bien développé ; au bout de quatre jours, encore un peu souffrante, elle put reprendre ses occupations. Les lochies furent peu abondantes et ne durèrent que quelques heures. Cette femme continua néanmoins à ressentir des mouvements analogues à ceux d'un enfant dans le côté gauche du ventre ; la sécrétion laiteuse était peu abondante, insuffisante pour la nourriture de l'enfant nouveau-né ; aussi la mère fut-elle obligée d'avoir recours à l'allaitement artificiel. Depuis l'expulsion du fœtus, le ventre n'avait diminué de volume que dans sa moitié droite. Cinquante-deux jours après le premier accouchement, cette femme donne naissance à une deuxième fille moins développée et plus faible que le premier enfant. Le placenta, spontanément expulsé au bout d'une heure et demie, était plus petit et plus mince que le premier placenta. Les lochies coulèrent cette fois avec plus d'abondance, durèrent trois semaines; la sécrétion laiteuse se développa et put suffire à l'alimentation des deux enfants. Le premier enfant pesait 12 livres et demie, et le deuxième 10 livres et demie. (*Med. Zeit. Russland's*, n° 50, 1850 ; et *Allgemeine medic. Centr. Zeit.* ; 18 mars 1854.)

Corne développée sur le gland, par M. Jewett.

Après les faits semblables rapportés par Caldani, Ebers, Breschet, ce cas ne peut offrir d'intérêt qu'en raison des circonstances au milieu desquelles la production morbide s'est développée. Le sujet, jeune homme de vingt-deux ans, avait été opéré en 1846, d'un phimosis congénial. Trois mois après, il lui était revenu des végétations sur la cicatrice de l'incision. On les excisa ; mais elles repullulèrent au bout de deux ans. Nouvelle excision. Aussitôt après, une petite tumeur se forma à côté de la cicatrice, sur la partie gauche du gland. Elle augmenta peu à peu de volume. En quelques mois elle avait pris 3 pouces et un quart de longueur, mesurant trois quarts de pouce de diamètre à sa base, et se terminant en pointe. Brune, lamellée, elle avait l'aspect de la corne et en répandait aussi l'odeur, lorsque le malade (ce dont il s'avisait souvent pour amuser ses camarades) en faisait brûler l'extrémité. Elle ne causait aucune douleur, mais gênait seulement les fonctions. On l'en débarrassa, en comprenant dans l'excision une partie du gland. Aujourd'hui, quatre ans après l'opération, il n'y a pas eu de récidive.

L'origine de cette production éclaire le mécanisme de sa formation. C'est évidemment dans une perversion de la sécrétion épidermique qu'il en faut chercher la source ; et cette même cause, après avoir produit les végétations, a bien pu, à un degré d'action plus prononcé, déterminer le développement du tissu corné. (*New-York Medical Times*, décembre 1853, p. 79.)

Recherches nouvelles sur la nature des affections blennorrhagiques, par M. Thiry.

La blennorrhagie syphilitique ne compte plus guère aujourd'hui de médecins qui croient à son existence, à moins que l'on ne consente à appeler de ce nom celle dont l'écoulement dépend d'un chancre caché, urétral ou utérin, par exemple. M. Thiry, au contraire, admet plusieurs espèces de blennorrhagies syphilitiques ; et l'une d'elles nous semble, en effet, très réelle ; c'est celle qu'il dit être provoquée et entretenue par des *syphilides muqueuses*. Le vagin, le plus souvent, et parfois l'urètre, présentent de ces lésions, comparables aux syphilides cutanées, comme elles causées par un principe constitutionnel. On voit cet effet provenir de la présence de tubercules muqueux. M. Thiry a aussi constaté, dans un cas de ce genre, sur la surface du vagin, une foule de petites plaques arrondies, à circonférence élevée, à centre affaissé, avec coloration rouge sombre, et perte du poli habituel aux muqueuses. La peau, chez cette femme, offrait une éruption maculée, ayant avec celle-ci une analogie complète. Un traitement mercuriel, secondé par des bains et quelques soins hygiéniques, opéra la guérison.

Mais, indépendamment de cette forme très acceptable, indépendamment des autres écoulements produits par des végétations ou des indurations siégeant sur les muqueuses, M. Thiry admet une blennorrhagie produite, sans cause locale appréciable, par l'influence directe de la diathèse syphilitique constitutionnelle : « Émanation immédiate de la cachexie vérolique, dit-il, cet écoulement, qui peut atteindre l'urètre, le vagin, le rectum ou la conjonctive, ne correspond à aucune lésion anatomique de ces muqueuses ; car, si on les explore minutieusement, on ne trouve rien, absolument rien. La syphilis n'a donc porté son action perturbatrice que sur la fonction sécrétoire de ces muqueuses. »

Cette affirmation si explicite embarrasserait singulièrement la critique, si celle-ci ne se rappelait, avant les ménagements dus aux personnes, les devoirs que lui impose sa mission. Malgré notre estime profonde pour le très savant chirurgien de Saint-Pierre, nous ne pouvons donc, au sujet de sa description, dire qu'une chose, c'est que rien de semblable n'a jamais été observé par nous, malgré toute l'attention que nous y avons apportée. (*Presse médicale belge*, 12 février 1854, p. 61.)

De la sciatique et de son traitement par l'huile de croton, par M. Hancock.

Ce titre, s'il n'était immédiatement expliqué, pourrait occasionner une double méprise. D'abord, ce n'est pas localement sur la peau, comme révulsif, que M. Hancock veut appliquer l'huile de croton. En second lieu, en l'administrant à l'intérieur, il ne lui attribue point une vertu spécifique, il ne prétend pas qu'aucun médicament ne puisse remplacer celui-ci. Non, à ses yeux, il n'a de pouvoir curatif que par la purgation qu'il opère ; car, pour lui, la sciatique résulte le plus souvent de la compression que les matières retenues dans le cœcum ou le colon exercent sur le nerf sciatique, à l'intérieur du bassin. Les évacuer par un vigoureux cathartique, est donc, dans le traitement de la sciatique, l'indication capitale ; et l'huile de croton, on le sait, est l'une des drogues le plus en mesure d'y satisfaire énergiquement.

Malgré la physionomie paradoxale de cette proposition, il ne faudra point oublier, quand on la voudra juger, d'abord que l'auteur ne croit point y trouver l'explication de toutes, mais seulement de beaucoup de sciatiques ; en second lieu, qu'il l'appuie sur un grand nombre de faits, dont cinq, avec des circonstances assez probantes, sont consignés dans son mémoire. (*The Lancet*, 4 mars 1845, p. 241.)

De la cure des anévrysmes par l'injection d'acétate de fer.

Quelque probants qu'ils puissent paraître, par le résultat brut, en faveur du nouvel agent hémoplastique, les deux faits récemment publiés en Italie manquent cependant de trop de détails pour qu'on puisse les accepter comme démonstration suffisante. Il est douteux que, dans le premier cas, il y eût autre chose qu'une tumeur érectile ; et, quant au second, l'anévrysme, si c'en était réellement un, est, comme on le sait, si facile à guérir dans cette région, que le succès, quoique digne d'être honorablement mentionné, n'a pas, à beaucoup près, la même valeur que s'il avait été obtenu dans une tumeur dépendant d'un vaisseau plus volumineux et plus profond.

Obs. 1. — Maria Gelmi, âgée de vingt-deux ans, a depuis longtemps dans la joue gauche une tumeur molle, fluctuante, ovoïde, du volume d'une grosse noix. On s'est assuré, dit M. Lussana, de

sa nature anévrysmale, en y faisant une ponction très étroite qui donna issue à un fort jet de sang rutilant. En janvier 1854, M. Lussana fit avec une lancette, sur la partie buccale de la tumeur, une piqûre large de 3 millimètres, par où sortit du sang rutilant, artériel. Aussitôt il y injecta 8 à 10 gouttes d'*acétate ferrique pur;* puis, ayant retiré la seringue, tint le doigt appliqué une minute sur l'ouverture. Il ne s'écoula plus de sang. La tumeur devint, en moins d'une minute, solide et dure et un peu plus grosse. La malade n'avait souffert qu'au moment de la piqûre. Il ne survint pas d'inflammation. La tumeur resta dure, ne s'entoura que d'un peu d'œdème qui se dissipa en une semaine. Elle alla ensuite en diminuant. Au bout de dix jours, une ponction exploratrice, faite dans son épaisseur, rencontra une résistance considérable et ne fournit point de sang. Le 8 février, elle n'avait plus que le volume d'une aveline et paraissait à peine. (*Gazzetta medica italiana*, *Toscana*, 7 mars 1854, p. 77.)

Obs. 2. — Antonio Golpi portait, vers l'angle externe de l'œil, sur le trajet de l'artère temporale, une tumeur élastique, légèrement pulsatile, sans changement de couleur à la peau, de 4 centimètres de diamètre vertical et de 5 centimètres de diamètre transversal. L'ayant piquée avec un trocart fin, M. Pavesi en vit sortir un jet de sang rutilant, très fluide. Il introduisit dans la piqûre le bout d'une petite seringue de Charrière, injecta 14 gouttes d'*une solution très pure d'acétate de fer*, retira l'instrument, et tint le doigt appliqué dix minutes sur l'ouverture. La tumeur, explorée au bout de ce temps, était devenue entièrement solide. Le patient n'éprouva de douleur que par le fait de la ponction. L'opération avait été faite le 15 janvier 1854. M. Pavesi a revu cinq fois son malade jusqu'au 28 février. La réduction du volume de la tumeur a été graduelle. A la dernière époque mentionnée, elle n'offrait plus que le sixième de sa grosseur primitive. (*Gazzetta medica italiana*, *Lombardia*, 13 mars 1854, p. 98.)

Coup de soleil; accidents auxquels il donne lieu, par le docteur J.-B.-S. Jackson.

La chaleur des rayons solaires est rarement assez élevée pour donner lieu en France, chez les hommes exposés à son influence, à des accidents graves. Cependant MM. Andral, Barth, etc., ont cité des exemples de cette affection singulière qu'on a nommée *coup de soleil*, maladie grave bien connue dans les pays tropicaux et qui peut causer la mort en peu de temps. Mais ce qu'il y a de remarquable c'est la variété des accidents généraux produits par l'influence de la chaleur solaire. L'observation du docteur Jackson, communiquée à la Société de Boston, et les faits semblables cités par d'autres membres de la même compagnie peuvent servir à mettre en lumière ce point de pathologie. Le malade du docteur Jackson était un Irlandais âgé de vingt-cinq ans; apporté à l'hôpital, le malade fut trouvé dans un état comateux profond, sans aucune connaissance; sa peau était chaude, ses pupilles dilatées, le pouls plein à 120. On apprit que cet homme avait été atteint brusquement de perte de connaissance, pendant qu'il travaillait exposé au soleil, environ une demi-heure avant d'avoir été apporté à l'hôpital; pendant ce temps il avait un peu déliré. Le traitement consista en applications de glace sur la tête, applications chaudes aux pieds et deux gouttes d'huile de croton. Le malade eut des évacuations alvines et ne tarda pas à reprendre connaissance. Le lendemain, un nouveau purgatif, composé de sulfate de magnésie et de séné fut donné, et le malade quittait l'hôpital guéri au bout de trois jours.

Le docteur Cabot fit remarquer que, dans un des hôpitaux de New-York, on avait eu recours avec avantage contre ces accidents aux médicaments excitants et aux bains chauds.

Le docteur Strong croit que ces accidents peuvent se montrer sous deux formes différentes : dans l'une, il existe une prostration marquée, à début brusque, la peau est froide, le pouls lent. Cet état est suivi bientôt d'une réaction vive marquée par la chaleur de la peau, la plénitude du pouls. Le malade tombe dans le coma et meurt s'il n'est pas secouru. D'autres fois le malade ressemble à un homme ivre, ou à un sujet qui aurait reçu un coup sur la tête.

Le docteur Coale cite plusieurs faits dans lesquels la maladie débuta brusquement. Le docteur Morland rapporte l'histoire d'un malade chez lequel le traitement tonique amena rapidement la disparition des accidents. (*Records of the Boston Soc. for Medic. Imp.—American Journal of the Medic. Scienc.*, janv. 1854, p. 79.)

Abcès du cerveau; symptômes latents, par le docteur S.-C. Forster.

On a signalé depuis longtemps dans la science la différence des symptômes généraux occasionnés par l'inflammation des enveloppes du cerveau et par les collections purulentes localisées dans une partie de la pulpe cérébrale.

Ces abcès intracérébraux se développent et s'accroissent sans avertir le malade du danger qui le menace, et ce n'est souvent que lorsqu'ils ont acquis un volume considérable que les abcès du cerveau donnent lieu à des accidents généraux souvent fort graves. L'observation du docteur Forster est un exemple remarquable de cette marche latente des abcès intracérébraux.

Un homme de soixante-sept ans, habituellement d'une bonne santé, occupé d'affaires commerciales sérieuses, était atteint depuis quelque temps, sans cause connue, fréquemment de vomissements; à ce symptôme s'était joint depuis peu une légère céphalalgie et une douleur peu intense dans une oreille. Ces accidents se prolongèrent pendant quelque temps sans être, du reste, assez incommodes pour empêcher ce monsieur de se livrer à ses occupations habituelles. Un accès convulsif se manifesta tout à coup un jour; il dura environ un quart d'heure, fut suivi d'un état comateux de deux heures de durée, puis d'un deuxième, et enfin d'un troisième accès convulsif. Le malade vomit ensuite et parut en éprouver un soulagement marqué. Pendant les deux semaines qui suivirent ces convulsions, cet homme ne présenta aucun phénomène morbide, excepté un léger affaiblissement de la mémoire. A cette époque, il accusa un sentiment de pesanteur générale; un nouvel accès convulsif suivi d'un état comateux se manifesta et se termina au bout de trois jours par la mort. A l'autopsie on trouva dans le lobe moyen de l'hémisphère droit un abcès enkysté du volume d'un œuf de poule; l'arachnoïde était légèrement épaissie. (*New-York Medical Association, — New-York Medical Times*, 1853, vol. III, n° 1, p. 17.)

Traitement du tétanos des enfants par la teinture de haschisch, par les docteurs P.-C. Gaillard et H.-W. Saussure.

Le tétanos ou le trismus des enfants nouveau-nés est, en raison sans doute de son peu de fréquence dans notre climat, assez mal connu en Europe, cependant les mémoires des auteurs français, de MM. Thore, Thierry, etc., prouvent qu'on l'observe également en France. MM. Gaillard et de Saussure nous ont fait connaître récemment deux faits de tétanos chez l'enfant guéri par la teinture de haschisch. Sans vouloir agiter la question de l'influence sur la production de la maladie de la séparation du cordon ombilical, et de l'oblitération des artères, nous devons dire que chez l'un des enfants le cordon était tombé et la cicatrice complète avant le début du trismus; chez l'autre enfant, la plaie du nombril n'était pas cicatrisée, mais elle offrait un bon aspect. La peau des deux petits malades ne présentait pas, comme on l'a quelquefois indiqué, les lésions du sclérème. Les symptômes principaux étaient le trismus des mâchoires, la convulsion des muscles de la face et même des membres chez l'un des malades. Le traitement employé dans les deux cas consiste dans l'emploi de la teinture de haschisch unie à l'eau camphrée, au sirop de cerises dans l'autre, et donné à doses croissantes. Une cuillerée à café toutes les deux heures, puis toutes les heures, et enfin chaque demi-heure du mélange suivant : teinture de haschisch, 8 grammes, et eau camphrée, 60 grammes.

M. de Saussure a porté sans inconvénient la dose jusqu'à 15 grammes de teinture dans les vingt-quatre heures. L'amélioration se produisit lentement dans les deux cas; la guérison fut complète. (*Charleston Medical Journal*, nov. 1853, — *American Journal of the Medical Sciences*, janv. 1854, p. 279.)

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques de médecine mentale, par M. FALRET, médecin des aliénées de la Salpêtrière. — Chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

La faculté de médecine possédait autrefois une chaire de pathologie mentale. Pourquoi fut-elle, au décès du titulaire, rayée du programme? C'est ce que nous ne voulons pas examiner ici. On me permettra, du moins, d'exprimer le regret d'une suppression fâcheuse à plusieurs titres.

Sans contredit, les fonctions intellectuelles et morales occupent dans la hiérarchie le premier rang. Par leur nature, leurs rapports, l'influence qu'elles exercent sur l'ensemble des actions vitales, elles ont surtout des relations si directes avec le maintien de la santé, le développement et la solution des maladies, qu'en réalité c'est n'être qu'à demi médecin de demeurer étranger à une étude qui, en dehors des applications médicales, ajoute à l'utilité et au relief de la profession. Les anomalies mentales sont, d'ailleurs, graves et nombreuses, et trop souvent on est en droit de déplorer l'insuffisance des praticiens les plus distingués en face de cas difficultueux, comme traitement ou comme appréciation judiciaire. Ajoutons que les insensés sont séquestrés dans des asiles éloignés, ce qui en écarte la majeure partie des élèves.

Tous les aliénistes ont été frappés de cette lacune dans l'enseignement médical; quelques uns ont essayé d'y remédier: Pinel et Esquirol par des leçons très suivies, mais malheureusement accidentelles, et notamment M. Ferrus par l'initiative d'un cours méthodique et régulier. On sait la foule d'auditeurs qui, malgré la distance, accouraient à Bicêtre pour recueillir l'élégante et persuasive parole du docte professeur. Les résumés, publiés dans un journal de l'époque, donnent une idée de la manière sévère dont était envisagée la folie dans son essence et ses variétés, de la précision avec laquelle en étaient décrits les phénomènes et la marche, des aperçus pleins de finesse suggérés par le rapprochement des circonstances. Leuret, dont on a pu diversement apprécier les tendances morales, mais à qui nul n'a contesté la capacité scientifique, entrait dans la voie de son habile prédécesseur, lorsqu'une douloureuse maladie coupa court à une tentative dont la science devait attendre d'utiles résultats. Enfin, MM. Baillarger et Falret, à la Salpêtrière, ont entrepris presque simultanément un cours qu'ils continuent depuis dix ans avec éclat.

Le livre que nous analysons est un fruit de cet enseignement. M. Falret y a rassemblé, en y apportant quelques modifications nécessaires, une partie de ses leçons, recueillies déjà par une feuille périodique. « Elles ne sont, dit-il, qu'un fragment de notre cours clinique, et n'étaient pas primitivement destinées à être publiées. Mais puisque la *Gazette des hôpitaux* les a fait sortir de l'enceinte d'un amphithéâtre en les insérant dans ses colonnes en 1850 et 1851, nous les publions aujourd'hui séparément, à la demande de quelques amis et de plusieurs élèves qui, devenus maîtres, veulent bien conserver le souvenir de notre enseignement.

» Le sujet que nous traitons est essentiellement clinique et renfermé dans des limites précises. Uniquement consacré à la symptomatologie générale, il comprend: les lésions du sentiment et des penchants; les troubles de l'intelligence; les illusions et les hallucinations; les lésions des mouvements; les altérations des fonctions organiques; la marche de la folie, c'est-à-dire l'évolution successive de ses différentes phases, considérée d'une manière générale. »

Dans un discours d'ouverture, M. Falret a cru devoir préluder par quelques considérations sur la direction qu'il convient d'imprimer à l'observation des aliénés. Ce tableau, introduction naturelle à l'étude des affections mentales, apporte à ce point du sujet des clartés véritablement nouvelles. L'auteur signale d'abord un procédé auquel il donne la qualification pittoresque de *poétique*, et qui consiste à saisir, à la façon des poëtes, les traits saillants de la folie, pour en composer des portraits d'imagination. C'est l'enfance de l'art. La seconde méthode est celle des observateurs. On arrive, en opérant des triages et groupant les faits suivant leurs affinités respectives, à des catégorisations de plus en plus exactes. En troisième lieu, vient enfin l'interprétation, système supérieur encore, qui procure aux différents groupes une signification, en les subordonnant à des états morbides, et a engendré deux écoles rivales: l'une dite physique ou somatique, rattachant les anomalies intellectuelles et morales à des modifications organiques; l'autre psychologique, plaçant les indications prédominantes dans la nature et le caractère des facultés troublées. M. Falret pense que ces deux méthodes doivent se combiner, non s'exclure.

Toutefois, notre savant collègue fait judicieusement observer qu'il ne suffit pas d'être parvenu ainsi à spécifier les variétés psychiques, à leur imposer un nom, à leur assigner un rang dans la nomenclature. Indépendamment de la maladie, il y a le malade; outre le délire, le délirant. Aussi M. Falret attribue une extrême importance aux antécédents de l'aliéné, à sa constitution propre, aux circonstances héréditaires, à l'origine des accidents, aux phénomènes d'incubation, aux vicissitudes des symptômes, à tous les éléments, en un mot, susceptibles d'éclairer l'histoire du désordre mental et d'influer sur son traitement.

Une analyse ainsi dirigée ne pouvait manquer d'être féconde. On en trouve une première confirmation dans l'exposé des lésions de la sensibilité et des penchants, si bien appréciées dans leurs causes, leurs phénomènes et leurs conséquences.

Seulement, ne les concevant point indépendantes d'un dérangement intellectuel, M. Falret attaque vivement, à cette occasion, la doctrine des monomanies. Habilement défendue, cette thèse, néanmoins, ne nous semble pas fondée. On ne distingue pas assez, en général, le jugement de la faculté de juger, l'imagination de la faculté d'imaginer; et, par suite de cette confusion, on fait souvent procéder directement de l'intelligence ce qui reconnaît ailleurs son principe. Un objet bleu apparaît vert sous une fausse perspective de lumière. Il est de toute évidence que l'erreur provient ici de la sensation, non de l'esprit. N'en peut-il être de même d'une foule de délires partiels, dans lesquels le vice des mobiles fait seul dévier les opérations de l'entendement?

Judiciairement, d'ailleurs, la reconnaissance des aberrations sentimentales est exempte des dangers que M. Falret lui suppose, puisqu'elle conclut, dans le cercle restreint des convictions ou des impulsions maladives, à l'irresponsabilité. Le péril, s'il devait exister, naîtrait de la théorie contraire qui, par l'hypothétique universalisation de la conception délirante la plus circonscrite, tendrait à innocenter, quand même, tous les actes étrangers à la maladie, faisant ainsi d'une question débattue une question jugée.

Ces réflexions s'appliqueraient partiellement encore au chapitre suivant sur les désordres de l'intelligence. Abstraction faite de certaines explications transcendantes qui participent des incertitudes de la philosophie actuelle, tout a été constaté, discuté, approfondi, avec une précision et une supériorité de dialectique incontestable.

M. Falret a consacré de nombreuses pages aux illusions et aux hallucinations. On le conçoit. Ces phénomènes, qu'Esquirol, le premier, a scientifiquement analysés, et que les travaux plus récents de MM. Baillarger, Brierre de Boismont, Calmeil, Michéa et Moreau ont éclairés d'un jour nouveau, jouent un immense rôle dans la pathologie mentale, où ils apparaissent, tour à tour, quelquefois même simultanément, comme agents ou symptômes. Après en avoir déterminé les caractères et les différences, M. Falret examine leur mode de production et l'influence spéciale qu'ils exercent, selon les variétés délirantes. Il signale enfin les conditions psychologiques où ils prennent naissance, les rattachant exclusivement à une lésion des facultés intellectuelles, contrairement à l'opinion plus générale qui leur assigne une cause sensoriale ou psycho-sensoriale.

En traitant des signes physiques, l'auteur a insisté d'une manière spéciale sur l'état des mouvements. Au lieu de se borner à un seul de leurs modes, la paralysie générale, il les a considérés dans toutes les phases des autres formes mentales, pour lesquelles les modifications motrices sont ainsi devenues de précieux éléments de diagnostic, de pronostic et de traitement.

Mais, de tous les points du sujet, la marche et la terminaison de la folie est peut-être le plus développé, car il comprend à lui seul les trois dernières leçons. Cette extension est, du reste, justifiée par le besoin dont le discours d'ouverture a démontré l'importance, non seulement de connaître abstractivement les expressions symptomatiques, mais de les incarner, en quelque sorte, par l'examen attentif de leur enchaînement et de leurs périodes successives, dans les types vivants qui les présentent. Parlerons-nous à ce propos d'une question de priorité soulevée récemment, au sujet de la folie *double forme* et de la folie *circulaire?*

La *Gazette hebdomadaire*, dans un précédent numéro (20), a essayé de bien déterminer, et elle l'a fait avec quelque précision, les termes du dissentiment élevé entre MM. Falret et Baillarger. Pour nous, toutefois, nous regrettons d'autant plus ce conflit, qu'antérieurement connues et utiles sans doute à mentionner, à propos de l'évolution phénoménale, les circonstances sur lesquelles on s'appuie ne nous paraissent point suffire pour motiver la formation d'un nouveau genre de folie. Nul n'ignore que les maladies sujettes à récidive revêtent presque toujours chez les mêmes individus des caractères analogues. C'est ici une pneumonie qui chaque fois s'accompagne de délire, de palpitations ou de symptômes bilieux, subit des fluctuations déterminées et se résout par des crises identiques. Là, un rhumatisme parcourant telles ou telles jointures, s'y cantonnant ou s'effaçant capricieusement pour y revenir, et disparaissant dans une période que l'expérience permet à l'avance de prévoir. L'aliénation n'échappe point à cette loi : quantité d'insensés nous reviennent pour quinze jours, un mois, six mois, une année, à des époques fixes ou irrégulières, exactement avec la même série de phénomènes continus, rémittents, intermittents, à physionomie mobile ou diversifiée, sans qu'on entrevoie dans le fond de ces variations autre chose que des idiosyncrasies personnelles. Et alors ce ne serait pas seulement la folie à double forme décrite par M. Baillarger, mais d'innombrables individualités psychiques dont il conviendrait de grossir la nomenclature mentale.

En outre, les aliénations biphysiognomoniques franchement accusées nous paraissent peu fréquentes. M. Baillarger, dont la pratique est ancienne déjà, n'en rapporte, à titre d'observations personnelles, que deux exemples médiocrement explicites. Quant aux quatre qu'il emprunte à divers auteurs et qu'il raconte en quelques lignes, ils ne seraient pas à l'abri d'objections sérieuses. Dans chacun d'eux l'affirmation se substitue à une description nécessaire.

Dans son mémoire, enfin, M. Baillarger emploie indistinctement, comme synonymes, les mots *dépression*, *mélancolie*, *lypémanie*, qui, dans leur sens indéfini, pourraient convenir également à un état passif ou à une disposition active. Un membre est immobilisé par la douleur comme par la paralysie : quelle différence pourtant entre les deux causes ! Dans notre manière de voir, confirmée, ce nous semble, par les faits mêmes qu'a produits M. Baillarger, l'accablement qui suit ou précède l'intervalle d'agitation se rapproche beaucoup plus de la stupidité que du véritable délire mélancolique, ce qui rend aussi la transition d'aspect plus acceptable ; car la manie et la stupidité, formes intellectuelles, ne sont évidemment point séparées par cette incompatibilité radicale qui doit exister entre deux affections d'origine si distincte : la manie, que caractérise une perturbation générale ; la mélancolie, qui consiste dans un désordre sentimental plus ou moins restreint.

Quoi qu'il en soit, et pour en revenir au travail de M. Falret, les dissidences que nous avons exprimées n'en infirment nullement la valeur intrinsèque. Elles portent uniquement, en effet, sur des points de pure théorie et de nature si peu accessible, qu'un parfait accord, en pareille matière, serait une sorte de miracle. La critique était, sous tout autre rapport, désarmée. Il nous est rarement arrivé d'analyser une œuvre d'une conception aussi nette, d'une élaboration aussi régulière. Exacte dans les proportions de ses parties, complète dans ses tableaux où les arguments et les faits sont fondus avec un art particulier, n'omettant aucune circonstance utile tout en évitant les superfluités ; sachant, par un mot, une nuance d'exposition, un trait incisif, illuminer les détails ; relevée, enfin, par un style concis, nerveux, imagé sans surcharge, cette composition forme un tout homogène, logique, qui satisfait le jugement et force la conviction. Elle n'apporte pas seulement au lecteur des notions sûres et précises sur la symptomatologie et la marche des maladies mentales, elle ouvre encore à sa pensée des horizons philosophiques, et offre, par sa contexture et sa forme, un véritable modèle à suivre. Si nous avions à résumer, enfin, des impressions que nous croyons tout à fait indépendantes de notre attachement pour l'auteur, nous dirions du livre de M. Falret ce qu'une dame disait d'un ouvrage politique des plus abstraits, mais écrit avec une clarté saisissante : « Je l'ai lu comme un roman. »

DELASIAUVE,
médecin de l'hospice de Bicêtre.

Nouvelle doctrine médicale, ou doctrine biologique,
par M. LEPELLETIER, de la Sarthe.

La Société de médecine de Caen avait mis au concours, en 1853, la question suivante :

« Peut-on, dans l'état actuel de la science, établir les bases d'une » doctrine ou d'un système général de pathologie qui paraisse le » plus convenable pour l'enseignement de la médecine et la pra- » tique de l'art ?

» Dans le cas de l'affirmative, établir cette doctrine sommaire- » ment, en se fondant sur les faits observés, et sur ce qu'ont » offert d'incontestablement vrai les divers systèmes pathologiques » qui ont successivement prédominé dans la science médicale. »

C'est la réponse à cette question, couronnée par la Société de médecine de Caen, que nous avons sous les yeux. S'il ne s'agissait que de la forme littéraire, de l'érudition réelle, de la critique éclairée, nous ne pourrions qu'applaudir à la distinction obtenue par le savant médecin du Mans. Mais nous devons considérer aussi l'opportunité de la publication, et la manière dont elle répond au titre dont elle est revêtue.

La première moitié du livre comprend une histoire de la médecine et un exposé des systèmes et des doctrines pathologiques. Sans doute l'histoire d'une science, de ses conquêtes et de ses erreurs, est une excellente étude, instructive à tous les âges, et dont la valeur n'est contestée par personne. L'initiative prise par l'éminent professeur de pathologie générale de la Faculté de Paris nous montre la place qu'elle devait depuis longtemps occuper dans l'enseignement, et l'empressement des élèves prouve qu'ils en ont compris toute l'importance. Mais n'abuse-t-on pas un peu, aujourd'hui, dans les ouvrages de philosophie médicale, de cette histoire de la médecine, toujours la même, et redisant les mêmes révolutions et les mêmes alternatives dans la succession des recherches, des croyances, des idées et des préjugés qui ont fait de notre science et de notre art ce qu'ils sont actuellement ? La critique de l'histoire de la médecine est peut-être ce qu'il y a de plus difficile à traiter à nouveau, et l'on peut avoir beaucoup de mérite, sans se trouver suffisamment préparé pour cette grande tâche d'érudition et de philosophie.

La seconde partie du livre de M. Lepelletier est consacrée à *l'établissement de la doctrine biologique*. Après avoir exposé, dans une série de chapitres fort intéressants, les avantages et les dangers des systèmes, la nécessité d'une doctrine médicale, l'inadmissibilité de tous les systèmes actuels, les caractères d'une bonne doctrine et les moyens de l'établir, l'auteur aborde les principes et la définition de la doctrine qu'il propose. Quelle est donc cette doctrine qui prétend, sinon à régénérer la science, — l'auteur prend soin de s'en défendre, — du moins à la diriger dans les voies de la vérité, d'où elle va sans cesse s'égarant :

« Nous établissons comme axiome démontré depuis longtemps par l'expérience et l'observation : *qu'il ne peut exister ni état ni acte maladif là où ne se rencontrent ni état ni acte vital ;* et cet axiome nous paraît la meilleure preuve pour établir que la vie, comme fait évident et général, est la seule base convenable sur laquelle on puisse fonder la véritable doctrine médicale.

» En conséquence, nous donnons à celle que nous proposons le titre de *doctrine biologique* : de βίος, vie, et de λόγος, traité. *Doctrine des maladies envisagées au point de vue de la vie.* »

Suit une sorte de traité de pathologie et de thérapeutique générales, où l'on reconnaît aisément la plume d'un écrivain expérimenté, d'un médecin érudit et d'un praticien de longue date. Mais quel profit la science tirera-t-elle de la nouvelle doctrine médicale? M. Lepelletier prend la vie pour point de départ de sa doctrine; mais qui donc n'appuie pas sur la vie, ou sur ce qu'il croit être la vie, les idées qu'il se fait des phénomènes physiologiques ou pathologiques dont l'organisme est le théâtre? Ce qu'il faudrait nous dire, c'est ce qu'est la vie : qui le saura jamais?

Il est vrai que M. Lepelletier nous en donne la définition suivante : « La vie, *vita*, ὁ βίος, est le mode particulier d'existence des corps organisés, la raison fondamentale du maintien de leurs éléments dans les rapports qui constituent ces corps. C'est le fait le plus général et le plus complexe de l'économie organique, puisqu'il résume tous les autres, puisqu'il en est le principe et la fin. »

Ce que la science médicale doit gagner à cette définition de la vie nous échappe complétement, et nous ne voyons pas, en particulier, que la doctrine biologique ait imprimé à la théorie de la fièvre un caractère fort nouveau : « La fièvre est un état pathologique plus ou moins complexe, un état anormal de l'organisme caractérisé, lors de son entier développement, par une augmentation notable, une altération de la chaleur, avec force, fréquence, inégalité du pouls, sentiment de lassitude et de malaise. »

Prenons donc l'ouvrage de M. Lepelletier pour ce qu'il est, une étude consciencieuse, critique, analytique, une œuvre littéraire et d'érudition; mais nous ne saurions y trouver encore la doctrine que l'honorable auteur appelle : « pour constituer la science et pour en harmoniser toutes les parties. »

DURAND-FARDEL.

M. le docteur VERNOIS vient d'être nommé médecin consultant de S. M. l'Empereur. — Il est remplacé dans les fonctions de médecin par quartier par M. le docteur P. DE PIETRA-SANTA, secrétaire du Conseil de santé de S. M.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ABEILLE MÉDICALE. — Nos 9 et 10. Stomatite mercurielle déterminée par des frictions avec l'onguent citrin, par *Cabarel*. — Cliniques et revues.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Avril. Congestion pulmonaire, considérée comme élément habituel des maladies aiguës, par *Woillez*. — Esthiomène éléphantiasique des nymphes et de l'urètre; double opération, par *Ad. Richard*. — De la structure intime du tubercule, par *Mandl*. — Paracentèse du thorax, par *Marrotte*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 mars. Electrisation localisée contre les paralysies consécutives à l'hémorrhagie cérébrale, par *Duchenne* (de Boulogne). — Pincement du vagin contre la chute de l'utérus, par *Desgranges*. — Diverses formules.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — Avril 1854. Partie médicale : Sur la prétendue solubilité de la morphine dans le chloroforme, par *Lepage*. — Préparation du perchlorure de fer, par *Gobley*.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — No 7. Affection organique du cœur en dehors des données de l'anatomie pathologique, par *Marotte*. — Inhalations anesthésiques dans le traitement de l'éclampsie, par *Macario*. — Plaie de tête; hémorrhagie; perchlorure de fer; tétanos; chloroforme; guérison, par *Rimaud*.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS. — Mars. Cysticerques développés sous la conjonctive de l'œil humain, par *Sichel*. — Quelques cas de fracture et de luxation des vertèbres cervicales, par *Chapel*. — Note sur dix-huit opérations de hernies étranglées, par *Vaucanes*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — No 3. Sur le *daltonisme* ou des fausses appréciations des couleurs, par *Potton*. — Sur le traitement de la gale en quelques heures, par *Rodet*. — Hydropisie utérine en dehors de la gestation, par *Dard*. — Combinaison de l'iode et du tannin, par *Socquet* et *Guilliermond*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — No 3. Sur l'emploi de la cathartine comme purgatif, par *Strohl*. — Abcès ganglionnaires; injections iodées, par *Courtin*. — Clinique médicale.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE. — Mars 1854. Cours de syphilisation, par *Auzias-Turenne*. — Fongus de la prostate; calcul vésical; altération des reins, par *Linas*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — No 6. Nouvel irrigateur vaginal, et nouvel instrument destiné à porter les substances médicamenteuses sur le col utérin, par *Rosière*. — Clinique médicale.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 1854, 5e et 6e livraisons. Du diabète sucré, par *Pellarin*. — Des paraplégies essentielles, par *Macario*. — Du degré de force dans le taxis, par *Camille Bernard*. — Acide arsénieux dans les maladies de la peau, par *E. Marchand*.

GAZETTE MÉDICALE DE LIÉGE. — No 6. Comptes rendus et revues.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — No 14. Revue clinique sur les affections vénériennes, par *Manouvrier*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — Nos 64 et 65. Sur la tuberculose, par *H. Ancell*. Du chloroforme comme anesthésique, par *Lowndes*. — Qu'on néglige trop la saignée dans le traitement d'affections légères, par *Hingheston*. — Sur les maladies épidémiques, par *W. Addison*. — De la syphilisation sur l'homme, par *H. Lee*. — Cas de convulsions puerpérales, par *R. Jones*.

MEDICAL CIRCULAR. — Nos 64 et 65. Analyses et revues.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 195 et 196. Expériences faites à Paris sur l'anesthésie locale, par *J. Arnott*. — Avantage d'opérer de bonne heure le bec-de-lièvre, par *Smith*. — Phlébite de la veine ombilicale; dépôts purulents; jaunisse, par *Bird Herapath*. — Ictère survenu peu d'heures après la naissance, suivi d'une hémorrhagie mortelle, par l'ombilic, six jours après la séparation du cordon, par *G.-F. Brutton*. — Préparatifs médicaux pour les actions navales, par *J. Liddell*. Cas d'accouchement terminé par le forceps long, par *H. Ramsbotham*. — *Revue* de six cents cas de grossesse, par *J. Beale*.

THE LANCET. — Nos 12 et 13. Sur un système de police sanitaire, par *Glover*. — Sur quelques cas de scarlatine anomale, par *J. Anderson*. — Nature et causes des maladies des émigrants, par *C. Cooper*. — Du hoquet comme signe de pleuro-pneumonie, par *J. Mulreany*. — Irritabilité de la vessie, par *H. Thompson*. — Ablation d'un morceau d'acier engagé dans l'intérieur de l'œil, par *G. Critchett*. — Variétés de la céphalalgie, par *Patrik. J. Murphy*. — Cliniques.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nos 13 et 14. Hydrophobie observée dans le cours d'une pneumonie grave, par *Ardissonne*. — Application du collodion dans l'arthrite, par *Tibaldi*. — Tétanos traumatique, par *Torrachi*. — Mort et autopsie de deux enfants réunis, par *Bottini*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 12 et 13. Constitution épidémique de la commune de *Arcidosso*, par *G. Scopetani*. — Guérison d'un pied varus équin, par *C. Fantozzi*. — De l'éclampsie qui apparaît à la fin de la grossesse et pendant l'accouchement, par *Balocchi*. — Nouveau tube condensateur pour l'acide carbonique, par *Stefanelli*.

IL FILIATRE SEBEZIO. — Mars. Statistique médicale de l'hôpital *della Pace*, par *del Giudice*. — Sur l'antimoniate de quinine, par *Agostinacchio*. — Maladies dominantes à *Monte Cassino*, par *Zarlenga*.

IL PROGRESSO (Genova). — No 3. Sur l'inflammation, la subinflammation et la fièvre, par *G. Laloggia*. — Extirpation d'une tumeur à la partie latérale droite du cou, avec ligature de l'artère carotide primitive, par *Olduino Marenco*.

EL HERALDO MEDICO. — Nos 83 à 86. De l'extrait de belladone comme prophylactique du ptyalisme mercuriel, par *M. Liedana*. — Eaux minérales de *Fuen-Caliente*, par *L.-M. Ramirez y de las Casas-Deza*. — Efficacité des eaux minérales de *Marmolejo* contre les phlegmasies chroniques des viscères, abdominaux par *V. Orti y Criado*. Philosophie médicale, par *R.-P. Fernandez*.

EL PORVENIR MEDICO. — Nos 70, 71 et 72. Modification du stéthoscope, par *E. Garrido*. — Symptomatologie des névropathies, par *Garcia Lopez*. — Observations de tumeurs squirrheuses, par *A. Poblacion*. — Traitement préventif et curatif du choléra, par *Juderias y Corella*.

EL SIGLO MEDICO. — Nos 12 et 13. Philosophie médicale, par *C. Lucia*. — Études sur le choléra, par *F. Mendez Alvaro*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — No 6. Sur les fièvres intermittentes observées chez les ouvriers employés au canal d'Isabelle II, par *Capdevila*. — Traitement des fièvres intermittentes par le sulfo-tartrate de quinine, par *F. Ramirez*. — Opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant, par *J. Angulo*.

Livres nouveaux.

DU TRAITEMENT RATIONNEL DE LA CONGESTION ET DE L'APOPLEXIE PAR LES ALCALINS, ET EN PARTICULIER PAR LE BICARBONATE DE SOUDE, par le docteur *Ed. Carrière*. Broch. in-8. Paris, chez J.-B. Baillière. 1 fr. 25

ESSAI SUR QUELQUES POINTS DE PATHOGÉNIE ET DE CLASSIFICATION MÉDICALE, par le docteur *P.-E. Garreau*, médecin-major de 1re classe des hôpitaux militaires. In-8 de 284 pages. Paris, chez Victor Masson. 4 fr. 50

DIE LEICHENOPERATIONEN : Ein Leitfaden fuer das Operationsstudium an der Leiche (*Les opérations sur le cadavre*). In-8, Berlin, chez Hempel. 5 fr.

LEHRBUCH DER PSYCHOLOGIE, par *L. George*. In-8, Berlin, chez G. Reimer. 10 fr.

MEDICINISCH-KLINISCHES TASCHENBUCH DER RATIONELLEN HEILKUNDE mit Anfuehrung der Rademacher'schen Erfahrungsheillehre (*Manuel médico-clinique rationnel*). In-16, Erlangen, chez Enke. 10 fr. 50

PHYSIOLOGISCHE STUDIEN, par *G.-W. Focke*. In-4, 2e cahier, Bremen, chez Schuenemann. 4 fr.

AN ENQUIRY INTO THE PATHOLOGICAL IMPORTANCE OF ULCERATION OF THE OS UTERI, par *C. West*. In-8, Londres, chez Longman. 7 fr.

LECTURES ON HISTOLOGY, par *J. Quekett*. In-8, t. II, avec planches. Londres, chez Baillière. 25 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON
Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.
ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 28 AVRIL 1854. N° 30.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 27 avril 1854.

NOUVEAUX ESSAIS D'INOCULATION LACTO-VARIOLEUSE. — SOCIÉTÉS MÉDICO-CHIRURGICALES DE LONDRES ET D'IRLANDE. ANESTHÉSIE LOCALE.

Nous sommes aujourd'hui en mesure de faire connaître d'une manière plus complète, presque officielle, les recherches poursuivies à Lyon sur l'inoculation lacto-varioleuse. L'honorable chirurgien dans le service duquel elles ont été faites vient d'en rendre compte à la Société de médecine de cette ville; et c'est de sa communication, présentée le 24 avril, et de la discussion dont elle a été suivie, que nous allons rendre compte.

On sait que M. Bossu, interne de M. Bouchacourt, qui publia dans sa thèse le résultat de ces expériences, avait affirmé l'*entière conformité, à quelques légers degrés près, des pustules obtenues par l'inoculation lacto-variolique avec les pustules vaccinales, sous le rapport des caractères extérieurs, de la durée et de la terminaison.* M. Bouchacourt pense qu'il y a peut-être là une exagération de cette ressemblance. Selon lui, l'identité n'est pas complète. Lorsque c'est du mélange lacto-varioleux, et non du vaccin, qui a été inoculé, l'inflammation de la peau est plus hâtive d'un ou deux jours; elle est plus vive, plus profonde. La papule est plus dure et se sent plus avant dans le derme. Ensuite la pustule est moins régulière, moins saillante, moins déprimée à son centre, entourée d'un cercle moins large.

Quant aux effets généraux, ils se distinguent surtout en ce que les enfants ainsi inoculés tettent moins, crient plus que ceux qu'on a vaccinés. La diarrhée et le muguet sévissent plus fréquemment sur eux.

On voit déjà la dissidence qui, sur ce premier point, sépare le maître de l'élève, puisque celui-là insiste sur les différences entre l'inoculation lacto-variolique et vaccinale, dont celui-ci avait, au contraire, voulu établir l'analogie. Mais on attendait avec impatience le témoignage de M. Bouchacourt sur une question plus importante, celle des résultats statistiques. Ici nous tenons à honneur de déclarer explicitement que, lors de la rédaction de notre premier article sur ce sujet (voy. *Gaz. hebd.*, n° 24), nous avions été induits en er-

---

FEUILLETON.

Lettre médicale.

Question de publicité extra-scientifique; faux certificats; annonces mensongères. — De la confraternité médicale. M. Devay (de Lyon). — Singulière erreur de nom. Funestes appréhensions. — Concours du bureau central. Protestation de candidats. Question de principe. — Conclusion de l'affaire de la *Lancette anglaise*. — Avis aux organes de la presse médicale.

CHER CONFRÈRE,

Quand nous vous avons expédié, sous la bande du numéro 7, nos méditations sur le charlatanisme; quand nous avons essayé de faire voir, non sans scandaliser quelques personnes, par quels côtés la publicité abusive est étroitement liée à l'état des mœurs publiques et doit échapper à la répression légale, nous avons eu soin de marquer la limite où il serait possible de supprimer cette immunité. Il faut, avons-nous dit, commencer par *régulariser le droit*. Le faux certificat, le mensonge, dans des faits qualifiables et susceptibles de vérification, sont un terrain sur lequel nous acceptons pleinement l'intervention de la loi. La difficulté est de qualifier les faits et de les vérifier. Nous avions pris pour exemples l'usurpation de titres, l'annonce d'innovations non dûment constatées par les corps compétents, parce que ce sont les abus qui se prêtent le mieux à un texte de loi clair et précis, et qui offrent les éléments les plus positifs à la formule d'un jugement. La Cour de cassation vient d'aller plus loin dans la même voie. Sur le pourvoi formé par le docteur Tirat, dit de Malmort, contre un arrêt de la Cour impériale d'Amiens (chambre correctionnelle), du 10 février dernier, qui le condamne à quinze mois d'emprisonnement pour escroquerie, la Cour suprême a décidé ce qui suit :

« Le médecin qui, à l'aide de faux certificats, d'annonces mensongères et autres moyens de même nature, tendant à faire croire à des guérisons *qu'il sait n'avoir pas opérées et ne pouvoir opérer*, se rend coupable de manœuvres frauduleuses de nature à persuader l'existence d'un crédit imaginaire ou d'un pouvoir chimérique, qui constitue le délit d'escroquerie prévu par l'article 405 du Code pénal, se rend passible des peines édictées par cet article. »

Il nous est formellement interdit de discuter une décision judiciaire; nous ne le ferions d'ailleurs que pour faire ressortir ce que celle-ci, en particulier, a de satisfaisant pour la morale publique. La seule remarque

reur en annonçant la mort de trois enfants inoculés avec le liquide lacto-variolique. Nos informations, que nous avions cependant toute raison de croire puisées à bonne et sûre source, ont été démenties par M. Bouchacourt; et nous devons nous incliner devant son affirmation.

Mais, par une fatalité dont nous gémissons, quoiqu'elle nous donne raison, il y avait dans nos assertions comme un pressentiment de l'avenir. Ici (comme d'ailleurs pour une circonstance toute semblable, mais où la *voie* de l'huissier ne nous laissa pas le mérite d'un aveu spontané) il nous était réservé de ne nous tromper que de date; et l'innocent de la veille devait être coupable le lendemain. On se rappelle que, dans une première série de 21 inoculations, M. Bossu n'avait pas compté un mort. M. Bouchacourt voulut, l'année suivante, recommencer ces essais; et voici, d'après son propre récit, quels en furent les résultats.

Le 18 mars 1854, un enfant fut inoculé avec le mélange à parties égales de pus varioleux et de lait. Il se déclara une variole bien caractérisée; l'enfant guérit.

Un second enfant, âgé de sept mois, fut inoculé avec le pus recueilli sur la pustule locale du premier (et recueilli avant que l'éruption générale se fût manifestée). En même temps, on le vaccina, avec du vaccin ordinaire, à la partie postérieure de l'un des bras. L'éruption lacto-variolique et la vaccinale marchèrent simultanément, avec des caractères si semblables, que plusieurs médecins eurent de la peine à les distinguer l'une de l'autre. Il se déclara une variole générale. Plus tard, l'éruption générale se dessécha; une pneumonie intercurrente compliqua l'affection cutanée; l'enfant succomba.

On avait pris sur cet enfant du pus de son éruption vaccinale et de celui de son éruption lacto-variolique. Ces deux pus furent inoculés chacun à un jeune sujet différent. Le premier, inoculé avec la provenance de l'éruption vaccinale, prit la variole et mourut. Le second, inoculé avec l'éruption lacto-variolique, eut aussi une éruption variolique, mais il guérit.

On peut arguer contre ces expériences, — et l'honorable M. Brachet l'a fait avec juste raison, — que leur nombre n'est point une considération aussi puissante qu'elle le paraît en faveur de la thèse pour laquelle ils sont invoqués. La première seule, a-t-il dit, est probante contre l'inoculation lacto-variolique; car ce n'est que dans la première que l'on a employé ce liquide. Les autres inoculations ayant été faites avec du pus pris à des sujets qui ont eu ensuite la variole, c'est du pus de varioleux ou du pus varioleux que l'on a en réalité inoculé. — En vain a-t-on répondu à M. Brachet que l'éruption générale ne s'est développée sur l'enfant de la première expérience que trois jours après que l'on a eu pris sur sa pustule locale le pus destiné à la seconde inoculation. Il sera difficile de démontrer que, dès ce moment, il n'y avait pas déjà chez lui diffusion du venin, imprégnation de l'économie tout entière.

Mais, quelle que soit la valeur de cette objection (1), la possibilité d'une variole développée sous l'influence de l'inoculation lacto-variolique n'en demeure pas moins incontestable. Aux partisans quand même de cette dangereuse innovation, il peut être permis d'expliquer le fait par une constitution médicale défavorable, par le mauvais choix du pus varioleux qui a servi au mélange, par le peu d'intimité de la mixtion. On ne saurait nier que l'une ou l'autre de ces causes n'ait pu agir. Mais si rien ne s'oppose à ce que, théoriquement, on admette pour valables ces fins de non recevoir, la pratique doit se montrer moins accommodante; car, dans le choix de ces diverses conditions, si un chirurgien d'hôpital, expérimenté, patient, attentif, sentant la portée de ce qu'il entreprenait, mais encouragé cependant par le passé à agir avec confiance, si M. Bouchacourt s'est trompé, qui osera répondre de mettre dans cette détermination importante plus de maturité et de talent que lui? Ne vaut-il pas mieux, renonçant à des spéculations où le succès devient le prix de combinaisons que la volonté de l'homme ne peut se flatter de réussir à rassembler, ne vaut-il pas mieux revenir à la simple vaccine?

Nous l'avions déjà dit en appréciant les premières expériences, « ce n'est point un virus variolique modifié de manière à le rendre inoffensif, c'est un virus variolique doué de toute son action qu'on a, par le fait, inoculé. » M. Bouchacourt exprime plus ouvertement encore, s'il est possible, la même opinion. A ses yeux, liquide lacto-variolique et pus varioleux sont une seule et même chose; et c'est par cette

(1) Pour échapper à un pareil danger, il paraît naturel de recueillir, comme l'a fait M. Bouchacourt, le pus des pustules d'inoculation *avant* le moment où une éruption générale peut apparaître. Mais cette précaution, ainsi qu'on vient de le voir, ne donne pas des garanties suffisantes. — Si l'on devait (ce que nous ne croyons point) donner suite à ces essais, il nous semble que le moyen suivant ferait éviter le péril qui s'attache aux inoculations faites avec le pus d'un sujet *prédestiné* à avoir une éruption générale. L'inoculation lacto-variolique étant exécutée, et la pustule qu'elle occasionne étant développée, on prendrait du pus de cette pustule, on le renfermerait dans un tube à vaccin, et l'on attendrait, avant de l'inoculer à d'autres enfants, que la période où l'éruption générale peut se déclarer sur le sujet chez lequel on l'a recueilli fût complétement passée.

que nous voulions nous permettre est que le texte même du dispositif supposant deux choses, — une qualification très nette du fait incriminé et le caractère frauduleux de l'allégation publique, — ne décide que pour l'espèce, et ne condamne directement ni l'annonce ni la réclame. La phthisie pulmonaire, au sujet de laquelle s'est élevée la prévention, est curable selon un assez grand nombre de médecins. Il ne résulte pas du tout de l'arrêt cité que l'exhibition de certificats *sincères*, que l'annonce *véridique* de guérisons obtenues, dussent tomber sous le coup de la loi.

— Ce ressouvenir de nos précédentes élucubrations, dont nous seul assurément pouvons être capable, nous donne lieu en ce moment d'exprimer un regret, que vous voudrez bien, cher confrère, transmettre à M. le docteur Francis Devay (de Lyon). Ce regret est de n'avoir pas eu sous les yeux, en commettant notre feuilleton *sur les devoirs réciproques des médecins en matière de clientèle*, le discours prononcé par cet écrivain distingué à la séance publique de la Société de médecine de Lyon, le 28 janvier dernier. Ce discours, *sur la confraternité médicale*, est plein d'aperçus ingénieux et de sentiments élevés. La banalité, qui est l'écueil ordinaire de ces sortes de dissertations, ne s'y fait pas soupçonner un instant. On sent à la fois dans l'orateur, l'observateur pénétrant de toutes les misères du métier, la lumière des bons instincts, la froide sagesse de l'esprit et la chaleur de l'âme, un mélange enfin de qualités comme il en faut pour l'étude de ces questions délicates que le cynisme a dénaturées, qu'un rigorisme intempestif a trop souvent compromises. M. Francis Devay traite de la confraternité médicale à un point de vue très général; il rencontre pourtant en un coin la question particulière dont nous avons jugé utile de nous occuper, et nous sommes heureux de voir que, dans le fond, il la juge comme nous. Parlant du changement de médecin par le malade, « nous ne faisons, dit-il, allusion qu'aux circonstances où ce changement s'effectue par la détermination libre et spontanée du client..., car *il ne peut venir dans la pensée d'assimiler aux devoirs de la confraternité le respect aux droits et à la propriété d'autrui.* » Les droits du malade, la libre disposition de sa santé, c'est en effet ce que nous avons voulu garantir contre les empiétements de la convenance professionnelle.

— Vous avez entendu parler d'un hôpital de récente construction, actuellement ouvert au clos Saint-Lazare. Probablement, dans votre cœur charitable, vous vous réjouissez de ce nouveau secours descendu sur la souffrance et la pauvreté, tandis que vous feriez mieux peut-être de vous livrer aux plus formidables malédictions. Une indiscrétion commise à New-York, par un journal de médecine, — cette engeance est si terrible! — nous porte fort à soupçonner que le soi-disant hôpital est destiné à

persuasion qu'il explique pourquoi, le vaccin de bonne qualité lui ayant un jour manqué, il se décida à inoculer du pus varioleux à un enfant sain (fait que nous avions déjà rapporté d'après M. Bossu, et qui nous avait paru étrange avant que nous eussions connaissance de la manière de voir de M. Bouchacourt). Pour lui comme pour nous, l'inoculation lacto-variolique, ainsi que l'ancienne inoculation variolique, peut se borner à une éruption toute locale; et le savant chirurgien en chef de la Charité a captivé au plus haut degré l'attention de la Société en rappelant les exemples observés en 1754, plus tard à Versailles, où l'inoculation de la variole limita son action, pendant tout une année, à des effets presque insignifiants. Mais, l'année suivante, le même virus signalait son réveil par d'effrayantes compensations; et nous venons de voir, par la différence entre les résultats de 1853 et ceux de 1854, que le mélange lacto-variolique ne se montre pas moins inégal dans sa marche.

Faut-il donc renoncer à de nouveaux essais? Telle, nous devons le dire, a paru être la disposition générale des esprits à la suite de la communication de M. Bouchacourt.

Ce n'est pas seulement l'impression des revers dont il a parlé qui a décidé ce mouvement de répulsion. Leur nombre, nous l'avons fait ressortir, n'a qu'une force apparente. Mais de pareils essais, qui ne sont possibles que dans un hôpital où s'opèrent les vaccinations publiques, ne s'y exécutent point sans soulever des défiances qu'il serait imprudent de braver.

M. Bossu rapporte un cas où, par mégarde, on se servit à la Charité, au lieu d'un tube de vaccin, d'un tube contenant du virus variolique pur. M. Bouchacourt annonce loyalement aujourd'hui des cas plus graves encore. La population au sein de laquelle de tels faits se passent y restera-t-elle étrangère ou indifférente? Si nous avons pu, nous qui ne cherchions que la vérité et qui la demandions aux meilleures sources, être trompés, le vulgaire n'absorbera-t-il pas plus aisément encore l'erreur? La vaccine, hélas! n'a nul besoin de cet ennemi de plus; et ce n'est pas, nous le croyons, au moment où la variole, reparaissant de toutes parts, montre l'indispensable nécessité de ce précieux antidote, qu'il est opportun d'ébranler la confiance du public; résultat que de pareilles tentatives auraient infailliblement, et de deux manières, en lui prouvant d'abord que les médecins se croient obligés de chercher mieux que la vaccine, puis qu'ils ont, en réalité, trouvé pis.

Une épidémie de variole, en présence de laquelle on se trouverait dépourvu de vaccin, pourrait seule légitimer de nouvelles expérimentations avec le mélange lacto-variolique. C'est la conclusion la plus philosophique de ce débat, celle à laquelle M. Bouchacourt s'est arrêté. « En face d'un semblable danger, dit-il, Jenner lui-même inocula son propre fils avec le pus varioleux. D'après les mêmes principes, nous croirions bien agir en inoculant, dans nos hôpitaux, avec le mélange lacto-variolique, les enfants des pauvres, qui deviennent aussi nos enfants dès qu'ils y sont admis. »

P. Diday.

Depuis notre dernier numéro, qui renfermait quelques considérations sur l'anesthésie locale (p. 470), les journaux anglais nous ont apporté le compte rendu des séances de deux sociétés savantes où la même question a été l'objet de communications importantes. L'une a été faite par le docteur Snow à la *Société médico-chirurgicale de Londres* (séance du 10 avril), l'autre, par M. Hardy lui-même, le promoteur de ces essais, à la *Société chirurgicale d'Irlande* (séance du 8 avril).

La note du chirurgien de Londres confirme pleinement ce que nous avons avancé relativement à la possibilité *physiologique* de déterminer, par l'application topique des anesthésiques, une paralysie partielle de la peau. Comme M. H. Roger (voir *Gazette hebdomadaire*, n° 21), M. Snow a expérimenté l'action du chloroforme sur la peau à l'état sain; et s'il n'est pas parvenu mieux que le médecin français à produire une anesthésie complète, il a obtenu néanmoins des effets assez significatifs. « De la charpie imprégnée de chloroforme, dit-il, et recouverte de quelque substance imperméable, détermine d'abord une sensation analogue à celle qui résulte de l'application d'un cataplasme sinapisé. Puis, après un laps de temps variant de quelques minutes à une demi-heure, la partie s'engourdit, la sensibilité diminue, et la piqûre d'une épingle ne cause plus la même douleur qu'à l'état normal. » Le phénomène de l'anesthésie locale est donc incontestable. Pourquoi n'est-il pas plus complet? Est-ce que l'épiderme ne laisse passer le chloroforme que lentement, et par quantités assez petites pour qu'il puisse être repris immédiatement par les veines au fur et à mesure de son introduction? Et le résultat ne serait-il pas différent si l'on faisait arriver sur les papilles de la vapeur en excès? Une expérience de M. Snow tend à confirmer cette conjecture. Il a constaté que la peau *dépouillée de son épiderme*, et mise en contact avec de la vapeur de chloroforme con-

---

abriter les crimes les plus atroces, la fusillade en masse, le meurtre à coups de sabre, à coups de piques, à coups de hache et de tourne-broche. Qui sait si cette vaste et funeste demeure ne doit pas remplacer les Carmes, passés aux mains du clergé, ou l'Abbaye, qu'on démolit en ce moment. Vous saurez, en effet, cher confrère, que, d'après le journal en question, le bâtiment, de son vrai nom, s'appelle *Hôpital de Robespierre!...* ainsi nommé en mémoire de la *comtesse de Robespierre*, qui l'a fondé. Comme nous ne savons là-dessus que ce qu'on nous en dit, nous n'osons encore rien garantir; mais nous étions bien aise de vous donner ce petit renseignement.

— Au sujet des hôpitaux de Paris, voici un fait plus positif et moins inquiétant. Parmi les candidats inscrits au concours actuellement ouvert au bureau central, plusieurs journaux avaient désigné quatre médecins affiliés à la secte homœopathique, qui avaient déjà figuré dans les concours précédents. Ces messieurs ont réclamé contre l'inexactitude de cette mention. Rien de plus naturel. Mais en même temps ils ont rendu publics les motifs de leur abstention, consignés dans une protestation adressée à M. le directeur général de l'assistance publique. Cette pièce, un peu solennelle, se termine par la déclaration suivante: « Attendu que la *coalition* dont nous avons à nous plaindre est un fait de notoriété publique; qu'elle constitue un véritable délit contre les principes et les règles fondamentales du concours; qu'elle est une *violation des libertés de la science* et qu'elle porte une injuste atteinte à notre légitime considération, nous protestons contre ce déni de justice, *sous la réserve de tous nos droits.* » De quoi, au fond, se plaint ce petit groupe de mécontents:

. . . . quo numine læso
Quidve dolens?....

Il dénonce une hostilité systématique du jury, une proscription organisée. En fait, qu'est-ce que cela signifie? Que tous les jurys qui se sont succédé ont refusé d'admettre dans les hôpitaux des praticiens homœopathes. Où est l'abus? Le concours est ouvert à tous ceux qui réunissent les conditions requises d'inscription: aux homœopathes comme aux allopathes. Mais tous aussi, au jour des épreuves, tombent entre les mains de juges parfaitement libres de leur appréciation et de leur vote, libres même de former ce qu'on appelle une coalition, si la coalition a pour but de barrer le passage à des doctrines qu'ils jugent illusoires ou dangereuses. On se retranche dans les grands principes, on invoque « les règles fondamentales du concours. » Voyons; sérieusement, croit-on que le talent de parole et le diagnostic habile d'un candidat soient les seuls élé-

finée, devenait tout à fait insensible et pouvait être grattée sans que le sujet en éprouvât la moindre sensation. Donc l'insuffisance des résultats dans les expériences ordinaires ne tient pas à une impossibilité scientifique, c'est-à-dire à un défaut de corrélation entre le moyen et le but, mais seulement à la difficulté matérielle de faire arriver la vapeur au contact des extrémités nerveuses. Et si la plupart des chirurgiens, si M. Snow lui-même, se rattachent pour le moment à la réfrigération, c'est pour utiliser une ressource acquise et non pour protester contre des investigations d'un autre genre. Il résulte, d'ailleurs, de la conversation qui a suivi cette lecture, que plusieurs chirurgiens, M. Richardson, M. Simpson, M. O'Connor, ont produit l'anesthésie locale par une simple application de vapeur de chloroforme confinée.

Ajoutons que, d'après quelques expériences de M. Snow, l'acide cyanhydrique *au centième*, et une forte solution de cyanure de potassium, mis en contact avec la peau, y produirait également, sinon l'anesthésie, du moins une diminution de la sensibilité. Ce résultat déposerait en faveur du rapprochement que nous avons établi dans notre dernier numéro entre l'action topique du chloroforme et celle des sédatifs administrés par la méthode endermique.

A la Société chirurgicale d'Irlande, la lecture de M. Hardy a offert un intérêt spécial. Ceux qui s'étaient déclarés tout d'abord, en France ou ailleurs, contre l'anesthésie locale, s'étaient empressés de faire remarquer que notre confrère de Dublin, qui avait mis en honneur les fumigations anesthésiques, n'avait jamais eu la pensée d'anesthésier la peau à l'état sain, mais simplement de calmer des douleurs; on était même bien près de lui prêter du dédain pour les tentatives poursuivies dans nos hôpitaux. Or, il arrive que le présent travail de M. Hardy lui a été suggéré précisément par le désir de rendre plus tolérable le traitement des anévrysmes par compression, en rendant insensible la partie du membre sur laquelle le compresseur doit porter, et même, au besoin, *le membre entier*. Les chirurgiens s'étaient plaints à diverses reprises, au sein même de la Société, de ce que les douleurs occasionnées par ce mode de traitement rendaient les malades indociles et les amenaient à déranger fréquemment l'appareil. Dans le but de les maintenir en repos, on leur administrait quelquefois de l'opium, mais sans grand succès ; le docteur Beatty avait même proposé de les soumettre à l'*inhalation* du chloroforme. C'est à l'occasion de ces doléances que M. Hardy conçut l'idée d'endormir le membre en l'arrosant largement de vapeurs anesthésiques. Il a imaginé, à cet effet, un instrument plus volumineux, comme on pense bien, plus puissant et plus compliqué que le premier, mais construit sur le même système. Un soufflet remplace la poche de caoutchouc ; la douche, administrée à l'air libre, est à jet continu ; en outre, le réservoir de chloroforme, s'adaptant au soufflet par sa partie inférieure, permet de projeter, en même temps que de la vapeur anesthésique, de l'air froid, de l'air chaud ou de la vapeur d'eau chaude. L'instrument peut répondre ainsi à diverses indications que l'auteur mentionne et dont quelques unes n'ont qu'un rapport éloigné avec l'anesthésie; aussi nous dispenserons-nous de le décrire, d'autant que le mécanisme n'en peut être bien compris qu'à l'aide de figures assez nombreuses. Tout ce que nous voulons constater, c'est que l'invention de M. Hardy a eu primitivement et principalement pour but de produire sur de grandes surfaces ce qu'on a appelé l'*anesthésie chirurgicale*. Il ne paraît pas qu'elle ait reçu encore d'application ; seulement l'examen de l'appareil par les membres de la Société a donné à plusieurs l'occasion de déclarer que les fumigations de chloroforme avaient quelquefois produit entre leurs mains l'insensibilité entière de la peau, et l'un d'eux a raconté qu'il avait pu, par ce moyen, pratiquer l'ablation d'un doigt sans que le sujet parût en avoir conscience.

Tel est, chez nos voisins, l'état actuel de cette importante question de pratique chirurgicale. Nous nous faisons, au milieu des incertitudes actuelles, un devoir de la constater.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE EXTERNE.

OBSERVATIONS SUR LA SYPHILIS DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS A LA MAMELLE, par MM. Adr. Doyon et Achille Dron, internes des hôpitaux de Lyon.

Une grande incertitude règne encore sur la contagiosité des accidents secondaires, sur leur transmission du nouveau-né à la nourrice. Cette transmission, admise par le plus grand nombre, niée par quelques uns, est devenue une question dont la solution intéresse au plus haut point, non seulement la science, mais l'hygiène et la médecine légale. C'est pour aider, autant qu'il est en notre

---

ments de détermination dont un juge ait à se préoccuper? A ce compte, assurément, plus d'un signataire de la protestation aurait droit d'entrée dans les hôpitaux. Mais le mérite essentiel de celui qui va être placé à la tête d'un service n'est pas de bien discuter, ni de percuter expertement ; c'est de pratiquer de saines doctrines thérapeutiques. Or les candidats homœopathes, s'ils sont sincères, quand ils subissent l'épreuve clinique, doivent formuler leurs méthodes de traitement. Or ces méthodes, à tort ou à raison, le jury les tient pour détestables. De quel droit lui reprochez-vous de ne pas en favoriser l'application dans les hôpitaux ? Non seulement en cela il ne commet aucun « déni de justice »; mais il fait acte de conscience. Devant un procédé aussi régulier, les dissidents n'ont qu'à accepter de bonne grâce les conséquences très naturelles de la position où ils se sont volontairement placés.

— Nous terminerons cette lettre, cher confrère, en vous entretenant de quelques petites affaires de presse. Et d'abord vous désirez peut-être savoir l'issue de la grande conspiration de l'Angleterre médicale contre *The Lancet*, dont nous vous avons avisé il y a un mois ; elle s'est dénouée plus heureusement qu'on n'aurait pu le supposer. Au plus fort de la tempête, un Neptune inattendu a levé sa tête blanchie au-dessus des flots, et le sein gonflé de la mer est tombé à sa voix. Virgile, — les poëtes sont ces devins, *vates*, — avait prévu la scène :

Tum pietate gravem ac meritis si forte virum quem
Conspexere, silent, adrectisque auribus adstant ;
Iste regit dictis animos et pectora mulcet.

Ce nouveau fils de Saturne n'est autre que sir Benjamin Brodie. Dans un meeting général de la *Société médico-chirurgicale de Londres*, où l'expulsion de *la Lancette* avait été prononcée par un vote à une grande majorité, il est parvenu, par l'autorité de sa parole et de son caractère, à faire renvoyer de nouveau la question au conseil d'administration, et celui-ci, séance tenante, a décidé la réintégration du journal. Cette conclusion ne termine pas la bataille sur toute la ligne ; mais le centre a cédé, et le reste, sans doute, sera tôt ou tard entraîné dans le mouvement. Il est seulement fâcheux, quant à présent, de voir d'un côté le journal qui a été l'occasion de tant de bruit poursuivre une polémique irritante contre ceux qu'il accuse de lui avoir été défavorables ; de l'autre, le *Medical Times*, son adversaire direct, continuer à rassembler de toutes les parties du royaume des déclarations hostiles à *Free Hospital*, où vous savez que l'affaire a pris naissance.

Voilà un épisode bien caractéristique des mœurs anglaises. On voit que, dans ce pays, la médecine n'est guère moins remuante que la politique.

pouvoir, à un pareil résultat, que nous publions quelques faits, que le service spécial dont nous étions chargés nous a permis de suivre d'une manière complète.

L'Académie de médecine a prouvé l'intérêt qu'elle portait à cette étude. De nombreuses séances y ont été consacrées il y a deux ans : une brillante lutte oratoire s'est engagée à plusieurs reprises ; mais peut-être les faits observés jusqu'alors étaient-ils trop peu nombreux pour arriver à une conclusion. Qu'en est-il résulté ? Chaque opinion, retranchée derrière ses arguments, n'a été modifiée en rien, faute de preuves.

Notre but, en publiant ce mémoire, est de présenter des observations, sinon tout à fait concluantes, en faveur de la transmission des accidents secondaires de l'enfant infecté à la nourrice, pouvant du moins la démontrer autant que la chose est possible. Des difficultés sans nombre sont inhérentes à l'étude de cette question ; à moins de suivre pas à pas la nourrice, ceux qui l'entourent, l'enfant confié à ses soins, il est certain qu'on pourra toujours objecter, comme l'a fait M. Crocq, qu'un bel officier de cavalerie n'est nullement dépaysé dans les bras d'une jeune femme (*sic*). Un pareil argument ne saurait être discuté.

La plupart des femmes qui font le sujet de ces observations étaient envoyées à l'Antiquaille par l'hospice de la Charité (Maternité), où elles avaient pris le nourrisson qui les avait infectées. Et remarquons-le en passant, n'est-ce pas un argument en faveur de l'opinion que nous défendons, que cette constante habitude de la Charité de solder les frais de séjour, dans un hôpital spécial, des malheureuses nourrices qui ont contracté leur maladie en donnant des soins aux nourrissons qu'elle leur a confiés ? Quelques autres étaient venues à leurs propres frais ou étaient secourues par leur commune.

Si, dans toutes ces observations, il ne nous a pas toujours été possible de suivre les malades depuis le début, de constater le premier accident, soit chez l'enfant, soit chez la nourrice, la suite des symptômes forme une chaîne non interrompue de phénomènes qu'on ne peut rattacher qu'à la transmission de la syphilis congéniale. M. Thiry (de Bruxelles) déclare que, dans tous les cas observés jusqu'alors, le nourrisson infectant devait être porteur de chancres auxquels il a donné le nom de *chancres d'allaitement*, ulcérations qu'il contracterait en traversant les parties génitales de sa mère. La transmission serait ainsi toute naturelle, d'après cet auteur. La nature des accidents présentés par la nourrice, le plus souvent l'incubation (si l'on peut appeler ainsi l'intervalle de temps écoulé avant l'apparition des phénomènes syphilitiques chez la nourrice), indique évidemment une contagion tout autre que celle produite par des chancres primitifs. Cette transmission, indiquée par M. Thiry, est une source fréquente d'infection ; mais nous ne pensons pas qu'elle puisse être revendiquée pour les faits que nous publions (1) et que nous préférons livrer comme éléments d'une discussion générale, plutôt que d'aborder nous-mêmes les développements qu'elle comporterait.

(1) Toutes ces observations ont été recueillies dans le service de M. Pothon, médecin de l'hospice de l'Antiquaille.

Obs. I. — Content (Césarine), quarante ans, de Longe-Combe (arrondissement de Belley), entre à l'Antiquaille le 24 octobre 1853 ; elle est mariée à un cultivateur qui n'a jamais eu aucune affection vénérienne.

Cette femme a eu six enfants, dont trois sont morts ; aucun d'eux n'a présenté de symptômes que l'on puisse rattacher au virus syphilitique. Son dernier accouchement date du 21 juin 1852 : c'était un garçon qu'elle a nourri un an et qui s'est toujours bien porté. En juin 1853, elle vint prendre un nourrisson à la Charité de Lyon ; ce nouveau-né était faible, peu développé, à figure ridée. Il ne présentait aucune lésion sur le corps, à l'exception d'un bouton.

Le nourrisson fut bientôt atteint d'une ophthalmie très grave. Il lui survint de gros boutons au cou, au ventre et à la cuisse ; les lèvres n'ont jamais présenté que de petites crevasses auxquelles la femme Content n'attache pas une grande importance. Enfin il lui survint sur tout le corps une éruption de papules rouges analogues à celles que la malade porte elle-même. L'enfant mourut au bout de deux mois et sept jours.

En même temps que le nourrisson dépérissait, la femme Content ressentait un malaise général. Peu après la mort de l'enfant, il survint à la nourrice deux plaques rouges à chaque sein, qui s'ulcérèrent et laissèrent suinter un liquide sanieux, et des glandes se développèrent aux aisselles. Le 20 octobre, des boutons apparurent sur son corps, et cette éruption la décida à entrer à l'Antiquaille.

Nous constatons alors une syphilide papulo-squameuse générale, engorgement des ganglions occipitaux, des traces des plaques rouges susmentionnées aux seins, sans que rien de caractéristique puisse indiquer quelle en était la nature. Les organes génitaux ne présentaient rien pouvant faire soupçonner une infection antérieure.

Réflexions. — Cette observation est loin d'être concluante ; et d'abord l'enfant ne nous a pas été soumis. Les petites crevasses des lèvres ne seront pour la plupart, que des ulcérations primitives contractées au passage, lors de l'accouchement. La nourrice nous a bien dit que ces crevasses étaient de peu d'importance ; mais son diagnostic paraîtra-t-il suffisant ? Il est vrai qu'elle nous a affirmé que les plaques des seins ne s'ulcérèrent qu'au bout de quelque temps. Cette circonstance laisse au moins du doute sur leur véritable nature.

Obs. II. — Autresangle (Élisabeth), trente-deux ans, d'Annonay, entrée à l'Antiquaille le 25 octobre 1853. Bonne constitution ; pas de maladies vénériennes antérieures.

Veuve depuis deux ans, cette femme a eu quatre enfants qui n'ont jamais rien présenté de suspect au point de vue syphilitique. Le dernier en particulier, dont elle est accouchée le 13 juillet 1852, a toujours été bien portant.

La femme Autresangle s'est placée comme nourrice dans une maison particulière le 22 août 1852. On lui confia une petite fille âgée de deux jours, qui n'offrait ni boutons ni ulcérations sur le corps. Trois mois et demi après, il survint au nourrisson des plaques rouges, élevées, à la vulve ; sept mois plus tard, elle en présenta aux lèvres et dépérit beaucoup. En même temps, une éruption de grosses pustules se manifesta sur le corps.

Parlez-nous des pays brumeux pour refroidir le sang. L'impétuosité française est dix fois plus indolente que le flegme britannique. Chez nous, c'est à peine si les plus grands intérêts parviennent à émouvoir et à grouper les médecins ; là-bas, on destitue un chirurgien d'hôpital, et voilà tout le corps médical en ébullition. N'est-ce pas le cas de dire avec le poëte favori de l'Angleterre : « *Keep your cabins; you do assist the storm !* Rentrez dans vos cabines ; vous ne faites qu'aider la tempête. » Tel a été du moins l'avis de sir Benjamin Brodie.

Avec moins de passion, la presse allemande se plaint de la piraterie indigène et étrangère. Le *Wiener Wochenschrift* (Gazette hebdomadaire de Vienne) prie ses confrères « d'indiquer plus scrupuleusement la source des nouvelles qu'ils lui empruntent. » Il proteste contre « les doctrines communistes » appliquées au journalisme, et contre « la fusion du *tien* et du *mien*. » Nous éprouvons assez souvent, pour notre part, le tort dont se plaint notre homonyme, pour compâtir très sincèrement à ses maux. En Angleterre, en Italie, en Espagne, on ne se gêne guère pour nous emprunter mot pour mot, non pas des nouvelles, mais tantôt une analyse bibliographique, tantôt un article de notre revue des journaux, *y compris nos propres réflexions*, le tout sans aucune indication de source, ou en renvoyant simplement au travail original. Tout cela n'est pas d'une extrême rigueur de convenance et d'équité ; mais on est exposé, dans ce monde, à de plus grands malheurs.

A. Dechambre.

— Distinction accordée aux médecins militaires autrichiens (sorte d'assimilation des grades). L'empereur d'Autriche vient (le 17 février 1854) de permettre aux médecins militaires de porter au collet les broderies appartenant aux officiers (les officiers autrichiens ne portent pas d'épaulettes. (*Wiener Wochenschrift*, 1854, p. 158.)

— Gazette médicale du peuple (People's Medical Gazette). La publication de ce journal, destiné à l'éducation médicale du peuple, vient de commencer à Abbeville, dans la Caroline du Sud, sous la direction du docteur John Davis. (Extrait du *New-York Medical Times*, 1853, v. 3, n° 2, p. 70.)

La petite malade fut alors confiée aux soins d'un médecin dont nous ignorons les prescriptions. La nourrice continuait à l'allaiter; mais au mois de septembre, il lui survint des boutons au sein droit, puis de la céphalalgie, de la douleur au gosier; ses cheveux tombèrent. Un traitement complet lui étant impossible à suivre dans sa condition, elle se détermina à entrer à l'hospice.

A l'examen de la malade, nous constatons des plaques muqueuses au sein droit, au nombre de deux, siégeant autour du mamelon. Quelques glandes de l'aisselle du même côté sont engorgées. Le gosier est douloureux; nous y remarquons une rougeur assez vive et des ulcérations sur les amygdales. L'alopécie est considérable; il y a des pustules dans les cheveux. La malade se plaint d'une céphalalgie constante.

Rien à la vulve; pas de traces de chancre primitif.

Traitement par les sudorifiques et les pilules de proto-iodure hydrargyrique.

Guérie en décembre 1853.

Obs. III.—Jacqueline Luminet, née Bonnière, âgée de trente-neuf ans, de Droiturier (Allier), entre à l'Antiquaille le 27 septembre 1853, salle Sainte-Françoise, 20. Elle est mariée à un cultivateur sur la bonne conduite duquel elle est entièrement rassurée, et qui n'a jamais eu d'affections syphilitiques. Elle a eu huit enfants, dont quatre sont encore vivants; ceux qui sont morts ont succombé à diverses maladies. Aucun n'a présenté de symptômes pouvant faire soupçonner une infection quelconque.

Son dernier accouchement date du 19 octobre 1851. L'enfant était bien portant; elle l'a nourri treize mois. Au mois de novembre 1852, elle est venue prendre un nourrisson à la Charité de Lyon: c'était une petite fille assez débile, mais qui n'offrait alors rien de suspect. Au bout d'un mois et demi, le nourrisson présenta des plaques muqueuses à la bouche, aux commissures des lèvres, à l'anus et à la vulve. Dans ces dernières régions, les plaques se confondirent, s'ulcérèrent, et les ulcérations prirent une marche serpigineuse. Sur d'autres parties du corps parurent de gros boutons, d'où sortit un pus épais qui se dessécha en formant des croûtes. La bouche de la petite malade exhalait une odeur fétide. Elle mourut à six mois, dans un état déplorable de maigreur et d'épuisement.

Dans les derniers temps qu'elle allaitait cet enfant, au mois de mars 1853, la femme Luminet vit apparaître aux deux seins, autour du mamelon, des plaques rouges laissant suinter un liquide mucoso-purulent; les glandes de l'aisselle s'engorgèrent, surtout à droite; elle éprouvait en même temps un malaise général, un affaiblissement considérable; on lui disait qu'elle vieillissait beaucoup. Elle vint passer quelque temps à la Charité, où on la soumit à un traitement dont elle ignore les détails: ses seins furent pansés avec une pommade blanche.

En juillet 1853, il lui survint à la bouche et à la vulve des plaques semblables à celles de son nourrisson. Son enfant n'a jamais rien présenté de semblable, non plus que son mari. En examinant cette femme, nous trouvons des plaques muqueuses à la vulve et à la bouche; les ganglions occipitaux et cervicaux, ainsi que ceux de l'aine, sont engorgés. On sent encore des indurations aux seins, autour de chaque mamelon. Elle accuse de la douleur au gosier; on voit sur les amygdales des ulcérations à fond grisâtre, couvertes d'un enduit pultacé. Pas d'alopécie sensible. L'examen des parties génitales ne nous a pas présenté de traces de chancres primitifs.

Traitée par les pilules de proto iodure de mercure, la tisane sudorifique, les lotions avec la décoction de pavots et la liqueur de Van Swieten, cette femme est sortie guérie le 11 novembre 1853.

Réflexions. — Dans cette observation, c'est un mois et demi après la naissance que les premiers symptômes de la syphilis congéniale se montrèrent chez le nourrisson. Elle s'est manifestée par des plaques muqueuses aux lèvres, à l'anus et à la vulve; celles de la bouche, soit par suite de la succion, soit par d'autres causes, s'ulcérèrent promptement: la transmission a dû être très facile. Quelques faits isolés tendent, du reste, à prouver que d'adulte à adulte la contagion peut avoir lieu dans des conditions analogues. L'apparition des phénomènes syphilitiques chez la femme Luminet a nécessité en outre un intervalle de deux mois, ce qui vient encore indiquer la nature spéciale des accidents transmis.

Ces accidents ont débuté par les seins, les seuls points contaminés par l'enfant, et ce n'est que plusieurs mois après que la diathèse syphilitique se déclare.

Obs. IV. — Guicheret (Claudine), âgée de trente ans, tempérament lymphatico-sanguin, née à Saint-Bonnet, est mariée à un cultivateur dont elle est sûre. Elle a eu, il y a cinq ans, un enfant qui s'est toujours très bien porté. Au mois d'octobre 1851, elle est accouchée d'un second enfant qu'elle a nourri pendant dix mois, et qui est mort de convulsions au bout de ce temps, sans présenter aucun symptôme particulier. La santé de la mère est ordinairement bonne; elle affirme n'avoir jamais eu, ainsi que son mari, de maladies vénériennes.

Au mois de septembre 1852, elle a pris en nourrice une enfant de Villefranche, âgée de deux mois, bien portante alors, mais un peu chétive. Un mois après, il lui survint au niveau de chaque grande articulation, dans le sens de la flexion, des boutons rouges, plats, humides, à suintement pyo-muqueux et fétide. Elle-même en présenta de semblables, quinze jours plus tard, au sein gauche, et quelques jours après, à la vulve. L'enfant meurt au mois de novembre 1852; il était devenu tout malingre, et avait de grosses glandes aux aines et au cou. La nourrice se contenta pour tout traitement de boire quelques tisanes et de faire des lotions adoucissantes. Dans les premiers temps, avant que les pustules muqueuses aient atteint le développement qu'elles ont présenté plus tard, elle a continué à avoir des rapports avec son mari, qui n'a jamais rien éprouvé de spécifique. Voyant que la maladie s'aggravait, elle entra à l'Antiquaille le 5 juillet 1853, salle Sainte-Agathe, n° 4.

Examen de la malade. — Trois plaques muqueuses au sein gauche, autour du mamelon: elles sont élevées, ulcérées; pas de glandes engorgées dans l'aisselle. La vulve nous offre sur toute la surface interne et externe des grandes lèvres, et jusqu'à l'anus, une masse de plaques muqueuses, de toutes formes et de toutes dimensions, élevées, aplaties, ulcérées, vésicantes, etc., justifiant les différents synonymes qui servent à désigner cet accident. Une sanie mucoso-purulente en découle, une odeur repoussante, *sui generis*, s'en exhale. Cet état de la vulve s'oppose à ce que nous examinions la malade au spéculum. Les ganglions de l'aine sont peu développés, ainsi que ceux de la nuque. Santé générale assez bonne.

Le traitement institué est le suivant: tisane sudorifique, 2 cuillerées à café de sirop de Boutigny par jour, cérat au calomel, lotions avec la décoction de pavots et la liqueur de Van Swieten, bains de siége dans le même mélange. Au bout de quelques jours, quand les ulcérations se sont détergées, on cautérise légèrement avec le nitrate acide de mercure. Les plaques muqueuses du sein cédèrent facilement, celles de la vulve furent beaucoup plus longues à s'effacer; après leur disparition, il resta pendant longtemps un œdème des grandes lèvres.

La femme Guicheret est sortie de l'Antiquaille au commencement du mois d'octobre, après un séjour de trois mois, et parfaitement guérie.

Les réflexions dont nous avons fait suivre la précédente observation peuvent s'appliquer à celle-ci. Les conditions d'infection ont été à peu près les mêmes, ainsi que l'enchaînement des symptômes.

Obs. V. — Marie Torion, âgée de trente et un ans, de Contrèves, canton de Virieux-le-Grand; tempérament lymphatico-sanguin, santé ordinairement bonne.

Mariée depuis cinq ans à un cultivateur, homme robuste, n'ayant jamais été malade, et dont elle défend la moralité, elle a eu deux enfants, l'un il y a quatre ans, l'autre il y a deux ans. Le premier n'a jamais présenté de symptômes syphilitiques, le second s'est toujours bien porté jusqu'à ce que la maladie lui ait été communiquée par un nourrisson que la femme Torion vint chercher à la Charité, au mois de juin 1852, après avoir sevré son enfant.

Ce nourrisson était un garçon qui, lorsqu'il fut emporté de la Charité, ne présentait rien de particulier sur le corps. Les ouvertures naturelles étaient saines; l'enfant était fort et bien constitué. Durant son allaitement, il fut en continuels rapports avec l'enfant et le mari de la nourrice, couchant souvent avec le premier, porté, caressé par le second. Quinze jours après son entrée en nourrice, l'enfant de la Charité, Jacques Chalard, présente aux fesses trois grosses pustules qui donnent beaucoup de pus, mais se dessèchent promptement et disparaissent au bout de trois semaines. Un an se passe sans que rien de suspect se montre sur le corps de l'enfant. Au mois de février 1853, le dernier enfant de la nourrice, Vincent, est affecté de plaques blanchâtres aux commissures des lèvres et dans la bouche; plus tard d'autres plaques de même nature paraissent à l'anus. Le nourrisson n'avait alors point de mal, mais à la fin du mois de mai il présente à son tour de nombreuses plaques muqueuses aux parties génitales et au cou, rien à la bouche. Le 15 juin, la nourrice s'aperçoit de gros boutons qui lui viennent au sein droit. A la même époque, le père voit une affection analogue se développer sur lui-même au scrotum et à la marge de l'anus. On consulte un médecin qui diagnostique des accidents syphilitiques, et cautérise à l'eau forte les plaques muqueuses anales du jeune Torion.

Toute la famille entre à l'Antiquaille le 4 juillet 1853.

Le mari, Charles Torion, âgé de trente ans (dans le service de M. Rodet, chirurgien en chef de l'Antiquaille), d'un tempérament lymphatico-sanguin, affirme n'avoir jamais eu de maladies vénériennes; l'examen le plus

minutieux ne fait pas découvrir la moindre trace d'accident primitif : léger engorgement aux aines du volume d'une petite fève. Le malade présente sur le scrotum, du côté droit, une plaque muqueuse du volume d'une lentille, arrondie, un peu élevée au-dessus de la peau, ulcérée, à sécrétion séro-muqueuse. On voit, sur la marge de l'anus, plusieurs plaques muqueuses peu élevées, groupées irrégulièrement autour de l'orifice anal. Le reste de la muqueuse est d'un rouge brunâtre ; sécrétion séro-muqueuse assez abondante, prurit léger, engorgement des ganglions occipitaux, alopécie.

La mère, Marie Torion, présente au sein droit, autour du mamelon, deux plaques muqueuses étendues, élevées, ulcérées, à suintement muco-purulent. Quelques glandes de l'aisselle du même côté sont engorgées. De petites papules de couleur cuivrée, assez discrètes, sont répandues sur le corps. Les ganglions occipitaux sont engorgés ; un peu d'alopécie. Rien aux organes génitaux ; pas de traces d'affection syphilitique ancienne. Depuis quelque temps elle est malade, brisée, et souffre d'une céphalée continuelle.

Jacques Chatard, l'enfant de la Charité, âgé de treize mois, offre dans les plis génito-cruraux, à la marge de l'anus, au cou, des plaques muqueuses en grande abondance, les unes saillantes à sommet arrondi (tubercules muqueux), les autres plus larges, aplaties, ulcérées pour la plupart : suintement mucoso-purulent, odeur fétide ; engorgement des ganglions, du cou, des aines ; ses cheveux tombent en grande abondance. Du reste, il est assez fort, et sa santé ne paraît que médiocrement influencée par l'affection syphilitique.

Vincent Torion, le fils de la nourrice, est un garçon robuste chez lequel nous ne voyons pas de manifestations vénériennes. La marge de l'anus est rouge, coloration due à la cautérisation des plaques muqueuses à l'eau forte, pratiquée le 20 juin par le médecin du pays ; les accidents du côté de la bouche auraient aussi disparu à la même époque.

Le père fut mis à l'usage de la tisane de salsepareille et réglisse ; il prit de la liqueur de Van-Swieten depuis 10 grammes jusqu'à 30 grammes par jour, cérat au calomel, grands bains.

La mère prit de la tisane sudorifique, du sirop de Bellet additionné ; cérat au calomel, grands bains.

Le nourrisson fut mis à l'usage du calomel, 2 centigrammes tous les matins dans du lait, grand bain dans l'eau de son avec 3 grammes de sublimé ; cérat au calomel.

Lotions et bains avec l'eau blanche pour Vincent.

L'amélioration se manifesta rapidement chez le père et chez la mère ; celle-ci vit bientôt disparaître son éruption, sa céphalagie et son état de malaise ; les plaques muqueuses se séchèrent et s'effacèrent.

Chez Jacques Chatard des plaques blanchâtres se manifestèrent aux commissures des lèvres. Le même accident se développa aussi au même endroit, chez Vincent, à la fin de juillet. On mit ce dernier à l'usage du calomel et des bains avec le sublimé, on touche légèrement les plaques avec le nitrate d'argent. Ces accidents se dissipèrent promptement. Le 29 août, la famille quitta l'hospice, le père, la mère et leur enfant étaient parfaitement guéris. Le nourrisson présentait encore des plaques rouges aux endroits où les pustules humides s'étaient développées. On le rendit à la Charité.

(La suite à un prochain numéro.)

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

CHIMIE ORGANIQUE. — APPLICATIONS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES.

Les expériences dont nous rendons compte ci-après ont, à nos yeux, une très grande importance. Sous le fait chimique qu'elles tendent à établir, se cachent peut-être les plus hautes questions de physiologie, d'hygiène et de thérapeutique. Si l'on venait à démontrer un jour que c'est en laissant dans le filtre de coton des matières hétérogènes, que l'air devient impropre à amener la putréfaction des substances animales, le grand problème des effluves miasmatiques, qui divise encore les esprits, serait bien près d'être résolu. Que s'il s'agit d'une action chimique, de ce mode d'action qui a reçu le nom de *catalyse*, comme incline à le croire notre savant collaborateur, un nouveau jour se répand sur les rapports du composé humain avec l'atmosphère dans laquelle il est plongé. L'hypothèse de l'antagonisme de la vie et des forces physiques fléchit singulièrement en présence d'une chair morte qui ne se putréfie pas au milieu de l'air atmosphérique. Un nouveau pas est fait vers la doctrine de l'unité fondamentale des forces qui régissent le monde, vers cette grande vraisemblance que Condorcet a éloquemment exprimée.

Quoi qu'il en soit de ces expériences et en se renfermant dans l'humble sphère de l'application pratique, les expériences de MM. Schrœder et Dusch méritent la plus sérieuse considération. Si le filtre de coton retient les miasmes de l'air, ne pourrait-on pas se garantir des effluves marécageuses au moyen de quelque appareil fort simple qui ne laisserait arriver aux voies respiratoires que de l'air filtré ; et ne serait-ce pas une précieuse ressource pour l'exécution des grands travaux qui obligent à remuer un sol chargé de détritus végétaux et animaux ? Qui ne voit de même qu'une barrière pourrait être opposée à la propagation des maladies infectieuses, et que le fameux capuchon des quarantaines, modifié comme il conviendrait, pourrait cesser d'être ridicule, en devenant réellement efficace ? Dans toute autre hypothèse que la précédente, le fait de l'incorruptibilité de la chair au sein de l'air filtré restant toujours acquis, une nouvelle perspective s'ouvrirait encore ; elle serait relative à l'étude de l'action de l'air sur les plaies. Il serait, par exemple, d'un très grand intérêt physiologique et thérapeutique de rechercher si des plaies *exposées*, mais sur lesquelles l'air n'arriverait qu'après avoir traversé une couche de coton, ne se comporteraient pas comme des plaies sous-cutanées. Toutes ces indications sont fort générales, fort vagues, sans doute ; mais les plus légitimes, les plus fécondes, commencent par là, et celles-ci ont le mérite d'être réellement contenues dans le fait chimique qui nous les a suggérées, et que nous allons faire connaître avec détail.

A. DECHAMBRE.

DE L'ACTION DE L'AIR FILTRÉ SUR LA FERMENTATION ET LA PUTRÉFACTION, par MM. SCHRŒDER et DUSCH.

MM. Schrœder et Dusch viennent de publier dans les journaux scientifiques allemands une série d'expériences des plus intéressantes, par lesquelles ils démontrent que de l'air qui a été filtré à travers du coton n'a plus d'action sur les matières organiques mortes, et ne détermine pas la fermentation ou la putréfaction, effet que ne manque jamais de produire l'air ordinaire.

Nous décrirons tout d'abord la manière de procéder de ces savants.

L'appareil dont ils se servent pour leurs expériences se compose tout simplement d'un ballon de verre hermétiquement fermé par un bouchon de liége enduit de cire et muni de deux tubes dont l'un est en communication avec l'une des extrémités du filtre, terminé lui-même par un petit tube à angle droit. Le second tube sert d'aspirateur ; il plonge presque au fond du ballon, et communique hermétiquement avec un gazomètre. Le ballon contient la substance fermentescible. Lorsqu'on s'est assuré que les jointures sont parfaites, on met le ballon au bain-marie et on l'y maintient jusqu'à ce que les différents tubes de communication soient devenus chauds, après quoi l'on s'assure de nouveau de la parfaite herméticité de l'appareil, et l'on place le robinet de l'aspirateur de manière que l'écoulement d'eau s'opère goutte à goutte.

La première expérience fut faite avec de la chair musculaire additionnée d'eau. Un second ballon, contenant de la même viande, fut placé à côté de l'appareil. Ce second ballon était ouvert, et servait par conséquent de comparaison.

Au bout de la deuxième semaine, la matière contenue dans ce ballon était en pleine putréfaction : elle exhalait une odeur insupportable ; on fut obligé de l'éloigner du laboratoire.

Au contraire, le ballon qui ne recevait que de l'air filtré n'avait pas changé d'aspect. La matière s'y conservait parfaitement, et quand, au bout de vingt-trois jours, on eut défait l'appareil, la viande s'y trouvait avec toutes ses qualités premières.

Dans un second essai entrepris à une température un peu plus élevée, l'air filtré ne se renouvelait pas pendant la nuit. Le traitement dura vingt-quatre jours : les résultats furent identiques aux précédents.

Dans un troisième essai, l'air ne fut pas renouvelé du tout, et le filtre de coton fut remplacé par un tube de verre d'environ 35 centimètres de longueur sur un demi-millimètre de diamètre intérieur. L'appareil fut exposé au bain-marie, comme dans les précédentes expériences, puis abandonné à lui-même. Au bout de neuf jours la viande était recouverte d'une abondante moisissure. Dix-neuf jours après elle n'était pas encore entrée en putréfaction. Son odeur était celle du moisi.

Enfin, dans un quatrième ballon, semblable aux précédents, on

fit bouillir de la chair musculaire avec de l'eau ; on boucha légèrement avec un tampon de coton, et l'on recouvrit le tout d'un bourrelet de même matière, maintenu au col du ballon au moyen d'un cordon de soie.

Cet appareil fut disposé en même temps que les deux derniers. On l'ouvrit après vingt-quatre jours : la viande était exempte de moisi et d'odeur putride ; cependant elle offrait çà et là de légères taches blanchâtres que les auteurs avaient également remarquées sur la viande de la deuxième expérience.

Le liquide qui baignait la viande offrait tous les caractères du bouillon frais non salé, et, comme lui, il rougissait légèrement le papier de tournesol.

Il résulte donc de ces recherches, pour MM. Schrœder et Dusch, que *la viande récemment bouillie, ainsi que le bouillon frais, se conservent intacts pendant plusieurs semaines dans une atmosphère qui a préalablement filtré à travers du coton.*

Des résultats identiques ont été obtenus avec du moût de bière non fermenté. Les expériences faites pendant l'été ont toujours duré vingt-quatre jours au moins.

Les auteurs ne se prononcent pas d'une manière positive sur les conclusions qui peuvent être tirées de leurs expériences ; ils se proposent de poursuivre leurs recherches et de remplacer dans leurs appareils le coton par d'autres matières capables de filtrer également l'air. Cependant les résultats obtenus par MM. Schrœder et Dusch, quoique incomplets, se rattachent évidemment aux observations faites déjà par M. Schwann en 1837, et, après lui, par MM. Ure et Helmotz. Ces savants démontrèrent que l'oxygène qui a préalablement passé par un tube de porcelaine chauffé au rouge ne peut plus provoquer la fermentation ; le sang, la chair musculaire, un mélange d'eau sucrée et de ferment se conservent intacts dans de l'air atmosphérique ayant supporté une température d'au moins 100 degrés.

Ces faits furent invoqués pour servir d'appui à la théorie défendue par Schwann, théorie qui consiste à attribuer la décomposition spontanée appelée *fermentation* ou *putréfaction*, au résultat de la manifestation vitale de quelques cryptogames ou d'animalcules microscopiques amenés par les spores et les germes contenus dans l'atmosphère, et se développant lorsqu'ils se trouvent dans un milieu favorable.

MM. Schrœder et Dusch ne cachent pas que l'idée d'employer du coton leur fut suggérée par le désir de retenir ces germes, dont ils admettent l'existence dans l'atmosphère.

Ce n'est pas le moment d'entrer ici dans la discussion des opinions diverses qui ont été émises tour à tour sur les causes de la fermentation et de la putréfaction. La fermentation ne peut pas être rangée parmi les phénomènes qui sont le résultat ou la conséquence d'un état particulier de la matière organisée privée de vie. Ainsi la matière organisée qui a cessé de vivre ne fermente pas nécessairement ; elle peut, au contraire, être conservée presque indéfiniment, lorsqu'on la soustrait à certaines actions particulières. Ce sont justement ces actions déterminantes particulières qui ont excité la curiosité et les recherches des savants. Les phénomènes de la fermentation et de la putréfaction sont en eux-mêmes assez bien connus et ne soulèvent presque plus de discussions. La question des ferments est donc bien loin d'être résolue, et elle ne semble même pas avoir fait tous les progrès qu'on aurait pu attendre d'elle depuis que la chimie a été fondée à l'état de science expérimentale. Aussi reste-t-on étonné de voir les interprétations des anciens être encore tour à tour préconisées de nos jours lorsqu'il semble qu'on n'a affaire qu'à un phénomène des plus simples. Bornons-nous à les rappeler en quelques mots.

Les anciens voyaient une fermentation dans le bouillonnement d'un liquide, ainsi que dans tout mouvement spontané accompagné d'un développement de chaleur. Plus tard, surgit la théorie d'après laquelle les phénomènes de la fermentation étaient attribués, ainsi que tout mouvement de la matière organisée, à la présence d'animaux imperceptibles, causes de la destruction de la matière, mais étant aussi en même temps l'origine de toute vie. Puis parut le système de Van Helmont, d'après lequel il existe dans l'organisme plusieurs ferments, un ferment propre à l'estomac, un autre au foie qui est la bile, un autre propre aux intestins, un autre aux reins pour séparer l'urine, etc.

Toutes ces questions ont été soulevées de nouveau lorsque les moyens d'investigation physiques et chimiques se furent perfectionnés ; mais malgré les éléments nouveaux que la connaissance des lois qui régissent les combinaisons des corps inorganiques pouvait apporter pour résoudre le problème, les théories les plus opposées ont continué à se partager la faveur des savants.

Gay-Lussac, le premier, fit voir que le mélange d'eau sucrée et de ferment peut se conserver indéfiniment dans le vide, et que la réaction se déclare dès que l'on fait entrer une bulle d'oxygène. Gay-Lussay attribua la fermentation à l'électricité.

M. Cagniard-Latour soutint ce l'on appelle la théorie physiologique de la fermentation. D'après lui, la levûre est formée d'une agglomération de petits êtres de nature végétale vivant aux dépens de la matière sucrée.

Pour Berzelius, les phénomènes de la fermentation sont le résultat d'une action catalytique. Et par catalyse, ou force catalytique, cet auteur entend l'action que certains corps exercent sur d'autres sans en être modifiés eux-mêmes, et sans qu'ils doivent concourir à l'action qu'ils exercent au moyen de leurs principes constituants. Ainsi la transformation de l'amidon en sucre est un exemple de catalyse, et dans ce phénomène l'acide sulfurique exerce une action catalytique. Il en est de même pour l'action de la fibrine du sang, du suroxyde manganique, de l'argent, etc., sur l'eau oxygénée ; le corps qui donne lieu ici à la transmutation ne participe nullement à la nouvelle combinaison : il reste intact, et n'agit, par conséquent, qu'en vertu d'une force inhérente dont la nature nous est encore inconnue, mais dont l'existence se dévoile par ses effets.

L'action du ferment serait donc une action catalytique, et la fermentation et la putréfaction des catalyses.

Il semblerait, au premier abord, qu'une explication de ce genre n'avance pas beaucoup la question, et que dire que c'est en vertu d'une force catalytique qu'un liquide fermente, c'est tout simplement créer un mot au lieu de résoudre le problème. Nous ne sommes pas de cet avis, et déjà le temps a prouvé combien l'idée de ces actions catalytiques pouvait être féconde en applications scientifiques. Car outre que cela facilite le langage en permettant d'indiquer une force particulière qui ne peut rentrer dans les forces déjà connues, cela permet d'étudier, par exemple, les phénomènes physiologiques en eux-mêmes, sans les croire nécessairement le résultat d'actions physiques ou chimiques telles que l'affinité ou l'électricité.

Ce ne sera pas un des moins grands titres de gloire de Berzelius, que d'avoir pressenti qu'il existe dans les phénomènes du monde organique des forces particulières qui ne peuvent pas être expliquées par des actions déjà connues. « En effet, dit-il dans ses *Généralités sur la chimie organique*, ces idées nous portent à présumer qu'il s'opère dans les végétaux et dans les animaux vivants mille phénomènes (*process*) catalytiques entre les tissus et les liqueurs, pour produire le grand nombre de combinaisons chimiques différentes dont nous n'avons jamais pu expliquer d'une manière plausible la production au moyen d'une même matière brute, qui est le sang pour les animaux, et la séve pour les végétaux. »

D'après Liebig, qui a déployé dans l'étude de la fermentation son admirable génie, — car il est à remarquer que cette question de la fermentation a préoccupé les plus grands chimistes, — d'après Liebig, disons-nous, voici comment les choses se passent. L'oxygène altère les matières azotées dissoutes dans le verjus ou dans les sucs végétaux, et par là il les met dans un certain état d'équilibre détruit, source première de toutes les métamorphoses. L'oxygène agit, dans ce cas, à la manière du frottement, du choc ou d'un mouvement quelconque qui entraîne la décomposition réciproque de deux sels, la cristallisation d'une solution saline saturée, l'explosion de l'argent fulminant. En détruisant dans les substances leur état de repos, il provoque leur transition à l'état de mouvement. Une fois que les molécules se trouvent dans cet état de conflit, la présence de l'oxygène n'est plus nécessaire ; car la

plus petite particule de la matière azotée en décomposition communique son propre mouvement à la particule la plus voisine.

Telles sont les principales autorités qui sont reconnues et acceptées, soit les unes, soit les autres, par un certain nombre de savants.

Il est un point, cependant, sur lequel tout le monde est d'accord. Que ce soit par catalyse, comme le pense Berzelius, par action de contact, comme l'admet Mitscherlich, ou par l'action pure et simple de l'air déterminant l'altération des matières azotées, que se produit la fermentation, il est reconnu par tous, qu'il y a dans ce phénomène, une cause déterminante particulière.

L'expérience de nos deux auteurs, qui fait le sujet de cet article, démontre que cette cause a été détruite dans l'air qui a traversé du coton, et ils rappellent à cette occasion les faits observés d'abord par Rigaud de l'Isle dans les marais Pontins, et que M. Becquerel signale de son côté de la manière suivante : « Une forêt interposée sur le passage d'un courant d'air humide, chargé de miasmes pestilentiels, préserve quelquefois de ses effets tout ce qui est derrière elle, tandis que la partie découverte est exposée aux maladies. Les arbres tamisent donc l'air infecté, et l'épurent en lui enlevant ses miasmes. »

Qu'il y ait des animalcules, des germes, des miasmes dans l'air, nous l'admettons volontiers ; qu'ils soient retenus par du coton, nous l'admettons encore ; mais il nous paraît difficile de soutenir que c'est la présence de ces animalcules qui détermine la fermentation ou la putréfaction.

Nous concevrions plutôt l'existence d'un principe dans l'air à affinité énergique, qui déterminerait la fermentation en occasionnant cet ébranlement, ce choc que M. Liebig attribue à l'oxygène. Dans l'expérience de l'air filtré à travers le coton, cette substance absorberait, retiendrait ou modifierait par son contact le principe particulier capable de déterminer la fermentation, et en purgerait en quelque sorte l'air.

Que faut-il conclure de l'expérience de MM. Schrœder et Dusch, sitôt que l'on n'accepte pas l'explication qu'ils donnent du phénomène ?

Nous croyons que les phénomènes de la fermentation sont, comme les phénomènes physiologiques, le résultat de causes très complexes, et qu'ils ne peuvent avoir lieu que lorsqu'il y a un concours de circonstances voulues, ou bien la réalisation de certaines conditions indispensables. Ainsi le coton ferait subir à l'air qui le traverse une modification particulière ; il ne lui enlève peut-être qu'une des propriétés qui font partie des conditions nécessaires pour que la fermentation puisse avoir lieu dans certaines circonstances, tandis que peut-être, pour d'autres liquides ou d'autres matières fermentescibles placées dans d'autres conditions, le coton ne serait-il plus suffisant pour modifier l'air de manière à empêcher la fermentation. C'est ce que de nouvelles recherches démontreront sans doute dans la suite.

Ce qui nous semble le plus intéressant dans l'étude des questions qui se rattachent aux expériences de MM. Schrœder et Dusch, ce sont bien certainement les rapports que l'on peut établir, comme l'a fait Berzelius, entre ces actions qui déterminent la fermentation et les causes qui déterminent maints phénomènes physiologiques, sans être pour cela des forces vitales.

On nous accusera peut-être d'accorder trop d'importance aux actions catalytiques, et de les considérer comme pouvant contre-balancer, activer ou ralentir en quelque sorte les phénomènes de décomposition, soit chez les animaux vivants, soit même pour les matières organiques mortes. Mais que peuvent répondre, devant des faits comme ceux démontrés par MM. Schrœder et Dusch, ou bien comme ceux de Schwann pour l'air chauffé, les personnes qui considèrent le corps de l'homme et des animaux comme soumis sans résistance à l'action de l'oxygène de l'air qui pénètre dans le corps par la respiration, et qui le brûlerait en entier si cet agent d'oxydation ne trouvait un combustible dans les aliments ? Que peuvent répondre ceux qui admettent encore que dans l'organisme le sucre, les tissus, la graisse, sont directement oxydés par l'oxygène ?

Et voilà qu'un peu de coton enlèverait à l'oxygène de l'air sa principale propriété, celle de déterminer la fermentation et la décomposition des tissus des animaux !

En dernière analyse, quand on songe à la complexité des êtres vivants ; il est aisé de comprendre qu'il doit exister dans le corps des animaux maintes causes d'influence et de transformation dont il faut savoir tenir compte en physiologie, et que le petit filtre de coton peut bien avoir son équivalent quelque part dans l'organisme.

F. Verdeil.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Vous avez inséré dans votre dernier numéro un article de M. Broca, qui, à propos d'un mémoire publié par moi, veut bien, à ce qu'il dit, me donner un avertissement et une leçon. J'en aurais été plus reconnaissant, si l'éminent critique y eût pris un ton moins acerbe, et si, chose curieuse pour un professeur aussi sûr de lui-même, il n'y eût commis de singulières erreurs et fait des confusions étranges. Cependant M. Broca est chef ou sous-chef d'une école micrographique destinée à tout bouleverser, à tout renverser, et dans laquelle l'âpreté du jugement, la vivacité de la parole couvriraient la nouveauté des méthodes, l'originalité des procédés. Pourquoi M. Broca, avant la publication de mon malencontreux mémoire, ne m'a-t-il pas dit, comme le Sganarelle de la comédie : « Nous avons changé tout cela ! »

Votre impartialité bien connue, monsieur le Rédacteur, vous fera sans doute accueillir, je ne dirai pas ma défense, je crois n'en avoir pas besoin, mais tout simplement les explications que je demande à mon terrible adversaire. M. Broca a un grand avantage sur moi : il est jeune, il est ardent, il a l'imagination vive. Moi qui travaille depuis plus de vingt ans, j'ai eu le temps de calmer la fougue juvénile qui sied si bien au débutant ; en voyant combien la science est difficile, j'ai appris à être indulgent.

Il y a deux manières de critiquer un auteur. La première consiste dans une analyse succincte des diverses parties de son travail et dans la réfutation directe des opinions émises par lui. « Cette réfutation directe, dit M. Broca, nous ne la donnerons pas, et nous n'analyserons pas successivement les diverses parties de son mémoire. » D'autres fois, le critique préfère se livrer à une appréciation générale, en citant quelques phrases isolées de l'auteur à l'appui de sa manière de voir : c'est ce qu'a fait M. Broca. Mais ni dans l'un ni dans l'autre cas, il n'est permis de prêter à l'auteur des idées fausses et absurdes ; et si, par une cause quelconque, le critique a commis cette petite iniquité ou cette lourde faute, l'auteur, du moins, a le droit et le devoir de la rectification. C'est ce que je vais faire, sinon pour toutes les erreurs de M. Broca, du moins pour les principales ; j'y ai d'autant plus d'intérêt que vos lecteurs ne connaissent mon travail ni par le compte rendu des séances de l'Académie des sciences, ni par l'analyse directe. Ainsi, à mon professeur-critique je demande les explications suivantes :

1° Suivant M. Broca, j'aurais établi une théorie toute nouvelle de modelage de la substance tuberculeuse dans les vésicules aériennes, pour expliquer l'existence des corpuscules dits tuberculeux ; j'attribuerais, suivant lui, la forme arrondie ou anguleuse de ces corpuscules à ce « qu'ils ont été moulés dans les cavités naturelles du poumon (Gazette hebdomadaire, p. 454). » « On pourrait peut-être se demander, dit plus loin M. Broca, comment une substance amorphe, en se moulant dans des cavités assez larges pour être visibles à l'œil nu, peut donner lieu à des globules tellement petits..., et comment ces globules, moulés dans des vésicules régulièrement arrondies, peuvent se présenter sous des apparences anguleuses et irrégulières. » Je ne répondrai à cela qu'un mot : Je mets M. Broca au défi de citer textuellement *une* phrase de mon mémoire où se trouvent les idées qu'il m'attribue.

La théorie imaginaire que M. Broca veut bien me prêter lui sert de point de départ, pour y rattacher une foule de réflexions assurément très piquantes sur les secrets de la nature, sur des balles transformées en bustes, sur l'absence des vésicules pulmonaires dans les reins, etc. Il est inutile de discuter ces idées ingénieuses.

2° Suivant M. Broca, j'avouerais « qu'il y a dans les tubercules pulmonaires, une substance dans laquelle le microscope découvre des corpuscules *particuliers*. » Je nie l'aveu, et je porte un second défi à M. Broca : Qu'il cite une seule phrase dans laquelle j'admette l'existence de ces corpuscules *particuliers*. Voilà, en effet, ce que je dis du tubercule cru (je parlerai tout à l'heure du tubercule ramolli) : La substance tuberculeuse crue est une masse amorphe, finement granulée, solide, qui envahit, comme tout le monde le sait, le tissu pulmonaire, c'est-à-dire les éléments

histologiques de ce tissu, les vésicules aériennes et leurs interstices. « Les fragments de cette substance amorphe, ne présentant ni forme, ni grandeur déterminées, sont analogues à ceux de toute autre substance amorphe exsudée. *Il n'existe point de globules ou de corpuscules tuberculeux particuliers ;* il n'existe point d'éléments caractéristiques du tubercule. » (*Arch. gén. de médecine*, avril 1854, p. 422.) C'est là le point important à discuter. Est-il vrai, oui ou non, que le tubercule cru se compose de masses amorphes, solides, ne présentant nulle trace, soit de globules, soit de corpuscules? Ceci n'est pas de la théorie, comme M. Broca veut le faire croire aux lecteurs de la Gazette hebdomadaire ; c'est un fait que j'ai prouvé et que je prouverai à quiconque m'apportera de la substance tuberculeuse crue, non ramollie. Il s'ensuit nécessairement que le tubercule ne possède point de corpuscules particuliers, puisqu'on n'en trouve pas de trace dans la substance crue.

3° Il paraît difficile à M. Broca d'obtenir avec des aiguilles, dont la pointe est large de 1/10ᵉ de millimètre, des corpuscules ayant 1/200ᵉ de millimètre pour diamètre, ou d'autres plus petits encore. Le premier micrographe venu pourra dire à M. Broca qu'à l'aide d'aiguilles plus ou moins fines, on peut diviser et subdiviser toute substance cohérente, que ces fragments peuvent même n'avoir que 5/1000ᵉˢ de millimètre pour diamètre. Sans être micrographe on peut savoir que des fragments ne sont pas des corps organisés, et que ces fragments ne sont pas des corpuscules *particuliers*, caractéristiques, puisque les fragments de toutes les substances *amorphes* se ressemblent. Je ne crois donc, pas plus que Reinhardt, Virchow, Henle et tant d'autres, à l'existence de corpuscules particuliers dans le tubercule.

4° Il y a un fait, dit M. Broca (p. 456) « dont il serait heureux de recevoir l'explication de la bouche de M. Mandl. » Voilà les rôles renversés : c'est moi qui demandais des explications à mon critique, et c'est moi maintenant qui suis obligé de lui en fournir. Je ferai tout ce qui dépend de moi pour le satisfaire, et à moins d'être bien difficile, j'ose espérer qu'il sera « heureux. » Un de ces jours donc, jour mémorable,— ce fut, « je crois un vendredi, — une scène étrange se passa, non pas à la Société anatomique même, mais, la circonstance est digne d'être notée, dans une pièce voisine. Là, M. Broca soumet à un examen minutieux une masse tuberculeuse ramollie du rein, et il constate d'abord qu'il n'y a pas de vésicules pulmonaires dans les reins. Il n'y avait donc pas moyen de faire application de la théorie du modelage, que, plein de générosité, me prête M. Broca, mais qui en réalité lui appartient tout entière. Puis M. Broca découvre que le tubercule ramolli est mou, excessivement mou, à tel point qu'il ne fallait employer pour le diviser aucun instrument tranchant. Tout ceci n'est pas de la théorie, mais un fait, un de ces faits incontestables, incontestés ; et cependant M. Broca vit, c'est là le nœud gordien, de la manière la plus nette, les corpuscules tuberculeux les plus caractéristiques.

M. Broca a peut-être déjà eu occasion d'examiner le cerveau ou la moelle épinière ramollis. Dans ce cas, il sait que les fibres ou tubes nerveux, sans qu'il soit nécessaire d'employer aucun instrument tranchant, se présentent sous forme de fragments irréguliers, de grandeurs diverses. M. Broca sait aussi que ces mêmes tubes, pris dans la substance saine, non ramollie, et soumis soit à l'écrasement, soit à l'action d'aiguilles, peuvent se laisser réduire en fragments aussi irréguliers que ceux observés dans la substance ramollie. (Je me hâte d'ajouter, ce qui du reste est clair pour tout lecteur impartial, que je ne veux établir nulle analogie d'aspect entre les fragments des fibres nerveuses et ceux de la substance tuberculeuse.) Mais ce que je tiens à prouver, et ceci n'est pas de la théorie, mais un fait, c'est que, par le ramollissement, la substance organique peut se diviser en éléments présentant la même *forme* que ceux obtenus par la division artificielle.

Je n'entrerais pas dans des détails de cette nature, qui sont familiers à quiconque s'est livré à quelques études micrographiques, si M. Broca ne m'y avait forcé. Je continue donc, en disant que les principes exposés tout à l'heure trouvent leur application immédiate dans l'examen de la substance tuberculeuse ramollie, dont les fragments présentent absolument le même aspect que ceux obtenus par la division de la substance tuberculeuse crue (*Arch. gén.*, p. 414). Ces explications suffisent-elles? rendent-elles M. Broca heureux ou malheureux?

5° Ce qui préoccupe surtout M. Broca, c'est le triste sort des cellules fibro-plastiques, des plaques à noyaux multiples, voire même des cellules cancéreuses, toutes cellules sur la réalité desquelles il ne serait plus permis de discuter (p. 455). J'en demande pardon à mon jeune confrère ; je suis plus libéral, et je crois la discussion toujours permise, même quand il s'agit d'autorités bien établies. Cependant mon embarras est grand, car ce que j'ai à dire est connu de tous ceux qui sont au courant de l'histologie.

Que faut-il entendre sous le nom de *cellule?* Tous les auteurs disent que ce sont des éléments formés d'une membrane, d'un contenu et d'un noyau, avec ou sans nucléoles. Dès qu'il manque une de ces parties constituantes et essentielles, évidemment on ne peut plus parler de cellules, si l'on veut que les mots expriment des idées nettes et précises. Voyons donc si les éléments cités dans ma note incriminée sont de véritables cellules.

En ce qui concerne d'abord les plaques à noyaux multiples de la moelle fœtale des os, nul auteur n'a encore démontré leur membrane enveloppante. M. Kœlliker (*Microsk. anat.*, Leipzig, 1850, p. 364, 378) les appelle corps particuliers ou formations granulées, et il ajoute entre parenthèses : *cellules?* Leur forme irrégulière, n'appartenant à aucun type constant, démontre à quiconque ne veut pas théoriser qu'il s'agit uniquement de fragments irréguliers d'une substance fondamentale renfermant un nombre variable de noyaux.

Il ne sera pas plus difficile de démontrer que les cellules fibro-plastiques ne sont pas de véritables cellules. En effet, M. Lebert avoue maintenant que « les tumeurs fibro-plastiques sont constituées par un tissu cellulaire de nouvelle formation, semblable à celui de la vie embryonale. » (Société de chirurgie, 15 décembre 1852. Voy. *Gazette des hôpitaux*, 25 décembre.) Les éléments de l'un sont identiques à ceux de l'autre. Or, j'ai combattu un des premiers l'existence des cellules qui donneraient naissance aux fibres dans le tissu cellulaire embryonal (*Anat. génér.*, p. 552), et actuellement on ne croit plus guère à ces cellules qui pousseraient des fibres à leurs bouts. On sait que la partie entourant le noyau est un lambeau de la substance fondamentale qui se partage en fibres ; Reichert, Remak, Zwicky et tant d'autres professent cette opinion, et Henle a dit dernièrement (*Compte rendu de Canstatt*, 1851, p. 28) : « La manière dont j'ai présenté, dans mon *Anatomie générale*, les fibres de cellules et les fibres de noyau était une concession faite à la théorie cellulaire, qui à cette époque dominait toutes les conceptions. » Puis il dit, dans sa *Pathologie rationnelle* (2ᵉ volume, 1ʳᵉ partie, page 724) : « C'est ce qu'on a appelé cellules allongées ou cellules à queue, ce ne sont que des lamelles ou de petites écailles, qui sont seulement attachées au noyau, mais qui ne le renferment pas. »

J'arrive enfin à la cellule cancéreuse, particulièrement protégée par M. Broca ; mais je regrette bien vivement de ne pas être obligé ici de discuter leur existence, vu que je n'en ai pas dit un mot dans mon mémoire. Tout micrographe sait qu'il y a une très grande différence entre l'élément que l'on appelle *cellule* et celui que l'on désigne sous le nom de *cellule mère*. Or, je ne parle que de ces dernières, et pour éviter toute interprétation inexacte, j'ai expressément cité les figures relatives de l'atlas de M. Lebert. Toutes ces précautions n'ont pas empêché M. Broca de commettre une singulière confusion, en affirmant que je nie l'existence des cellules cancéreuses; mais son erreur ne doit pas m'entraîner incidemment dans une discussion sur un sujet aussi important que le cancer. Pour le moment, je me bornerai donc aux assertions suivantes : qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de cellule cancéreuse, j'affirme seulement que les formations considérées comme cellules mères sont des amas irréguliers de noyaux, réunis par une masse molle et amorphe. A volonté on divise ces amas en deux ou trois fragments du même aspect. Nulle trace de membrane d'enveloppe, par conséquent pas de cellules. Pour se convaincre de l'exactitude de ces faits, il suffit d'examiner une tumeur encéphaloïde peu d'instants après son extirpation.

M. Broca connaît sans doute les nombreuses et actives recherches faites depuis une dizaine d'années à peu près sur les segments du vitellus fécondé : il sait que, grâce aux travaux de MM. Coste, Bischoff, Leydig, etc., le noyau entouré d'une masse molle, ce qui constitue les segments, n'est plus considéré comme cellule, et cela parce qu'il n'y a pas d'enveloppe. Cependant, il s'agit d'éléments qui se produisent avec une régularité presque mathématique. Pourquoi M. Broca tient-il donc tant à l'existence des cellules mères dans le cancer?

Si maintenant, monsieur le rédacteur, vous voulez bien jeter un coup d'œil sur l'ensemble des divers points en litige, je vous demanderai de quel côté se trouvent les théoriciens. La science et le progrès sont-ils du côté de ceux qui, attachés à une théorie dominante, à une opinion préconçue, se contentent d'un aspect, d'une configuration quelconques, pour crier *haro* sur quiconque ose discuter la valeur de leurs idées chéries! Celui-là serait-il théoricien qui, de point en point, veut se rendre compte de la réalité de toute la configuration? Peu importe, du reste, une critique plus ou moins exacte, plus ou moins bienveillante : la vérité se fait jour malgré toutes les entraves, seraient-elles même puissantes. Plus d'une fois déjà, il m'est arrivé de subir de vives contradictions, même de la part de micrographes, pour des faits qui, actuellement, ont pris place dans la science. Je puis donc aussi supporter la critique de M. Broca, ou plutôt l'avertissement qu'il a bien voulu me donner.

La politesse exigerait que je rendisse l'un et l'autre, mais j'y suis peu disposé, comme vous avez pu le voir. Je prierai seulement M. Broca de vouloir bien compléter la leçon, puisque leçon il y a, en répondant catégoriquement aux véritables points de la discussion ; peut-être de nouvelles lumières m'éclaireront-elles plus que je ne l'ai été jusqu'à présent.

Agréez, monsieur le rédacteur, etc. L. Mandl.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Paris, le 25 avril 1854.

MON CHER AMI,

Il importe assez peu à nos lecteurs de savoir au juste quel est mon âge, et avec quel degré de philosophie je suis capable de recevoir les personnalités que M. Mandl a bien voulu m'adresser. Si cet auteur a cru que mon intention, en rédigeant mon dernier article, était d'avoir avec lui une polémique personnelle, il s'est fait illusion, et s'il espère qu'aujourd'hui je le suivrai sur un semblable terrain, il se trompe bien plus encore. Le genre de célébrité qu'on y peut acquérir ne me tente en aucune façon.

Je ne répondrai donc pas aux épithètes et aux insinuations qui ornent la lettre précédente ; je ne m'occuperai que des faits. Mais auparavant permettez-moi, mon cher ami, de vous rappeler pourquoi j'ai cru devoir protester, comme je l'ai déjà dit, *sous une forme quelconque*, contre l'une des théories de M. Mandl. L'histologie est établie aujourd'hui sur des bases solides, mais elle a encore des adversaires très influents qui n'attendent qu'une occasion pour réunir leurs efforts contre elle. Bien des gens qui s'étaient résignés, non sans regret peut-être, à accepter pour vraie l'existence des éléments microscopiques, triomphaient déjà en apprenant que M. Mandl, comme ce personnage classique que sa lettre sauvera de l'oubli, *avait changé tout cela* en rayant, d'un seul trait de plume, la plupart des résultats laborieusement acquis par la science moderne.

Si l'usage du microscope était plus répandu, les négations et les théories de M. Mandl n'auraient pu avoir aucune suite sérieuse. Les observateurs à qui la lecture de son article aurait pu inspirer quelque doute sur la réalité des faits admis par eux jusqu'alors, auraient eu recours à des observations nouvelles, et auraient bien vite raffermi leurs convictions un moment ébranlées. Mais la plupart des médecins français sont encore étrangers aux études microscopiques. A force d'entendre parler des éléments histologiques, ils ont fini par en admettre l'existence, comme nous croyons, vous et moi, à la planète Uranus que nous ne verrons probablement jamais. Nous y croyons, parce que les livres en font mention, et que tous les hommes compétents s'accordent à dire qu'elle existe. Mais si un astronome de profession, après avoir observé le ciel pendant *plus de vingt ans*, venait dire publiquement, dans une grande Académie : La planète Uranus est un mythe, ceux qui ont cru la voir ont été victimes de telle ou telle illusion d'optique, — alors il nous viendrait des doutes sur la planète en question, et nous serions bien près de mettre en suspicion l'astronomie tout entière. Pour sauvegarder dans l'estime publique cette magnifique science, que devraient, en pareil cas, faire les astronomes? Garderaient-ils le silence ? Ils le pourraient peut-être si leur sceptique confrère était un inconnu sans valeur et sans consistance. Mais s'il s'agissait d'un homme dont le nom fût estimé dans la science, et si le travail de cet homme avait trouvé place dans un journal scientifique de premier ordre, le silence ne conviendrait plus, et une protestation quelconque deviendrait nécessaire.

Eh bien ! si vous voulez me permettre de passer d'un extrême à l'autre, et de comparer une planète à un globule, *si parva licet componere magnis*, c'est précisément là la situation dans laquelle je me suis trouvé lorsque la nouvelle théorie des tubercules a eu, il y a trois semaines, un si grand retentissement. J'ai eu soin de dire dans mon article : « Le *nom » estimé* de M. Mandl et la nature *très sérieuse* du journal qu'il a pris pour » confident de sa théorie, nous font un devoir de protester (1). » Excusez-moi de reproduire une phrase qui a déjà servi, mais j'ai lieu de croire que si M. Mandl en eût pris connaissance, il ne se fût pas engagé dans la voie des personnalités. J'ai pu m'étonner en pensant à la dissection des atômes, j'ai pu m'attrister à l'occasion de la déchéance du tubercule, j'ai pu m'égayer à propos de certaine *brique pilée*. Toutefois, en critiquant la théorie de M. Mandl, j'ai laissé sa personne en repos, et je puis dire de lui ce que le chantre du *Lutrin* disait de l'auteur de la *Pucelle* :

En blâmant ses écrits, ai-je d'un style affreux
Distillé sur sa vie un venin dangereux?

Je suis coupable d'avoir ri ; mais pouvais-je demeurer sérieux? est-ce qu'on discute sur l'existence d'une chose qu'on a vue cent fois, et qu'ont vue aussi tous ceux qui ont voulu la regarder? Et si quelque moderne Sganarelle, — puisque Sganarelle il y a, — venait soutenir devant vous, mon cher ami, que le foie est à gauche, ou que les globules de pus n'existent pas, vous sentiriez-vous disposé à discuter? Évidemment non, il n'y a, en pareil cas, que deux choses à faire : on se soumet comme Géronte, ou on lève les épaules comme je l'ai fait.

Aujourd'hui, pourtant, M. Mandl m'adresse, entre autres choses, cinq arguments numérotés, auxquels je ne refuse pas de répondre. Je commence par le premier.

(1) *Gazette hebdomadaire*, p. 455, col. 2, ligne 20.

Rejetant sur moi la responsabilité de la *théorie du moule*, et il me met au défi (*sic*) de citer textuellement *une phrase* de son mémoire où se trouvent les idées que je lui ai attribuées. Il a raison, il n'y a pas dans son mémoire *une* seule phrase où cette théorie soit présentée, mais en prenant cinq phrases consécutives, on y peut lire ce qui suit :

« En résumé, et pour rendre notre manière de voir plus explicite, dans » l'acte de la tuberculisation, il y a formation d'une masse amorphe » finement granulée. Conformément à tout ce que nous connaissons dans » l'organisme, on doit supposer que cette masse, avant d'acquérir le degré » de solidité qu'elle présente dans le tubercule, *a dû être primitivement » liquide. A cet état* elle pénètre les éléments normaux et leur donne » l'aspect précédemment décrit. Dans les interstices et *dans les vésicules » aériennes*, au contraire, cette substance *se coagule* librement, et forme » des masses plus ou moins grandes, solides, amorphes. Les fragments de » ces masses ont été décrits sous le nom de *globules* ou de *corpuscules du » tubercule*, nom empirique qui doit être rayé de la science (1). »

Nos lecteurs savent maintenant lequel, de M. Mandl ou de moi, est le véritable inventeur de la *théorie du moule*. Il n'est même pas nécessaire de reproduire ici l'alinéa suivant, où l'auteur annonce que les mêmes prétendus corpuscules de tubercule prennent naissance toutes les fois qu'une matière amorphe se coagule dans les vésicules aériennes, comme cela a lieu, par exemple, dans l'hépatisation pulmonaire. Ce paragraphe complémentaire prouve que la théorie du moule n'a pas dû le jour à quelque vice de rédaction, et que la pensée de l'auteur, à cet égard, était parfaitement arrêtée quand il a écrit son mémoire.

Aujourd'hui il paraît rejeter, un peu tard peut-être, cette première théorie ; mais il reste fidèle à sa seconde théorie, celle de la *brique cassée*, car vous me permettrez de conserver ce mot que j'emprunte au langage imagé de l'auteur (2). Ceci me conduit au deuxième argument.

Je me mis en demeure de prouver que M. Mandl admet dans le tubercule des corpuscules particuliers. Il ne s'agit pas de savoir s'il plaît à M. Mandl d'admettre ou de rejeter l'existence de ces corpuscules : je sais parfaitement qu'il la rejette. Il s'agit de savoir s'il a vu ces corpuscules. Or, je prétends qu'il les a vus, qu'il les a décrits, qu'il les a dessinés. Il les a fait représenter sur sa figure 1, *b* ; et, de plus, il en a donné la description suivante (3) :

« D'autre part, à côté de ces éléments normaux, mais infiltrés, on » apercevra de petits corps aplatis, d'une forme tantôt arrondie, tantôt » anguleuse, mais toujours inconstante, fort irrégulière, paraissant com- » posés d'une masse finement moléculaire, et présentant, dispersés dans » leur intérieur, les mêmes *granules graisseux* que nous venons de dé- » crire. Leur diamètre est très variable ; les plus petits ont 0mm,005 à » 0m00,7 ; d'autres, plus grands et plus rares, 0mm,01 ; d'autres encore, » 0mm,01 à 0mm,02, du moins en longueur. »

Lorsque, dans une préparation, j'aperçois de semblables *petits corps*, — puisque M. Mandl ne veut pas entendre parler de corpuscules, — j'ai été élevé à diagnostiquer de la matière tuberculeuse. Veuillez relire, mon cher ami, la description que M. Lebert a donnée des éléments du tubercule (4), et vous verrez qu'elle ne diffère de la précédente que par des détails fort secondaires. Par exemple, il donne simplement le nom de *granulations moléculaires* à ce que M. Mandl considère tout gratuitement comme des granules graisseux. — Celui-ci avoue, il est vrai, entre deux parenthèses (5), que « la nature chimique de cette substance est complétement inconnue. » Néanmoins, comme il a, sur la nutrition et la dégénérescence graisseuse, une petite théorie qui dort paisiblement entre la page 415 et la page 421, il est conduit, par la force du raisonnement, à accorder la composition chimique des matières grasses aux granulations moléculaires du tubercule. N'est-il pas clair, en un mot, que, tout en paraissant nier les corpuscules du tubercule, M. Mandl leur rend, à son insu, un hommage assurément fort désintéressé? Il conteste que ce soient des éléments naturels : libre à lui. Naturels ou artificiels, ils suffisent pour caractériser le tubercule ; on ne leur en demande pas davantage. Que ce soient des *fragments* ou que ce soient des *corpuscules* (6), il est évident que celui-là les admet comme un fait, qui construit une théorie pour expliquer leur formation.

Cette théorie brille de son plus pur éclat dans le troisième argument de l'auteur. M. Mandl me prouve qu'on peut pourfendre *à volonté* (7) avec une aiguille à dissection, un corpuscule *amorphe*, large de 1/200 de mil-

(1) *Archives générales de médecine*, avril 1854, p. 412-413.
(2) *Arch. génér.*, avril 1854, p. 415, ligne 2.
(3) Id., p. 411, dernier alinéa.
(4) *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*, couronné par l'Académie nationale de médecine. Paris, 1849, in-8, p. 7.
(5) *Arch. génér.*, p. 414, ligne 3.
(6) Pour cette opposition entre les mots *fragments* et *corpuscules*, voyez les deux dernières lignes de la page 414.
(7) *A volonté*. Ce mot n'est pas dans la lettre de M. Mandl ; mais il se trouve déployé dans le Mémoire original de l'auteur, p. 412, ligne 34.

limètre. Ce nouvel effort n'était vraiment pas nécessaire, car je me suis bien gardé de nier la chose. Je l'ai, il est vrai, déclarée très difficile. Pour ma part, je ne voudrais pas me charger de faire un pareil tour de force; M. Mandl donne à entendre qu'il l'exécute tous les jours. Je l'en félicite, et je passe à son quatrième argument.

Ce quatrième argument est plein de sinuosités et pourrait fournir matière à de longs commentaires philologiques; votre bon goût, mon cher ami, en appréciera la forme. Je vous engage surtout à en relire le premier alinéa; c'est un modèle de logique et de linguistique. Quant à moi, je m'occuperai seulement de l'explication que M. Mandl a bien voulu me donner d'un fait assez embarrassant pour ses théories.

A la fin de mon article, p. 456 de ce journal, j'avais objecté, contre la théorie de la *brique écrasée*, la présence, dans le tubercule ramolli, de corpuscules exactement semblables à ceux qu'on trouve dans le tubercule cru. La matière tuberculeuse ramollie n'ayant besoin d'être exposée à aucune violence pour être examinée au microscope, il est clair que les corpuscules qu'on y aperçoit existent naturellement. Dès lors, il est étonnant que les manœuvres si variables et si aveugles auxquelles on soumet le tubercule cru pour l'étaler sur le porte-objet, donnent lieu à une segmentation artificielle exactement semblable, M. Mandl le reconnaît lui-même (1), à la segmentation naturelle que produit le ramollissement? Voilà l'objection; et comme elle ne s'applique qu'à la théorie de la brique écrasée, comme, à cette époque, M. Mandl n'avait pas encore renié sa théorie du modelage dans les vésicules *pulmonaires*, j'avais cru devoir citer, à l'appui de mon objection, une observation toute récente faite publiquement à la Société anatomique, sur les tubercules ramollis du *rein*. C'était bien un vendredi, en effet, comme le *croit* M. Mandl et comme le *savent* beaucoup d'anatomo-pathologistes de Paris. Or, la présence de corpuscules parfaitement caractéristiques, absolument distincts de toutes les autres formations connues, fut constatée, à l'unanimité, par tous ceux de nos collègues à qui les études histologiques sont familières, et qui avaient tous lu, avec quelque étonnement, le dernier cahier des archives. L'observation fut faite dans une pièce voisine, par la raison toute simple qu'il n'y a pas de microscope dans la salle des séances; mais la discussion eut lieu en public, et M. Mandl pourra en prendre connaissance dans le bulletin de la Société.

Cette observation, parfaitement authentique et entièrement irrécusable, m'ayant paru peu favorable à la théorie de la brique écrasée, j'avais cru pouvoir en demander l'explication à M. Mandl. J'ai lieu d'être satisfait de ma demande, puisque la réponse est venue combler une lacune du mémoire original de l'auteur.

M. Mandl compare le ramollissement du tubercule au ramollissement du cerveau. Cela ne s'accorde peut-être pas tout à fait avec sa théorie de la dégénérescence graisseuse; mais comme cette théorie là du moins est très inoffensive, je ne la réveillerai pas de son sommeil. Peut-être aussi y aurait-il quelque chose à dire sur l'assimilation établie entre le ramollissement du cerveau et celui du tubercule; mais pour entrer dans les idées de l'auteur, je consens à accepter cette assimilation.

Cela posé, voici l'argument de M. Mandl: Dans le ramollissement cérébral, les tubes nerveux sont dissociés et brisés, suivant leur longueur, en fragments inégaux; or, on peut produire une dissociation et une segmentation analogues en écrasant la substance du cerveau sain. Donc, — suivez bien le raisonnement, — donc une division artificielle *peut* donner des débris semblables à ceux que produit une division naturelle; donc les fragments naturels du tubercule ramolli *peuvent* être identiques avec les fragments artificiels du tubercule cru.

Cette façon de procéder par analogie, en disant que ce qui se produit dans un cas pourrait bien se produire aussi dans un autre cas différent du premier, serait, à la rigueur, passible de quelques objections. Mais je ne veux pas être trop difficile, et j'accepte ce raisonnement comme j'ai accepté l'assimilation précédente. De concession en concession, j'arrive donc à accorder à M. Mandl que le tubercule cru qui se ramollit ou s'écrase se segmente de la même façon que la matière cérébrale qui s'écrase ou se ramollit.

Tout ceci admis, il y a une question que M. Mandl n'a pas posée. Pourquoi les fragments *artificiels* de la substance cérébrale saine, sont-ils semblables aux fragments *naturels* de la substance cérébrale ramollie? Pourquoi les uns et les autres représentent-ils des fragments de cylindre? Pourquoi? La réponse est bien simple. C'est parce qu'il y a *naturellement*, dans le tissu dont ils proviennent, des tubes nerveux qui en sont les éléments anatomiques. Eh bien, de même, s'il y a identité entre les corpuscules, soi-disant artificiels, qu'on observe dans le tubercule cru et les corpuscules naturels du tubercule ramolli, c'est parce que ces corpuscules sont les éléments anatomiques de ce tissu morbide. Et ne voit-on pas que tous les arguments qu'invoque M. Mandl pour rejeter l'existence des globules tuberculeux, auraient pu le conduire tout aussi bien à nier celle des tubes nerveux dans la substance cérébrale?

(1) Page 414, ligne 19.

Je pourrais, à la rigueur, mon cher ami, clore ici cette longue lettre, car j'approuve la plupart des appréciations dont se compose le cinquième argument de l'auteur. — Je les approuve, et cela est très naturel, puisque M. Mandl ne fait qu'y développer des idées nettement exprimées par moi dans l'article qu'il veut réfuter. J'ai émis, et depuis quelque temps déjà, sur la théorie cellulaire (1), un jugement auquel M. Mandl veut bien prêter aujourd'hui l'appui de son autorité. J'ai eu soin de dire, dans mon dernier article, pourquoi cette théorie était tombée (2), et j'ai même ajouté qu'à mon avis le dernier mot n'était pas dit sur la *structure* des cellules (3). Que fait maintenant M. Mandl? Il nie l'existence de la membrane enveloppante des cellules. Il nie l'interprétation qu'on a donnée des cellules dites *cellules mères*; il nie que les éléments fibro-plastiques soient de véritables cellules creuses. Et que m'importe tout cela? Si j'avais des instruments assez fins pour disséquer les éléments impalpables, si j'avais, par exemple, ces aiguilles avec lesquelles nous savons aujourd'hui qu'on pourfend à volonté les corpuscules tuberculeux, si, en un mot, je connaissais un procédé direct et matériel, capable de me conduire sur ce point à une certitude quelconque, je m'intéresserais peut-être à ces questions comme je m'intéresse à toutes les questions susceptibles de recevoir une solution *positive*. En attendant que ce procédé me soit connu, je me borne à constater la forme et l'aspect des éléments que me montre le microscope, à les dessiner, à les mesurer, à inscrire les modifications qu'ils éprouvent lorsqu'on ajoute à la préparation une goutte de tel ou tel réactif chimique, et à utiliser toutes ces données pour distinguer les uns des autres les divers tissus normaux ou morbides. — Je prétends que lorsqu'on agit autrement, que lorsqu'on abandonne le fait pour courir après l'interprétation, on fait des théories et des sophismes. M. Mandl prétend autre chose: il nie que la *science et le progrès soient du côté de ceux qui se contentent d'un aspect, d'une configuration quelconque*. Ceux-là sont, d'après lui, *attachés à une théorie dominante, à une opinion préconçue*. Ainsi, les théoriciens sont ceux qui se *contentent* de constater les faits dans toute leur simplicité, dans toute leur nudité. Quant à ceux qui se servent de leur raisonnement pour interpréter, ou de leur imagination pour deviner l'origine ou l'évolution, ou la destinée des éléments microscopiques, gardez-vous de croire que ce soient des théoriciens. « Celui-là, dit M. Mandl, serait-il » théoricien, qui de point en point *veut se rendre compte* de la réa» lité de toute la configuration? » Ne vous arrêtez pas, mon cher ami, à la configuration de la phrase: prenez l'idée qui y est exprimée, et vous reconnaîtrez avec moi que M. Mandl n'a pas seulement sa théorie du moule, sa théorie de la brique écrasée et sa théorie de la dégénérescence graisseuse, mais qu'il a encore sa théorie sur les théories. C'est beaucoup, en vérité, pour un homme aussi ennemi des théories, mais il est bien démontré, aujourd'hui, qu'*on peut faire de la prose sans le savoir*.

Dieu vous garde, mon cher ami, de toutes ces choses! Vivez à l'abri des corpuscules tuberculeux; méfiez-vous des cellules mères du cancer; n'usez qu'avec modération des éléments fibro-plastiques, et conservez le plus longtemps possible, à l'état de cohérence, les tubes précieux de votre substance cérébrale.

Tout à vous, P. Broca.

(1) *Mémoire sur l'anatomie pathologique du cancer*, dans *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XVI, in-4°, p. 469 à 474.
(2) *Gaz. hebdom.*, p. 455, col. 2, 3e alinéa.
(3) *Id.*, p. 455, col. 1, ligne 11.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Physiologie végétale. — *Absorption de l'azote de l'air par les plantes*. — M. *Ville*, dans une nouvelle lecture sur l'absorption de l'azote de l'air par les plantes, compare les recherches de M. Boussingault sur ce sujet avec les expériences qui lui sont propres. Il s'attache à démontrer que, sous le double rapport des quantités de récolte obtenues et des quantités d'azote absorbées, il y a une différence très tranchée et de nature à donner à ses expériences une importance plus décisive qu'à celles de M. Boussingault. M. Ville fait encore observer que, d'une manière générale, il s'est plus rapproché des conditions naturelles que M. Boussingault, puisque, dans ses expériences, les plantes ont donné des graines dont l'organisation était complète, tandis que dans celles de M. Boussingault, il n'y a jamais eu vestige de fructification. M. Ville pense qu'on ne peut admettre que la quantité considé-

rable d'azote absorbée dans ses expériences puisse avoir pour origine l'ammoniaque dont l'atmosphère contient de faibles traces, non plus que les poussières que l'air tient en suspension. Les conditions d'expérimentation où il s'est placé ne permettent pas une pareille interprétation. Les nouvelles expériences de M. Boussingault ont consisté à semer des graines dans une atmosphère confinée, et à abandonner l'expérience à elle-même. M. Ville pense que de semblables expériences sont défectueuses; lorsqu'on expérimente sur les êtres vivants, la première condition, c'est que ces êtres puissent remplir toutes leurs fonctions. Si une plante est gênée, soit que les racines ne puissent s'étendre, soit que leurs spongioles ne trouvent pas à leur portée les gaz, et surtout l'oxygène qui leur est nécessaire, soit, enfin, que l'appareil dont on se sert s'oppose à l'évaporation de l'eau qui afflue dans les feuilles, cette plante se trouve dans des conditions anormales et ne prospère pas. M. Ville est persuadé que le renouvellement de l'air dans les appareils est une condition essentielle, ainsi que semble le prouver la végétation plus vigoureuse des plantes qu'il a mises en expérience dans des cloches où l'air était renouvelé. M. Ville, s'appuyant sur l'expérimentation faite dans une atmosphère renouvelée, attribue un rôle actif et direct à l'azote de l'air dans les phénomènes de la végétation, et demande que la question soit résolue entre cette opinion et l'opinion contraire par une nouvelle expérience faite sous le contrôle de la commission. (*Commission nommée.*)

M. *Boussingault* combat l'interprétation que M. *Ville* a donnée de ses recherches de 1837, et qui tendrait à démontrer que l'azote de l'air est fixé pendant la végétation; il annonce qu'il se propose d'ailleurs de communiquer prochainement à l'Académie des expériences physiologiques qui montreront que les plantes ne fixent nullement l'azote gazeux de l'air.

Physique. — *Note sur le développement d'électricité qui accompagne la combustion*, par M. J. Gaugain. (*Communiquée* par MM. Becquerel, Pouillet, Regnault, Despretz.)

Toxicologie. — *Sur l'oxyde de carbone pur considéré comme poison.* — M. *Adrien Chenot* expose la théorie suivante relativement à l'action toxique de l'oxyde de carbone pur. Comme l'acide carbonique ne joue que le rôle d'*obturateur*, et que, gaz indécomposable à basse température, il est incapable de fournir l'oxygène nécessaire aux combustions qui entretiennent la vie, il cause la mort par asphyxie pure et simple; il en est tout autrement de l'oxyde de carbone pur. Cet oxyde de carbone, en effet, en contact avec les merveilleux organes de combustion dont nous sommes doués, ne tarde pas à donner lieu aux trois effets suivants. Il passe à l'état d'acide carbonique, d'où résultent : 1° Soustraction d'oxygène et conséquences; 2° combustion de cet oxygène et conséquences; 3° formation d'acide carbonique et conséquences.

Ces trois effets sont inséparables, et le dernier occasionne l'asphyxie immédiate par l'interdiction de l'action sur les poumons et de tout acte de mouvement. Mais en même temps l'oxygène a été condensé; d'où est résultée une action de compression et de déchirement par le vide produit. De plus, la transformation de l'oxyde de carbone en acide carbonique a donné lieu à un dégagement d'environ 6,000 calories par litre d'oxygène brûlé dans les spongiosités de notre organisation contenant cet oxygène qui allait servir à enrichir le sang. Ces 6,000 calories, développées dans des contacts intimes et dans des cellules d'atomes ou de petites sphères d'oxygène, occasionnent donc virtuellement et infailliblement une désorganisation par cautérisation, ce qui cause cette douleur atroce qui accompagne l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, si différent en cela de celui que produit l'acide carbonique, qui cause une ivresse agréable passant progressivement à une douce léthargie, plutôt qu'une sensation pénible. L'oxyde de carbone de combustion offre déjà des dangers comme poison, mais souvent à un degré moindre que l'oxyde de carbone pur. M. Chenot a subi plusieurs empoisonnements par ce gaz, dont il fait un usage très fréquent, dans des expériences de métallurgie, en raison de ses propriétés énergiques et toutes spéciales comme réducteur. Voici la description qu'il donne des effets toxiques :

Extérieurement : 1° on tombe comme frappé de la foudre; 2° les yeux sont renversés dans leur orbite; 3° les membres sont crispés; 4° la peau se décolore; 5° les veines se gonflent et se dessinent d'une teinte noire sous la peau. *Intérieurement :* 1° la sensibilité est extrême; la vie est pour ainsi dire exaltée; toutes les idées ou tous les intérêts principaux, toutes les affections dominantes se reproduisent à l'esprit comme dans un mirage instantané; 2° on éprouve dans le thorax des douleurs atroces analogues à un arrachement intérieur. Cette douleur sourde est des plus vives; on sent que le cerveau est vivement comprimé, soit comme action principale, soit comme action nerveuse provoquée par la douleur.

Quand les symptômes de l'empoisonnement se dissipent, on éprouve une espèce d'insensibilité qui, chez M. Chenot, s'est fixée plus particulièrement à l'extrémité des doigts, à des degrés d'intensité variables avec l'état de l'atmosphère. M. Chenot s'est bien trouvé de l'emploi des grands bains et des boissons délayantes pour combattre l'action toxique de l'oxyde de carbone. (*Comm.:* MM. Thenard, Dumas, Pelouze, Rayer.)

Nominations. L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un associé étranger, en remplacement de feu M. *L. de Buch.* Au premier tour de scrutin, M. *Dirichlet* obtient 41 suffrages; M. *Airy*, 6; M. *Müller*, 1; M. *Ehrenberg*, 1. M. Dirichlet est proclamé élu.

L'Académie procède, également par la voie du scrutin, à la nomination d'un vice-président pour l'année 1854, en remplacement de feu M. *Roux.* Au troisième tour de scrutin, M. *Regnault* obtient 28 suffrages; M. *Isidore Geoffroy Saint-Hilaire*, 24; M. *Rayer*, 1. M. *Regnault*, ayant obtenu la majorité, est proclamé vice-président, et vient prendre place au bureau.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 25 AVRIL 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre du commerce, de l'agriculture et des travaux publics transmet à l'Académie les deux pièces suivantes: *a.* Réclamation d'une collection considérable de calculs vésicaux qui serait demeurée en dépôt chez M. le professeur *Roux*, par M. le docteur *Pamard*, chirurgien en chef des hôpitaux d'Avignon. *b.* Spécifique contre le choléra, par le sieur *Didier.* (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Le ministre de la guerre demande un rapport complémentaire sur les échantillons d'opium algérien qu'il a soumis à l'examen de l'Académie. (*Comm. :* MM. Boullay, Grisolle, Rayer, Bouchardat, rapporteur.)

3. Considérations générales sur les diverses médications qui ont été employées à l'hôpital militaire de Bône durant l'endémo-épidémie de 1853, par M. le docteur *Auberge*, médecin principal et en chef. (*Commission des épidémies.*)

4. Tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1853 dans le département du Jura. (*Commission de vaccine.*)

5. M. *E. Pénoton* envoie à l'Académie des fruits de cédrons qu'il a rapportés de la Nouvelle-Grenade, province du Choco, et une certaine quantité de cire ou résine produite par une espèce d'abeille de ce pays. (*Comm.:* MM. Chevallier, Duméril.)

6. M. *Delfrayssé* adresse une note sur un instrument de son invention qu'il appelle *algalie à ressorts dilatateurs*, et qu'il emploie dans les cas de rétrécissement de l'urètre et pour franchir les obstacles de nature quelconque qui s'opposent au passage des sondes ordinaires. (*Comm. :* M. Ségalas.)

7. M. *Garnier*, pharmacien à Paris, adresse une note sur la préparation du valérianate d'atropine, qu'il a préparé, dit-il, et mis en vente sans le concours de M. *Michéa.* (*Commission nommée*, M. Jolly, rapporteur).

8. M. *D'Agar de Bus*, à Issoudun, adresse à l'Académie l'exposé de sa théorie sur les causes, l'action et le préservatif du choléra. (*Commission du choléra.*)

9. M. *Ch. Fermond*, pharmacien en chef de la Salpêtrière, adresse un mémoire sur la conservation des sangsues médicinales. L'auteur a résumé lui-même son travail dans les conclusions suivantes : Les eaux de Seine et de pluie conviennent mieux aux sangsues que l'eau du canal de l'Ourcq, et surtout que l'eau séléniteuse des puits de Paris. — Les vases de faïence sont bien préférables, pour la conservation des sangsues, aux vases de verre ou de terre vernissée, lesquels sont à leur tour supérieurs, sous ce rapport, aux vases de grès que l'on a coutume d'employer. — L'obscurité est fatale à la conservation des sangsues; il faut les laisser à la lumière ordinaire. — Même dans les conditions de meilleure conservation, dans l'eau de Seine ou de pluie et les vases de faïence, il y a une différence énorme entre les avantages de la conservation dans l'eau et ceux de la conservation dans la terre: pour le même espace de temps, alors que la mortalité a été, dans le premier cas, de près des trois quarts, dans le second, au contraire, elle n'a été au plus que d'un cinquième.

Pourtant, dans l'expérience instituée avec la terre par M. Fermond, celui-ci a reconnu plusieurs inconvénients qu'il a cherché à éviter dans l'établissement d'un petit appareil auquel il a donné le nom de *marais portatif.* Les principaux avantages de ces marais sont surtout : 1° Le

renouvellement facile de l'air dans leur intérieur, puisqu'à l'aide d'un stratagème particulier on empêche les sangsues de s'échapper sans avoir besoin de les couvrir d'une toile ou autre tissu; 2° le renouvellement facile de l'eau corrompue par de l'eau fraîche et pure au moyen d'un déplacement rationnel de bas en haut, pendant lequel la terre peut elle-même être lavée et privée des matières infectes qui pourraient la souiller. Une légère modification apportée dans ces marais portatifs peut les rendre très propres à la conservation des sangsues étrangères qui doivent subir les fatigues d'un long voyage sur mer. Enfin, il est possible d'appliquer ce système de déplacement rationnel à la conservation en grand des sangsues dans l'établissement, d'après les principes établis par M. Fermond d'un *marais perméable artificiel* aussi grand qu'on le jugera nécessaire. (*Commission nommée*, M. Soubeiran, rapporteur.)

10. Note sur une opération d'anus artificiel chez un nouveau-né, par M. le docteur *Lepreste*, chirurgien en chef des hôpitaux de Caen. (*Comm* : MM. Paul Dubois, Huguier et Robert).

11. *M. Mignard*, manufacturier à Belleville, réclame la priorité du compas d'épaisseur, marquant le diamètre au moyen d'un cadran et d'une aiguille, que *M. Leroy* (*d'Étiolles*) a présenté dans la dernière séance.

12. *M Londe*, rapporteur de la commission chargée d'examiner le travail de *M. Michéa*, fait observer, au sujet de la lettre de *M. Garnier*, que M. Michéa n'a nullement fait un secret de la préparation du valérianate d'atropine; qu'il n'y a, dans son mémoire, ni réserve, ni apparence de secret. Il annonce que la commission se propose d'ailleurs de faire prochainement son rapport.

M. Rostan, président, fait part à l'Académie de la mort de *M. Négrier*, membre correspondant de l'Académie, à Angers.

Lectures et Mémoires.

Modification du trois-quarts; trois-quarts lancéolé, par *M. Jules Cloquet*. — Le trois-quarts ordinaire offre des inconvénients sérieux : 1° Dans les tumeurs molles fuyant devant la pointe; 2° dans les tumeurs à parois épaisses et résistantes. On est obligé de donner une impulsion vive et soudaine pour faire pénétrer la pointe; la tumeur fuit encore ou résiste et on est obligé à faire une ponction avec le bistouri. En outre, il y a autant de déchirement que de section opéré par les angles de 30 degrés de l'instrument. Le trois-quarts imaginé par M. Cloquet donne lieu à une plaie simple de 2 à 3 millimètres; les bords sont écartés par le poinçon; la plaie est à trois petits lambeaux et ressemble assez à une piqûre de sangsue. Dans cet instrument, la pointe triangulaire est remplacée par une lame semblable à la pointe d'une lancette.

De la pesanteur utérine. — M. le docteur *Gaillard*, membre correspondant de l'Académie, à Poitiers, lit un mémoire intitulé : *Étude sur la sensation de pesanteur qui accompagne les affections utérines.* L'auteur s'est proposé de rechercher la cause anatomique des sensations de poids, de pesanteur, d'engourdissement dont se plaignent si souvent les femmes atteintes d'affections utérines. Le phénomène pathologiqut est généralement attribué aux déplacements de l'utérus, au tiraillement des ligaments, à la compression des nerfs et des organes voisins qui résulterait de ces déplacements. M. Gaillard a vu cette sensation de pesanteuse manifester à un haut degré dans beaucoup de cas où cet organe avair gardé sa position normale. Elle lui a paru se produire sous l'influence de toutes les causes capables de déterminer une phlegmasie utérine ou d'aggraver une phlegmasie déjà existante à l'époque des règles, pendant la grossesse, au moment de la ménopause, pendant le temps des couches, après les cautérisations et opérations diverses, par la marche, la fatigue, le froid, etc. Le phénomène pesanteur peut se présenter sous diverses formes, à des degrés différents d'intensité, qui peuvent être mesurés par les diverses positions que recherchent les malades pour se soulager. Ces positions, en commençant par celle que réclament les personnes les plus souffrantes, sont les suivantes : 1° le bassin très élevé, les épaules placées en contre-bas; 2° le corps horizontal; 3° assise les jambes élevées; 4° assise à l'ordinaire; 5° debout, mais en mouvement; 6° à genoux; 7° debout, en repos. Les phlegmasies de l'utérus ne provoquent pas cette sensation dans les premiers temps de leur existence, mais seulement après quelque durée; il semble que la pesanteur n'en soit pas un caractère propre, mais qu'elle dépende *de ce que l'inflammation s'étend au système vasculaire ambiant.* Sous ce rapport, l'utérus excorié ou granulé peut être assimilé au membre inférieur ulcéré qui devient pesant quand les veines voisines sont fluxionnées et surtout dilatées. En un mot, la pression de la colonne sanguine sur les vaisseaux enflammés est, dans tout l'organisme, dans l'utérus comme aux membres, la cause efficiente de la sensation de pesanteur. Et c'est pour cela que cette sensation ne se produit pas dans les plus gros paquets de varices tant qu'elles ne s'enflamment pas.

Aux yeux de M. Gaillard, un pessaire, simple ou à ballon, un sachet, une éponge, un dilatateur quelconque, placés dans le vagin, agissent comme une sonde dans le canal de l'urètre. Ils compriment les tissus engorgés, la muqueuse et les tissus sous-muqueux. Les pessaires agissent de dedans en dehors comme un bas lacé de dehors en dedans. Les pessaires, dit un écrivain très récent, soulagent d'autant plus qu'ils sont plus volumineux.

M. Gaillard ne pense pas que jamais une ceinture quelconque puisse redresser l'utérus. Elle agit seulement comme un bandage roulé, placé autour du ventre. Cette action n'est pas très forte; mais elle paraît suffisante quand on considère le notable soulagement que produit la faible pression exercée par une bande de linge sur une jambe variqueuse.

En résumé : 1° Les phlegmasies utérines circonscrites, ulcères, granulations, catarrhes chroniques, ne donnent pas la sensation de pesanteur; 2° mais, sitôt que la fluxion cesse d'être limitée, la pesanteur se manifeste sous l'influence de la station verticale; 3° la pesanteur est en raison de la fluxion vasculaire; elle s'amende avec elle, reparaît avec elle, continue avec elle.

Coxalgie chez le fœtus. — *M. Morel-Lavallée*, chirurgien de l'hospice des Enfants-Trouvés, lit un mémoire sur *la coxalgie chez le fœtus et sur son rôle dans la luxation congénitale du fémur.* M. Morel-Lavallée s'est proposé, dans ce mémoire, de rechercher les causes de la luxation congénitale du fémur; après une discussion approfondie des nombreuses théories qui ont été données de cette luxation, l'auteur décrit avec soin deux exemples de coxalgie intra-utérine suivie de luxation qu'il a eu occasion d'observer à l'hospice des Enfants-Trouvés. Dans ces deux cas, extension de la cuisse, flexion légère du genou, longueur normale du membre, direction naturelle du pied, mobilité extrêmement exagérée du fémur, dont la tête se promène sur tous les points d'une large zone autour du cotyle, sans crépitation. Dans les deux cas, constitution chétive, épistaxis ultime. Dans tous deux, abcès phlegmoneux énorme de la hanche, embrassant, entre les deux branches d'un prolongement supérieur bifurqué, l'os des iles, dont il recouvre ainsi la face externe et la face interne, et occupant par un appendice inférieur une grande partie de la longueur de la cuisse. Dans tous deux, la capsule et le bourrelet ne sont représentés que par des débris, le ligament rond que par un rudiment cotyloïdien, la tête fémorale que par son tiers externe, l'acétabulum que par une cavité superficielle, dont les trois pièces constitutives sont mobiles et dont deux sont cariées, les deux mêmes; enfin dans les deux cas, il y avait luxation directe en dehors par refoulement. La discussion des observations et l'examen des pièces anatomiques démontrent que, dans les deux cas, la lésion remontait bien réellement à la vie fœtale. M. Morel-Lavallée rapproche de ces deux cas deux faits observés, l'un par M. Broca, l'autre par M. Verneuil, et qui offrent avec ses propres observations une analogie très évidente. De l'ensemble de ces observations, l'auteur ne va pas cependant jusqu'à poser en principe que les luxations congénitales du fémur s'expliquent toutes par une coxalgie ou par une hydarthrose, une maladie articulaire. Il y a, dit-il, des anomalies particulières qui ne peuvent être attribuées qu'à un oubli du plan que la nature s'était tracé, mais de pareilles exceptions sont extrêmement rares.

L'auteur termine en disant que la luxation congénitale du fémur reconnaît *généralement* pour cause une affection de la hanche chez le fœtus, coxalgie, arthrite, hydarthrose. (*Comm.* : MM. Velpeau, Cazeaux, Gerdy, rapporteur.)

Anatomie et physiologie des dents. — *M. Oudet* termine la lecture de son mémoire sur l'anatomie et la physiologie des dents.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Carte physique et météorologique du globe terrestre, *comprenant la distribution géographique de la température (lignes isothermes), des vents, des pluies, des neiges et des orages*, dédiée à M. de Humboldt, par M. Boudin; 2e édition, corrigée et considérablement augmentée. Une feuille grand-colombier, chez J.-B. Baillière, libraire.

Sous ce titre, le médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule vient de faire paraître une nouvelle édition d'un planisphère formant un tableau synoptique de la climatologie générale du globe.

Les nombreux détails qu'il a fallu accumuler dans le cadre res-

treint d'une feuille surprennent tout d'abord, et l'œil est un instant à s'orienter pour entreprendre l'étude analytique de la multiplicité des indications qui s'offrent à son regard. Toutefois, en procédant ici comme dans l'examen de tout tableau à plusieurs plans, par un coup d'œil d'ensemble d'abord, puis par les détails, on parvient bientôt non seulement à avoir une idée nette du tout, mais aussi à se servir des nombreux jalons qu'on a sous la main pour se livrer à l'étude comparative des lieux sous le rapport météorologique, pour faire en un mot de la climatologie comparée.

Dans le planisphère sont d'abord encadrées toutes les parties du monde, terres et mers, dont la surface est divisée en degrés de longitude au méridien de Paris, et en degrés de latitude à l'équateur terrestre.

Les lignes qui représentent ces degrés s'étendent parallèlement, comme on sait, quels que soient les accidents de terrain. Mais, outre ces lignes géométriques indiquant la position relative de tous les points de la superficie du globe, sont tracées, plus apparentes, d'autres lignes irrégulièrement parallèles : ce sont les lignes isothermes, séparées entre elles par 5 degrés de température centigrade.

Comme leur nom l'indique, ces lignes passant par les points dont la température moyenne est la même, ne pouvaient plus être exactement parallèles, mais devaient être plus ou moins irrégulièrement brisées, par deux raisons.

1° La température des lieux variant selon l'altitude, il en résulte que les lignes isothermes décrivent des courbes plus ou moins marquées, en raison de la dépression ou de l'élévation des localités.

2° D'autre part la température des contrées varie très notablement aussi, selon l'état hygrométrique des lieux et de l'atmosphère, mais surtout selon la direction des vents prédominants ; de là la nécessité de nouvelles indications graphiques.

Il ne suffisait pas, en effet, d'avoir tracé les lignes isothermes dans toutes leurs sinuosités depuis l'équateur thermal (1), ou ligne passant par les points les plus chauds de tous les méridiens, jusqu'à la limite explorée des glaces polaires ; il fallait encore avoir des données sur la direction des vents prédominants : de là les signes de leur direction indiquée par des cônes rayonnés pour toutes les contrées en général.

Quant aux régions à 30 degrés de chaque côté de l'équateur, où règnent les courants constants des vents alisés, elles sont grisées de hachures obliques, selon la direction de ces vents, c'est-à-dire du sud-est dans l'hémisphère austral, du nord-est pour l'hémisphère boréal. La direction de ces derniers explique pourquoi les navires ont hâte de venir les prendre pour aller aux Antilles, tandis que, pour en revenir, ils cinglent tout d'abord vers les Bermudes, afin d'éviter ces mêmes vents alisés.

Ces deux zones ombrées sont séparées par la zone équatoriale des calmes, laissée en blanc. Cette dernière zone est aussi celle des pluies perpétuelles et les plus abondantes ; car la moyenne annuelle de la quantité d'eau tombée y est de 300 centimètres, tandis qu'au 90e degré cette moyenne n'est plus que de 25 centimètres, neiges comprises, bien entendu.

D'autre part, les régions où règnent les moussons qui soufflent alternativement dans l'océan Indien, dans des directions opposées, selon les saisons, sont ombrées par des hachures entrecroisées.

Enfin, des lignes courbes et partielles indiquent le parcours des ouragans dans le même océan.

L'état hygrométrique des lieux est indiqué par leur surface laissée en blanc (2) (mers, lacs, zone équatoriale des pluies perpétuelles); par opposition, les régions sans pluie sont ombrées par des lignes verticales.

Au moyen des divers signes dont nous venons de parler, et qui sont la clé de lecture de la carte, on peut, *de visu*, juger de l'état hygrométrique habituel, de la direction et de la prédominance des vents d'une contrée et de sa température moyenne.

Viennent ensuite des détails plus circonstanciés écrits en toutes lettres ou en chiffres, en légendes ou disséminés, indiquant la surface des terres et des eaux, le niveau relatif des mers, la situation présumée des pôles glacial et magnétique, la limite septentrionale du tonnerre, la limite des neiges perpétuelles, la décroissance de la température, etc.

Pour la température, les chiffres isolés indiquent la température annuelle moyenne, et, de deux chiffres placés l'un au-dessous de l'autre, le plus rapproché de l'équateur donne la température de l'été, le plus éloigné la température de l'hiver.

On trouve ainsi, pour les températures extrêmes, des indications bien différentes de celles auxquelles nous sommes habitués dans les climats tempérés : par exemple, de — 56 degrés observés au fort de la Reliance, on passe à une température annuelle moyenne de + 56 degrés à Mourzouk, dans le Soudan.

Des températures plus considérables encore que cette dernière, et dont le physiologiste doit tenir compte dans ses investigations étiologiques, seront notées quand on s'occupera des températures prises au soleil. C'est ainsi que dans les flancs de l'Atlas, par une journée de brûlant sirocco, le 20 juillet 1847, sur un mamelon où était assis notre camp, à 75 mètres au-dessus du torrent de l'Oued-Merja, le thermomètre (1), suspendu à hauteur d'homme, sur le plan incliné formé par la paroi extérieure d'une tente à seize hommes, et sous les rayons directs du soleil, a marqué :

A 2 heures.	66 degrés.
A 3 heures.	70
A 3 heures 35 minutes. . . .	72 1/2 (58 deg. R.).

Outre les indications quant à la radiation solaire, les moyennes quant à l'altitude viennent encore faciliter l'étude comparative des contrées sous le rapport thermal. Ainsi, en voyant sur la carte de M. Boudin que l'altitude moyenne de l'Europe est de 205 mètres, et pour l'Asie de 351 mètres, on peut inférer que la température moyenne des plateaux de cette dernière contrée est relativement plus basse. Notons encore que les vents qui, de la mer Glaciale, soufflent sur le nord de l'Asie, contribuent à faire de la Sibérie le plus froid des pays habités.

Une autre cause de différence de température provient et des différences d'orientation des lieux, et des différences de thermalité des grands courants marins. Par exemple, les lignes isothermes de la côte occidentale d'Europe sont bien plus élevées qu'au littoral oriental de l'Amérique. La raison principale en est dans l'existence d'un grand courant d'eau chaude, se dirigeant du golfe du Mexique au nord-est, vers les îles Feroë et la Norwège, où il transporte des graines tropicales (*Mimosa scandens*, *Guilandina Bonduc*, des noix d'acajou, des drupes de cocotier, etc.).

Par contre, un courant d'eau froide partant des hautes latitudes australes de l'océan Pacifique, va refroidir les côtes du Chili et du Pérou.

Outre les chiffres, quant à l'altitude, M. Boudin a donné de plus l'altitude comparative des chaînes de montagnes, par un relief au trait des pics principaux des monts Himalaya, des Andes, des Alpes, des Pyrénées, pics au milieu desquels nous regrettons de ne pas voir figurer l'Atlas, qui, au voisinage de Fez, a des saillies qui pourraient figurer à côté du mont Blanc. Dans ce système orographique, dont nous avons récemment donné une esquisse dans sa portion algérienne (2), nous signalerons à M. Boudin, comme pouvant faire le pendant du mont Néthon, dans la prochaine édition de sa carte, le pic de l'Ouaranseris, l'Œil-du-Monde des anciens (moyen Atlas), d'une altitude de 7,800 pieds, d'après Desfontaines.

Disons en terminant que l'auteur s'est appliqué à enrichir cette deuxième édition, et à rectifier quelques erreurs commises par

(1) L'équateur thermal est compris entre les isothermes de 25°, et a pour moyenne 28°, 2.

(2) Comme l'intérieur des terres entourées par les dentelures littorales est pareillement en blanc, la lecture de la carte coloriée est plus facile que celle de la carte en noir, bien que l'exécution typographique soit aussi parfaite que possible, pour un travail aussi complexe.

(1) A alcool, échelle sur bois.

(2) Esquisse topographique de l'Algérie en ce qu'elle a de plus général dans sa configuration géologique, particulièrement dans la province d'Alger, pour servir à l'étude de la géographie médicale et du climat des possessions françaises dans le nord de l'Afrique. Cette carte forme l'appendice d'un livre intitulé : *l'Algérie médicale*, qui vient de paraître chez V. Masson, éditeur.

MM. de Humboldt, Berghauss, et reproduites par Johnston et Petermann. Ainsi il a mis le Caire hors de la région africaine sans pluie, car il y aurait au Caire une moyenne annuelle de quinze jours pluvieux, d'après les observations de la commission française en Égypte.

D'après les moyennes thermales recueillies sur le littoral du nord de l'Afrique depuis l'occupation française, M. Boudin a reporté au sud d'Alger la ligne isotherme de 20 degrés, contrairement à d'autres topo-météorologistes, qui font passer cette ligne au nord de l'Algérie.

Conformément aux observations de Kerhallet, M. Boudin a donné à la région des moussons une limite orientale beaucoup plus étendue que celle qui est assignée à ces courants aériens dans les cartes de MM. Berghauss et Johnston.

On le voit par tout ce qui précède, la carte de M. Boudin est un véritable livre de géographie physique et météorologique déroulé sur une simple feuille, livre utile pour faire de la géographie botanique et surtout de la géographie médicale.

Ainsi la vigne ayant besoin, pour produire un vin potable, d'une température moyenne d'au moins 18 degrés en été, et supérieure à 0°,5 en hiver, cela explique pourquoi elle ne prospère plus sur les côtes de la Bretagne, tandis qu'elle produit encore sur les coteaux du Rhin, jusqu'au 52e degré de latitude.

Ainsi, les diverses espèces de céréales ayant des limites altitudinales en rapport avec les limites latitudinales, on s'explique pourquoi le blé s'arrêtant, en Suisse à 3,400 pieds, l'avoine à 3,500, le seigle à 4,600, l'orge à 4,800 (soit au trentième de la couche atmosphérique), les mêmes céréales ont leur limite boréale, dans le même ordre, à 61, 65, 67, 70 degrés (Norwège et Laponie).

Ajoutons que la limite septentrionale des céréales se dirigeant du sud-est au nord-est, celle des arbres est à l'opposé.

D'autre part, pour ce qui a trait à l'espèce humaine, en voyant dans l'un et l'autre hémisphère des points compris entre les mêmes lignes isothermes, avoir des conditions météorologiques similaires, on peut en inférer que les populations vivant dans l'un, pourraient s'acclimater dans le milieu correspondant de l'hémisphère opposé. Des faits en fournissent la preuve. Par exemple, la colonisation européenne réussit à la terre de Diémen et à la Nouvelle-Zélande, dont la climature correspond à celle de la France.

D'autre part encore, en connaissant la prédominance des manifestations morbides selon les climats, on juge des migrations qu'il faut conseiller aux malades atteints d'affections chroniques : là pour la phthisie pulmonaire, ici pour les maladies du foie, etc.

Pour le convalescent européen qui aurait besoin de se soustraire à l'action pernicieuse des climats chauds, notamment à la cachexie fébrile, et auquel il n'est pas donné de retourner vers l'air natal, à défaut de déplacement par latitude, il y a possibilité pour lui d'arriver à un climat aussi tempéré que son état l'exige, au moyen du déplacement par altitude. C'est en vertu de ce principe que, dans les Indes anglaises, on a échelonné des *sanatorium*, ou dépôts de convalescents, sur divers points de l'Himalaya. En réfléchissant qu'à une hauteur de 7,000 mètres la température s'abaisse de 30 à 40 degrés au-dessous de zéro (Bixio et Barral), on comprend que de faibles ascensions sur des points montagneux doivent suffire pour trouver une aération tempérée. Dans les pays chauds, une altitude de 500 à 600 mètres peut suffire à cet effet. Par exemple, d'après des données statistiques rapportées par M. Boudin, dans le *Recueil des mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires* (t. LXIV), à la Jamaïque, la mortalité qui, au niveau de la mer, s'élève souvent à 500 décès sur 1,000 hommes d'effectif, s'abaisse à 20 décès sur 1,000 hommes, sous la seule influence d'un campement à une altitude de moins de 700 mètres.

Comme on le voit, l'étude des climats devient féconde en enseignements, tant sous le rapport des sciences physiques et naturelles que sous le rapport médical, surtout pour l'étiologie, la thérapeutique et l'hygiène. Aussi applaudissons-nous à une œuvre qui contribue à appeler ce genre d'étude sur le terrain ferme et solide de l'observation, que connaissait et cultivait déjà le père de la médecine.

Armand.

Choléra. — Nous donnons ci-après le mouvement quotidien du choléra dans les hôpitaux de Paris depuis notre dernier bulletin.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 20.......	18	3	21	1	7
21.......	16	4	20	2	17
22.......	19	5	24	»	12
23.......	27	14	41	»	12
24.......	58	18	76	»	18
25.......	45	19	64	3	26
26	28	17	45	3	28
Résumé de la semaine.	211	80	291	9	120

La situation au 26 était celle-ci :

Cas traités dans les hôpitaux depuis le 7 octobre...		1,593
Sortis............	613	1,364
Décès............	751	
Reste en traitement.............		229

Il y a donc eu, du 20 au 26 avril, 291 cas nouveaux, 9 sorties et 120 décès.

Il est à remarquer que la très grande majorité des 291 cas qui se sont manifestés depuis sept jours appartiennent au 10e et au 11e arrondissements.

La même particularité s'est présentée pour les cas assez nombreux traités à domicile. Le 8e arrondissement a été à peu près épargné.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Allgemeine medicin. Central-Zeitung. — 23e année, nos 29 et 30. Communications pratiques du docteur *Eichmann* : I. La blépharophthalmie diphthéritique guérie par les frictions avec l'onguent de cuivre. Topographie médicale de Kutais (Transcaucasie). Remarques sur le climat des principautés du Danube. — N° 31. Communications pratiques : II. Empoisonnement par des cartes de visite, par *Eichmann*. — N° 32. Cas remarquables de la pratique chirurgicale et orthopédique : I. Hydrencéphalocèle occipitale congéniale. II. Fongus médullaire de la cuisse et de la jambe avec fluctuation apparente, guérie par l'amputation de la cuisse, par *H.-W. Berend*.

Archiv f. physiol. Heilkunde v. K. Vierordt. — Stuttgart, 1854, 13e année, 2e cahier. Sur la rate et quelques particularités de son système capillaire, par *F. Führer* (de Iena). — Les altérations pathologiques dans les poumons des nouveau-nés, par *O. Koestlin*. — Sur la bronchite croupeuse, par *Thierfelder*. — Sur les possédés du diable dans les temps récents, par *Albers*. — Sur le traitement des fièvres intermittentes à l'aide d'émissions sanguines locales, par *Zimmermann* (2e partie). — Sur la physiologie du sang, par *K. Vierordt*. — La représentation graphique du pouls artériel de l'homme, par *le même*.

Deutsche Klinik. — N° 15. Sur l'action de la colombine et de la berbérine, par *Falk* (fin). — L'action de l'acétate de zinc dans l'ophthalmie rhumatismale, par *Klusemann*. — La résection de la tête de l'humérus d'après la nouvelle méthode de Langenbeck, par le docteur *Panagiotes Kyriakos* (avec dessin). — N° 16. Description d'un ophthalmoscope, par le docteur *Klaunig*. — Histoire du développement des tumeurs cancéreuses, par *Remak*. — Le chloroforme contre le *delirium tremens*, par le docteur *Lange*, à l'hôpital de la ville de Koenigsberg. — Premier rapport annuel sur l'établissement hydrothérapique, à Alexandersbad (Franconie supérieure), par *Pfeiffer*.

Medicinische Zeitung herausgeg. v. d. Vereine f. Heilkunde in Preussen. — N° 15. Les aliénés des Pays-Bas, par *Erlenmeyer*. — L'iode comme contrepoison de la belladone, par *Sinogowitz*. — N° 16. Les aliénés des Pays-Bas, par *Erlenmeyer* (fin). — Un accouchement prématuré artificiel, par *Osberghaus*.

Neue medic.-chirurg. Zeitung (de Munich). — N° 9. Analyse des travaux concernant : la balnéologie, par *Ditterich*; les maladies des enfants, par *Otto Buchner*. — N° 10. Suite. — N° 11. Fin. — La chirurgie. — N° 12. Suite.

Wiener medizinische Wochenschrift. — N° 13. Sur les cystosarcomes de la glande mammaire, par le prof. *Schuh*. — Septième lettre iatrochimique, par *Kletzinsky*. Cas de simulation du sexe féminin, par *Augmann*, méd. milit. supér.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.
ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 5 MAI 1854. N° 31.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 4 mai 1854.

QUELQUES REMARQUES SUR CERTAINES MANIFESTATIONS DE L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE.

Personne ne peut se plaindre des efforts tentés chaque jour pour apporter plus de précision dans le langage médical : ils sont à la fois le témoignage et l'effet des progrès accomplis dans les différentes branches de la pathologie. Malheureusement on peut abuser de tout, même du bien. C'est ce qui est arrivé ; et trop souvent, en attachant son esprit à de justes distinctions de mots, on a perdu de vue les rapports des choses. En ce qui concerne le choléra, par exemple, la dénomination nosologique représente aux yeux de tous un ensemble assez bien défini de phénomènes morbides, une forme pathologique bien caractérisée, qu'elle sépare ainsi d'autres formes plus ou moins analogues. Mais le lien qui unit la première forme aux autres, la communauté de leur origine, et par suite, l'identité primordiale de leur nature, tout cela préoccupe-t-il suffisamment les médecins de nos jours, ou est-il aussi sainement compris que dans l'antiquité ? On ne risque pas beaucoup à répondre par la négative. Les uns se plaisent à composer des groupes de manifestations pathologiques, qu'ils isolent absolument les uns des autres, et, en créant des formes morbides, suppriment *la maladie* elle-même. D'autres, par une exagération inverse, au lieu de voir simplement dans les multiples expressions d'un même mal les effets d'une seule cause à divers degrés de puissance, — effets gradués comme la cause elle-même et dont le déploiement est mesuré d'avance, — n'admettent que des *périodes* destinées à se succéder chez le même individu, jusqu'à développement du choléra confirmé, si un certain traitement ne vient y mettre ordre dès le début. C'est exactement comme si l'on soutenait que la varicelle se tournerait en variole sans l'intervention de la thérapeutique, ou qu'un chien deviendrait homme, si quelque accident intra-utérin n'arrivait à propos.

Les anciens ne se laissaient pas plus égarer que nous par l'étymologie du mot *choléra*. Et d'abord, il est fort probable qu'on n'attachait pas primitivement à cette dénomination, comme on l'écrit partout, l'idée d'un flux bilieux. Alexandre

FEUILLETON.

De la réorganisation de l'établissement thermal de Vichy.

L'établissement thermal de Vichy avait été construit en 1829, dans la prévision d'avoir à fournir de 45 à 50,000 bains par saison, au maximum. En 1833, on n'en donnait encore que 19,000 ; ce nombre avait atteint 71,000 en 1850, et dépassé 100,000 en 1853.

Les événements politiques, la difficulté qu'éprouvera toujours l'État à administrer lui-même des établissements de cette nature, l'étendue des travaux devenus indispensables pour la conservation même de Vichy, n'avaient permis d'apporter aucun changement au régime de cet établissement thermal. Il serait inutile d'insister sur les conséquences de cette espèce d'abandon. L'impossibilité pour beaucoup de malades d'aborder seulement le traitement thermal, la nécessité de prendre des bains au milieu de la nuit, l'obligation de renoncer presque complétement à l'emploi des douches, à cause de leurs dispositions vicieuses et de l'insuffisance de l'eau minérale, l'addition excessive d'eau douce à l'eau thermale, et bien d'autres abus contre lesquels la direction, personnellement active et éclairée, de l'établissement thermal se trouvait désarmée, tels en étaient les principaux résultats.

Tout cela n'était que trop connu : personne, soit dans le monde, soit parmi les médecins, n'ignorait les conditions déplorables où était tombé l'établissement thermal de Vichy, et beaucoup de nos confrères hésitaient à envoyer leurs malades chercher au loin un traitement qu'ils ne pourraient peut-être exécuter, ou dont la sincérité n'était pas suffisamment reconnue.

Il n'en saurait plus être ainsi désormais. Par la loi du 18 juin 1853, l'établissement thermal de Vichy a été concédé à une compagnie industrielle qui apportait, dans l'œuvre importante et difficile de la réorganisation de cet établissement, et les capitaux indispensables à une pareille entreprise, et l'intelligence non moins nécessaire pour la mener à bien.

Les travaux exécutés cet hiver ont déjà changé radicalement l'aspect de Vichy. On lira sans doute avec intérêt quelques détails sur les ressources nouvelles dont peut disposer l'établissement thermal. Un coup d'œil jeté sur l'ensemble de cette réorganisation nous permettra d'ailleurs de toucher à quelques points d'applications thérapeutiques assez importants.

de Tralles remarque très justement que l'expression grecque χολάς, dont s'est servi Homère, et qui signifie simplement *intestin*, forme aussi bien une des racines du mot choléra que l'expression χολή, qui signifie *bile*. Le choléra n'était donc autre chose qu'un flux intestinal. Asclépiade le définissait « un flux humoral prompt et de peu de durée par les intestins » : *cholera est humoris fluor, celer ac parvi temporis, ventris* (ventriculi) *atque intestinorum.* Quoi qu'il en soit, la description des auteurs anciens atteste qu'ils n'attribuaient pas un rôle particulier et exclusif au liquide bilieux tel que nous l'entendons aujourd'hui. Celse lui-même, qui assigne pour caractère au choléra l'évacuation de la *bile* par haut et par bas, ajoute aussitôt que cette bile ressemble d'abord à de l'eau, puis à de la lavure de chair; que parfois elle devient blanche, ou noire, ou de couleurs diverses : *primum aquæ similis, deinde ut in eâ recens caro lota esse videatur, interdum alba, nonnumquam nigra, vel varia.* En un mot, pour les anciens, le choléra n'était qu'un *rhumatisme* de l'estomac ou des intestins, c'est-à-dire, dans la langue du temps et suivant l'étymologie du mot, un flux humoral. On peut comprendre par là comment se liaient, dans l'esprit des médecins de l'antiquité, les diverses formes de dérangement gastro-intestinal qui coexistent dans une même constitution médicale ou une même épidémie, et quelle vue profonde ils auraient jetée, par exemple, sur une de ces épidémies de choléra comme il nous en arrive de temps à autre. Ouvrez seulement la collection hallérienne, et vous y verrez décrites à larges traits ces manifestations diverses dont la relation est aujourd'hui un sujet de disputes; vous trouverez indiquées et les plus légères ébauches de la maladie et ses expressions les plus formidables ; vous reconnaîtrez les principales indications thérapeutiques auxquelles nous a conduits de nouveau, comme pour en attester la justesse, une observation oublieuse du passé.

L'occasion, comme la justification, des remarques précédentes, est dans l'état actuel de la santé publique à Paris. Exposer tous les modes de dérangement qu'elle subit sous l'influence de la constitution épidémique nous entraînerait trop loin; aussi bien, nous en avons mentionné une partie dans nos précédents articles. Mais il en est un qui est assez général depuis la recrudescence, et assez important en pratique, pour que nous nous y arrêtions particulièrement.

S'il fallait assigner à ce mode de perturbation de la santé un caractère spécial, nous dirions que ce caractère réside dans une dépression des forces, une défaillance de la vitalité, dont les désordres locaux ne rendent pas un compte suffisant. Mais cet état se traduit diversement; il ne naît pas toujours dans les mêmes conditions; il ne se termine pas toujours de la même manière.

Certains individus éprouvent, sans préliminaire, un sentiment de vide à la région épigastrique. Ils n'ont pas, à proprement parler, la sensation de la faim, et pourtant l'instinct les porte à manger. Mais la digestion est lente, pénible, accompagnée de ballonnement et d'éructations. Les aliments doux, le laitage, les soupes maigres, le pain, passent difficilement. On se rejette alors sur la viande, qui ne réussit guère mieux. Il y a de la constipation. Tête lourde, front chaud, vertiges pendant la marche, sensibilité au froid, tendance au repos, tiraillements dans les muscles des cuisses et des jambes, genoux endoloris; pouls habituellement lent, s'élevant un peu après le repas, particulièrement le soir. Cet état peut se prolonger pendant plusieurs semaines, et même plusieurs mois.

Chez d'autres sujets, la dépression vitale s'accuse par des symptômes plus sérieux et qui ont une plus grande analogie avec les signes propres du choléra. Ordinairement la scène s'ouvre par des troubles manifestes de l'estomac et des intestins; la langue se couvre d'un enduit blanc ou grisâtre ; il y a des nausées, des coliques sourdes; une diarrhée tantôt séreuse abondante, tantôt bilieuse et se répétant seulement deux ou trois fois par jour. Parfois les malades éprouvent un ténesme pénible qui les force à se présenter fréquemment à la garderobe pour ne rendre que peu de matières liquides. Celles-ci peuvent être sanguinolentes; mais, fréquemment aussi, elles ne sont que noirâtres. Ces accidents disparaissent dans l'espace d'un à deux jours, soit spontanément, soit par l'effet des remèdes ; mais la convalescence ne s'établit pas. L'ensemble de symptômes qui marque l'affaissement de l'organisme se produit avec intensité. La pesanteur des jambes est extrême; les lombes sont douloureuses; les malades répugnent à monter les escaliers ; ils accusent une mollesse invincible au physique et au moral ; ils sont toujours disposés à s'étendre horizontalement et toujours prêts à dormir. Le pouls est mou, dépressible, lent; il tombe à 55, 50 et au-dessous. En outre, et c'est là le symptôme, sinon le plus ordinaire, du moins le plus inquiétant, ils éprouvent de temps à autre une horripilation générale qui se fait plus particulièrement sentir dans le dos et les membres inférieurs. Quelques-uns ressentent dans ces parties un froid assez intense pour demander instamment qu'on y pratique des frictions

---

Se procurer de l'eau minérale en proportion suffisante pour satisfaire aux besoins actuels du service et à de futures exigences faciles à prévoir, tel était d'abord le problème à résoudre, celui de la solution duquel le sort de Vichy semblait absolument dépendre ; car le reste ne concernait plus que de simples questions d'installation.

Déjà, en 1850, nous avions eu l'occasion, à propos d'un rapport de M. O. Henry, sur la source de Brosson, d'exprimer devant l'Académie de médecine que ce n'était pas l'eau minérale qui faisait défaut à Vichy, mais bien l'existence de moyens suffisants de captage et d'aménagement des eaux.

Nous emprunterons à un document plus récent et inédit d'intéressants détails sur ce sujet. M. Dufrénois, inspecteur général des mines, s'exprimait ainsi dans un rapport adressé en 1852 au ministre de l'agriculture et du commerce, sur le régime des eaux de Vichy.

« Partout où l'on a sondé dans une étendue d'environ 10 kilomètres (autour des sources de Vichy), on a trouvé des eaux alcalines gazeuses, analogues à celles de Vichy. Il y a donc dans ce bassin une quantité d'eau minérale considérable. Les sondages ont appris que les différentes sources sortent toutes du terrain d'alluvion qui couvre la vallée de l'Allier ; ils ont été arrêtés à une couche argileuse rougeâtre, paraissant régner partout au même niveau, et divisant le terrain d'alluvion en deux parties. La sonde, après avoir traversé cette couche, a en effet constamment rapporté des sables analogues à ceux de la partie supérieure. On peut donc considérer le terrain d'alluvion, situé au-dessous de la couche argileuse, comme formant une espèce d'éponge qui reçoit les eaux minérales de la cheminée d'ascension, et les transmet à la surface, soit par des puits artésiens naturels comme le puits carré, soit par les ouvertures tubulaires qu'on pratique dans sa masse au moyen de forages.

» Cette disposition des eaux minérales de Vichy diffère essentiellement de celle des eaux minérales des pays de montagnes, notamment des Alpes, des Pyrénées, du Mont-Dore, des Vosges. Celles-ci sortent directement des roches cristallines ; on peut, par conséquent, par des galeries souterraines, en général de peu d'étendue, arriver à leur origine, cerner les divers filets par des bétonages convenablement disposés, les réunir et les capter.

» Nul doute que les eaux de Vichy ne présentent une disposition analogue, qu'elles ne soient amenées des profondeurs d'où elles proviennent par une cheminée traversant les terrains cristallins qui dominent Vichy. Mais cette cheminée, au lieu de déboucher sur les pentes des montagnes voisines, a son orifice au fond de la vallée : elle verse ses eaux dans le

avec des linges chauds ou une bassinoire. Dans ces moments le front et la paume des mains se couvrent d'une sueur froide. Nous avons vu plusieurs sujets chez lesquels un refroidissement subit, accompagné de picotements dans les extrémités et dans la face, notamment dans la lèvre supérieure, avec tendance aux lipothymies, revenait à des intervalles irréguliers de deux, trois, quatre ou cinq jours, et, après avoir duré un quart d'heure ou une demi-heure, laissait après lui un abattement profond des forces et le découragement. On se figure aisément la terreur du malade et de ceux qui l'entourent, en présence de ces symptômes, de cette sensation de froid surtout, que chacun sait constituer l'un des traits les plus caractéristiques du choléra. Le médecin lui-même n'est pas sans inquiétude ; mais il a un moyen d'éclairer son diagnostic : c'est de constater la température appréciable de l'enveloppe cutanée. Pendant que le sujet se plaint vivement du froid, la peau garde sa température normale, ou du moins ne donne pas à la main cette sensation désagréable qui résulte du contact des cholériques, et la sueur qui recouvre certaines parties du corps n'a rien de visqueux. C'en est assez pour permettre au médecin d'affirmer que les accidents ne constituent pas le début d'une véritable attaque de choléra, et de calmer les angoisses de la famille.

Cet état morbide peut, comme le premier dont nous nous sommes occupé, se prolonger longtemps, avec bon nombre d'accès de froid, sans aboutir au choléra confirmé. Un de nos clients n'en a été débarrassé qu'au bout de cinq semaines. Dans ces cas, il est rare que la diarrhée ne reparaisse pas par intervalles. L'amaigrissement est rapide, la face pâlit, les traits s'affaissent, l'œil devient terne ; les aliments, que le sentiment de faiblesse appelle avec instance, ne réparent les forces qu'incomplétement, et le sujet tombe dans l'ennui de lui-même et le dégoût de toute occupation.

Telle est, dans la constitution médicale actuelle, une des formes pathologiques contre lesquelles il nous semble que le praticien a surtout à lutter en ce moment. Elle constitue manifestement un mode d'expression de la cause générale qui porte, depuis tantôt six mois, une si grave atteinte à la santé publique ; mais, nous le répétons, elle ne marque pas nécessairement le début d'une attaque de choléra, et le temps pendant lequel elle peut se prolonger, même en l'absence de tout traitement sérieux, en est un témoignage significatif. Arétée l'a bien connue (*De morborum acutorum curatione*) ; il la décrit rapidement, mais en termes fort clairs et fort précis, et trace d'une main ferme les indications thérapeutiques.

A vrai dire pourtant, l'embarras du médecin est parfois assez grand. Au début, rien de plus simple. On se souvient du précepte de ce même Arétée : *in cholera, earum quæ ejiciuntur suppressio mala est*, et l'on respecte le flux intestinal. Un purgatif salin donne même plus rapidement satisfaction aux besoins de l'organisme malade, et le flux s'arrête. Mais survient la dépression des forces. Faut-il insister sur les purgatifs ? Non, à moins de signes manifestes d'embarras intestinal. Plus les garderobes sont abondantes, et plus l'abattement se prononce, et plus fréquents sont les accès de refroidissement. Quand, dans le cours de cet état de langueur, la diarrhée reparaît, elle ne fait qu'ajouter aux accidents. L'arrêter de nouveau avec le diascordium ou l'opium est chose facile ; mais ces substances contribuent encore à l'affaissement du système nerveux. La principale, la vraie indication, consiste à relever les forces par l'alimentation, le vin et la médication tonique et stimulante. Mais on n'y parvient qu'à l'aide d'extrêmes ménagements. Un peu trop d'aliments, des toniques trop énergiques, ramènent des troubles intestinaux ou provoquent des chaleurs momentanées. Quelquefois il s'ensuit des vomissements. Le moyen de se tirer de cet embarras est d'ordonner aux malades trois ou quatre repas par jour, mais très peu copieux et composés de consommés, chocolat à l'eau, viandes grillées, etc., le tout presque sans pain. Après chacun de ces repas, on fait boire deux ou trois cuillerées à bouche de vin chaud à la cannelle. Dans l'intervalle des repas, une potion au sulfate de quinine et à l'alcoolat de mélisse, dans le double but de remonter les forces et de combattre la tendance à la périodicité. Il est des sujets chez lesquels tout échoue. Alors il faut les envoyer hors de Paris, soit pour huit ou quinze jours de suite, soit chaque jour pendant plusieurs heures. Tel malade qui, chez lui, éprouvait des pesanteurs dans les jambes et de la céphalalgie après chaque repas, digère parfaitement et se rétablit, pour ainsi dire, à vue d'œil, s'il va passer la journée sur les hauteurs de Saint-Germain ou de Versailles. Un de nos clients qui, depuis plus d'un mois, avait eu trois ou quatre fois la diarrhée et une dizaine au moins de lipothymies, et qui perdait ses forces chaque jour, part pour la campagne le lendemain d'un accès plus inquiétant que les autres. A peine arrivé, il se sent renaître, mange bien, digère de même, et n'a plus le moindre sentiment de défaillance. Il est un exercice que nous ne saurions trop

---

terrain d'alluvion qui le recouvre, et dont l'épaisseur, d'après certains sondages, est supérieure à 150 mètres ; on ne peut donc suivre à Vichy les méthodes de recherche et de captage qui ont si bien réussi dans d'autres localités.

» Le peu de cohérence des éléments du terrain d'alluvion commande, en outre, de n'entreprendre de travaux sur les sources qu'avec une grande circonspection ; des mouvements trop brusques, qu'on opérerait dans la partie de la cheminée qui traverse ce terrain, pourraient en dégrader les parois et l'obstruer avec ses propres débris. On doit ajouter que le terrain d'alluvion composé de grains de sable, mélangé avec de l'argile ocreuse, est poreux, et que l'eau y circule avec facilité dans toutes les directions..... »

Ces difficultés, auxquelles bien d'autres devaient s'ajouter, telles que l'irruption de masses d'eau d'un volume et d'une force prodigieuse, l'accumulation de gaz acide carbonique dans les travaux souterrains, la présence de dépôts cristallins énormes qu'il a fallu briser avec la hache, etc., ont été surmontées avec un bonheur extrême par M. François, ingénieur en chef des mines, dont l'habileté connue et l'expérience toute spéciale ne devaient pas tromper la confiance qu'elles avaient inspirée.

Il serait trop long d'entrer ici dans le détail des travaux intéressants auxquels a donné lieu le captage nouveau des sources de Vichy. Nous nous contenterons d'exposer les résultats obtenus.

Ces travaux n'ont encore porté que sur trois sources :

La Grande-Grille,

Le Puits-Carré,

La source Lucas.

La Grande-Grille donnait 6,000 litres par vingt-quatre heures. Elle donne aujourd'hui à la sonde de fond 96,000 litres, et à un mètre au-dessus du sol de la galerie 46,000 litres. C'est à ce dernier point que son émergence reste fixée. Son trop-plein, dans le jour, sera donc l'écoulement de 23,000 litres, moins la buvette, et la nuit, par la sonde de fond, de 48,000 (1).

Le Puits-Carré donnait entre 177,000 et 189,000 litres par vingt-quatre heures ; il en donne aujourd'hui 255,000.

Le puits Lucas donnait 81,000 litres. Les travaux d'aménagement qui

(1) Par une circonstance remarquable et inattendue, bien que l'explication en soit facile à trouver, l'eau de la Grande-Grille, qui n'était qu'à 31 degrés, s'est élevée, par suite des travaux qui en ont augmenté le volume dans une proportion si extraordinaire, à 40 degrés, retrouvant ainsi la température qu'elle avait présentée, il y a environ un siècle, à Lassone.

recommander dans ces circonstances : c'est celui du cheval. Rien n'est plus propre à ranimer les forces, et, comme le dit Celse, « *à raffermir l'intestin* » : *vehiculo sedisse*, vel magis etiam equo, *prodest*, *neque enim ulla res magis intestina confirmat.*

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE INTERNE.

MÉMOIRE SUR LA NÉPHRITE ALBUMINEUSE CONSÉCUTIVE A L'ALBUMINURIE DES FEMMES GROSSES, par le docteur Leudet.

(Voir le nº 28.)

Si tout se bornait à la présence unique de l'albumine dans l'urine pendant un temps plus ou moins long après l'accouchement, le sujet que nous étudions ici aurait peu d'importance pratique. Mais il n'en est pas ainsi; l'albuminurie, dans un certain nombre de cas, peut, par sa persistance, par les accidents dont elle s'accompagne, devenir une source importante de dangers capables de compromettre la santé et la vie même de la malade.

L'observation suivante offre à ce point de vue beaucoup d'intérêt.

Obs. III. — *Albuminurie. Accouchement. Éclampsie. Persistance de l'albuminurie seize mois après l'accouchement.*

Masse (Marie), âgée de trente ans, domestique, d'une taille moyenne, face peu colorée, entre le 11 octobre 1852 à l'hôpital de la Charité; elle est couchée au nº 27 de la salle Saint-Basile, service de M. Rayer.

Habituellement d'une bonne santé, Masse ne se rappelle avoir été atteinte antérieurement que d'une variole à l'âge de treize ans. Jamais elle n'a éprouvé de douleurs dans les lombes, les régions rénales; elle ne s'est point aperçue de troubles dans la miction. Jamais Masse n'a été atteinte de convulsions, de perte de connaissance subite ou de vertiges. Les règles ne présentent aucun phénomène anormal. Masse se voit arrivée actuellement au neuvième mois d'une première grossesse: les règles ont paru la dernière fois en février 1852. Pendant le premier mois de la gestation seulement, Masse eut le matin quelques vomissements de matières aqueuses, jamais d'aliments. Ces vomissements se supprimèrent d'eux-mêmes. Au cinquième mois de la grossesse apparut un peu d'œdème débutant au pied droit, au niveau des malléoles. Ce gonflement s'accrut assez rapidement au membre inférieur droit, gagna le pied et la jambe gauche, mais demeura localisé dans ces deux régions pendant près de deux mois sans s'étendre au reste du corps. Masse n'éprouvait à cette époque aucun malaise autre qu'un peu de céphalalgie gravative générale, sans troubles des organes des sens. Depuis deux mois, l'œdème a gagné les cuisses et les parties génitales externes; la malade a quelquefois remarqué un peu de bouffissure de la face. Depuis la même époque, Masse est sujette à de la diarrhée; le nombre des selles varie de deux à dix dans les vingt-quatre heures; leur expulsion n'est pas précédée ou accompagnée de coliques; jamais les matières expulsées n'ont contenu de sang. Des douleurs gravatives se sont manifestées depuis un mois environ dans les régions rénales, et surtout dans la droite. Les urines n'ont pas attiré l'attention de la malade; elle n'a point été frappée de rien d'anormal dans leur couleur, leur abondance ou la fréquence de leur émission.

Le 11 octobre, nous trouvons Masse dans l'état suivant: face pâle, légèrement bouffie, surtout au niveau des joues et des paupières inférieures. Œdème considérable des membres inférieurs, un peu des supérieurs et des parties génitales externes. On ne trouve pas de liquide dans la cavité du péritoine. Le ventre présente l'aspect de celui d'une femme arrivée au terme de la gestation; on entend distinctement le souffle placentaire et les bruits du cœur du fœtus. A l'auscultation, de chaque côté du poumon, on entend un peu de râle sous-crépitant à grosses bulles. Bruits et battements du cœur normaux. Douleur marquée à la pression au niveau des deux régions rénales, et surtout de la droite. L'urine pâle, un peu mousseuse, sans sédiment ou énéorème, acide, donne par la chaleur un précipité d'albumine abondant.

Du 12 au 15 octobre, Masse demeure dans le même état. (Gomme édulcorée; saignée du bras de 400 grammes; deux portions.)

Dans l'après-midi du 15 octobre, Masse accuse un commencement de douleurs d'accouchement qui vont rapidement en augmentant. La poche des eaux se rompt à sept heures du soir. A huit heures, le col, dilaté, avait 2 centimètres environ de diamètre. La tête du fœtus, en position occipito-iliaque gauche antérieure, se sentait parfaitement. L'intelligence de la malade était parfaitement normale. A onze heures du soir, je trouvai la tête du fœtus plus profondément engagée dans l'excavation, et le col presque complétement effacé.

Le 16, à deux heures du matin, je fus appelé auprès de Masse, qui venait d'être atteinte d'une attaque convulsive avec mouvements violents et écume à la bouche. Quand j'arrivai auprès de la malade, l'attaque convulsive était terminée, et avait fait place à un état comateux profond, avec perte de connaissance complète. La respiration était haute, stertoreuse; le pouls à 132. La tête du fœtus était profondément engagée dans le petit bassin. Les contractions utérines étaient facilement senties par la main appliquée à la surface de l'abdomen; elles se renouvelaient à de courts intervalles et arrachaient quelques gémissements à la malade. L'expulsion du fœtus eut lieu spontanément une demi-heure environ après la première attaque convulsive. La connaissance de la malade n'était pas encore revenue. Une demi-heure après l'accouchement, pendant que j'aidais le décollement du placenta par quelques tractions légères exercées sur le cordon, je vis une nouvelle attaque éclamptique se manifester, des mouvements violents apparurent également dans les membres des deux côtés, les doigts étaient fléchis dans la paume de la main, les globes oculaires dirigés en haut, les lèvres couvertes d'une écume légèrement sanguinolente. Le coma remplaça cette attaque convulsive. (Saignée du bras de 350 grammes.) Avant la saignée, le pouls était à 128; après l'émission sanguine, il tomba à 112. Une heure après l'attaque, Masse n'avait pas encore repris connaissance. Pendant le reste de la nuit, son état général s'améliora graduellement.

Le 16, à neuf heures du matin, troisième accès éclamptique de peu de durée et suivi de coma. (Saignée du bras de 200 grammes; eau sucrée avec émétique, 0gr,05; calomel, 0gr,60; jalap, 0gr,15.)

---

sont en cours d'exécution n'ont pas encore permis d'en faire un jaugeage exact; mais on a évalué approximativement ce dernier à 150,000 litres au maximum.

On a dû réserver pour la campagne prochaine les travaux relatifs à la source de l'Hôpital, une de celles dont le captage est certainement le plus imparfait, et dont le débit actuel est de 48,000 litres. Il est permis d'espérer qu'il sera au moins doublé.

Si nous ajoutons à cela la source du Parc (ci-devant source Brosson), laquelle, donne d'une manière intermittente et irrégulière, il est vrai, 50,000 litres par jour, nous trouvons pour total :

Grande-Grille. . .	71,000 litres.
Puits-Carré. . . .	255,000
Puits Lucas . . .	150,000
Hôpital.	48,000
Source du Parc. .	50,000
	574,000 litres.

Voici maintenant à quel service on doit fournir, avec cette proportion d'eau minérale.

Il n'existait en 1853 que 92 baignoires au grand établissement, 25 à l'hôpital, et 3 piscines, dont 2, exclusivement consacrées à l'assistance, pouvaient recevoir de 25 à 30 malades chacune, et la troisième de 12 à 15 seulement. C'est avec ce matériel insuffisant qu'il avait fallu donner jusqu'à 1,600 bains dans une journée.

Dans la saison de 1854, l'établissement thermal pourra disposer de :

172	baignoires au grand établissement.
32	à l'Hôpital.
32	consacrées à l'assistance, dont le service sera désormais séparé.
236	

Ce chiffre, à raison de 9 bains par jour, les nouveaux règlements ne permettant pas d'administrer les bains avant cinq heures du matin, ni après six heures du soir, donne 2,124 bains par jour.

Les baignoires cubant environ 300 litres, chaque bain réclame en moyenne 150 litres d'eau minérale; en effet, l'eau de Vichy renferme, pour un litre, plus de 6,50 grammes de principes minéralisateurs, dont sensiblement 5 de bicarbonate de soude. On comprend dès lors que l'addition d'au moins moitié d'eau douce soit généralement indispensable;

Pendant tout le reste de la journée, Masse demeure dans un état semi-comateux; elle répond difficilement aux questions.

Du 17 au 26 octobre, l'état de la malade s'améliore graduellement. Le coma disparaît. La céphalalgie frontale persiste néanmoins. L'œdème diminue; il persiste aux jambes. L'urine contient une quantité assez considérable d'albumine reconnaissable par l'ébullition et l'addition de l'acide nitrique. Pendant plusieurs jours, l'urine prend par l'ébullition une belle couleur violette foncée. L'utérus reprend dans cet espace de temps son volume ordinaire. Les suites de couches ne présentent rien d'anormal.

Vers la fin d'octobre, Masse est atteinte de diarrhée : huit à dix selles dans les vingt-quatre heures sans coliques. Cette diarrhée persiste jusque vers la fin de novembre. (Lavements avec addition de 12 à 15 gouttes de laudanum de Sydenham. Acétate de plomb en pilules depuis 0gr,05 à 0gr,125 par jour. Vin de Bordeaux, 100 à 200 grammes.)

Au commencement de décembre 1852, la diarrhée cesse, mais reparaît vers le milieu du mois. (Acétate de plomb; thériaque.) Pendant le mois de février 1853, l'état général de la malade semble s'améliorer; elle se levait pendant une partie de la journée. La vue, jusqu'alors toujours faible depuis l'accouchement, était meilleure; la céphalalgie moindre. L'urine contenait toujours une petite quantité d'albumine. Plusieurs bains de vapeur furent donnés pendant ce mois.

Pendant le mois de mars, même état. (Genêt; potion gommeuse avec acide benzoïque, 0gr,30. Deux portions.) L'albumine ne disparaissait pas de l'urine, et la malade accusait toujours le même affaiblissement avec céphalalgie gravative.

Au commencement de mai, la malade présenta un peu plus d'albumine dans l'urine. On cessa l'acide benzoïque. Pendant la première semaine de ce mois, Masse fut atteinte d'une angine tonsillaire légère, qui se dissipa sans aucun traitement. Le 13 mai 1853, la persistance de la céphalalgie fit appliquer un vésicatoire à la nuque: la malade n'en éprouva aucun soulagement. Les deux jours qui suivirent l'application de l'épispastique, la quantité d'albumine contenue dans l'urine augmenta notablement, puis elle revint ensuite à sa quantité ordinaire.

Pendant les mois de juin, juillet, août et septembre 1853, Masse demeura constamment dans les salles levée toute la journée, et aidant l'infirmière de la salle dans les soins à donner aux malades. Les seuls accidents qu'elle accusait étaient des douleurs de tête, de la faiblesse, et une tendance constante au coryza. Après une journée passée debout, l'œdème reparaissait à la partie inférieure des jambes. La diarrhée ne reparut pas. L'urine, examinée une ou deux fois par semaine, présenta presque toujours de l'albumine : deux fois seulement elle parut faire défaut.

Le 15 septembre 1853, Masse quitta le service de M. Rayer, mais pour entrer comme infirmière veilleuse dans celui de M. Andral, dans le même hôpital. Masse n'a pas recouvré depuis lors (février 1854) une santé parfaite; elle est toujours faible; ses jambes enflent souvent le soir; l'urine contient presque toujours de l'albumine dont la quantité varie; plusieurs fois cependant elle fit défaut. Nous apprîmes en décembre 1853 que Masse avait été atteinte, dans le dortoir des infirmières, de mouvements convulsifs de peu de durée, mais assez violents, suivis de perte de connaissance et de diminution de l'intelligence.

Depuis cette époque, Masse avait continué à remplir ses fonctions d'infirmière à l'hôpital de la Charité, éprouvant toujours un sentiment de lassitude générale et une tendance constante à la diarrhée. L'urine contenait une quantité plus ou moins grande d'albumine. Le 20 mars 1854, Masse fut atteinte dans la journée de perte de connaissance avec quelques mouvements sur la nature desquels nous n'avons pu avoir de renseignements. Couchée actuellement au n° 1 de la salle Saint-Basile (service de M. Rayer), Masse accuse de la céphalalgie, de la courbature, les jambes enflent toujours un peu le soir. L'urine contient encore une quantité assez considérable d'albumine.

Dans l'observation que nous venons d'exposer, nous voyons une femme de trente ans, jusqu'alors d'une bonne santé, primipare, éprouver, au début de sa grossesse, quelques vomissements aqueux analogues à ceux qui se manifestent si fréquemment chez les femmes enceintes. Vers le commencement du cinquième mois, de l'œdème apparaît aux membres inférieurs, et, au bout de deux mois, s'étend et finit par atteindre les membres supérieurs. La malade accuse en même temps des douleurs rénales, de la céphalalgie et de la diarrhée. Les urines, pendant ce temps, n'ont offert rien d'anormal dans leur couleur ou la fréquence de leur émission. C'est dans ces circonstances que la malade entre à l'hôpital. Des convulsions éclamptiques survinrent pendant le travail de l'accouchement, se renouvelèrent après l'expulsion du fœtus, et se terminèrent par une convalescence lente et incomplète. Ce que ce fait présente de plus curieux, c'est la longue durée de l'albuminurie, avec une persistance de la céphalalgie, une tendance à la diarrhée, l'affaiblissement des forces; enfin, lorsque cette femme était arrivée, après plusieurs mois, à un état de convalescence en apparence confirmée, de nouveaux accidents convulsifs se manifestèrent à deux reprises. Cette malade finira-t-elle par guérir? Nous n'osons l'affirmer; et même, sans pouvoir émettre aucune opinion à cet égard, nous serions plutôt disposé à formuler un pronostic défavorable.

Les faits qui nous permettraient d'émettre ce pronostic ne manquent pas dans la science. Nous citerons d'abord un mémoire du docteur Simpson, d'Édimbourg (*Edinburgh Monthly Journal of Med. Science*, oct. 1852, p. 369), dans lequel le savant accoucheur écossais a fait connaître une série d'observations très intéressantes. Tout en admettant, ce que nous avons indiqué plus haut, que l'albuminurie des femmes grosses disparaît en général rapidement après l'accouchement, Simpson dit l'avoir vue durer quelques semaines encore après l'accouchement. Dans quelques cas même l'albuminurie s'accompagne des symptômes généraux de la néphrite albumineuse et finit par causer la mort.

Obs. IV.—Une dame était accouchée en province sans signes d'éclampsie; elle vint à Édimbourg environ sept semaines après l'accouchement. Quand le docteur Fairban et moi, dit M. Simpson, nous vîmes la malade, la couleur pâle de la face, quelques troubles des sens, des attaques occasionnelles de stupeur, le manque de mémoire, enfin quelques autres symptômes m'engagèrent à examiner l'urine de la malade; je la trouvai parfaitement albumineuse. Au bout de huit à dix jours, la malade fut prise de convulsions qui se répétèrent plusieurs fois, furent suivies de coma et se terminèrent par la mort.

Cette observation est suivie d'une autre plus intéressante encore du même auteur.

---

car chaque bain renfermera encore 900 grammes de principes minéralisateurs, dont 750 de bicarbonate de soude, sans compter les gaz encore en dissolution, et il n'est guère de malades qui puissent supporter des bains quotidiens à dose plus élevée.

Or, si les 2,124 bains absorbent par jour 318,600 litres d'eau minérale, il en restera pour la buvette et le service des douches 255,400.

La proportion d'eau nécessaire pour la buvette peut être considérée comme à peu près insignifiante, relativement au chiffre de 255,400 litres. Car en prenant deux suppositions exagérées, 2,500 malades, buvant chacun 2 litres d'eau minérale par jour, cela ne ferait que 5,000 litres; et encore un très grand nombre de malades boivent l'eau des Célestins, de la source Lardy ou de la source des Dames, dont le débit n'a pas été compris dans l'énumération précédente.

Il nous reste à parler des douches.

On ne paraît pas s'être fait aucune idée, dans l'organisation primitive de l'établissement thermal de Vichy, des services que peuvent rendre les douches dans le traitement des maladies qui s'y rencontrent le plus communément.

Quatre cabinets de douches froides, sombres et humides, munis des appareils les plus imparfaits, alimentés par une eau d'une température uniforme de 40 à 45 degrés, c'est-à-dire beaucoup trop élevée dans un grand nombre de cas; telles étaient les uniques ressources que nous offrait l'établissement, sous ce rapport, et encore la pénurie d'eau rendait-elle fort souvent impossible d'en user.

On a trop exclusivement considéré, jusqu'ici, les douches de Vichy comme un simple moyen résolutif, indiqué par certaines affections locales, telles que tumeurs ou engorgements. Employer les douches comme moyen général, sur les extrémités refroidies, pour y rappeler la chaleur et la circulation; sur la région rachidienne, pour stimuler le système nerveux; sur les membres, pour en ranimer la tonicité; sur la surface cutanée, pour relever les fonctions de la peau; telles sont les indications les plus communes que nous ayons trouvées à remplir, tellement communes qu'il nous a paru, approximativement, qu'un système de douches bien organisé à Vichy devrait trouver une application utile au moins chez le sixième des malades.

Si nous supposons 2,100 bains à donner par jour, c'est-à-dire 2,100 malades, nous pourrons évaluer à 350 environ le nombre de ceux chez qui les douches se trouveront indiquées, sous une forme quelconque. Mais les douches ne se prennent pas quotidiennement comme les bains. Le nombre que chaque malade en réclame varie beaucoup. Une douche pour

Obs. V. — Une femme de trente-six ans, mère de six enfants, fut atteinte en 1847, deux jours après la naissance de son cinquième enfant, d'une amaurose tellement complète qu'elle ne pouvait distinguer le jour de la nuit. En peu de jours, néanmoins, l'amaurose diminua et disparut. Pendant la deuxième semaine qui suivit la naissance de son dernier enfant, en juillet 1850, elle devint tout à coup et complétement aveugle, éprouvant en même temps quelques symptômes de stupeur. L'amaurose ne disparut pas complétement après cette attaque comme après la première. La malade a encore (septembre 1851) la vue si mauvaise qu'elle ne peut lire; la pupille se contracte maintenant, mais a été quelque temps dilatée et immobile. Le dernier enfant mourut de convulsions une semaine environ après sa naissance. M. Sidney a trouvé l'urine très albumineuse lors de la première attaque d'amaurose, et cet état de l'urine persiste encore aujourd'hui.

L'intermission dans les symptômes généraux appréciables qu'a présentés cette malade se comprend facilement. On sait, en effet, qu'il en est souvent ainsi dans la néphrite albumineuse idiopathique, et, d'ailleurs, l'état de grossesse est peut-être capable de donner lieu à des exacerbations momentanées suffisantes pour provoquer la manifestation des symptômes extérieurs. Dans ces deux cas, deux accidents graves viennent attester la persistance de la maladie : dans le premier les convulsions, dans le deuxième l'amaurose.

Nous n'avons nous-même observé aucun fait aussi remarquable que les deux cas que nous a fait connaître le docteur Simpson.

Nous citerons cependant l'observation suivante, comme exemple d'une néphrite albumineuse se manifestant à la suite d'une grossesse.

Obs. VI. — *Syphilis constitutionnelle. Accidents tertiaires. Accidents de néphrite albumineuse se développant à la suite d'une grossesse.*

Froger (Joséphine), âgée de trente et un ans, d'une taille moyenne, yeux bruns, cheveux bruns, face pâle et un peu blafarde, entre le 10 mars 1852 à l'hôpital de la Charité; elle est couchée au n° 18 de la salle Saint-Basile (service de M. Rayer).

Dans sa jeunesse, avant son mariage, Froger a toujours joui d'une bonne santé. Enceinte pour la première fois il y a huit ans, elle eut au début de la gestation de nombreux vomissements qui la fatiguèrent beaucoup; elle avorta au quatrième mois de la gestation. Avant l'avortement, elle avait eu, dit-elle, aux grandes lèvres, des boutons qui laissaient suinter un peu de liquide, furent ulcérés près d'un mois, et se guérirent d'eux-mêmes. La malade, n'en éprouvant que peu de douleur, n'eut recours qu'à des soins de propreté. A la suite de sa fausse couche, Froger fut tourmentée par des douleurs générales, surtout nocturnes, dans la tête, dans les articulations des membres; les cheveux tombèrent en grande quantité; elle ne se rappelle pas avoir eu des maux de gorge à cette époque. Six ou sept mois plus tard, Froger éprouva une douleur marquée et vive à la partie moyenne et interne du tibia droit; une saillie se montra dans ce point. Des douleurs apparurent vers la même époque dans le nez, et au bout de peu de temps, la malade rendit dans l'espace de quatre à cinq mois cinq fragments d'os qui semblaient, dit-elle, avoir été rongés de vers. Depuis cette époque, le nez changea de direction; il s'affaissa à sa partie moyenne, et l'orifice antérieur des fosses nasales se dirigea en avant et un peu en haut. Actuellement encore elle mouche chaque matin un peu de liquide purulent.

Deuxième accouchement à terme le 12 septembre 1851. Avant cette première grossesse, Froger n'avait éprouvé, hormis les accidents de syphilis constitutionnelle mentionnés plus haut, aucune détérioration de la santé, du moins d'une manière marquée. Son appétit était bon, et jamais les membres inférieurs n'avaient présenté d'œdème. Pendant la deuxième grossesse, elle éprouva des vomissements se répétant presque chaque matin, consistant principalement en matières aqueuses; cependant elle vomissait très souvent ses aliments. Pendant les derniers mois de la gestation, Froger avait de fréquentes douleurs dans les régions rénales qu'elle indique parfaitement. Les urines ne lui ont pas paru offrir de couleur anormale; elle n'y a remarqué aucune couleur rougeâtre brune ou sanguinolente; seulement la miction était très fréquente, se répétant au moins vingt fois dans la journée, et très fréquemment aussi dans la nuit. Pendant la grossesse, la malade maigrit considérablement. L'accouchement se termina rapidement, spontanément en huit ou neuf heures. L'enfant vivant était petit et n'avait aucune éruption cutanée.

Dans le mois qui suivit son accouchement, Froger, sans être réellement malade, dit-elle, ne put entrer en convalescence franche. Aucun œdème n'avait apparu alors aux membres inférieurs pas plus que dans toute autre région du corps; mais l'appétit demeurait mauvais, les vomissements de matières alimentaires persistaient, et cela d'une manière très incommode pour la malade. Les fonctions des organes des sens s'exécutaient d'une manière parfaitement normale.

Un mois après l'accouchement, c'est-à-dire vers la fin d'octobre 1851, l'œdème commença, dit Froger, à apparaître aux membres inférieurs, demeura peu considérable pendant un mois, et augmenta ensuite sans atteindre un degré tel qu'il rendît la marche impossible, mais gênant beaucoup la malade pour mettre des chaussures. Les vomissements ont beaucoup diminué depuis deux mois; actuellement elle vomit rarement. Depuis le début de la maladie, elle a été traitée par des pilules de quinquina.

Lors de l'entrée à l'hôpital, nous trouvons un peu d'œdème des membres inférieurs et du gonflement de la face; pas d'ascite. Aucun symptôme morbide du côté du cœur; un peu de souffle doux, intermittent dans les vaisseaux du col et à la naissance de l'aorte. Gonflement marqué des tibias avec irrégularité à leur surface. L'urine, examinée par la chaleur, donne un cinquième environ de la hauteur du tube d'albumine; il en est de même par la chaleur. Les vomissements reparaissent encore presque chaque jour; il s'y joint souvent un peu de diarrhée. (Raifort. Bain de vapeur. Sous-carbonate de fer, 0gr,40. Deux portions.) Le 15 mars Froger quitte l'hôpital, sur sa demande, dans le même état.

Dans ce fait, la grossesse ne peut pas, à beaucoup près, être considérée comme la cause unique de la néphrite albumineuse. La syphilis constitutionnelle, arrivée à un degré avancé, agit, comme on le sait fréquemment, comme cause productrice de cette affection rénale; mais dire quelle a été l'influence relative de ces deux circonstances, grossesse et syphilis antérieure, c'est ce que nous ne pouvons évaluer. Cette observation présente un point intéressant : c'est le début graduel de l'affection rénale survenant peu de temps après l'accouchement.

Les faits que nous avons cités démontrent, il nous semble, que l'albuminurie consécutive à la grossesse peut être un phénomène

---

trois bains représente certainement la proportion la plus élevée que nous puissions admettre, ce qui porterait à 120 par jour le nombre de douches à administrer.

Il sera facile de satisfaire à ce service au moyen de douze appareils de douches qui viennent d'être installés au grand établissement, huit douches locales annexées aux baignoires, et quatre grandes douches. Nous préférerions une proportion inverse relativement à la destination spéciale de ces différents appareils; mais on pourra augmenter le nombre des grandes douches, si l'expérience, comme nous le pensons, en démontre la nécessité.

Quant à l'eau minérale nécessaire à l'alimentation de ces douches, dussions-nous fixer à une proportion correspondant à trois bains la dépense d'une douche, ce qui n'est exact que pour les grandes douches, nous trouverions un chiffre, pour 120 douches, de 108,000 litres, si l'on emploie l'eau minérale pure, de 54,000, si l'on fait usage d'eau minérale coupée avec de l'eau douce. Le chiffre le plus élevé laisserait encore disponibles environ 150,000 litres d'eau minérale pour l'usage des douches ascendantes, etc.

Nous pourrions ajouter que ces douches viennent d'être établies dans les conditions les plus satisfaisantes, sous le double rapport de l'application médicale et du confortable. Aux six appareils de douches ascendantes qui existaient à l'Hôpital, on en a ajouté quatre au grand établissement, dans des conditions d'appropriation plus convenables qu'elles n'en avaient présenté jusqu'ici.

Si nous ajoutons à ces travaux le transport, à l'établissement thermal lui-même, de la source ferrugineuse des Dames, qui en était éloignée de 2 kilomètres, l'installation d'une prise d'eau sur l'Allier, travail d'une haute importance,— car l'eau douce ne faisait pas moins défaut que l'eau minérale elle-même,—nous aurons à peu près énuméré les résultats considérables obtenus dans l'espace de quelques mois, et pour l'accomplissement desquels il a fallu déployer une extrême activité et une habileté non moins remarquable.

Mais une partie de ces travaux, ceux au moins relatifs au développement des moyens balnéatoires, ne sont que provisoires. De vastes constructions doivent s'élever à Vichy, et nous espérons que, par leur caractère autant que par leurs aménagements, elles réaliseront l'idée d'un établissement thermal modèle.

Qu'il nous soit permis d'émettre à ce sujet quelques conseils.

On a trop vécu jusqu'ici sur cette idée que les eaux minérales constitueraient de véritables médicaments spécifiques qu'il suffirait d'introduire,

isolé de peu de durée et de gravité, et que dans d'autres cas, au contraire, sa durée, sa coïncidence avec d'autres accidents sérieux révèle une lésion grave et profonde.

Mais cette lésion est-elle une maladie des reins? Est-ce une néphrite albumineuse? Nous n'avons pu recueillir par nous-même aucun élément propre à résoudre la question, les malades que nous avons observées n'ayant pas succombé; nous sommes donc forcé de chercher, dans les observations publiées par les auteurs, les faits qui mettront à même de donner une solution de la question. Il est plus difficile qu'on ne le pense vulgairement d'établir anatomiquement ce que c'est que la néphrite albumineuse, ou du moins de déterminer des caractères pathognomoniques de la lésion. En France, si l'on excepte M. Rayer et ses élèves, ainsi que M. Martin Solon, la plupart des auteurs, des médecins ne reconnaissent, n'admettent la lésion que lorsqu'elle est parvenue à l'état que l'on connaît sous le nom de *décoloration avec productions de granulations*, en un mot l'on revient aux degrés primitifs de Richard Bright. En Allemagne, au contraire, le nombre des états pathologiques réunis sous le nom de *néphrite albumineuse* est beaucoup plus considérable, et, à l'exemple de M. Rayer, on s'est occupé avec ardeur du début, de l'état aigu de la maladie.

L'espace nous manque pour exposer ces opinions, et nous restreignons la question à l'acception la plus ordinaire du mot. Or, les autopsies ont-elles démontré, dans les conditions dont nous nous occupons ici, l'altération manifeste de la maladie de Bright? M. Rayer (*loc. cit.*, p. 402) a trouvé une fois les caractères de la néphrite albumineuse arrivée au deuxième degré. La lésion était beaucoup plus avancée dans deux faits observés par MM C. Devilliers et Regnault (*loc. cit.*, p. 64). Il est dit que les reins offraient des granulations; on voit que la maladie était arrivée déjà à un degré avancé. Eisenmann (*De l'urémie. Verhandl. der phys.-med. Gesell. zu Wuerzburg.*, vol. III, livre 2, p. 206) dit que le professeur Litzmann a trouvé deux fois l'altération graisseuse de la néphrite albumineuse dans des reins de femmes mortes après les couches. R. Braun (*Wiener Wochenschrift*, analyse dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1854, n° 16, p. 242), dit que les reins de femmes mortes à la suite de convulsions présentèrent quelquefois les caractères manifestes de l'infiltration graisseuse; souvent ils n'offraient qu'une hyperémie plus ou moins marquée. Enfin, dans un excellent ouvrage d'histologie pathologique (*Pathologische Histologie*, p. 305, Wien, 1853), M. Wedl a donné des détails intéressants qui montrent dans le rein d'une femme morte à la suite d'accès éclamptiques, les lésions du glomérule de Malpighi et du tissu du rein, que l'on observe dans les néphrites albumineuses ordinaires.

L'anatomie pathologique vient donc montrer, chez des femmes demeurant albuminuriques à la suite de l'accouchement, les lésions de la néphrite albumineuse chronique. Nous omettons à dessein, comme nous l'avons dit plus haut, de parler ici des lésions de la néphrite albumineuse aiguë. Symptômes, accidents, complications, enfin lésions anatomiques, tout se rencontre à la suite de l'accouchement comme dans la maladie de Bright idiopathique. Cette conclusion, bien entendu, ne tend pas à impliquer dans la néphrite albumineuse toutes les albuminuries survenant pendant l'accouchement et pouvant parfois persister après l'expulsion du fœtus.

On a cherché à déterminer, par l'analyse clinique, les signes propres à différencier l'albuminurie simple de l'albuminurie symptomatique de la néphrite albumineuse; en un mot, on a cherché quels étaient les signes sur lesquels le pronostic pouvait s'appuyer. La néphrite albumineuse qui se déclare dans les derniers mois de la grossesse, dit M. Rayer (*loc. cit.*, p. 400), est beaucoup moins grave que celle qui a précédé la conception, qui persiste pendant la grossesse ou qui se déclare dans les premiers mois de la gestation. M. le docteur Lever croit que l'albuminurie qui s'accompagne d'œdème pendant le cours de la grossesse, donne lieu à une persistance plus grande de l'albumine dans l'urine, que dans les cas où l'albuminurie commence peu de temps avant le travail. Si nous consultons à cet égard nos observations, nous verrons que dans l'une (obs. III), l'œdème débuta au cinquième mois de la gestation; chez une autre (obs. I), l'œdème ne parut que peu de temps avant le travail. Or, chez la première malade, l'albuminurie fut bien autrement grave que chez la dernière. Les deux malades dont nous avons rapporté l'histoire étaient primipares (obs. I et III). On peut voir que d'autres, celles du docteur Simpson, étaient multipares.

Aucune circonstance ne paraît donc propre à établir le pronostic d'une manière certaine, à moins, toutefois, que la maladie ne s'accompagne de symptômes généraux : malaise, vomissements, œdème persistant longtemps encore après l'accouchement.

Nous avons évité, dans ce travail, de discuter la question suivante : La néphrite albumineuse ne pourrait-elle pas, dans ce cas, être rapportée à une complication accidentelle, être considérée comme une maladie intercurrente? Nous ne le croyons pas, du moins dans le plus grand nombre des cas; mais nous ne voudrions pas émettre cette opinion d'une manière absolue.

Conclusions. — 1° L'albuminurie qui survient chez les femmes grosses peut persister plusieurs semaines, plusieurs mois même après l'accouchement.

2° L'albuminurie peut être dans ce cas l'indice d'une néphrite albumineuse.

3° La néphrite albumineuse survenue consécutivement à la grossesse s'accompagne de tous les accidents de l'affection idiopathique.

4° Elle peut se terminer par la mort.

5° L'anatomie pathologique a montré souvent, dans les reins de ces malades, les lésions de la néphrite albumineuse.

---

par une voie quelconque dans l'économie, généralement en plus grande proportion possible, pour en obtenir les effets attendus.

Il est loin d'en être ainsi. On peut établir, comme fait général, que l'action des eaux minérales dépend en grande partie de leurs modes d'administration, et que plus on multiplie ces derniers, plus on ajoute à leurs propriétés thérapeutiques, plus on étend le champ des indications auxquelles les eaux peuvent satisfaire. Ceci est aussi vrai des eaux de Vichy, que leur composition chimique range au nombre des plus médicamenteuses, que de ces eaux salines dont le degré de saturation chimique paraît dépasser à peine celui de certaines eaux douces, et dont les propriétés thérapeutiques effectives semblent au premier abord devoir être artificiellement obtenues, plutôt qu'elles n'appartiendraient à la nature de l'eau thermale elle-même.

Pour nous donc, la valeur d'un établissement thermal se mesure surtout par la multiplicité des moyens mis à la disposition du médecin pour réaliser les indications qu'il poursuit. Ce n'est jamais sans étonnement que l'on considère le grand nombre d'affections morbides diverses qui trouvent dans l'emploi d'une même eau minérale des chances à peu près égales, ou de guérison, ou de ce degré d'amélioration qui, dans le plus grand nombre des maladies chroniques, est la seule guérison possible. Il ne faut pas que l'on s'imagine trouver dans des conditions de diathèse, d'étiologie, de constitution physiologique, une explication à ce fait surprenant. Les malades auxquels les eaux de Vichy, par exemple, offrent les ressources les plus certaines et les plus étendues, ne nous offrent-ils pas les types les plus opposés chez les graveleux à tempérament sanguin ou à constitution athlétique, les dyspeptiques chez qui le système nerveux paraît avoir revêtu une prédominance exclusive, enfin chez les individus atteints d'affections du foie, et qui multiplient sous nos yeux toutes les formes du tempérament bilieux et de la constitution hépatique?

Comment applique-t-on un traitement, en apparence identique, à tant de conditions diverses? C'est en modifiant le plus possible les modes d'application. La nature s'y est prêtée elle-même en fournissant, sur un espace restreint, le même médicament, sous une température froide, tiède ou élevée; ici chargé de matière organique, là combiné avec une quantité notable de fer, ailleurs dégageant une proportion considérable d'hydrogène sulfuré. A ces ressources variées offertes par la nature, l'art en a bien d'autres à ajouter : ainsi pour les bains, la durée, la température, la proportion d'eau minérale; pour les douches, les infinies variétés de formes, d'intensité, de siége, etc., sous lesquelles elles peuvent être usitées; et

PATHOLOGIE EXTERNE.

OBSERVATIONS SUR LA SYPHILIS DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS A LA MAMELLE, par MM. ADR. DOYON et ACHILLE DRON, internes des hôpitaux de Lyon.

Suite. — Voir le numéro 30.

OBS. VI. — Gentis (Catherine), âgée de trente-huit ans; tempérament lymphatico-sanguin, santé ordinairement bonne; pas de maladies syphilitiques antérieures, non plus que son mari, tisserand, homme d'une bonne santé et d'une bonne conduite.

La femme Gentis a eu six enfants, tous bien portants. Au mois de mai 1852, nouvel enfant bien constitué, ne présentant rien de suspect sur le corps. Elle le nourrit jusqu'au mois de mars 1853. A cette époque elle fut appelée à Lyon pour servir de nourrice à un enfant âgé de quatre mois qui, jusqu'à trois mois, avait été nourri au biberon par sa mère, et qu'une nourrice, qui l'avait allaité pendant un mois, venait de quitter.

Nous n'avons aucun détail sur la santé des parents et sur l'état de la première nourrice.

Cet enfant, malingre et offrant le facies d'un petit vieux, présentait des boutons sur tout le corps, avait des plaques blanchâtres aux commissures des lèvres et paraissait éprouver beaucoup de difficulté pour avaler.

La femme Gentis l'allaita trois jours; mais le voyant si chétif et craignant de prendre son mal, elle revint dans son pays, laissant l'enfant, qui mourut trois jours après.

Elle donna de nouveau le sein à son propre enfant; mais trois semaines après son retour, elle vit se développer à chaque sein, autour du mamelon, trois gros boutons rouges et humides. Plus tard, elle eut de la céphalie, du mal à la gorge; les ganglions occipitaux s'engorgèrent; alopécie, éruption de petits boutons pleins sur presque tout le corps; en dernier lieu, des plaques muqueuses se montrèrent aux parties génitales, qui n'avaient rien offert jusqu'alors.

L'enfant a dépéri depuis son nouvel allaitement; les ganglions de la nuque et de l'aine se sont engorgés, et il a eu du mal à la bouche. La mère cessa de lui donner à teter dès qu'elle vit que les boutons du sein étaient sérieux.

La femme Gentis subit un traitement antisyphilitique, la plupart des accidents disparurent; mais pour achever de se guérir, elle entra à l'Antiquaille le 13 juin 1853.

Elle nous présente à son entrée des traces de plaques muqueuses autour de chaque mamelon; quelques ganglions de l'aisselle sont engorgés; ceux de la région occipito-cervicale présentent un volume notable. Plaques muqueuses à la vulve, du côté interne des grandes lèvres et sur les petites. Ces plaques sont en voie de réparation; quelques-unes n'existent plus qu'à l'état de macules. Engorgement indolent et peu considérable des ganglions inguinaux. Un examen minutieux, l'emploi du spéculum, ne nous ont fait reconnaître aucune trace d'accidents primitifs. Douleur à la gorge; les amygdales sont hypertrophiées sans ulcérations apparentes.

L'enfant, Barthélemy Gentis, âgé de quinze mois, ne présente actuellement qu'un engorgement considérable des ganglions occipitaux et de ceux des aines. Il est maigre et souffrant.

La mère fut mise à l'usage des sudorifiques et des pilules de proto-iodure hydrargyrique; l'enfant prit simplement de la tisane de tussilage et de fleurs de pensée.

Le 13 juillet, celui-ci présenta aux commissures des lèvres des plaques muqueuses, blanchâtres, fendillées. On lui donna tous les jours une cuillerée de sirop de Bellet additionné et des bains avec 4 grammes de sublimé.

Le 27 juillet, éruption sur le corps de l'enfant, principalement au tronc, de plaques de roséole d'un rouge sombre. On remplace le sirop de Bellet par 2 centigrammes de calomélas tous les matins dans du lait. La roséole fut assez tenace et persista pendant plus d'un mois.

Le 16 août, la mère présenta une syphilide papuleuse, assez discrète, ayant pour siége principal les membres dans le sens de la flexion. Continuation du traitement; frictions avec la pommade de proto-iodure de mercure; grands bains.

Sortie guérie, ainsi que son enfant, au commencement d'octobre 1853.

Réflexions. — Dans ce cas, la mère non seulement a été infectée, mais son enfant, qui n'avait jamais rien offert de spécifique, eut des plaques muqueuses aux commissures des lèvres. Il s'agit ici d'une double infection, toujours dans les mêmes conditions : un nourrisson infecté communique la syphilis à la mère, qui elle-même la transmet à son propre enfant.

OBS. VII.—Delulion (Françoise), d'Oncin (Savoie), âgée de quarante-six ans; constitution délabrée, santé faible; mariée au marguillier de son village. Elle a eu, dans les premières années de son mariage, trois enfants, tous vivants encore et bien portants. Elle-même jouissait alors d'une belle santé, ainsi que son mari, homme rangé qui n'a jamais eu antérieurement d'accidents syphilitiques. A l'âge de trente-quatre ans (1841), nouvel enfant, bien constitué, robuste, ne présentant ni plaques ni boutons sur le corps; elle le nourrit jusqu'à onze mois, époque à laquelle il meurt de convulsions. Elle prend alors en nourrice un enfant de la Charité de Lyon (1842); ce nourrisson est chétif, sa peau a une teinte jaune et terreuse; son visage est ridé et vieilli. Au bout d'un mois, des boutons rouges, plats, humides, se développent aux articulations, dans le sens de la flexion; des pustules se montrent sur le corps; les lèvres, la langue, les parois de la bouche sont envahies par les plaques muqueuses, qui sont surtout en abondance aux parties génitales et à l'anus. La nourrice garde l'enfant pendant six mois; mais se sentant elle-même malade, maigrissant, prenant une teinte jaunâtre, et tourmentée par une céphalée constante, elle rend le nourrisson à la Charité. Bientôt il lui survient au sein gauche des boutons analogues à ceux que l'enfant avait présentés aux parties génitales; quelques jours après, il s'en développa de semblables à la vulve. La malade perd ses cheveux; les glandes de la nuque, des aines, des aisselles, sont engorgées, elle éprouve de la gêne pendant la déglutition; elle a mal à la gorge et tout son corps se couvre de boutons. Pour tout traitement, boissons et lotions adoucissantes.

Ces accidents persistent pendant plus d'un an. Dans cet intervalle, elle a des rapports avec son mari, et cet homme, qui n'a jamais eu de mal auparavant, dont elle garantit la moralité, voit des plaques muqueuses survenir au scrotum quinze jours après les rapports sexuels. Au bout de quelque temps, il éprouve des maux de gorge et présente des symptômes analogues à ceux qu'offre sa femme, mais d'une moins grande intensité. Le traitement employé est le même que celui de sa femme : les accidents s'effacent peu à peu.

Un an après avoir rendu le nourrisson à la Charité, la femme Delulion devient enceinte; elle accouche à terme (1844), mais l'enfant est petit, jaune, ridé; il porte de grosses pustules vers l'aisselle gauche, et meurt au bout de quinze jours.

---

qui toutes répondent à une indication spéciale qu'il ne sera jamais indifférent de confondre avec une autre.

Tel est l'ordre d'idées qui devra dominer l'aménagement définitif de l'établissement thermal de Vichy, maintenant que l'on n'a plus de doutes à conserver sur l'étendue des ressources dont cet établissement peut disposer en fait d'eau minérale (1).

Ce n'est pas ici le lieu de tracer le programme qui devra, selon nous, réaliser les vues que nous venons d'exprimer. La haute intervention du Comité d'hygiène et de l'Administration supérieure prend part à tous les plans qui doivent être exécutés à Vichy. Mais nous savons que nous pouvons compter sur l'intelligente et loyale direction que la Compagnie concessionnaire de Vichy a déjà su imprimer à ses premiers travaux, pour donner satisfaction à tous les vœux des médecins, c'est-à-dire à toutes les convenances et à toutes les nécessités de la pratique médicale.

Docteur DURAND-FARDEL.

(1) On peut dire que sous ce rapport, en effet, les ressources de Vichy paraissent en quelque sorte infinies. A peu de distance de Vichy se trouve la source d'Hauterive, dont le débit, imparfaitement mesuré jusqu'ici, paraît être de 80 à 100,000 mètres par vingt-quatre heures. Alors que l'on ignorait encore les magnifiques résultats que devaient fournir les travaux de captage entrepris cet hiver sur les sources dites de l'État, on avait préparé un travail complet sur la conduite de ces eaux à Vichy même. Cette opération, devenue sans objet aujourd'hui, reste toujours comme un moyen assuré de fournir aux exigences nouvelles qui pourraient subvenir. Ajoutons que M. Dufrénois, dans le remarquable rapport dont nous avons cité plus haut un passage, a étudié avec beaucoup de soin les conditions qui permettraient d'exécuter, avec sécurité, de nouveaux et fructueux sondages autour de Vichy.

— *Programme du prix institué par la Société de médecine de Strasbourg.* — La Société de médecine de Strasbourg a mis au concours la question suivante : *Faire l'histoire anatomo-pathologique des tubercules considérés en eux-mêmes, en s'aidant de tous les moyens d'investigation moderne.*

Un prix de 300 francs sera décerné au mémoire couronné dans la séance publique de juillet 1855.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, en allemand ou en latin, devront être adressés francs de port, à M. le docteur *Gabriel Tourdes*, secrétaire de la Société, rue de la Nuée-Bleue, 18, avant le 1er juin 1855.

La mère se porte bien pendant un an, au bout duquel son corps se couvre d'une nouvelle éruption de boutons. Elle est toujours malade, et ne ressemble plus à la femme forte et bien portante d'autrefois. Nouvel accouchement deux ans après le précédent (1846). L'enfant est venu à terme, mais il est également chétif; son visage est vieilli et ridé; des boutons se montrent à l'anus, aux parties génitales et à la bouche un mois après sa naissance. Il succombe au bout de deux mois. Cet accouchement est suivi d'une amélioration chez la mère; au bout d'un an, nouveaux symptômes syphilitiques : pustules, mal à la gorge, etc. Même traitement que la première fois.

Deux ans après la couche précédente (1848), nouvel enfant, venu à terme, misérable, jaune, facies vieilli. Ce nouveau-né a vécu, il est âgé maintenant de cinq ans, mais sa santé est faible, et l'on a peu d'espoir de le conserver. Depuis cet accouchement, la mère a continué à être mal portante, mais de nouvelles éruptions ne se sont pas faites sur le corps. La maladie paraît borner ses ravages sur la gorge, qui est souvent affectée, au point de rendre la parole et la déglutition très difficiles. C'est surtout pendant l'hiver de 1853 que de graves désordres se manifestent dans cette partie; la luette, détachée par les progrès de l'ulcération, est un jour expectorée par la malade.

Elle entre à l'Antiquaille le 21 juillet 1853, salle Sainte-Françoise, nº 4.

Sa constitution est détériorée, elle est fort amaigrie; sa peau est pâle, flétrie; sa tête est presque complétement dégarnie de cheveux; elle dort mal et éprouve un malaise général. Le sein et la vulve ne présentent pas de traces bien sensibles des accidents dont ils ont été autrefois le siége. La bouche et la gorge nous offrent des désordres considérables: la luette n'existe plus; le voile du palais est à demi rongé par des ulcérations qui ont détruit les amygdales, entamé les piliers, surtout les postérieurs, et qui se montrent même sur la paroi postérieure du pharynx. Ces ulcérations sont grisâtres, couvertes d'un enduit pultacé. La voûte palatine est aussi vers sa partie médiane le siége d'une ulcération longue d'un centimètre et demi, au fond de laquelle on aperçoit un petit corps noirâtre, que le stylet fait reconnaître pour une portion d'os nécrosé. La parole est à peu près impossible et ne peut s'effectuer qu'à voix basse; la déglutition est très douloureuse, les liquides ont de la tendance à refluer par les fosses nasales. Celles-ci sont le siége d'un suintement considérable; on y remarque de petites ulcérations et de grosses croûtes noirâtres sur les cornets.

Traitement. Tisane de guimauve et de quina, quatre pastilles de lactate de fer par jour; iodure de potassium, 0,50 dans 30 grammes de sirop diacode; gargarisme avec l'eau d'orge et 4 grammes d'iodure de potassium; elle reniflera une portion de son gargarisme. La dose de l'iodure de potassium est bientôt portée à 4 grammes 50 centigrammes; de plus, les ulcérations sont cautérisées à plusieurs reprises avec le nitrate d'argent. Sous l'influence de cette médication, à la fois tonique et antisyphilitique, les accidents s'amendent, l'amélioration est rapide : la santé revient, les cheveux repoussent, les ulcérations se cicatrisent. Le petit séquestre osseux de la voûte palatine se détache, mais la table inférieure de l'os est seule intéressée; pas de communication par ce point avec les fosses nasales; l'ulcération se ferme promptement.

État de la malade le 22 septembre. Santé générale assez bonne; la malade a pris un peu d'embonpoint, les couleurs de la santé lui sont revenues. En examinant son gosier, on ne voit plus d'ulcérations; les parties qui en étaient le siége se sont cicatrisées, et, sous l'influence de ce travail réparateur, les deux piliers postérieurs du voile du palais se sont rapprochés de manière à n'intercepter entre eux qu'un espace large de 1 centimètre et demi à la partie moyenne. L'isthme du gosier présente la forme d'un V allongé, dont le sommet très aigu remonte presque jusqu'à l'épine nasale postérieure; il n'y a par conséquent pas de traces de la luette. La phonation est encore un peu gênée, mais la voix est distincte. La déglutition doit se faire lentement, sous peine de voir les aliments, surtout si ce sont des liquides, refluer en partie dans les fosses nasales.

La femme Delulion a quitté l'hospice, à la fin de septembre, dans un état très satisfaisant.

Réflexions. — Cette observation nous paraît intéressante sous plusieurs rapports. C'est après avoir allaité un enfant syphilitique que la malade est infectée; le mal, auquel elle n'oppose aucun traitement spécial, se perpétue pendant plus de dix ans, détériorant sa constitution, ne s'effaçant momentanément que pour reparaître bientôt avec des formes plus graves; il détruit des organes importants, et ne cède qu'à un traitement spécifique.

N'est-il pas curieux de voir une période plus ou moins longue, pendant laquelle la femme se porte bien en apparence, suivre chaque procréation d'enfant syphilitique?

A mesure que l'on s'éloigne de l'époque de l'infection, il semble que l'influence fâcheuse du virus se fasse moins sentir aux nouveau-nés. Le premier enfant syphilitique procréé par les parents Delulion est plus malade et vit moins de temps que le second; le troisième a pu, quoique chétif, échapper au sort funeste de ses deux aînés.

Ce fait est une confirmation nouvelle de la *loi de décroissance* dont M. Diday a posé les bases et établi les règles générales ainsi que les cas exceptionnels.

Quant au mari, ne l'ayant pas vu, nous n'avons pu contrôler le récit de sa femme à son égard.

OBS. VIII. — Anne Bletterie, femme Gilles, âgée de trente-trois ans, demeurant à Refeil (canton de Lapalisse); fileuse, brodeuse; tempérament lymphatique; entrée à l'Antiquaille le 25 mai 1853.

Cette femme, mariée depuis seize ans, a eu sept enfants : deux sont morts de la coqueluche; les autres, et notamment le dernier, âgé de dix-huit mois, sont bien portants. Sa santé est ordinairement bonne; elle a eu, il y a quatre ans, une maladie fébrile qui a duré quatre mois. Jamais d'affection vénérienne.

Le mari, sabotier, est, suivant sa femme, fort et vigoureux, travailleur laborieux et rangé, ne faisant jamais d'excès. Il n'a jamais eu de maladies vénériennes ni autres.

Après avoir sevré son dernier enfant au commencement de janvier 1843, la femme Gilles vint à la Charité de Lyon pour prendre un nourrisson. On lui donna une petite fille âgée d'environ deux jours, bien conformée, mais peu développée, et dont la peau offrait une teinte jaune et terreuse. La petite fille, qu'on venait de vacciner, ne présentait sur le corps, à part les traces de cette opération, ni boutons ni ulcérations. Deux des pustules vaccinales ont été fort larges, et longues à se cicatriser.

Au bout de trois semaines, éruption sur le corps de l'enfant de petits boutons pleins (papules), principalement sur le tronc. Les fesses ont présenté quelques grosses pustules qui ont beaucoup suppuré. Les papules étaient de couleur cuivrée; il s'en détachait de petites pellicules blanchâtres. Rien aux ouvertures naturelles. L'haleine de l'enfant était très fétide; on n'a pas examiné l'arrière-gorge.

L'enfant mourut trois mois et demi après son entrée en nourrice. Sa mort fut presque subite. Elle devint cyanosée, et rendit beaucoup de sang par la bouche.

Quinze jours après la mort du nourrisson, sans que la femme Gilles eût donné le sein à aucun autre enfant, elle vit apparaître, autour de chaque mamelon, des plaques rouges, excoriées, excrétant un liquide purulent. La malade n'en souffrait pas beaucoup, elle les pansait avec de la pommade donnée par le médecin de la localité, et prenait des tisanes adoucissantes. Voyant qu'elle ne guérissait pas, elle se décida à entrer à l'Antiquaille, salle Sainte-Françoise, nº 16.

Examen de la malade à son entrée. Rien aux organes génitaux. Au sein gauche, plaque muqueuse étendue entourant presque le mamelon, formée par la réunion de plaques muqueuses plus petites qui se sont confondues en s'agrandissant, mais que l'on distingue encore; suintement pyo-muqueux. Au sein droit, au-dessus du mamelon, plaque muqueuse saillante; un peu plus bas, petit abcès de la largeur d'un centimètre et demi, à fluctuation évidente. Céphalée opiniâtre, engorgement des ganglions occipitaux, un peu d'alopécie. Santé générale altérée, appétit diminué, insomnies. On laisse reposer la malade. Boissons délayantes, lotions et applications émollientes.

2 juin. — L'affection syphilitique se dessine de plus en plus. Éruption de papules peu élevées, de couleur cuivrée, se couvrant d'écailles qui tombent facilement et siégeant principalement aux avant-bras sur la face antérieure, au ventre, aux cuisses, sur les épaules. Ces papules paraissent mieux le matin et sous l'influence de la chaleur du lit; elles causent peu de démangeaison. La gorge est douloureuse; les amygdales sont hypertrophiées et présentent des ulcérations à fond grisâtre; l'alopécie est considérable.

Traitement par les sudorifiques, les pilules de proto-iodure hydrargyrique, des gargarismes iodurés. On touche les ulcérations des amygdales avec le crayon de nitrate d'argent. L'abcès du sein a été ouvert et n'a rien présenté de particulier. Le mauvais état des voies digestives de la malade n'a pas permis de continuer le traitement institué. On mit la malade à l'usage des préparations amères et ferrugineuses; mais en même temps, on lui fit faire des frictions avec la pommade de deuto-chlorure hydrargyrique, et plus tard de proto-iodure.

Sous l'influence de ces moyens, les symptômes syphilitiques s'effacèrent peu à peu; les plaques muqueuses des seins disparurent assez tard. Rien ne se montra jamais aux parties génitales. La femme Gilles sortit guérie le 5 septembre 1853.

Le récit, quelque incomplet qu'il ait été, que la femme Gilles nous a fait de la maladie de son nourrisson, ne nous permet pas de douter qu'il n'ait été atteint d'une affection syphilitique. D'un autre côté, ni cette brave campagnarde, ni son mari n'ont jamais présenté d'accidents vénériens primitifs; cette femme nous a semblé trop honnête et même trop bornée pour avoir voulu nous tromper. Du reste, un examen attentif des parties génitales n'a pu nous faire découvrir la moindre trace suspecte. C'est donc son nourrisson qui lui a transmis la syphilis. Mais comment cette infection a-t-elle eu lieu? Quel est le symptôme qui a été contagieux? N'ayant pas vu l'enfant, nous restons dans le doute. Il ne présentait rien aux lèvres, dit la nourrice, et sa description ne fait pas mention d'accidents analogues à ceux qu'elle-même a présentés au sein. Serait-ce alors un de ces cas dont parle M. Baumès, où, sous l'influence de la diathèse syphilitique, le sang et quelques liquides qui en émanent deviennent de véritables sources d'infection, et où la transmission syphilitique peut avoir lieu de l'enfant à la nourrice par le contact répété de la bouche, de la salive, dans l'action de teter? (Baumès, *Maladies vénériennes*, t. I, p. 165 et suiv.)

Obs. IX. — La veuve Bletterie, née Anne Charbonnière, âgée de soixante-dix ans, de Lapreigne (arrondissement de Lapalisse, Allier), entre à l'Antiquaille, le 27 septembre 1853, salle Sainte-Françoise, n° 12.

C'est la mère de la femme qui fait le sujet de notre précédente observation. Son mari, mort à soixante-douze ans, au mois de juin 1853, n'a jamais eu de maladies vénériennes. La santé de la veuve Bletterie était ordinairement bonne. Elle n'a aucune infirmité. Son unique enfant (la femme Gilles), s'est toujours bien portée jusqu'au moment où elle a nourri la petite fille qui lui a été confiée par l'hospice de la Charité de Lyon.

La vieille femme a donné elle-même des soins à ce nourrisson; elle le portait, le caressait souvent; elle lui faisait manger avec la même cuiller dont elle se servait, les bouillies, les potages légers dont elle se nourrissait elle-même.

Au mois d'avril 1853, à l'époque où les premiers symptômes de l'infection syphilitique apparaissaient chez sa fille, la femme Bletterie ressentait un malaise général; de là, courbature et une céphalée constante. Elle maigrit, sa peau prit une teinte jaune, et les cheveux, qu'elle avait conservés assez abondants, tombèrent en grande partie.

Un mois plus tard, des plaques rouges lui survinrent à la bouche, surtout vers les commissures des lèvres et le bord libre de la lèvre inférieure; plaques rouges qui, s'ulcérant, sécrétèrent un liquide pyo-muqueux. Elle éprouva en même temps de vives douleurs au gosier. Au mois de juin, des boutons de même nature que l'affection des lèvres se montrèrent à l'anus et sur les grandes lèvres. Plus tard, enfin, éruption sur les épaules et la poitrine de petits boutons qui ne durèrent pas très longtemps. Mais l'affection de l'anus et des lèvres persista, ainsi que le mal au gosier et l'affaiblissement général.

Au mois de septembre 1853, la veuve Bletterie, voyant qu'on avait bien guéri sa fille à l'Antiquaille, vint y chercher elle-même du soulagement.

A son entrée, nous constatons d'abord l'état d'amaigrissement et de faiblesse de la malade; il ne lui reste que très peu de cheveux; la bouche nous offre des plaques muqueuses ulcérées aux commissures et sur les lèvres, principalement l'inférieure; petites ulcérations grisâtres sur les amygdales; plaques muqueuses à l'anus et à la vulve; point d'éruption sur le corps.

Traitement par les sudorifiques et les pilules de proto-iodure hydrargyrique. — Guérison en novembre.

Réflexions. — Cette observation se distingue des autres: ce n'est plus à sa nourrice, mais à une femme qui n'a fait que lui donner des soins, que l'enfant syphilitique a transmis la maladie dont il était atteint. Les anciens, par une hypothèse que nous ne garantissons nullement, auraient invoqué ici l'*aura venerea*, à défaut d'un liquide purulent émané d'une lésion syphilitique. Pour nous, nous nous contenterons d'enregistrer le fait.

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis à la page 415 de votre 26e numéro: « La mortalité de l'armée prussienne est de 1,03 pour 100, suivant Casper. Comment M. Carnot s'en arrange-t-il? »

Voici ma réponse: *Suivant le même Casper*, 1° la mortalité des *princes* et des *ducs* est de 0,75 pour 100, entre vingt et vingt-cinq ans; 2° la mortalité des *mendiants* de Berlin, au même âge, n'est que de 0,50 pour 100. (Docteur Meding, *Paris médical*, t. I, p. 166.)

L'échelle de mortalité est donc *à cet âge*:

Mendiants	1/2	pour 100	annuellement.
Princes.	3/4	—	—
Soldats.	1	—	—

Il faut, monsieur, aller en Prusse pour voir de pareils phénomènes, ou conclure que les professeurs de Berlin calculent autrement que ceux de Paris. Cela est probable! M. Hæser, par exemple, affirme, dites-vous, que la population *majeure* domine à Paris. On peut croire cela en pays étranger; mais on sait ici que la population du département de la Seine est de 1,422,065 habitants, dont 315,410 électeurs *inscrits*, ou majeurs mâles. (*Moniteur* du 2 décembre 1852.) Il n'est pas besoin d'être savant pour conclure que la population *mineure* domine dans notre département, tandis que, sur l'ensemble de la France, c'est le contraire!

Voici les chiffres officiels (1852):

Population	35,783,059
Électeurs *inscrits* . . .	9,843,076

En tenant compte des omissions et des incapacités légales d'une part; de l'autre, des incriptions *doubles*, on a pour résultat simple, 5 *majeurs* et 4 *mineurs* sur 9 *habitants*. M. Hæser n'est donc pas très bien informé de la statistique de la France ni de la mortalité *comparée* des jeunes gens de son pays.

C'est là ma conclusion.

Veuillez, monsieur le rédacteur, accueillir cette réponse à la question qui m'a été posée par M. le docteur Leudet, et agréer l'assurance de mes sentiments les plus distingués,

H. Carnot.

Paris, 12 avril 1854.

P.-S. Population par âge de la région moyenne de l'Europe, d'après les derniers recensements. (Legoyt, *Dictionnaire d'économie politique*, page 407.)

Sur 1,000 habitants, on en compte, savoir:

De 0 à 20 ans.	424	Moyenne générale de 1841 à 1851, dans huit États de l'Europe.
De 20 à 30 ans.	172	
De 30 à 40 ans.	136	
De 40 à 50 ans.	111	
Au-dessus	157	
Total. . .	1000	

Sur 172 habitants de vingt-cinq ans, il en meurt donc, *en moyenne*, 36 en dix ans, c'est-à-dire 2,1 pour 100 par an! C'est là ce que je répète depuis *six années*, sans pouvoir me faire comprendre des vaccinateurs *émérites*!

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Dans toute science, on débute par un axiome. S'il en est un en médecine, c'est celui-ci: *L'inoculation de la variole donne la variole.*

De cet axiome, j'ai déduit une proposition ainsi conçue: *La variole* ISOLÉE EST BÉNIGNE. Je l'ai démontré par ce *fait* bien connu que l'inoculation d'un sujet *parfaitement sain*, pratiquée par un médecin habile, n'offre aucun danger (1). J'en ai conclu cette proposition *réciproque*: La variole *maligne* n'est pas *isolée* (2).

(1) Les inoculateurs de tous les temps sont unanimes pour reconnaître la bénignité de l'inoculation chez un sujet *parfaitement sain*, ce qui avait fait dire à Swiéten: « La malignité de la maladie vient *du mauvais état du corps*, et non de la nature ou de l'abondance du levain. »

(2) Sous les noms divers de complication, mélange, union, les anciens ont con-

Jusqu'ici, du moins, tout est d'une logique correcte! Cependant, dit l'honorable M. le docteur Leudet, M. le professeur Hæser donne le nom d'*hypothèse* à ma proposition. Alors qu'il donne le même nom, pour être conséquent, à celle-ci : *un arc est plus long que sa corde*, car elle est fondée sur l'axiome : La ligne droite est le plus court chemin d'un point à un autre.

Voilà ma réponse ; voici maintenant ma demande à M. Hæser. S'il refuse d'y répondre, le public appréciera.

Dans quelle proportion figurent *officiellement* les fièvres *continues aiguës*, quels que soient leurs noms *conventionnels* en Allemagne, dans les décès généraux de Berlin, de 1838 à 1847? M. Hæser est on ne peut mieux placé pour le savoir.

A Paris, ces fièvres graves figurent, sous les noms d'entérites, de cérébrales, de typhoïdes, pour 21,4 pour 100 dans les décès généraux à domicile (1). A Berlin, où, de 1758 à 1774, elles comptaient pour 6 à 7 pour 100 *au plus* dans les décès, ainsi que Sassmilch l'a fait connaître dans ses ouvrages, quel est leur chiffre actuel (2)? Le document, s'il est *officiel* surtout, remplacera, avec avantage, cet aphorisme prodigieux de M. le professeur Hæser : *Le nombre des naissances est en raison inverse du nombre des mariages.*

Quand Noé entra dans l'arche, il ne se doutait guère de cette *loi providentielle.*

Agréez, etc. A. Bayard, D.-M.

—

RÉPONSE.

La lettre de notre honorable confrère M. Bayard s'adresse si directement à M. Hæser, que je crois devoir laisser à ce dernier le soin d'y répondre, s'il le juge convenable. Peut-être aussi pourrais-je garder la même réserve à l'égard de M. Carnot. Cependant cet écrivain me prenant plus directement à partie, je prends la liberté de lui soumettre quelques remarques.

La *Gazette hebdomadaire* ouvre ses colonnes aux idées scientifiques de tous les pays ; aujourd'hui que la science devient cosmopolite, elle a cru devoir mettre sous les yeux de ses lecteurs les opinions diverses qui surgissent dans le monde médical au sujet de la vaccine. Ce n'est pas une raison pour qu'elle soit tenue à défendre comme siennes les statistiques de M. Hæser et encore moins celles de Casper; mais je dois faire observer que, en tout état de chose, Casper ne méritait pas seul le blâme de M. Carnot, car les statistiques de MM. Seitz et Horn donnent les mêmes résultats dans d'autres pays. C'est là ce qui nous a frappé. Ou bien il fallait croire que trois hommes se sont trompés, et tous de la même manière, c'est ce que M. Carnot admet, et ce qui nous semble douteux; ou bien il fallait reconnaître que la statistique ne donnait pas des résultats identiques relativement à la question de la vaccine, à Paris, à Munich, à Berlin, etc. C'est la dernière interprétation qui nous paraît la vraie.

M. Carnot répond à M. Hæser par des chiffres empruntés aux listes d'électeurs de Paris; or, nous le lui demandons franchement, les listes d'électeurs représentent-elles à ses yeux le chiffre de la population parisienne de vingt à trente ans; les ouvriers, les étudiants, etc., y sont-ils inscrits? — Ce sont principalement ces individus qui sont atteints à Paris de fièvre typhoïde. Que M. Carnot entre dans les hôpitaux de Paris, qu'il interroge les malades atteints de fièvre typhoïde, il pourra s'assurer combien il y a parmi eux d'électeurs parisiens; il en trouvera, nous le croyons, fort peu, car ces individus sont en général à Paris depuis peu de temps.

Nous regrettons de voir que M. Carnot mette si facilement en doute la valeur scientifique des mathématiciens allemands; on n'est pas assez disposé en général à la tolérance envers ce qui porte un nom étranger. La science n'appartient pas plus à la France qu'à la Prusse, elle est de tous les pays.

Docteur Leudet.

stalé la combinaison de l'élément varioleux avec un autre élément morbide, ou maladie intercurrente.

« La petite vérole, dit Stoll, *se joint* très facilement aux autres fièvres, aux populaires surtout, et par cette *union seule*, elle offre du danger. » (Aphorisme 524.)

« Le traitement consiste à empêcher le *mélange* d'une autre fièvre quelconque, surtout de la fièvre dominante avec la fièvre varioleuse. » (Aphorisme 533.)

« La petite vérole *suit* la disposition du corps et de l'année. » (Aphorisme 517.)

« Il est des maladies épidémiques qui donnent leur nom à toute la constitution de l'année. Les petites véroles *s'accommodent* au caractère de la maladie dominante qui les tient, pour ainsi dire, sous sa dépendance. » (Sydenham, page 9.)

« Il est des épidémies de petite vérole, bénignes pour tous les sujets indifféremment, et d'autres également malignes pour tous. Dans ce cas la petite vérole *se rapporte au typhus.* » (Fodéré, 1813.)

(1) *Moniteur* du 28 février 1853.

(2) *Archives statistiques*, 1804, t. II, p. 93 et 94.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Anatomie. — *Note sur les canaux biliaires.* — M. *Alb. Puech* a soumis à de nouvelles recherches la disposition des canaux hépatique et cystique ; cette disposition lui a paru notablement différente de celle qui est généralement admise par les anatomistes. Il résulte surtout des recherches de M. Puech, que les parois opposées des canaux cystique et hépatique sont intimement confondues ; il y a là une cloison qui vient revêtir, de chaque côté, la muqueuse correspondante, soit hépatique, soit cystique. Sans doute, dans l'état embryonnaire, il n'y a là qu'un simple rapprochement; mais, avec les progrès de l'âge, les deux parois se sont fusionnées sans laisser plus de traces de leur existence distincte qu'un petit sillon médian interposé entre les saillies convexes que présentent ces deux canaux. — Le canal cystique présente, à son ouverture dans le canal cholédoque, un rétrécissement valvuleux d'une forme elliptique, légèrement ovalaire, oblique de dehors en dedans, c'est-à-dire de droite à gauche et de haut en bas. Son ouverture, peu considérable, diminue presque de moitié le calibre du canal cystique. Sa présence est constante, et bon nombre de dissections en font foi. M. Puech n'a pu constater l'importance physiologique de ce rétrécissement valvuleux. (*Comm :* MM. Velpeau, Serres, Rayer.)

Chirurgie. — M. *Bonnafont* adresse au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, deux mémoires manuscrits : l'un sur le *Traitement des orchites par le collodion*, l'autre sur un *nouvel appareil pour les fractures comminutives de la jambe;* de plus, un mémoire imprimé sur les polypes de l'oreille et sur une nouvelle méthode opératoire pour en obtenir la guérison.

Le même chirurgien adresse au concours pour les prix de physiologie et d'anatomie, trois mémoires manuscrits : 1° sur les *mouvements de la chaîne des osselets de l'ouïe et de la membrane du tympan sous l'influence des muscles internes du marteau et de l'étrier* ; 2° *sur quelques points d'anatomie pathologique de la trompe d'Eustache*, et sur un nouveau mode de traitement de la surdité qui tient à ces causes; 3° *sur l'abolition immédiate des sens après la section transversale de la moelle épinière à la partie cervicale;* plus, un mémoire imprimé sur la transmission des ondes sonores à travers les parties solides de la tête, servant à faire juger du degré de sensibilité des nerfs acoustiques.

Zoologie. — M. *Ch. Bonaparte* communique l'extrait d'un mémoire de MM. les docteurs *Ercolani* et *Vella*, sur l'embryogénie et la propagation des vers intestinaux. Les auteurs ont choisi pour sujet de leurs recherches la transmission et les changements que subissent les *Nématoïdes*, peut-être les plus parfaits des vers, sur lesquels on ne sait presque rien. Après avoir combattu les arguments les plus spécieux par lesquels on a voulu soutenir l'*hétérogénie*, ils cherchent à démontrer, par des faits aussi simples que clairement exposés, que, malgré l'opinion générale, les *helminthes* jouissent d'une ténacité merveilleuse de vie. C'est au point que leurs embryons vivent pendant huit jours plongés dans l'alcool, et revivent même après trente jours de dessèchement complet.

M. le docteur *Ercolani* a étudié très complétement l'embryogénie de l'*Ascaride mégalocéphale* du cheval, peu connu jusqu'à ce jour. C'est dans le poumon du chien qu'il a obtenu le développement artificiel de l'*helminthe* en question. Le récit de ces expériences est suivi d'observations nouvelles d'embryogénie comparée relatives aux follicules de Graaf, à la formation du chorion et de la membrane vitelline, et surtout au développement successif des appareils organiques des vers. Il démontre finalement comment les œufs des *Nématoïdes*, rentrés dans le corps des animaux avec les aliments, s'insinuent dans les parois des intestins, de sorte que leur présence peut (comme il est advenu) ne pas même être soupçonnée. C'est dans cette situation que ces œufs subissent une espèce d'incubation, et que l'embryon se développe pour rentrer dans la cavité intestinale, où il est destiné à passer sa vie.

Physiologie. — *Mouvement autonomique des fibres musculaires.* — M. *Schultz-Schultzenstein* vient de découvrir un mouvement autonomique visible des fibres musculaires, procédant de soi-même, sans aucune incitation. Si l'on arrache le pied d'une mouche vivante (*Musca domestica*), de manière qu'une articulation soit rompue dans son milieu, on retire avec la partie arrachée, le tendon médian garni de fibres musculaires détachées du tube de l'articulation. Cette touffe de fibres, observée dans une goutte d'eau à l'aide d'un grossissement moyen, montre un mouvement vermiculaire ou péristaltique, et en même temps un raccourcissement et

un allongement actifs, alternants. On voit que ce mouvement est causé, non par l'enveloppe striée en travers des fibres, mais par les fibrilles contenues dans cette enveloppe, qui se présentent sous la forme de stries longitudinales des fibres, et qui se déplacent pendant le mouvement vers l'enveloppe, comme se déplacent les entrailles vers la peau d'un ver diaphane.

Nominations. — L'Académie procède par voie de scrutin à la nomination d'une commission de neuf membres qui sera chargée de l'examen des pièces admises au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon.

MM. Velpeau, Andral, Rayer, Serres, Magendie, Duméril, Flourens, Milne Edwards et Isidore Geoffroy Saint-Hilaire réunissent la majorité des suffrages.

M. *Combes*, président, au nom de la commission chargée de préparer une liste de candidats pour la place d'académicien libre, vacante par suite du décès de M. *Héricart de Thury*, présente la liste suivante : au premier rang, M. *de Verneuil;* au second rang et par ordre alphabétique, MM. *Antoine Passy*, *Vallée*, *Walferdin*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 2 MAI 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet les six pièces suivantes : *a*. Rapport de M. le docteur *Gourdan de Fromentel*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Gray, sur une épidémie de fièvre scarlatine qui a régné dans plusieurs communes de cet arrondissement, depuis le mois de novembre 1851 jusqu'au mois de janvier 1854. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Rapport de M. le docteur *Bernard*, médecin-inspecteur-adjoint des eaux minérales d'Uriage (Isère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Demande de renvoi de pièces et de formules produites par M. le docteur *Jacquin* (de Metz), pour l'examen de la préparation médicale qui a donné lieu à un rapport du 21 mars dernier. — *d*. Envoi de 4,000 certificats de vaccinations demandés par l'Académie. — *e. f*. Recette pour guérir les plaies invétérées chez les hommes et les animaux, par le sieur *Frautz*, à Saint-Martin-la-Plaine. Recettes d'un baume contre les coups et blessures, et d'une tisane pour la guérison de la gravelle, dues à M. *Aimé*, docteur en médecine, et transmises par sa nièce, madame *Joubert*, à Nogent-sur-Sarthe. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Lettre de M. *Saunière* fils, maire de la ville d'Alet, annonçant l'envoi de plusieurs caisses d'eau thermale d'Alet, pour être soumise à une nouvelle analyse dans les laboratoires de l'Académie de médecine. (*Commission des eaux minérales.*)

3. M. *Achille Jubinal*, député de l'arrondissement de Bagnères, demande pour la bibliothèque publique de Bagnères-de-Bigorre un exemplaire du tome XVIII[e] des *Mémoires de l'Académie*. (Accordé.)

4. Relevé des vaccinations pratiquées dans le département de la Meuse, pendant l'année 1853. (*Commission de vaccine.*)

5. Nouvelle observation d'un calcul vésical guéri en une seule séance, par la lithothlibie, pour être jointe à un précédent mémoire sur le diagnostic et le traitement des calculs urinaires, par M. le docteur *Denamiel*. (*Comm.* : MM. Malgaigne, O. Henry, Jobert de Lamballe.)

6. M. le docteur *Bardenat*, à Saint-Martin-Daglan, adresse un exemplaire d'un travail publié, il y a trente ans, et qui a pour objet la réfutation des doctrines physiologiques de Bichat ; il demande que son ouvrage soit renvoyé à une commission. (*Le règlement de l'Académie s'oppose à ce qu'il soit fait un rapport sur un ouvrage imprimé en France.*)

7. M. *Leroy d'Étiolles* adresse une note en réponse à la réclamation de M. *Mignard*, breveté pour un compas à cadran. M. Leroy connaît cet instrument, il s'en est même servi, mais il l'a trouvé, avec tous ceux qui en ont fait usage, lourd, volumineux, incommode. C'est pour cette raison qu'il en a changé les proportions et le mécanisme, de manière à le rendre portatif et usuel pour les chirurgiens auxquels l'instrument primitif n'était pas destiné. M. Leroy ajoute que M. *Mathieu* vient d'exécuter pour M. *Blatin*, qui l'a imaginée, une filière angulaire d'une grande simplicité qui lui paraît devoir remplacer tous les instruments destinés au même usage.

8. M. le docteur *Valler*, à Bruxelles, adresse un exemplaire d'un *Traité théorique et pratique de médecine oculaire*, et sollicite le titre de membre correspondant étranger. (*Future commission des correspondants étrangers.*)

9. M. le docteur *Louis* écrit au sujet d'un mémoire sur la dysentérie, la fièvre jaune et l'hépatite, soumis au jugement de l'Académie, par M. *Dutrouleau*, médecin de l'Hôpital de la marine, à la Basse-Terre (Guadeloupe). Il témoigne le désir que la commission, dont il fait partie et qui est chargée de l'examen de ce travail, veuille bien présenter prochainement son rapport. (*Comm.* : MM. Louis, Londe ; Gérardin, rapporteur.)

10. M. le docteur *Mérier*, médecin en chef, directeur de l'Asile public d'aliénés de Saint-Dizier, adresse à l'Académie : 1° Son rapport annuel sur le service médical et administratif de l'asile de Saint-Dizier, pour l'année 1852 ; 2° un appendice à ce rapport spécialement destiné à l'Académie, et relatif à la question du travail comme moyen de traitement de l'aliénation mentale. M. Mérier a joint à cet envoi un exemplaire de chacune de ses publications antérieures, à l'appui de la demande qu'il a faite du titre de membre correspondant. (*Comm.* : MM. Jolly, Londe, Ferrus.)

Lectures et Mémoires.

Staphyloraphie. — M. *Depaul* présente au nom de M. Rouyer, étudiant en médecine, un nouvel instrument pour l'opération de la staphyloraphie, qui paraît réunir les avantages recherchés : passage de l'aiguille d'avant en arrière, rapidité et sûreté d'exécution. L'instrument se compose d'une canule courbe dans laquelle peut se mouvoir une aiguille percée d'un chas à sa pointe. Cette aiguille se compose de deux moitiés latérales pouvant s'écarter et laisser ouvrir le chas qu'elles comprennent. Leur séparation se produit lorsque, par suite d'une pression exercée sur une petite bascule, l'aiguille s'avance et tend à sortir de la canule ; alors les deux branches s'écartent par leur élasticité à la manière d'une pince à dissection. Cet écartement est limité par l'étendue de l'engrenage correspondant à la bascule. — Pour opérer, le chirurgien, après avoir disposé un fil dans le chas de l'aiguille fermée, passe la tige d'avant en arrière, à 6 ou 7 millimètres de la lèvre droite du voile du palais divisé, qui est tendue au moyen d'une pince. Quand l'aiguille a pénétré assez profondément, une pression exercée sur la bascule la fait ouvrir, le fil s'échappe : on retire légèrement l'aiguille ouverte, puis on cesse la pression, l'aiguille se referme d'elle-même, et on la retire d'arrière en avant. Le fil se trouve passé à travers une des lèvres de la division : on introduit alors l'aiguille fermée et sans fil, d'avant en arrière également, à travers la lèvre gauche de la division ; on ouvre l'aiguille, on saisit le fil entre ses deux branches, on la laisse refermer, et on la ramène ensuite d'arrière en avant armée du fil qui se trouve alors passé dans les deux lèvres du voile du palais, l'aiguille ayant toujours passé d'avant en arrière. On agit de même pour passer les autres fils, et on achève l'opération comme dans tous les autres procédés. On peut faciliter au besoin la sortie du fil de l'aiguille, au premier temps de cette opération, avec la pince qui a servi à tendre le bord de la division, la tension de ce bord devenant inutile une fois que l'instrument a pénétré. L'instrument imaginé par M. *Jules Rouyer* a été habilement exécuté par M. *Mathieu*. (*Comm.* : M. *Velpeau*.)

Remèdes secrets et nouveaux. — M. *Robinet* donne successivement lecture de cinq rapports relatifs à des remèdes secrets ou nouveaux. Les conclusions toutes négatives des quatre derniers rapports sont adoptées sans discussion par l'Académie. Le premier de ces rapports avait pour objet l'examen d'un nouveau mode de traitement du cancer proposé par M. *Crusell*, docteur en médecine à Saint-Pétersbourg, qui réclamait pour son traitement la publicité du journal officiel de l'empire. Le procédé de M. Crusell consiste dans l'application sur les plaies cancéreuses ou sur les ulcères cancéreux d'un mélange de limaille de zinc et de limaille de fer ; il se produirait une action électrique favorable à l'élimination des parties carcinomateuses. La commission proposait de répondre au ministre, qui avait adressé à l'Académie le travail de M. Crusell, que le mode de traitement indiqué par ce médecin offrait des inconvénients sérieux, sans présenter d'avantages réels, et que, quant au désir de publicité manifesté par l'auteur, ce désir se trouverait rempli par la mention du rapport au *Bulletin de l'Académie*.

M. *Velpeau* annonce, à ce sujet, que le procédé en question a été expérimenté sous ses yeux sur des ulcères. L'expérience a été continuée une dizaine de jours chez un malade ; il s'est formé une couche mince, grisâtre, ressemblant assez à une eschare, mais qui n'en était pas une réellement. Après la chute de cette couche métallique grisâtre, l'aspect de la plaie n'avait nullement changé ; il a fallu recourir au traitement ordinaire.

M. *Londe* voudrait que la commission eût formulé des conclusions plus énergiques. M. *Crusell* paraît fort peu connaître la nature du cancer ; son procédé a été mis en pratique sans aucun avantage ; il est loin d'être sans inconvénients ; enfin il faut condamner ce désir de publicité que l'auteur ne craint pas d'afficher.

M. *Velpeau* pense qu'on pourrait ajouter aux conclusions du rapport que le procédé de M. Crusell a été expérimenté sans succès dans plusieurs hôpitaux de Paris.

M. *Moreau* cite un cas dans lequel ce procédé a été mis en usage et n'a aucunement réussi.

M. *Velpeau* insiste pour qu'on réponde qu'en raison des expériences faites à Paris, il y a tout lieu de croire que le traitement proposé par M. Crusell est dénué d'efficacité.

M. *Bérard* est d'avis que les expériences citées par M. Velpeau sont insuffisantes pour établir l'inefficacité du traitement de M. Crusell; il est d'ailleurs convaincu que ce traitement ne saurait avoir de bons résultats.

M. *Velpeau* n'a vu expérimenter sous ses yeux que sur des plaies ulcéreuses et non sur le cancer; mais si la médication n'a rien produit sur des plaies ordinaires, à plus forte raison elle échouera complétement sur le cancer ; c'est une chose complétement insignifiante.

M. *Bérard* persiste à vouloir qu'il soit tenu compte de ce qu'il est question dans le travail de M. Crusell de cancer et non de plaies ; l'auteur n'a pas prétendu proposer un remède pour les ulcères, mais bien pour les cancers.

M. *Robinet* relit les conclusions de son rapport.

Après une nouvelle observation de M. *Londe*, le rapport est renvoyé à la commission pour être modifié dans ses conclusions.

Traitement des orchites par le collodion. — M. *Bonnafont*, chirurgien principal à l'hôpital militaire du Roule et membre correspondant de l'Académie de médecine, donne lecture d'un mémoire sur le traitement des orchites par le collodion. Depuis que M. Robert-Latour a proposé l'emploi du collodion contre les phlegmasies cutanées, et que M. Blache en a sanctionné l'efficacité contre les érysipèles du sein, M. Bonnafont a employé à son tour cet agent contre les orchites, et les résultats qu'il a obtenus depuis un an lui ont fait adopter, d'une manière exclusive, ce mode de traitement. Cinquante-six malades ont été soumis à des applications de collodion pour le traitement de l'orchite, et le succès a été constant ; il n'est jamais survenu de symptômes de nature à en contre-indiquer l'emploi, ni à affaiblir la confiance que les succès leur ont méritée. Pour M. Bonnafont, le collodion constitue le moyen le plus énergique pour guérir les orchites traumatiques et syphilitiques. Son efficacité est en raison inverse de l'ancienneté de la maladie ; ainsi plus l'inflammation sera récente, quel que soit son degré d'acuité, plus on obtiendra un succès complet et rapide ; tandis que, au fur et à mesure que l'engorgement s'éloigne de son origine, les tissus sont plus ou moins indurés et deviennent par conséquent moins susceptibles de perdre rapidement de leur volume. Dans ce dernier cas, on est obligé d'appliquer deux ou trois fois le collodion, en mettant deux ou trois jours d'intervalle entre chaque application. Depuis un an, malgré le nombre de malades traités par M. Bonnafont, il ne s'est vu qu'une seule fois obligé de recourir aux sangsues. La douleur résultant de l'application du collodion, le plus souvent légère, quelquefois très aiguë, ne dure pas en moyenne plus de dix minutes. La douleur produite par l'inflammation des tissus, si vive qu'elle soit, diminue à mesure que celle du collodion se produit et disparaît presque entièrement en même temps. M. Bonnafont se sert de collodion de consistance moyenne, additionné d'une très petite quantité d'huile de ricin, qui a pour propriété de le rendre plus facile à étendre et un peu plus lent à se dessécher ; il conserve aussi une plus grande adhésion avec les tissus.

Vaccine. — M. *Bousquet* lit, au nom du comité de vaccine, le rapport général sur les vaccinations pratiquées en France en 1852.

Anatomie pathologique. — M. *Schnepf*, interne à la Salpêtrière, présente à l'Académie un cas de *sclérose* ou transformation calleuse de la substance cérébrale, chez une enfant de neuf ans, affectée pendant sa vie d'idiotie et d'épilepsie, et qui a succombé dans le service de M. Mitivié.

La séance est levée à cinq heures.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de l'impuissance par l'électricité,
par le docteur B. Schulz.

Le docteur Schulz a employé avec succès l'électricité dans un certain nombre de cas d'impuissance. L'auteur a pu, par ce moyen, rendre au pénis la faculté de l'érection chez des hommes qui, depuis dix ou quinze ans, malgré toute espèce de traitements, n'avaient pu obtenir d'amélioration dans leur état. L'électricité doit être portée principalement sur les ramifications périphériques des nerfs, au gland, sur la face dorsale du pénis et sur le scrotum.

L'amélioration se produit en général sous l'influence de ce traitement au bout de quelques séances d'électrisation ; elle s'annonce par le retour de la contractilité normale des téguments du scrotum et du pénis, contractilité qui a disparu d'habitude chez les gens impuissants. Pour M. Schulz, l'électricité serait donc un moyen très avantageux de traitement ; on aurait tort cependant d'y attacher une confiance exclusive ; l'auteur cite lui-même plusieurs cas d'insuccès. (*Wiener Wochenschrift*, 1854, n° 10, p. 145.)

Emploi de la cathartine comme purgatif,
par le docteur Strohl.

Le nerprun (*Rhamnus cathartic*us) ne fournit guère à la thérapeutique qu'une préparation, le sirop de nerprun, aujourd'hui peu employé en médecine ; encore le sirop de nerprun, médicament d'un goût désagréable, a-t-il une action purgative très peu constante. Déjà plusieurs chimistes, Hubert, Wankler, Biswanger et Fleury, avaient essayé d'isoler une matière active des baies de nerprun ; M. Hepp, pharmacien de l'hôpital de Strasbourg, a isolé un principe jaunâtre, d'une saveur amère, ayant une apparence de cristallisation, soluble dans l'eau et l'alcool faible, insoluble dans l'alcool absolu et l'éther. Cette substance est contenue plutôt dans le marc que dans le suc des baies.

MM. Strohl et Wieger ont expérimenté l'action thérapeutique de ce principe nommé *cathartine*, le premier chez l'adulte, le second chez l'enfant.

Ces expériences ont été résumées par M. Strohl dans les conclusions suivantes :

1° La cathartine est un purgatif assez sûr, à la dose de 0gr.,10 à 0gr.,20 chez les enfants; moins sûr chez les adultes à 0gr., 50. Je n'ose pas dire que les femmes sont moins sensibles à son action, mes observations n'étant pas assez nombreuses.

2° La saveur amère, difficile à masquer, est un obstacle à son emploi chez les enfants, qui ne peuvent pas avaler les pilules.

3° C'est un purgatif doux, non irritant, non douloureux, bien supporté, et pouvant être continué sans déterminer d'effets fâcheux. On peut donc en conclure que les baies de nerprun renferment encore un autre principe âcre, qui provoque des vomissements et amène des coliques et des effets drastiques.

4° Les selles sont liquides, sans odeur ni couleur spéciales, mais toujours très venteuses. La cathartine ne paraît pas agir sur le foie.

5° Son action est lente à se produire et se prolonge longtemps.

6° Le meilleur mode d'administration est sous forme de pilules données dans la soirée chez les adultes, et sous forme de sirop chez les enfants ; pour les premiers à la dose moyenne de 0gr.,50, et pour les seconds à 0gr.,10 à 0gr.,20. (*Gazette médicale de Strasbourg*, mars 1854, n° 3, p. 66.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire naturelle générale des règnes organiques,
par M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, membre de l'Institut, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Paris, etc. — Tome premier, in-8° de 450 pages. Victor Masson, éditeur.

Ainsi que l'indique son titre, l'ouvrage dont M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire publie aujourd'hui le premier volume doit comprendre l'histoire universelle des êtres organisés : c'est, en d'autres termes, un Traité de biologie générale. La science de la vie depuis longtemps cultivée dans la série végétale et dans la série animale, et illustrée parmi nous par les Buffon, les Jussieu, les Cuvier et les Geoffroy-Saint-Hilaire, n'a pas encore été, que nous sachions, envisagée dans son ensemble. Chaque jour qui s'écoule accumule, depuis le commencement du siècle, dans le domaine de la science biologique d'innombrables matériaux. Préparé à l'œuvre qu'il

entreprend, par de patientes et laborieuses recherches, l'auteur, dont la modestie égale le talent, n'a pas reculé devant la grandeur de la tâche. Nous applaudissons de tout notre cœur à une tentative qui ne manque pas de hardiesse.

Le volume qui paraît aujourd'hui est tout entier une sorte de préface. Il contient deux parties; d'abord une introduction historique, et en second lieu des prolégomènes où sont examinées les diverses classifications des connaissances humaines, et les méthodes de l'histoire naturelle. Les notions biologiques fondamentales rempliront le deuxième volume, et introduiront directement le lecteur au cœur même du sujet.

L'histoire naturelle des règnes organiques est une œuvre de longue haleine, et plusieurs années de méditations et de labeurs seront nécessaires pour mener à fin cette grande entreprise. M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire nous abandonne aujourd'hui au seuil de la science; mais il a mis en nos mains le fil conducteur, et il nous laisse entrevoir toutes les richesses de la terre promise.

La science antique qui soulevait les questions les plus élevées, et s'attaquait de prime abord au problème du monde, comprenait l'homme, les animaux et les plantes dans ses magnifiques synthèses. Quand plus tard la philosophie, éclairée par l'impuissance de ses premiers efforts, et déjà riche de faits et d'observations, chercha la connaissance du tout dans l'étude de ses parties, et abandonna la poursuite des vérités premières pour se résigner à l'analyse, les sciences naturelles se détachèrent du tronc commun comme des branches pleines de vie et de séve. Démocrite, appelé par Cuvier le premier anatomiste, et Aristote, cet homme admirable par l'étendue et la profondeur du savoir, personnifient cette évolution nouvelle. Aristote, dont Alexandre fut l'élève et l'ami, rassembla les productions de l'Égypte, de l'Asie-Mineure et de la Perse, et fut zoologiste, botaniste, géologue, aussi bien que grand philosophe. Théophraste, contemporain et disciple d'Aristote, avait aussi composé plus de deux cents traités dont le temps a malheureusement détruit la plupart; mais il reste encore son *Histoire des plantes*, modelée sur l'*Histoire des animaux* d'Aristote, et il a mérité d'être appelé le second naturaliste de l'antiquité. Les autres représentants les plus illustres de l'école péripatéticienne, Praxagore, Hérophyle, Érasistrate, plus médecins que naturalistes, enrichirent la science de leurs découvertes en anatomie humaine.

Chez les Romains, la science eut dans l'origine un caractère pratique. Varron et Columelle sont plus agriculteurs que botanistes. Pline, dont on a exagéré la valeur, Athenée, Ausone, représentent le côté scientifique, mais s'ils ajoutent quelque chose au travail du passé, de combien d'erreurs n'ont-ils pas encombré le domaine de la science, et qu'ils sont loin de la rigueur et de la sagacité d'Aristote! Enfin parut Galien. Galien, Grec d'origine, Romain par la conquête, est le plus grand naturaliste du siècle des Antonins. On a pu avec justice le comparer comme médecin à Hippocrate, et à Aristote comme physiologiste.

Nous voici arrivé au moyen âge, à cette singulière époque, où tous les efforts se tournent vers le passé. Les sciences qui commençaient à vivre de leur vie propre rentrent dans le domaine commun de la philosophie. Cette époque, suivant l'heureuse expression de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, est, pour l'histoire naturelle, une longue nuit que va suivre une autre aurore.

La renaissance des sciences a lieu au XVI^e^ siècle. C'est le siècle des naturalistes médecins; la médecine prend le pas, et l'histoire naturelle n'est guère qu'une annexe des sciences médicales. Vésale, Falloppe, Eustachi (Eustache de Saint-Séverin), Sylvius (Dubois), Fabrice d'Aquapendente, Botal, Ingrassias, Ambroise Paré, jettent les bases de l'anatomie humaine. Vers la fin du siècle, l'histoire naturelle proprement dite trouve en Clusius (Charles de l'Écluse), Rondelet, Belon et Gesner de dignes interprètes. Rondelet crée l'ichtyologie (*Histoire des animaux aquatiques*), Belon donne une *Histoire de la nature des oiseaux*, et posant à la tête de son livre le squelette d'un oiseau en face de celui de l'homme, jette les fondements de l'anatomie comparée. Conrad Gesner, surnommé le Pline de l'Allemagne et le restaurateur de l'histoire naturelle, est, parmi les naturalistes du XVI^e^ siècle, un de ceux qui a le plus fait pour la science. On a de lui une *Histoire des animaux* et une *Histoire des végétaux* restée malheureusement inachevée. Son histoire des animaux est un travail d'une immense érudition, éclairée par une intelligente critique. C'est en parlant de Gesner que l'un de ses commentateurs a dit: « Prolixissima eruditio, et stupenda ferè assiduitas. »

L'homme de génie de cette époque, dans le vrai sens du mot, c'est l'Italien Césalpin. Un tel homme, ainsi que le dit M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, n'est pas de ceux que son siècle admire, mais de ceux qu'il persécute. Le principal ouvrage de Césalpin, *De plantis*, publié en 1583, renferme la description et la détermination de plus de 1,500 espèces. C'est dans le premier chapitre du second livre de cet ouvrage qu'il annonce formellement la circulation du sang, lequel, dit-il, « *Per arterias in universum corpus distribuitur*. » C'est dans ce même passage qu'il dit expressément aussi que le produit de la digestion est porté au cœur par les veines, « *Nam in animalibus videmus alimentum per venas duci ad cor*, » idée que la découverte prochaine des vaisseaux chylifères allait bientôt faire oublier, mais à laquelle les recherches de la physiologie moderne devaient donner plus tard la consécration expérimentale.

Le XVII^e^ siècle est presque entièrement rempli par le grand nom de Harvey. Harvey, disciple d'Aquapendente, appuie par des expériences qui durent dix ans (1618-1629) la découverte de Césalpin, et la fait entrer, non sans opposition, dans la science. Après vingt ans de lutte, il rencontre encore parmi ses adversaires Riolan, *Anatomicorum sui seculi princeps*, et en 1640 un professeur de l'université de Leyde vit fermer sa chaire pour avoir osé dire publiquement que la terre tourne autour du soleil, et que le sang circule dans les vaisseaux. Cette histoire d'Harvey est pleine d'enseignements, et elle est bien faite pour inspirer le culte de la science et de la vérité.

C'est encore à la même époque qu'appartiennent Fabius Columna (Fabio Colonna) et les Bauhin (Jean et Gaspard). Columna, zoologiste et botaniste, commence l'histoire des mollusques, dessine et grave lui-même un grand nombre de plantes nouvelles. Jean Bauhin, dans son *Historia universalis*, décrit plus de 5,000 plantes, et le *Theatrum Botanicum* de Gaspard Bauhin le place à la tête des botanistes de l'époque.

C'est encore le XVII^e^ siècle qui a doté la science d'un admirable instrument d'étude, le microscope. Le physicien hollandais Drebbel, auquel on rapporte en général l'invention du microscope, le tenait lui-même d'un de ses compatriotes nommé Jansen. C'est le même Jansen qui avait inventé le télescope; le télescope, qui entre les mains de Galilée (1609), devait révolutionner le système du monde. L'histoire naturelle, mise en possession du microscope par Leuwenhoeck, réalise un immense progrès. Tout un monde nouveau se révèle. Malpighi, par ses recherches sur la structure des glandes, Swammerdam, par ses études sur l'organisation et la métamorphose des insectes, préludent à une série non interrompue de recherches. La structure intime des organes et des tissus des plantes et des animaux ouvre à la science des horizons presque sans limites.

La fin du XVII^e^ siècle et le commencement du XVIII^e^ sont l'époque des grands anatomistes. Aselli découvre les vaisseaux chylifères, Pecquet le canal thoracique, Rudbeck et Bartholin les vaisseaux lymphatiques, Willis décrit l'encéphale, Ruysch fait pénétrer ses injections dans les rameaux les plus déliés de l'arbre circulatoire, Borelli fonde la mécanique animale. L'histoire naturelle compte pendant la même époque au nombre de ses représentants Duverney; Claude Perrault, l'immortel auteur de l'Observatoire et de la Colonnade du Louvre, qui ne fut pas seulement architecte et naturaliste, mais encore mécanicien; Jean Ray, qui eut en Angleterre une immense réputation, et cultiva avec un égal succès la littérature, la philosophie, la théologie, les mathématiques et les sciences naturelles; Millington et Bobart qui esquissèrent les premiers la théorie des sexes des plantes (1681); Magnol (de Montpellier); Tournefort, qui a laissé son nom à une classification botanique.

Linné et Buffon, nés la même année, en 1707, à quatre mois de

distance, et dans des conditions bien différentes, furent les deux grands naturalistes du XVIIIe siècle. Linné, issu d'une pauvre famille d'un petit village de la Suède, fut d'abord ouvrier. Buffon (Louis Leclerc de), sorti d'une riche famille de Bourgogne, eut dès ses jeunes années tous les loisirs de la fortune. Linné eut à surmonter de grands obstacles, mais l'admiration de ses contemporains et celle de la postérité ne lui ont point manqué. Buffon, au contraire, attendit plus longtemps des juges équitables. On a bien reconnu en lui une des gloires littéraires du grand siècle, mais il a été souvent jugé avec une grande sévérité comme naturaliste. M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire s'étend avec complaisance sur ses mérites. Pour lui la gloire de Buffon est moins dans ce qu'il a fait que dans ce qu'il a préparé; elle est dans la création de la philosophie de l'histoire naturelle, dans la belle étude de l'homme et de ses variétés, dans ces magnifiques pages où, maître à peine de quelques faits, il déduit ou plutôt il devine les lois principales de la distribution géographique des êtres, et de leur apparition successive à la surface du globe; dans ces passages où il s'élève à la conception de l'unité de plan dans le règne animal, et du principe non moins fondamental de la variabilité limitée des espèces.

Le chapitre consacré à Linné et à Buffon se résume par une sorte de parallèle entre ces deux grandes figures, que nous ne pouvons mieux faire que de placer sous les yeux du lecteur.

« Linné, aussi patient, aussi sagace dans la recherche des faits, qu'ingénieux à les coordonner, plus prudent encore que hardi dans ses déductions; ne dédaignant pas de se tenir longtemps terre à terre, perdu en apparence au milieu d'innombrables détails, pour s'élever ensuite d'un vol plus sûr vers les hautes régions de la science........ Linné représente un de ces types si rares de la perfection humaine, où la synthèse et l'analyse se complètent dans un juste équilibre, et se confondent l'une l'autre.

» Buffon, sagace, ingénieux à l'égal de Linné, mais dans un autre ordre d'idées, dédaignant les détails techniques, négligeant de multiplier autour de lui les faits d'observation, mais saisissant les conséquences les plus cachées de ceux qu'il possède, et sur une base fragile élevant hardiment un édifice durable dont lui seul et la postérité concevront le gigantesque plan; se refusant à emprisonner sa riche imagination dans le cercle étroit des méthodes, et cependant, par une heureuse contradiction, créant un jour une classification que Linné lui-même peut lui envier;...... Buffon fut un de ces hommes puissants par la synthèse, qui, franchissant d'un pas hardi les limites de leur époque, s'engagent seuls dans les voies nouvelles, et s'avancent vers les siècles futurs en tenant tout de leur génie comme un conquérant de son épée! »

Linné avait jeté les bases de la classification des végétaux. Les Jussieu (Bernard et Laurent) construisent l'édifice, et dans cette œuvre commune, l'oncle et le neveu se partagent la gloire d'avoir donné leur nom à la *méthode naturelle* de classification des végétaux, dite encore aujourd'hui *méthode des Jussieu*. C'est encore Linné qui prélude à la classification zoologique de Cuvier.

Mais à côté des Linné, des Buffon, des Jussieu, d'autres hommes brillent encore d'un vif éclat. S'ils n'ont point comme eux embrassé la science dans son ensemble, ils n'en ont pas moins réalisé de grands progrès. Parmi les botanistes se distinguent Hales, Gærtner, Duhamel, Heister; parmi les zoologistes, Lamarck, Réaumur, Spallanzani, Camper, Daubenton, Blummenbach, Vicq-d'Azir, Adanson, Charles Bonnet, Haller, Pallas, etc.

Nous arrivons enfin à l'époque contemporaine. En zoologie, Cuvier et Geoffroy-Saint-Hilaire remplissent la scène à la fin du XVIIIe siècle et au commencement du XIXe; à côté d'eux, de Blainville, Meckel, Carus, Rudolphi, et en botanique, De Candolle, Dutrochet, de Mirbel, les deux Richard (Claude et Achille), etc. Mais arrivé à cette époque, sur laquelle nous étions désireux de connaître le jugement de l'auteur, M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire s'arrête, et s'exprime ainsi :

« J'aurais aimé à continuer ici pour l'époque moderne, pour cette époque dont j'ai eu l'honneur de connaître presque tous les naturalistes illustres, ce que j'ai essayé pour ceux des temps antérieurs; à déterminer quelle part chacun a prise aux progrès de la science; à dire, selon ma conscience, sa portée intellectuelle et la valeur de ses travaux. Mais comment apprécier avec justesse des hommes au milieu desquels j'ai vécu, au milieu desquels je suis encore? De même qu'un objet trop rapproché de nos yeux ne saurait être nettement perçu par eux, ne devons-nous pas craindre d'être égarés par des illusions, en présence de travaux dont nous avons été presque témoins, et qui ne peuvent nous apparaître, quoi que nous fassions, sous le point de vue où ils apparaîtront à la postérité? Pour ne parler ici que des savants dont la science a déjà eu à déplorer la perte, s'il est vrai, comme on l'a dit tant de fois, que la mort d'un homme ouvre à la vérité tous ses droits sur lui, il faut reconnaître aussi que la vérité n'en peut user aussitôt, puisque chaque contemporain, quels que puissent être son amour pour la justice et l'indépendance de son esprit, ne saurait entièrement franchir le cercle des idées, des opinions, je dirai même des passions de son époque, et se trouve ainsi enlacé dans une multitude de liens qu'il ne saurait briser, car il ne le peut même pas. »

Nous comprenons la réserve de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire; elle est d'ailleurs empreinte d'un sentiment de piété filiale que nous respectons. Mais tout en comprenant les motifs de cette réserve, nous regrettons que l'auteur ne s'en soit pas affranchi. L'impartialité absolue dont parle M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire est une chimère que jamais personne n'a réalisée; elle n'est d'aucun temps, car elle n'est pas dans la nature humaine, et nous croyons qu'on peut juger aussi bien les vivants que les morts, quand on puise ses jugements dans sa conscience. Il n'y a point de jugement infaillible, mais le jugement humain, tout imparfait qu'il soit, répand sur les objets des clartés nouvelles.

Au reste, les luttes scientifiques qui ont marqué le commencement de ce siècle, et auxquelles se sont trouvés mêlés la plupart des hommes de ce temps, se trouvent résumées avec un remarquable talent dans la seconde partie de ce volume. Cette seconde partie, consacrée à la classification des sciences et à l'examen des méthodes en histoire naturelle, sera l'objet d'un second article.

JULES BÉCLARD,
Agrégé à la Faculté de médecine.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VII.

VARIÉTÉS.

CHOLÉRA. — Voici le mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine, depuis notre dernier bulletin.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 27 avril...	29	19	48	4	35
28.......	19	7	26	5	24
29.......	14	7	21	2	15
30.......	11	12	23	9	23
1er mai..	19	9	28	9	17
2.......	12	6	18	10	21
3.......	12	13	25	9	11
Résumé de la semaine.	116	73	189	48	146

La situation au 3 mai était celle-ci :

Cas traités dans les hôpitaux depuis novembre.....		1,782
Sorties...........	661	
Décès	897	1,558
Reste en traitement.............		224

Ainsi, il y a eu, du 27 avril au 3 mai, 189 cas nouveaux, 48 sorties et 146 décès.

— D'après une lettre d'un médecin du département de la Nièvre, le choléra se serait déclaré dans plusieurs localités de ce département. On estimait, à la date du 1er mai, le nombre des cas à une soixantaine.

— La *Société médicale des hôpitaux de Paris* a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau pour l'année 1854-1855, et à la nomination de ses différents conseils et comités. M. Bricheteau, vice-président de l'année dernière, a été élu *président;* M. le professeur Rostan, *vice-président;* M. Henri Roger a été réélu *secrétaire-général;* M. Labric, *trésorier;* MM. Hérard et Moutard-Martin, *secrétaires particuliers*.

Ont été élus membres du *conseil d'administration*, MM. Devergie, Guérard, Hervez de Chégoin, Moreau (de Tours) et Requin ; membres du *conseil de famille*, MM. Beau, Bouvier, Hardy, Legroux et Vigla. — MM. Hérard, Labric, Léger, Marotte et Henri Roger, feront partie du *comité de publication*.

Les séances de la Société médicale des hôpitaux sont publiques : elles ont lieu les deuxième et quatrième mercredis de chaque mois, dans le grand amphithéâtre de l'administration des hôpitaux. — Le *prix* de mille francs, institué en 1853, sera décerné dans le courant de 1854.

— Dans sa séance du 19 avril 1854, l'Académie royale de Savoie a admis au nombre de ses membres correspondants M. le docteur Morel (de Maréville).

— L'Académie de médecine de Belgique vient de faire une perte regrettable en la personne de M. le docteur *Paul-Norbert Naeghels*, né à Tervueren le 16 juin 1779. M. Naeghels était docteur en médecine des Facultés de médecine de Leyde et de Paris.

— Un nouveau concours pour trois places de médecins au Bureau central des hôpitaux s'est terminé le mercredi 3 mai, par la nomination de MM. Lailler, Charles Bernard et Guibout.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ABEILLE MÉDICALE. — N°s 11. Analyses et revues.

ARCHIVES D'OPHTHALMOLOGIE. — Février et mars. De la belladone et de ses préparations en ophthalmologie, par *Jamain*. — Décapage des cils dans les ophthalmies, par *Chassaignac*.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — N° 12.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — N° 7. Lésions organiques du cœur, par *Behier*. — *Idem*, par M. *Caron*. — De la thoracentèse, par *Marotte*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 15 avril 1854. Traitement thermal de Vichy dans le diabète, par *Durand-Fardel*. — Serres-fines hémostatiques, par *Vidal*. — Nouvel appareil (glossocome) pour le traitement des fractures du membre supérieur, par *Dauvergne*.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES. — Avril 1854. Considérations sur le choléra, l'albuminurie, l'anesthésie locale, la conservation des sangsues. — Revues.

LA FRANCE MÉDICALE. — N°s 1 et 2. Influence de l'hypertrophie des amygdales sur les fonctions digestives, par *Chassaignac*.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — N° 8. Pustule maligne, guérie par la cautérisation avec le nitrate d'argent, par *Thore fils*. — Empoisonnement par le nitrate de potasse, par *Gérin*.

REVUE MÉDICALE, FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 31 mars et 15 avril 1854. Du vitalisme, par *Blaud*. — Hippocratisme moderne, par *Cayol*.

GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER. — N° 1 (15 avril). Opportunité de la réunion médiate après la castration, par *Bouisson*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 7. Deux cas de dystocie, par *Griolet*. — Sur la fièvre pernicieuse comateuse, par *Liégey*. — Anomalie de l'épididyme, par *Puech*.

ANNALES ET ARCHIVES DE MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE. — Mars 1854. Sur la position à donner à la femme pendant l'accouchement, par *Hubert*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 7e livraison. Sur l'action thérapeutique de l'acide arsénieux dans les maladies de la peau, par *E. Marchand*. — Paraplégies essentielles, par *Macario*.

ANNALES D'OCULISTIQUE (Belgique), 1854, 4e livraison. — De la cure radicale du trichiasis, sans opération chirurgicale; par le docteur *H. Duval*. — De la rétinite produite par la lactation contre-indiquée, par *W. Mackensie*.

GAZETTE MÉDICALE DE LIÉGE. — N° 7. — Emphysème pulmonaire; hypertrophie concentrique du cœur, et pleurésie sous-cordiale incarcérée, par *Lombard*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N° 16 et 17. Obs. de rétrécissements syphilitiques, par *Geens*. — Rhumatisme articulaire, par *Graux*.

ZEITSCHRIFT F. D. WISSENSCHAFTLICHE ZOOLOGIE, v. Siebold et Koelliker. — 5e vol., 4e cahier. Histoire du développement et anatomie des vers solitaires. Lettre du doct. *G. Meissner*, adressée au prof. *de Siebold* (avec dessin). — Quelques remarques sur le traité du doct. Keber sur l'entrée des cellules du sperme dans l'œuf, Insterburg, 1853, par le doct. *Th. de Hessling* de Munich (avec dessin). Recherches sur les infusoires par le doct. *T. Cohn*, de Breslau (avec dessin).

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — N°s 66 et 67. Affusions chaudes et froides contre le mal de tête, par *J.-K. Spender*. — Cas de morve aiguë chez l'homme, par *W. Cox*. — *Empirisme et rationalisme*, par *Alexander Henry*. — Note sur le choléra, par *L. Lindsay*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 796 et 797. Fracture de la 3e vertèbre cervicale avec paralysie d'un côté seulement, par *Thomas Davis*. — Revues et cliniques.

MEDICAL CIRCULAR. — N°s 66 et 67. Cliniques et Revues.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N°s 197 et 198. Préparatifs pour les actions navales, par *John Liddell*. — Hydropisie de l'ovaire; ovariotomie pratiquée avec succès; cystocèle vaginale prise pour un prolapsus utérin; opération; guérison, par *J.-B. Brown*. — Abcès iliaque ouvert dans le cœcum; mort rapide, par *G. Evans*. Observations sur le traitement des rétrécissements de l'urètre, par *R. Wade*. — Sur la propagation du choléra par communication d'individu à individu, par *E. Charlton*.

THE LANCET. — N°s 14 et 15. Traitement du choléra par le sucre, par *Innis Mackinstosh*. — Plaie de l'articulation du genou; guérison sans ankylose; par *R.-B. Jordison*. — Traitement du cancer par congélation, par *J. Arnott*. — Sur la chaleur animale, par *Vernon*. — Énucléation des cors, par *J. Brown*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — N°s 13 et 14. De la pellagre, par *F. Lussana*. — Péripneumonie chez un cheval, traitée par la saignée d'abord, puis par l'opium; guérison, par *G. Eletti*. — Des hallucinations, par *A. Verga*. — Guérison des fièvres périodiques par l'électricité, sans sulfate de quinine, par *L. Zuffi*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N° 15. Rupture de l'ankylose angulaire du genou, par *G. Albertetti*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N°s 14 et 15. De l'éclampsie qui se montre à la fin de la grossesse, par *Balocchi*. — Caractère des fièvres qui ont régné au commencement de l'hiver à *Lucignano*, par *Lepri*. — Produits tirés du quinate de chaux du commerce, par *Manetti* et *Scarenzio*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — N° 6. Plomb de chasse séjournant dans le cœcum et son appendice, par *Linoli*.

EL HERALDO MEDICO. — N°s 87, 88 et 89. Eaux minérales de Marmolejo, par *V. Orti y Criado*. — Mode de propagation du choléra; applications à l'hygiène, par *J.-R. Trabanco*.

EL PORVENIR MEDICO. — N°s 73, 74 et 75. Plaie du crâne par arme blanche; lésion du cerveau; guérison, par *M. V. Martinez*. — Intoxication palustre, par *A. Garcia Lopez*.

EL SIGLO MEDICO. — N° 15 (1). Électricité médicale, par *Nieto*. — Observations entomologiques applicables à l'étude des miasmes épidémiques, par *F. Sastre y Dominguez*. — Le choléra est-il transmissible? par *R. Parcero*. — Du typhus de *Villa Franca del Vierzo*, par *V. Terron y Molees*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 7. Du choléra asiatique, par *R. Villargoitia*. — Clinique, par *F. Capdevila*.

Livres nouveaux.

DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL EN TOSCANE ET EN FRANCE et des médecins Condotti; par le docteur *P. de Pietra-Santa*. 2e édition, suivie des appréciations et des articles critiques du docteur *A. Dechambre*. In-8 de 64 pages. Paris, 1854, chez Victor Masson. 2 fr. 50

DE L'ÉTIOLOGIE DE L'ÉPILEPSIE et des indications que l'étude des causes peut fournir pour le traitement de cette maladie, par le docteur *J. Moreau* (de Tours). Mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine. (Extrait des *Mémoires*). In-4 de 178 pages. Paris, chez J.-B. Baillière. 6 fr.

DE L'ENSEIGNEMENT DE LA MÉDECINE EN FRANCE, par le doct. *J.-P. Tessier*. Br. In-8 de 64 pages. Paris, chez J.-B. Baillière.

ÉLÉMENTS DE CHIRURGIE VÉTÉRINAIRE, par *J. Gourdon*, Tome I, 1re livraison. In-8 de 288 pages. Toulouse, chez Feillès, Chauvin et Ce. — L'ouvrage formera 2 vol. divisés en 6 livraisons. Prix de la livraison. 3 fr. 50

MÉMOIRE SUR LES LUXATIONS DU COUDE, par le docteur *Denucé*. (Thèse de doctorat). In-4 de 216 pages avec 1 pl. Paris, 1854, chez Germer Baillière.

RECHERCHES SUR LES EAUX MINÉRALES des Pyrénées, de l'Allemagne, de la Belgique, de la Suisse et de la Savoie, par le docteur *J.-P.-A. Fontan* (d'Izaourt). Deuxième édition. Paris, 1853. In-8 de 520 pages avec 5 planches. Paris, J.-B. Baillière. 7 fr.

DIE GEBURT ALS GESUNDHEITSGEMAESSER ENTWICKLUNGSACT FUER MUETTER UND KINDER, par *J.-Ch.-G. Joerg*. In-8, Leipzig, chez Duerr. 2 fr. 75

MEDICINISCHE REPETITORIEN UND EXAMINATORIEN. Bd I. *Grundriss der vergleichenden Anatomie*, par *C. Kolb*. In-16, Stuttgard, chez Krabbe. 6 fr. 50

ESAME CRITICO del rapporto della Commissione incaricata dalla R. Accademia medico-chirurgica di Torino di studiare la SIFILIZZAZIONE applicata all' uomo, come mezzo curativo e preservativo delle malattie veneree et stato attuale della quistione; par *C. Sperino*.

Sous la même couverture se trouve :

LA SIFILIZZAZIONE DIFEZA ossia risposta di C. Sperino al sig. profre F. Freschi, et La syphilisation à l'Académie de Turin, lettre à M. de Castelnau. In-8 de 248 pages. Turin.

(1) Nous n'avons pas reçu le n° 14 d'*El Siglo medico*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX :
A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
DE VICTOR MASSON
Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.
ON S'ABONNE
chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 12 MAI 1854. N° 32.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 11 mai 1854.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — TRAITEMENT DE L'ORCHITE PAR L'APPLICATION D'UNE COUCHE DE COLLODION SUR LE SCROTUM.

Nous ne savons si, à défaut de la commission implorée en vain dans la dernière séance de l'Académie de médecine par notre honorable confrère M. Bonnafont, les chirurgiens du lieu répondront à l'appel de M. Larrey et se livreront à de nouvelles expériences sur le traitement de l'orchite par l'enduit de collodion. Si la question est ramenée devant la Compagnie avec des éléments nouveaux et plus considérables, nous pourrons y revenir nous-mêmes. En attendant, nous l'examinerons brièvement dans les termes où elle s'est produite mardi dernier.

C'est M. Ricord qui a soulevé le débat. Le procès-verbal ayant rappelé la lecture faite par M. Bonnafont dans la dernière séance, M. Ricord a demandé la parole à l'occasion du procès-verbal. Cette sorte d'intervention après coup, qui n'est pas dans les usages des assemblées politiques, mais qu'admettent les paisibles mœurs des sociétés savantes, a donné des tentations à plusieurs autres membres ; le mémoire, qui avait passé huit jours auparavant sans la moindre observation, a été fort épluché, et nous avons eu le 9 mai la séance du 2. Nous nous en arrangeons très bien pour notre compte ; mais le zélé chirurgien de l'hôpital du Roule se serait bien passé de cette réminiscence.

En effet, tout ce qui a été dit dans la discussion tend à ruiner la confiance que son travail invitait à mettre dans le traitement de l'orchite par le collodion. M. Ricord s'est fort mal trouvé de cette pratique : 6 fois sur 7 il n'en a retiré d'autre effet qu'une explosion de douleurs intolérables qui se sont prolongées pendant un grand nombre d'heures. M. Velpeau n'a pas été tout à fait aussi malheureux ; il a déterminé moins fréquemment des douleurs intenses et persistantes ; mais, quant à une influence positive sur la marche de l'inflammation, il la nie assez ouvertement. M. Puche, au dire de M. Robert, n'est pas arrivé à de meilleurs résultats. Bref, si l'on s'en tenait à ces déclarations, l'enduit de collodion ne serait même pas digne de la plaisanterie que l'on adresse

FEUILLETON.

Van Swieten, sa Vie et ses Écrits (1770).

(Suite et fin. — Voir les numéros 15, 27 et 28.)

Les immenses services que Van Swieten était appelé à rendre comme administrateur et comme médecin, ne furent jamais plus grands que dans la réforme apportée au traitement des syphilitiques. Comment se fait-il que l'influence réformatrice si puissante de ce médecin illustre ne se soit pas étendue aux hôpitaux, ou plutôt aux prisons et aux cachots dans lesquels étaient confinés les aliénés ? Cet hospice, désigné à Vienne sous le nom de *Narrenthurm*, se trouvait encore dans les mêmes conditions lorsque je le visitai en 1845 (1). Cette singulière situation tenait à diverses causes que nous aurons peut-être l'occasion d'examiner dans le cours de nos études. Quoi qu'il en soit de toutes les maladies chroniques, la syphilis est celle dans le traitement de laquelle, d'après le docteur Hecker, le génie de Van Swieten brille de son éclat le plus vif. Dominé par l'idée que l'élément historique doit guider le médecin dans l'étiologie d'une maladie aussi compliquée et souvent aussi protéiforme, il se faisait gloire, dans le traitement de cette terrible affection, de marcher sur les pas de Boerhaave et d'Astruc. On sait que dans les phénomènes initiaux, et lorsque le mal était localisé, le traitement de Boerhaave consistait dans des moyens assez doux. C'est ainsi qu'il ne considérait pas l'emploi du mercure comme nécessaire dans les affections primaires ; mais l'énergie de son traitement augmentait avec la généralisation du mal et les ravages qu'il exerçait dans l'organisme. On doit déplorer sans doute que des ennemis du mercure, s'en tenant plutôt à la lettre des maîtres qu'à l'esprit qui les guidait, n'aient pas, sous ce rapport, compris le génie de Boerhaave, et se soient livrés à des exagérations qui n'ont été trop souvent couronnées que par de déplorables revers (1).

(1) Depuis cette époque, l'affreux Narrenthurm a changé de destination, et la capitale de l'Autriche n'a rien à envier, sous ce rapport, aux États les plus civilisés.

(1) « Undè deducitur, rite non curari malum, nisi pallescat instar mortui æger, nisi emacietur prorsus, nisi alimentis intercurandum quam minime pinguibus nutriatur, nisi tamdiu protrahatur ipsa curatio, donec antiqui humores omnes de corpore migraverint. » Tel était le code qui dirigeait généralement alors la pratique des médecins.

parfois aux remèdes inutiles, et que nous osons à peine rappeler. On dit d'eux que *s'ils ne font pas de mal ils ne peuvent pas faire de bien ;* le collodion ferait pis, il manquerait à la première condition de tout mode de traitement : *primo non nocere.* Et pourtant, on le sait, M. Bonnafont dit avoir réussi constamment sur 56 malades, et il n'a pas vu se prolonger *plus de dix à quinze minutes* la douleur qui suit d'ordinaire l'application de l'enduit. Comment se rendre compte d'une telle divergence dans les résultats? Rappeler la bonne foi des observateurs, quand elle est si notoire, serait tout au plus convenable. Et comme les faits ne peuvent être que dissemblables et jamais contradictoires, on est amené à cette conjecture un peu banale, que les expériences n'ont pas été faites dans des conditions identiques. Mais cinquante-six succès consécutifs sans trêve ni repos, d'un côté; et de l'autre, insuccès presque constant! La dissemblance est un peu bien forte, et l'on se défend malaisément de l'idée que la différence des esprits, partant des habitudes d'observation et de jugement, a tenu en ceci autant de place au moins que la différence des faits. On peut dire cela sans blesser personne, car le reproche s'adresse à la nature humaine. M. Bonnafont croit avoir toujours réussi; d'autres croient avoir échoué invariablement; il est pourtant assez probable qu'un certain nombre des succès de M. Bonnafont eussent été des revers pour M. Velpeau ou M. Ricord, et que plusieurs revers de ces derniers eussent passé pour succès aux yeux de M. Bonnafont. Sous le bénéfice de cette réserve, voyons néanmoins ce qui manque aux observations alléguées pour éclairer et fixer l'opinion.

M. Ricord dédaigne peut-être un peu trop la dénomination d'*orchite*. Comme à M. Velpeau, il nous semble qu'un mot résumant avec plus ou moins de bonheur un ensemble de lésions presque toujours concomitantes (tuméfaction de l'épididyme, épanchement dans la tunique vaginale, etc.), est préférable à une réunion de mots qui seraient comme la monnaie du premier et exprimeraient chacune de ces lésions en particulier. L'unité, qui est dans la maladie, doit être aussi dans la nomenclature, et on la brise quand on substitue à une dénomination collective celle d'*épididymite* et de *vaginalite* mises à la file. Mais il ne s'ensuit pas qu'il ne soit de la plus haute importance de distinguer dans l'appréciation des résultats thérapeutiques les divers éléments anatomiques de la maladie. En ce sens, la remarque de M. Ricord est de toute justesse ; elle l'est en principe, et aussi, croyons-nous, dans l'espèce. Si notre mémoire nous sert bien, les observations de M. Bonnafont ne renfermaient pas toutes des détails assez précis ni suffisamment circonstanciés. Rédigées pour une lecture à laquelle il était imposé d'être courte, elles se ressentaient de cette obligation. Vraisemblablement l'auteur serait en mesure de les compléter; mais c'est ce qu'on ne peut savoir à l'Académie.

Voilà donc un côté des expériences, un côté essentiel, par lequel l'analyse critique n'a aucune prise. Il y en a d'autres encore : la date de l'inflammation, son degré, le volume du testicule, l'état du cordon spermatique, sont autant de circonstances indispensables pour une saine appréciation. Mais à cet égard M. Bonnafont est beaucoup moins incomplet que ses adversaires. Nous constatons le fait sans y attacher aucun blâme. Il est naturel qu'un exposé présenté de souvenir sur les résultats d'expériences thérapeutiques le soit en termes très généraux. Toujours est-il que plus de détails auraient aidé peut-être à comprendre ce mauvais effet si constant des applications de collodion, ces douleurs atroces, cette aggravation de tous les symptômes. Deux circonstances surtout mériteraient une mention expresse : ce sont la date de la phlegmasie et l'état du cordon. On sait combien sont différents les effets des moyens répercussifs, suivant qu'on les emploie au début de l'inflammation ou dans la période d'augment. Or, le collodion élastique, par la compression qu'il ne tarde pas à opérer, exerce une véritable action répercussive. Il est clair aussi que le reflux sanguin déterminé par la compression sera plus ou moins facile, plus ou moins douloureux, selon le degré de dilatabilité et d'inflammation que présenteront les veines spermatiques. La phlébite du cordon, dans l'orchite, n'est pas rare : un savant professeur de Montpellier, M. Bouisson, en a fait, l'an dernier, l'objet d'un travail spécial, et il a montré qu'elle coïncide ordinairement avec l'engorgement inflammatoire du parenchyme testiculaire. On imagine aisément que cette lésion des canaux veineux ne s'arrête pas tout court aux limites de la glande et s'étend plus ou moins aux lacis vasculaires de l'intérieur; et dès lors il suffit de se rappeler le mécanisme, aujourd'hui bien connu, de la résolution des phlegmasies, pour comprendre les inconvénients d'une compression même modérée. Ce que, dans le cours ordinaire des choses, la force circulatoire opère doucement, graduellement, c'est-à-dire la dégradation successive des petits îlots d'engorgement qui sont résultés de l'oscillation et de la stagnation du sang dans les capillaires, ce résultat physiologique, d'une extrême délicatesse, c'est à une force aveugle qu'on le demande. On re-

On ne peut mettre en doute que, dans le XVIIIe siècle, les maladies vénériennes dépassaient en intensité tout ce que nous pouvons observer aujourd'hui : si l'on ajoute encore qu'à cette même époque on observait bien plus fréquemment les affections scorbutiques, les fièvres désignées sous le nom de *putrides*, et d'autres affections de longue durée, on comprendra facilement combien la marche de la syphilis était influencée par ces circonstances défavorables. Boerhaave et Van Swieten avaient pu remarquer certaines formes, telles qu'on en voit décrites dans les auteurs du XVIe siècle, et le traitement déplorable auquel étaient exposés les syphilitiques dans toutes les contrées de l'Europe ne pouvait qu'aggraver le mal. Van Swieten trouva dans les hôpitaux de Vienne, employés dans toute leur rigueur, les moyens barbares en usage dans le XVIe siècle. Les syphilitiques étaient tous relégués dans l'hôpital de Saint-Marc, soumis avec une sorte d'aveuglement à la salivation mercurielle. Cette méthode de traitement était poussée si loin, que l'on comprend facilement les conséquences effroyables qui en résultaient pour la santé générale des malades, sans compter encore les accidents locaux qui résultaient de l'emploi exagéré du mercure. En 1754, Van Swieten parvint à placer à la tête de l'hôpital Saint-Marc Maximilien Locher, et ce médecin distingué inaugura la réforme sous les auspices de son illustre maître. Van Swieten lui conseilla d'employer le sublimé (bichlorure de mercure), qui fait peu ou point saliver, et le succès fut tel, que, de 1754 à 1762, 4,886 syphilitiques sortirent de cet hospice guéris ou améliorés. On ne signala aucun accident considérable qui eût été la suite de ce traitement. Cet agent, si précieux entre les mains de Locher, fut adopté avec le même avantage par ses successeurs. La méthode historique avait mis Van Swieten sur la voie de ce précieux agent thérapeutique. Les insuccès obtenus à Montpellier par le traitement vulgairement appelé *cura per extinctionem*, ainsi que l'expérience acquise par Chevalier à Saint-Domingue, et par Bottelli, furent de précieuses indications qui éclairèrent l'esprit du professeur de Vienne; il pensa que la salivation mercurielle n'était pas le complément indispensable pour la guérison de la syphilis, même la plus invétérée. D'un autre côté, l'explication de Boerhaave, à propos de l'action mécanique exercée par le mercure pour expulser la maladie; cette explication, dis je, ne put jamais être admise par l'esprit judicieux de son élève. Ses convictions furent d'autant plus arrêtées, que l'observation lui montra des tumeurs syphilitiques modifiées et guéries sans que la salivation ait été amenée. De toutes les préparations mercurielles, le sublimé, que Boerhaave avait déjà employé dans des cas douteux, lui parut préférable, tant à cause de sa facilité à se dissoudre que de sa grande propriété diffusible. Combien un tel agent

pousse le sang en masse dans des canaux qui ne peuvent supporter même la pression ordinaire de ce liquide sans de très vives souffrances. Comment n'en résulterait-il pas d'accidents? Nous ne parlons toujours que des cas de phlébite.

Nous ajouterons une remarque toute de pratique. Il n'est pas nécessaire d'être à la tête d'un hôpital de vénériens pour rencontrer fréquemment l'orchite blennorrhagique. C'est dans celle-là, surtout, comme chacun sait, que le cordon devient sensible, par la raison que la phlegmasie a débuté par l'épididyme. Maintenir le cordon relâché par un bon système de suspension est un précepte vulgaire. On a coutume de relever les testicules vers le pubis, soit au moyen de cataplasmes dont on les recouvre ordinairement, soit encore à l'aide de compresses imbibées de substances médicamenteuses. Mais, quelque précaution que l'on prenne, dans les cas graves, on se trouve placé dans l'alternative, — ou d'une traction sur le cordon si l'appareil de pansement est trop lâchement appliqué, — ou d'une pression sur le testicule si les bourses sont fortement relevées. Les malades accusent des douleurs intolérables qui pénètrent jusque dans l'abdomen. A voir l'apparence méthodique du pansement, on ne songe pas ordinairement à chercher de ce côté la cause de ces accidents; on accuse une recrudescence de la phlegmasie, et l'on redouble (bien inutilement) d'émissions sanguines et d'embrocations émollientes. Des praticiens fort expérimentés s'y trompent quelquefois, nous l'affirmons *de visu*. Qu'y a-t-il à faire? Ordonner aux malades de se coucher sur le côté, le testicule relevé par un cataplasme et reposant *sur la face interne de la cuisse*. Si la douleur a l'origine que nous avons dite, elle ne tardera pas à s'apaiser. Or il n'a été aucunement question du mode de suspension du testicule dans les observations communiquées à l'Académie. Les maîtres en cette partie de la pratique chirurgicale n'ont pas voulu tomber dans cette vulgarité; qu'ils nous permettent d'être moins dédaigneux. L'expérience, encore une fois, nous y autorise.

On le voit assez par ce qui précède, la question appelle de nouvelles recherches. Nous regrettons, avec MM. Michel Lévy et Bouillaud, que la demande d'une commission ait été repoussée. M. Velpeau, qui l'a surtout combattue, et qui a traité les commissions en général comme des administrations de pompes funèbres, croit lui-même que des expériences nouvelles ne seraient pas entièrement défavorables à l'emploi du collodion; que ce mode de traitement, toute réserve faite quant à la vertu spéciale des enduits imperméables (1), pourrait être avantageux dans certaines circonstances, en exerçant une compression sur les parties enflammées; bien plus, il en a fait l'application avec quelques succès aux engorgements du sein. Dès lors, pourquoi se refuser à une enquête scientifique? Et quel meilleur moyen de la mener à bien, que de poursuivre les recherches de divers côtés à la fois, sous une inspiration et dans une direction communes, pour les coordonner dans un exposé général? En d'autres termes, quoi de mieux qu'une commission?

A. DECHAMBRE.

(1) Suivant un regrettable médecin, mort récemment, le docteur Fourcault, le collodion pourrait être remplacé par la terre glaise.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE INTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

DE L'APPLICATION DES VÉSICATOIRES SUR LA TÊTE, DANS LE COMA DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par M. LEBEAU, médecin de garnison en Belgique.

Tous les praticiens savent combien est souvent fatal dans la fièvre typhoïde le coma qui arrive à la fin du troisième septénaire, en même temps que des phénomènes d'asphyxie commencent. Des malades dans cette situation désespérée ont été ramenés, au moins quinze fois sur vingt, à l'intelligence et au rétablissement des fonctions vitales déjà si gravement enrayées, par *l'application d'un large vésicatoire sur le sommet de la tête.*

Ces résultats heureux sont probablement dus à la révulsion énergique qui débarrasse directement, tant par l'intermédiaire de la grande circulation que par celle des vaisseaux crâniens, le cerveau de cette masse de sérosité que l'on trouve chez ceux qui succombent.

Pour mieux faire comprendre la réunion des symptômes qui constituent pour nous l'indication d'appliquer le vésicatoire, citons quelques observations. Nous essaierons de donner plus d'intérêt à ces histoires de maladies, en en éloignant tout ce qui pourrait leur être inutile et les rendrait trop longues.

Voici dans quelles circonstances je fus conduit à faire pour la première fois usage de cette méthode :

OBS. I. — Beckman, musicien au régiment des guides, déjà malade depuis un mois, fut transporté le 3 juillet 1851 à l'hôpital. Son état était des plus graves.

Perte complète de l'intelligence et du sentiment, facies hippocratique,

---

thérapeutique ne serait-il pas précieux, s'il pouvait amener la guérison sans la salivation, ou si du moins ce dernier phénomène ne pouvait être considéré que comme un accident? Or c'est, comme nous venons de le dire, ce que l'expérience confirma, et le caractère de prudence qui distinguait Van Swieten ne lui permit d'abord d'employer ce médicament qu'à la dose d'*un quart de grain* dans 1/2 kilogramme d'eau; plus tard il se crut autorisé à élever la dose jusqu'à *un demi-grain* dissous dans une quantité d'eau plus considérable. Sur ces entrefaites, un médecin portugais, Ribeiro Sanchez, qui avait été autrefois son élève, lui écrivit de Saint-Pétersbourg « qu'un vieux chirurgien russe traitait depuis longtemps les maladies vénériennes les plus invétérées avec une potion composée de 60 gram. d'eau-de-vie renfermant 1 grain de sublimé. » La salivation n'était sans doute pas inévitable, et dépendait probablement non seulement de l'élévation de la dose, mais du plus ou moins de tolérance du sujet; mais, dans tous les cas, le succès était remarquable. A dater de cette époque, Van Swieten se servit de cette formule, qui garda son nom (*liquor Swietenii, spiritus mercurialis*); il en répandit bientôt l'usage dans toute l'Europe, en faisant connaître, par des lettres adressées aux médecins les plus célèbres, les succès qu'il avait obtenus.

Ce nouveau mode de traitement fut accepté avec la plus grande faveur, et, s'il ne présentait pas la réalisation du plus grand progrès qu'il fût possible d'obtenir pour le traitement de ces maladies, il enrayait au moins la méthode barbare usitée jusqu'alors, qui amenait fréquemment les accidents les plus formidables. Ce n'est pas à dire cependant que l'esprit de méfiance qui accueille tout nouveau médicament ne se produisît sous la forme d'écrits, de mémoires ou de pamphlets pour ou contre l'emploi du bichlorure de mercure; mais la vérité ne pouvait manquer de frapper tous les bons esprits qui cherchaient les motifs de leur conduite dans l'observation consciencieuse des faits.

Ce que nous avons dit jusqu'à présent de la thérapeutique de Van Swieten, à propos du traitement de la mélancolie et de la syphilis, nous fait voir l'esprit d'observation qui le dirigeait dans sa pratique. Encore une fois, les théories qu'il met dans ses prolégomènes n'obscurcissent en rien la sûreté de son jugement lorsqu'il se trouve devant la réalité des faits pathologiques. Je reste pénétré d'admiration en présence des innombrables ressources curatives qui, dans la pratique, s'offrent à ce puissant génie, à ce profond observateur. Je ne trouve aucun auteur qui, dans le traitement des maladies nerveuses, pour ne citer qu'un des côtés de la pathologie, ait employé avec autant de hardiesse et d'habileté les opiacés. Il se basait sur l'exemple de Sydenham, auquel ce précieux agent réussissait si

coma qui ne permet pas d'obtenir du malade le moindre renseignement. Peau sèche, presque froide, pouls dicrote, sans résistance, à 30 pulsations au 1/4 de minute, respiration imparfaite. Langue sèche, recroquevillée (de perroquet), lèvres croûteuses, fuliginosités; déglutition presque impossible, ventre distendu par les gaz; taches rosées, crépitation dans la fosse iliaque, selles nombreuses favorisées par les purgatifs salins administrés les jours précédents. Urines retenues. — Sangsues et cataplasme sur le ventre, cathétérisme, vésicatoire recouvrant tout le sommet de la tête.

4 juillet. — Nuit agitée, la somnolence remplace le coma, le malade fait des efforts pour répondre, les traits sont moins relâchés; prostration toujours extrême; la peau est plus chaude; le pouls, mou, a plus d'ampleur; il est à 28 au 1/4. La respiration est plus libre; les autres symptômes comme hier; quatre selles liquides involontaires; urines involontaires. — Pansement du vésicatoire avec l'ouate, frictions mercurielles et cataplasme sur le ventre.

5 juillet. — Le malade est éveillé, l'expression de la face est meilleure; prostration, céphalalgie, vertiges, rêvasseries la nuit; a dormi vers le matin. Peau moite, pouls mou, régulier, plus large, à 26 au 1/4. Langue collante au ventre, humide aux bords. Ventre ballonné, trois selles liquides involontaires. — Même traitement.

6 juillet. — L'amélioration continue.

A partir de ce jour, les phénomènes cérébraux s'amendent, les selles deviennent volontaires et moins fréquentes; enfin le malade sort guéri le 21 août 1851.

Obs. II. — Seret (J.-B.), carabinier, entré à l'hôpital le 26 octobre 1852.

Les symptômes se montrent successivement, et le diagnostic est porté le 28 octobre.

3 novembre. — Délire, réponses lentes, embarrassées, prostration profonde, stupeur prononcée; pouls petit, mou, à 22 au 1/4; toux fréquente; langue et lèvres sèches, croûteuses; quatre selles liquides. — Cataplasme sur le ventre, potion gommeuse acidulée, diète absolue.

4 novembre. — Teint terreux, stupeur et prostration plus prononcées que la veille; réponses presque inintelligibles; peau plus froide, cyanosée à la face et aux extrémités; pouls petit, dicrote, à 27 au 1/4; lèvres fuligineuses; ventre dur, tendu, constipation. — 12 sangsues aux apophyses mastoïdes, cataplasme sur le ventre; boissons rafraîchissantes.

5 novembre. — Coma, prostration extrême, roideur des membres, soubresauts de tendons, délire nocturne; peau froide, cyanosée aux extrémités; battements du cœur irréguliers; langue de perroquet; ventre rétracté, urines et deux selles liquides involontaires. — Vésicatoire sur la tête, le reste comme hier.

6 novembre. — Amendement des symptômes cérébraux, moins de stupeur et de prostration, somnolence, face plus expressive, peau couverte de sueur, pouls dicrote, à 30 au 1/4; le cœur bat régulièrement; ventre tendu, pas de selles. — Pansement du vésicatoire, embrocation mercurielle et cataplasmes sur le ventre, cathétérisme.

7 novembre. — Le malade a dormi, la face est colorée aux pommettes, la prostration diminue, le malade répond lentement aux questions; céphalalgie, peau souple, molle; pouls régulier, voies digestives comme hier. — Même traitement.

8 novembre. — L'état du malade est encore amélioré.

Le malade sort guéri de l'hôpital le 11 janvier 1852.

Obs. III. — Mauroit (Henri), guide, entré à l'hôpital le 22 décembre 1852.

26 décembre. — Succession de symptômes qui permettent de porter un diagnostic. Marche régulière jusqu'au 10 janvier suivant, avec prédominance des symptômes cérébraux.

11 décembre. — Face pâle, yeux enfoncés, tempes creuses, délire nocturne, prostration profonde, relâchement complet des traits, somnolence, ne répond pas aux questions; roideur des membres, soubresauts de tendons; peau froide, légèrement violacée; pouls mou, dicrote, à 30 au 1/4; respiration imparfaite, symptômes abdominaux comme le malade précédent, constipation, urines involontaires. — Vésicatoire sur la tête, cataplasme sur le ventre, potions rafraîchissantes.

12 décembre. — Face pâle, hébétée; prostration moindre, roideur des membres, somnolence, pouls dicrote, plus large, à 26 au 1/4, peau moins froide.

13 décembre. — La face reprend de l'expression, le teint blanchit, le malade est éveillé; surdité, réponses embarrassées; les phénomènes ataxiques du côté des membres ne se remarquent plus; pouls mou, dicrote, à 26 au 1/4; peau moite, souple; sudamina, deux selles liquides involontaires, urines volontaires.

14 décembre. — L'amélioration persiste.

Le malade entre en convalescence le 25 janvier; il sort guéri de l'hôpital le 11 mars suivant.

Obs. IV. — Stroeken (François), grenadier, entré à l'hôpital le 30 septembre 1853.

Marche normale de la maladie jusqu'au 15 octobre 1853. A cette époque les phénomènes de la période ataxique se manifestent, mais isolément.

17 octobre. — Stupeur profonde, prostration, surdité, roideur des membres, soubresauts de tendons; délire continuel. Le malade ne paraît pas comprendre ce qu'on lui dit; face pâle, peau froide, cyanosée; pouls petit, fréquent, langue sèche, croûteuse; ventre ballonné, constipation. — Vésicatoire de deux fois la grandeur de la paume de la main sur le sommet de la tête; cataplasme sur le ventre, etc.

18 octobre. — La nuit a été plus tranquille que les précédentes; réponses lentes, voix tremblotante; plus de soubresauts de tendons, mais carphologie; météorisme; la constipation continue.

19 octobre. — A dormi vers le matin, réponses justes, plus de phénomènes ataxiques; peau moite, souple; pouls large, régulier, à 22 au 1/4; le ventre s'affaisse, la langue se nettoie et s'humecte.

20 octobre. — L'amélioration continue.

Stroeken sort guéri le 26 novembre.

Nous pourrions rapporter quinze observations sur vingt, dans lesquelles le vésicatoire a semblé dissiper presque immédiatement les symptômes ataxiques; nous croyons que celles-ci peuvent suffire et nous ne voulons pas inutilement fatiguer l'attention du lecteur.

Les occasions de répéter cette médication se présentent assez fréquemment, et nous la recommandons en toute confiance à l'attention de nos confrères (1).

(1) Extrait d'un mémoire inséré dans les *Archives belges de médecine militaire*, février 1854.

---

bien dans les spasmes des hystériques et des hypochondriaques, dans les grandes douleurs, les vomissements, les diarrhées. Il fit plus encore, dans sa reconnaissance. Les principes de Sydenham dirigeaient les praticiens dans l'emploi de l'opium; toutefois, aucun chef d'école ne s'était encore chargé de se faire l'écho puissant des préceptes du grand médecin anglais; aussi Van Swieten fut-il universellement compris, lorsque, dans son enthousiasme, il s'écriait : *Opium verus spirituantium tumultuantium* (1) *domitor* (voir l'aphorisme 650 et le commentaire)! Ajouterons-nous encore que ce médecin, au caractère si modeste, était parfois un novateur hardi? Dans son immense érudition, il ne s'était pas seulement assimilé l'érudition des anciens; mais il n'ignorait pas la médecine des peuples les plus éloignés.

Jamais, il est vrai, son tact exquis ne l'aurait fait tomber dans les exagérations thérapeutiques qui signalèrent, comme nous le verrons plus tard, l'enseignement de Störk; mais, en physiologiste consommé, il n'ignorait pas les singulières anomalies que présentent les fonctions nerveuses dans l'état de maladie, et il faisait la part des remèdes extraordinaires qui guérissent parfois en dépit des théories préconçues. Il avait observé souvent que telle femme nerveuse et hystérique qui tombe dans d'atroces convulsions (*in pessimas convulsiones*) en respirant l'odeur du musc et du camphre, voyait toutes ses souffrances s'évanouir sous l'influence de la détestable odeur de corne brûlée. Il admettait, sans les comprendre, ces singuliers phénomènes qui font qu'un état spasmodique ou douloureux étant déterminé dans une partie du corps, cet état s'apaise au moyen d'irritants appliqués sur d'autres parties. Et c'est ainsi qu'il s'explique la singulière méthode employée par les Japonais, et qui, au dire de Hombergius, lequel en a été le témoin véridique, consiste à guérir les coliques atroces compliquées de convulsions, si communes dans ces pays, et la dysentérie, au moyen de l'application du cautère actuel à la plante du pied, à 10 centimètres du *calcanéum*. D'autres témoins dignes de foi ont vu le même fait : on couvre l'endroit brûlé avec du sel pulvérisé. Les plus intolérables douleurs abdominales, si fréquentes dans ces pays, sont souvent immédiatement calmées au bout d'une demi-heure. Le ma-

(1) Notons encore que si Van Swieten n'évita pas toujours le défaut commun aux médecins de cette époque, d'expliquer des choses inexplicables, il savait cependant s'arrêter là où des bornes sont imposées à l'esprit humain. Il plaisantait tout doucement ceux qui veulent toujours remonter aux premières causes. A propos de l'opium, par exemple, il disait : « On rit quand Molière fait dire à son candidat que l'opium endort parce qu'il a une vertu soporative; il a cependant dit tout ce que l'on pouvait dire sur ce point. »

PATHOLOGIE EXTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DE LA SOLUTION D'IODURE DE POTASSIUM EN INJECTIONS DANS LES CAVITÉS SUPPURANTES, par M. le docteur BIENFAIT, de Reims.

Nous avons reçu deux mémoires sur l'injection des composés iodiques dans les cavités suppurantes : l'un concernant la *solution d'iodure de potassium*, par M. le docteur Bienfait; l'autre relatif à la *teinture d'iode*, par M. le docteur Boinet. Il ne sera pas sans intérêt de rapprocher les deux modes de traitement. Nous publions aujourd'hui le travail de M. Bienfait; celui de M. Boinet suivra presque immédiatement. A. D.

L'attention des praticiens a été si souvent ramenée, dans ces dernières années, sur l'emploi des injections irritantes dans les foyers de suppuration rebelle ou grave, que les deux faits que je vais rapporter seront lus peut-être avec quelque intérêt.

Dans le premier cas, alors que je croyais porter dans le genou de la teinture d'iode à dose assez élevée, il arriva, par une erreur du pharmacien, que je n'injectais qu'une solution à peu près pure d'iodure de potassium. Mais, loin d'avoir à regretter cet accident, j'obtins un résultat qui m'engagea à essayer la même solution à l'état de pureté chez le malade de la seconde observation, et cette fois encore la guérison s'ensuivit.

C'est là, je pense, une application nouvelle d'un agent déjà fort utile, et de nature à légitimer sur ce point de thérapeutique de nouvelles recherches que je me propose de poursuivre.

OBS. I. — Célestine G..., dix ans, *lymphatico-nerveuse*; *mauvaises conditions hygiéniques et héréditaires.* — Chez cette enfant, à la suite de chocs répétés, un phlegmon s'empare de la partie supérieure de la jambe gauche, et se termine par un abcès au-devant du condyle interne du tibia. Une incision, faite le 24 août 1853, amène une détente marquée et une diminution dans le gonflement. Cependant (29 août) je dois ouvrir bientôt un second abcès qui se montre contre la crête du tibia à quelques centimètres au-dessous du premier.

8 *septembre.* — Les plaies, devenues fistuleuses, ne donnent plus qu'une suppuration médiocre; mais l'état stationnaire de l'épanchement et une hecticité manifeste depuis quelques jours me décident à agir, bien que je commence à soupçonner un gonflement de l'extrémité supérieure du tibia, sous-jacent à celui des parties molles ambiantes.

Le liquide étant donc refoulé au-dessous du tendon du triceps, un trocart enfoncé à la partie externe donne issue à 60 grammes environ de pus séreux; puis, sans que la petite malade éprouve de douleur, une injection est promenée pendant une ou deux minutes dans toute l'articulation; après quoi j'en évacue à peu près les 4/5es, laissant à dessein le reste dans la jointure. (*Diachyl. sur la plaie; catapl. sur le genou.*)

C'est seulement à la sortie du liquide injecté que je m'aperçus qu'il était d'un brun très clair, coloration peu en rapport avec la proportion de teinture d'iode que j'avais voulu employer. Soupçonnant une erreur, j'allai immédiatement chez le pharmacien me faire représenter mon ordonnance. Celle-ci était bien conforme à mes intentions (*eau distillée*, 100 gram.; *iodure de potassium*, 4 gram.; *teint. alcool. d'iode*, 50 gram.); mais peu habitué à ce genre de prescription, et trouvant la dose de teinture d'iode énorme, le pharmacien avait cru à une faute de rédaction, et avait, de son chef, substitué 50 centigr. à 50 gram. (1). Dès lors je fus curieux de voir ce qu'il adviendrait.

9 *septembre.* — Il n'y a ni rougeur ni gonflement du genou; la douleur a été nulle, et la fièvre a manqué ou du moins a passé inaperçue. La petite plaie, d'ailleurs, ne donne aucun suintement; en un mot, tout va pour le mieux.

Cet état se maintient sans incident jusqu'au quatrième jour, où je trouve la rotule circonscrite par de nouvelles saillies; mais celles-ci ne sont pas dues à une reproduction du liquide, car elles n'offrent pas trace de fluctuation, et je sens distinctement au niveau de chacune d'elles une sorte de coussin qui, sous la pression du doigt, tantôt se déplace en masse, tantôt s'écrase en produisant une sensation particulière comparable à celle que donne sous le pied la neige durcie par la gelée.

Pendant quelques jours, le même phénomène peut à loisir être constaté; puis la matière qui y donnait lieu diminue graduellement, et finit par disparaître en laissant les surfaces indolores, mobiles, sans bruit ni frottement anormal, telles enfin que si l'articulation n'avait jamais été malade.

Pour ne pas surcharger cette observation, disons tout de suite que, tandis que le genou se désintéressait, il devenait évident que l'extrémité supérieure du tibia était le siége d'une phlegmasie. C'était là sans doute la maladie primitive qui poursuivait son cours, et par suite de laquelle des parcelles osseuses ont été éliminées depuis. Cependant une amélioration presque inespérée a été obtenue, et la dernière fois que j'ai vu la jeune malade (14 décembre), les plaies des abcès ne donnaient plus qu'un faible suintement; et, bien que l'os fût encore gonflé, il fallait user de contrainte pour empêcher l'enfant de fatiguer son genou. Celui-ci, au surplus, a conservé tous ses mouvements, et l'épanchement ne s'y est pas reproduit.

Ainsi, en résumé, du pus s'étant formé dans l'articulation tibio-fémorale, consécutivement à une phlegmasie voisine, l'injection faite aussitôt après l'évacuation du liquide, avait, nonobstant la persistance de la lésion primitive, ramené rapidement les surfaces articulaires à l'état normal. C'était là certes un beau résultat, et je dois avouer que je n'eus pas un instant l'idée d'en faire honneur aux dix gouttes de teinture d'iode qui se trouvaient dans l'injection. Or, comme il est contraire à l'observation la plus constante qu'une collection purulente intra-synoviale soit supprimée d'emblée par une simple ponction du trocart; comme d'ailleurs je m'étais assuré de l'absence de toute issue détournée pour le pus, par les plaies

(1) Je n'avais pu d'ailleurs m'apercevoir plus tôt de cette méprise, car j'avais reçu la seringue toute prête des mains du docteur Galliet qui m'assistait, et qui l'avait chargée pendant que je surveillais l'écoulement du pus. Mon jeune et savant confrère avait, de son côté, remarqué la coloration peu foncée du liquide dès avant l'opération; mais ignorant la teneur de l'ordonnance que j'avais faite la veille, il s'était, par discrétion, abstenu de toute remarque, et c'est en quittant la maison de la malade que nous échangeâmes nos impressions à cet égard.

---

lade, il est vrai, est pris d'une soif très vive et d'une grande lassitude auxquelles ces insulaires remédient par des boissons dans lesquelles entrent la plupart des plantes aromatiques communes dans leur pays. Si nous ajoutons encore à ces détails sur les idées qui dirigeaient Van Swieten, que jamais il ne se laissa dominer par l'esprit de parti (1), nous aurons donné une idée complète du caractère scientifique de ce médecin; aussi je ne connais aucune source où il soit aussi sûr de puiser, que dans ses écrits. Cette abstention de tout parti, cette bonne foi qui le porte à reconnaître soit ses erreurs, soit les progrès accomplis, cette admirable tendance à favoriser ces mêmes progrès, ne se font sentir nulle part aussi bien que dans l'histoire de l'inoculation.

Boerhaave, en 1722, s'était toujours tenu dans une grande réserve pour ce qui regarde l'inoculation; Van Swieten fut peut-être plus sévère encore, puisque avant 1767 il n'avait jamais recouru à ce moyen prophylactique. La réforme, sous ce rapport, devait venir de plus haut. L'inoculation fut ordonnée par Marie-Thérèse, qui, vers cette même année 1767, fut atteinte de la variole. On inoculait à Vienne quatre ans avant la mort de Van Swieten, ce qui nous prouve, ou bien que ce grand médecin avait changé son point de vue, ou bien que, conséquent à son beau caractère scientifique, il avait cédé à l'évidence des faits, et qu'il s'était noblement rattaché à la vérité, sans se laisser influencer par l'esprit de parti. Van Swieten prit le plus grand intérêt à tous les essais d'inoculation qui furent faits à l'hôpital de Saint-Marc par Locher et Rechberger; il reconnut l'utilité de la méthode; et, pour ce qui regarde le traitement de la variole, il rejeta complétement l'arsenal des médicaments employés jusqu'alors, et adopta la manière de l'école anglaise, dont la thérapeutique était évidemment en rapport avec la nature de cette maladie. Il fit mieux encore en publiant avec le plus grand soin tout ce que l'observation et l'expérience lui avaient appris sur le traitement consécutif de la variole. Ce n'était pas ainsi qu'agissait Sutton, qui faisait un mystère des remèdes qu'il employait: *Tegebat horum remediorum compositionem sollicite.* (*Profatia ad* V, 1 vol.) Reconnaître ses erreurs lorsqu'on est ainsi arrivé au point le plus culminant de sa pratique et de sa réputation, n'est pas assurément le propre des petits esprits. Les hommes qui planent au-dessus des misérables tracasseries de la profession n'hésitent pas à sacrifier à la vérité les exigences si impérieuses souvent de l'amour-propre froissé.

En général, pour ce qui regarde l'emploi des différents agents thérapeutiques, nous trouvons que Van Swieten, malgré la fécondité de ses

(1) Sedulo me ipsum examinavi et credidi in quantum humana conditio fert, ab omni partium studio liberum esse. (T. V, p. 143.)

fistuleuses, il fallait bien admettre que l'iodure de potassium avait agi. Bien plus, son mode d'action était nettement indiqué par cette matière signalée dans la jointure le quatrième jour et si facilement résorbée ensuite; car c'était là évidemment une production plastique, caractérisant assez bien, dans l'espèce, l'inflammation de bonne nature qui est le but immédiat de la méthode substitutive.

Aussi, longtemps avant que la jeune malade fût dans l'état satisfaisant où elle est aujourd'hui, j'avais conçu l'espoir que le même moyen, appliqué à des cas plus favorables, rendrait des services plus décisifs encore, et je désirais vivement le mettre à l'essai, lorsque je fus mandé près du malade dont l'histoire va suivre.

Bien qu'il n'y ait de commun entre les deux sujets que la diathèse sous l'influence de laquelle la suppuration s'est établie et le caractère grave de cette dernière, je crois pouvoir, au point de vue qui m'occupe, rapprocher ces deux observations sans vouloir autrement forcer l'analogie.

Obs. II. — G..., trente-sept ans, *scrofuleux; nombreux accidents diathésiques antérieurs.* — Dès le courant de l'été dernier, cet homme a éprouvé dans la hanche gauche des douleurs qui préludaient à l'affection actuelle; cependant il ne gardait le lit que depuis quinze jours, lorsque je le vis le 1er octobre 1853.

La fesse et la moitié supérieure de la cuisse gauche, doublées de volume, ont la forme d'un cône ventru et rebondi. Cette tumeur est largement fluctuante; mais cependant la peau lisse et tendue sur presque toute sa surface n'est rouge et amincie qu'à sa partie inféro-externe, dans une étendue de 7 à 8 centimètres, et je sens en ce même point une fluctuation qui me paraît indépendante de celle qui occupe la profondeur de la région malade. Il y a en même temps une fièvre ardente avec exacerbation chaque soir, délire intense et sueurs nocturnes abondantes; le facies est altéré, la voix faible, une escarre de 4 centimètres occupe le bas de la région sacrée; en un mot, tout indique un état ataxo-adynamique des plus graves. (*Catapl., tannate de quinine.*)

4 octobre. — 2,500 *grammes* de pus floconneux et d'odeur fade sont évacués au moyen d'un trocart à baudruche enfoncé au milieu de la plaque rouge, et l'injection iodurée tiède (*eau dist.*, 120 gram.; *iod. de potass.*, 4 gramm.) est poussée aussitôt après, sans que le malade témoigne la moindre douleur, si ce n'est lorsque je malaxe la tumeur pour la vider autant que possible. (*Diachyl. sur la plaie, catapl.*)

5 octobre. — Le redoublement fébrile et le délire ont été à peine sensibles, et le malade s'est réveillé avec un sentiment de mieux. La douleur locale a été nulle, la rougeur érysipélateuse est déjà beaucoup moins foncée; et quoique la petite plaie se soit agrandie au point de donner accès à quelques bulles d'air, le pus n'exhale aucune fétidité. Grâce à cet agrandissement de l'ouverture cutanée, une forte sonde métallique droite arrive sans peine dans une cavité de même largeur que la plaque rouge, qui a pour plancher l'aponévrose fémorale; mais, pour aller plus loin, il me faut trouver sur cette dernière un passage par lequel l'instrument pénètre alors de toute sa longueur, et traverse le membre de part en part dans plusieurs directions. Pourtant, quoi que je fasse, je n'arrive sur aucune surface osseuse dénudée. (*Potages, vin de quinq., iod. de potass. à l'intérieur, collodion sur les parties exposées au contact du pus; catapl.*)

6 octobre. — Il n'y a plus ni fièvre ni délire. — Seconde injection tiède qui ne produit pas la moindre douleur.

9 octobre. — L'état général est meilleur, et la suppuration diminue. Néanmoins, dans le décubitus horizontal, le seul possible, le pus ne peut sortir librement, et la pression dans le creux ischio-trochantérien le fait refluer jusqu'à la plaie. C'est pourquoi, ayant pris l'avis de mon ami le docteur Henrot fils, je fais une contre-ouverture en arrière du grand trochanter, et je relie par un séton les deux issues désormais assurées à l'écoulement du liquide.

11 octobre. — Une troisième injection, *froide* par négligence, excite une douleur assez vive qui dure vingt minutes.

12 et 14 octobre. — Injections tièdes, douleur nulle.

29 octobre, vingt-cinquième jour après la ponction. — La suppuration a diminué de jour en jour, et, depuis quelque temps, le séton ne donne plus qu'une quantité insignifiante de sérosité limpide. Enfin, les parties sont revenues à leur volume normal, et le malade marche dans sa chambre; bref, je le trouve assez bien pour prendre congé de lui en lui prescrivant le séjour à la campagne, et l'usage simultané de l'iodure de potassium, de l'iodure de fer et de l'huile de morue.

Peu de temps après ma dernière visite, G..., dont les plaies se sont bientôt cicatrisées, est en effet parti pour la campagne. Depuis sept semaines qu'il y est, il a repris un embonpoint satisfaisant, et ses forces lui permettent de faire chaque jour une promenade de plus d'une lieue, sans rien éprouver qu'un peu de faiblesse des reins.

Dans ce cas, une vaste collection s'était donc formée lentement, disséquant les muscles et soulevant l'aponévrose restée intacte; puis au milieu d'un appareil fébrile formidable était survenu un érysipèle phlegmoneux qui avait promptement suppuré, et qui, faisant effort à la fois sur l'aponévrose et sur la peau, allait amener l'évacuation de l'abcès profond quand je fus appelé. Devais-je pour cela laisser faire la nature? Trois ans auparavant j'avais vu le même malade guérir, contre toute prévision, d'un abcès attribué à une carie cervicale qui était allé s'ouvrir dans les bronches, et le souvenir que j'en avais gardé me portait bien à m'abstenir; cependant, en songeant qu'une fois la communication établie entre les deux foyers, l'inflammation sous-cutanée gagnerait probablement la cavité sous-aponévrotique, et que dans son état de faiblesse G. ne pourrait opposer à cette éventualité redoutable qu'une résistance insuffisante, je résolus d'intervenir. En conséquence, l'injection d'iodure de potassium fut faite à plusieurs reprises, et malgré l'introduction de l'air, après vingt-cinq jours d'une amélioration constamment progressive, je pouvais cesser mes visites. Il est vrai que concurremment à l'injection, une contre-ouverture et un séton avaient été pratiqués, mais à une époque où le mieux était déjà si nettement établi, qu'il y aurait prévention à leur attribuer plus qu'une coopération secondaire.

Quelle était ici la nature de l'affection? Était-ce simplement un abcès froid? Ou bien la suppuration était-elle symptomatique d'une altération osseuse plus ou moins éloignée? A vrai dire, il est impossible de rien affirmer sur ce point, et si j'incline vers la dernière opinion, c'est bien moins en vertu de données certaines, que par suite de probabilités déduites du siége du mal, de l'aspect du pus, de la faiblesse persistante des reins, et enfin d'antécédents

---

ressources, est d'une réserve et d'une prudence extrêmes. C'est dans l'esprit d'observation qui le dirige qu'il faut étudier non seulement la thérapeutique du chef de l'école de Vienne, mais celle des grands médecins de cette mémorable école. Quiconque ne recherchera dans leurs écrits que la justification des idées préconçues personnelles, pourra la trouver s'il ne s'arrête qu'à l'écorce et s'il brise volontairement la chaîne des principes fondamentaux qui relient entre elles ces œuvres remarquables (1); et ceci nous explique pourquoi, dans les luttes des partis, chaque combattant a trouvé, dans les écrits des maîtres de l'art, les armes qui lui convenaient. Ajoutons encore que, fidèle à la pratique et aux préceptes de Boerhaave, nul médecin ne fit autant d'efforts que Van Swieten pour simplifier la thérapeutique et la débarrasser des méthodes absurdes ou dangereuses qui empêchaient son progrès. Ce point de vue seul suffirait pour mettre en relief un des titres les plus solides de Van Swieten à la reconnaissance de ses contemporains. . . . . .

(1) Pour justifier cette assertion, je ne prends qu'un fait au hasard. En ouvrant le deuxième volume, au chapitre des fièvres continues putrides, je lis: *In hoc febrium genere, venæ sectio, clysmata et similia debilentia, nocerent potius.* Voici un principe qui paraît absolu; il ne l'est plus, quand on médite sur l'ensemble des admirables enseignements développés dans le chapitre des *fièvres*.

Les *Commentaires* de ce grand médecin devinrent le livre que tous les praticiens voulurent lire et méditer. L'opposition qui surgit vint de l'école de Goettingue, et ceci ne doit pas étonner, dit le docteur Hecker, quand on connaît les dissentiments qui s'élevèrent entre Haller et Van Swieten, dissentiments que les élèves de ces deux hommes distingués avaient intérêt à propager. D'un autre côté, pour être aussi impartial que possible dans cet exposé critique, nous nous rangerons de l'avis du docteur Hecker, et nous nous garderons bien de suivre certains auteurs sur le terrain des louanges exagérées qu'ils accordent aux *Commentaires*. Ce livre, écrit au milieu de circonstances si difficiles, et à une époque où les saines méthodes d'observation ne pouvaient toujours être appliquées à cause des préjugés nombreux qui existaient et des erreurs non moins nombreuses qui encombraient le champ de la science; ce livre, dis-je, était pour son siècle tout ce qu'il pouvait être, c'est-à-dire le plus beau monument élevé à l'observation médicale. Ceci n'empêche pas que, lorsque le mouvement scientifique de l'époque dirigera les esprits vers l'étude des grands maîtres de l'art, on sera étonné de rencontrer dans leurs écrits des trésors que la science moderne, un peu trop exclusive pour ce qu'on appelle les progrès de l'époque, trouvera moyen d'utiliser (1).

(1) La mission de diriger les esprits vers cet ordre d'études semble être réservée à

morbides qu'il aurait été trop long de reproduire. Toutefois cette lacune dans le diagnostic ne diminue en rien l'intérêt que ce fait puise avant tout dans l'ampleur de la collection et dans la gravité des accidents qui ont pu être évités.

Bien que pleinement justifié, je pense, par le résultat, je tiens pourtant à dire que je ne fus pas guidé dans le choix de l'injection par le seul désir d'expérimenter l'agent nouveau, désir dont, au surplus, je ne me défends pas. En effet, parmi les substances dont la pratique a sanctionné la valeur dans les cas analogues, les injections iodées et chlorurées tiennent la première place. D'après les faits qui me sont propres, et d'après ceux qui sont venus à ma connaissance, ni les unes ni les autres ne me garantissaient la mesure d'action convenable. Qui ne sait, par exemple, que les injections iodées déterminent parfois une réaction excessive qui, trouvant chez mon malade un terrain trop bien préparé, auraient pu favoriser l'explosion phlegmasique que je redoutais ? Et d'ailleurs, quoique éprouvées par d'incontestables succès, ont-elles jamais été tentées avec ce voisinage incommode d'un phlegmon en pleine activité ? Quant aux injections chlorurées, dont j'ai pour mon compte tiré bon parti quelquefois, elles me paraissent bien plus propres à *mondifier* qu'à modifier une surface suppurante, et je doute qu'elles eussent excité tout juste l'inflammation réparatrice que l'iodure de potassium avait produite si bien à point chez le sujet de la première observation.

Est-ce à dire maintenant que je veuille, mes deux observations en main, réclamer pour l'injection d'iodure de potassium, le monopole que des chirurgiens pleins de mérite semblent vouloir conquérir en faveur de tel ou tel moyen ? J'ai annoncé des prétentions plus modestes, et je n'y ajouterai rien ; mais, je le répète, d'après les deux faits que j'ai observés, l'injection à l'iodure de potassium mérite d'être expérimentée ; je serais tenté d'ajouter qu'elle doit l'être surtout dans les cas où, comme dans ceux que je produis, une phlegmasie voisine contre-indique l'emploi de tout autre agent ; mais je préfère attendre l'œuvre du temps et des faits pour formuler avec une telle précision.

En tout cas, si le succès couronne des tentatives ultérieures, ce moyen ne saurait être un succédané plus ou moins indifférent de l'injection iodée ; ne fût-ce que parce que celle-ci exige l'emploi d'instruments spéciaux, la solution du sel iodique devrait avoir sur elle la préférence ; mais cette préférence lui serait encore bien mieux acquise si, à la seule condition d'être employée tiède, elle ne déterminait jamais plus de douleur et de réaction qu'elle ne l'a fait entre mes mains.

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

DE LA PÉRIPNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE DU GROS BÉTAIL. — INOCULATION.

Suite. — Voir le numéro 29.

DE LA CONTAGIONALITÉ DE LA PÉRIPNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE ET DES EFFETS DE L'INOCULATION.

Quelle est la nature de la péripneumonie épizootique du gros bétail ou, en d'autres termes, quelle est la cause prochaine qui donne naissance aux phénomènes morbides par lesquels cette maladie s'exprime, et aux altérations locales que l'on rencontre dans les cadavres des animaux qui succombent à ses atteintes ?

Question difficile et obscure toujours, que celle de la nature d'une maladie, et que nous nous garderions bien de chercher à approfondir ici, tant j'ai la conscience des obstacles nombreux et insurmontables que je rencontrerais pour arriver à une solution complétement satisfaisante.

Tout ce que je puis dire, en me basant sur les faits qu'ont mis en évidence les expériences de la commission dont je me propose de rendre compte actuellement, c'est qu'il y a un état particulier de l'organisme qui préexiste à la lésion locale et en est la cause prochaine, immédiate ; en d'autres termes, que l'inflammation pulmonaire et l'exsudation qui l'accompagne ne sont que l'expression matérielle d'un état général antérieur, de même que l'éruption cutanée dans la clavelée, dans la variole, que les tuméfactions séreuses et sanguines du tissu cellulaire dans le charbon ne sont que les effets d'une condition générale, préexistante de l'organisme.

L'inflammation et l'exsudation pulmonaire, qui caractérisent anatomiquement la maladie du bœuf appelée, par cela même, *péripneumonie*, doivent donc être conçues comme une sorte de mouvement fluxionnaire *éruptif* sur l'appareil pulmonaire, mouvement éruptif qui est la conséquence et l'expression la plus ordinaire d'une condition latente, toute spéciale de l'organisme, mais qui n'en est pas la conséquence nécessaire et inévitable, car cette condition peut exister sans qu'elle se manifeste fatalement par une inflammation pulmonaire ou autre.

Voyons les faits sur lesquels cette manière de voir me paraît pouvoir être étayée : je les emprunte aux travaux de la commission dont je vais maintenant présenter une analyse rapide.

Les premières expériences de la commission de la péripneumonie ont eu pour but de rechercher si cette maladie possède, oui ou non, des propriétés contagieuses.

Bien que l'opinion de la contagion de la péripneumonie fût la plus répandue au moment où ces recherches ont été entreprises, et qu'elle eût pour base des faits pratiques imposants par leur

---

Nous bornerons pour le moment à ces données nos études sur les écrits scientifiques de Van Swieten. Nous avons à parler d'autres chefs d'école qui ont été les émules ou les élèves du médecin de Leyde. Ceci nous amènera nécessairement, à propos surtout des maladies épidémiques si fréquentes à cette époque, d'examiner les divergences d'opinion qui séparaient les maîtres de leurs élèves. Quelques-uns de ceux-ci, et Chenut entre autres, avaient fait leur éducation dans ces immenses et solennelles cliniques dont les victimes sont fournies par les désastres de la guerre et les horreurs de la famine. Il sera intéressant pour nous de suivre les variations dans les idées et les doctrines de ces hommes qui, dans leur réunion, forment cette école de Vienne dont nous cherchons à esquisser l'histoire.

Un mot encore sur la valeur littéraire des œuvres de Van Swieten. Lorsqu'on réfléchit à son immense érudition, on se le représenterait volontiers, dit son panégyriste de Fouchy, *comme un savant farouche hérissé de grec et de latin ;* mais jamais l'aphorisme de Buffon, le style c'est l'homme, n'a reçu une application aussi juste. Chez Van Swieten (1), jamais on ne rencontrera la moindre trace de critique malveillante. Le trait *le plus incisif* que j'y aie trouvé est celui qu'il dirige contre le docteur Simson à propos de ses *idées erronées sur la bile*. Il l'appelle homme naïf (*candidus vir*) ; mais il a soin d'ajouter : *ex cujus scriptis me plura et utilissima didicisse lœtus recordar*. L'amour de la vérité est sa

M. le professeur Andral, dont le cours si remarquable est aujourd'hui consacré à l'explication des doctrines médicales, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

(1) Je ne puis m'empêcher, pour achever de dépeindre le caractère moral de Van Swieten, de revenir sur les sentiments généreux qui l'animaient. Il me semble que la connaissance du côté moral d'un homme nous fait mieux aimer encore le côté scientifique. « Il arrivait, dit M. de Fouchy, que des médecins, en mourant, laissaient leur veuve et leur famille dans une misère capable de discréditer cet état ; M. Van Swieten y pourvut en obtenant de l'impératrice qu'une somme de 1,100 livres, que chaque médecin devait payer au fisc, à sa réception, fût remise à une société qu'il nomma la *Société des veuves*, et qu'il chargea de veiller à leur soulagement. Ce droit, et quelques autres bien moindres qu'il y a joints, ont suffi, avec la bonne administration qu'il y a introduite, pour leur assurer à chacune environ 1,500 livres de revenu..... On a su, après sa mort, qu'il avait donné, depuis dix ans, plus de 30,000 livres à la caisse générale des pauvres ; qu'il entretenait plusieurs étudiants en médecine dans lesquels il avait reconnu des talents ; qu'il donnait à des médecins du plat pays 30, 50, 100 ducats pour le soulagement des pauvres malades..... En un mot, il était le père des infortunés, et ne manquait pas de leur tendre une main secourable. » (*Éloge de M. le baron de Van Swieten*, prononcé à l'Académie royale des sciences, par M. de Fouchy, secrétaire, le 21 avril 1773.)

nombre et par leur concordance, cependant cette opinion n'avait pas encore pour elle, à cette époque, la sanction d'une démonstration expérimentale rigoureuse, et un grand nombre de personnes se refusaient à l'admettre, parmi lesquelles on comptait quelques uns des membres les plus considérables de la commission.

Il fallait donc, avant toute autre chose, que ce premier point fût éclairci.

En conséquence, la commission de la péripneumonie institua une première série d'expériences ayant pour but de rechercher l'influence que peut exercer sur l'organisme des animaux sains de l'espèce bovine, leur cohabitation avec des animaux malades de la péripneumonie.

La commission s'était proposé, en instituant ces expériences, la solution des questions suivantes :

1° La péripneumonie épizootique du gros bétail est-elle susceptible de se transmettre, par voie de cohabitation, des animaux malades aux animaux sains de la même espèce ?

2° Dans le cas où la contagion de la péripneumonie s'opérerait par cette voie, tous les animaux de l'espèce bovine qui vivent dans un foyer d'infection, contractent-ils la maladie, ou en est-il qui résistent à l'influence contagieuse? Dans ce dernier cas, quelle est la proportion des animaux qui deviennent malades et des animaux qui restent sains ?

3° Parmi les animaux qui contractent la maladie, combien récupèrent leur santé, et dans quelles conditions?

Combien succombent par la maladie ?

4° Y a-t-il des animaux de l'espèce bovine qui soient décidément réfractaires à la contagion de la péripneumonie?

5° Les animaux de cette espèce sont-ils préservés à l'avenir des atteintes de la péripneumonie, lorsqu'à la suite d'une première cohabitation, ils n'ont présenté que les symptômes d'une indisposition légère?

6° Les animaux qui ont contracté une première fois la péripneumonie ne sont-ils plus susceptibles de la contracter de nouveau ?

Pour obtenir la solution de ces questions, la commission soumit à différentes épreuves de cohabitation 46 animaux de l'espèce bovine, parfaitement sains, et dans de telles conditions de provenance qu'ils n'avaient jamais été exposés à l'influence du contact d'animaux atteints de la péripneumonie.

De ces 46 sujets d'expérience,

15 se montrèrent réfractaires à la contagion dans une première épreuve de cohabitation.

10 éprouvèrent une indisposition passagère, sans lésion locale appréciable.

21 contractèrent la maladie.

Sur ces 21 sujets malades, 17 guérirent et 4 succombèrent.

Des 42 sujets qui sortirent sains ou saufs de cette première épreuve de cohabitation,

18 furent soumis une deuxième fois aux mêmes épreuves, et sur ces 18, 4 une troisième fois.

Ces 18 animaux se décomposaient ainsi qu'il suit :

5 avaient contracté la maladie à la suite de la première cohabitation, et en étaient guéris.

9 étaient demeurés réfractaires à une première influence contagieuse.

4 n'avaient été qu'indisposés par suite de la première cohabitation.

Quant aux 4 animaux qui furent soumis à la troisième expérience de cohabitation, ils faisaient partie de la catégorie de ceux qui avaient contracté la maladie par le premier contact et en étaient guéris.

Aucun de ces 18 sujets soumis à ces nouvelles épreuves, dans ces conditions, ne contracta la péripneumonie, et ne présenta même le plus léger symptôme d'indisposition.

En formulant d'une manière générale les résultats donnés par ces expériences de la commission on arrive à cette conclusion qui n'est peut-être pas basée sur un nombre assez considérable de faits pour qu'il soit possible de l'accepter, dès aujourd'hui, comme l'expression exacte de ce qui se passe dans les conditions ordinaires de la pratique, à savoir que: sur 100 animaux de l'espèce bovine soumis à l'influence de la contagion par cohabitation :

32 y demeuraient réfractaires,

45 contracteraient la péripneumonie,

21 éprouveraient une indisposition légère.

Ce qui ferait, en résumé, 65 animaux qui ressentiraient l'influence contagieuse à des degrés divers, contre 32 qui y résisteraient complétement.

La proportion des animaux qui récupéreraient toutes les apparences extérieures de la santé, après avoir contracté la maladie, serait de 83 pour 100 des animaux malades, et celle des sujets qui succomberaient serait de 17 pour 100.

Des résultats de ces expériences de cohabitation, la commission a tiré les conclusions suivantes :

1° La péripneumonie épizootique des bêtes à cornes est susceptible de se transmettre par voie de cohabitation des animaux malades aux animaux sains de la même espèce.

2° Tous les animaux exposés à la contagion par cohabitation ne contractent pas la péripneumonie ; il en est parmi eux qui demeurent complétement réfractaires à l'action contagieuse, et d'autres qui n'éprouvent, sous cette influence, qu'une indisposition légère et de peu de durée.

3° Parmi les animaux qui contractent la maladie, les uns guérissent et récupèrent après leur guérison toutes les apparences extérieures de la santé, et les autres succombent.

4° Les animaux qui ne présentent que des symptômes d'une indisposition légère à la suite d'une première cohabitation, paraissent préservés par ce fait, à l'avenir, contre les atteintes de la péripneumonie.

---

vertu dominante. On éprouve, en lisant les *Commentaires* une quiétude d'esprit remarquable, et l'on est obligé d'avouer que lorsque l'auteur se trompe, il n'a jamais eu l'intention de fausser la vérité pour arriver à la démonstration du fait ou bien au triomphe d'une idée qui lui était chère. Les titres de noblesse qui lui furent accordés par l'impératrice sont rehaussés par l'exergue dont l'esprit se fait sentir dans la généralité de ses œuvres : SIMPLEX, VERI SIGILLUM.

Docteur MOREL (de Maréville).

— On lit dans le journal L'ESTAFETTE, n° du 3 mai 1854 :

« L'un des plus illustres diagnosticiens de ces temps-ci, le docteur Piorry, qui est encore un esprit élégant et poétique, vient de publier chez J.-B. Baillière, sous le titre, *Dieu, l'Ame, la Nature*, un poëme plein d'ampleur, ou, pour mieux dire, une suite d'odes dont la place est, de ce jour, marquée tout près de celles du maître en ce genre. En effet, comme J.-B. Rousseau, M. Piorry, qui, bien que médecin, et des plus renommés, appartient à l'école spiritualiste, chante la grandeur de Dieu et la perfection de ses œuvres avec cette conviction, cette rectitude, cette subtilité de la raison qui lui ont mérité le premier rang parmi les professeurs de clinique médicale.

» Dans son poëme, comme à sa clinique, M. Piorry aborde avec une hardiesse, une lucidité et une inépuisable verves toute les faces de son sujet.

» Tout est étude pour lui; le moindre être que la vie abrite de son aile lui est sujet d'analyse.

» Des notes explicatives, qui résument en quelques pages de bien gros volumes scientifiques, complètent cette œuvre sérieuse où la poésie se marie si habilement à la géologie, à la philosophie, à l'histoire naturelle et même à l'anatomie. »

— La Société médicale allemande de Paris a tenu hier, jeudi, sa *dixième* séance annuelle. Nous rendrons compte, dans notre prochain numéro, des détails de cette séance.

— Les inspections médicales de l'armée vont bientôt commencer. Celle du 7e arrondissement, qui comprend l'armée d'Orient, est confiée à M. Michel Lévy.

5° Les animaux qui ont été atteints une première fois de la péripneumonie ne paraissent plus susceptibles de la contracter de nouveau.

Ces expériences de la commission confirment, en les revêtant d'une démonstration rigoureuse, les déductions de l'observation pratique, sur les propriétés contagieuses de la péripneumonie. Elles mettent en évidence ces faits déjà constatés par la pratique qu'un certain nombre d'animaux demeurent réfractaires à l'influence contagieuse, et que ceux qui ont déjà été atteints par la maladie ne sont plus susceptibles de la contracter de nouveau.

Enfin elles donnent la démonstration d'un fait nouveau et considérable qui éclaire sur la nature de la péripneumonie, à savoir que le virus de la péripneumonie peut saturer un organisme et le rendre inattaquable aux atteintes futures de cette maladie, sans cependant manifester sa présence par la fluxion inflammatoire pulmonaire, et les transsudations plastiques qui en sont l'inévitable conséquence.

En résumé, la péripneumonie épizootique du gros bétail est une maladie de nature contagieuse.

Les lésions pulmonaires par lesquelles cette maladie se caractérise anatomiquement, ne sont que la conséquence de la présence dans l'organisme d'un virus spécial à cette maladie.

Un certain nombre d'animaux sont réfractaires à l'action de ce virus.

Tous les animaux qui ont ressenti son influence à des degrés quelconques, que cette influence se soit manifestée par des lésions pulmonaires ou seulement par un trouble passager de la santé sans lésions localisées, sont désormais à l'abri des atteintes de la péripneumonie.

Telles sont, sous une autre formule, les propositions qui ressortent des expériences de la commission.

Maintenant quelle est la voie par laquelle la péripneumonie se transmet? quel est l'agent de sa transmission? est-ce un virus fixe? est-ce un virus volatil?

Bien que la commission se soit abstenue de formuler à cet égard aucune conclusion, elle a cependant fourni par ses expériences quelques éléments propres à éclairer les questions.

Que l'on consulte, par exemple, les tableaux indicateurs des rapports des animaux sains avec les malades dans les étables où était expérimentée la contagion par cohabitation, et l'on verra que ce ne sont pas toujours les sujets les plus immédiatement en contact avec les malades qui, les premiers, ont contracté la maladie; qu'au contraire elle s'est attaquée, tout d'abord, sur des sujets très éloignés des malades, et séparés d'eux par des sujets sains, d'où il semble qu'on est en droit d'inférer que la péripneumonie est contagieuse par virus volatil, et conséquemment que c'est par les voies pulmonaires que ce virus s'introduit dans l'organisme des animaux sains.

Est-elle également contagieuse par virus fixe? Voyons pour répondre à cette deuxième question les résultats donnés par les expériences de la commission sur l'inoculation de cette maladie.

La commision, en instituant ses premières expériences sur l'inoculation de la péripneumonie, avait tout d'abord en vue de rechercher exclusivement si cette maladie est susceptible de se transmettre aux animaux sains par l'inoculation du sang, de la bave, de la matière de l'écoulement nasal, et des matières excrémentitielles provenant d'animaux atteints de cette maladie.

C'était une question toute de pratique qu'elle se proposait d'éclairer.

Mais ces premiers essais n'ont pas été assez nombreux pour servir de base à une conclusion quelconque, la commission les ayant suspendus pour concentrer son attention sur la question d'une importance bien supérieure que venait de soulever en Belgique le docteur Willens (de Narrett), celle de savoir si l'inoculation du liquide séreux extrait du poumon d'une bête malade ne donnait pas aux animaux auxquels elle était pratiquée le privilége de résister à la contagion de la péripneumonie.

C'est donc exclusivement de ces dernières recherches que nous allons nous occuper; nous nous contenterons de dire pour les premiers qu'aucune des six expériences d'inoculations faites avec le sang, le mucus nasal, la bave et les matières excrémentitielles, n'a été suivie de phénomènes locaux ou généraux appréciables.

H. Bouley,

Professeur de clinique à l'École impériale d'Alfort.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(La suite à un prochain numéro.)

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Je n'abuserai pas longtemps de votre complaisance, ni de l'embarras de M. Broca. Mais dans une discussion qui n'est pas à la portée de tout le monde, il m'importe de ne pas la laisser embrouillée, et d'en résumer les points essentiels.

M. Broca, pour se justifier du ton de sa critique, dit qu'il a cru devoir protester, « *sous une forme quelconque*, » contre mes opinions qui tendaient à fortifier les adversaires de la micrographie et leurs préventions. Je ne sais si l'excuse est bien valable. Mais faudra-t-il donc dorénavant plier sous les prétentions de quiconque se posera maître en histologie, pour ne pas fournir aux ennemis des études micrographiques des prétextes de discrédit? Ne sera-t-il plus permis de combattre des erreurs, dans la crainte que les dissentiments ne soient retournés contre nous par des gens étrangers à la micrographie? C'est, ce me semble, bien mal comprendre les intérêts de la science. J'ai lutté trop longtemps contre des préventions de toute sorte pour donner la main aux détracteurs du microscope: mais je ne me soumettrai jamais non plus au joug d'un nouveau genre créé par mon critique. Je passe donc outre.

Je ne reviendrai pas sur la théorie des moules. M. Broca, en citant ma phrase, a montré, à qui veut comprendre, qu'il en est bien le seul et unique inventeur: il a pris des *fragments* pour des *moules*.

M. Broca, dans son premier article critique, affirmait que l'existence des cellules fibro-plastiques, des cellules mères du cancer, etc., était en dehors de toute discussion, et il me reprochait amèrement d'avoir osé contredire les opinions établies. Maintenant, dans son second article, il approuve la plupart de mes appréciations sur ce même sujet, comme n'étant que le développement de ses propres idées; et réclamant l'honneur d'avoir porté les premiers coups à la théorie cellulaire, il s'adjuge la priorité d'opinions émises par moi dans mon *Anatomie générale*, et qui sont consignées dans le *Cours de physiologie* de M. Bérard, t. I, p. 224. Je laisse à M. Broca le soin de se mettre d'accord avec lui-même.

J'arrive au sujet essentiel de la discussion élevée entre M. Broca et moi. Mon honorable adversaire soutient que les tubercules sont constitués par des éléments *caractéristiques*, par des globules ou corpuscules, que j'ai vus, décrits, dessinés comme lui, M. Broca. Eh bien! Oui, j'ai vu, décrit, dessiné des particules que j'appelle, comme M. Broca, avec tous les micrographes, des corpuscules. Mais voilà la différence qui existe entre nous, et que M. Broca ne paraît pas comprendre. Ces corpuscules, dont on trouve les analogues dans d'autres matières, ne sont pour moi que des parcelles, des fragments d'une substance amorphe, ne caractérisant en rien à mes yeux la substance tuberculeuse. Je n'admets donc pas, contrairement à M. Broca et à son école, l'existence d'un corpuscule tuberculeux *particulier*. Je défie tous les micrographes, ou pour parler plus exactement, certains observateurs, — car mes opinions sont d'accord avec celles de la plupart des micrographes, — de distinguer, *sous le microscope*, les éléments du tubercule du phthisique le plus caractérisé, d'avec ceux d'autres productions, par exemple d'une hépatisation des poumons, du *réticulum* jaune (non ramolli) du cancer, de certaines exsudations épaisses que l'on trouve sur les membranes dites pyogéniques, etc.

Je termine ici mes remarques, qui, je l'espère bien, monsieur le rédacteur, seront les dernières que j'aurai à vous adresser sur ce sujet.

Veuillez agréer, etc., L. Mandl.

Paris, ce 1er mai 1854.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Mon cher ami,

Je n'ai rien trouvé de nouveau dans la seconde lettre de M. Mandl, si ce n'est que les corpuscules tuberculeux se rencontrent dans le *réti-*

culum jaune (non ramolli) du cancer. Comme j'ignore ce que c'est que ce réticulum jaune, je ne puis savoir s'il m'a été donné de l'examiner quelquefois ; mais ce que je sais, c'est que j'ai étudié bien des tumeurs cancéreuses, et que je n'y ai jamais rien vu qui ressemblât *de près ou de loin* aux globules tuberculeux. Je crains bien que sur ce point là encore M. Mandl ne reste seul de son avis.

Quant au reste de la lettre, je ne m'en occuperai pas : le lecteur décidera lui-même quel est le véritable inventeur de la théorie du moule ; il comprendra, s'il peut, la distinction établie par l'auteur entre les micrographes et les observateurs au microscope, et il se félicitera sans doute en apprenant que si M. Mandl et moi nous différons complétement d'opinion sur le tubercule, nous nous accordons du moins parfaitement en ceci que je désire autant que lui mettre un terme à cette correspondance.

Tout à vous, P. BROCA.

Paris, 4 mai 1854.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 1er MAI 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

L'Académie des sciences n'a reçu dans la séance du 1er mai aucune communication relative à la médecine et aux sciences médicales.

NOMINATIONS. L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination d'une commission de cinq membres qui sera chargée de juger les ouvrages et Mémoires adressés au concours pour le prix de statistique. MM. *Bienaymé*, *Dupin*, *Mathieu*, *Boussingault*, *de Gasparin* réunissent la majorité des suffrages.

L'Académie procède ensuite, également par voie de scrutin, à la nomination d'un académicien libre, en remplacement de feu M. *Héricart de Thury*. M. le secrétaire perpétuel fait savoir auparavant que M. *Vallée* renonce, pour cette fois, à la candidature. Au second tour de scrutin, M. *de Verneuil* ayant obtenu la majorité des suffrages est proclamé élu.

La section de géographie et de navigation présente par l'organe de son doyen, M. *Duperrey*, la liste suivante de candidats pour la place vacante par suite du décès de M. l'amiral Roussin. La commission place au premier rang et hors ligne : M. *Bravais*. Elle place ensuite sous trois catégories, les autres candidats, savoir : Marins : MM. *Jacquinot*, de *Kerhallet*, *Du Petit-Thouars*, *Laplace*, *Pâris*. Hydrographes : MM. *Daussy*, *Givry*, de *Tessan*. Géographes : MM. *Peytier*, *d'Abbadie*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 9 MAI 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet les quatre pièces suivantes : *a*. Rapport de M. le docteur *Ménestrel*, maire de Sérecourt (Vosges), sur les causes du goître endémique dans cette commune. (*Comm.* MM. Ferrus, Baillarger, Bégin, Bouchardat, J. Guérin, Caventou, Boutron, Chatin et Michel Lévy, rapporteur.)— *b*. Rapport de M. le docteur *De Smytère*, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Fains, sur une épidémie de variole qui a régné dans cet asile. —Rapport sur une épidémie de variole qui a régné, depuis le mois d'octobre 1853 jusqu'à la fin du mois de janvier 1854, dans l'asile d'aliénés de Fains (Meuse), par M. le docteur Nève, médecin des épidémies de l'arrondissement de Bar-le-Duc. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Le ministre de l'agriculture et du commerce prie l'Académie de lui adresser prochainement le rapport de la commission du choléra. (*Commission du choléra.*) — *d*. Réclamation de *M. Bertrand*, propriétaire d'une source, dite Sainte-Marie, à Cusset (Allier), contre l'omission qui a été faite dans l'*Annuaire des Eaux de la France*, 2e partie, du nom de cette source, bien qu'elle soit exploitée en vertu d'une autorisation régulière.

2. Le préfet du département des Vosges adresse à l'Académie le tableau des vaccinations pratiquées en 1853 dans ce département. (*Commission de vaccine.*)

3. Rapport sur une épidémie de suette qui a régné, depuis le commencement de janvier, jusqu'aux premiers jours de février 1854, dans la commune de Düttlenheim, par le docteur *U.-M. Brouillet*, médecin cantonal du canton de Guispolsheim (Bas-Rhin) (*Commission des épidémies*). — Rapport sur le traitement des fièvres paludéennes par les ventouses scarifiées substituées au sulfate de quinine, par le même. (*Commission des succédanés du quinquina.*)

4. M. *Quenard*, membre correspondant de la Société centrale d'agriculture, adresse un mémoire imprimé sur l'élève et la multiplication des sangsues. (*Commission dite des sangsues.*)

5. M. *Biron-Devèze*, pharmacien à Paris, envoie la formule de ses *pastilles de mannite calomélisées.*

6. M. *Marjolin* fils adresse un exemplaire du discours qu'il a prononcé aux obsèques de M. Roux.

7. M. le docteur *Abeille* adresse un paquet cacheté.

8. M. le docteur *Peyramale*, médecin à Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), adresse une brochure sur les eaux de Saint-Sauveur, et sollicite le titre de membre correspondant. (*Future commission des correspondants nationaux.*)

9. M. *Achille Jubinal* remercie l'Académie du don qu'elle a bien voulu faire à la Bibliothèque publique de Bagnères de Bigorre de quelques volumes de ses mémoires, et lui adresse en même temps plusieurs opuscules.

10. M. le docteur *Joffrion*, médecin de l'hospice civil et militaire de Fontenay, annonce à l'Académie la mort de son oncle, le docteur *Joffrion*, membre correspondant à Fontenay.

11. M. *Mougeot*, membre correspondant de l'Académie de médecine, à Bruyères (Vosges), adresse une note relative à l'action des eaux minérales de cette contrée. (*Commission des eaux minérales.*)

12. Mémoire sur l'action des eaux thermales de Chaudesaigues (Cantal) dans quelques maladies du cœur, principalement dans l'endocardite chronique, suite de rhumatismes, par M. *E. Dufresse de Chassaigne*, inspecteur de ces eaux. (*Comm.* : MM. Bouillaud, Pâtissier, rapporteur.)

13. M. le docteur *Mercier* adresse une note relative à l'extraction des graviers ou des fragments arrêtés dans la région prostatique. M. Mercier, dans un cas où un calcul n'avait pu être ni repoussé, ni extrait avec tous les instruments imaginés dans ce but, a réussi à opérer son expulsion avec la sonde évacuatoire, telle qu'il l'a modifiée en la simplifiant. Il procéda de la manière suivante : la sonde fut introduite jusqu'à ce que son talon butât sur le corps étranger ; puis, le mandrin étant retiré, le chirurgien pressa sur le calcul comme pour le faire pénétrer dans le canal. Enfin, en même temps qu'il cherchait à soulever le calcul, l'opérateur le poussa doucement vers la vessie. A peine le talon eut-il franchi le col de cet organe, que l'urine, se précipitant avec force dans le canal, fit jaillir au dehors le corps étranger qui avait au moins 6 millimètres de diamètre.

14. *Rupture d'une sonde de gomme élastique dans la vessie ; extraction par les voies naturelles.* — M. *Leroy* (d'Étiolles) présente les fragments d'une sonde de gomme rompue dans la vessie, dont il vient de faire l'extraction par l'urèthre sans incision. Le malade se sondait lui-même pour une rétention d'urine. « La fréquence de la rupture des sondes, dit ce chirurgien, doit fixer l'attention de l'Académie et des commissions des écoles de médecine et de pharmacie chargées de veiller sur la qualité des médicaments et des substances employées en médecine.

15. M. *Charrière* père adresse une note sur la valeur comparative des différentes filières usitées pour mesurer le diamètre des sondes et bougies.

16. M. le docteur *Rapin*, médecin à Granson, adresse à l'Académie des tubes à vaccin, et une note sur la manière dont se font les vaccinations dans le canton de Vaud. (*Commission de vaccine.*)

Discussion.

Du traitement des orchites par le collodion.

M. *Ricord* demande la parole à l'occasion de la correspondance pour présenter quelques observations au sujet du travail de M. Bonnafont sur le traitement des orchites par le collodion. M. Ricord est tellement surpris des différences qui existent entre les résultats obtenus par M. Bonnafont et les siens propres, qu'il s'est demandé si ce chirurgien n'avait pas été singulièrement favorisé par des circonstances *topographiques*. L'orateur regrette que M. Bonnafont n'ait pas donné, dans ses observations, de diagnostic précis ; on désigne sous le nom d'orchite un groupe d'affections très variables sous le rapport de l'étiologie et du siége anatomique. M. Bonnafont n'a pas établi s'il avait eu affaire à des épididymites ou à des orchites, à des épididymites traumatiques ou blennorrhagiques. M. Ricord a appliqué, dans huit cas d'épididymites blennorrhagiques, le collodion ordinaire des hôpitaux. Dans le premier cas, l'épididymite était double, et certainement, relativement à la quantité considérable des épididymites, c'est là un fait assez rare. Après l'application du collodion,

douleurs vives pendant vingt heures. « Si j'avais appliqué le collodion à tous mes malades, dit M. Ricord, les salles se seraient vidées. » Le malade est resté dix-sept jours à l'hôpital et est sorti avec un reste d'engorgement. Dans le second cas, il s'agissait d'un épididyme très engorgé; le malade a assez bien supporté les douleurs du collodion; onze jours de traitement. Dans le troisième cas, douleurs atroces; durée du traitement vingt jours. Dans le quatrième cas, douleurs excessives pendant dix-huit heures; le traitement a duré vingt jours. Dans le cinquième cas, douleurs très fortes; durée du traitement seize jours. Dans le sixième cas, douleurs très vives à deux reprises différentes, une fois pendant dix-huit heures et la seconde fois pendant quatorze heures; le malade sortit avec une induration de l'épididyme. Dans le septième cas, à cause de l'intensité de l'inflammation, on avait fait une saignée du bras et appliqué des sangsues : l'application du collodion fut très douloureuse, si douloureuse que l'épididyme du côté opposé étant venu à se prendre, le malade n'a pas consenti à se laisser appliquer le collodion; la durée du traitement fut de vingt-sept jours. Dans le huitième cas, saignées, sangsues; la douleur n'a pas été notée; le traitement eut une durée de dix-huit jours. Ainsi, en moyenne, la durée du traitement a été de quinze à vingt jours, et l'application du collodion a déterminé de vives douleurs. De pareils résultats sont loin d'être satisfaisants. Si la médication par le collodion avait les résultats signalés par M. Bonnafont, ce serait une ressource admirable; mais, à côté des faits que ce chirurgien a signalés, M. Ricord a pensé qu'il importait d'indiquer ceux qu'il avait obtenus dans sa pratique.

M. *Velpeau* avait supposé que le travail de M. Bonnafont donnerait lieu plus tard à une discussion, mais puisque M. Ricord l'a soulevée aujourd'hui, il faut que cette discussion suive son cours. Cette question des orchites est une affaire assez sérieuse : l'orchite est une maladie fréquente et qu'on a souvent occasion de traiter. Deux opinions contradictoires sont aujourd'hui en présence, celle de M. Bonnafont et celle de M. Ricord. Ce que sait M. Velpeau offre assez d'analogie avec ce que vient de dire M. Ricord. Quant à la dénomination de la maladie elle-même, M. Velpeau ne trouve pas plus commode, quoi qu'on en ait dit, le nom d'épididymite que celui d'orchite. Le testicule est pris plus souvent qu'on ne pense. Souvent il y a épanchement de liquide dans la tunique vaginale, et alors ce serait une *vaginalite*, etc. M. Velpeau croit qu'on n'a peut-être pas bien saisi le mode d'action du collodion; il pense que ce n'est pas un antiphlogistique. Il ne sait pas d'ailleurs s'il est avantageux de soustraire les inflammations à l'action de l'air atmosphérique. Ce qui lui paraît certain, c'est que le collodion, appliqué sur les organes, agit en comprimant; c'est un compresseur très énergique. M. Velpeau l'a fait appliquer sur des mamelles envahies par l'inflammation : il les comprime assez bien. Il se dessèche, se rétracte, et, par sa réaction sur les tissus, il les comprime avec une très grande force. Or, M. Velpeau ne pense pas que ce mode d'action puisse agir efficacement dans l'orchite. M. Velpeau, il y a trente ou quarante ans, avait fait appliquer dans l'orchite des bandelettes de diachylon; d'autres ont essayé depuis de la compression avec le sparadrap de Vigo, mais cette compression est difficile à faire exactement, et, si elle est mal appliquée, il peut survenir des accidents graves. Ces inconvénients, la pratique a fait reconnaître à M. Velpeau qu'ils étaient également inhérents au collodion. Si l'enduit qui recouvre la partie la plus élevée du testicule n'est pas assez solide, le testicule remonte vers l'anneau et il en résulte de la douleur. M. Velpeau a appliqué le collodion sept fois : dans quatre cas, il paraît en être résulté quelques avantages; trois fois il y a eu des accidents qui ont fait renoncer M. Velpeau à l'emploi de ce moyen. Dans les tumeurs rouges, chaudes, phlegmoneuses, le collodion se décolle en dessous; la compression paraît ne plus exister, et cependant les douleurs cessent et l'appareil inflammatoire disparaît. M. Velpeau a fait appliquer le collodion pour des abcès phlegmoneux de la mamelle; la douleur a cessé, et l'inflammation a semblé disparaître; mais, l'enduit tombé, l'abcès phlegmoneux se retrouvait. Pour M. Velpeau, les inconvénients de l'emploi du collodion en compensent au moins les avantages. Les orchites non traitées durent douze à quinze jours, à part quelques rares exceptions. Or, que devient la valeur d'un traitement qui n'amène la guérison des orchites qu'au bout de douze à quinze jours?

M. *Bonnafont* n'a pas assisté à l'argumentation de M. Ricord, mais il vient d'apprendre la différence absolue qui existe entre les résultats qu'il a communiqués à l'Académie et ceux que M. Ricord vient de faire connaître. M. Bonnafont a expérimenté 60 ou 70 fois l'action du collodion dans les orchites, et jamais il n'a constaté d'inconvénients sérieux qu'on puisse rattacher à cette médication. Jamais la douleur n'a dépassé une heure, rarement elle a duré plus de dix à quinze minutes. Plus le scrotum est tuméfié et enflammé, plus le résultat est satisfaisant. M. Bonnafont demande que, par exception, une commission soit nommée pour examiner son travail; il s'offre d'ailleurs à faire des applications de collodion dans le service de M. Ricord, chez des malades affectés d'orchites.

M. *Robert* a entendu avec étonnement, dans la séance dernière, la lecture du travail de M. Bonnafont. Il a recueilli depuis lors des renseignements auprès de M. Ricord et auprès de M. Puche; les résultats qui lui ont été communiqués de part et d'autre sont entièrement conformes. Le plus ordinairement les malades ont souffert; si bien que quelques uns ont demandé leur sortie : un d'eux a voulu partir immédiatement. De plus, en supputant la durée de l'épididymite traitée par le collodion, on voit qu'elle a été de dix-sept jours. Enfin, ceux qui sont sortis ont gardé souvent une induration de l'épididyme. Ainsi, quant au résultat immédiat, douleur très vive, puis durée de la maladie aussi prolongée qu'en l'absence de tout traitement, et enfin souvent induration persistante de l'épididyme. M. Bonnafont attache beaucoup d'importance au *modus faciendi;* mais c'est là une chose bien simple que tout le monde connaît, et qu'on abandonne d'ordinaire aux externes. Quant au collodion, il en existe de trois sortes : le collodion ordinaire, le collodion élastique qui est additionné d'une petite quantité d'huile de ricin ou d'essence de térébenthine, et enfin le collodion employé dans la photographie. M. Bonnafont n'a pas mis précisément en cause le collodion ordinaire; car il a dit que si le collodion se fendillait, il était facile d'en appliquer de nouveau. M. Robert ne s'explique pas par conséquent pourquoi les résultats de M. Bonnafont diffèrent d'une manière si absolue de ceux qu'on a obtenus ailleurs. Peut-être cela tient-il à ce que M. Bonnafont a eu affaire à des jeunes gens robustes, de bonne constitution. M. Robert est d'avis qu'une commission soit nommée pour examiner cette question; le sujet en vaut la peine; l'orchite est une maladie fréquente, douloureuse, et qui mérite d'être étudiée.

Un court débat s'engage ensuite entre MM. Velpeau, Bouillaud, Larrey, Michel Lévy et Malgaigne, sur la question de savoir si l'on chargera une commission de se livrer à de nouvelles expériences. Cette proposition, faite par M. Bonnafont, est rejetée.

M. *Rostan*, président, propose à l'Académie d'adjoindre M. Chatin à la commission du prix Nadaud. L'élection aura lieu dans la prochaine séance.

Lectures et Mémoires.

Observations sur les eaux potables.—M. *Félix Boudet* lit en son nom et au nom de M. *Boutron* un mémoire sur les eaux potables. (Sera analysé dans le prochain numéro.)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Rétrogression du cancer, par M. Markoe.

Nous avons tout récemment rappelé, d'après M. Ashwell, des faits de disparition ou de diminution spontanée de tumeurs utérines. La perspective rassurante qu'ouvrent de pareils cas nous encourage à en multiplier les exemples, en rapportant sommairement ceux que M. Markoe vient de publier.

Cet honorable chirurgien a vu une femme de cinquante et un ans, chez laquelle deux tumeurs se développèrent aux deux seins, il y a six ans. Elles prirent peu à peu le volume du poing, dures et insensibles à la pression, mais traversées par de vives douleurs spontanées. Elle usa alors d'un remède secret; les tumeurs diminuèrent, et la peau devint, à leur surface, ridée et de consistance comme cornée. Les douleurs y cessèrent également. Cette femme consultait alors M. Markoe, non pour les seins, mais pour un dérangement de la digestion. En effet, de l'eau s'accumula dans le péritoine, et elle succomba au bout d'un an, après avoir subi neuf fois la ponction. On trouva une dégénérescence cancéreuse des parois de l'intestin et des dépôts de même nature sur le péritoine et dans différents organes. Les tumeurs mammaires offraient l'aspect d'un tissu fibreux condensé. Il n'y restait plus de traces de la structure normale de la glande.

Une autre femme, cliente de M. Rochester, âgée de quarante-six ans, portait au sein gauche une ulcération dont la surface, siége d'une abondante et corrosive suppuration, fournissait souvent des hémorrhagies copieuses. La gangrène réduisait, à la vérité, le volume de cette tumeur, mais moins rapidement qu'il ne se reproduisait. Deux mois avant sa mort, tous les symptômes du cancer de l'estomac et de l'œsophage se déclarèrent. A partir de ce moment,

la sécrétion sanieuse, la gangrène et les hémorrhagies du sein diminuèrent ; le volume même de la tumeur devint beaucoup moins prononcé. Durant la dernière semaine, la suppuration cessa complétement, et au moment de la mort, la masse morbide était réduite au moins au tiers de sa grosseur primitive.

Y a-t-il eu simplement, dans cette marche si évidente vers la résolution, un effet de l'influence qu'un travail morbide quelconque exerce toujours pour ralentir ceux qui s'opèrent simultanément dans le même organisme? Y aurait-il eu aussi, entre les deux mouvements qui appelaient les jetées cancéreuses, l'un sur le sein, l'autre sur les organes internes, quelque chose de cet antagonisme qui a été noté entre certaines diathèses qui s'excluent réciproquement? Enfin, quelle était la composition intime, *microscopique*, de ces tumeurs, dites cancéreuses, qui ont ainsi disparu en partie? Telles sont les questions qu'il peut être utile de poser; en somme, ces observations méritaient d'être reproduites; car on ne saurait par trop de voies, quelque irrationnelles qu'elles puissent d'abord paraître, pousser les esprits à chercher, dans la connaissance de son mécanisme d'évolution, la cure du cancer. (*New-York medical Times*, décembre 1853, p. 73.)

Extraction d'un morceau de fer de l'intérieur de l'œil, par M. Critchett.

Nouvelle variété parmi les espèces si nombreuses et si diverses déjà de cette sorte d'accidents, le cas suivant n'offre pas moins d'intérêt sous le rapport de la judicieuse conduite tenue par le praticien, qu'au point de vue de la situation singulière qu'occupait le corps étranger.

Obs. — M. Critchett fut appelé à visiter un ingénieur dont l'œil gauche avait été, la veille, frappé très fortement d'une parcelle de fer détachée pendant qu'il tournait. Du bord supérieur au centre de la cornée existait une solution de continuité irrégulière, dont les lèvres actuellement rapprochées contenaient l'humeur aqueuse. Sur le bord pupillaire supérieur se voyait une marque foncée, paraissant être le corps étranger. Déjà le cristallin offrait une coloration laiteuse. L'auteur introduisit un petit stylet, mais il reconnut bientôt que ce qu'il avait pris pour le corps étranger n'était qu'une fente faite à la pupille par le passage de ce corps. Malgré la profondeur de sa situation actuelle, le chirurgien résolut d'aller à sa recherche, sachant qu'il causerait dans l'œil, en y séjournant, d'irréparables désordres, et que d'ailleurs, la cataracte qui commençait à se former nécessiterait tôt ou tard une opération.

En conséquence, après avoir un peu agrandi l'ouverture de la cornée, on amena au dehors le cristallin à l'aide d'une curette. Alors seulement on put découvrir un fragment métallique oblong, situé en arrière et en travers de l'iris, sous la membrane hyaloïde évidemment intacte. Des pinces ne faisant que glisser sur ce corps, on en opéra définitivement l'extraction avec une curette, mais non sans avoir, pendant cette manœuvre, lésé la membrane hyaloïde; ce qui occasionna la sortie d'une petite quantité d'humeur vitrée.

Les suites furent assez favorables. Le globule oculaire avait conservé sa fermeté; la vision s'opérait passablement, et l'on espérait qu'elle serait encore meilleure lorsqu'un peu de lymphe, située devant la pupille, se serait résorbée.

Malgré ce résultat, assez incomplet encore au moment où l'auteur a pu le constater, nous le considérons comme devant encourager à suivre, dans des circonstances semblables, le même plan opératoire que M. Critchett a mis en œuvre. (*The Lancet*, 1er avril 1854, p. 358.)

Avantages de l'opération précoce du bec-de-lièvre, par M. Henry Smith.

Il subsiste encore quelque hésitation parmi les chirurgiens pour déterminer dans quel sens doit être décidée la question de savoir s'il convient d'opérer le bec-de-lièvre aussitôt après la naissance, ou d'attendre que les premières années se soient écoulées. D'assez bonnes raisons, et presque également fortes, appuient en effet l'une et l'autre de ces deux manières de voir.

Mais si le doute est permis pour les cas simples, il n'en est plus de même lorsqu'à la fissure de la lèvre se joint la fente de la voûte palatine. Alors la réunion de la scissure labiale doit être pratiquée le plus tôt possible; car elle a le plus puissant effet pour amener l'oblitération de la solution de continuité palatine, tandis que, remise à plus tard, elle perdrait la plus grande partie de l'influence qu'elle possède pour réaliser cet heureux résultat.

M. Henry Smith montre, par des exemples tirés de sa pratique, avec quelle rapidité la nature, sollicitée à agir par la suture labiale, parvient à fermer les fentes palatines dont il est question.

Il opéra, il y a trois ans, un enfant de quatre jours affecté de cette double difformité. Il l'a revu il y a peu de jours. La partie antérieure de la division palatine est bouchée.

Un très jeune enfant fut opéré il y a deux ans. La difformité était considérable. Aujourd'hui la lèvre supérieure est admirablement bien développée, et le palais, jadis fissuré, est sans ouverture.

Dans un troisième cas, il existait un vide immense entre les deux moitiés de la lèvre, de la voûte et du voile palatins. L'opération ne date que d'un an; la partie antérieure de l'écartement est complétement remplie.

M. Bateman opéra, il y trois ans, un enfant âgé seulement de quatre jours. Il est mort récemment de la coqueluche; mais sa mère dit au médecin que l'ouverture du palais, dans laquelle elle pouvait, lors de la naissance, passer le pouce, s'était resserrée au point qu'elle aurait à peine admis le bord d'une feuille de papier. (*The Lancet*, 25 mars 1854, p. 286.)

Instrument porte-tampon pour le col utérin, par M. Rosière.

Le spéculum est seul capable de faire arriver directement à son adresse, sans rien perdre du médicament, un tampon chargé d'une substance qu'on veut mettre en contact avec le museau de tanche. Mais l'introduction du spéculum exige la main d'un médecin; en outre, elle détermine toujours une distension, des frottements irritants; d'autant plus que, dans ces cas, elle doit être renouvelée au moins deux fois par jour.

On s'est donc préoccupé depuis longtemps de chercher un instrument qui pût, entre les mains de la malade elle-même, parvenir sans violence au col et y déposer le tampon. Voici le mécanisme que M. Rosière propose dans ce but.

Son *porte-tampon* est un cylindre de 17 à 20 centimètres de longueur sur 2 1/2 à 3 centimètres d'épaisseur. Ce cylindre est évidé à son extrémité supérieure, et forme une cavité ovoïde destinée à recevoir le tampon. A la partie inférieure de cette cavité aboutit l'extrémité supérieure évasée d'un mandrin percé au centre et dans toute sa longueur pour recevoir un cordon qui est adapté au tampon, et qui doit servir à retirer celui-ci à volonté de l'intérieur du vagin. A l'extrémité antérieure du mandrin est une poignée vissée qui sert à le faire mouvoir.

Pour se servir de cet instrument, il faut, après avoir préparé le tampon, après l'avoir enduit, imprégné ou saupoudré de la substance médicamenteuse, le loger dans la cavité qui existe à l'extrémité supérieure de l'instrument lorsque le mandrin est retiré. Préalablement on doit avoir eu le soin, pour se ménager le moyen de retirer le tampon, de faire parcourir au fil le canal qui existe au centre du mandrin.

L'instrument étant ainsi armé et enduit de cérat, la malade, assise sur le bord d'une chaise ou de son lit, l'introduit avec ménagement dans le vagin, jusqu'à ce qu'elle éprouve de la douleur ou une certaine résistance. Arrivée à ce point, elle presse doucement sur la poignée de l'instrument en faisant jouer la vis; le tampon s'échappe aussitôt et vient s'épanouir sur le col utérin.

M. Rosière a également imaginé un irrigateur vaginal à jet continu. (*Revue thérapeutique du Midi*, 30 mars 1854, p. 174.)

Opération césarienne pratiquée heureusement pour la mère et l'enfant, par M. Augulo.

Ce cas, extrêmement simple, mais dont le retentissement dans toute la presse espagnole caractérise assez exactement l'état de la chirurgie chez nos voisins, offre seulement cette circonstance re-

marquable que l'opérateur dut agir seul et sans l'aide d'aucun médecin. Il ne crut pas néanmoins devoir se dispenser, pour cela, de soumettre sa patiente à l'anesthésie, et obtint sans douleurs une petite fille vigoureuse, qui au bout de treize jours paraissait, ainsi que sa mère, parfaitement bien portante.

Le sujet est une femme de trente-sept ans, n'ayant que 3 pieds de stature. Le diamètre sacro-pubien était réduit à près de 2 pouces. Le travail durait depuis quatre jours. Les douleurs vives et se succédant à courts intervalles épuisaient cette malheureuse sans que l'accouchement avançât. — L'opération fut pratiquée par une incision sur la ligne blanche; aucun accident n'en vint embarrasser la manœuvre ni compliquer les suites. (*La Cronica de los hospitales*, 24 mars 1854, p. 173.)

Hémorrhagie ombilicale survenue six jours après la chute du cordon, par M. G.-F. Brutton Willing.

Sans être un accident tout à fait rare, l'hémorrhagie ombilicale qui survient parfois quelques jours à la suite de la chute du cordon, n'est pas non plus une lésion fréquente; malgré sa gravité, elle ne semble pas avoir attiré l'attention des auteurs de traités de maladies des enfants. Il y a quelques années, M. le docteur E. Dubois résumait dans sa dissertation inaugurale (Paris, 1848) la plupart des observations contenues dans la science. On trouvera analysées dans ce travail une observation du docteur Radford, une autre du docteur Pont communiquée à la Société royale médico-chirurgicale de Londres par Astley Cooper; enfin d'autres exemples de la même lésion sont empruntés à M. Paul Dubois et à M. Thore fils. M. E. Dubois donne en outre, en détail, un fait du même genre observé par lui à la Maternité de Paris. En parcourant ces diverses observations, auxquelles nous ajouterons celle de M. G.-F. Brutton Willing, on peut se convaincre de la gravité extrême de l'hémorrhagie; souvent on a recours en vain aux moyens hémostatiques les plus énergiques, et lors même qu'on parvient à arrêter l'écoulement sanguin, le petit malade est parfois tombé dans un état d'adynamie telle qu'il succombe rapidement. L'observation de notre confrère anglais présente beaucoup d'analogie avec celles que nous citions plus haut.

Obs. — Une dame d'une bonne constitution accouche le 13 avril 1853 d'un enfant bien développé après un travail de courte durée. Les deux enfants nés de la même mère antérieurement jouissaient d'une bonne santé, mais le deuxième était rachitique. Le cordon de l'enfant nouveau-né fut lié à un pouce et demi de la paroi abdominale, un bandage convenable fut appliqué par M. Willing lui-même. Le lendemain l'enfant n'avait pas encore voulu saisir le mamelon, et déjà quelques heures après la naissance il avait présenté une teinte ictérique marquée de la peau. Une demi-cuillerée à café d'huile de ricin administrée amena l'expulsion d'une certaine quantité de méconium. Le 15 avril l'enfant paraissait tranquille, avait pris le sein; les évacuations alvines étaient toujours décolorées. La jaunisse avait du reste augmenté. Nouvelle administration d'huile de ricin. Dans la matinée du 20 le cordon se détacha; la petite plaie de l'ombilic ne présente rien d'anormal; la jaunisse semble diminuer. Le 26, la nourrice remarqua un léger suintement de sang au niveau de l'ombilic; la compression, aidée de l'application topique du tannin, ne put arrêter l'hémorrhagie. La cautérisation avec le nitrate d'argent, l'application d'alun, de tannin, n'eurent pas plus de succès. MM. Sayer et H. Lee, appelés en consultation, essayèrent en vain de pratiquer la ligature du vaisseau; la friabilité de ses tuniques ne permit point d'appliquer une ligature : on tenta alors l'application de charpie trempée dans le perchlorure de fer. L'hémorrhagie s'arrêta, mais l'enfant demeura faible et mourut le 29 avril. A l'autopsie on trouva la veine ombilicale perméable dans tout son trajet; un petit caillot existait près de son extrémité ombilicale. L'artère ombilicale gauche était libre, la droite oblitérée. Le foie était volumineux et congestionné. Le sang contenu dans les vaisseaux était liquide, et nullement coagulé. (*Medical Times and Gazette*, p. 287, mars 1854.)

Résultats des revaccinations pratiquées dans l'armée prussienne pendant l'année 1853, par le docteur Hope.

Le gouvernement prussien fait pratiquer chaque année des revaccinations sur tous les conscrits appelés pour le service militaire. Cette mesure est d'une grande importance dans ce pays où chaque homme est appelé à son tour pour un temps plus ou moins long sous les drapeaux. Dans l'année 1853, on a revacciné 44,652 hommes. Sur ce nombre, 32,642 présentaient des cicatrices vaccinales manifestes; chez 7,643, les cicatrices étaient douteuses; enfin, chez 4,367 individus, elles manquaient complétement. La revaccination donna lieu à une éruption vaccinale régulière chez 28,329 individus, irrégulière chez 5,933; enfin la revaccination échoua chez 7,661. Par l'analyse des chiffres publiés, l'auteur a déterminé que la revaccination avait réussi chez 69 individus sur 100, anciennement vaccinés. Or, si l'on compare, dit M. Hope, ce chiffre avec ceux que fournissent les résultats des revaccinations des années précédentes, on verra que le nombre proportionnel des hommes vaccinés chez lesquels la revaccination réussit a été chaque jour en croissant.

Dans les chiffres que nous transcrivons, on a compris tous les revaccinés avec succès, que la vaccine ait pris après une première opération ou après une deuxième.

Années.	Nombre des revaccinés avec succès.	Années.	Nombre des revaccinés avec succès.
1833	33 sur 100.	1844	57 sur 100.
1834	27 —	1845	58 —
1835	42 —	1846	60 —
1836	46 —	1847	64 —
1837	49 —	1848	64 —
1838	50 —	1849	64 —
1839	51 —	1850	61 —
1840	54 —	1851	64 —
1841	57 —	1852	69 —
1842	58 —	1863	69 —
1843	57 —		

Ces chiffres parlent assez d'eux-mêmes pour que nous n'ayons pas besoin de les interpréter.

Pendant l'année 1853, les affections varioliques furent assez nombreuses dans l'armée prussienne. Leur nombre fut de 138 : 25 varicelles, 106 varioloïdes et 7 varioles. Parmi ces malades, il faut distinguer les individus non revaccinés; chez eux il y eut 12 cas de varicelles, 56 cas de varioloïdes, et 3 cas de variole. On compta 6 varicelles, 34 varioloïdes et 2 varioles chez des hommes sur lesquels la revaccination n'eut aucun résultat, et 7 varicelles, 16 varioloïdes et 2 varioles chez des hommes sur lesquels la revaccination avait réussi. Un de ces derniers était un sergent qui avait été revacciné quinze ans auparavant. Un des soldats non vaccinés atteints de variole avait eu déjà, dans l'enfance, une éruption variolique qui avait laissé sur la face des cicatrices nombreuses. (*Vereins. Medic. Zeitung*, Berlin, 29 mars 1854.)

De l'extrait de belladone comme prophylactique du ptyalisme mercuriel, par M. de la Vega.

Le mercure n'a-t-il de vertu antiphlogistique qu'à la condition de produire la salivation? Le ptyalisme, à un certain degré, n'est-il pas la preuve désirable que son action défibrinante commence à s'opérer? L'excitation des gencives n'a-t elle point, par conséquent, un certain avantage dans la médication mercurielle, du moins appliquée à quelques cas?... Aucune de ces grandes questions n'est ici abordée. M. de la Vega se borne à affirmer que l'association de l'extrait de belladone au mercure empêche ce dernier, même administré à haute dose, de produire la stomatite.

Comme preuve, il rapporte d'une manière très sommaire quatre observations de syphilis constitutionnelle guérie par les mercuriaux, sans que le ptyalisme se soit manifesté. La maladie était bien caractérisée, et le médicament a dû être donné en quantité, et durant un laps de temps, assez considérables. L'extrait de belladone a été uni, — on ne dit pas en quelle proportion, — soit au proto-iodure de mercure en pilules, soit à l'onguent mercuriel.

Tout praticien un peu répandu jugera par lui-même le degré de valeur d'une pareille démonstration, en se rappelant, — peut-être même en plus grand nombre, — des exemples absolument semblables à ceux dont on argue ici. Il nous est d'autant plus permis de

signaler le peu de rareté des faits de ce genre, que le consciencieux auteur ajoute : « Je dois dire, pour rendre hommage à la vérité, qu'il y eut chez quelques uns de ces malades une inflammation des gencives, mais supportable! » (*Heraldo medico*, 20 mars 1854, p. 85.)

Nouveau procédé pour reconnaître la présence de l'acide urique dans le liquide des hydropisies survenant dans le cours de la néphrite albumineuse, du rhumatisme et de la goutte, par le docteur A.-D. Garrod.

La difficulté des procédés analytiques de chimie organique empêche aujourd'hui fréquemment le praticien et même le savant d'examiner au point de vue chimique les produits morbides. Aussi toute simplification des procédés d'analyse organique doit-elle être signalée avec empressement. On sait le rôle considérable que des théories modernes ont fait jouer à la rétention des principes excrémentitiels de l'urine, comme cause d'accidents sérieux survenant dans la néphrite albumineuse, la goutte, etc.; ces doctrines s'appuyaient sur un fait certain, la constatation de la présence de l'acide urique dans le sang en excès, et même dans le liquide des hydropisies. La vérification de ce phénomène de chimie pathologique avait été réservée, jusqu'ici, aux chimistes : le procédé de M. Garrod met ces expériences à la portée des médecins. Voici ce procédé, tel que l'honorable professeur du collége de l'Université vient de l'exposer devant la Société médico-chirurgicale de Londres : On place, dans un vase de verre à fond plat, 4 à 8 grammes de sérum du sang ou de sérosité; ou y ajoute 1 ou 2 grammes d'acide acétique. Dans ce liquide, qu'on laisse évaporer à une température douce et chaude, on fait plonger un fil sur lequel viennent s'attacher les cristaux d'acide urique, aisément reconnaissables à l'examen microscopique. Par ce procédé, on constate la présence de l'acide urique quand il y a au moins 1/25ᵉ de grain de ce produit dans 1000 grains de sérosité. Quand l'acide urique est encore moins abondant, alors ce procédé ne permet plus de le reconnaître. M. Garrod a pu ainsi découvrir de l'acide urique dans la sérosité des vésicatoires dans la néphrite albumineuse. (*London Royal Medico-Chirurg. Soc. — Medical Times and Gazette*, 1854, mars, p. 302.)

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons cliniques sur la phthisie pulmonaire (*Clinical Lectures on Pulmonary Consumption*), par Theophilus Thompson, membre de la Société royale, médecin de l'hôpital pour les phthisiques; Londres, 1854, in-8, de 205 pages avec 2 planches.

M. T. Thompson, connu par des mémoires importants sur plusieurs points de la phthisie pulmonaire, a réuni dans un volume une série de leçons cliniques faites à l'hôpital des Maladies de poitrine. Ces leçons, publiées déjà dans la *Lancette de Londres*, ont subi plusieurs modifications de forme et de fond. Cet ouvrage n'a pas pour but, comme on le verra plus loin, de passer en revue tous les sujets d'étude que peut fournir la tuberculisation pulmonaire; il n'a trait qu'à un certain nombre de symptômes que l'auteur pouvait faire apprécier aux auditeurs par l'examen des malades. En effet, dans chacune de ses leçons, le professeur joint la démonstration pratique à l'énoncé théorique, et ajoute à l'expérience du moment celle de ses recherches antérieures; enfin il enrichit ce matériel déjà si abondant de tous les résultats que peut fournir l'analyse chimique et microscopique.

Comme chaque leçon clinique contient des répétitions, et que souvent un sujet n'a été traité que par fragments dans plusieurs conférences différentes, nous ne suivrons pas l'ordre de M. Thompson.

Au début de son ouvrage, M. Thompson se plaint de l'oubli dans lequel on a laissé, depuis la découverte de l'auscultation, l'étude des phénomènes généraux; nous regrettons que notre confrère anglais n'ait pas pris connaissance d'un travail récent de M. Bourdon (*Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1852, fasc. 2, p. 1); il y aurait trouvé un exposé intéressant et riche en faits pratiques des symptômes généraux de la phthisie pulmonaire, surtout au début de son évolution morbide. Les lecteurs français connaissent ce travail de M. Bourdon; les symptômes sur lesquels il insiste principalement sont les troubles hépatiques gastriques, et les phénomènes de sensibilité morbide survenant au début de la phthisie. Du reste, nos ouvrages plus anciens, et celui de M. Louis en particulier, ne méritent pas le reproche que M. Thompson veut leur infliger.

C'est en général par l'amaigrissement, la perte de poids, que se manifeste d'abord la tuberculisation pulmonaire, symptôme déjà indiqué par plusieurs auteurs, et que M. Louis a étudié dans tous ses détails. (*Traité de la phthisie*, 2ᵉ édit., p. 369). L'altération générale de la constitution se traduit en outre par une modification de la muqueuse gingivale. Les recherches de M. Thompson à ce sujet nous étaient déjà connues par les journaux anglais (*Lancet*, juillet 1851). On sait qu'il a insisté sur l'existence, chez les phthisiques, d'un liséré rosé, quelquefois d'un rouge foncé, séparé du collet des dents par un autre liséré blanchâtre; ce liséré s'observe également à la mâchoire supérieure et à l'inférieure; quelquefois il ne représente qu'une strie fine, d'autres fois il peut acquérir la largeur d'une ligne; il existe sans que la racine des dents soit recouverte de tartre. Sur 26 cas examinés par l'auteur, on a rencontré 20 fois cette altération particulière de la muqueuse gingivale; encore les 6 malades qui ne la présentaient pas offraient-ils des signes plus que douteux de tuberculisation pulmonaire. Ce liséré n'est pas cependant regardé par l'auteur comme constant; suivant lui, il manque plus souvent chez la femme que chez l'homme. L'absence de liséré au collet des dents chez un sujet qui ne présenterait pas d'ailleurs de signes positifs de phthisie, serait pour l'auteur une circonstance propre à établir d'une manière positive l'absence de cette maladie; au contraire, chez la femme surtout, l'existence du liséré est une preuve presque certaine de la phthisie. Depuis deux années que ce symptôme a été annoncé par M. Thompson, nous avons souvent cherché à vérifier l'exactitude de sa description, et nous n'avons pas trouvé que ce signe eût ni la constance ni la valeur qu'on a voulu lui donner.

On connaît les recherches nombreuses entreprises en Angleterre et en France sur la fréquence du pouls aux différents âges et dans les diverses positions : l'auteur, s'écartant un peu de ce que l'on admet généralement, regarde le pouls comme étant normalement plus accéléré le matin que le soir chez l'homme sain; chez les phthisiques, au contraire, le maximum de fréquence du pouls existe le soir. La position peut faire subir au pouls de nombreuses variations; ainsi les battements du cœur dans l'état sain sont beaucoup moins accélérés dans le décubitus horizontal que dans la position assise, et surtout que dans la station; cette différence peut être de 6, 13, 19 et même 27 pulsations par minute; or dans la phthisie la même différence ne s'observe pas; le pouls est à peine plus accéléré chez l'homme qui se tient debout que chez celui qui est assis. Ces résultats curieux sont déduits de la comparaison d'un grand nombre de cas; malheureusement nous n'avons pu nous-même nous livrer à une vérification qui serait, du reste, facile. D'où dépend cette différence d'influence de la position sur le pouls dans la phthisie? L'auteur ne donne aucune réponse positive à cette question qu'il se pose à lui-même; cependant il se demande si ce qu'on observe dans la phthisie ne pourrait pas dépendre d'une augmentation de volume du cœur, d'une légère hypertrophie; en effet, l'auteur assure avoir trouvé que les cœurs des phthisiques étaient plus pesants que ceux de l'homme succombant à une maladie étrangère à l'appareil circulatoire et pulmonaire. Ou bien encore ne pourrait-on pas dire que le cœur, surexcité par la cause morbide, est incapable de ressentir l'influence d'un modificateur moins puissant? Ces explications soulèveraient plus d'une objection; comme l'auteur ne les donne lui-même que sous forme d'hypothèses, nous nous contentons de les signaler ici.

La modification de la constitution s'annonce au début de la phthisie par une altération dans la sécrétion urinaire. L'auteur insiste beaucoup sur la présence d'un excès d'acide urique ou d'urates

que l'insuffisance de la respiration est incapable de changer en urée. Il objecte lui-même que peut-être cette modification de l'urine pourrait dépendre de l'état fébrile concomitant. Cette explication d'un phénomène fort secondaire nous semble rationnelle. M. Thompson, loin de croire, comme la plupart des auteurs, que la phthisie peut être une cause de néphrite albumineuse, affirme au contraire que la tuberculisation pulmonaire éloigne les causes de la maladie de Bright. Nous ne croyons pas cette opinion vraie, et nous renvoyons pour cela à l'ouvrage de M. Rayer (*Traité des maladies des reins*, v. II), à celui de M. Becquerel (*Séméiologie des urines*), à celui de Frerichs (*Bright'sche Nierenkrankheit*, 1851), enfin aux *Revues cliniques* d'Oppolzer (*Prag. Vierteljahrschrift*). Pour nous, la phthisie demeure une cause assez fréquente de maladie de Bright. Nous ne voulons pas non plus insister sur les modifications du sang que l'auteur attribue à la phthisie ; on connaît depuis longtemps la diminution du chiffre des globules qui caractérise cet état morbide ; M. Thompson croit trouver en outre que les globules rouges du sang des phthisiques se déforment et s'altèrent plus vite quand ils sont extraits de la veine que ceux d'un individu sain. Cette opinion est donnée sans aucune preuve, et nous ajouterons que ces preuves étaient nécessaires, lorsque l'on connaît l'influence d'une foule de causes, de l'endosmose et de l'exosmose, comme causes de la déformation de ces globules.

L'étude des symptômes tirés de l'examen de l'appareil respiratoire occupe nécessairement une place importante dans cet ouvrage. Ainsi M. Thompson montre successivement les altérations de forme et de mobilité du thorax dans plusieurs maladies, l'emphysème, la phthisie, la pleurésie ; il insiste sur la valeur d'un instrument connu depuis plusieurs années, le spiromètre d'Hutchinson (*Medico-Chir. Transact.*, vol. XXIX ; voir aussi *Archiv. gén. de méd.*). M. Thompson a trouvé que dans la phthisie, avant le ramollissement des tubercules, la diminution de la capacité thoracique était de 30 pour 100, et de 50 pour 100 après le ramollissement du produit morbide.

L'hémoptysie ne paraît pas à l'auteur un symptôme absolument initial : loin d'être un phénomène grave, il constitue, au contraire, lorsqu'il est modéré, un phénomène utile propre à ralentir la marche du tubercule. Cette opinion est trop opposée aux nôtres pour que nous puissions l'admettre sans preuves, et nous regrettons qu'elles manquent dans l'ouvrage de M. Thompson.

Le chapitre de l'expectoration est assez curieux ; on connaît la description classique des crachats aux diverses époques de la phthisie; nous ne la répéterons pas. M. Thompson nous donne des résultats intéressants : c'est la quantité relative et différente des sels contenus dans les crachats rejetés dans plusieurs maladies ; ainsi les sels offrent une proportion de 20-30 pour 100 dans le catarrhe, de 15-20 pour 100 dans la bronchite chronique, d'un peu moins de 10 pour 100 dans la phthisie. L'auteur assure, dans un cas, avoir trouvé des éléments tuberculeux dans la matière expectorée. On sait combien cela est rare, aussi avons-nous dû l'indiquer.

La plupart des idées de l'auteur sur les phénomènes d'auscultation du début de la phthisie ont déjà été publiées dans d'autres recueils ; ainsi son travail sur l'expiration prolongée nous est connu depuis longtemps (*Lond. Medico-Chir. Transact.*, vol. XXIII, p. 343, 1850, traduit dans les *Archiv. gén. de méd.*, série IV, vol. XXIV, p. 467). L'auteur n'a rien ajouté, du reste, aux travaux de Jackson, de MM. Louis, Fournet, Andral et Beau. Dans une autre leçon, M. Thompson a principalement étudié l'inspiration saccadée, sujet sur lequel l'auteur avait publié antérieurement un travail spécial (*Monthly Journ.*, juin 1849). L'inspiration saccadée, étudiée en France par Laënnec d'abord, a été rencontrée par l'auteur dans le cas d'adhérences pleurétiques simples, dans le rhumatisme, dans la bronchite, et enfin dans la phthisie ; c'est dans cette dernière maladie qu'elle se rencontre le plus fréquemment. Ce symptôme ne disparaît jamais, à moins qu'il ne fasse place aux phénomènes stéthoscopiques de la phthisie confirmée.

Dans une leçon clinique, le professeur s'est uniquement occupé de l'étiologie, sans rien ajouter de nouveau aux matériaux que la science possède déjà.

Le traitement de la phthisie occupe une large place dans les leçons cliniques de M. T. Thompson. L'hôpital dans lequel ces leçons ont été données est un lieu propice pour l'observation des effets du traitement de la phthisie. Le nombre des malades assez restreint, leur séjour prolongé dans l'établissement, un personnel médical nombreux composé d'hommes jeunes, instruits, telles sont les garanties d'une observation exacte. Nous avons pu, il y a quelques années, visiter avec M. le docteur Walshe, ancien médecin de cet établissement, l'hôpital des phthisiques : nous parlons donc *de visu*. Depuis les travaux de Rogée, depuis l'époque où la phthisie a été reconnue comme une maladie curable, des recherches nombreuses sur la thérapeutique de cette affection se sont succédé en France, et il y a peu de temps nous rendions compte dans la *Gazette* d'un mémoire de M. H. Bennett sur ce sujet. L'huile de foie de morue est aujourd'hui l'agent thérapeutique le plus généralement adopté ; déjà, il y a peu d'années, M. Williams (*London Journ. of Med.*, traduit dans les *Archiv. gén. de méd.*, série IV, vol. XX, p. 217) publiait le résumé de ses expériences thérapeutiques, et démontrait l'efficacité de ce médicament. D'autres travaux furent publiés en Angleterre. Nous citerons l'ouvrage récent de M. Walshe (*On Diseases of the Lungs*, etc.), et le rapport de l'hôpital des phthisiques, publié en 1849.

M. Thompson montre à ses élèves plusieurs cas d'amélioration et de guérison même ; il étudie ensuite d'une manière générale les indications du médicament; la diarrhée, l'hémoptysie peu abondantes ne sont pas un obstacle à son administration. L'huile est donnée à la dose de 15-30-50 grammes par jour, à doses fractionnées. L'auteur l'associe souvent avec les alcalins, d'autres fois avec les acides, l'acide citrique, par exemple ; ou bien on y joint quelques gouttes de créosote ou une infusion de feuilles de noyer.

Loin de proscrire le fer, M. Thompson le donne soit seul, soit associé à l'iode ; cette dernière préparation est également administrée seule ou sous forme d'iodure de potassium.

Plusieurs essais, entrepris déjà depuis longtemps dans l'hôpital, ont convaincu l'auteur de l'inefficacité des huiles végétales ; au contraire, il attache une grande valeur aux différentes huiles de poisson.

Quelques symptômes de la phthisie exigent un traitement spécial ; la diarrhée est traitée par la médication habituelle ; seulement nous devons signaler le charbon, que l'auteur met souvent en usage dans les diarrhées des phthisiques. L'acide prussique a été employé également avec avantage pour calmer la toux.

Docteur Leudet.

Choléra. — Voici le mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine, depuis notre dernier bulletin.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 4 mai....	17	7	24	9	12
5.......	11	3	14	15	11
6.......	19	4	23	14	16
7.......	10	14	24	16	18
8.......	12	3	15	13	9
9.......	14	8	22	3	9
10	9	7	16	12	6
Résumé de la semaine.	92	46	138	82	81

La situation au 10 mai était celle-ci :

Cas traités dans les hôpitaux depuis novembre.....		1,920
Sorties...........	743	1,721
Décès.............	978	
Reste en traitement.............		199

Ainsi, il y a eu, du 4 au 10 mai, 138 cas nouveaux, 82 sorties et 81 décès.

IX.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ABEILLE MÉDICALE. — Nos 12 et 13. Revues et analyses.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Mai 1854. De la toux hystérique, par *Lasègne*. — Observations sur les tumeurs de la peau, par *Verneuil*. — De la congestion pulmonaire, par *Waillez*. — Considérations sur les cavités de l'utérus, par *Schnepf*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 avril 1854. Électrisation localisée dans le traitement des paralysies consécutives à l'hémorrhagie cérébrale, par *Duchenne* (de Boulogne). — Sur une série d'amauroses guéries par un traitement très simple, par *Morel-Lavallée*. — Formules pharmaceutiques. — Emploi du sulfate de soude contre les accidents mercuriels, par *G. Astrié*. — Sur une difformité provoquée des orteils, *anonyme*.

GAZETTE DES HOPITAUX. — Nos 36 à 53. Causes qui retardent la consolidation des fractures chez les enfants, par *Combessis*. — Allongement hypertrophique du col utérin, par *Mattei*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — Nos 12 à 17. Anesthésiques dans les maladies internes, par *Saurel*. — Ictère dans les éruptions syphilitiques, par *Gubler* (Société de biologie). — Bouton d'Alep, par *Willemin*. — Sur le redressement de l'utérus, par *Avrard*. — Gangrène des deux pieds par congélation ; double amputation ; guérison, par *Mérentié*. — Fracture extra-capsulaire du col de l'humérus, par *Giraldès* (Société de biologie).

LA FRANCE MÉDICALE. — N° 3. Du redressement intra-utérin, par *Roubaud*. — Revues et analyses.

MONITEUR DES HOPITAUX. — Nos 35 à 53. Avortement des fièvres intermittentes, par *Gondret*. — Observations sur les hernies, par *Thierry*. — Anévrysme faux consécutif, suite de saignée; insuccès de la ligature ; guérison par ablation du kyste, par *Chapel*. — Oculistique, par *Tavignot*. — Opération d'hydrocèle par injection ; gangrène ; excision ; guérison, par *Mérier*. — Échinocoques rendus par les voies urinaires, par *Gouraincourt*. — Névralgie mammaire, guérie par le sulfate de quinine, par *Verneuil*. — Hydrocèle convertie en hydro-hématocèle ; injection iodée ; guérison, par *Despaux*. — Croup laryngo-bronchique chez un jeune homme de seize ans, par *Bouillaud*. — Traitement de la fièvre intermittente par les douches froides, par *Fleury*. — Tumeur sanguine du cuir chevelu ; emploi du perchlorure de fer ; guérison, par *Thierry*.

PRESSE MÉDICALE. — Nos 12 à 17. — Cliniques et revues.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — Avril 1854. De la benzine, de ses propriétés thérapeutiques et toxiques, par M. *Reynal*. — Ptyalisme épizootique causé par les fourrages malades, par *M. Mathieu*.

RÉPERTOIRE DE PHARMACIE. — N° 10. Extraits divers. — Formules.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — N° 9. Or employé à l'extérieur, par *Chrestien*. — Du suc gastrique comme substance condimentaire, par *Terrier*. Nouvel appareil de réfrigération pour la tête, par *Penasse*.

REVUE MÉDICALE, FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 30 avril. Étude sur le vitalisme, par *Blaud*. — Sur la vaccine, par *Sales-Girons*.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS. — Avril 1854. Thérapeutique de la tumeur blanche, par *Chassaignac*. — Sur les luxations de la partie supérieure du radius, compliquées de fracture du cubitus, par *Malgaigne*.

UNION MÉDICALE. — Nos 36 à 53. Contagion syphilitique entre les nourrices et les nourrissons, par *Cullerier*.—Sur les bains thérébentinés, par *Moreau*.—Éclampsie albuminurique, par *Mascarel*. — Classification des maladies de la peau, par *Lafaurie*. — Diagnostic des rétrécissements du cœur, par *Forget*. — Névralgie faciale ; résection et cautérisation du nerf, par *Pontoire*. — Présence de la graisse dans les excrétions, par *Reeves*.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE POITIERS. — Février 1854. N° 22. Compte rendu des travaux de la Société pendant les années 1852 et 1853 (maladies des aiguiseurs et des armuriers, diphthérite pharyngienne, entéropathie métallique, fièvres endémiques, fièvre typhoïde, fièvre intermittente, topographie médicale, etc.), par *de la Mardière*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 4. Maladies des enfants; *variæ*, par *Ledru*.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE. — Avril 1854. Syphilisation, par *Auzias Turenne*. — Adhérence des paupières avec le globe oculaire, par *Videt*. — Tumeur fibreuse de la paroi antérieure du sinus maxillaire, par *Papy*. — Traitement de la stomatite mercurielle, par *Maysonié*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — Nos 18 et 19. Leçons sur le rhumatisme articulaire, par *Graux*. — Fumigations iodées, poudre d'amidon ioduré et sparadrap ioduré dans le traitement des ophthalmies et de certains engorgements chroniques, par *Anciaux*.

ALLGEMEINE MEDICIN. CENTRAL-ZEITUNG. — N° 33. Cas remarquables de la pratique chirurgicale et orthopédique du docteur *H.-W. Berend*. — 3 Paraplégie, contractures des genoux et des pieds, guérison par la ténotomie et la gymnastique. — 4 *Coxitis rheumatica* (fin). — N° 34. Communications pratiques, par *Eichmann* 3. Transmission de la morve.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 17. Rapport sur les autopsies faites à Iéna de juin 1852 à janvier 1854, par *Führer*. — Des hallucinations de l'ouïe et des formes de folie partielle qui leur correspondent, par le prof. *Naumann*, de Bonn (communication clin.). — Guérison du prurit du vagin, par le *caladium seguinum*. — Premier rapport sur l'établissement hydrothérapeutique d'Alexandersbad, auprès de Wunsiedel, dans la Franconie supérieure, par *Pfeiffer*. — Les eaux de Hermann, à Muskau (Lusace prussienne).

MEDICINISCHE ZEITUNG herausgeg. v. d. Vereine f. Heilkunde in Preussen. — N° 17. Engorgement douloureux des téguments internes de l'abdomen se présentant comme une grossesse, par *Vogler*.—Résistance organique, et dégénération de l'orifice de la matrice dans l'accouchement, par *Eichmann*.—Cas d'hydrophobie, par *Lessmann*. — Tétanos succédant à une plaie d'arme à feu presque guérie, par *Krause*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — Nos 68 et 69. Sur le choléra, par *Lindsay*. — Vicissitudes atmosphériques pendant le choléra, par *Hingheston*. — Luxation des deux hanches en même temps, par *Prichard*. — Empoisonnement par le chloroforme, par *Harts-Horne*. — Empoisonnement par un vingtième de grain d'opium, par *Ed. Smith*. — Du système électro-moteur, par *M. Hall*. — Développement anormal des reins, simulant une accumulation de matières fécales dans le côlon, par *W. Davies*. — Levure de bière dans le diabète sucré, par *B. Herepath*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — Nos 798 et 799. Anesthésie locale ; nouvel instrument, par *Lardy*. — Traitement de la fièvre jaune ; par *T. Neilson*. — Transfusion du sang dans un cas de choléra, par *Renwick*.

MEDICAL CIRCULAR. — Nos 68 et 69. Analyses et revues.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 199 et 200. Préparatifs pour les actions navales, par *J. Liddell*. — Sur les maladies des dents, par *Ballard*. — Nouvel instrument pour la respiration artificielle, par *Marcet*. — Sur la propagation du choléra, par *Ed. Charlton*. — État du sang dans le goître, par *R. Neale*. — Cas de hernie, par *T. Tatum*. — Hydatides dans l'utérus; par *R. Griffin*.

THE LANCET. — Nos 16 et 17. Cas de folie ; trouble des facultés émotives, par *Hutchinson Powell*. — Irritabilité de la vessie, par *H. Thompson*. — Nature et cause des maladies des émigrants, par *C. Cooper*. — Accouchement prématuré artificiel, à l'aide de douches d'eau, par *P. Lacy*. — Spermatorrhée, par *Milton*. — Nécessité de la délivrance prématurée dans le cas de déformation du bassin, par *W. Thorn*. — Étranglement intestinal ; mort, par *Harper*. — Rétrécissement de l'urètre, par *J. James*.

NEW-YORK MEDICAL TIMES. — N° 5. Cas de maladie de plomb, par *S. Swift*. — Évacuations graisseuses par l'intestin, par *L. Wells*.— Sur un baume styptique (essence de térébenthine et acide sulfurique), par *J. Warren*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — Nos 15 et 16. Préceptes relatifs à l'amputation dans le cas de maladie du calcanéum et de l'astragale, par *Petrali*. — Valeur thérapeutique des injections iodées dans la cavité péritonéale, par *Rodolfo Rodolfi*.—Sur l'association du sulfate de quinine et de l'acide tartrique, par *Filippini Fantoni*. — Hernie cérébrale, par *P. Vannoni*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nos 16 à 18. Rupture de l'ankylose angulaire du genou, par *Albertetti*. — Revue obstétricale, par *Olivetti*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 16 et 17. Des fièvres à *processus* dissolutif, deuxième mémoire, par *Bellini*. — Produits tirés du quinate de chaux du commerce, par *Manetti* et *Scarenzio*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — N° 7. De la variole qui a régné à Candie pendant l'année 1849, par *Pavesi*. — Sur la nouvelle loi relative aux vaccinations dans le royaume, par *Bignon*.

IL FILIATRE SEBEZIO. — Avril 1854. Principes fondamentaux de bionomie, par *Piccirilli*.

IL PROGRESSO (Genova). — N° 4. Hydrocèle volumineuse opérée par l'ablation totale du scrotum, par *F. Grassi*. — Histoire de la syphilisation.

EL HERALDO MEDICO. — Nos 90 à 93. — Du croup et de l'angine membraneuse, par *J.-G. Abajo*. — Des fièvres qui ont régné en janvier et février dans la paroisse de Chenlo, par *J.-M. Restrevada* et *J.-T. de Groba*. — Emploi médical des eaux de Lucainena de las Torres.—Purpura hémorrhagica traité avec succès par les astringents et les ferrugineux, par *J. Alberich y Casas*. — Propriétés des eaux minérales de Marmolejo, par *V. Orti y Criado*. — Topographie médicale de Villanueva de Nia, par *A.-A. Diez*.

EL PORVENIR MEDICO. — Nos 76 et 77. Intoxication palustre, par *G. Lopez*. — Quelques vues sur le choléra, par *H. Lorenzo y Sarmiento*.

EL SIGLO MEDICO. — Nos 16 et 17. — Sur la *généalogie* du choléra, par *F. Mendez Alvaro*. — Distorsion des articulations, par *R.-S. Quintanilla*. — Du typhus qui a régné à Villafranca del Vierzo, de février à juin 1853, par *V. Terron y Molces*. — Sur l'électricité appliquée à la médecine, par *Nieto*. — Influence de diverses eaux sur la santé, par *J. Genoves y Tio*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 8. Hygiène considérée dans ses relations avec la science administrative et morale, par *F. Ramirez*. — Observat. de clinique chirurgicale, par *V.-G. Gordo*.

Livres nouveaux.

EAUX DE PLOMBIÈRES. Clinique médicale. Des paralysies et de leur traitement par les eaux thermo-minérales de Plombières, par le docteur *Lhéritier*. 2e année, 1 vol. in-8 de 320 pag. Paris, G. Baillière. 5 fr.

ETUDES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES SUR L'ALIÉNATION MENTALE, par le docteur *F.-L.-E. Renaudin*. 1 vol. gr. in-8 de 812 pages. Paris, 1854, chez J.-B. Baillière. 12 fr.

Le docteur DECHAMBRE a l'honneur de prévenir ses confrères qu'il est chez lui tous les mardis soir, à partir de huit heures et demie, pour les affaires du journal.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'Ecole-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 19 MAI 1854. N° 33.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 18 mai 1854.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS ; EMPLOI DU PESSAIRE INTRA-UTÉRIN. — ANÉVRYSME GUÉRI PAR L'INJECTION DE PERCHLORURE DE FER.

Nous sommes en règle avec la question traitée dans le remarquable rapport dont M. Depaul a lu une partie à la dernière séance de l'Académie de médecine. Voilà trois mois (voir *Gazette hebdomadaire*, n° 20) que nous avons essayé de déterminer les éléments généraux du problème de thérapeutique que M. le docteur Valleix aura eu, quoi qu'il arrive, l'honneur de poser devant la médecine française. Nous pourrions donc attendre, avant de nous engager plus avant, la fin du rapport et l'ouverture de la discussion. Mais, dès les premières pages de son travail, M. Depaul touche à un point de physiologie dont nous n'avons dit que peu de mots; et comme nous reproduisons textuellement ci-après cette partie de son argumentation, il paraîtra naturel que nous nous en expliquions aujourd'hui même.

Il s'agit de la direction normale de l'utérus. Une parole prononcée à ce sujet dans la séance du 7 février dernier, a donné lieu à une sorte de *quiproquo*. M. Cruveilhier avait avancé que l'*utérus n'a pas d'axe*. Quelques personnes ont pensé que, suivant l'honorable professeur, l'axe longitudinal de la matrice, c'est-à-dire la ligne fictive qui va de l'orifice du col au sommet du corps, n'a pas de direction fixe. Comme M. Depaul, nous sommes bien convaincu que c'est seulement la normalité d'un rapport de direction entre l'axe propre de l'utérus et celui du détroit supérieur, qui a été contestée. Là seulement devrait porter le débat, s'il ne s'agissait que de l'assertion de M. Cruveilhier. Mais, dans la question soumise à l'Académie, la direction de l'utérus est en cause au double point de vue que nous venons de rappeler, et d'une manière si connexe que, des deux solutions à intervenir, il en est une qui domine et oblige l'autre. Il est clair, en effet, que la position normale de l'utérus relativement au bassin, variera suivant la direction de l'axe utérin lui-même, c'est-à-dire suivant que le col et le corps se continueront en ligne droite ou s'infléchiront dans un sens quelconque.

C'est sous cette forme que la question a été étudiée récem-

FEUILLETON.

Du climat de l'Italie centrale.

Le climat d'Italie est celui sur lequel on a le plus écrit, mais avec un optimisme dû évidemment à l'enthousiasme avec lequel on parcourt la terre classique des glorieux souvenirs. Il en résulte que le médecin touriste, charmé comme archéologue ou comme artiste, ébloui par un panorama magnifiquement illuminé, aperçoit à peine les ombres qui font tache dans le tableau, et revient émerveillé, empressé qu'il est de conseiller à ses clients un voyage en Italie, comme une sorte de panacée infaillible. Dans les premiers temps, nous avons nous-même subi cette fascination ; mais, tout en avouant que quatre ans de séjour ne nous ont pas suffi, il s'en faut bien, pour épuiser les sources variées de tant de séduisantes recherches, nous devons dire que, sous le rapport des influences du climat, l'observateur ne tarde pas à trouver le revers de la médaille.

Nous allons prendre l'étude de l'Italie dans la partie même où l'expression de sa physionomie climatérique est le plus accentuée, dans les États romains, nous arriverons à établir : 1° que par l'intensité et la variabilité d'action de ses phénomènes météorologiques, l'Italie centrale a un climat qu'on peut appeler excessif ; qu'à une saison froide, rigoureuse, succèdent des chaleurs tropicales, double écueil pour la catégorie la plus nombreuse des malades qu'on y envoie. 2° Que l'atmosphère de la campagne de Rome doit précisément, à l'intensité et à la variabilité de son action, son influence fébrigène, et non pas à de prétendues émanations marécageuses sur lesquelles il se fait temps que l'étiologie s'explique autrement que par le langage d'une théorie en désaccord avec les faits d'observation. La doctrine de l'intoxication miasmatique paludéenne est insuffisante, en effet, pour expliquer la génésie des fièvres dans les pays chauds, où elles sont l'expression pathologique prédominante : nous l'avons démontré pour l'Algérie (1), nous le prouverons aussi pour l'Italie.

§ Ier. TOPOGRAPHIE GÉNÉRALE.

La campagne de Rome est comprise entre l'Apennin ou ses ramifications et les rives de la mer Tyrrhénienne (2), c'est-à-dire entre un grand

(1) *L'Algérie médicale* (topographie, climatologie, pathogénie, pathologie, prophylaxie, hygiène, acclimatement, colonisation), in-8, Paris, 1854. V. Masson, éditeur.

(2) De Thyrrhenus, qui avait conduit une colonie de Lydiens dans le Latium, et qui fonda une ville portant son nom, ἐς Τυρρηνία πολις... (Strabon.)

ment par deux observateurs, MM. les docteurs Boullard et Verneuil. Il résulte de leurs recherches que, normalement, sur le cadavre, le corps de l'utérus est horizontalement situé, *antéversé*, comme on dit, et infléchi sur le col, qui se dirige de haut en bas et d'avant en arrière. Ce résultat d'investigations nombreuses, le rapporteur ne le conteste pas, mais il l'attribue à un effet cadavérique. Suivant lui, chez la femme vivante, assise ou debout; l'axe utérin n'est ni brisé, ni curviligne; il est rectiligne. On lira le résumé des observations sur lesquelles il s'appuie. Recueillies dans d'autres conditions que celles de MM. Boullard et Verneuil, elles se présentent dans cette position avantageuse, de ne pas rencontrer la dénégation directe de deux anatomistes d'une sagacité éprouvée, et c'est un des motifs qui doivent disposer à y ajouter foi. Il faut remarquer d'ailleurs que les recherches de M. Depaul se recommandent encore en ceci, qu'elles tendent à réhabiliter l'opinion à peu près unanime des praticiens.

Brisé ou rectiligne, l'axe utérin est-il dans des rapports de direction déterminés avec l'axe du détroit supérieur? C'est ce que nie M. Cruveilhier, c'est ce que n'accorde pas non plus très nettement M. Depaul; car, bien qu'il arrive à établir que les deux axes, celui de la matrice et celui du grand détroit, sont sensiblement parallèles, il commence par se porter défenseur de l'assertion émise plus haut : L'*utérus n'a pas d'axe*. A cet égard, la divergence d'opinion ne peut venir, ce nous semble, que d'un malentendu. Personne ne peut soutenir que la direction générale de l'utérus soit absolument fixe; il suffit de jeter un coup d'œil sur son mode de suspension pour être convaincu du contraire. Mais s'ensuit-il que cette direction soit entièrement arbitraire? Ce serait une autre extrémité, que certainement M. Cruveilhier désavoue dans sa pensée, et encore plus M. Depaul. A côté, et nous dirions volontiers au-dessus des statistiques invoquées, plane un argument décisif en faveur d'une direction normale, physiologique, de l'utérus; il est donné par l'anatomie comparée. Comment jeter un coup d'œil sur les organes générateurs, aux divers degrés de l'échelle animale, sans être frappé d'une admirable concordance de dispositions entre les organes mâles et les organes femelles d'une même espèce, pour le service d'une reproduction indéfinie. Et cette concordance, qu'est-ce autre chose que le rapport même de ces dispositions avec celles du bassin, de la colonne vertébrale, de tout le corps, puisque le mode de coït varie avec les conditions générales de l'organisme? Chez les mammifères quadrupèdes, l'utérus n'a pas non plus d'attaches bien fixes; mais est-ce qu'il n'a pas néanmoins une direction physiologique qui est, comme pour le corps entier, la direction horizontale? Est-ce que toujours l'oviducte n'est pas disposé de manière que la semence, sauf accident, puisse y parvenir sans difficulté? N'est-il pas curieux, par exemple, de voir, chez les sarigues, deux matrices et un vagin à deux loges répondre à une verge bifurquée? Qui ne voit enfin, dans le vaste ensemble des faits qu'il serait si facile d'amasser ici, une harmonie préméditée, qui assigne à chaque organe ses conditions nécessaires, sa *place* comme sa texture, sa *direction* comme son usage, et qui dépose contre toute hypothèse tendant à introduire l'arbitraire dans l'organisation?

C'est tout ce que nous dirons aujourd'hui du rapport.

La séance avait bien commencé, elle a bien fini. M. Jobert a présenté un malade guéri d'un anévrysme artérioso-veineux du pli du bras, par l'injection de perchlorure de fer. Ce mode de traitement des anévrysmes n'avait pas osé, que nous sachions, faire d'apparition depuis qu'il a été si malmené à l'Académie. Il revient, comme on voit, avec honneur.

Voilà donc un nouveau succès, semblable de tout point à celui de M. Valette (de Lyon), car dans l'observation de ce chirurgien, il s'agit aussi d'un anévrysme de l'artère humérale. Nous aurions bien le droit de n'y voir qu'un encouragement, nous qui n'avons jamais désespéré de l'avenir du perchlorure de fer; mais nous préférons en tirer un nouvel appel à la prudence, en rappelant les accidents, heureusement passagers, qui sont survenus malgré la petite quantité de liqueur employée et son faible degré de concentration. Une première injection de six gouttes, à 15 ou 20 degrés, est très bien supportée; mais une seconde, faite quatre jours plus tard, détermine de vives douleurs dans le bras, et de la fièvre. On voit par là quel danger il y aurait à s'autoriser de l'innocuité d'une première injection pour augmenter la dose. C'est le moment, au contraire, d'être plus prudent et plus vigilant que jamais. Les expérimentateurs doivent se bien pénétrer de ce précepte.

A. Dechambre.

---

arc montagneux dont le littoral serait la corde, et dont, pour continuer notre comparaison, le Tibre représenterait la flèche. L'extrémité nord-ouest de l'arc montagneux s'avance à la hauteur de Palo, presque jusqu'au bord de la mer. De ce point les montagnes de l'Étrurie courent du nord à l'est, en formant la chaîne du Cimino à laquelle succèdent, vis-à-vis du mont Oreste (le Soracte au nord de Rome), les montagnes de la Sabine. C'est en face de ces dernières que la campagne de Rome offre sa plus grande profondeur (vingt-cinq lieues environ sur vingt de largeur), puis elle se rétrécit au sud par le contour des monts Albains qui la séparent des marais Pontins aux environs de Velletri.

« Nous avions sur notre main gauche l'*Apennin*, le prospect du pays, » bossé, plein de profondes fendasses... le territoire *nud*, sans arbres, une » bonne partie stérile... »

Cette esquisse convient encore à la campagne de Rome comme au jour où Montaigne la formulait (1). Elle offre en effet, dans toutes les directions, comme autant de vagues figées lors du dernier cataclysme, des ondulations de terrain constituées par des séries de mamelons nus, séparés les uns des autres par des ravins ou des vallons profonds, dans l'un desquels Rome disparaît, presque entièrement masquée qu'elle est par ses collines historiques. C'est pour cette disposition qu'on dit la campagne et non la plaine de Rome. Cependant considérée dans son ensemble d'un point culminant, les accidents de terrain s'effacent avec la distance, et l'on saisit très pures les lignes d'un vaste horizon se dirigeant en plan incliné de l'Apennin à la mer.

Sur cette immense étendue, où florissaient jadis de nombreux centres d'habitations, le temps a semé partout la désolation. Aussi le souvenir du passé rend-il plus sensible encore le morne silence de ces vastes solitudes qui n'offrent et n'offriront jamais peut-être que des tombeaux.

A part quelques villas, oasis clair-semées, ce ne sont que vastes et maigres pâturages délimités par de simples barrières, dans lesquels paissent de nombreux troupeaux de bœufs, de buffles, de chevaux et d'espèces ovines; puis çà et là quelques cabanes de chaume où sont souvent pêle-mêle bêtes et gens, et par intervalles des chapelles isolées et vides comme les marabouts des plaines africaines.

Le sol, dont les bancs coquilliers et les couches d'alluvions n'occupent que la surface la plus basse, mais qui est généralement de nature ignée, et dans la gangue volcanique duquel on retrouve mélangés les tufs granulaires, la lave poreuse, la lave basaltique compacte, la terre brûlée con-

(1) Montaigne voyageait en Italie pour se guérir et se distraire en 1580.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES PAR LES PESSAIRES INTRA-UTÉRINS, rapport lu à l'Académie impériale de médecine, par M. le docteur DEPAUL (1).

§ I. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA DIRECTION NORMALE DE L'UTÉRUS DANS L'ÉTAT DE VACUITÉ. — DE LA DÉVIATION ET DE SES VARIÉTÉS.

Après des considérations historiques et l'indication des instruments employés, soit pour explorer l'utérus, soit pour le redresser (sondes et pessaires intra-utérins), et après avoir rapporté à M. Amussat la première idée du traitement mécanique des déviations utérines (Quelier, Thèses de Paris, 1828, n° 229), *le rapporteur aborde la question de la direction normale de la matrice.*

Comme plusieurs des organes renfermés dans la cavité abdominale, l'utérus possède une grande mobilité qui lui était indispensable pour l'accomplissement de l'une des fonctions qui lui sont dévolues. Placé d'ailleurs entre la vessie et le rectum, dont le volume est sujet à des variations incessantes, il devait pouvoir céder sans effort et se porter à chaque instant soit en avant, soit en arrière. Surmonté et entouré par de nombreuses circonvolutions intestinales, dont la pression augmente ou diminue sous l'influence de causes diverses, solidement attaché par sa partie inférieure à des organes qui ont eux-mêmes des rapports intimes avec le plancher du bassin, dont la résistance est si variable, souvent soulevé dans l'acte de la copulation, on comprend combien sont nombreuses les causes qui peuvent en changer la direction dans les conditions si variées de la vie. Aussi, ai-je eu de la peine à m'expliquer l'étonnement qu'ont soulevé les paroles de M. Cruveilhier, quand il a dit que l'*utérus n'avait pas d'axe;* cela m'a prouvé qu'on n'en avait pas compris la véritable signification : il n'a certainement pas voulu prétendre que l'utérus n'avait pas un axe à lui propre, ce qui n'aurait pas de sens ; c'était dans sa pensée une manière de faire comprendre combien de causes passagères et accidentelles pouvaient en changer la direction *relativement au bassin*, et sans doute aussi de faire voir qu'avant de considérer comme état pathologique telle ou telle direction, il fallait s'être bien assuré qu'il n'existait pas une autre disposition morbide.

Ainsi interprétée, l'opinion de notre savant collègue me paraît parfaitement fondée. Il n'en est pas moins vrai que les différentes forces qui peuvent agir sur l'utérus sont combinées en général de façon à le maintenir, dans l'excavation, dans la direction de l'axe du détroit abdominal, c'est-à-dire un peu obliquement de haut en bas, et d'avant en arrière (en supposant la femme assise ou debout).

A cette proposition, qui avait été acceptée sans contestation jusque dans ces derniers temps, on a voulu récemment en substituer une autre qui consiste à admettre que l'utérus a deux axes, l'un pour le corps, qui serait à peu près horizontal, et l'autre pour le col, qui serait oblique dans la direction déjà indiquée. De telle sorte que l'antéflexion devrait être considérée comme une conformation primordiale qui persisterait jusqu'à ce qu'une grossesse actuelle ou passée l'eût fait disparaître.

J'ai déjà eu occasion de m'occuper ailleurs de cette question, et je crois avoir démontré que MM. Boullard et Verneuil *avaient pris une disposition accidentelle et purement cadavérique pour une loi d'anatomie normale*. Les nombreuses recherches que j'ai faites sur le cadavre, et dont j'ai déjà publié une partie, m'ont prouvé que l'expansion intestinale agissait avec beaucoup plus de force lorsque, après la cessation de la vie, les organes n'obéissaient plus qu'aux lois de la matière. J'ai fait voir que les empreintes profondes laissées sur l'utérus par les circonvolutions de l'intestin, que l'abaissement presque constant de cet organe, que son refoulement soit en avant, soit en arrière, aussi bien que ses diverses flexions, étaient ordinairement un effet purement cadavérique. Je puis ajouter aujourd'hui qu'ayant examiné l'utérus *de trois femmes* qui étaient vouées à une mort prochaine, et qu'ayant très positivement constaté chez elles la direction oblique de haut en bas et d'avant en arrière, j'ai pu, au moment de l'autopsie, faite vingt-quatre ou trente-six heures après la mort, m'assurer que la matrice avait pris une direction toute différente, puisque dans un cas elle était infléchie, quoique la femme eût eu des enfants, et dans les deux autres, il y avait rétroversion complète.

J'ai naturellement conclu des investigations auxquelles je me suis livré, que pour avoir des notions positives sur la direction de l'utérus, il fallait l'étudier sur la femme vivante ; que la position qu'affectait cet organe au moment de l'autopsie pouvait, dans beaucoup de cas, être toute différente de celle qui avait existé pendant la vie.

J'ai fait connaître aussi le résultat de l'examen attentif que j'ai fait sur 50 femmes qui n'avaient jamais été mères, et dont l'âge variait entre dix-sept et trente ans. J'ai trouvé dans 32 cas que l'axe de l'utérus était droit, qu'il avait à peu près la direction de celui du détroit abdominal. 7 fois il était simplement incliné en avant, et par conséquent dans un degré variable d'antéversion ; dans 4 cas, il était incliné en arrière, c'est-à-dire en rétroversion. Dans 3 cas il était manifestement antéfléchi, et dans 4 en rétroflexion.

Des résultats aussi manifestement contraires à ceux annoncés par MM. Boullard et Verneuil devaient faire naître de nouvelles expériences. Huit jours après la publication de mon travail, mon excellent ami, M. Gosselin, lisait une note à la Société de chirurgie,

(1) L'importance de la question traitée dans le rapport de M. Depaul, et celle du rapport lui-même, nous engagent à en publier textuellement les parties essentielles. Pour cela nous les diviserons en plusieurs chapitres, dont l'objet sera indiqué pour chacun par un titre particulier. Des lettres *italiques* indiqueront les parties que nous croirons devoir seulement analyser. *N. du R.*

---

nue sous le nom de *pouzzolane*, les scories vitrifiées, etc., craque souvent sous les oscillations menaçantes des tremblements de terre. Par son inclinaison vers la Méditerranée, il permet à tous les cours d'eau de trouver un écoulement facile. Il y a cependant dans l'intérieur des terres quelques lacs dont les eaux limpides ont pris dans l'infundibulum d'anciens cratères la place de la lave incandescente ; comme ceux de Bracciano, de Gabies, de Némi, de Castel-Gondolfo, ou qui contiennent des eaux sulfureuses comme les trois petits lacs que forment les eaux albulées dans la plaine Tiburtine, et qui se déversent à plein canal dans la petite rivière de l'Anio (Teverone).

Quant au Tibre, ses eaux, rendues bourbeuses par de l'argile blanche qu'elles tiennent en suspension, roulent dans un lit profondément encaissé entre le double gradin des berges. Les gradins inférieurs contiennent les eaux en temps ordinaire, et au-dessus se voient, bien plus distants l'un de l'autre, les gradins qui ont été façonnés par les crues extraordinaires qui surviennent à de très grands intervalles, car on n'en compte que dix-sept avant l'ère vulgaire, et cinquante et un du premier siècle à nos jours, soit une par période de quarante ans environ depuis la fondation de Rome.

Ces crues, qui ont coïncidé tantôt en automne avec des pluies prolongées, tantôt au printemps avec la fonte de quantités considérables de neiges dans les Apennins, sont arrivées parfois à inonder les quartiers bas de la ville (1), mais n'ont pu inonder au loin la campagne, par suite de la disposition accidentée des terres et de la hauteur des berges qui est partout considérable, soit en amont, soit en aval de la ville.

Une question se présente ici : le lit du Tibre, dans sa portion qui traverse Rome, s'est-il excavé depuis les temps historiques, ou au contraire tendrait-il comme le Pô à s'élever insensiblement ? Si nous réfléchissons que des restes de quais, une partie de la proue du navire de pierre qui portait le temple d'Esculape dans l'île Tibérine (2), des piliers des ponts Sublicius et Palatin, tous vestiges datant environ de deux mille et tant

(1) C'est ce qui arriva aux premiers jours de novembre 1851.

(2) A l'occasion *d'une peste*, une députation envoyée à Epidaure au temple d'Esculape, en rapporta un serpent protecteur qui fut confiné dans l'île Tibérine, appelée depuis Lycaonie. Un temple, ayant pour base le vaste pont d'un navire de pierre, qui porta aussi les temples de Jupiter et de Faune, y fut érigé au dieu de la médecine, auquel des tables votives rapportaient les cures dû portiqué opérées par les prêtres (*aut potius natura*). On voit encore à tribord les images du serpent et d'Esculape. Ces lieux, comme tant d'autres, changeant de maîtres, n'ont pas changé de destination : aux prêtres lycaoniens ont succédé des moines ; l'ancien portique est l'hôpital, et le temple, l'église de San-Bartholomeo.

dans laquelle il est dit que sur 48 femmes qui n'avaient jamais eu de grossesse, et qu'il a examinées dans le but d'éclairer la même question que moi, il en a trouvé 18 dont l'axe utérin était droit et normalement dirigé. Sur 16, il a constaté une antéflexion assez marquée pour que le doigt pût sentir 1 ou 2 centimètres de la portion sus-vaginale antérieure de l'utérus. Sur 11, il a noté que la flexion était si peu prononcée, que le doigt ne sentait que quelques millimètres de la face antérieure du corps. Dans 3 cas, il est resté dans l'incertitude.

De ces faits, il a naturellement conclu que l'antéflexion était plus commune qu'on ne le pensait généralement, mais qu'ils ne confirmaient pas la loi presque générale que M. Boullard avait voulu établir dans ces derniers temps. Je note en passant un point sur lequel j'aurai à revenir plus tard, c'est qu'aucune des femmes qui ont servi aux recherches de notre confrère ne souffrait de l'utérus, bien que plusieurs eussent des déviations assez marquées. Enfin, quoique ce point d'anatomie normale me paraisse définitivement jugé, on pourra consulter avec fruit le résumé statistique suivant, qui a été communiqué récemment à la Société anatomique par M. Gallard, ancien interne de M. Valleix.

« Dans les leçons cliniques faites en 1852 par M. Valleix, 11 cas d'antéflexion sont signalés : 7 appartiennent à des femmes ayant été enceintes une ou plusieurs fois ; 4 seulement n'avaient pas eu de grossesse.

» Sur 17 nouveaux cas observés postérieurement par M. Gallard : 6 ont eu un ou plusieurs enfants ; 4 n'ont pas eu de grossesse ; 7 n'ont pas été interrogées à ce sujet.

» Sur 9 cas d'antéflexion observés en 1852 et 1853 dans le service de M. Huguier : 8 femmes avaient eu un ou plusieurs enfants ; 1 seule n'avait jamais été grosse.

» Sur 2 cas d'antéflexion observés en 1854 dans le service de M. Huguier : 1 femme avait eu deux enfants ; 1 en avait eu un.

» En résumé :

» Sur 39 cas d'antéflexion : 23 appartiennent à des femmes ayant eu un ou plusieurs enfants ; 9 seulement à des femmes qui n'en avaient pas eu ; 7 fois on a omis de prendre des renseignements à cet égard. »

Ainsi réduite à sa juste valeur, l'assertion de nos confrères n'en conservera pas moins le mérite d'avoir de nouveau appelé l'attention, d'une manière toute spéciale, sur cette particularité de la description de la matrice. L'opinion déjà ancienne de M. Velpeau, sur la fréquence assez grande des flexions utérines, trouvera aussi, dans ce qui précède, une éclatante confirmation ; mais, indépendamment des causes déjà signalées et qui, existant chez toutes les femmes, peuvent pousser l'utérus dans des directions si diverses, il ne faut pas oublier que lui-même peut se trouver dans des conditions de structure qui en favorisent singulièrement l'action. Ainsi, par exemple, l'épaisseur des parois n'est pas toujours la même ; chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants, elle est habituellement moins considérable que chez les autres ; des différences notables existent, sous ce rapport, dans ses différents points ; la consistance du tissu présente aussi des variétés qui ne sont pas sans importance ; le poids lui-même, qui peut tenir à une augmentation de volume portant sur la totalité ou sur une portion de l'organe, doit être pris en considération, quoiqu'on ait dit le contraire. Ajoutons à tout cela l'influence exercée par les tumeurs développées dans ses parois ou à l'entour d'elles, l'action de certaines adhérences, et nous comprendrons sans peine que peu d'organes soient aussi favorablement placés pour subir à chaque instant des modifications dans leur situation ; mais, parmi ces modifications, les unes sont passagères, les autres deviennent permanentes.

Un mot, maintenant, pour rappeler les différentes variétés qui peuvent se présenter.

J'ai déjà dit que l'axe normal de l'utérus était représenté par une ligne droite qui passerait au centre du bassin, et qui aurait à peu près la direction de l'axe du détroit supérieur.

Mais il peut arriver que cet axe normal, continuant à rester droit, s'incline soit en avant, soit en arrière, soit à gauche, soit à droite, chaque extrémité se portant en sens inverse l'une de l'autre : c'est ce qui constitue l'*inclinaison* ou la *version utérine* des auteurs ; de là quatre variétés désignées sous les noms d'*anté*, de *rétro* ou de *latéro-versions*.

Dans d'autres cas, au contraire, au lieu de s'incliner et de basculer comme je viens de l'indiquer, il peut avoir été repoussé en masse, conservant, ou à peu près, sa direction normale : c'est ce que je désignerai sous les noms de refoulement en avant, en arrière ou sur les côtés.

Dans toutes ces variétés, l'une ou l'autre des inclinaisons peut se combiner à des degrés divers avec chacun des déplacements en masse, d'où résultent des nuances nombreuses qu'une habitude suffisante et un examen attentif permettent de constater.

Un autre ordre de déplacements qui a été méconnu pendant longtemps, mais dont on s'est beaucoup occupé pendant ces dernières années, consiste dans une *véritable flexion* de l'utérus sur lui-même, et alors, tantôt et le plus souvent, c'est la partie supérieure de l'axe qui s'*infléchit* sur la partie inférieure, et la *coudure* peut avoir lieu soit en avant, soit en arrière, et même, mais ces cas sont beaucoup plus rares, sur les régions latérales. Ce sont ces dispositions spéciales qui ont été désignées plus particulièrement sous les noms d'*antéflexion*, de *rétroflexion* et de *latéro-flexion*.

Dans d'autres circonstances plus exceptionnelles, c'est la partie inférieure de l'axe, au contraire, qui se présente infléchie sur la partie supérieure : de là d'autres variétés qui constituent de *véritables flexions du col sur le corps*, et qui peuvent avoir lieu soit en avant, soit en arrière, soit sur les côtés.

D'autres dispositions peuvent encore être observées : c'est ainsi que l'axe peut être courbé sur une partie de son étendue, de manière à ce que ses deux extrémités, dirigées soit en avant, soit en arrière, tendent à se rapprocher (l'utérus offrant alors une convexité plus ou moins saillante dirigée dans un sens et une concavité cor-

---

d'années, restent découverts aux basses eaux ; que surtout le niveau du Tibre est toujours au-dessous de celui de l'égout de *Cloaca maxima*, creusé, il y a deux mille quatre cent cinquante ans, nous pourrions affirmer en toute sécurité que si le lit ne s'est pas considérablement creusé, il ne s'est pas du moins exhaussé.

Si, en thèse générale, la campagne de Rome n'est pas marécageuse, on ne saurait en dire autant du littoral, dans le voisinage d'Ostie et de Fiumicino, points où ont leur embouchure les deux branches du Tibre qui embrassent le delta de l'île sacrée, et où se trouvent les deux étangs salés de Ponente et de Levante, qui sont comme les anciennes salines à six lieues de Rome. Mais à l'exception du littoral, c'est à tort que les étrangers, connaissant la prédominance des fièvres de la campagne de Rome, l'ont dotée de marais qu'elle n'offre pas, et, d'autre part, c'est à tort encore que quelques médecins romains, appuyés sur l'état topographique de leur pays qu'ils affirment avec raison n'être pas marécageux, ont cru être autorisés à le donner comme plus salubre qu'il n'est réellement. Non, Rome n'est pas au milieu de marais ; oui, les fièvres sont très nombreuses, très dominantes à Rome. Ces deux propositions ne se repoussent qu'en apparence ; nous le verrons en retrouvant au climat de l'Italie centrale une constitution météorologique dont l'intensité et la variabilité d'action nous expliqueront son influence fébrigène.

Quant aux marais Pontins, ils ne sont pas compris dans le territoire de la campagne de Rome proprement dite, car ils sont relégués à plus de *quinze lieues* de la ville, *au delà du massif des monts Albains*.

Du pied du versant sud de ce massif volcanique, que le feu central de la terre a soulevé comme une touffe de champignons en face de l'Apennin, les marais Pontins et le territoire qui les environne affectent la même configuration générale que la campagne de Rome. C'est encore un arc partant de Velletri pour aboutir à Terracine, dont la courbure est aux monts Lepini ou du Samnium et la corde à la mer, vaste demi-cercle de seize lieues de longueur sur huit de largeur. De sorte que si des monts Albains comme pivot, on faisait converger par la pensée les deux arcs, ils formeraient ainsi un seul bassin circulaire. Telle est l'idée qui vient à l'esprit quand, suivant en spirale la *via Numinis*, laissant au nord un vaste cratère presque entièrement comblé, dont Annibal s'était fait un camp retranché, arrivant au sommet du monte Cavo, ce cône volcanique qui portait autrefois le temple de Jupiter Latial, on saisit dans son ensemble ce majestueux panorama, s'étendant de Naples à Civita-Vecchia, encadré par les cimes blanchies de l'Apennin et la courbe azurée de la Méditerranée, et dont le point central, le Latium, offre tout à la fois les vestiges du berceau, du trône et du tombeau du peuple-roi.

respondante tournée en sens contraire). La forme de l'utérus peut être modifiée d'une façon plus singulière encore : elle peut ressembler à *un S italique*, c'est-à-dire que, tandis que l'une des extrémités de son axe est *infléchie* en avant, par exemple, l'autre est *infléchie* en arrière.

Une autre disposition qui s'observe souvent seule et qu'on peut trouver aussi combinée avec celles précédemment indiquées, consiste dans un *abaissement* plus ou moins marqué de l'organe dans l'excavation pelvienne. Habituellement c'est l'extrémité inférieure de l'axe utérin qui se rapproche de l'orifice vulvaire, et qui peut même le franchir. Beaucoup plus rarement, c'est sa partie moyenne, comme dans les cas où il est *transversalement* placé, et dans des cas plus exceptionnels encore, il n'est pas impossible que ce soit son extrémité supérieure, le fond de la matrice représentant alors le point le plus déclive.

En France, les partisans du traitement mécanique ont complétement mis de côté cet élément de la question, et il est vraiment singulier que, dans les écrits de M. Valleix, il soit à peine fait mention de l'abaissement de l'utérus, et qu'il n'en soit tenu aucun compte, soit au point de vue de la symptomatologie, soit au point de vue de la thérapeutique. Dans sa préoccupation constante, il n'a vu que les déviations, auxquelles il a tout rapporté et contre lesquelles il a dirigé tous ses efforts.

(*La suite à un prochain numéro.*)

PATHOLOGIE EXTERNE. — THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION, par le docteur PAUL BROCA, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

Suite. — Voir les numéros 12, 13, 16, 21 et 22.

§ 3. RECHERCHES HISTORIQUES SUR LE TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION DES TRONCS ARTÉRIELS.

3e *Période, ou période irlandaise.* Vingt ans s'étaient écoulés depuis l'époque où Charles Todd avait publié son mémoire sur le traitement des anévrysmes, et la compression indirecte n'était connue en Irlande que par les deux tentatives infructueuses que j'ai rapportées dans l'article précédent (voy. obs. XXVI et XXVII). Les deux succès posthumes obtenus par Duggan et par Todd lui-même n'étaient pas encore divulgués; les heureux résultats que la méthode compressive avait fournis sur le continent, déjà oubliés ou dédaignés en France, étaient entièrement ignorés de l'autre côté du détroit, de telle sorte que les chirurgiens de l'hôpital Richmond, à Dublin, traitaient invariablement par la ligature tous les anévrysmes externes.

Les choses en étaient là lorsqu'un malade nommé Michel Duncan, atteint d'anévrysme poplité, fut admis, le 3 octobre 1842, à Richmond Surgical Hospital, dans le service de M. Edward Hutton (1). La tumeur, un peu plus grosse qu'un œuf de poule, n'avait été découverte que dix jours auparavant, mais elle remontait, selon toutes probabilités, à une époque plus éloignée. Elle s'accroissait assez rapidement, et il était nécessaire d'agir sans retard. La ligature de la fémorale fut proposée; le malade s'y refusa. Il fallut se résigner à n'employer que des moyens palliatifs: le membre fut placé dans la position horizontale; on appliqua sur la tumeur une compression directe. Mais l'anévrysme continua à croître, la compression devint bientôt douloureuse, et au bout d'un mois il fallut y renoncer. M. Hutton insista de nouveau pour décider le malade à se soumettre à la ligature. Il ne put y réussir.

L'obstination inintelligente de cet homme devint le point de départ de l'heureuse révolution que les chirurgiens irlandais ont accomplie. M. Hutton fit part de son embarras à ses collègues. Il songeait à la compression indirecte; mais cette méthode ne lui était connue que par ses insuccès, et il hésitait.

Or, on a vu plus haut que M. Adams avait gardé le souvenir d'un malade que Duggan avait guéri, en 1824, d'un anévrysme fémoral, en comprimant l'artère au-dessus de la tumeur à l'aide de l'appareil de Todd. Cet homme vivait encore : M. Adams, qui avait eu l'occasion de le voir plusieurs fois depuis sa guérison (2), en parla à M. Hutton, et celui-ci résolut d'essayer sur son indocile malade la méthode qui avait fourni ce succès jusqu'alors inédit.

M. Hutton se servit d'un compresseur qu'il avait déjà employé pour comprimer l'artère fémorale dans le cas d'hémorrhagie secondaire. C'était un cercle de fer de 7 pouces de circonférence, faisant le tour de la cuisse, muni d'une contre-pelote large et fixe, et d'une pelote mobile et étroite. Cet instrument ingénieux présentait, comme on voit, quelque ressemblance avec le *collier de chien* imaginé par Viricel, et avec le compresseur annulaire de Brückner.

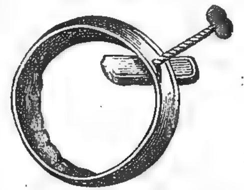


Fig. 7.— Compresseur annulaire de Hutton. (*Ring Artery Compressor.*)

On essaya, pendant les premiers jours, de comprimer l'artère au tiers moyen de la cuisse; mais cette manœuvre ne put être supportée. Après plusieurs tentatives infructueuses, on se décida à appliquer la compression sur le pli de l'aine, et pour cela il fut nécessaire de modifier la pelote de l'appareil (3). Grâce à ce changement, la compression devint moins pénible; le malade put la supporter plusieurs heures de suite, tantôt trois heures, tantôt quatre, tantôt six. Chaque fois qu'on relâchait la vis, les pulsations repa-

(1) *Dublin Journal of Med. Science*, May 1843, vol. 23, p. 364. — *Dublin Medical Press*, May 3rd 1843.—Joliffe Tufnell, *Practical Remarks on the Treatment of Aneurism by Compression*, Dublin, 1851, in-8, p. 27, and Plate II, fig. 2.

(2) *Dublin Quaterly Journal*, 1846, vol. II, p. 111.

(3) Pour la description minutieuse de cet appareil et de sa pelote compliquée, voyez Tufnell, *loc. cit.*, p. 28 et 29.

Disons-le, si la configuration de ces deux centres offre la plus grande analogie, les conditions hydrographiques sont autrement plus considérables dans les marais Pontins; entrons dans quelques détails historiques, pour voir ce qu'ils ont été et arriver à dire ce qu'ils sont actuellement.

Leur bassin, que nous avons dit s'étendre des monts Albains à Terracine, et du Samnium à la mer, autant qu'on peut l'inférer de l'examen de sa disposition et de certaines particularités géologiques, fut recouvert par les eaux d'un golfe. Au temps où l'administration française cherchait à donner à Rome l'impulsion de grands travaux d'utilité publique dont elle a tant besoin, les sondages de MM. de Prony et Scaccia firent connaître, au-dessous de couches de tourbe, d'argile et de laves, à 22 mètres de profondeur, un banc de coquillages et de débris marins incliné de l'ouest à l'est. A quelle période géologique, tant par les soulèvements et les éruptions volcaniques que par les matériaux enlevés aux montagnes par l'action des eaux, le golfe a-t-il été comblé dans sa presque totalité, ne conservant qu'un large godet central où les eaux pluviales stagnent encore? c'est ce que nous ne saurions préciser, d'autant plus que la rétrocession de la mer n'a pas été brusque, mais graduelle, en raison des atterrissements successifs que les volcans et les dégradations des Apennins, des monts Albains et Lepini ont lentement étalés à leurs pieds.

Ces atterrissements continuent encore. Nous verrons qu'ils avaient couvert en certains points la voie Appia. Le Tibre, à son tour, les produit d'une façon plus sensible au nord du bassin; tous les jours, l'île Sacrée, son delta, gagne d'étendue; le port de Trajan est à plus de 2,200 mètres de la mer. Tous les jours aussi, Ostie voit le rivage s'éloigner, et des tours, bâties dans les temps modernes comme vigies et refuges contre les excursions barbaresques, sont maintenant en pleine terre.

De ces points partent des séries de dunes s'étendant jusqu'au cap Circé, et de là jusqu'à Terracine, formant une sorte de digue à la mer de 8 à 10 mètres de hauteur moyenne, et faisant ainsi par un arc convergeant vers celui des montagnes, une ceinture circulaire qui encaisse le bassin pontin, et dont la circonférence est plus exhaussée que le centre. Toutefois le bourrelet des dunes est légèrement déprimé au sud, où les eaux trouvent en partie une voie lente d'écoulement.

La constitution hydro-géologique de ce milieu a donc été l'œuvre progressive du temps; aussi l'époque de formation échappe à toute donnée chronologique, mais l'histoire nous apprend que des populations purent s'établir à sa circonférence E.-N.-O. surtout, dès les temps les plus reculés.

raissaient; mais bientôt la tumeur devint plus ferme, moins volumineuse, et enfin elle cessa de battre tout à fait. Le traitement avait été commencé le 12 novembre 1842; les pulsations disparurent définitivement le 28; la guérison avait donc été obtenue en seize jours.

Ce succès était des plus encourageants; et quelques semaines après, M. Cusack, chirurgien de Steevens' Hospital, se décida à employer le même traitement sur un de ses malades nommé John Lynch, atteint d'anévrysme poplité (1). On appliqua d'abord pendant treize jours une compression uniforme sur tout le membre; puis, pendant dix-huit jours encore, on exerça sur la tumeur une compression directe. Ce fut très douloureux et entièrement inutile. Le 22 février, un mois après le début de ce traitement, la tumeur ne présentait aucune amélioration. Alors M. Cusack, qui s'était depuis longtemps déclaré l'adversaire de la compression indirecte, ainsi qu'on l'a vu plus haut (2), invita M. Hutton à appliquer lui-même son instrument sur le malade. Cette application fut faite effectivement avec le plus grand soin; mais le malade souffrit beaucoup, il ne put supporter la pression plus d'une heure et demie. Le troisième jour on fit une innovation importante; au lieu de serrer la vis jusqu'à cessation complète des battements de la tumeur, on se contenta d'une compression moins forte destinée à *diminuer seulement la force des pulsations*. Le malade cessa de souffrir; mais trois jours après, la tumeur n'ayant encore subi aucun changement appréciable, le chirurgien se découragea, et remplaça l'appareil de M. Hutton par un simple bandage roulé.

Néanmoins la compression indirecte fut reprise le 16 mars. Cette fois, le traitement fut dirigé avec plus de persévérance et de précision. On commença par débarrasser le membre du bandage roulé qui était resté appliqué pendant toute la durée de la première tentative. A l'appareil insuffisant de M. Hutton, on substitua un appareil imaginé par M. Philip Crampton pour la compression spéciale de la fémorale au pli de l'aine dans un cas d'hémorrhagie consécutive à la ligature; cet appareil, décrit en détail par M. Tufnell, à qui j'emprunte la figure 8, était sans doute très analogue à celui

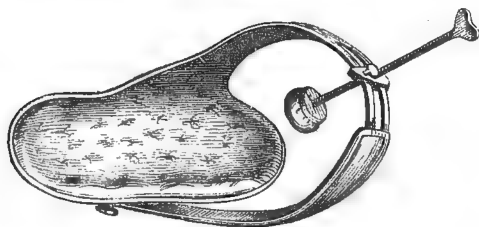


Fig. 8. — Compresseur de Philip Crampton.

(1) *Dublin Journal of Med. Science.* May 1843, vol. XXIII, p. 366. — *Dublin Medical Press*, May 3rd 1843.
(2) Voyez plus haut, p. 349.

dont M. Crampton s'était servi en 1830, dans un cas d'anévrysme fémoral, pour exercer la compression immédiate sur l'artère fémorale dénudée par une incision (1). M. Cusack l'appliqua avec soin, de manière à *diminuer simplement la force des pulsations dans la tumeur* (so as merely to lessen the impulse in the aneurism), précaution sage qui permit au malade de supporter la compression sans trop de douleur, et de la conserver constamment. Le sixième jour, la tumeur était déjà plus dure, plus petite, et beaucoup moins pulsatile. Le lendemain, les pulsations disparurent pour toujours; la compression, néanmoins, ne fut enlevée que deux jours plus tard. Les collatérales se développèrent promptement, et la guérison fut définitive.

M. Cusack avait ajouté à la compression indirecte un moyen qu'il est bon de noter ici. Il avait administré à son malade des préparations de digitale pendant toute la durée du traitement. Il se proposait simplement par là de remédier à quelques accidents qui existaient du côté du cœur; mais plus tard on eut recours à la même médication, pendant l'application des moyens compressifs, dans le but raisonné de diminuer l'énergie des pulsations artérielles.

Le compresseur, dans le cas qui précède, avait été définitivement enlevé le 25 mars 1843. Ce jour-là précisément, un autre malade nommé James Hayden atteint d'anévrysme poplité fut admis à Saint-Vincent's Hospital, et placé dans le service de M. O'Bryen Bellingham. La compression indirecte fut encore employée ici, et donna un des résultats les plus remarquables qui aient jamais été obtenus (2).

M. Bellingham se servit d'un instrument semblable à celui de M. Crampton. La compression fut commencée le 3 avril, et enlevée le lendemain; elle fut appliquée de nouveau le 6 avril; le 7, les pulsations s'arrêtèrent. Néanmoins on n'ôta l'appareil que quatre jours plus tard. Lorsque la tumeur cessa de battre, on calcula que l'application de la pelote n'avait pas duré, en tout, quarante-huit heures. Mais il n'en faut pas conclure, avec M. Tufnell, que la guérison ait eu lieu en moins de deux jours. Il est bien démontré aujourd'hui que la guérison a lieu par le dépôt graduel de couches fibrineuses dans le sac; ce dépôt, une fois commencé sous l'influence de la compression, peut très bien continuer à s'effectuer quoique la compression soit enlevée. — En réalité, par conséquent, il faut dire que sur le malade de M. Bellingham la guérison a été obtenue en quatre jours. Réduit à ces proportions, le succès est encore assez éclatant, et ce brillant résultat ne fut pas sans influence sur le triomphe de la méthode compressive.

Quelques jours plus tard, le 22 avril, les trois observations de

(1) Voy. l'observation du caporal Coulson, par M. Philip Crampton, publiée seulement en 1846 dans *Dublin Quaterly Journal*, 1846, vol. II, p. 115. Ce fait, extrêmement remarquable, dans lequel la guérison fut obtenue en six jours, est très important dans l'histoire de la compression *immédiate*; mais il ne rentre pas dans le cadre que je me suis tracé. Je profite de cette occasion pour dire que j'ai, à dessein, passé sous silence tous les faits relatifs à cette compression immédiate.
(2) Tufnell, *loc. cit.*, p. 30. — *Dublin Med. Press*, May 3rd 1843. — *Dublin Journal of Medical Science*, July 1843, vol. XXIII, p. 454.

Au nord furent les Rutules, dont Ardée était la métropole; les Volsques s'étendaient plus au sud, et leurs villes, Corioles, Polusca, Longula, Aphrodisium, Suessa, Pometia, étaient à la circonférence même des lieux inondés, dans des portions du territoire aussi boisées et cultivées, au témoignage des anciens auteurs, qu'elles sont nues et stériles aujourd'hui. Et c'est là une particularité très importante à noter, et qui nous expliquera pourquoi des populations nombreuses pouvaient aisément prospérer, là où quelques groupes de pâtres, de faucheurs et de pêcheurs ont tant de mal à résister à la fièvre. Car, il ne faut pas s'y tromper, ce serait méconnaître d'autre part toutes les données géologiques du lieu que de supposer que les marais ne se seraient formés que depuis la dépopulation. Le bassin pontin, à part diverses oscillations dans l'état de sa surface, selon l'intervention de main d'homme, a été d'autant plus aquatique qu'on remonte plus haut dans le temps. Lorsque Rome eut successivement fait la conquête de toutes ces contrées, qu'elle se les fut appropriées, elle les sillonna de voies de communication dont la plus importante fut exécutée en 442, par le censeur Appius. —

La voie Appia coupait à peu près en ligne droite le bassin pontin, et traversait la portion centrale des marais, ce qui nécessita la construction d'un grand nombre d'arches jetées comme séries de ponts sur la surface inondée, d'où le nom de *station des ponts* donné à celle qui se trouvait à cette hauteur de la voie. Toutefois, avant d'arriver à Terracine, à la hauteur du mont Arthémisien, le sol ne fut plus assez résistant, et Appius dut, à son grand regret, faire décrire à sa jetée un coude se rapprochant du pied des monts Lepini. Cethegus, cent quarante ans plus tard, entreprit à son tour de grands travaux de desséchement. Plus tard encore, parallèlement à la voie Appia, le long de sa portion traversant les marais, Auguste fit creuser un grand canal navigable servant en même temps à l'écoulement des eaux. Après lui, Nerva et Trajan firent exhausser la voie Appia, qui s'enfonçait dans la vase, et firent construire une foule de ponts.

Bien qu'à cette époque ces grands travaux témoignent des efforts de Rome tentés de ce côté, bien que des villes et surtout un nombre considérable de villas fussent échelonnées sur le territoire pontin jusqu'au voisinage de la partie marécageuse, la contrée n'en fut pas moins soumise à des influences morbigènes signalées d'une façon caractéristique par Strabon et plusieurs autres écrivains postérieurs. Aussi Théodoric entreprit-il, mais en vain, le desséchement de ces marais, et en confia la direction à Cecilius Decius.

Plus tard encore, quand les irruptions des barbares eurent préparé

MM. Hutton, Cusack et Bellingham furent communiquées à la Société chirurgicale d'Irlande. Une importante discussion s'ensuivit; les faits tirés de la pratique de Todd furent rappelés, et l'on peut dire que depuis ce jour le traitement des anévrysmes par la compression indirecte a définitivement prévalu en Irlande. La grande fréquence des anévrysmes dans cette contrée fournit des occasions multipliées d'appliquer cette précieuse méthode. En quelques années, il y eut un nombre imposant de succès qui ne furent pendant longtemps contrebalancés par aucun revers. La compression indirecte triompha donc, en Irlande du moins, sans coup férir. Il n'y eut aucune résistance, et, si l'on discuta, ce ne fut pas sur la valeur de la méthode, ce fut sur la question de priorité. Je m'efforcerai tout à l'heure de faire à cet égard la part de chacun. Mais je dois parler auparavant des modifications importantes qui s'introduisirent bientôt soit dans la pratique, soit dans les doctrines des chirurgiens irlandais.

La relation des trois premiers succès avait été faite à la Société chirurgicale d'Irlande le 22 avril 1843, et le 3 mai suivant le *Dublin Medical Press* en avait rendu compte. Quelques jours à peine s'étaient écoulés depuis cette époque, lorsqu'un charpentier nommé Robert Hoey entra à Jarvis-Street Hospital, le 9 mai 1843, pour y être traité d'un anévrysme poplité dont la présence avait été reconnue un mois auparavant.

Le cas était favorable pour l'emploi de la compression, et M. Harrisson, chirurgien du service, n'hésita pas à faire profiter son malade des bienfaits de la nouvelle méthode. Malheureusement, — peut-être faut-il dire heureusement, — les résultats furent loin de répondre à son attente. La compression, poussée jusqu'au point d'arrêter les battements, ne put jamais être tolérée plus d'une heure de suite. Il fallait sans cesse relâcher le tourniquet pour le serrer de nouveau quelques minutes plus tard. Obligé de manier lui-même son appareil, le malade, qui était du reste fort intelligent, reçut des instructions précises auxquelles il se conforma inutilement. Le dixième jour, une érosion des téguments parut sous la pelote, qui jusqu'alors avait été constamment placée au niveau de l'aine; pour sauvegarder la peau, il fallut appliquer l'appareil à 4 pouces plus bas environ. Malgré cela, la tumeur s'accrut pendant les quatre jours suivants; l'état général du malade s'altéra. M. Harrisson prit le parti de consulter ses collègues, et il fut décidé qu'on lierait le lendemain l'artère fémorale.

Le résultat fourni jusqu'alors par la compression indirecte était fort peu encourageant, et cet échec, survenu dès le début de la méthode, en eût peut-être compromis la viabilité; mais il advint qu'au jour fixé pour l'opération, le malade allait un peu mieux; on renonça à la ligature; on reprit la compression; l'anévrysme resta stationnaire. On crut que cela dépendait de l'appareil. On en changea. On appliqua un instrument assez compliqué imaginé en 1826 par M. L'Estrange pour comprimer la fémorale sur le pubis pendant la désarticulation coxo-fémorale, instrument bien moins gênant, mais en revanche bien moins précis que celui de M. Crampton.

Trente-cinq jours s'écoulèrent encore sans résultat. Le 4 juillet, après des tentatives qui avaient duré près de deux mois, la tumeur ne présentait aucune tendance à la guérison; le chirurgien était

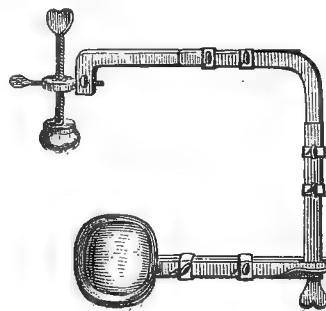


Fig. 9. — Tourniquet de L'Estrange.

découragé, et le malade, qui avait son idée, demanda sa sortie et l'obtint sans difficulté.

Rentré chez lui, Robert Hoey réfléchit sur son anévrysme, sur les phénomènes de la compression, et sur les inconvénients qu'il avait eu à subir. Il commença par imaginer un instrument fort simple construit sur le même principe que l'étau des charpentiers. Il le construisit lui-même, et lui donna toute la précision désirable. Cet instrument, généralement connu aujourd'hui sous le nom de *clamp*, ce qui veut dire étau, n'était pas aussi nouveau qu'on a bien voulu le dire. Il ne différait guère du compresseur de Dupuytren, ni des instruments employés par Dubois et par Eschards; il ressemblait surtout beaucoup au tourniquet *anesthésique* de James Moore (comparez la figure 10 avec la figure 3, page 316). En tous cas Robert Hoey, le charpentier, ne peut être accusé de plagiat, et l'on ne saurait lui faire un reproche de son ignorance bibliographique. Il ne fit d'ailleurs que transporter dans l'arsenal chirurgical un instrument dès longtemps usité dans sa profession. Par sa simplicité, sa légèreté, sa précision, par la facilité avec laquelle on pouvait, suivant les besoins, l'appliquer successivement sur les divers points de l'artère fémorale, le clamp était évidemment supérieur aux appareils usités jusqu'alors en Irlande. Il avait de plus l'avantage, et l'avantage très grand, de pouvoir servir indistinctement pour tous les malades, pour le côté droit, comme pour le côté gauche, tandis que les autres appareils demandaient presque tous à être modifiés pour pouvoir s'adapter aux formes particulières de chaque individu. En faisant connaître cet utile instrument, Robert Hoey rendit donc un véritable service; mais il lui était

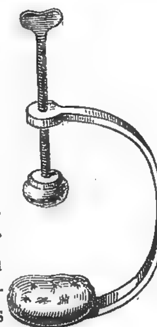


Fig. 10. — Le *clamp* de Robert Hoey.

---

la nuit du moyen âge, que Rome fut tombée aussi bas qu'elle avait été puissante sur le monde, cette contrée subit toutes les dévastations qui en ont fait un désert, les centres d'habitation furent ruinés, les plantations et les cultures détruites, les voies d'écoulement s'obstruèrent, le niveau des eaux augmenta dans le bassin marécageux, la voie Appia fut en partie submergée, les couches de limon arrivèrent à la couvrir en quelques points, et les joncs et les roseaux en masquèrent le tracé.

Tel était l'état des lieux quand, au XIIIe siècle, Boniface VIII recommença des travaux pour réunir les eaux supérieures dans un même canal. Vers 1455, Calixte III fit continuer les travaux entrepris, mais on n'arriva à opérer véritablement des desséchements que sous Léon X, qui chargea Jean Scoti de faire élargir le canal principal de dégorgement.

Sixte-Quint, à son tour, fit réunir les eaux de la portion qui se rapproche de la mer en un seul canal qui a pris le nom de *Fiume-Sisto*. Ce canal, qui reçoit les eaux de la *Ninfa*, suit à peu près la courbure interne des dunes.

Clément XIII tenta aussi de réunir les eaux des parties supérieures, mais des barrages établis pour favoriser la pêche firent perdre à peu près tout le bénéfice des travaux précédents.

Pie VI fit exécuter des travaux de desséchement plus considérables, et obtint de notables résultats. De son temps, la surface submersible était de 30,000 hectares, dont 17,000 étaient constamment inondés.

En 1778, l'ingénieur Rapini commença par procéder au curage du canal d'écoulement, le *Portatore di Badino*. Le *Naviglio grande*, ou canal d'Auguste, fut rétabli et élargi, la voie Appia fut rendue à la circulation, et cette nouvelle voie par terre et par eau est appelée aujourd'hui *Linea-Pia*.

Notons cette particularité, faisant ressortir la continuation des atterrissements et du tassement des couches d'alluvion. En partant de Terracine, Pie VI, au lieu de suivre le coude de la voie Appia, aboutissant au mont Arthémisien, coupa en droite ligne la partie la plus basse des marais par une nouvelle jetée.

Docteur ARMAND.

(La suite à un prochain numéro.)

L'abondance des matières nous met dans la nécessité de renvoyer à notre prochain numéro le compte rendu de la séance annuelle de la Société médicale allemande de Paris.

réservé de rendre un service plus grand encore ; il lui était réservé de laisser à la science autre chose qu'un instrument. Vaguement éclairé par les renseignements que son chirurgien lui avait fournis, et pressé par le désir de guérir, sans affronter les douleurs et les dangers de la ligature, cet intelligent ouvrier découvrit le principe de la compression double et alternative de l'artère, exécutée avec deux instruments distincts.

Il construisit donc deux clamps et les appliqua lui-même sur sa cuisse à deux hauteurs différentes. Le supérieur fut placé à trois pouces au-dessous du ligament de Poupart, et l'inférieur au milieu de la cuisse. Chacun d'eux pouvait être changé de place quand le point comprimé devenait douloureux. Dès que la pression exercée avec l'un des instruments était trop pénible, ce qui arrivait environ au bout d'une heure, le malade serrait le second clamp et relâchait le premier. En alternant ainsi, il réussit, chose impossible pour lui auparavant, à maîtriser sans interruption le cours du sang. Une guérison complète, dont la chirurgie officielle avait dû désespérer, fut la récompense de ses ingénieux efforts (1).

Robert Hoey, personnage très authentique, que la plupart des chirurgiens de Dublin ont pu voir et interroger depuis sa guérison, présente plus d'une analogie avec le serrurier apocryphe qui, au dire de Boyer, aurait inventé et le tourniquet d'Eschards, instrument si analogue au clamp, et sans doute aussi la méthode compressive tout entière. Singulière coïncidence entre une fable ancienne et une réalité récente ! Il y a ceci d'étrange dans l'histoire de la compression appliquée au traitement des anévrysmes, qu'un premier malade, l'abbé Bourdelot, cet *agréable ignorant*, comme disait la reine Christine, imagina pour lui-même, au XVII^e siècle, une machine compressive devenue célèbre sous le nom de *ponton*, et réussit ainsi à se guérir, par la compression *directe*, d'un anévrysme traumatique du coude (2) ; qu'un second malade, celui de Lassus, inventa, de lui-même et pour lui-même, la méthode de la compression *indirecte*, à laquelle il dut la guérison d'un énorme anévrysme poplité, guérison constatée, en 1789, par Lassus et par ses collègues de l'École de médecine (3) ; et qu'un troisième malade, enfin, Robert Hoey, fabriqua le clamp et découvrit le principe de la compression double et alternative !

Pour être juste, il faut dire que tout le monde n'a pas raconté de la même manière l'histoire de Robert Hoey. Jusqu'ici j'ai suivi la version de Xénophon : il y a encore la version d'Hérodote.

M. Bellingham, qui a quelque prétention à la priorité de la plupart des idées sur lesquelles repose actuellement la méthode de la compression indirecte, conteste que Robert Hoey ait eu recours à l'application simultanée de deux appareils de compression. Il se base sur un passage fort court du compte rendu de *British Association*. L'histoire du charpentier fut présentée à cette société au mois d'août 1843, très peu de temps après la guérison, et le procès-verbal de la séance ne fit pas mention des deux clamps (4). Ce procès-verbal, très écourté, annonçait simplement, en trois lignes, que, le tourniquet de l'Estrange étant devenu insupportable, on avait appliqué une sorte de clamp inventé par le malade, et que la guérison s'en était suivie. Or il est bien clair qu'une narration aussi abrégée était nécessairement fort incomplète, et que c'était abuser de l'interprétation, que de nier tous les détails qui ne s'y trouvaient pas. D'un autre côté, M. Wilde, à qui j'ai emprunté l'observation, rédacteur très sérieux d'un des recueils médicaux les plus estimés, avait vu Robert Hoey ; il l'avait examiné et interrogé avec soin. Comment croire qu'il eût osé inventer, à propos d'un fait récent et notoire, une fable si facile à réfuter ? La réfutation indirecte donnée par M. Bellingham prouve qu'il n'avait pas jugé convenable de prendre sur ce point des informations directes, ce qui eût beaucoup mieux valu. Mais à quoi bon discuter plus longtemps là-dessus ? Laissons M. Wilde réclamer pour Robert Hoey, qui s'en inquiète sans doute assez peu, et M. Bellingham réclamer pour lui-même, une idée acquise à la science depuis 1825, idée logiquement déduite alors de la physiologie pathologique des anévrysmes, et développée avec tant de détails dans la thèse de Guillier Latouche. La méthode en question ne portera dans l'histoire, si l'histoire est équitable, ni le nom de M. Bellingham, ni celui de son pays ; et le seul nom qui lui convienne, ainsi que je l'ai déjà trouvé, est celui de *Méthode alsacienne*.

Mais reprenons notre narration interrompue par cette discussion oiseuse. Une année entière s'écoula sans que les chirurgiens irlandais eussent l'occasion de faire de nouvelles tentatives et d'obtenir de nouveaux succès ; mais déjà leur méthode avait trouvé à Londres un partisan des plus influents dans la personne de Liston. Ce chirurgien célèbre avait traité et guéri, dans son service à University College Hospital, au mois de juillet 1843 et au mois de janvier 1844, deux malades atteints l'un et l'autre d'anévrysmes de l'artère fémorale. Sur le premier malade la compression avait duré cinquante-six jours ; sur le deuxième, les choses avaient marché un peu moins lentement, mais il s'était produit des eschares sous les pelotes et les contre-pelotes (1). Quoi qu'il en soit, la méthode compressive comptait deux succès de plus, ce qui faisait six succès consécutifs depuis sa résurrection ; elle se présentait par conséquent sous les auspices les plus favorables. Mais pour quiconque analysait ces six observations et les confrontait entre elles, il devenait évident que les chirurgiens avaient agi pour ainsi dire au hasard, sans doctrine fixe, en procédant par tâtonnements. En un mot, le traitement avait été jusqu'alors plus empirique que scientifique. Pour assurer l'avenir de la méthode, il fallait qu'un homme à la fois de science et de pratique se chargeât de comparer les procédés ; de choisir, parmi les idées émises jusqu'alors, celles qui étaient conformes à la vérité ; de les grouper, de les coordonner, et d'en faire une doctrine régulière. Cet homme, je suis heureux de le reconnaître, ce fut M. Bellingham.

Déjà, en 1843, en publiant l'observation de James Hayden, son premier malade, M. Bellingham avait cru devoir ajouter quelques réflexions sur le mode d'action de la compression indirecte (2). Quelques recherches historiques, très incomplètes encore, lui avaient appris, chose jusqu'alors fort peu soupçonnée en Irlande, que cette méthode thérapeutique avait, depuis longtemps déjà, pris naissance sur le continent, qu'elle y avait donné des succès, mais que le plus souvent, elle y était demeurée inefficace. Cherchant la cause de ces nombreux revers, il crut reconnaître que ses prédécesseurs, ceux du moins dont il avait consulté les publications, avaient appliqué les appareils compressifs d'une manière vicieuse, avec l'intention de supprimer totalement le passage du sang dans l'artère. Les vives douleurs, les érosions de la peau, les eschares et autres accidents qui avaient si souvent découragé les malades et les chirurgiens, lui parurent susceptibles d'être évités ou du moins atténués à l'avenir, à la condition de comprimer l'artère avec moins de force. La simple diminution de l'énergie du courant sanguin dans l'anévrysme devait suffire pour y provoquer le dépôt graduel de la fibrine jusqu'à complète oblitération du sac, et M. Bellingham se demanda même si cette compression partielle, qui avait déjà sur la compression totale l'avantage d'être moins douloureuse et moins dangereuse, n'avait pas en outre l'avantage d'être plus certaine et plus rapide dans ses résultats (3).

Une année s'écoula encore avant que M. Bellingham eût l'occasion d'appliquer les principes auxquels l'avait conduit l'analyse raisonnée des faits parvenus à sa connaissance. Cette occasion se présenta enfin le 20 juin 1844. Ce jour-là, James Hayden, ce même malade que M. Bellingham avait guéri, quinze mois auparavant, d'un anévrysme du jarret *droit*, rentra à S.-Vincent's Hospital pour un nouvel anévrysme développé sur le tiers inférieur de l'artère fémorale *gauche* (4). La compression fut exercée d'abord sur le

(1) *Dublin Quaterly Journal*, 1846, vol. II, p. 121.

(2) Planque, *Bibliothèque choisie de médecine*. Paris, 1749, in-4, t. II, p. 481. — Blegny, *Journal de médecine*, t. III, p. 127, mars 1681.

(3) Voyez plus haut, page 237, observ. XII.

(4) *Proceedings of Medical Section of British Association for the year* 1843. — Bellingham, *Observ. on Aneurism*, etc. London, 1847, in-12, p. 70 and 95.

(1) *The Lancet*, 1843, vol. II, p. . — *The Lancet*, 1844, vol. I, p. 24. Cette seconde observation est très défectueuse.

(2) *Dublin Journal of Med. Science*. July 1843, vol. XXIII, p. 460.

(3) *Dublin Journal of Med. Science*, t. XXIII, p. 465.

(4) *Loc. cit.*, November 1844, vol. XXVI, p. 248.

pli de l'aine, à l'aide de l'appareil de M. Crampton. On serrait et on relâchait alternativement la vis pour soulager le malade. Le troisième jour la vis se dérangea. C'était un dimanche : les ateliers étaient fermés, et il fallut imaginer un autre moyen compressif pour ne pas perdre le bénéfice obtenu pendant les jours précédents. M. Bellingham plaça sur l'artère, au pli de l'aine, la pelote d'un tourniquet ordinaire, et fit reposer sur cette pelote un poids de 4 livres. Le malade, couché sur le dos, maintenait lui-même ce poids pour l'empêcher de glisser, et, au besoin, il y joignait une pression légère exercée avec ses propres mains. Le lendemain on substitua un poids de 7 livres au poids de 4 livres; ce poids fut suspendu à une corde attachée au ciel du lit. Le malade, dont les mains étaient ainsi devenues libres, fut très satisfait de cet appareil fort simple, et le trouva bien préférable à celui qu'on avait employé jusqu'alors. Telle fut l'origine d'un procédé qui a, depuis lors, été mis souvent en usage — On a fait construire, pour exercer ainsi la compression au pli de l'aine, des poids particuliers désignés sous le nom de *poids compresseurs*. Les plus simples sont des masses de plomb en forme de tronc de cône, et du poids de 7 livres environ. Leur sommet tronqué, destiné à reposer sur le pli de l'aine, est terminé par une pelote (fig. 11, A). D'autres se composent de plusieurs pièces superposées, qu'on peut disjoindre ou rapprocher à volonté, selon qu'on veut augmenter ou diminuer la pression. D'autres enfin sont constitués par une gaîne de cuir, qui a encore la forme d'un cône tronqué, et dans laquelle on introduit une quantité variable de poids ordinaires. — Mais revenons à James Hayden, le malade de M. Bellingham.

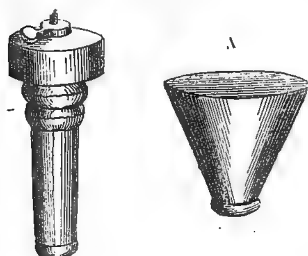


Fig. 11. — Deux modèles de poids compresseurs.

Les jours suivants il y eut quelque amélioration ; mais la cure marchait fort lentement, parce que le poids se dérangeait souvent pendant que le malade dormait. Le 15 juillet on appliqua au-dessous de l'aine un clamp construit sur le modèle de celui de Robert Hoey ; mais on fut souvent obligé de relâcher cet instrument et de revenir à l'usage du poids compresseur.

Enfin, le 8 août (1), on se décida à appliquer la compression double et alternative. Le premier clamp étant mis en place, un second clamp, construit sur un plus grand modèle, vint comprimer l'artère sur le pubis. Les deux vis devaient être alternativement serrées et relâchées. Cette manœuvre fut commencée à trois heures de l'après-midi. A minuit, c'est-à-dire *au bout de neuf heures seulement*, le malade ayant relâché les deux vis à la fois, reconnut avec joie que les pulsations avaient cessé. Le lendemain, à la visite, on constata bien nettement cet heureux résultat. Les pulsations ne reparurent plus, la guérison fut définitive, et il fut bien démontré que, là où la compression simple, continuée pendant quarante-trois jours, n'avait obtenu qu'une amélioration légère, il avait suffi d'appliquer pendant neuf heures la compression double pour oblitérer complétement la tumeur anévrysmale.

La supériorité de la compression double et alternative fut ainsi mise en évidence, et, depuis lors, M. Bellingham s'en déclara partisan pour tous les cas où la situation de l'anévrysme permettait de placer deux appareils entre la tumeur et la racine du membre.

Cette importante observation, jointe à de nouvelles études historiques, permit à M. Bellingham d'arriver à une théorie fort claire et réellement satisfaisante sur le mode d'action de la compression indirecte, sur les indications qu'elle était appelée à remplir et sur la physiologie pathologique des anévrysmes traités de la sorte. Plusieurs discussions qu'il soutint avec succès devant la Société chirurgicale d'Irlande, plusieurs articles insérés par lui dans les journaux de médecine de Dublin, et couronnés par la publication de son important ouvrage sur le traitement des anévrysmes par la compression, firent définitivement pénétrer dans l'esprit de tous ceux qui voulurent se donner la peine d'étudier la question, une doctrine fort simple, propre à guider désormais les chirurgiens dans l'application de la compression indirecte, et à leur éviter les tâtonnements et les fausses manœuvres, qui avaient si souvent, jusqu'alors, compromis le succès de la méthode. Faire triompher la vérité, la mettre à la portée de tout le monde, l'entourer de preuves saisissantes, assurer en un mot la stabilité d'un progrès important, sont des titres réels à la reconnaissance des hommes. Ces titres, M. Bellingham les possède incontestablement, et son nom restera toujours attaché à l'histoire du traitement des anévrysmes. Pourquoi faut-il qu'il ait gâté une si belle cause, en refusant à ses prédécesseurs l'hommage dû à leurs efforts et à leurs découvertes ?

Déjà le rédacteur du *Dublin quarterly journal* (1) lui a reproché amèrement d'avoir méconnu la portée des travaux de Todd. Ces reproches étaient fondés ; mais combien ils seraient devenus plus graves, si le contradicteur de M. Bellingham eût fait abstraction du sentiment national et eût interrogé l'histoire de la chirurgie étrangère ! Pour nous, qui avons suivi pas à pas l'origine et le développement des idées sur lesquelles repose aujourd'hui la méthode compressive, nous ne pouvons accorder à M. Bellingham d'autre invention que celle d'un appareil d'assez médiocre importance : nous voulons parler du *poids compresseur*. Brückner, Eschards, Dubois, Dupuytren, beaucoup d'autres encore, et, par-dessus tous, le chirurgien alsacien dont Guillier Latouche nous a transmis la précieuse doctrine, ont devancé M. Bellingham. Le principe de la compression incomplète ou partielle ; le mécanisme de la guérison par oblitération du sac sans oblitération de l'artère au niveau du point comprimé ; enfin le procédé, j'ose dire la méthode, de la compression exercée d'une manière continue avec plusieurs appareils alternativement serrés et relâchés, tout cela a pris naissance sur le continent avant 1825, et les détails dans lesquels je suis entré en traçant l'histoire de la *période française*, me dispensent d'insister ici sur ces questions de priorité.

La tâche historique que je me suis imposée touche à sa fin. Au mois de février 1845, la compression indirecte, appliquée au traitement des anévrysmes *poplités* ou *fémoraux*, avait déjà été employée 12 fois en deux années, et avait fourni 12 guérisons. 8 de ces guérisons avaient été obtenues par les chirurgiens de Dublin. Les 4 autres s'étaient produites en Angleterre, car déjà la méthode nouvelle avait gagné la métropole (2). — Au mois d'août 1846, le nombre des cas du même genre s'élevait déjà à 23 (3), et, à l'exception d'un seul malade sur lequel M. Harrison, de Bristol, avait pratiqué la ligature après quinze jours de compression infructueuse (4), tous les autres avaient dû à la seule compression l'oblitération de leur anévrysme. L'un d'entre eux, il est vrai, avait succombé, treize jours après le début de la compression, à un érysipèle développé sous la pelote du clamp ; mais, même dans ce cas malheureux et jusqu'alors unique, l'autopsie prouva que la cavité de l'anévrysme était presque entièrement effacée par de solides dépôts de fibrine (5). — Au mois de mars 1851, M. Tufnell publia le relevé de 39 cas traités par la compression, depuis 1842, dans la seule ville de Dublin : 30 guérisons complètes, 1 cas dans lequel l'anévrysme avait été rendu définitivement stationnaire, 5 cas où la compression, reconnue insuffisante, avait cédé la place à une opération constamment curative, 2 cas de mort par suite d'une affection du cœur antérieure au traitement, 1 seul cas, enfin, déjà mentionné plus haut, où la mort avait été la conséquence d'un érysipèle, tels

(1) Le texte du *Dublin Journal* dit le 3 août; mais c'est une faute d'impression, ainsi que cela résulte déjà d'une lecture attentive, et ainsi que le confirme la relation abrégée que M. Bellingham a donnée de ce fait dans son livre. (*Loc. cit.*, p. 71.) Je signale cette faute d'impression qui a fait croire à quelques personnes que la guérison n'avait été obtenue que six jours après l'application de la double compression.

(1) *Dublin Quarterly Journal*, 1846, vol. II, p. 108.

(2) *Dublin Journal of Medical Science*, 1847, vol. XXVII, p. 165.

(3) *Dublin Quarterly Journal*, August, 1846, vol. II, p. 129. — Vingt-neuf observations figurent sur ce tableau, mais six d'entre elles étant antérieures à la renaissance de la compression indirecte en Irlande, je n'ai pas cru devoir les faire entrer en ligne de compte.

(4) *London Medical Gazette*, October 3rd 1845.

(5) Cas de Bellingham, voy. Bellingham, *On compression in Aneurism*, p. 81 and 130.

étaient les magnifiques résultats de la pratique moderne. Ces chiffres parlaient d'eux-mêmes, et quelque incomplet, quelque imparfait même que fût le livre de M. Tufnell, il contribua beaucoup à vaincre la répugnance de quelques chirurgiens anglais restés jusqu'alors fidèles à la ligature.

La méthode compressive n'a rencontré d'opposition sérieuse qu'à Édimbourg. M. Syme, dès l'origine, se prononça énergiquement contre elle, et quoiqu'il lui eût dû la guérison d'un anévrysme de la main, guérison obtenue *en vingt-quatre heures* à l'aide d'un petit ressort appliqué sur l'artère radiale (1), il continua à la déclarer très inférieure à la ligature, à la qualifier de méthode infidèle, douloureuse, longue et dangereuse, et à prétendre que la ligature de la fémorale ne donnait jamais lieu au moindre accident. — Cette aveugle résistance à l'évidence et au progrès, ne réussit pas à donner le change aux autres chirurgiens écossais. M. Miller, dans un traité classique publié en 1850 à Édimbourg (2), se prononça ouvertement en faveur de la compression. — Aux arguments généraux de M. Syme, il répondit par des chiffres précis. Sur 29 cas d'anévrysmes fémoraux ou poplités traités dans la Grande-Bretagne pendant la seule année 1846, et relevés par lui avec soin, M. Miller avait trouvé 25 guérisons complètes, et 4 cas où la compression, restée sans résultat, avait fait place à une autre opération. Mettre ces chiffres à côté des funèbres statistiques de la ligature, c'était porter le coup de mort à cette dernière méthode, et aujourd'hui, en effet, on peut dire que dans toute la Grande-Bretagne la compression indirecte est devenue la méthode générale dans le traitement des anévrysmes, tandis que la ligature est réservée seulement pour les cas exceptionnels.

Pour s'en assurer, il suffit de parcourir les journaux anglais depuis le mois de septembre dernier. En quelques semaines, le journal *The Lancet* et le *Medical Times* ont publié 25 observations d'anévrysmes relatives à des malades traités depuis peu ou encore en traitement dans les hôpitaux de Londres. Sur ces 25 cas, la compression a été employée 23 fois (3). Treize malades ont été complétement guéris. Un autre, dont la guérison était très avancée, était encore en traitement à l'époque où l'observation a été publiée. Neuf fois la compression a été sans résultat, et l'on a fini par pratiquer la ligature. Parmi les malades de cette dernière catégorie, cinq ont parfaitement guéri; le sixième a eu une gangrène des orteils, et a guéri encore; le septième a survécu, mais son anévrysme a continué à battre; les deux derniers, enfin, ont succombé par suite de l'opération.

Ces résultats sont moins brillants, sans aucun doute, que ceux dont la chirurgie irlandaise a doté la science. Est-ce parce que les journaux de Dublin, dans leur enthousiasme pour la compression, enregistrent plus volontiers les succès que les revers? Ou ne serait-ce pas plutôt, ainsi que le prétend le *Dublin Medical Press* (4), parce que les chirurgiens anglais se découragent trop vite, et parce que beaucoup d'entre eux ne sont pas encore suffisamment habitués aux détails si délicats du traitement par la compression? J'admets volontiers l'une et l'autre explication. Mais je reviendrai plus loin sur la question des résultats généraux de la méthode nouvelle. J'ai voulu seulement montrer ici que cette méthode avait réussi à supplanter la ligature dans toute la Grande-Bretagne.

La chirurgie américaine, malgré son attachement bien connu pour la ligature, a cédé, elle aussi, à l'évidence des faits. Je n'ai pu me procurer la collection de tous les journaux de médecine publiés aux États-Unis depuis dix ans; mais ceux que j'ai parcourus ont suffi pour me prouver que la compression a heureusement franchi l'Atlantique, et a déjà donné de nombreux succès dans le nouveau monde. Dès le commencement de 1847, M. Rodgers, chirurgien de New-York's Hospital, guérit heureusement un nègre atteint d'anévrysme poplité (5). Un appareil à trois pelotes, placé sur le trajet de l'artère fémorale, suivant la méthode alsacienne, ne donna aucun résultat pendant trois semaines; mais on finit par s'apercevoir que le malade, inintelligent et indocile, relâchait toutes les vis dès qu'on le laissait seul. On prit le parti de le garder à vue, et trois jours plus tard les pulsations avaient cessé. — Au mois de septembre suivant, M. Watson, dans le même hôpital, guérit en soixante-huit heures, avec un appareil à deux pelotes, un énorme anévrysme fémoral (1), et, exactement à la même époque, M. Mütter, de Philadelphie, réussit par le même procédé à oblitérer un anévrysme poplité (2). Les appareils usités en Amérique étaient loin cependant d'offrir la perfection de ceux que les chirurgiens irlandais mettaient en usage. Plus d'une fois il arriva que la compression devint intolérable pour les malades, et M. Knight, de New-Haven, dans un cas de ce genre, fut réduit à employer un expédient qui mérite d'être rapporté. Il s'agissait d'un volumineux anévrysme poplité développé sur un mulâtre. Pendant dix jours, on essaya vainement tous les tourniquets et toutes les machines que l'on put se procurer. Jamais le malade ne put supporter leur action pendant plus d'une heure. Avant de me décider à employer la ligature, continue M. Knight, je voulus essayer la compression exécutée avec la main. J'invitai un nombre suffisant de médecins qui consentirent de grand cœur à me seconder. La compression, exercée avec le pouce sur la branche du pubis, fut commencée un jour à trois heures de l'après-midi. Toutes les demi-heures, quand l'opérateur était fatigué, un autre chirurgien prenait sa place. Au bout de quarante heures, les pulsations avaient disparu; on laissa le malade en repos, et la guérison fut définitive (3).

Un diminutif du procédé précédent fut mis en usage à deux reprises par M. I.-R. Wood, chirurgien de Bellevue Hospital, à New-York (4). Pour appliquer la compression double et alternative, ce chirurgien commença par placer le compresseur dit de Dupuytren sur le milieu de la cuisse. Un aide restait constamment auprès du malade. On serrait d'abord la vis du compresseur. Lorsque la douleur devenait trop vive, l'aide saisissait la fémorale sur le pubis et la comprimait avec le pouce. Le compresseur était alors relâché, le malade se reposait quelques instants, et bientôt après on serrait de nouveau la vis. Employé deux fois dans le cas d'anévrysme poplité, ce mode de traitement donna deux succès, mais il est douteux qu'il fasse jamais fortune parmi nous.

Je signale encore un anévrysme fémoral guéri en douze heures à l'aide de deux compresseurs, par M. Watson, de New-York Hospital. La compression avait été très énergique et très douloureuse; pour soulager le malade, on lui avait, à plusieurs reprises, fait respirer de l'éther (5).

On le voit, l'Irlande, l'Écosse, l'Angleterre, l'Amérique, ont fourni depuis quelques années un large contingent à la méthode compressive. Par une opposition regrettable, une indifférence assez difficile à expliquer, a accueilli jusqu'ici cette méthode sur le continent européen. Le *Journal de chirurgie* de M. Malgaigne avait pourtant publié, dès le mois de mars 1845, un savant mémoire de M. Giraldès sur ce sujet (6). La relation des guérisons récemment obtenues en Irlande, et le résumé de quelques-uns des faits plus anciens dus à Dubois, Viricel, Dupuytren et Cumano réussit à peine à fixer l'attention de nos compatriotes. Plus d'un ouvrage classique publié en France depuis cette époque, garda un silence ou complet ou presque complet sur la renaissance de la méthode compressive. Il y a trois ans, on lut avec intérêt l'analyse intéressante et la sage critique que M. Follin inséra dans les *Archives générales*, sur les travaux récents des chirurgiens irlandais (7); mais personne, à ma connaissance, ne chercha à faire profiter les malades des avantages d'une méthode qui avait déjà fourni à l'étranger des succès si nombreux et si authentiques. La France, qui avait pourtant créé cette

(1) *Monthly Journal*, 1851. — *Archives générales de médecine*, 4e série, 1851, t. XXVII, p. 268.
(2) Miller, *Principles of Surgery*. Edinburgh, 1850, in-8, p. 582.
(3) *Medical Times*, November 12th. 1853, p. 504.
(4) *Dublin Medical Press*, 16 nov. 1853.
(5) *The Transactions of the American Med. Association*, vol , 1848, p. 166.

(1) *Loc. cit.*, p. 167.
(2) *Loc. cit.*, p. 168.
(3) *Loc. cit.*, p. 169.
(4) *Transaction of Amer. Med. Association*. Philadelphie, 1851, vol. IV, p. 236.
(5) *Loc. cit.*, vol. IV, p. 235.
(6) Giraldès, *De la compression dans le traitement des anévrysmes poplités*. — Dans *Journal de chirurgie* de Malgaigne, 1845, t. III, p. 65.
(7) Follin, *Du traitement des anévrysmes par la compression*. — Dans *Archives générales de médecine*, novembre 1851, 4e série, t. XXVII, p. 257.

méthode, devait être une des dernières à en ressentir les bienfaits.

Si l'on cherche les motifs d'une aussi fâcheuse indifférence, on les trouve peut-être dans cette tendance de l'esprit français, qui nous porte si souvent à dédaigner les innovations d'origine étrangère ; on les trouve encore dans le mouvement d'idées qui a concentré, depuis une dizaine d'années, toute l'attention des chirurgiens sur le traitement des anévrysmes par la galvanopuncture d'abord, puis par les injections de perchlorure de fer. Les méthodes lyonnaises ont fait oublier la méthode alsacienne. Mais il y a surtout une autre cause plus importante que les précédentes, cause par suite de laquelle la chirurgie française a déjà, une première fois, failli perdre un de ses plus beaux titres de gloire, en laissant inscrire le nom de John Hunter à la place de celui d'Anel dans l'histoire de la ligature. Je veux parler de la rareté des anévrysmes dans notre pays, de leur fréquence dans la Grande-Bretagne. Pour la compression indirecte comme pour la ligature pratiquée suivant la méthode d'Anel, il est arrivé que les idées françaises sont allées se développer et fructifier de l'autre côté du détroit, et qu'elles en sont revenues mûries par l'expérience et sanctionnées par les faits. Sachons donc recevoir aujourd'hui de l'Irlande la méthode alsacienne, comme nos devanciers ont reçu de l'Angleterre la méthode d'Anel. Oublions, dans l'intérêt des malades, que ce nouveau progrès nous vient d'une contrée étrangère ; ou plutôt souvenons-nous, dans l'intérêt de la vérité, qu'il est réellement de création française.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

MÉDECINE VÉTÉRINAIRE.

DE LA PÉRIPNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE DU GROS BÉTAIL. — INOCULATION.

Suite. — Voir les numéros 29 et 32.

DE LA CONTAGIONABILITÉ DE LA PÉRIPNEUMONIE ÉPIZOOTIQUE ET DES EFFETS DE L'INOCULATION.

L'idée de recourir à l'inoculation, comme moyen préventif de la péripneumonie, est un principe parfaitement fondé ; car cette maladie, analogue en cela à un certain nombre de maladies contagieuses, n'attaque pas deux fois un même animal. C'est là un fait déjà constaté par l'observation pratique, et mis pleinement en évidence par les expériences dont nous venons de présenter l'analyse très sommaire.

Il était donc rationnel de rechercher, comme le dit le rapport de la commission, si par l'inoculation directe, on ne pourrait pas arriver d'emblée à doter les animaux de cette immunité qu'ils n'acquièrent, dans les circonstances habituelles de la pratique, qu'en courant les dangers de la mort, et si l'on n'obtiendrait pas ainsi, comme par l'inoculation de la clavelée du mouton, un moyen de mettre le gros bétail à l'abri du plus terrible fléau qui l'atteint aujourd'hui.

En conséquence, la commission essaya l'inoculation du liquide extrait du poumon d'une bête malade de la péripneumonie sur 54 sujets, actuellement parfaitement sains, et chose importante, de provenance non suspecte.

Elle se proposait de rechercher :

1° Si, par l'inoculation de ce liquide, la péripneumonie était susceptible de se transmettre aux animaux sains de l'espèce bovine, avec sa forme anatomique et ses symptômes caractéristiques.

2° Dans le cas où l'inoculation ne déterminerait pas sur les animaux sains une répétition exacte de la forme et des symptômes de la maladie inoculée, quels étaient les phénomènes locaux ou généraux qui en seraient les conséquences? dans quelles proportions et avec quels caractères plus ou moins graves d'intensité ces phénomènes se traduiraient? combien d'animaux succomberaient aux suites de l'inoculation? combien récupéreraient la santé, après avoir été soumis à son épreuve, et dans quelles conditions?

3° Enfin, si les animaux de l'espèce bovine soumis à l'épreuve de l'inoculation acquéraient par ce fait le privilége de résister à la contagion de la péripneumonie?

Voici les résultats donnés par ces inoculations :

Des 54 sujets inoculés, aucun ne contracta la péripneumonie par le fait de l'inoculation, c'est-à-dire que sur aucun, on ne reconnut, soit pendant la vie, soit après la mort, les symptômes et les lésions par lesquels la péripneumonie se caractérise.

Sur 33 des sujets inoculés, l'inoculation ne fut suivie que d'accidents inflammatoires locaux et de phénomènes généraux très légers, et qui guérissent complétement sans que l'inoculation laisse d'autres traces qu'une cicatrice à peine visible du point où le liquide inoculable avait été inséré.

Ces phénomènes ont consisté généralement d'abord dans la dessiccation des lèvres des plaies, et la formation de croûtes adhérentes à leur surface ; puis un engorgement inflammatoire, chaud, douloureux, généralement très circonscrit à la région de la queue, plus volumineux au fanon et à l'encolure, pouvant même atteindre le volume d'une tête d'homme, s'est manifesté et a été suivi d'un suintement séreux sous les premières croûtes formées qu'il détachait. Dans un assez grand nombre de cas, les petites plaies ont pris alors un caractère comme ulcéreux, puis elles se sont de nouveau recouvertes de croûtes très adhérentes, revêtant dans quelques cas le caractère d'escarres très circonscrites, intéressant toute l'épaisseur de la peau ; puis enfin est arrivé la période de desquamation et la cicatrisation a été achevée.

Ces phénomènes ont apparu dans un espace de temps qui a varié de deux à quarante jours après l'inoculation, et le temps nécessaire pour leur disparition complète a été de onze jours, minimum, et de soixante-quatorze jours, maximum.

Sur 15 des sujets inoculés, l'inoculation a été suivie d'accidents gangréneux et de chute de la queue, région du corps où l'insertion du liquide pulmonaire avait été pratiquée.

L'influence spéciale de ce liquide, au point de vue de l'inoculation, s'est caractérisée ainsi qu'il suit :

1° Au bout d'un temps qui a varié de deux à vingt jours, les plaies des inoculations, d'abord indolentes, sèches, et recouvertes d'une croûte plus ou moins adhérente, produite par la dessiccation du sang et de la sérosité qui s'en étaient écoulés, sont devenues douloureuses, turgescentes, représentant chacune des sortes de nodosités papuleuses, lesquelles guérissaient rapidement, et ne tardaient pas à former autour de la queue un bourrelet complet, chaud, douloureux, tendu, à la surface duquel la peau, reflétant une teinte violacée, se couvrait de nombreuses phlyctènes qui dénonçaient par leur présence, tout à la fois, et l'excès et la nature de l'inflammation spéciale qui les avait produites.

2° Les plaies des inoculations s'ouvraient à la surface de ce bourrelet inflammé, laissaient écouler un liquide purulent, sanieux, prenaient en se renversant un aspect ulcéreux, puis se desséchaient et se revêtaient d'une large croûte noirâtre, ayant les apparences d'une escarre et participant de sa nature, car cette croûte était en partie formée par la mortification superficielle des bourgeons et des lèvres de la solution de continuité.

3° Simultanément la température de la partie de la queue, située au-dessus du bourrelet inflammatoire, s'abaissait insensiblement, dénonçant ainsi l'extinction graduelle des actions vitales dans cette partie ; tandis que, au contraire, dans les régions supérieures, l'exaltation persistante de la chaleur et de la sensibilité, la couleur plus foncée et la turgescence de la peau tendue accusaient une réaction inflammatoire intense.

4° Entre la partie inférieure de la queue, devenue froide, insensible, inerte, rétirée sur elle-même, et comme momifiée, et la partie supérieure, chaude, douloureuse, gonflée, s'établissait un sillon disjoncteur qui, se creusant incessamment, mais avec une certaine lenteur, finissait par séparer définitivement la partie morte de la partie vive, au bout d'un temps qui a varié de vingt-trois à quarante jours.

5° Une fois cette séparation faite, la cicatrisation marchait rapidement à l'extrémité de l'organe tronqué, et tous les phénomènes inflammatoires s'éteignaient.

Sur un certain nombre des animaux chez lesquels l'inoculation a été suivie de gangrène de la queue, la tuméfaction gangréneuse, au lieu de rester circonscrite dans une petite étendue, au pourtour des points de l'inoculation, a suivi une marche ascendante jusque vers les muscles croupiens et fessiers, s'est compliquée d'infiltration œdémateuse de la marge de l'anus et des lèvres de la vulve, de vastes abcès autour du rectum, et a entraîné la chute de la presque totalité de la queue.

Aux phénomènes locaux consécutifs à l'inoculation se joignaient, comme symptômes généraux, d'abord les signes caractéristiques d'une fièvre de réaction très intense, coïncidant avec la période de la grande réaction inflammatoire, dans la partie inoculée; puis ensuite les signes d'une grande faiblesse caractéristique de la gangrène confirmée dans cette partie, et enfin les caractères propres du retour des forces, lorsque la délimitation était établie entre les parties saines et les parties mortifiées, et que le travail de la réparation s'accomplissait; mais aucun symptôme de lésion pulmonaire ne s'est manifesté.

Enfin, sur 6 des animaux inoculés, l'inoculation a été suivie de mort.

Sur ces animaux, les premiers phénomènes consécutifs à l'inoculation ont consisté, comme chez les sujets de la catégorie précédente, dans une tuméfaction chaude, douloureuse, tendue, de la région inoculée, tuméfaction qui a apparu du deuxième au dix-septième jour après l'inoculation.

Cette tuméfaction suivait une marche très rapide en conservant pendant quelque temps, à un très haut degré, les caractères propres à l'inflammation.

Ascendante sur les animaux inoculés à la queue, elle s'est propagée de l'extrémité de cet organe vers les régions de la croupe, des fesses et des lombes, s'accompagnant des mêmes symptômes de chaleur, de douleur, de tension, de coloration, d'œdème, de phlyctènes, de refroidissement et d'abcès gangréneux, que chez les animaux de la deuxième catégorie ; il en a été de même des animaux inoculés à l'encolure, au fanon et aux oreilles, avec cette seule différence que la tuméfaction gangréneuse a été, dans ces régions, plus rapidement croissante, en raison sans doute de la plus grande laxité du tissu cellulaire.

Les symptômes généraux ont toujours coïncidé avec l'époque de la plus grande intensité de la réaction locale, et ont été proportionnels à cette intensité; mais l'auscultation n'a jamais fait reconnaître de lésions concomitantes des poumons, et l'autopsie a démontré qu'en effet ces organes étaient demeurés parfaitement sains.

Tels sont, avec leurs caractères variés, les phénomènes, appréciables par des signes objectifs, que produit l'inoculation du liquide extrait du poumon d'un animal malade de la péripneumonie.

Ces phénomènes sont, comme on le voit, ceux d'une inflammation plus ou moins intense, développée au lieu de l'inoculation, susceptible de se compliquer d'accidents gangréneux plus ou moins étendus et graves, s'accompagnant d'une réaction générale plus ou moins énergique, exactement proportionnelle à l'intensité de la réaction locale, mais qui n'est jamais suivie d'une fluxion inflammatoire spéciale du côté du poumon.

L'inoculation de la péripneumonie diffère donc des inoculations virulentes, tout au moins par ses résultats apparents, puisqu'elle ne fait pas naître dans l'organisme des animaux soumis à son influence une maladie semblable par sa forme anatomique à celle d'où procède le liquide inoculé.

Mais cette différence est-elle complète, radicale ou seulement dans les apparences ?

C'est à l'expérimentation à donner la réponse à cette question.

Pour reconnaître si, en définitive, l'inoculation caractérisée en apparence par des phénomènes exclusivement locaux n'avait pas, cependant, imprimé à l'organisme des animaux qui l'avaient subie une modification générale, en vertu de laquelle ils fussent préservés de contracter la maladie par les voies les plus habituelles de sa transmission, c'est-à-dire par la cohabitation, la commission a fait les expériences suivantes :

34 des sujets qui étaient sortis sains et saufs des épreuves de l'inoculation furent exposés pendant une période de cinq à six mois à l'influence directe de la contagion par cohabitation avec 24 sujets de même provenance, non inoculés pour servir de termes de comparaison.

12 animaux inoculés furent réservés dans une étable à part pour servir à des expériences ultérieures. — Ils ne subirent pas le contact direct d'animaux malades de la péripneumonie, mais ils furent pansés par le vacher même qui était chargé du soin des malades.

Soit en tout 46 sujets inoculés, qui, directement ou indirectement, furent soumis à l'influence de la contagion avec 24 sujets non inoculés.

Sur ces 46 animaux inoculés, un seul (soit 2 pour 100) habitant l'étable non contaminée par la présence des animaux malades contracta la péripneumonie, tandis que sur les 24 sujets non inoculés, servant de termes de comparaison, qui furent soumis à l'influence directe de la contagion, en même temps que 34 des sujets inoculés, 14 (soit 58 pour 100) ressentirent l'influence contagieuse, et présentèrent, soit pendant leur vie, soit après leur mort, les symptômes et les lésions caractéristiques de la péripneumonie.

Un fait remarquable est à signaler dans l'histoire de ces 14 sujets non inoculés, qui, dans ces expériences, contractèrent la péripneumonie par l'influence de la cohabitation ; c'est que sur 6 d'entre eux, la maladie ne s'est pas manifestée par des symptômes extérieurs appréciables. Ce n'est qu'à leur autopsie qu'on a rencontré, profondément situés dans leurs poumons, un ou plusieurs *séquestres* de formation récente qui témoignaient, par leur présence, de l'influence de la contagion sur l'organisme des animaux qui en étaient affectés, car, jusqu'à présent, cette forme de lésion n'a encore été constatée que dans la péripneumonie ; et, d'autre part, dans les expériences de la commission, on ne l'a jamais trouvée à l'autopsie des animaux de même provenance qui n'avaient pas été soumis à l'influence de la contagion ou qui n'y avaient été exposés qu'après l'inoculation.

En présence de ces faits, la commission s'est crue autorisée à conclure que : bien que l'inoculation du liquide extrait des poumons d'une bête bovine malade de la péripneumonie ne transmette pas aux animaux sains de la même espèce auxquels on la pratique une maladie semblable, tout au moins par son siége, à celle d'où procède le liquide inoculé, cependant cette inoculation possède une vertu préservatrice ; qu'elle investit l'organisme du plus grand nombre des animaux auxquels on la pratique d'une immunité qui les protége contre la contagion de la maladie pendant un temps encore indéterminé, mais qui dans les expériences rapportées plus haut n'a pas été moindre de six mois.

Peut-être que la commission française n'aurait pas été aussi affirmative dans cette conclusion, si elle n'avait eu pour s'étayer que les résultats de ses propres expériences, si probatives qu'elles paraissent.

Mais par une heureuse coïncidence, il s'est trouvé que les résultats de ses recherches étaient en parfaite concordance avec ceux d'expériences, ou semblables ou analogues aux siennes, instituées dans le même but en Hollande et en Belgique.

Ainsi, en Hollande, dans un troupeau composé de 22 bêtes dont 17 inoculées et 5 non inoculées, troupeau qui fut exposé pendant trois mois à l'influence de la contagion par cohabitation, les 5 bêtes non inoculées seules contractèrent la maladie et 4 en moururent, tandis que les 17 sujets inoculés conservèrent tous les caractères de la santé la plus parfaite pendant tout le temps de l'expérience.

En Belgique, résultats analogues donnés par l'inoculation. Les bêtes auxquelles elle avait été pratiquée peuvent vivre impunément pendant quatre mois dans des étables incessamment infectées par la présence d'animaux malades, renouvelés à mesure qu'ils succombaient.

D'autre part, des relevés statistiques de toutes les inoculations pratiquées en France, en Belgique et en Hollande comme moyen de

prévenir l'invasion de la péripneumonie sur les troupeaux de bêtes à cornes, relevé qui donne le chiffre considérable de 6,764 inoculations, il résulte que :

Sur 100 animaux de l'espèce bovine auxquels on pratique l'inoculation, comme moyen préventif, dans les conditions les plus défavorables, c'est-à-dire lorsque les troupeaux dont ils font partie sont ou sous la menace de l'épizootie, ou actuellement ravagés par elle :

2 animaux succombent aux suites de l'opération ;

2, malgré l'inoculation, contractent la maladie ;

Et 96 demeurent à l'abri de ses atteintes.

Sur ces 96 animaux, 92 sortent parfaitement sains et saufs des épreuves de l'inoculation, et 4 éprouvent des accidents gangréneux très graves qui les déprécient considérablement.

C'est en rapprochant les résultats donnés par les expériences directes sur l'inoculation préventive, des résultats semblables obtenus par les expériences de même nature faites à l'école vétérinaire d'Utrecht ; c'est en comparant le chiffre si affaibli de la mortalité dans les troupeaux inoculés aux chiffres si considérables des accidents mortels dans les troupeaux ravagés par l'épizootie suivant sa marche naturelle, que la commission française s'est cru le droit de formuler la conclusion affirmative que nous avons reproduite plus haut.

N'était-elle pas suffisamment autorisée par les faits ?

Maintenant viennent les interprétations et les objections. On ne conteste pas qu'il y ait une remarquable coïncidence entre la pratique de l'inoculation et l'innocuité acquise aux animaux qui ont été soumis à son épreuve, mais on nie que cette innocuité soit la conséquence d'un virus introduit dans l'organisme. Suivant les uns, elle est l'effet d'une révulsion inflammatoire ; suivant les autres, d'une infection septique.

Le grand argument sur lequel on s'appuie pour soutenir l'une ou l'autre de ces thèses, c'est que l'inoculation ne produit pas dans l'organisme une maladie semblable à celle qui a engendré le liquide inoculé.

Il faudrait trop de temps et d'espace pour entrer aujourd'hui dans cette discussion. Nous nous contenterons de formuler, en terminant, les propositions suivantes :

1° L'inflammation pulmonaire, caractère anatomique de la péripneumonie, ne constitue pas l'essence de cette maladie ; ce qui la constitue essentiellement, c'est l'agent spécial, le virus, qui imprègne l'organisme et est la cause prochaine du fluxus inflammatoire dont les poumons deviennent le siége.

2° Cet agent peut exercer son action sur l'organisme des animaux soumis à l'influence de la contagion sans se manifester nécessairement par une inflammation pulmonaire, témoin les animaux en assez grand nombre, qui, dans les premières expériences de cohabitation rapportées plus haut, n'ont présenté que des symptômes d'une indisposition passagère et se sont montrés ensuite réfractaires à contracter la maladie dans de nouvelles épreuves de cohabitation.

Pourquoi l'inoculation ne produirait-elle pas des effets semblables ?

3° Il y a de grandes ressemblances entre les lésions inflammatoires qui se manifestent au lieu de l'inoculation et celles dont le poumon devient le siége dans la péripneumonie.

Les unes et les autres consistent dans l'accumulation d'une matière plastique au lieu où le fluxus se produit ;

Les unes et les autres ont une remarquable tendance à se terminer par la gangrène.

H. Bouley,
Professeur de clinique à l'École impériale d'Alfort.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 8 MAI 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Anatomie comparée. — *Note sur le coracoïdien des mammifères par M. A. Lavocat.* — L'auteur s'est livré à de nombreuses recherches pour établir que chez les mammifères, de même que chez les oiseaux et les reptiles, l'épaule a pour base osseuse trois pièces : l'omoplate, la clavicule et le coracoïdien. Le coracoïdien des mammifères, ou apophyse coracoïde, se distingue de celui des oiseaux et des reptiles en ce qu'il se soude avec l'omoplate. On retrouve chez l'adulte les traces de la séparation primitive dans des sillons et des dépressions superficielles à la surface et aux bords de la cavité glénoïde. Un des caractères essentiels et constants du coracoïdien, c'est de concourir par sa base à former la surface glénoïdale de l'omoplate. En effet, la base de l'apophyse coracoïde forme environ le tiers de la cavité articulaire chez l'homme. Enfin le coracoïdien est pourvu d'un prolongement en forme de bec ou de crochet, qui, très développé chez l'homme, se dirige en dedans et en bas, et donne insertion, sur sa partie antérieure, à une branche du petit pectoral, et par son sommet au tendon du muscle omo-brachial. Ce crochet coracoïdien existe chez les autres mammifères, mais on le trouve bien moins développé que chez l'homme.

Physiologie. — *Nouvelle note sur l'oxyde de carbone pur considéré comme poison.* — Dans une note récemment présentée à l'Académie, M. *Chenot* avait signalé les dangers extrêmes de l'oxyde de carbone pur, et il avait avancé que l'oxyde de carbone plus ou moins étendu d'autres gaz offrait déjà des dangers. Il publie aujourd'hui plusieurs faits qui lui ont été communiqués depuis, et qui sont de nature à confirmer l'opinion qu'il avait émise et à éveiller l'attention publique sur un danger très sérieux qui se présente souvent dans les habitudes les plus ordinaires de la vie. (*Commission nommée.*)

Chimie organique. — *Recherches sur quelques produits de transformation de la créatine*, par M. *Dessaignes*.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 9 MAI 1854.

Observations sur les eaux potables. — M. *Félix Boudet* lit en son nom et au nom de M. *Boutron* un mémoire ayant pour titre : *Observations sur les eaux potables*. Les auteurs se sont bornés à énoncer dans ce mémoire les principaux résultats des recherches auxquelles ils se sont livrés, et qui se trouvent consignées dans un travail beaucoup plus étendu que les auteurs viennent d'achever.

M. *Dupuit*, ingénieur en chef des eaux de la ville et membre du conseil de salubrité, avait proposé aux auteurs diverses questions relatives à l'approvisionnement d'eau de la ville de Paris. Ils ont examiné successivement différents ordres de questions.

Des faits relatifs à la question du *filtrage des eaux de la Seine et de l'Ourcq*, MM. Boutron et Boudet concluent que cette opération offrirait des avantages réels au point de vue de la salubrité et de l'industrie : 1° parce que les eaux filtrées, étant d'un usage plus agréable que les eaux non filtrées, sont recherchées, même à prix d'argent, par les populations, et surtout parce qu'elles garantissent d'une manière plus complète les intérêts de la santé publique ; 2° parce que le carbonate de chaux et l'argile, que les eaux non filtrées tiennent en suspension, détruisent une proportion considérable de savon, et exercent, sans aucun doute, une action plus ou moins nuisible sur certaines opérations industrielles, et particulièrement sur celles de la teinture.

Relativement à la *composition chimique* des dépôts recueillis dans les conduits d'eau d'Ourcq du pont de la Concorde, voici comment peut se résumer le travail des auteurs. On sait que les eaux d'Arcueil laissent déposer pendant leur trajet, du point d'origine à celui de leur distribution, un sédiment de carbonate de chaux qui, après un certain nombre d'années, finit par obstruer les tuyaux qui les amènent à Paris. Les eaux du canal de l'Ourcq, qui sont beaucoup moins chargées de carbonate de chaux que celles d'Arcueil, présentent le même phénomène, à un degré beaucoup moindre, il est vrai, mais tel cependant que l'administration a dû s'en préoccuper. De plus, il s'est développé dans les conduits du pont de la Concorde des agglomérations de coquillages qui menacent de les obstruer

rapidement. MM. Boudet et Boutron ont confié à M. Valenciennes le soin d'examiner les coquillages. Quant aux concrétions, ils les ont trouvées formées, sur 100 parties, de : *carbonate de chaux*, 76 ; *oxyde de fer*, 19 ; *silice, alumine, sulfate de chaux*, 0,5. En examinant ces concrétions, on voit qu'elles sont formées d'une couche ocreuse interposée entre la paroi des tuyaux et les dépôts calcaires qui la recouvrent, de telle sorte que cette couche ocreuse, qui représente l'oxyde de fer, résulte évidemment de l'oxydation du métal des conduits sous l'influence de l'air et de l'acide carbonique contenu dans l'eau qui les parcourt, et que les concrétions proprement dites sont essentiellement composées de carbonate calcaire comme celles qui ont été signalées dans les conduits des eaux d'Arcueil. Quelle est la cause de ces incrustations ? Par quels moyens pourrait-on les empêcher de se produire ? C'est ce que les auteurs n'ont pu encore résoudre.

Les auteurs ont institué une série d'expériences propres à déterminer le rôle des sels calcaires, et particulièrement du bicarbonate et du sulfate dans l'économie domestique. Ces expériences les ont amenés à conclure : 1° que la proportion de chaux à l'état de sulfate ou de bicarbonate, qui peut rendre une eau impropre au blanchissage, peut être fixée, pour 1 litre d'eau, à 30 centigrammes de chaux ou à ses équivalents ; 0,73 et 0,77 centigrammes en sulfate et en bicarbonate de chaux. 2° Que cette proportion est en même temps celle qui établit la limite entre les eaux propres à la coction des aliments. 3° Que c'est au sulfate de chaux seul et non au bicarbonate qu'il faut attribuer la propriété de rendre certaines eaux impropres à la coction des aliments ; qu'en effet, en faisant bouillir des haricots dans une eau chargée de sulfate calcaire, on voit que pendant l'opération le sel pénètre la pulpe même de la graine et l'incruste de telle manière qu'elle reste toujours dure, quelque prolongée que soit l'action de la chaleur. 4° Qu'avec le bicarbonate de chaux, au contraire, le gonflement et le ramollissement des haricots s'opère comme dans l'eau pure, que le bicarbonate se décompose dès le commencement de l'opération, et laisse déposer du carbonate calcaire dénué de propriétés incrustantes, et qui n'a pas d'autre inconvénient que de s'ajouter à la substance alimentaire.

Il résulte encore de ces recherches, que M Ward (de Londres) s'est, au moins, exagéré l'influence des sels calcaires dans la préparation du thé et du café. Les eaux qui ne contiennent pas plus de 3 décigrammes de chaux par litre, et qui se trouvent ainsi comprises dans la limite qui vient d'être assignée aux eaux potables, peuvent être employées à cette préparation, sans neutraliser une proportion assez considérable des substances composantes, pour qu'il y ait lieu de s'en préoccuper particulièrement.

Cette conclusion ne s'applique plus aux préparations tinctoriales ou pharmaceutiques, et particulièrement aux extraits ; car il n'est pas douteux que les eaux pures n'offrent de grands avantages sur les eaux calcaires pour ces préparations.

Discussion.

M. *Moreau* demande dans quelles conditions les eaux de drainage, que les auteurs considèrent comme étant habituellement peu calcaires, pourraient être le plus avantageusement substituées aux autres eaux pour le besoin de l'homme.

M. *Boudet* répond que le drainage, ou la filtration des eaux à travers le sol, ne donnera des eaux peu chargées de sels calcaires que dans les terrains privés de sulfate de chaux.

M. *Desportes* fait remarquer que les compagnies qui ont amené à Londres des eaux lointaines, ont utilisé, pour le filtrage de ces eaux, les terres sablonneuses placées sur leur parcours. Il demande si cette pratique ne pourrait pas être imitée.

M. *Chatin* présente deux observations : l'une sur les eaux de drainage, l'autre sur les eaux bues à Paris.

Il pense que, dans certaines contrées, la substitution des eaux de drainage aux eaux actuellement bues par les habitants sera très avantageuse. Il cite, à cet égard, Mormant et tous les plateaux de la Brie, qui n'ont que des eaux de puits très crues, et où les eaux de drainage sont, au contraire, légères, d'une saveur agréable, et bien iodurées, qualités qui ont porté M. Chatin à en conseiller l'emploi. On pourrait croire, ajoute-t-il, que les principes organiques des engrais déposés sur le sol traversent celui-ci avec les pluies, et se trouvent dans les eaux de drainage ; mais il n'en est rien, surtout si la terre est argileuse. Il a, en effet, constaté que les eaux sont d'autant plus complétement privées de matières organiques, qu'elles ont filtré au travers d'un sol plus argileux.

Relativement aux eaux de Paris, il fait observer que les faits intéressants signalés par MM. Boutron et Boudet les conduisent implicitement à cette conclusion de ses *Etudes sur les eaux de Paris, de Londres et de Turin*, savoir : que c'est en amont de la Marne que devrait être établi la prise d'eau destinée à alimenter notre capitale.

N'est-il pas incroyable, s'écrie M. Chatin, que dans une ville qui a la prétention d'être la plus éclairée du monde, et à la tête de laquelle est une municipalité formée d'hommes éminents, on nous force à boire de l'eau puisée dans la Seine, à Chaillot, au-dessous de la Marne et de l'Ourcq, qui l'ont troublée et chargée de sels calcaires ; en aval, surtout, des bateaux de blanchisseuses et des égouts, qui lui portent chaque jour, entre autres produits dégoûtants, un million d'hectolitres d'urine, dont l'analyse retrouve les éléments en compagnie de composés sulfureux, de sels ammoniacaux et de matières organiques de toutes sortes ! Il est peu appétissant de penser que chaque verre que nous buvons renferme une certaine quantité de ce liquide, qu'il répugne de nommer une seconde fois.

M. *Boutron* répond que le travail qu'il a entrepris de concert avec M. *Boudet*, et dont le mémoire qui vient d'être lu n'est qu'une analyse, a justement pour objet d'éclairer l'administration.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SÉANCE DU 16 MAI 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet les sept pièces suivantes : *a*. Rapport de M. le docteur *Vergne*, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Aubusson, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans le courant de février dernier au village de Montfuma, commune de Rougnat, canton d'Aurance. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Rapport de M. le docteur *Brouillet*, médecin cantonal à Grispolsheim (Bas-Rhin), sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans la commune de Duttlenheim, depuis les premiers jours de janvier jusqu'au commencement de février dernier. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Rapport de M. le docteur *Lemazurier*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Versailles, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, dans la commune de Plaisir, depuis le commencement d'août 1853 jusqu'au commencement d'octobre de la même année. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Demande d'un exemplaire du rapport du ministre sur les vaccinations pour un certain nombre d'années, afin de combler plusieurs lacunes qui existent aux archives du bureau de la statistique générale de France. — *e*. Recette d'un remède que M. *Maille*, juge de paix de Saint-Tropez (Var), présente comme ayant la propriété de guérir le charbon. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *f*. Demande de rapport sur les *pilules fébrifuges* de M. *Gendrot*, pharmacien à Rennes. (*Commission des secrets et nouveaux.*) — *g*. Recette d'un remède pour le traitement des affections rhumatismales et goutteuses, par M. *Lesault*, à Passy. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Lettre de M. *A. Chevallier* relative à l'*empoisonnement par le phosphore et les allumettes chimiques*. La lecture du mémoire de M. le docteur *Caussé* sur l'empoisonnement par le phosphore et les allumettes chimiques a porté M. Chevallier à demander à l'Académie que des essais fussent faits : 1° touchant l'action du phosphore amorphe (*phosphore rouge, phosphore qui ne brûle pas lorsqu'il est exposé à l'air*) sur les animaux ; 2° touchant l'action de ce phosphore mêlé de chlorate de potasse sur les animaux. S'il était démontré par l'expérience que le phosphore rouge n'a pas d'action toxique sur l'économie animale et qu'on peut l'employer à la fabrication des allumettes chimiques, on aurait résolu une question importante et rendu service à l'humanité. En effet, il serait possible de faire des allumettes chimiques dont on ne pourrait se servir pour empoisonner ; et, déjà, on compte plus de vingt cas d'empoisonnement par le produit fixé sur les allumettes, dont l'action est malheureusement connue dans les campagnes. M. Chevallier demande que les membres de l'Académie qui font partie de la section de médecine vétérinaire soient invités à faire ces essais ; dans le cas où sa demande serait agréée, il s'engage à remettre aux membres de la commission, et le phosphore amorphe et le chlorate de potasse nécessaires à leurs expériences. M. Chevallier annonce, d'autre part, qu'il s'occupe de rechercher si l'on peut donner à la préparation phosphorée des allumettes une saveur amère qui pourrait, dans des cas d'empoisonnement, prévenir le crime en avertissant la victime. (*Comm.* MM. Renault, Delafond.)

3. M. le docteur *Valat* (de Montpellier), membre correspondant de l'Académie de médecine, secrétaire du conseil d'hygiène d'Autun, appelé, comme correspondant de l'Académie, à indiquer les données positives qu'il a pu recueillir dans sa pratique, *sur les résultats thérapeutiques des eaux minérales naturelles et des bains de mer*, écrit à M. le secrétaire perpétuel : « que la meilleure manière de donner à cette importante question une solution large, générale et aussi complète que possible, ce serait d'appeler à la résoudre, non pas seulement les membres correspondants de l'Académie de médecine, mais plutôt tous les *conseils d'hygiène*, qui sont dans les meilleures conditions pour constater efficacement les résultats thérapeutiques de l'hydrologie minérale et naturelle. » (*Commission des eaux minérales.*)

4. M. le docteur *Delasalle*, à Martignan (Côtes-du-Nord), fait connaître

le résultat de ses observations sur le choléra asiatique, et le traitement qu'il a adopté pour combattre cette maladie. *Commission du choléra.*)

5. M. le docteur *Heyfelder*, professeur de clinique chirurgicale à Erlangen, fait hommage à l'Académie de la thèse pour l'agrégation de son fils, M. le docteur *Oscar Heyfelder*, qui vient d'être reçu agrégé près la Faculté d'Erlangen ; cette thèse a pour titre : *Des fausses routes.*

6. M. *Mathieu*, fabricant d'instruments de chirurgie, soumet à l'examen de l'Académie un nouvel instrument exécuté d'après les indications de M. le docteur Blatin ; cet instrument, qu'il appelle *algalimètre millimétrique*, ou *filière angulaire*, est destiné à remplacer le compas d'épaisseur et les filières percées de trous plus ou moins réguliers. (*Comm.*, M. Ségalas.)

Lectures et Mémoires.

M. *Depaul* lit la première partie d'un rapport sur l'emploi des pessaires utérins. (Voir aux *Travaux originaux.*)

Traitement des anévrysmes par les injections de perchlorure de fer. — M. *Jobert* (de Lamballe) présente un malade guéri d'un anévrysme artérioso-veineux, au moyen d'injections de perchlorure de fer. Le sujet est un jeune homme de dix-huit ans, chez lequel la tumeur paraît s'être développée à la suite d'une saignée, au pli du coude, sur le trajet de l'artère brachiale, du côté droit. La tumeur, éloignée de l'épitrochlée de 0,04 centimètre et de 6 centimètres de l'épicondyle, avait 4 centimètres de diamètre transversal et 3 de diamètre vertical ; son volume était celui d'une petite noix. Elle était fluctuante et offrait des battements isochrones à ceux du cœur ; l'auscultation faisait reconnaître un susurrus concordant avec les battements de l'artère, et que la compression de l'artère radiale faisait cesser, sans que la tumeur disparût. La compression directe, au contraire, faisait disparaître complétement la tumeur fluctuante, de même aussi la flexion de l'avant-bras sur le bras. Le 20 février 1854, M. Jobert fit une première ponction et injecta dans le sac anévrysmal six gouttes de perchlorure de fer entre 15° et 20° de concentration ; la piqûre fut recouverte d'un morceau de diachylon. Cette injection fut suivie de peu de douleur ; les battements n'avaient pas cessé, mais seulement diminué ainsi que le bruit de souffle. Cette amélioration fut de courte durée : le 24 février, la tumeur était revenue au même état qu'auparavant. Le 24 février, nouvelle injection ; douleurs vives dans la journée et dans la nuit ; agitation, insomnie, fièvre ; contractions dans les muscles de l'avant-bras. Ces accidents s'amendèrent rapidement ; les battements avaient cessé dans la tumeur ainsi que le bruit de souffle, le volume de l'anévrysme diminuait de jour en jour. Le 8 mai, c'est-dire environ deux mois après la seconde opération, le malade était guéri. Aujourd'hui, il n'existe plus au pli du coude que deux petites tumeurs rapprochées l'une de l'autre et évidemment formées, d'après M. Jobert, par le perchlorure enkysté dans la veine et dans l'artère. Une pression modérée ne détermine aucune douleur. Les mouvements d'extension de l'avant-bras sur le bras sont encore incomplets ; le malade accuse une certaine faiblesse dans le membre. On sent les pulsations de l'artère radiale, mais elles paraissent moins énergiques que du côté gauche.

La séance est levée à cinq heures.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Fracture de la troisième vertèbre cervicale, par M. Th. Davis.

Deux circonstances assez marquantes placent ce cas hors de la ligne commune. D'abord, le blessé survécut sept jours, quoique la lésion fût située assez haut pour intéresser les origines nerveuses qui président aux actes vitaux les plus importants. En second lieu, tandis que les altérations de la moelle s'accompagnent, en général, de paraplégie, ici c'est une hémiplégie bien caractérisée que l'on a pu constater. Ce dernier trait nous fait regretter que l'observation ne contienne pas des détails plus précis sur le point dans lequel la moelle subissait la compression des fragments ; on sait néanmoins qu'elle existait du même côté que la paralysie.

Il s'agit d'un homme de dix-huit ans qui reçut un coup de crochet à la partie postérieure du col. Il souffrit depuis lors de vives douleurs dans tout le côté gauche, mais conserva la liberté de ses mouvements. Reçu à l'hôpital cinq jours après, il ne pouvait plus, à ce moment, remuer le bras ni la jambe *gauches*. Contenance anxieuse, pouls à 100, ventre ballonné. La respiration paraît ne s'exercer que par le diaphragme et les muscles du côté droit de la poitrine et du cou. Pas de priapisme ; facultés intellectuelles intactes. La respiration s'embarrassa de plus en plus ; la rétention d'urine s'établit ; jusqu'au dernier moment, il fut aisé de vérifier l'état d'hémiplégie. Il succomba le septième jour.

Autopsie. — Fracture de la troisième vertèbre cervicale ; la solution de continuité traverse les apophyses transverses et le corps obliquement à partir des apophyses articulaires inférieures. Le fragment supérieur est porté en dedans, ou plutôt il a subi un mouvement de rotation. Une esquille détachée de ce fragment, sans avoir pénétré dans la moelle, a produit un enfoncement de la gaîne de la dure-mère du côté *gauche*. Il y a épanchement sanguin et turgescence vasculaire dans le voisinage de la lésion. Poumon droit sain ; le poumon gauche, congestionné, de couleur sombre, présente l'aspect et la consistance du foie.

Comme le blessé avait gardé tous les mouvements intacts jusqu'au jour où il entra à l'hôpital, il est assez probable que c'est aux secousses éprouvées pendant le transport que fut dû le déplacement des fragments, d'où résulta la compression et la paralysie. (*Dublin Medic. Press*, 5 avril 1854, p. 212.)

Observations de rétrécissements syphilitiques, par M. Geeus.

Ces deux cas offrent l'exemple d'une lésion fort rare, mais que nul, *à priori*, n'oserait qualifier d'impossible, et dont les détails de chaque fait démontrent effectivement la réalité. Outre les notions très utiles qu'il puisera dans leur lecture sur la thérapeutique spéciale qui convient à certains rétrécissements, le praticien y trouvera encore une preuve en faveur de l'existence, très souvent et très vivement contestée, comme on le sait, des chancres de l'urètre.

Le premier malade, âgé de vingt-neuf ans, avait eu plusieurs écoulements ; il s'aperçut un jour de dysurie, dont il fut soigné, mais non guéri, par la dilatation. Peu après il lui survint une éruption. M. Geeus reconnut là une syphilide, plus des ganglions engorgés inguinaux et cervicaux. A 3 centimètres du méat, existait une dureté cartilagineuse de 1 centimètre de longueur, qui semblait occuper toute la paroi du canal. Un traitement par le proto-iodure de mercure et par des frictions locales avec l'onguent napolitain triompha en deux mois des papules et diminua le volume des ganglions ; mais il fallut encore le continuer six pour fondre l'induration urétrale. Alors seulement on put passer, et très facilement, jusque dans la vessie, des bougies de 8 millimètres et de 8 millimètres 1/2. La guérison fut complète, et l'auteur a pu constater qu'elle s'est maintenue.

Le second, âgé de vingt-cinq ans, atteint depuis cinq mois d'un écoulement qui débuta par des douleurs aiguës dans la région périnéale, remarqua qu'il urinait en spirale et par plusieurs jets. L'écoulement persistait encore, en quantité variable selon les époques. M. Geeus découvrit au périnée, immédiatement en avant du bulbe, une tumeur de 1 centimètre 1/2, très dure. Au niveau de cette partie, une bougie de 8 millimètres, qui a parcouru sans obstacle la portion antérieure du canal, s'arrête, et il faut, pour entrer dans la vessie, lui en substituer une de 4 millimètres. Il y a une pléiade ganglionnaire énorme dans l'aîne gauche ; depuis quelque temps l'alopécie se prononce. On diagnostiqua une syphilis constitutionnelle, et le malade fut soumis au même traitement que celui de la première observation. Au bout de six mois l'induration avait complétement disparu. Une bougie de gros calibre put dès lors, et sans la moindre douleur ni sans encombre, arriver jusque dans la vessie.

La lenteur avec laquelle l'induration céda, dans ces deux cas, au traitement spécifique, mérite d'être signalée. Peut-être cette circonstance tient-elle en grande partie à la faible quantité de médicament employée, car il est dit que l'on donna par jour seulement 3 pilules chacune de 1/8e de grain d'iodure de mercure. (*La Presse médicale belge*, 9 avril 1854, p. 125.)

Traitement du delirium tremens par l'administration du chloroforme par le tube digestif, par le docteur Lange.

Le docteur Warwick paraît avoir employé le premier les inhalations de chloroforme dans le traitement du delirium tremens ; mais

il donnait en même temps une dose élevée de teinture d'opium. H. Cooper, Bovamy et plusieurs autres médecins firent connaître d'autres cas où les inhalations de chloroforme eurent le même succès ; le chirurgien Teale eut le malheur de perdre son malade pendant les inhalations de chloroforme. Le docteur Lange lui-même, le docteur Gunsburg, de Breslau, et d'autres médecins, ont essayé sans succès des aspirations de l'agent anesthésique dans le delirium tremens. Le docteur Huber semble avoir le premier administré le chloroforme à l'intérieur; son exemple fut bientôt suivi par Ratt (de Baltimore), Neligan et Butcher, qui publièrent successivement des exemples de guérison obtenue par ce moyen. Le docteur Lange fait connaître deux faits de cette espèce : un des malades prit dans la première journée, à peu d'intervalles, en quatre fois, 8 grammes de chloroforme étendu d'eau distillée. On parvint ainsi à obtenir, dès le premier jour, du sommeil, et le malade quitta rapidement l'hôpital de Kœnigsberg, guéri. Chez l'autre malade, le docteur Lange faisait prendre, toutes les demi-heures, une cuillerée à bouche du mélange de 8 grammes de chloroforme dans 120 grammes d'eau distillée.

Ces recherches de nos confrères américains et allemands nous semblent offrir un grand intérêt. Les doses pourraient peut-être effrayer au premier abord, mais on aurait tort, à cause des accidents que peuvent causer les inhalations de chloroforme, de repousser l'administration du médicament à haute dose, à l'intérieur; on sait d'ailleurs que dans quelques maladies nerveuses, l'hystérie, par exemple, on a pu sans danger administrer des doses très élevées d'éther sulfurique. (*Deutsche Klinik*, avril 1854.)

Grains de plomb contenus dans le cœcum et dans son appendice, par M. Linoli.

L'obscurité du diagnostic est quelquefois telle, en présence d'une affection suraiguë de l'abdomen, que le praticien ne doit jamais négliger d'étudier les cas de ce genre, même ceux qui lui paraissent le plus exceptionnels. Plus d'une fois, ils lui serviront ensuite de trait de lumière pour le guider dans des recherches difficiles. C'est en vue de ce but que nous voulons rapporter l'exemple suivant, où la découverte de la cause étrange de la maladie fut faite par M. Linoli avec un rare talent de déduction.

Il fut appelé auprès d'une enfant de quatorze ans, qui, après plusieurs jours de souffrances vagues, avait été prise subitement de douleurs atroces siégeant principalement dans la fosse iliaque droite. La sensibilité très vive de cette région, jointe à l'impossibilité de fléchir la cuisse de ce côté, lui firent d'abord penser à un psoïtis ; mais les efforts de la défécation s'accompagnant de douleurs extrêmement fortes et de vomissements, il dut être amené à localiser le mal dans une partie du tube digestif, dans le cœcum. Un purgatif, administré alors, procura la sortie de fèces, parmi lesquelles il reconnut la présence de 4 grains de plomb de chasse. L'enfant apprit qu'elle en avait avalé par amusement; mais, selon elle, ceci datait de plusieurs années.

L'augmentation rapide des souffrances et de la sensibilité locale, la gravité de l'état général, firent présumer à M. Linoli que d'autres grains de plomb existaient encore, et que s'ils ne sortaient pas, c'est parce qu'ils étaient retenus dans l'appendice, dont leur présence pouvait bien avoir ulcéré la paroi. Le pronostic sinistre qu'il porta en conséquence ne fut que trop tôt réalisé, puisque la pauvre fille mourut douze heures après sa première visite.

L'autopsie, qu'il n'obtint qu'à grand'peine de faire, lui montra, en effet, 20 grains de plomb dans la cavité du cœcum; 12 autres obstruaient la lumière de l'appendice vermiforme. Le cœcum et son appendice étaient frappés de gangrène. Ce dernier tombait en *deliquium* sous la pression des doigts. (*Giornale delle scienze med. dell'Accademia di Torino*, 15 mars 1854, p. 352.)

Empoisonnement saturnin occasionné par l'introduction dans la bouche de cartes de visite, par le docteur Eichmann.

L'introduction du plomb dans une foule d'objets différents expose l'homme à des accidents fréquents dont il ne connaît que rarement la source ; aussi le médecin appelé auprès d'un malade reconnaît-il parfois l'ensemble des accidents occasionnés par le plomb sans parvenir toutefois à découvrir la voie d'introduction de l'agent toxique. C'est à ce point de vue que le fait du docteur Eichmann n'est pas, à beaucoup près, sans intérêt.

Deux enfants, âgés l'un de quatre et l'autre de six ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, parurent souffrants vers le mois d'août; les accidents principaux faisaient soupçonner une affection chronique de l'abdomen. Le docteur Eichmann et deux autres médecins appelés successivement ne reconnurent pas la nature du mal; pendant ce temps, les accidents allèrent graduellement en croissant, et vers la fin de septembre les petits malades présentaient les symptômes suivants : un affaiblissement complet des forces, une pâleur marquée de la face, de l'anorexie, des vomissements, un état saburral des voies digestives, de la douleur de ventre, une rétraction des parois abdominales, du tremblement des membres supérieurs, etc. C'est alors que M. Eichmann s'aperçut que les petits malades, en jouant depuis plusieurs mois avec des cartes de visite glacées au moyen d'une préparation contenant de la céruse, avaient eu la malheureuse idée d'introduire dans la bouche des fragments de ces cartes. Au moyen du traitement habituel de la colique de plomb, le docteur Eichmann parvint à faire disparaître assez rapidement ces accidents; mais ce ne fut qu'au bout de quelque temps que les petits malades purent recouvrer leurs forces. (*Allgemeine Medic. Central-Zeitung*, avril 1854.)

Traitement du pityriasis du cuir chevelu par l'application extérieure de glycérine, par M. Shaw.

M. Shaw, médecin de l'hôpital de Middlesex de Londres, fait appliquer une ou deux fois la semaine une onction sur la tête des malades atteints de pityriasis du cuir chevelu, avec de l'huile contenant de la glycérine (la dose n'est pas indiquée). Par ce procédé, qu'il a mis plusieurs fois en usage, M. Shaw amène rapidement la chute des écailles furfuracées de l'affection du cuir chevelu. (*Medical Times and Gazette*, avril 1854, p. 347.)

Choléra. — Voici le mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine, depuis notre dernier bulletin.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 11 mai....	10	3	13	10	15
12.......	7	1	8	2	7
13.......	4	2	6	8	10
14.......	3	6	9	10	5
15.......	5	4	9	12	6
16.......	6	3	9	6	10
17	6	2	8	2	6
Résumé de la semaine.	41	21	62	50	59

La situation au 17 mai était celle-ci :

Cas traités dans les hôpitaux depuis novembre.....		1,982
Sorties..........	793	1,830
Décès..........	1,037	
Reste en traitement.............		152

Ainsi, il y a eu, du 11 au 17 mai, 62 cas nouveaux, 50 sorties et 59 décès.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 26 MAI 1854. N° 34.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 25 mai 1854.

DE L'ANESTHÉSIE LOCALISÉE. — ACADÉMIE DES SCIENCES : DES COURANTS MUSCULAIRES.

Disons quelques mots encore de l'anesthésie localisée ; car le fait, dans ce qu'il a de pratique, se confirme et s'étend chaque jour, et il est peu de questions plus capables d'intéresser le chirurgien. Pouvoir exécuter sans douleurs un grand nombre d'opérations sanglantes, en restant à l'abri du terrible malheur trop de fois réalisé par la chloroformisation générale, n'est-ce pas une perspective magnifique? Et s'explique-t-on la tiédeur avec laquelle elle est envisagée par beaucoup d'esprits? Laissons la question physiologique. Vous ne croyez pas que l'éther ou le chloroforme ait le pouvoir de rendre insensibles les nerfs périphériques. A votre aise ; mais se croiser les bras, mais ne pas agiter et retourner cent fois dans le creuset de l'expérience une question de cette gravité, parce qu'elle ne cadre pas avec certaines opinions ; ne pas enfin s'inspirer de l'humanité à défaut de la science, voilà ce qui ne nous paraît pas conforme à la vraie mission de l'homme de l'art. Pour notre compte, si nous nous félicitons d'avoir encouragé, dès le début, la chloroformisation locale, c'est moins parce que la possibilité physiologique du fait a été ultérieurement démontrée (1), que parce que les premiers essais ont conduit à des expériences plus heureuses et tout à fait concluantes.

Les chirurgiens anglais l'entendent bien comme nous ; M. Hardy (de Dublin), quoi qu'on ait pu en penser tout d'abord, est devenu un des partisans les plus fervents de l'anesthésie locale. Nous avons parlé (p. 487) d'un instrument de son invention, destiné surtout à rendre le jet de vapeur continu. Il y tient si bien et il croit si fortement à la possibilité de produire de cette manière l'anesthésie locale, qu'il est fort occupé en ce moment à revendiquer l'idée de son insuffla-

(1) On ne saurait trop s'étonner de l'opposition qui a été suscitée à l'éthérisation et à la chloroformisation locale au nom de la physiologie, quand on se rappelle que c'est précisément la physiologie expérimentale qui a démontré cette possibilité de rendre un nerf insensible par l'application topique de l'éther. Sous ce rapport, les travaux de MM. Flourens et Longet ont préparé et légitimé les expériences actuelles des chirurgiens ; car, entre ces expériences et les vivisections, il n'y a que l'épaisseur de l'épiderme, et tout se réduit à une question d'absorption.

FEUILLETON.

Du climat de l'Italie centrale.

§ Ier. TOPOGRAPHIE GÉNÉRALE.

Suite. — Voir le numéro 33.

Parallèlement au *Naviglio grande*, d'autres canaux furent creusés dans la portion comprise entre la voie Appia et les monts Lepini, puis tous ces canaux furent mis en communication par d'autres canaux perpendiculaires qui complétèrent ainsi un réseau de dessèchement aussi complet que possible, car les quatre cinquièmes de la surface des marais purent être livrés à la culture.

Le bas-fond inondé a été ainsi réduit de 17,000 hectares à 2,000 ; malgré cela le climat reste très inclément.

Le régime des eaux comprend : 1° les lacs qui longent le littoral du nord au sud. Les quatre principaux sont ceux de *Togliano*, de *Monaci*, de *Caprolace* et de *Paola*.

2° Plus avant dans les terres, les rivières de *Sisto*, de *Ninfa* et d'*Amazeno*.

3° Dans le centre, et sous forme d'ovale coupé du nord au sud par la voie Appienne, les bas-fonds marécageux, les étangs temporaires.

4° Le réseau des canaux de dégorgement parallèle à l'ancien canal d'Auguste (le *Naviglio grande*) qui sillonnent les marécages, et qui, réunissant leurs eaux à celles des rivières, aboutissent du nord au sud à la mer par deux embouchures près de Terracine.

La surface de toutes ces eaux étalées dans des lieux bas fournit, par l'évaporation, une abondante humidité qui s'ajoute à celle qu'apportent chaque jour les brises de mer. Ces lieux sont donc dans toutes les conditions pour que, sous l'influence de la chaleur de l'été surtout, les phénomènes thermo-électro-hygrométriques de l'atmosphère (1) arrivent au summum d'intensité, et déterminent dans l'organisme cette série de troubles fonctionnels qui aboutissent à la manifestation morbide du système nerveux désignée sous le nom de fièvre d'accès, et caractérisée par des troubles de la calorification et de la circulation. Aussi les fièvres de tout type y

(1) Nous comprenons sous cette dénomination l'ensemble de tous les phénomènes météorologiques.

teur contre M. Scallan qui la lui dispute vivement (*Société chirurgicale d'Irlande*, séance du 22 avril). Notre mémoire ne nous rappelle aucune observation détaillée à emprunter aux derniers numéros des journaux anglais; mais le succès des expériences sur l'anesthésie, dans les hôpitaux de la Grande-Bretagne, ressort clairement des communications produites devant les Sociétés savantes.

En France, nous avons le moyen d'être plus précis. La clinique des hôpitaux de Paris jette de temps à autre, dans les sciences, des faits circonstanciés et pertinents.

L'appareil de M. Figuier, dont nous avons parlé récemment (p. 470), a été employé à l'hôpital Saint-Louis, à l'hôpital Lariboissière et à Lourcine. On se rappelle qu'il est destiné à projeter des vapeurs de chloroforme élevées à la température de 50 degrés environ. Il se compose essentiellement : 1° d'une capacité cylindrique ou *fourneau* renfermant plusieurs toiles métalliques, et que l'on chauffe extérieurement à l'aide d'une lampe à esprit-de-vin ; 2° d'un réservoir de chloroforme. Un thermomètre est placé à l'extrémité de l'appareil. Le fourneau étant chauffé, on introduit le chloroforme dans le réservoir qu'on ferme ensuite avec une vis. Un soufflet alimente l'appareil d'un courant d'air, qui passe d'abord dans le fourneau où il s'échauffe, puis dans le réservoir, où il se charge de vapeurs chaudes de chloroforme qu'il emporte au dehors. Jamais, avec cet appareil, on n'a pu obtenir une anesthésie complète; mais le plus souvent, *la sensibilité a été notablement diminuée*. Or, ce résultat, *physiologiquement*, est fort remarquable, parce qu'il ne peut plus être attribué, comme dans les premières expériences, à la réfrigération, et qu'il témoigne directement d'une action médicamenteuse. Au point de vue pratique, il n'est pas encore à dédaigner ; car ce n'est pas en fait de douleurs qu'il convient de dire *tout ou rien*. Si cette maxime pouvait être du goût de quelqu'un, ce serait assurément de l'opérateur et non de l'opéré.

Mais les vapeurs d'éther rapidement volatilisées ont donné et donnent chaque jour des résultats beaucoup plus concluants. On sait que ce mode d'emploi a été imaginé par M. le docteur Guérard, qui a fait construire *ad hoc* un appareil ventilateur. Lui-même en a obtenu tout récemment des effets qui ne laissent prise à aucune contestation. Dans un cas où il n'avait pas son appareil sous la main, il s'est servi, avec non moins de succès, d'un soufflet ordinaire. Le résultat a été le même entre les mains de plusieurs autres expérimenteurs, notamment de M. Richet, qui a fait part à la Société de chirurgie d'une série d'expériences sur lesquelles nous reviendrons peut-être, mais qui sont pour la plupart décisives. Généralement, l'anesthésie ne pénètre pas au delà de la couche cutanée ; mais, dans plusieurs cas, M. Richet l'a constatée plus avant dans les tissus, et même une fois *à 4 centimètres de profondeur*. Ainsi qu'il le dit d'ailleurs, dans certaines opérations qu'il n'importe pas de rendre expéditives, il serait possible, après l'incision de la peau, de diriger de nouvelles vapeurs sur les parties qui auraient échappé à l'anesthésie.

Soupçonnée vers le milieu du XVIIIe siècle, mise en lumière par Galvani, qui, à force d'en exagérer l'importance, finit par compromettre sa découverte, l'*électricité animale* n'a jamais, depuis, cessé de préoccuper fortement les physiologistes. C'est seulement dans ces dernières années que, sortant enfin du domaine de la pure spéculation, cette question s'est placée sur le terrain de l'expérience rigoureuse et a conquis sa place dans la science. M. Matteucci, généralisant les faits observés chez les grenouilles, démontra d'abord que, dans tous les animaux, le système musculaire est, pendant la vie, le siége d'un développement incessant d'électricité, et que le phénomène continue après la mort pendant un temps d'autant plus court que l'animal est plus haut placé dans l'échelle zoologique.

Après avoir pratiqué la désarticulation du genou, M. Matteucci amputait la cuisse dans le milieu de sa hauteur. La moitié inférieure de la cuisse, ainsi séparée du reste du corps, présentait, à une de ses extrémités, l'intérieur des muscles incisés, et à l'autre, leurs terminaisons tendineuses et aponévrotiques. Cette demi-cuisse, ainsi constituée, représentait un *élément galvanique*. En associant bout à bout plusieurs de ces éléments, en agissant sur des muscles dénudés et incisés sur l'animal vivant, M. Matteucci démontra que, dans tout muscle, la surface de l'incision transversale joue le rôle de *pôle négatif* et la surface extérieure le rôle de *pôle positif*. Bientôt les travaux de M. du Bois-Reymond jetèrent un nouveau jour sur cette question et fournirent la solution de beaucoup de difficultés qu'avaient laissé subsister les recherches de son prédécesseur.

L'habile physicien de Berlin détermina, avec une précision remarquable, le rôle de chacune des parties constituantes du muscle. Il montra que le vrai organe producteur de l'élec-

---

règnent-elles endémo-épidémiquement, et les individus qui hantent ce milieu paient un énorme tribut à la cachexie fébrile : nous appelons de ce nom cette détérioration générale et profonde de l'organisme qu'entraîne l'habitude la fièvre.

A mesure qu'on s'éloigne du centre des marais pontins des points les plus déclives pour se rapprocher des premières pentes de l'Apennin, les conditions hygrométriques vont diminuant. Déjà aux étangs et aux pâturages succèdent les cultures, puis les centres d'habitations, qui forment ainsi au bassin marécageux une bordure en amphithéâtre dont la salubrité va croissant en raison de l'altitude.

Tandis que si, comme on le suppose, ces lieux dégageaient des miasmes, et si ces miasmes étaient transportés avec la facilité qu'on tente de faire admettre, que devrait-il arriver? Que par suite de la disposition topographique dont nous avons parlé, le bassin des marais pontins, ouvert largement par le sud-sud-ouest, donnant libre accès aux brises de mer qui soufflent quotidiennement la plus grande partie de la journée, les miasmes seraient balayés du littoral à l'Apennin.

De sorte que le littoral où se trouvent Pratica, Ardée, Neptune, Porto-d'Anzo, et le centre où est Cisterne devraient être plus salubres que la lisière montagneuse formée par Terracine, Piperne, Sezze, Ninfa, Ginetti, Velletri, Genzano : or c'est le contraire qui a lieu.

De même, dans la campagne de Rome, si les étangs de Levante et de Ponente, qui sont, avons-nous vu, au voisinage des bouches du Tibre, déversaient sous l'impulsion des brises de mer ou des vents du sud, des trombes de miasmes, comme on le prétend, sur la campagne de Rome, il n'y aurait pas de motifs pour qu'elles fussent transportées tout aussi bien à Frascati, par exemple, qui se trouve à la même distance que Rome du littoral, et qui, de plus, est à cinq lieues plus près des marais pontins : or, Frascati jouit d'une salubrité tout à fait supérieure à celle de Rome, ce qui fait rechercher son séjour comme un des meilleurs refuges contre la *mal' aria* (saison des chaleurs et des fièvres).

Et c'est bien ici le lieu de réfuter une de ces assertions faciles qu'on accrédite sur le jeu bizarre des prétendus miasmes. On a dit que les obstacles qui, comme les collines, reçoivent l'action des courants aériens censés chargés d'effluves marécageux, seraient les points où les corpuscules miasmatiques se déposeraient en plus grande quantité, et deviendraient d'une insalubrité très marquée. De sorte, ajoute-t-on, que l'insalubrité de la partie moyenne des collines est plus grande que celle des lieux interposés entre ces collines et les marais. D'après cette manière de voir, Rome, interposée entre les étangs du littoral et Frascati, devrait jouir d'une salubrité plus marquée : on sait ce qu'il en est.

tricité est la *fibre musculaire*. Il résulte de ses expériences que toute fibre musculaire isolée et coupée en travers se polarise et devient un élément galvanique. La surface de l'incision est le *pôle négatif*, et la surface intacte de la fibre est le *pôle positif*. Mais, avant l'incision transversale, la fibre est déjà polarisée, le *pôle positif* est toujours à la surface libre et le *pôle négatif* se transporte sur le *tendon*, qui lui donne insertion, en sorte que toute fibre tendineuse participe au signe électrique de la surface interne de la fibre musculaire avec laquelle elle se trouve en rapport immédiat.

Même avec des galvanomètres d'une excessive sensibilité, la reproduction des phénomènes annoncés par M. du Bois-Reymond était extrêmement difficile. M. Regnauld, agrégé de la Faculté de médecine, a eu l'heureuse idée de remplacer, par des lames de *zinc purifié*, les lames de platine auxquelles s'attachent les extrémités du fil du galvanomètre, et de substituer une *dissolution de sulfate de zinc pur et neutre* à la solution de chlorure de sodium employé pour immerger ces lames. Grâce à cette modification il a fait disparaître les phénomènes perturbateurs qui compliquaient les résultats et rendaient presque impossible l'étude du *courant électrique musculaire*. Après avoir ainsi simplifié et perfectionné l'appareil instrumental, il a mesuré, à son galvanomètre, l'intensité des effets *électro-dynamiques* déterminés par les divers muscles successivement employés comme agents *électro-moteurs*. Les résultats auxquels il est parvenu étaient complétement inconnus avant lui ; ils présentent sous un nouveau jour cette question déjà si intéressante de la production de l'électricité dans l'animal vivant, et ouvrent à la physiologie une voie toute nouvelle de recherches importantes.

Ainsi, chez la grenouille, tandis que la *force électro-motrice* du gastro-cnémien, comparée à celle du couple choisi comme unité de mesure, oscille constamment entre 4 et 5, celle des muscles de la cuisse s'élève à 9 et même à 10. Est-ce la *qualité* de la fibre musculaire qui crée entre les divers muscles d'un même animal une si grande différence? Est-ce dans le mode d'agencement des fibres élémentaires des muscles qu'il faut chercher la cause d'une variation si considérable dans les effets électro-dynamiques? Il serait difficile, dans l'état actuel de la science, de répondre d'une manière satisfaisante à ces questions; mais il n'en est pas moins important de savoir que, chez le même animal, suivant la région du corps explorée, l'intensité de la *force électro-motrice* du système musculaire peut varier du simple au double. D'ailleurs, en comparant entre eux les reptiles de taille très différente, M. Regnauld a montré que le *même muscle*, pris chez divers animaux appartenant à la même classe, conserve la même intensité de *force électro-motrice* que chez la grenouille. Mais il n'en est plus ainsi quand on compare les animaux supérieurs aux reptiles. M. Regnauld a vu que, chez le lapin, la *force électro-motrice* s'élève à 5 ou 6 dans le biceps brachial, à 6 ou 7 dans le gastro-cnémien, à 10 ou 11 dans le jambier. Ce dernier résultat est d'abord une confirmation éclatante de l'inégale répartition de la *force électro-motrice* dans les diverses parties du système musculaire d'un même animal. Il tend aussi à démontrer que la *force électro-motrice* des muscles acquiert d'autant plus d'intensité, que l'animal est plus haut placé dans l'échelle zoologique, que l'organisation est plus complète et que les phénomènes essentiels de la vie sont parvenus à un plus haut degré de développement.

Nous avons déjà dit que M. Matteucci avait prouvé que le *courant musculaire* s'éteint d'autant plus vite après la mort que l'animal est plus élevé dans la série des êtres. M. Regnauld a d'abord vérifié l'exactitude de cette proposition; puis il a noté de seconde en seconde l'intensité des effets électro-dynamiques sur son galvanomètre, et est ainsi parvenu à déterminer rigoureusement les lois du décroissement de la force *électro-motrice* dans les muscles des divers animaux. Il a de plus prouvé que, pour tous les animaux, il y a une première période pendant laquelle cette *force* décroît très vite après la mort, et qu'à cette période en succède une seconde pendant laquelle le décroissement est très lent. Il a prouvé en outre que pour ramener la *force électro-motrice* à un même degré d'affaiblissement, il faut beaucoup plus de temps chez la grenouille que chez le lapin. Trois heures ont suffi pour que cette force devînt à peu près nulle avec un muscle de mammifère; il a fallu cinq heures pour obtenir le même résultat avec un muscle de reptile.

En résumé, perfectionnement considérable dans la méthode d'expérimentation, importance et originalité des résultats obtenus, tels sont les deux côtés par lesquels la communication de M. Regnauld se recommande vivement à l'attention des physiologistes. Espérons que ce premier travail ne sera que le pas fait dans une voie de recherches qui peut conduire à la solution d'une des plus grandes questions de physiologie, le rôle joué par l'électricité dans les phénomènes de la vie.

A. DECHAMBRE.

Frascati, les Rocca, Marino, Grotta-Ferrata, Castel-Gondolfo, Albano, Genzano, Velletri, et toutes les localités des collines Albanes, qui présentent un arc de cercle constamment en butte aux courants aériens qui viennent surtout de la campagne de Rome, du littoral et des marais pontins, jouissent d'une salubrité incomparablement supérieure, et sont des témoignages permanents contre l'assertion erronée que nous venons de signaler. La salubrité, de tout temps reconnue, des villes albanes, ne provient donc pas d'une distribution supposée inégale de miasmes, mais existe en raison d'une assiette, d'une altitude différente.

Frascati est à cinq lieues sud-est de Rome, à mi-côte d'une de ces nervures qui s'irradient en divergeant en forme de patte d'oie du massif des monts Albains sur la campagne de Rome. Il surgit au milieu d'un tapis de verdure et de nombreuses villas à une altitude de 350 mètres, ce qui l'expose, il est vrai, aux frimas d'hiver, car nous y avons eu plusieurs fois de la neige et de fortes gelées pendant l'hiver de 1849-50, mais qui, en été, lui vaut aussi moins de chaleur qu'à Rome, ce dont nous nous sommes assuré au moyen du même thermomètre consulté dans l'un et l'autre lieu dans des conditions semblables (1). En raison de cette différence, et aussi en raison d'une aération plus vive, tour à tour entretenue par les courants des gorges et par la brise de mer, la sensation de fraîcheur qu'on éprouve en montant à Frascati est très marquée, et semble au-dessus de la différence thermométrique.

Ce n'est pas tout, chaque matin à six heures, il était rare que nous n'eussions pas à consigner dans nos observations météorologiques : « Brouillards sur le Tibre » enveloppant Rome fréquemment, et parfois s'étendant sur la plus grande partie de la campagne, pendant que nous avions un ciel pur à Frascati.

Il suffit de signaler ces particularités pour juger combien, tant dans le jour que pendant la nuit, les influences des phénomènes thermo-électro-hygrométriques sont plus marquées à Rome qu'à Frascati, et, pour se rendre compte de la différence de salubrité des deux villes dont nous avons eu une preuve frappante dans la circonstance ci-après.

Le 1er bataillon du 36e régiment de ligne ayant reçu l'ordre de quitter Frascati à la mi-juin 1850 pour rentrer à Rome, nous laissâmes à l'ambulance 15 hommes seulement, pendant que l'autre bataillon, qui nous avait précédés de trois mois, comptait à la même époque 106 malades dans les hôpitaux de Rome, soit 1 sur 8 de son effectif. Le surlendemain de notre arrivée, nous eûmes revue. La disposition du terrain (aux thermes

(1) Tempér. de Frascati, le 14 juin 1850 à midi, à l'ombre et à l'air libre, 26° 1/4.
Idem de Rome, le 15 id. id. 30°.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES PAR LES PESSAIRES INTRA-UTÉRINS, rapport lu à l'Académie impériale de médecine, par M. le docteur DEPAUL.

(Voir le n° 33.)

§ II. — INFLUENCE DES DÉVIATIONS UTÉRINES SUR LA SANTÉ DES FEMMES ET SUR LA STÉRILITÉ. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

1. Influence des déviations utérines.

Le rapporteur commence par reprocher à M. Valleix et à d'autres auteurs de n'avoir pas tenu assez de compte des lésions qui accompagnent si fréquemment la déviation, et d'avoir attribué à celle-ci des accidents qui avaient leur point de départ dans un autre état pathologique. Pour le démontrer, il analyse rapidement les observations lues par M. Valleix à l'Académie, et continue ainsi :

Pour avoir quelque chose de positif sur cette question fondamentale, il faut rechercher : 1° si, parmi les femmes qui se portent bien, qui peuvent vaquer à toutes leurs occupations, et qui n'éprouvent aucun des symptômes qu'on veut forcément rapporter aux déviations, il n'y en a pas un certain nombre dont la matrice est plus ou moins déviée ; 2° si, chez celles qui ont simultanément une autre affection et un déplacement, il ne suffit pas, le plus habituellement, de guérir la première pour voir disparaître le second ou du moins les accidents que l'on était tenté de lui imputer ; 3° si des affections utérines, sans qu'il existe aucun déplacement appréciable, ne produisent pas souvent tout le cortége de symptômes précédemment indiqué, sans compter aussi la part large, je ne crains pas de le dire, qu'il faut faire aux erreurs de diagnostic.

Sur le premier point, messieurs, vous connaissez déjà l'opinion d'un des hommes les plus compétents en pareille matière. M. le professeur P. Dubois vous disait, dans la discussion de 1849, qu'en mettant de côté les troubles que les *flexions en particulier* produisent souvent dans la menstruation, il considérait ces dernières comme des anomalies *toujours inoffensives*. Quant aux autres déviations, *abaissement*, *antéversion* et *rétroversion*, il leur prêtait une innocuité complète toutes les fois qu'elles n'étaient pas exagérées. Enfin, il vous a dit que, contrairement à l'opinion de quelques uns de nos collègues, il pensait, avec Lisfranc, que ces déviations n'avaient d'autre influence fâcheuse que celle qu'elles tiennent de quelques complications pathologiques, et en particulier d'un état inflammatoire chronique. Cette opinion est encore partagée par d'autres médecins très expérimentés en pareille matière, et je sais qu'elle a, parmi vous, de nombreux partisans. Cependant une manière de voir un peu différente s'est produite à diverses époques, même dans cette enceinte, et comme elle sera sans doute défendue par quelques uns de nos collègues, il est de mon devoir d'apporter de nouvelles preuves pour vous expliquer pourquoi je ne saurais la partager, et à cet égard, je le déclare, ma conviction est complète.

Sur les 27 cas d'*antéflexion* à des degrés divers, mentionnés par M. Gosselin dans la note récemment lue par lui à la Société de chirurgie (22 mars 1854), et dont je vous ai déjà parlé, aucune des femmes ne souffrait de l'utérus. Puis il a ajouté que, sur ce point, ses études (on sait qu'elles ont été nombreuses et consciencieuses comme tout ce que fait ce savant confrère) lui permettent d'avancer que l'on a exagéré, à notre époque, l'importance des déviations utérines. Il a vu, à l'hôpital de Lourcine, un bon nombre de femmes qui avaient des abaissements, des rétroflexions, des antéversions, des rétroversions, et qui ne souffraient pas de l'utérus.

Il en a observé un bon nombre d'autres qui avaient des douleurs utérines, et chez lesquelles, ne constatant aucune déviation, il était autorisé à attribuer les douleurs soit à une phlegmasie, soit à une névralgie.

Enfin, chez celles qui avaient en même temps des douleurs et une déviation, il a vu souvent les douleurs cesser après l'emploi du repos, des antiphlogistiques, des narcotiques, quoique la déviation persistât.

Dans des recherches que je poursuis depuis plusieurs mois, et que j'ai pu beaucoup multiplier, soit dans ma pratique, soit dans les hôpitaux, soit dans le service du bureau central, j'ai déjà rencontré 27 cas de déviations diverses de l'utérus, *sans aucune autre lésion appréciable de l'organe*. Sur 10 de ces femmes qui avaient une rétroversion, une seule se plaignait de besoins plus fréquents d'uriner que d'habitude, et d'un petit sentiment de pesanteur dans la région pubienne, quand elle avait fait des courses un peu longues ou qu'elle s'était beaucoup fatiguée ; les autres n'éprouvaient aucun phénomène qui pût être rapporté à une affection quelconque de la matrice. Il en était de même de 5 qui avaient une *antéflexion*, de 4 qui avaient une *rétroflexion*, et de 5 qui avaient une *rétroversion*. Sur 3 qui présentaient un *abaissement*, une chez laquelle le col était assez descendu pour appuyer contre le périnée, accusait quelques douleurs à la face interne et supérieure des cuisses, et un sentiment de pesanteur dans le bassin, quand elle faisait un travail fatigant.

Sur le second point, je fais encore appel à l'expérience de tous. Chacun de vous, en fouillant un peu dans ses souvenirs, ne pourrait-il pas apporter ici de nombreuses observations dans lesquelles on verrait que dans les cas de phlegmasies variées de l'utérus, que dans des cas de névralgies compliquées de déviations, il suffisait de combattre et de détruire l'élément inflammatoire ou névralgique, pour voir souvent disparaître le déplacement sans qu'on eût dirigé contre lui aucun traitement spécial, ou pour constater que ce déplacement, quand il persistait, n'exerçait habituellement aucune influence fâcheuse sur la santé des femmes? Vous n'avez pas

---

de Dioclétien) nécessita de déployer les deux bataillons face à face. Rien n'était frappant, en passant devant les rangs, comme la différence qu'il y avait entre la physionomie de ces hommes. Ceux de Rome avaient le facies pâle et jaunâtre qui caractérise l'aptitude ou l'imminence fébrile, plus ou moins lentement, plus ou moins brusquement acquise, selon le milieu et les habitudes, selon le mode dont on subit les influences thermo-électro-hygrométriques. Ceux qui venaient de Frascati avaient le teint frais et coloré.

Aussi, bien que cette dernière ville participant des influences climatériques de l'Italie méridionale n'en ait pas moins la fièvre pour maladie dominante de l'été, sa salubrité relative restant cependant tout à fait supérieure à celle de Rome, de tout temps le séjour de Frascati a-t-il été recherché pendant la saison des chaleurs. C'est avec raison que cette localité fut choisie pour l'établissement des premiers dépôts de convalescents de l'armée française, et c'est dans le moderne Tusculum que Cicéron, s'il se réveillait d'un sommeil de dix-neuf siècles, irait encore pour se soustraire à la *mal'aria*, quelque changé que soit le lieu où fut son séjour de prédilection.

En effet, de la villa que le grand orateur philosophe avait au sommet de la même colline, le temps n'en a pas même gardé une parcelle, et c'est à peine si, au bout de la voie romaine, aux polygones basaltiques qu'on voit encore, on retrouve comme vestiges de l'ancienne ville, les ruines d'un cirque et d'un théâtre qu'on appelle habituellement l'*École de Cicéron*, dernières pierres laissées debout par la razzia de 1191, par les troupes pontificales.

§ II. — TEMPÉRATURE.

En abordant en Italie, la température nous parut notablement plus douce que dans le midi de la France. Il est vrai que, lors de notre embarquement, le mistral, mêlé de pluie et soufflant avec violence, nous retint au port jusqu'au 23 avril ; mais, tout en tenant compte de cette particularité, la chaleur était bien plus élevée à Civita-Vecchia (1) qu'elle ne l'avait été aux derniers jours calmes que nous avions passés à Marseille.

Toutefois, la chaleur ne fut réellement forte que vers le dernier tiers du mois de mai, sous l'influence du vent du sud. A cette époque, le séjour sous la tente devint incommode au point de nous forcer à recourir aux gourbis, ces abris en branchages d'importation algérienne.

(1) Quelques dates sont nécessaires pour avoir la position des troupes à diverses époques :

oublié ce que je viens de vous dire du résultat des recherches cliniques de M. Gosselin, résultat qui est entièrement favorable à cette opinion.

Quant à moi, je vis depuis plusieurs années dans une conviction profonde à cet égard, et chaque jour, à mesure que l'âge grandit mon expérience, je la sens s'affermir de plus en plus. Comment en serait-il autrement, lorsque, consultant les notes que j'ai prises depuis quelques années sur ce sujet, j'y trouve que sur plus de 60 maladies variées de l'utérus (phlegmasies partielles ou générales du tissu propre, catarrhes, granulations, ulcérations diverses du col, névralgies, etc.), compliquées de l'une ou l'autre des déviations dont j'ai parlé, c'est à peine si je puis compter trois cas où des accidents de quelque importance aient persisté, lorsqu'après un traitement qui a rarement dépassé deux ou trois mois, j'ai fait disparaître les lésions qui me paraissaient fondamentales. Bon nombre de fois aussi, après leur guérison, j'ai pu m'assurer que les déviations notées au début avaient disparu; et lorsque dans des cas assez nombreux j'ai eu à constater qu'elles persistaient, je me suis bien gardé de tourmenter l'utérus, sous le futile prétexte de le ramener dans sa position normale. Et qu'importe, en effet, que cet organe soit plus ou moins dévié, plus ou moins fléchi, si cette difformité n'a aucune influence fâcheuse sur la santé des femmes?

Je crois inutile de m'étendre longuement sur le *troisième point*. La démonstration se trouve dans les faits que chacun de nous est appelé à constater chaque jour. De quoi se plaignent, en effet, les femmes qui ont une phlegmasie chronique d'une portion ou de la totalité de l'utérus (ulcérations, granulations, catarrhe, etc.)? De douleurs dans le bassin, aux aines, à la face interne des cuisses, dans la région du sacrum; d'irrégularités dans la menstruation; d'écoulements blanchâtres, puriformes, glaireux; de fatigues insolites dans la marche; de ballonnement du ventre; de troubles divers dans les fonctions digestives; d'amaigrissement; de dépérissement général; de phénomènes nerveux plus ou moins extraordinaires; de constipation; de besoins plus fréquents d'uriner; de douleurs dans l'accomplissement de cette fonction, etc. Qui ne voit, dans ce tableau, la répétition de celui qui se trouve tracé dans les observations de M. Valleix, avec cette différence qu'il fait remonter la cause presque exclusive des phénomènes morbides aux déviations, tandis que moi j'en trouve le point de départ presque constant dans une autre lésion? Qui de nous est dans le vrai? Après tout ce qui précède, et confiant dans l'expérience de chacun de vous, je suis tranquille sur la décision du plus grand nombre.

2. Influence des déviations sur la stérilité.

Relativement à l'influence des déviations sur la stérilité des femmes, je pourrais, après avoir entendu notre confrère nous dire que *jamais*, *sur cette considération seule*, il ne s'était déterminé à tenter le redressement, laisser cette question de côté; car je trouve sa réserve, à cet égard, parfaitement raisonnable. Mais, dans le monde médical, et surtout dans une autre sphère, on lui prête d'autres convictions et une pratique moins réservée. D'ailleurs, M. Simpson professe une opinion contraire. Vous savez même qu'il a, pour combattre la stérilité, des instruments spéciaux. Je vous ai fait connaître, au commencement de ce travail, *ses pessaires dilatateurs*. Il importe donc que je m'explique, au moins rapidement, sur ce sujet.

D'un autre côté, quoiqu'il ait rejeté l'usage du pessaire intra-utérin dans ce but unique, M. Valleix ne nous a pas dissimulé que, s'il n'agissait pas, il avait au moins des croyances favorables. Il a fait ressortir que, sur 117 cas qu'il avait rassemblés, la stérilité avait existé 19 fois, et que, parmi les autres femmes, 12 n'avaient eu qu'un seul enfant, bien que plusieurs eussent le plus vif désir d'être mères encore. Mais, pour donner quelque valeur à ce résultat statistique, s'est-il demandé si les autres affections utérines, qui peuvent exister seules ou être compliquées de quelque déplacement, ne jouent pas le rôle le plus important dans la production de la stérilité? Est-il donc difficile de comprendre que les inflammations du col, et surtout celles qui se propagent à la cavité utérine, et même dans les trompes, puissent mettre un obstacle insurmontable soit au passage de la partie fécondante du sperme, soit à la marche en sens inverse de l'œuf qui s'est détaché de l'ovaire, de manière à s'opposer au contact de ces deux éléments? N'est-il pas même probable que les liquides sécrétés par une muqueuse malade doivent acquérir des propriétés nuisibles capables d'annihiler celles de la matière fécondante? Ne voit-on pas fréquemment, dans la pratique, des femmes qui ayant des affections utérines anciennes, n'avaient pu être fécondées depuis longtemps, et qui le sont presque aussitôt après qu'on les a guéries, sans qu'on se soit le moins du monde occupé de la déviation, en admettant qu'il en existât une concurremment? Ce n'est pas, cependant, que je veuille refuser toute influence à certains déplacements, et aux flexions en particulier; mais il faut pour cela qu'elles soient considérables, c'est-à-dire très anciennes, et peut-être même congénitales. Or, dans ces cas, il y a presque toujours atrophie partielle ou générale de l'organe, et cette disposition, à laquelle on ne peut remédier, a certainement la plus grande part dans l'impossibilité de la reproduction. La question de la stérilité a toujours été, et sera longtemps encore, une des questions les plus obscures; car, indépendamment des causes qui peuvent être rapportées à l'utérus, qui ne sait combien sont variées les altérations des ovaires et des trompes qui peuvent la produire, sans parler des causes complétement indépendantes de la femme, et qu'il faut rechercher dans l'autre sexe?

Cependant, messieurs, je ne veux rien exagérer, et je reconnais que, *dans un très petit nombre de cas*, la santé des femmes peut être assez dérangée par le fait seul de quelque déviation, et surtout par un abaissement de l'utérus, pour qu'il devienne nécessaire d'opposer à ces faits exceptionnels une thérapeutique exceptionnelle aussi. Je reconnais même très volontiers que, dans quelques circonstances, le déplacement, quoique phénomène tout à fait secondaire, peut exercer une influence fâcheuse, retarder la guérison

---

Les chaleurs de juin s'élevèrent encore, accrues qu'elles furent par plusieurs journées de sirocco. En même temps l'atmosphère était lourde, humide, et rendue plus débilitante par les brouillards du matin. Dès lors nous pûmes pressentir que juillet et août nous réservaient des ardeurs caniculaires qui ne le céderaient guère en intensité à celles d'Afrique. Cette prévision fut bientôt justifiée en effet avec ses fâcheuses conséquences, nous voulons dire l'aggravation énorme de l'état sanitaire des troupes.

L'époque des chaleurs pour 1849 a été de la fin de mai à la mi-septembre, soit de quatre mois, durant lesquels précisément les troupes ont été soumises à tous les dangers, à toutes les fatigues qu'entraînent les opérations multipliées d'un long siége, suivi d'une occupation pénible et d'une installation défectueuse au début.

Le maximum de température observé à l'ombre en lieu élevé et aéré fut de 28° Réaumur (1). Hâtons-nous de dire qu'on resterait bien au-dessous de la réalité en prenant ce chiffre comme exprimant le maximum de chaleur que les troupes aient eu à supporter. Il faut y ajouter beaucoup pour approcher de la température à laquelle on était soumis à l'exposition perpendiculaire des rayons du soleil, soit aux camps, soit dans les boyaux de tranchée, ou sur tout autre point du théâtre des opérations du siége jusqu'aux premiers jours de juillet, et plus tard, après notre entrée à Rome, dans toutes les courses nécessitées par les exigences du service.

Octobre rendit les chaleurs plus supportables, et nous valut non-seulement l'agréable sensation d'une température modérée, mais aussi les bénéfices qu'elle comporte; car tout aussitôt que nous ne fûmes plus

Débarquement à Civita-Vecchia, le 25 avril 1849.
Marche sur Rome, les 28 et 29.
Attaque, le 30.
Retraite sur Palo, du 1er au 3 mai.
Retour offensif, le 10.
Commencement des opérations du siége, le 3 juin.
Premier assaut, le 21 juin.
Deuxième assaut, les 29 et 30.
Entrée dans Rome, le 3 juillet.
Occupation successive d'Albano, de Frascati, de Tivoli, puis de Viterbe, de Civita-Castellana, etc.

(1) D'après les observations de plusieurs années les oscillations thermométriques s'effectuent entre :
5° Réaumur sous zéro pour 1850 et 33° au-dessus pour 1841.

des autres lésions qui existent concurremment, et en aggraver notablement les symptômes; mais, ainsi que je l'ai donné à entendre, nous possédons, pour remplir les différentes indications qui découlent de ces conditions, de nombreux moyens, dont quelques-uns surtout ont une efficacité incontestable et qui, dans tous les cas, ne compromettraient jamais ou presque jamais la santé et surtout la vie des femmes.

3. Indications thérapeutiques.

Ce qui importe surtout, c'est d'immobiliser l'utérus, ainsi que le faisaient justement remarquer MM. Chassaignac et Gosselin, dans une circonstance récente; c'est de le mettre à l'abri de ces mouvements continuels qui, le poussant sans cesse dans des directions variées, font subir au col et aux autres parties des frottements et pressions bien capables d'entretenir un état pathologique, et peut-être même, dans quelques cas rares, de le faire naître.

Si de nos jours, et avec juste raison, on ne condamne plus les femmes à un repos absolu, comme le faisait Lisfranc, pendant le traitement des affections du col de la matrice, ne sait-on pas qu'il est nécessaire d'exiger au moins qu'elles évitent tout ce qui est de nature à exagérer les mouvements de l'organe affecté? Et chacun de nous ne voit-il pas à chaque instant des malades qui, ne prenant pas suffisamment au sérieux les sages conseils qu'on leur donne à cet égard, retardent ainsi leur guérison et font reparaître des lésions que, dans un examen précédent, on avait trouvées presque entièrement terminées?

Je ne crains pas d'avancer que, si un certain nombre d'affections utérines résistent aux moyens qu'on leur oppose, cela doit être bien moins imputé à l'impuissance de la thérapeutique qu'aux obstacles de toute sorte que rencontre sa rigoureuse application. C'est le petit nombre, il faut bien en convenir, qui consent à mettre de côté les exigences de la position, de la famille, de la société, et l'on peut dire que beaucoup de femmes sont guéries malgré elles. Celles qui, mieux inspirées, ou qui, placées dans des conditions plus favorables, se soumettent rigoureusement, obtiennent presque constamment une guérison définitive.

Pour mon compte, lorsque je suis consulté par des femmes qui éprouvent des symptômes dont il faut faire remonter nécessairement la cause dans un état anormal de l'utérus, la première question que je cherche à résoudre est celle-ci : Le tissu de l'organe est-il sain? N'est-il pas altéré dans la totalité ou dans une partie de son étendue? Lorsque, par un examen suffisant, je suis édifié sur ce point *fondamental*, il sert de base aux moyens thérapeutiques que je fais intervenir. Si j'ai constaté une lésion quelconque, c'est elle d'abord que je cherche à faire disparaître. Si, au contraire, j'ai trouvé le tissu utérin dans un état d'intégrité complète et reconnu une simple déviation, c'est à elle que je m'adresse, après m'être assuré toutefois qu'un état névralgique ne donnait pas l'explication des accidents observés.

Dans les abaissements, par exemple, tout ce qui est de nature à diminuer la pression intestinale, la suppression ou la modification des corsets, l'emploi des ceintures hypogastriques, convenablement faites et convenablement appliquées, sont des moyens qui donnent d'excellents résultats; quand ils sont insuffisants, ils trouvent un auxiliaire puissant dans l'usage des différents pessaires, et en particulier de celui que l'on doit à notre confrère, M. Gariel, et qui est constitué, comme on le sait, par une vessie de caoutchouc distendue par de l'air. Il offre sur tous les autres d'incontestables avantages, que je n'ai pas à faire ressortir ici.

Dans les déplacements, soit en avant, soit en arrière, qui sont à peu près constamment compliqués d'un certain degré d'abaissement, et qui, outre les accidents ordinaires, apportent quelquefois des troubles dans l'excrétion de l'urine ou des matières fécales, les mêmes moyens réussissent souvent à calmer la plupart des symptômes. C'est surtout dans les antéversions compliquées ou non d'abaissement en masse, que les ceintures hypogastriques sont utiles. Dans les rétroversions, les pessaires, en remontant et en fixant l'utérus, font obtenir un résultat également favorable.

Je n'ai pas besoin de dire que, toutes les fois qu'on peut agir par les parois abdominales, cela est infiniment préférable, et ce n'est que comme ressource dernière qu'il faut se décider à condamner les femmes à porter dans le vagin un corps étranger quelconque.

Dans les cas de rétroversions exagérées et rebelles aux moyens simples que je viens de rappeler, peut-être, en supposant toujours que le tissu de l'utérus est sain et que les troubles apportés dans l'excrétion des matières fécales sont considérables, pourrait-on essayer d'un moyen qui, entre les mains de M. Huguier, paraît avoir donné de bons résultats; je veux parler de l'introduction de mèches volumineuses dans le rectum, procédé déjà ancien, conseillé par Aétius, et employé depuis par quelques autres. On trouvera dans la thèse de M. Dufraigne, ancien élève de M. Huguier, tous les détails relatifs au manuel opératoire.

Plus récemment, M. le docteur Favrot dit s'être servi avec avantage d'un moyen qui a la plus grande analogie avec le précédent, et qui n'en diffère que parce que le tampon appliqué dans le rectum est constitué par une vessie de caoutchouc vulcanisé, au centre de laquelle est ménagé un canal destiné à permettre le passage des gaz. On pourra consulter le mémoire que notre confrère a lu devant l'Académie en octobre 1851, et qui a été publié la même année dans la *Revue médico-chirurgicale de Paris*.

Indépendamment des nombreux pessaires qui ont été imaginés depuis quelques années, et qui, d'après des idées souvent théoriques de leurs auteurs, ont varié quant à la forme, quant au volume et quant à la substance qui les composent, je vous signalerai celui de baleine du docteur Mayer, et celui de caoutchouc de M. Joret. Avec ces deux instruments, on prend un point d'appui sur le col, et on les fait agir ensuite comme des leviers destinés à pousser l'utérus dans telle ou telle direction. Outre les difficultés souvent insurmontables dans l'application, les faits n'ont pas montré jusqu'ici leur efficacité. Mais du moins, si ces redresseurs externes n'ont pas

---

accablés par les ardeurs de l'été, l'état sanitaire s'améliora manifestement, surtout quant au nombre des entrants aux hôpitaux.

La température s'abaissa davantage encore dans le cours de novembre, et les premières gelées qui apparurent à la fin de ce mois se montrèrent très fréquemment ensuite en décembre.

A Frascati, le plus souvent le soleil de midi fondait alors les glaçons, mais ils persistaient dans les expositions au nord et à l'ombre, surtout dans le cours de la deuxième quinzaine. La sensation de froid était d'autant plus incommode qu'elle contrastait davantage avec celle de l'été. Après une pluie mêlée de grésil, le 27 décembre, il tomba, le 28, 15 centimètres de neige qui couvrit la campagne de Rome jusqu'au 5 janvier, et fondit en partie ce jour-là par la pluie qu'amena le vent du sud. Il neigea de nouveau du 6 au 7 janvier, mais les pluies des jours suivants reculèrent la limite des neiges jusqu'aux premiers gradins des Apennins, dont les cimes restaient blanches en permanence; aussi pouvait-on dire comme au temps d'Horace :

Vides ut alta stet nive candidum
Soracte. . . . .

Ce n'est qu'à la seconde quinzaine de février que la colonne thermométrique quitta le voisinage de zéro pour osciller entre 6 et 10 degrés. Depuis plusieurs jours, la végétation (1) était en pleine activité; dans la première portion de mars, les arbres fruitiers étaient en fleurs, et déjà nous pensions être au printemps par anticipation, quand, à la suite d'un grand orage, le 15, suivi d'un abaissement très considérable de température, le 17 et les jours suivants vinrent nous prouver que nous avions compté à tort sans les giboulées et leurs glaçons. En effet, du 17 au 27 mars, nous eûmes de la glace tous les matins; le 20, il tomba 6 centimètres de neige et du grésil le 22; enfin le 24, le 25 et le 26 nous assaillirent de leurs giboulées.

(1) La présence de certains végétaux dont la géographie botanique détermine les latitudes qui leur sont hospitalières, dénote que la température de la campagne de Rome, peu différente de celle du nord de l'Algérie, a surtout de grandes analogies avec celle du littoral de l'Espagne et du midi de la France. Le palmier nain et le grand palmier croissent dans les jardins comme à Hyères; il en est de même des cactus et des aloès, des myrtes, des citronniers et des orangers; ces derniers qui ne résistent pas à un froid qui dépasse 5 degrés sous zéro (6 degrés Réaumur d'après M. Dureau de la Malle), ne poussent pas en plein vent dans la campagne. Il n'en est pas de même du laurier qui est commun partout et de l'olivier qui s'est principalement approprié les premiers coteaux des monts Albains.

une utilité démontrée, ils ont été conçus et construits de manière à ne pouvoir léser en rien les organes sur lesquels on voulait les faire agir. Je n'en pourrai dire autant d'un autre plus récent, qui est fondé sur le même principe, mais qui, entièrement métallique, même dans la partie qui embrasse et étreint le col pour y prendre son point d'appui, a déjà produit des accidents graves, et en particulier la gangrène du col.

Quant à la cautérisation de l'un des points de la circonférence du col et de la partie correspondante de la muqueuse vaginale, dans le but de provoquer des adhérences et d'entraîner ainsi l'utérus en sens inverse de la déviation, j'avoue que je doute fort que l'expérience sanctionne l'utilité d'une semblable méthode, et je suis loin d'être rassuré sur son innocuité. La destruction d'une partie ou de la totalité de la portion vaginale du col, et surtout son amputation complète, m'inspirent une sécurité moins grande encore.

(*La suite au prochain numéro.*)

DES RÉTRÉCISSEMENTS COMMENÇANTS DE L'URÈTRE, ET DE LA BLENNORRHÉE QUI LES ACCOMPAGNE ; par M. J. ROLLET, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille. (Mémoire présenté à la Société de médecine de Lyon.)

Malgré les nombreux écrits dont les rétrécissements de l'urètre ont été l'objet, il faut bien avouer que la matière est loin d'être épuisée, et qu'il reste encore bien des points obscurs à éclaircir, et de véritables lacunes à combler.

Je n'ai pas la prétention de venir combler ces lacunes; je veux seulement appeler l'attention des observateurs sur une période encore mal étudiée de la maladie, la période initiale, celle qui, dans les rétrécissements causés par la blennorrhagie, les seuls dont il soit question dans ce mémoire, succède immédiatement à l'inflammation urétrale, pour finir dès qu'apparaissent les divers troubles de la sécrétion qui caractérisent le rétrécissement confirmé.

Cette période, où la maladie, en raison de l'intégrité des fonctions urinaires, existe en quelque sorte à l'état latent, a une durée beaucoup plus longue qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord.

Le passage du catarrhe de l'urètre au rétrécissement s'opère sans doute insensiblement, et cet état transitoire peut être regardé, jusqu'à un certain point, comme appartenant à la première période de la coarctation. Mais à ce premier début de la maladie, il faut ajouter toute la durée du long travail organique nécessaire pour amener le retrécissement à un degré d'étroitesse déjà très considérable, puisque, dans certaines régions, le canal de l'urètre, comme je le démontrerai bientôt, peut perdre deux, trois ou quatre millimètres de son diamètre, sans que le jet de l'urine soit sensiblement altéré.

A cette première période, les rétrécissements ont une physionomie toute spéciale. Essentiellement distincts des rétrécissements anciens par leur état anatomique, leurs symptômes, la difficulté de leur diagnostic et le mode particulier de traitement qui leur convient, ils forment une famille à part, beaucoup trop méconnue, et qu'il importait de ne pas laisser plus longtemps dans l'oubli.

En outre, presque tous les rétrécissements commençants ont pour symptôme commun la blennorrhée. Mais lorsque le rétrécissement ne fait que commencer, par conséquent à une époque encore voisine de la blennorrhagie aiguë, on ne suppose pas que le suintement urétral soit déjà compliqué d'une coarctation. On est trop disposé à attendre, pour explorer le canal, que la maladie soit ancienne, et que l'émission de l'urine ait déjà subi quelque modification. On varie les injections, on multiplie les moyens de traitement, on s'acharne en vain contre une blennorrhée prétendue essentielle, qui ne peut céder qu'à une médication dirigée contre la cause du mal, c'est-à-dire le rétrécissement.

La question est donc assez importante pour qu'il soit opportun de la traiter avec quelques développements.

S'il existait depuis le méat urinaire jusqu'au col de la vessie, comme le croyait Dionis, un conduit régulier, ayant le même diamètre dans toutes ses sections, et si l'urine était poussée chaque fois avec la même force dans ce conduit à parois souples, de manière à lui communiquer toujours le même degré de distension, le moindre rétrécissement survenu dans un point quelconque de l'urètre suffirait pour imprimer au jet une modification appréciable; la maladie aurait un symptôme pathognomonique dès le début; le jet serait pour le calibre de l'urètre ce qu'est la balance pour le poids des corps. Voyons si le contraire n'a pas lieu.

Chez les sujets de taille moyenne, dont les organes génito-urinaires sont bien développés, le canal de l'urètre a une longueur moyenne de 18 à 20 centimètres. La meilleure manière d'établir cette mesure, c'est de pratiquer le cathétérisme avec une sonde flexible qui s'accommode à toutes les sinuosités du canal : dès que l'urine commence à couler, on retire l'instrument, en ayant soin de marquer le point qui répond à l'entrée de l'urètre; on mesure ensuite la distance qui sépare ce point de l'œil de la sonde, distance qui représente exactement celle qui sépare le méat urinaire du col de la vessie.

La mensuration partielle de l'urètre donne en moyenne les résultats suivants :

Du méat urinaire au premier angle du canal marqué par les attaches du ligament suspenseur de la verge, 8 à 9 centimètres.

Du premier angle au second, c'est-à-dire au point de réunion des deux portions bulbeuse et membraneuse, 6 à 7 centimètres.

Dans toute l'étendue des portions membraneuse et prostatique, 3 1/2 à 4 1/2 centimètres.

Nous utiliserons plus tard ces mesures. Les suivantes, qui sont relatives au calibre du canal, nous serviront plus immédiatement.

Le méat urinaire est la partie la plus étroite de l'urètre; après

---

Ainsi, des gelées très fréquentes, des pluies, des neiges et les rafales glaciales de la tramontane ont signalé d'une façon très marquée la saison froide de 1849-50 qui a duré de la fin de novembre à la mi-février, pour finir par une rude recrudescence durant la deuxième quinzaine de mars. Notons toutefois que, d'après le témoignage des Italiens, l'hiver aurait été plus rigoureux que de coutume, ce qui paraît avoir été un fait général, car de toutes parts dans le levant et en Algérie, des froids considérables furent signalés.

Nous ne nous hâterons donc pas d'en conclure que la climature de l'Italie centrale est changée; ce n'est là qu'un fait accidentel comme on en trouve notés par les auteurs anciens.

Tite-Live s'exprime ainsi en parlant d'un hiver exceptionnellement rigoureux : « *Insignis hyeme gelidâ ac nivosâ fuit adeo ut viæ clausæ* » *Tiberis innavigabilis fuerit.* »

Aux jours rigoureux de l'hiver dont nous venons de parler, le Tibre charria quelques glaçons, mais assurément sans le moindre obstacle à la navigation.

Aux données précédentes, ajoutons celles de 1850, exclusivement pour Rome. En avril, une douce température a commencé à se faire sentir; en mai, la chaleur est devenue sensible, et dès le mois de juin s'est pleinement établie cette haute température estivale, qui est accablante dans le milieu du jour, surtout dans le cours de juillet et d'août.

L'abaissement thermométrique s'est prononcé à partir de septembre, pour descendre rapidement ensuite pendant le mois d'octobre, et jusqu'à zéro vers la fin de novembre, époque à laquelle s'est ouverte encore la saison froide, qui toutefois ne nous a pas amené les neiges jusque dans Rome, comme l'hiver précédent, mais dont l'humidité froide et prolongée n'a cédé qu'aux chaleurs de juin 1851.

1850.

	Thermomètre Réaumur. Maximum.		Minimum.	
La température ayant été de	11°, 2	—	4°, 5	en janvier,
	13°, 9	—	0°, 4	en février,
	16°, 4	—	1°, 4	en mars,
s'est succcessivement élevée à	17°, 2	+	3°, 2	en avril,
	22°, 6		5°, 0	en mai,
	25°, 9		10°, 6	en juin,
	27°, 8		10°, 5	en juillet,
	27°, 2		12°, 3	en août,

le méat, le canal s'élargit pour former la fosse naviculaire ; puis succède un nouveau resserrement à peu près de même calibre que l'orifice. Cette disposition est la plus générale. Quelquefois la fosse naviculaire manque, et toute cette portion du canal a la même étroitesse. D'autres fois c'est le méat qui est confondu avec la fosse et qui forme avec elle un entonnoir évasé en dehors, mais c'est l'exception.

Dans toute la portion spongieuse, l'urètre va s'élargissant jusqu'au bulbe. Au lieu de former un ovoïde comme au niveau du gland, il forme un cône dont la base est tournée vers le bulbe ; là, en effet, le canal s'élargit considérablement, surtout en bas, où sa paroi inférieure forme un véritable cul-de-sac.

La portion membraneuse est assez régulièrement cylindrique ; mais, le méat excepté, c'est là que le canal a le moins de largeur.

Dans la prostate, comme dans le gland, l'urètre est renflé à son milieu et rétréci à ses deux extrémités ; l'une de ces extrémités marque le point de réunion des portions membraneuse et prostatique, l'autre forme le bourrelet ou col de la vessie. Toute cette portion du canal, en raison des altérations fréquentes de la glande, est fort variable. Mais ces évaluations peuvent être faites avec plus de précision, et représentées par des chiffres.

Pour mesurer la capacité du canal, M. Amussat a imaginé d'insuffler ce conduit, d'enlever avec précaution toutes les couches extérieures de manière à les réduire à la seule membrane muqueuse, et de juger de son diamètre par sa circonférence ainsi dépouillée. Ce procédé a été regardé avec raison comme vicieux, et il ne saurait donner que des mesures très contestables.

Everard Home, Lisfranc et MM. Leroy (d'Étiolles) et Reybard ont mis en usage un moyen plus simple, qui consiste à injecter dans le canal une matière concrescible, de la cire ou du plâtre, à fendre le conduit et à mesurer le diamètre du moule. De cette manière on donne au canal un degré de distension qu'il n'a peut-être pas lorsqu'il est parcouru par l'urine dans l'exercice régulier de la miction, mais qui est le même pour toutes les parties du conduit, ce qui permet d'obtenir des mesures, sinon absolues, au moins relativement exactes.

Dans les différentes tables que nous possédons, le diamètre du méat et celui de la fosse naviculaire ne sont pas notés ; mais c'est une lacune facile à combler. Le diamètre du méat peut être mesuré directement avec une sonde, et celui de la fosse naviculaire s'apprécie de la même manière, lorsque le méat est fendu, soit naturellement, soit avec le bistouri.

Il résulte de ces mensurations que, sur les sujets adultes, à l'âge où se rencontrent surtout les rétrécissements commençants, le canal a, en moyenne, les dimensions suivantes :

Au méat	7 à 8 millim.
Dans la fosse naviculaire	10 à 11
Immédiatement après la fosse	9
Dans le milieu de la portion spongieuse	10
Au cul-de-sac bulbaire	12
Dans la portion membraneuse	9 millim.
Au commencement de la portion prostatique	10
Au centre de la prostate	15
Au col de la vessie	11

Ces chiffres sont significatifs. Ils montrent qu'il y a une grande différence entre le calibre du méat et celui des autres parties de l'urètre ; que cette différence est de 1, 2, 3 millimètres pour les portions spongieuse et membraneuse, de 7 à 8 millimètres pour le centre de la prostate, et — c'est cette différence qui nous importe le plus — de 4 à 5 millimètres pour le cul-de-sac bulbaire, où, de l'avis de la plupart des hommes spéciaux, siégent le plus grand nombre de rétrécissements.

Or, supposons que l'urine, au moment de la miction, distende le canal au même degré que les injections artificielles qui ont servi de base à nos mesures, quel devra être le diamètre du jet ? Évidemment la colonne urinaire, qui aura 11 millimètres au col, 15 millimètres au centre de la prostate, 12 millimètres au bulbe, n'en aura que 7 à 8 au méat ; en d'autres termes, les rétrécissements les plus fréquents, c'est-à-dire ceux du cul-de-sac bulbaire, pourront enlever au diamètre du canal 4 à 5 millimètres, ceux des portions membraneuse et spongieuse 1 à 3 millimètres, sans que l'urine cesse de couler à plein méat et de former son jet habituel.

Bien plus, en admettant que, par exception, le méat soit évasé en entonnoir, la colonne urinaire n'aura encore que les dimensions du resserrement qui suit la fosse naviculaire ; car elle a toujours sinon la forme, au moins le volume de la section la plus étroite du canal : d'où il résulte que, dans les régions très larges, les rétrécissements pourront toujours se développer et même exister assez longtemps sans agir sur le jet de manière à l'effiler plus qu'il ne l'est en vertu de la conformation normale de son moule.

Il semble, au premier abord, que l'étude physiologique de la miction doive contredire cette première appréciation, fondée uniquement sur l'anatomie du canal.

Rien, en effet, n'est plus variable que le jet de l'urine, même dans l'état de santé. Il y a d'abord des différences individuelles. Quelques hommes privilégiés donnent au canal, pendant l'émission de l'urine, toute l'ampleur dont il est susceptible, et le distendent, grâce à la contractilité énergique de leurs muscles expulseurs, autant que pourrait le faire une injection. Mais la plupart, avec une vessie plus paresseuse, ne donnent au conduit excréteur qu'une partie de son expansion naturelle. Bien plus, chez le même individu, l'excrétion de l'urine n'est pas toujours uniforme : elle varie suivant le degré de plénitude de la vessie, la nature des liquides ingérés, la stimulation plus ou moins vive des organes urinaires. Le jet n'a donc pas toujours un calibre aussi grand que le comporte son moule.

Mais peu importe. S'il y a une différence entre le diamètre *anatomique* du canal mesuré sur les injections solidifiées, et son diamètre *physiologique*, représenté par le volume du jet, elle est la

pour s'abaisser à	22°,7	6°,3 en septembre.
	19°,2	3°,6 en octobre,
	15°,9	0°,6 en novembre,
	11°,9	1°,4 en décembre (1).

Le rapprochement de ces chiffres démontre que le plus grand intervalle entre le maximum et le minimum observés dans le cours de chaque mois a eu lieu dans les mois d'été.

Donc 1° c'est en été qu'ont lieu les plus grandes oscillations de température.

2° A côté de ce fait, le point le plus important à noter pour l'étiologie, c'est que pendant l'été, à Rome, la température a eu une élévation portée jusqu'à 35° centigr. à l'ombre en juin-juillet, et jusqu'à 55° centigr. au soleil en août ; température qui, pour l'homme agissant, peut être regardée comme incompatible avec l'état physiologique. Demandons-nous en effet ce qui doit se passer dans l'organisme de l'homme qui, ayant agi, ruisselant de sueur, sous un soleil de 55°, est mis ensuite en faction, par exemple, dans un lieu pouvant se refroidir la nuit à 15°. Différence : 40 !

(1) D'après M. Secchi, directeur de l'Observatoire de Rome (la tour est à 100 pieds au-dessus du sol, dont le niveau est à 15 mètres au-dessus de la mer).

Nous avons noté pour notre part une différence se rapprochant beaucoup de celle-là en quatorze heures de temps. Le 11 août 1850, par un ciel pur et une légère brise de N.-N.-O., le thermomètre, suspendu à un mètre au-dessus du sol, a marqué, *à deux heures et au soleil*, 55° centigr., et s'est abaissé la nuit suivante à 18° 3/4 vers quatre heures du matin. Différence : 36° 1/4.

Ajoutons encore que ces variations nyctémérales, déjà si dangereuses en s'effectuant graduellement d'une aube à l'autre, sont rendues plus pernicieuses si elles procèdent par brusques saccades, comme en temps d'orage.

Ainsi, pour en citer un cas : le 12 août 1850, le thermomètre marquant, dans l'embrasure d'une fenêtre grandement ouverte, au premier étage, à dix heures et demie et au soleil, 50° centigr., le temps s'étant brusquement couvert, par un vent du N.-O., la température s'abaissa en une demi-heure de 9°, et à deux heures de 17° 1/2.

Docteur ARMAND.

(La suite à un prochain numéro.)

même pour toutes les sections du conduit, et la colonne urinaire n'en subit pas moins toutes les modifications que nous avons annoncées.

Si cette différence est de 2 millimètres, par exemple, la colonne urinaire, en prenant toujours pour point de comparaison les mesures que nous avons adoptées comme moyennes, n'aura que 9 millimètres au col, 13 millimètres au centre de la prostate, 10 millimètres au bulbe, 5 à 6 au méat; mais ces nouveaux diamètres étant entre eux dans les mêmes rapports que les précédents, dans ce cas encore, comme dans tous ceux que l'on peut raisonnablement supposer, le canal pourra se rétrécir autant que nous l'avons dit plus haut, sans que le jet soit effilé par la coarctation.

Le malade continuant à uriner comme par le passé, rien ne l'avertira, rien n'avertira le médecin lui-même, s'il ne se préoccupe que de la manière dont s'opère la miction, de l'existence du mal pendant toute cette longue période.

Il est vrai que ce n'est pas seulement le volume des jets qui met sur la voie des rétrécissements. La force de projection de la colonne urinaire est quelquefois moindre dès le début de la maladie; l'urine peut être incomplétement expulsée, et séjourner derrière l'obstacle sous forme de gouttes qui s'écoulent ensuite involontairement. Mais ces premiers indices manquent souvent; lorsqu'ils existent, ils ne se distinguent pas assez de ces variations légères que l'on observe si souvent dans l'excrétion ordinaire de l'urine, pour être facilement remarqués et servir à donner l'éveil.

Le jet peut être aplati, tournoyant, c'est-à-dire en ruban ou en tire-bouchon; il peut être dirigé de côté, bifurqué, etc. Dans ces cas, l'attention des intéressés s'éveille à juste titre, mais déjà la maladie est confirmée : elle sort précisément de notre première période, où le rétrécissement est en latence.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

DU RÔLE DE LA CHIMIE DANS L'ÉTUDE DE LA PHYSIOLOGIE ET DE LA PATHOLOGIE. — MM. BECQUEREL ET RODIER, SAUCEROTTE, FIGUIER, UZAC ET BACH (de Strasbourg).

(Deuxième article. — Voir n° 28.)

Dans un premier article qui a paru sous ce titre, nous avons essayé d'esquisser l'histoire de la chimie dans ses rapports avec la physiologie et la médecine, et nous avons cherché à démontrer que trop souvent les chimistes avaient abandonné le véritable domaine de leur science dans les investigations physiologiques, qui doit être l'étude de la composition intime des corps vivants. Il semble, il est vrai, au premier abord, que la composition du corps des animaux est parfaitement connue et qu'elle est des plus simples, puisque la matière organique est formée par du carbone, de l'hydrogène, de l'oxygène, de l'azote et du soufre, ainsi que par des sels inorganiques, tels que la potasse, de la chaux et des acides sulfurique, chlorhydrique, etc. C'est, en effet, ce qui reste du corps d'un animal lorsqu'on le brûle, lorsqu'on le désorganise. C'est bien aussi la composition élémentaire du corps; mais ce n'est pas sa composition organique, immédiate, et l'on s'aperçoit bientôt que, pour la physiologie, l'étude de la composition élémentaire des tissus n'est que d'un intérêt très secondaire, les décompositions, les transformations qui se produisent dans l'économie vivante n'allant jamais jusqu'aux éléments proprement dits.

Pour le physiologiste, le corps de l'homme est formé par un assemblage de substances particulières parfaitement distinctes les unes des autres, mélangées, groupées sans combinaisons chimiques, existant soit à l'état gazeux, soit à l'état liquide ou demi-solide. Ces substances sont ce qu'on appelle les *principes immédiats*.

Pour définir le principe immédiat, nous prendrons un exemple. Il existe dans l'urine, à l'état normal, huit ou neuf substances chimiques particulières. Eh bien! si l'on évapore une goutte d'urine, tous ces principes immédiats devront se faire voir, soit comme cristaux apparents à la simple évaporation, soit comme cristaux n'apparaissant qu'à l'aide de certains véhicules, comme l'alcool et l'éther, ou encore nécessitant, pour se montrer, l'élimination d'autres principes qui les dissimulent.

Les principes immédiats existent donc dans l'organisme tels qu'on les obtient par l'analyse; de telle sorte qu'il serait possible de refaire de l'urine, par exemple, en dissolvant dans de l'eau les principes qui en avaient été extraits. Il en est de même pour toutes les parties du corps. Le suc de la viande renferme également cinq ou six principes immédiats, le sang un plus grand nombre, etc. Le nombre de ces substances qui, par leur assemblage, forment la masse du corps, est assez considérable : il s'élève à près de quatre-vingt-dix.

C'est entre ces principes immédiats que les phénomènes chimiques de la nutrition se passent; c'est dans cet état que ces substances agissent, soit comme acide ou comme base, soit comme substance destinée à s'assimiler, à augmenter la masse du corps, ou bien enfin comme substance destinée à être rejetée par les excrétions. Ce sont les principes immédiats qui jouent un rôle dans l'organisme par eux-mêmes, et pas du tout par la proportion de carbone, d'hydrogène, d'oxygène et d'azote qu'ils renferment comme éléments.

Au premier abord, il semble difficile de déterminer le rôle, la raison d'être, ainsi que la formation de ces principes dans l'organisme. Lorsqu'on ne connaissait qu'un petit nombre de ces substances, et qu'on désignait sous le nom de *substances extractives* tout ce qui, dans les extraits, n'était pas de l'urée ou de l'acide urique, il était facile de considérer ces dernières substances comme le produit d'une oxydation incomplète de la matière organique, albumine, etc.; mais maintenant cette théorie n'est plus possible, et il faut nécessairement chercher une autre interprétation.

Pour cela il est indispensable de partir des phénomènes les plus compliqués pour arriver aux plus simples, et de considérer l'ensemble des phénomènes de la nutrition. En effet, la nutrition n'est autre chose que l'assimilation par l'animal des principes contenus dans le milieu ambiant; mais la nutrition ne consiste pas seulement dans l'assimilation des substances digérées et dans la formation de la matière organisée; il existe en même temps dans le corps des animaux une continuelle décomposition, une désassimilation des tissus déjà existants, phénomène que nous pourrions presque appeler *dénutrition*.

Tous les biologistes sont d'accord sur un point : c'est qu'il y a une continuelle déperdition de substance dans la masse des tissus, ce qui nécessite un renouvellement incessant de ces tissus par la nourriture. M. de Blainville a été jusqu'à définir la vie par ce double mouvement continu de décomposition et d'assimilation. Il est presque inutile de rappeler que l'animal privé de nourriture continue à sécréter les principes renfermés dans l'urine; l'amaigrissement, la disparition de certaines glandes, l'atrophie musculaire, sont des preuves suffisantes pour démontrer cette désassimilation.

La conséquence directe de ce double mouvement d'assimilation et de décomposition est de former dans l'organisme des substances, dont les unes viennent du dehors, sous forme d'aliments, et sont élaborées par la digestion, puis transformées, organisées en quelque sorte, et deviennent, par l'assimilation, partie des tissus; tandis que les autres sont formées dans l'organisme même, par la décomposition des tissus déjà existants et uniquement à leurs dépens; en sorte que leur formation peut continuer dans le corps d'un animal qui serait complétement privé de nourriture.

Voici donc deux espèces bien distinctes de principes immédiats. La première comprend les substances organiques, telles que l'albumine, la fibrine, la musculine, l'osséine, qui constituent la plus grande masse du corps. La seconde comprend les principes qui sont destinés à être sécrétés, ou qui doivent auparavant subir certaines modifications : ce sont l'urée, l'acide urique, la créatine, la créatinine, l'acide lactique, etc. Ces principes existent la plupart

en dissolution en quantité assez minime, mais se trouvent répandus dans tout le corps.

Une troisième espèce de principes immédiats comprend les substances minérales, phosphates, chlorures, le fer, etc., qui viennent du dehors, pénètrent dans l'organisme par les aliments, y séjournent, font partie des tissus, et finissent par être expulsés à leur tour par les excrétions sans avoir subi de transformation.

Considérée sous ce point de vue, la composition du corps de l'homme et des animaux devient facile à étudier, et il est aisé alors de poursuivre dans l'organisme la recherche des modifications que ces principes immédiats peuvent subir, suivant l'âge, l'état de santé ou de maladie, etc. Ces questions si vastes et si compliquées ne peuvent être qu'indiquées dans un article de journal; nous les avons, du reste, traitées en collaboration avec M. Ch. Robin, dans la *Chimie anatomique et physiologique* que nous avons publiée en commun.

Nous espérions voir ces notions biologiques prises en considération par MM. Becquerel et Rodier dans leur *Traité de chimie pathologique;* mais notre attente a été trompée. Les auteurs font eux-mêmes la critique de leur ouvrage dans la courte préface qui sert en même temps d'introduction et de prolégomènes à leur livre.

L'ouvrage, disent-ils, est divisé en six chapitres.

« Le premier est très court; il est consacré à l'étude des deux liquides qui concourent à la formation du sang : c'est la lymphe et le chyle. »

Le deuxième, le plus long, le plus développé, le plus complet, disent les auteurs, est consacré à l'étude du sang.

Le troisième chapitre est consacré à l'étude des liquides sécrétés par les glandes conglomérées, savoir : la salive, la bile, le suc pancréatique, les urines, le sperme, le lait et les larmes.

Le quatrième chapitre a pour objet l'étude des produits des sécrétions solides, liquides ou gazeuses fournies par les membranes organiques : ainsi les membranes muqueuses, le mucus à l'état sain et à l'état pathologique.

La seconde partie de ce chapitre est destinée, disent MM. Becquerel et Rodier, à l'exposé du très petit nombre de résultats que la science possède relativement à la composition des tissus et aux altérations pathologiques qu'ils peuvent subir. Ce chapitre, toujours suivant les auteurs, est plutôt un exposé des *desiderata* de la science à cet égard, qu'un catalogue des résultats qui lui sont acquis.

Le sixième chapitre, enfin, est destiné *à l'étude des produits pathologiques de nouvelle formation.* C'est ainsi, disent encore MM. Becquerel et Rodier, que nous avons exposé successivement l'histoire microscopique et chimique du pus, l'histoire microscopique et chimique du cancer.

« Dans ce long travail, ajoutent-ils, nous n'avons pas perdu de vue que cet ouvrage est destiné à des médecins, et nous n'avons pas oublié qu'il doit leur représenter d'une manière simple, brève et concise en même temps que complète, l'état de la science relativement à la composition chimique des liquides, des tissus et des organes qu'ils sont sans cesse dans la nécessité d'étudier. »

Nous avons étudié avec beaucoup d'attention le livre de MM. Becquerel et Rodier; les auteurs ont tenu parole, et ils ont rempli consciencieusement le programme qu'ils s'étaient tracé.

Cependant, dans un ouvrage qui est appelé, par le nom de ses auteurs, à être beaucoup lu et souvent consulté, nous voudrions voir rapporter les derniers travaux si importants de Liebig, de Lehmann, de Pettenkofer, de Scherer, de Bence Jones, etc., travaux sans lesquels il est difficile de donner une idée complète de la composition des tissus et des humeurs, objet qui rentre cependant dans le but que les auteurs se sont proposé.

Nous croyons que ce n'est pas rendre un bon service à la science et aux médecins auxquels ce livre s'adresse, que de se borner à enregistrer tout simplement les faits.

On comprend cette manière de procéder, lorsqu'il s'agit d'une science acceptée, constituée, telle que la chimie proprement dite, ou la physique, ou même la physiologie, sciences positives, épurées, consacrées par l'épreuve du temps; mais nous croyons cette méthode fautive lorsqu'elle est appliquée à une partie de la biologie aussi peu avancée que l'est la chimie pathologique comme la comprennent nos auteurs. Le danger, c'est de faire prendre un tel livre comme étant le dernier mot de la science et le suprême effort de la chimie, lorsque, dans cette partie de cette science, presque tout est à faire encore, au dire même de ceux qui ont le plus contribué à son avancement.

Et qu'on ne dise pas que ces questions de méthode sont sans importance et qu'elles ne préoccupent pas le monde savant! Nous ne voudrions, pour preuve du contraire, que deux publications récentes que nous avons sous les yeux : l'une est un mémoire de M. le docteur Saucerotte, couronné par l'Académie royale de médecine de Belgique, et intitulé : *Essai sur l'influence que les sciences physiques et chimiques ont exercée sur la connaissance de la nature intime et sur le traitement des maladies;* l'autre publication est une thèse de M. Figuier, sur un sujet imposé par un jury de la Faculté de médecine de Paris : *De l'importance et du rôle de la chimie dans les sciences médicales.*

Le mémoire de M. Saucerotte est des plus intéressants; il traite successivement de l'influence que la physique et la chimie ont exercée sur la connaissance de la nature de l'inflammation, des hémorrhagies, du traitement des lésions humorales, etc. Dans son avant-propos, M. Saucerotte cite les travaux récents qui ont paru depuis la présentation de son mémoire, et il attache une légitime importance à la découverte de nouveaux principes immédiats dans le sang, ainsi qu'aux travaux de MM. Becquerel et Rodier, sur la proportion des globules sanguins dans l'anémie, etc.

M. Figuier, dans sa thèse, considère successivement l'influence que les travaux chimiques ont exercée sur les progrès de la physiologie, de la pathologie, de la thérapeutique, de l'hygiène et de la toxicologie. C'est la partie qui a trait à la toxicologie qui nous a paru la plus intéressante; là M. Figuier se trouve sur son terrain, et il expose, dans un style entraînant, l'histoire des empoisonnements; il montre combien, par les connaissances chimiques, on est arrivé à comprendre les effets de ces terribles poisons, et à les combattre avec succès.

M. Uzac, par son ouvrage *De la chlorose chez l'homme*, tombe sous le coup de notre critique. Dans son introduction, l'auteur s'exprime quelque part en ces termes : « On peut dire que l'humorisme qui régna seul autrefois, reparaît sous une nouvelle forme plus positive, plus rationnelle. Les pathologistes de nos jours, tout en accordant au principe de la vie et aux solides la part qui leur revient dans la production des maladies, cherchent, par l'examen des liquides, à faire comprendre quelle est l'importance de leur rôle dans l'organisme, etc. »

Se basant sur ces principes, l'auteur traite avec une grande supériorité son sujet, et nous regrettons de ne pouvoir nous y arrêter plus longuement.

Un autre ouvrage encore qui attire notre attention, aussi bien par ses qualités que par ses défauts, c'est un livre de M. Bach sur les eaux gazeuses alcalines de Soultzmatt (Haut-Rhin); si nous n'étions pas chimiste, nous n'aurions que des éloges à donner à l'œuvre de M. Bach, mais nous ne pouvons nous associer à l'abus que l'auteur fait de la chimie quand il parle de l'action physiologique des eaux minérales, et de leur application dans différentes maladies. Certainement les eaux minérales agissent surtout en vertu des principes qu'elles renferment en dissolution, mais ces sels ne pénètrent pas ainsi directement dans l'organisme, et ne réagissent pas dans le corps comme ils le feraient dans un verre à précipité; l'organisme ne se prête pas si facilement aux actions des agents extérieurs.

Nous arrêtons ici ces quelques observations sur un sujet qui touche à la fois à la chimie et à la physiologie, question vaste, féconde, que nous n'avons nullement la prétention de résoudre complétement, mais sur laquelle nous voudrions pouvoir attirer l'attention des médecins, car ils ont beaucoup trop perdu de cette confiance qu'ils devraient avoir dans les secours que la chimie peut apporter dans l'étude des phénomènes vitaux.

F. Verdeil.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 15 MAI 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

PHYSIQUE. — *Recherches sur les courants musculaires*, par M. *Jules Regnauld*. — L'auteur s'est proposé, par ses nouvelles recherches, de combler une lacune laissée par M. Matteucci et M. du Bois-Reymond, dans leurs beaux travaux sur les courants musculaires. Il s'agit de la détermination du rapport entre la force électromotrice du tissu musculaire et celle des diverses sources d'électricité dynamique.

Et d'abord, M. Jules Regnauld signale l'imperfection des procédés employés par MM. Matteucci et du Bois-Reymond, qui ne donnent que des déviations de trop courte durée, et avec lesquels il est très difficile d'éviter la polarisation des lames de platine. Il a donc mieux aimé se servir de la méthode nouvelle, dont il a donné la description dans une précédente communication; puis pour éviter la polarisation des lames, qui est un obstacle sérieux à la solution du problème, il a remplacé, dans l'appareil de M. du Bois-Reymond, la dissolution de chlorure de sodium par une solution de sulfate de zinc pur et neutre, amené à son maximum de conductibilité, et il a substitué aux lames de platine deux plaques identiques de zinc purifié par plusieurs distillations.

Avant de procéder aux mesures, il importe de s'assurer, en fermant le circuit par un conducteur liquide, que l'aiguille de l'électromètre demeure immobile; et si l'on constate une déviation permanente, on doit l'annuler.

M. Regnauld a opéré comparativement sur des muscles d'animaux à température variable et sur des muscles d'animaux à température constante. Il a trouvé que la force électromotrice maximum du gastro-cnémien de la grenouille est comprise entre 5 et 4 unités thermo-électriques (bismuth et cuivre, différence de 0 à + 100 degrés). Le faisceau des muscles de la cuisse présente une valeur plus considérable, de 10 à 9 unités du même genre. Ces déterminations sont indépendantes de la taille des reptiles sur lesquels on opère.

Le biceps d'un lapin donne un nombre variant de 6 à 5 unités, le gastro-cnémien de 7 à 6, le jambier de 11 à 10.

Enfin, cherchant à établir la loi du décroissement de la force électromotrice dans les muscles d'un animal à sang froid et dans ceux d'un animal à sang chaud, M. Jules Regnauld est arrivé à ce résultat, que pour tomber au même degré d'affaiblissement, le muscle de l'animal à température variable a employé cinq heures, tandis qu'il a suffi de trois heures au muscle du mammifère. Son tableau comparatif montre en outre, que, à partir de la plus grande intensité du courant jusqu'à son extinction, le temps nécessaire pour que la force électromotrice perde une même fraction de sa valeur, subit des accroissements remarquables.

NOMINATIONS. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre, dans la section de Géographie et de Navigation, en remplacement de M. l'amiral Roussin, décédé. Au premier tour de scrutin, M. *Bravais*, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé élu, sauf l'approbation de l'empereur.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 23 MAI 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics adresse à l'Académie : *a*. Un rapport de M. *Lecadre*, médecin des épidémies pour l'arrondissement du Havre, sur une épidémie de variole qui a régné à Fécamp en 1853 et 1854 (*Commission des épidémies*.) — *b*. La copie d'un rapport de M. le docteur *Pinchinat*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Céret, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Villelongue (Pyrénées-Orientales) en 1853. (*Commission des épidémies*.) — *c*. La recette d'un médicament que le sieur *Mathieu* père, demeurant à Dincault (Finistère), prétend être infaillible pour la guérison des dartres, panaris, etc. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.)

2. Le préfet du département de Lot-et-Garonne envoie à l'Académie le tableau des vaccinations pratiquées, en 1853, dans ce département. (*Commission de vaccine*).

3. M. le docteur *Larue* (de Bergerac) communique à l'Académie une observation de tumeur blanche de nature rhumatismo-goutteuse guérie par l'emploi des feuilles de frêne. (*Comm.*, MM. Grisolle et Requin.)

4. M. le docteur *Vidal* père (de Bayonne), membre correspondant, pour répondre à la circulaire qui lui a été adressée par l'Académie, en date du 14 avril dernier, communique le résultat de ses observations sur les effets des eaux des Pyrénées et des bains de mer dans le traitement des maladies. (*Commission des eaux minérales*.)

5. M. le docteur *Bardenat* demande à l'Académie qu'une commission soit nommée dans son sein pour apprécier son ouvrage intitulé : *Les recherches physiologiques de Bichat sur la vie et la mort, réfutées dans leurs doctrines*.

6. M. le docteur *Lima-Leitão*, professeur de clinique médicale de l'École médico-chirurgicale de Lisbonne, sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie. (*Future commission des correspondants étrangers*.)

7. M. le docteur *Bitterlin* (de Saint-Maur-les-Fossés) adresse à l'Académie un manuscrit intitulé : *De la nature des ulcérations du col de l'utérus et de leur importance sur la santé de la femme*. (*Comm.*, MM. Robert, Huguier et Depaul.)

8. M. le docteur *Wittmarts* (de Hambourg) demande à l'Académie une réponse à sa lettre du 24 février dernier, dans laquelle il exposait ses recherches expérimentales sur la guérison du choléra. (*Commission du choléra*.)

M. *le président* fait part à l'Académie du décès de M. le docteur *Mougeat*, membre correspondant à Lorient.

Lectures et Mémoires.

M. *Londe*, sur l'invitation du président, donne lecture à l'Académie du discours qu'il a prononcé à l'occasion des obsèques de M. *Duval*, le 19 mai. Les touchantes paroles de l'orateur sont accueillies avec faveur par l'Assemblée.

M. *Depaul* termine la lecture de son rapport sur le traitement des déviations utérines par les pessaires intra-utérins. (Voyez aux *Travaux originaux*.)

La séance est levée à cinq heures.

Société médicale allemande de Paris.

La *Gazette hebdomadaire* publiera désormais *officiellement* les principaux travaux de la *Société médicale allemande* de Paris.

Au moment de commencer cette publication, nous croyons devoir donner quelques documents sur l'origine, l'utilité et le but de cette société qui compte déjà dix années d'existence, mais qui a pris depuis une année de grands développements, grâce à l'activité et au dévouement des membres qui composent son bureau, et grâce aussi au concours qu'a bien voulu lui prêter la plus ancienne des académies existantes, l'Académie *Leopoldino-Carolina*, plus connue en France sous le nom d'*Académie des curieux de la nature*.

Il y a en Allemagne un usage très généralement répandu parmi les savants, et surtout parmi les médecins. Après avoir terminé leurs études universitaires et reçu leur diplôme de docteur, nos confrères d'outre-Rhin entreprennent un voyage scientifique, visitent les principales universités de la Confédération germanique, et viennent enfin à Paris avant de rentrer dans leurs foyers.

Afin de tirer le meilleur parti possible des quelques mois qu'ils passent dans notre capitale, les médecins allemands ont eu l'idée de réunir leurs efforts et de créer à Paris un centre pour leurs études et leurs travaux.

La première réunion des médecins allemands voyageurs remonte à l'année 1829; mais la constitution définitive de leur société n'a eu lieu que le 11 mai 1844.

Les membres de la Société médicale allemande ont voyagé dans les différentes parties de l'Europe. Il n'est, pour ainsi dire, aucune école de quelque importance qui n'y soit représentée, et l'on voit tout d'abord combien peut devenir utile une société où viennent aboutir des matériaux provenant de sources aussi diverses.

D'une part, chaque nouveau récipiendaire paie sa bienvenue en faisant à la société des communications originales, ou, ce qui vaut mieux encore, en lui faisant part des idées, des doctrines, des recherches récentes et importantes dont il a pris connaissance dans l'Université où il a fait ses études, ou dans celles qu'il a visitées ensuite.

D'autre part, en échange du tribut qu'il apporte, ses nouveaux collègues lui fournissent les informations et les éclaircissements propres à diriger ses études et ses travaux pendant le temps de son séjour à Paris.

Les séances sont par conséquent consacrées à deux ordres de communications : les unes relatives à la science allemande, les autres relatives à la science française. La société se propose ainsi de provoquer des études comparatives sur les résultats obtenus par les savants des diverses contrées. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir l'utilité d'une société qui peut à juste titre être considérée comme un trait d'union entre les deux grands pays qui marchent à la tête de la science médicale moderne.

La Société médicale allemande poursuit un autre but, qui a droit, comme le précédent, à nos encouragements et à nos éloges. Elle a fondé une bibliothèque qui s'enrichit chaque jour des productions les plus nouvelles de la littérature médicale allemande. Ses membres associés lui font parvenir leurs travaux; la plupart des journaux, si nombreux aujourd'hui, qui se publient en Allemagne, viennent y aboutir. En outre, la société consacre chaque année ses économies à l'acquisition des ouvrages que leurs auteurs ne lui adressent pas spontanément. Tous ces écrits sont soigneusement collationnés et catalogués par les soins du bibliothécaire, et la salle des séances est ouverte tous les jours aux travailleurs.

Établie sur de pareilles bases, et rendue inaliénable par des conventions nouvelles qui la placent sous le patronage de la grande Académie *Leopoldino-Carolina*, la bibliothèque de la Société médicale allemande est appelée à rendre les plus grands services, non seulement aux membres de la société, mais encore à tous ceux de nos compatriotes qui voudront en profiter. Par suite d'une décision empreinte d'une libéralité qui l'honore, la société ouvre sa bibliothèque à tous les médecins français qui en adressent la demande écrite au comité, et invite ses membres, et en particulier son bibliothécaire, à prêter leur bienveillant concours à ceux de nos compatriotes qui ne sont pas encore suffisamment familiarisés avec les difficultés de la langue allemande.

Tous ceux qui ont eu l'occasion de faire des recherches bibliographiques savent combien il est difficile, même à Paris, et même en s'adressant aux bibliothèques officielles, de se procurer les publications contemporaines de la science médicale allemande. Les grands recueils périodiques et les principaux ouvrages classiques arrivent seuls à la bibliothèque de la Faculté; les opuscules, les brochures, et surtout les dissertations inaugurales, n'y parviennent presque jamais, et les louables efforts de MM. les bibliothécaires n'ont pu réussir jusqu'à présent à combler cette lacune. En attendant un ordre de choses plus favorable, la bibliothèque de la Société médicale allemande offre donc aux savants français une ressource extrêmement précieuse.

Une société qui sait se rendre aussi utile, et qui répond si généreusement à l'hospitalité scientifique que la France accorde aux étrangers, mérite de trouver appui parmi nous. La *Gazette hebdomadaire* a donc répondu avec empressement aux ouvertures qui lui ont été faites. D'ailleurs le but que se propose la Société médicale allemande est un de ceux que nous poursuivons nous-mêmes avec le plus d'ardeur : répandre dans notre pays les travaux et les découvertes qui prennent naissance chaque jour dans les contrées étrangères. La véritable science est cosmopolite; elle ne connaît ni les frontières ni les nationalités. Le moment est venu où les travailleurs des divers pays devront se donner la main et concourir ensemble au progrès, qui est leur but commun.

Nous nous proposons donc de publier de temps en temps un extrait des procès-verbaux de la Société allemande. Cette publication ne pourra avoir lieu d'une manière régulière, parce que les travaux de la Société n'auraient pas tous pour nos lecteurs le même degré d'utilité. Ceux de ces travaux qui ont pour but de faire connaître aux Allemands l'état de la science médicale en France ne trouveront pas place dans notre recueil. Nous publierons au contraire avec empressement ceux qui sont de nature à faire connaître aux Français l'état actuel de la science médicale en Allemagne.

La Société a tenu, le 11 mai dernier, une séance solennelle pour célébrer le dixième anniversaire de sa fondation. Le local des séances avait revêtu ses habits de fête; selon la coutume allemande, la salle était pavoisée de guirlandes de fleurs.

M. le docteur Meding, président, a prononcé le discours d'ouverture. Il a tracé rapidement l'histoire de l'Académie Leopoldino-Carolina, celle de la Société médicale allemande, puis il a exposé le but et l'utilité de l'espèce de solidarité établie entre l'antique Académie et la jeune Société.

Le programme de la séance, renfermant en outre l'histoire de la Société, la liste des membres, et sept mémoires originaux, écrits en plusieurs langues, a ensuite été distribué aux personnes présentes (1), avec une *Notice sur l'Académie Leop.-Carolina*, dédiée à la Société par M. Meding. Voici la liste de ces travaux :

En latin : *Deux observations de polypes du larynx*, par M. Henri Schultz, *Bipont.*, membre honoraire.

(1) Denkschrift zur Feier des zehnjæhrigen Stiftungsfestes des Vereins deutscher Aerzte in Paris. Paris, 1854. In-4° de 78 pages. En vente chez Victor Masson, au bureau de la *Gazette hebdomadaire*.

En français : *Sur la nécrose des cartilages articulaires*, par M. Paul Broca, membre correspondant.

En allemand : *Sur la xérophthalmie*, par M. R. Faber, membre titulaire, ancien secrétaire de la Société.

En anglais : *Sur la mortalité du choléra-morbus, à Malte, dans les épidémies de 1837 et 1850*, par M. S.-L. Pisani, membre titulaire.

En allemand : *Sur les eaux minérales de Karlsbad*, par M. Josef Seegen, membre titulaire, ancien secrétaire.

En italien : *Résection simultanée des deux os maxillaires supérieur et inférieur*, par M. C. Mazzoni, membre titulaire.

En allemand : *Sur un cas de rétroflexion de l'utérus, et sur l'utilité de la sonde utérine et de l'hystérophore*, par M. Henri Meding, président de la Société.

La Société a ensuite entendu les lectures suivantes :

1° Un mémoire intitulé : *Dans quels cas et d'après quelle méthode convient-il d'opérer le strabisme*, par M. le docteur Osann, de Würzburg.

2° Un travail intitulé : *Observations et expériences sur le favus*, par M. Schinzinger, de Freiburg, I. Br.

3° Comptes rendus du trésorier et du bibliothécaire.

4° Liste des membres honoraires et des correspondants.

5° Lettres de félicitation de diverses académies ou sociétés, nationales ou étrangères.

6° Adhésion des savants les plus considérables de l'Allemagne, parmi lesquels nous avons remarqué les noms de MM. Textor, von Ammon, Valentin, Blasius, Miescher, Morawek, etc.

7° Dons et hommages reçus par la Société dans le courant de l'année précédente, et à l'occasion même de son anniversaire.

La séance a été levée à cinq heures un quart. Le soir, les sociétaires se sont réunis chez Véfour, dans un banquet de famille, où la plus grande cordialité s'est établie entre les membres des divers pays, entre les nationaux et les étrangers.

Dans un prochain numéro, nous commencerons la publication des travaux de la Société. P. B.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Gastrotomie pratiquée dans un cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par le docteur E. Fenger, médecin en chef de l'hôpital Friedrich, de Copenhague.

L'opération de la gastrotomie nous semble avoir été pratiquée pour la première fois en France ; on connaît le travail de M. le professeur Sédillot, de Strasbourg, et les deux observations de gastrotomie qu'il a successivement publiées ; nous les signalons ici, et nous renvoyons, pour les détails opératoires, au travail de notre savant et habile confrère. L'exemple de M. Sédillot a été suivi récemment par le professeur danois, E. Fenger. Comme dans les deux faits précités, M. Fenger n'a pas réussi à sauver son malade. Malgré ces tentatives jusqu'ici infructueuses, nous dirons, avec M. Follin, auteur d'un excellent travail sur les rétrécissements de l'œsophage (*Thèse de concours pour l'agrégation en chirurgie*, Paris, 1853) : l'opération de M. Sédillot, comme celle de M. Fenger, est rationnelle et d'une exécution facile, et quoiqu'elle ne compte que des insuccès, nous ne pouvons nous résoudre à la proscrire. Les plus belles conquêtes de la chirurgie ont souvent débuté par des insuccès. L'importance du sujet nous engage à transcrire ici l'observation nouvelle du professeur Fenger.

Obs. — Un cordonnier âgé de cinquante-cinq ans, d'une bonne constitution, entre, le 10 janvier 1853, à l'hôpital Friedrich de Copenhague. Habituellement d'une bonne santé, il éprouve depuis quelques années, surtout lorsqu'il mange rapidement, des vomissements teints parfois d'un peu de sang ; mais, depuis deux ou trois ans, le sang a cessé de paraître dans les matières rejetées. Depuis cette époque, cet homme assure avoir moins souffert, éprouvant seulement par moments, pendant son travail, des douleurs au creux épigastrique, des nausées à saveur acide, et quelques rares vomissements. Abusant autrefois des liqueurs alcooliques, il avait été traité, il y a neuf mois, pour un *delirium tremens*, et, depuis cette époque, il était atteint de tremblement des membres. Quinze jours avant l'entrée à l'hôpital, le malade commença à ressentir dans la déglutition une douleur dans un endroit fixe qu'il indique immédiatement au-dessus du creux épigastrique; à ce niveau, il avait dans la déglutition la

sensation d'un obstacle difficile à vaincre. Depuis cinq jours, ces douleurs avaient augmenté, et le malade ne pouvait avaler aucun aliment solide. Le bol alimentaire s'arrêtait dans l'endroit indiqué, et était bientôt rejeté mélangé avec un liquide d'un goût acide et amer. Le malade pouvait avaler les liquides, mais peu à la fois ; leur passage à la partie inférieure de l'œsophage provoquait une sensation de brûlure qui disparaissait dès que le liquide avait franchi l'obstacle. Le malade accusait, quand il se tenait penché en avant, une douleur qui l'empêchait de serrer ses vêtements. Les forces étaient affaiblies, le pouls calme ; l'abdomen était tendu à sa partie supérieure, sonore à la percussion, excepté à sa partie supérieure et moyenne, où l'on constatait une matité marquée. Dans ce point, la pression provoquait une douleur vive s'étendant jusqu'à 5 centimètres au-dessous de la pointe de l'appendice xiphoïde, un peu moins en travers, et plus à gauche qu'à droite. Une sonde d'un diamètre de 12 millimètres, introduite dans l'œsophage, s'arrêta à 40 centimètres de distance des arcades dentaires contre un obstacle qu'elle ne put franchir. Cette exploration provoqua une douleur locale et des efforts de vomissement. L'examen des autres organes de ce sujet ne fit reconnaître rien de morbide. Des applications répétées de ventouses scarifiées amenèrent une diminution de la douleur ; mais la déglutition devint chaque jour plus difficile, l'amaigrissement alla en croissant ; à la fin de l'année, les liquides parvenaient à peine à franchir l'obstacle.

Tel était l'état du malade de M. Fenger. L'auteur reconnut un rétrécissement cancéreux de la partie inférieure de l'œsophage ; la dilatation dans un cas semblable était dangereuse et même impraticable. En présence de ses collègues d'hôpital, M. Fenger exposa les circonstances qui l'engageaient à avoir recours à la gastrotomie. Ceux-ci conseillèrent d'essayer encore quelque temps la dilatation au moyen de bougies : ces tentatives n'eurent aucun résultat ; M. Fenger ne put parvenir à franchir le rétrécissement. Quelques liquides nourrissants purent être ingérés ; on donna des lavements de lait ; cependant l'amaigrissement allait chaque jour en croissant. Le malade, auquel on fit comprendre le danger inséparable d'une opération de gastrotomie, voyant lui-même l'aggravation constante de sa maladie, la demanda avec instances. Le 23 mars, M. Fenger, après avoir discuté les parties diverses du procédé opératoire, pratiqua la gastrotomie. On avait eu soin préalablement d'administrer un lavement qui avait déterminé une évacuation alvine. Le malade fut soumis à l'action du chloroforme. Une incision fut faite, partant de l'extrémité de l'appendice xiphoïde et se dirigeant en bas, en dehors et à gauche, le long du bord des cartilages costaux, jusqu'au bord externe du muscle droit. On divisa successivement la peau, l'aponévrose antérieure, le muscle, l'aponévrose postérieure ; l'artère épigastrique coupée en travers fut liée. On coupa ensuite le péritoine à gauche du foie dont on reconnut facilement le lobe gauche. L'index et le médius de l'opérateur, introduits dans la plaie, pénétrèrent dans l'abdomen, suivirent la courbure du diaphragme, reconnurent la rate, et enfin touchèrent l'estomac. Sa paroi antérieure fut saisie et amenée à l'ouverture anormale. Le pli de la paroi antérieure stomacale fut transpercé au moyen de deux fils de soie armés à chaque extrémité d'une aiguille à suture. La partie la plus interne de la plaie fut transpercée au moyen d'une aiguille d'or, de manière à rapprocher les deux bords de la solution de continuité. Les quatre aiguilles à suture traversaient, dans des points correspondants, le reste de la plaie. La paroi antérieure de l'estomac fut alors divisée avec soin. Les fils de soie qui traversaient l'estomac furent amenés au dehors, et servirent à compléter la suture. La muqueuse fut fixée au dehors au moyen de huit points de suture. L'aiguille d'or fut laissée en place et servit à rapprocher les bords de cette partie de la plaie ; le reste fut également mis en rapport au moyen de bandes de taffetas d'Angleterre. Le malade eut quelques envies de vomir, mais ne rejeta rien par l'estomac ; une demi-tasse d'un liquide mucilagineux fut introduite dans la cavité stomacale au moyen d'un tube de verre. La plaie fut recouverte par un pansement simple. Dans la journée le malade éprouva quelques coliques ; on ne lui permit, à cause de la soif qu'il accusait, que l'usage d'un gargarisme sans rien avaler. A trois reprises, on introduisit une demi-tasse de liquide mucilagineux dans l'estomac. La nuit fut bonne. Le lendemain, la plaie était un peu gonflée, le pouls plus accéléré ; un peu de lait fut introduit dans l'estomac ; la plaie donnait écoulement à un liquide acide coagulant le lait. Dans la nuit suivante, le malade accusa une douleur lancinante à la région épigastrique ; il dormit peu. Le 25 au matin, il annonçait avoir faim ; le pouls était à 104, petit ; le ventre peu sensible, même au pourtour de la plaie ; ailleurs complétement indolent. Un peu de liquide verdâtre s'écoula de l'estomac ; on y introduisit du lait, et le malade eut quelques envies de vomir douloureuses. A midi, la face du malade était altérée. La plaie donnait écoulement à un peu de liquide verdâtre. L'affaiblissement s'accrut graduellement, et le malade succomba à sept heures et demie du soir, cinquante-huit heures après l'opération.

Autopsie, trente-huit heures après la mort. — Péritoine sain, pas d'épanchement dans son intérieur ; injection du péritoine diaphragmatique, surtout à gauche : près de la rate existait une petite quantité de liquide épais coloré en brun ; le grand épiploon était sain. La plaie de l'estomac était située à 8 centimètres du cardia près de la grande courbure. La muqueuse stomacale présentait à peine un peu d'injection ; elle était saine. L'estomac était peu revenu sur lui-même ; la partie inférieure de l'œsophage était occupée par une tumeur cancéreuse placée entre ses parois, et n'ayant pas encore ulcéré la muqueuse. Au-dessus du rétrécissement, l'œsophage n'était pas dilaté ; sa tunique musculaire était épaissie. Aucun autre organe du corps ne contenait de cancer. Au sommet de chaque poumon existaient des tubercules grisâtres, d'autres en voie de ramollissement. (*Virchow's Archiv fuer path. Anat.*, vol. VI, liv. 3, p. 350 ; 1854.)

Traitement du cancer par la congélation,
par M. J. Arnott.

Nos lecteurs connaissent probablement déjà le fond des idées dont le présent article est destiné à donner la preuve expérimentale. M. Arnott traite le cancer des diverses régions du corps par l'application d'un mélange frigorifique composé de 2 parties de glace finement pulvérisée, et de 1 partie de chlorure de sodium.

Ce topique, dont on réitère l'emploi à sept ou huit jours d'intervalle, procure d'abord le soulagement des douleurs qui résultent du cancer ; en outre, il enraye les progrès de la désorganisation.

Mais, indépendamment de ces deux effets palliatifs, peut-il guérir le cancer ? M. Bennett, d'Édimbourg, pense que lorsqu'on peut abaisser suffisamment la température d'une masse cancéreuse, on la détruit inévitablement ; et M. Arnott, confirmant cette opinion, croit que l'efficacité du froid contre des cas de ce genre est due à son pouvoir de tuer les animalcules parasites du cancer.

Explication à part, l'auteur a observé quelques faits qui paraissent établir cette vertu destructive du cancer qu'il attribue au mélange réfrigérant. En voici un des plus remarquables.

M. Arnott vit, au printemps de 1852, une dame âgée de cinquante ans, qui, depuis près de deux ans, portait dans le sein une tumeur volumineuse, pour laquelle elle avait refusé l'amputation neuf mois auparavant. La tumeur, volumineuse, dure, s'accompagnait de rétraction du mamelon, d'où suintait une exsudation morbide. Des douleurs lancinantes empêchaient le sommeil. La maladie était en voie évidente de progression.

L'application de glace et de sel fut faite à deux reprises, chaque fois durant cinq minutes, à une semaine d'intervalle.

Depuis le milieu de mai jusqu'au 14 juillet, on fit seulement cinq applications semblables, en laissant le mélange assez longtemps pour changer la coloration de la peau, mais sans produire de vésication. — A partir de ce moment la glace manqua, et on ne l'employa plus jusqu'au 16 juin 1853. — Malgré une aussi longue interruption, non seulement l'amélioration opérée par les premières séances de congélation ne se démentit pas, mais encore le progrès vers la guérison fut tel, qu'à l'époque, notée ci-dessus, du dernier bulletin, la tumeur avait presque entièrement disparu. Depuis longtemps il n'existait plus aucune douleur.

On recommença l'usage du froid en topique, et le 15 novembre « il ne restait plus ni tumeur ni dureté. » Le seul vestige de la maladie ancienne consistait dans l'exsudation d'une matière gommeuse, qui se faisait au pourtour du mamelon. (*The Lancet*, 15 avril 1854, p. 414.)

Emploi de l'extrait de noix vomique dans la fièvre typhoïde, la diarrhée et le choléra des enfants, par le docteur Aristide Rodrigue.

L'adynamie profonde qui se manifeste dans un certain nombre de fièvres typhoïdes constitue un des accidents les plus graves de cette affection ; lorsque la stupeur et le coma n'ont pas cédé à la suite de l'administration des toniques et des excitants, M. Rodrigue fait prendre au malade de 1 à 2 centigrammes d'extrait de noix vomique, répétés chaque demi-heure. L'auteur annonce avoir mis en usage avec succès le même mode de traitement dans ces diarrhées abondantes aqueuses qui épuisent rapidement le malade, et dans le choléra des enfants. (*American Journal of the Medical Sciences*, 1854, janv., p. 273.)

Nouveau mode de traitement du diabète, par le docteur GOOLDEN.

On connaît les expériences si curieuses et si concluantes de notre célèbre physiologiste le professeur Cl. Bernard, qui nous ont fait connaître l'influence d'une portion limitée du système nerveux intracrânien sur la sécrétion du sucre. En piquant une partie des parois du quatrième ventricule il parvenait aisément à rendre les animaux diabétiques. Ces résultats physiologiques avaient jusqu'ici exercé peu d'influence sur la thérapeutique du diabète ; en Angleterre, M. le docteur Goolden, médecin d'un des grands hôpitaux de Londres, vient de diriger dans ce sens ses expériences thérapeutiques ; ce praticien observa un malade qui, à la suite d'un coup violent reçu sur la tête, présenta pendant plusieurs semaines du sucre dans l'urine ; ce fait, qui avait un rapport si intime avec les expériences physiologiques citées plus haut, engagea le docteur Goolden a diriger le traitement du diabète du côté de la tête. Ce traitement a été mis en usage chez quatre malades, et chez deux il a paru être employé avec succès.

Nous espérons que le docteur Goolden fera connaître au monde médical le résultat de ses expériences, dont le succès et l'insuccès sont également importants. (*Medical Times and Gazette*, avril 1854, page 347.)

De la nature et du traitement de quelques espèces de teigne, par M. JENNER et M. VERHAEGHE.

Les espèces de teigne qui occasionnent l'alopécie s'accompagnent toutes de la présence d'un cryptogame microscopique différent pour chacune de leurs variétés. Charriées par l'air, les sporules de ces cryptogames sont déposées sur les parties du corps où elles peuvent rencontrer un sol convenable à leur multiplication.

Rien ne peut d'avance faire prévoir cet état anormal des parties pilifères, qui, chez quelques individus, les rend plus propres à favoriser le développement de ces parasites. Cependant, on a remarqué que les sujets scrofuleux, débiles, malpropres, y sont les plus exposés. De là une première indication très rationnelle dans le traitement des teignes rebelles, celle de recommander, outre la propreté locale, les moyens capables de fortifier la constitution, les bains salés, l'huile de foie de morue, les amers, le vin, le grand air, une nourriture animale, etc.

Mais la seconde indication, non moins importante, est celle qui a pour but la destruction sur place du végétal microscopique. M. Jenner croit avoir trouvé dans l'acide sulfureux un parasiticide assuré, d'autant qu'il agit très efficacement contre une certaine forme d'aphthes; car il suffit, pour les faire disparaître, d'une seule application d'une solution de 4 grammes de sulfite de soude pour 30 grammes d'eau.

Pour la teigne, l'acide sulfureux est employé à l'état liquide, c'est-à-dire dissous dans l'eau. Cette solution s'obtient en faisant passer un courant de cet acide dans de l'eau jusqu'à ce que celle-ci en soit saturée. 60 grammes de ce liquide dans 180 grammes d'eau forment la lotion employée à l'hôpital des Enfants de Londres. Des linges qu'on en imbibe sont mis sur les parties malades et renouvelés plus ou moins fréquemment, selon le cas ; un bonnet de taffetas ciré les maintient. Parfois huit à dix jours suffisent pour obtenir une guérison parfaite. Si quelque pustule provenant d'irritation simple persiste ensuite, on en triomphe aisément à l'aide d'une pommade au tannin ou au sulfate de zinc.

M. Verhaeghe a essayé cette médication dans trois cas; elle a échoué, après une amélioration qui se produisit au début, chez un garçon de neuf ans, dont la teigne datait de trois ans.

Mais un malade de dix-huit ans, chez qui le favus existait depuis six ans, et un enfant de quatre ans, où il n'affectait que le dos et les membres supérieurs, furent plus heureux. Le premier, dont le cuir chevelu avait déjà été soumis infructueusement à diverses médications, guérit rapidement et d'une manière solide. Quant au second, il suffit de quatre à cinq jours d'application de linges trempés dans la solution d'acide sulfureux pour voir tomber les croûtes, qui ne reparurent plus. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Bruges*, 1854.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Rapport sur le choléra épidémique, fait au nom de la commission du Collége royal des médecins de Londres, par MM. les docteurs W. BALY et W.-W. GULL (1854).

Le collége royal des médecins avait envoyé à un grand nombre de ses membres praticiens exerçant dans diverses parties de l'Angleterre, des lettres circulaires contenant une série de questions relatives au choléra et auxquelles on demandait des réponses. L'appel du Collége de Londres a été entendu, et de nombreux matériaux ont été confiés par la commission à deux rapporteurs, MM. W. Baly, médecin de la prison de Millbank, et W.-W. Gull, médecin adjoint de l'hôpital de Guy de Londres. La première partie de l'ouvrage est de M. W. Baly ; elle traite de l'origine, de la marche et de la propagation du choléra, pendant l'épidémie de 1849, en Angleterre. Dans une série de cartes faites sur un excellent plan, M. Baly a représenté le nombre des décès causés par le choléra dans les villes et même les plus petits villages d'Angleterre. Pour ce travail il s'est aidé fréquemment du recueil connu sous le nom de *Registrar-General*, recueil très intéressant dont M. Pietra-Santa a donné l'analyse dans la *Gazette hebdomadaire* (n^os 9-10). En examinant les conditions hygiéniques et climatériques des lieux où le choléra avait sévi avec le plus d'intensité, M. Baly dit avoir constaté que le nombre et la gravité des cas de choléra avaient surtout été très marqués dans des endroits situés sur le bord de la mer, près de l'embouchure des fleuves, dans les localités où une population nombreuse était resserrée dans un petit espace. Ces villes, comme Londres, Plymouth, Hull, Newcastle, sont, par leur situation, exposées à l'humidité. Habitées par une population pauvre, elles présentent de mauvaises conditions hygiéniques ; aussi l'auteur admet-il qu'en 1849 les conditions prédisposantes au développement de l'épidémie furent : une population accumulée dans peu d'espace, une ventilation insuffisante, un drainage imparfait et le manque de propreté. Des exemples pris dans des prisons, des maisons de correction, etc., servent de preuves à ses propositions. L'influence de la température ne paraît pas absolue ; il est vrai que, sur 32 épidémies, la mortalité cholérique atteignit son apogée dans 6 en juillet, 7 en août et 7 en septembre ; mais on pourrait citer sans difficulté des épidémies qui atteignirent leur maximum pendant la température froide.

La doctrine de la propagation par contagion paraît compter peu de partisans en Angleterre : ainsi, sur 84 communications reçues par les commissions de divers médecins de la Grande-Bretagne, 7 seulement sont franchement contagionistes. Cependant M. Baly ne rejette pas complétement la propagation par infection. Il est remarquable, dit-il, que le choléra se soit déclaré en Angleterre, à New-York, à la Nouvelle-Orléans après l'arrivée de navires ayant le choléra à bord. Faudrait-il en conclure qu'il y a eu contagion ou infection ? L'auteur serait assez porté à le croire et à admettre que le choléra, dans le plus grand nombre des cas, a été introduit par la navigation, transporté par les communications d'un pays à un autre. Nous trouvons, à propos de cette question, d'intéressants tableaux relatifs au nombre des cas de choléra survenus chez les médecins ou les gardes-malades : ces résultats ne déposent pas en faveur de la contagion.

La propagation du choléra avait été expliquée en Angleterre par une autre théorie, celle du docteur Snow. Ce médecin avait admis que la matière des évacuations, se mêlant à l'eau des rivières, était ensuite avalée par d'autres individus, et portait ainsi son action directe sur la muqueuse gastro-intestinale. Nous rapportons ici cette théorie, sans avoir presque besoin d'ajouter que M. Baly la repousse. La théorie des molécules cholériques flottant dans l'air, de la propagation par certaines eaux, est rejetée également. Parmi les mesures préventives, M. Baly repousse les quarantaines et conseille l'observation rigoureuse d'une bonne hygiène.

La deuxième partie de l'ouvrage est, comme il a été dit, du docteur W. Gull. Toute la partie pathologique est traitée avec un grand soin. Nous devons remercier l'honorable rapporteur d'avoir su tirer

un aussi bon parti des matériaux que nous-mêmes avons été heureux de lui fournir. On comprend que M. Gull a édifié l'histoire anatomique et séméiologique du choléra avec des matériaux empruntés aux médecins de tous les pays. Nous regrettons de ne pouvoir mentionner les détails intéressants dans lesquels entre le rapporteur du collége royal des médecins. Nous avons hâte d'arriver à quelques questions d'actualité.

La diarrhée qui règne dans le moment d'une épidémie de choléra est-elle la première période de la manifestation cholérique? Question difficile, dont la solution exige la solution préalable d'autres questions secondaires. Ainsi on s'est demandé, en Angleterre comme en France, si le choléra était précédé d'une diarrhée prémonitoire. D'après l'analyse des faits, on peut répondre qu'il en était ainsi en général, mais non pas constamment.

La statistique a fourni des résultats curieux à Glasgow. Dans la ville et ses environs, 6,119 individus s'adressèrent aux dispensaires. On découvrit, par des visites, 5,991 cas de diarrhée simple, 979 de diarrhée avec matières blanchâtres floconneuses. On traita en tout 13,089 cas de diarrhée. 27 fois seulement le choléra se manifesta chez des malades traités pour la diarrhée, et il y eut en tout, dans le territoire indiqué, 2,234 cas de choléra. La statistique a montré également à Londres combien il était rare de voir le choléra se manifester chez des malades dont la diarrhée avait été traitée par les moyens convenables.

Rien, il faut le dire, ne distingue la diarrhée simple de celle qui sera suivie sous peu de choléra; et sous ce rapport les recherches de nos confrères anglais n'ont pas apporté d'éléments nouveaux.

Le traitement adopté par le plus grand nombre des praticiens anglais consista dans l'ad ministration des excitants, des opiacés, du calomel. Le chloroforme fut donné à l'intérieur et à l'extérieur. Nous signalerons encore le traitement par le sel, les vomitifs, les émissions sanguines, les applications chaudes, froides, l'oxygène, le galvanisme, les injections salées dans les veines, etc. Ces diverses médications ne paraissent pas avoir eu aucun avantage marqué; et, nous le disons avec douleur, la thérapeutique du choléra est encore à faire.

Félicitons en terminant MM. Baly et Gull du soin consciencieux avec lequel ce travail est exécuté; le lecteur trouvera dans leur ouvrage de précieux renseignements, éclairés par une saine critique qui n'hésite pas à montrer clairement les points douteux de la science.

Recherches sur les lésions trouvées à l'ouverture des cadavres; étude de la signification de ces lésions (*Darstellung der Leichenerscheinungen und deren Bedeutung*, etc.), par le docteur J. Engel, professeur à l'Université de Prague. Vienne, 1854, 348 pages.

Lorsque la mort permet à l'anatomo-pathologiste d'examiner un organe dont il a pu suivre pendant la vie, grâce aux symptômes physiques et généraux, les altérations successives, il doit toujours se souvenir de la difficulté que l'on trouve à distinguer la lésion cadavérique de la lésion pathologique. L'étude des altérations cadavériques proprement dites, des lésions faussement attribuées à la maladie, tel est le sujet principal du livre du professeur Engel. On a trop négligé, dit l'auteur, de tenir compte des modifications que l'enlèvement de la boîte crânienne fait subir au cerveau sous le rapport de la plénitude de ses canaux vasculaires, de la forme de ses circonvolutions, ou enfin de la capacité de ses cavités; ainsi la congestion piquetée du cerveau est attribuée, en général, à un état congestionnel plus ou moins grand; mais ce piqueté lui-même varie, suivant une foule de circonstances dépendant de la consistance du cerveau, de l'élasticité des vaisseaux artériels, etc. Ces difficultés sont telles, que l'auteur, très versé dans les recherches d'anatomie pathologique, déclare qu'il est impossible de se prononcer formellement, d'après l'examen cadavérique, sur l'existence ou l'absence d'une congestion cérébrale. Quand on sait faire abstraction des influences purement cadavériques, on sent combien M. Engel a raison. C'est une des raisons pour lesquelles certaines lésions sont encore inconnues; ainsi personne n'a jusqu'ici déterminé d'une manière exacte les caractères de la phlegmasie des nerfs.

C'est avec un grand soin que l'auteur étudie les lésions des cavités splanchniques; il montre quels déplacements l'enlèvement de la paroi antérieure de la poitrine peut faire subir aux organes intrathoraciques, et refuse avec raison d'admettre, au début de la pleurésie, une diminution dans la transparence des plèvres.

Notre intention n'était pas de poursuivre l'étude en détail de cet ouvrage; ce que nous en avons dit suffit pour montrer que l'étude des lésions pathologiques suppose préalablement connue l'altération que la décomposition cadavérique entraîne dans les organes de l'homme.

Le livre de M. Engel est une excellente introduction à l'étude de l'anatomie patho ogique; il peut servir de guide au médecin légiste; on voit donc qu'il a une double application. Ce livre manquait d'ailleurs jusqu'ici à la littérature médicale, et M. le professeur Engel a cherché avec raison à combler ce vide.

Docteur Leudet.

VII.

VARIÉTÉS.

La Faculté de médecine de Paris a été officiellement invitée par M. le ministre de l'instruction publique et des cultes à dresser, conformément aux dispositions du décret du 9 mars 1852, la liste de présentation des candidats pour la chaire de clinique vacante par suite du décès de M. le professeur Roux.

MM. les docteurs qui désirent se mettre sur les rangs pour obtenir cette chaire sont priés de déposer leur demande au secrétariat de la Faculté avant le jeudi 1er juin, et d'y joindre l'exposé de leurs titres.

Le secrétaire de la Faculté, A. Amette.

Choléra. — Voici le mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine, depuis notre dernier bulletin.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 18 mai....	6	2	8	9	6
19........	5	2	7	4	3
20........	8	0	8	6	3
21........	0	2	2	6	6
22........	5	0	5	3	4
23........	4	2	6	8	4
Résumé de la semaine.	28	8	36	36	26

La situation au 23 mai était celle-ci :

Cas traités dans les hôpitaux depuis novembre.....		2,018
Sorties..........	829	1,892
Décès...........	1,063	
Reste en traitement...............		126

Ainsi, il y a eu, du 18 au 23 mai, 36 cas nouveaux, 36 sorties et 26 décès.

Les huit cas déclarés à l'intérieur appartiennent à *la Charité*.

Emploi de l'hydrocotyle asiatica (Linné), contre les taches de lèpre. — Nous trouvons dans le *Moniteur officiel des établissements français dans l'Inde*, des extraits de lettres du docteur Boileau, relatifs à l'emploi de l'*hydrocotyle asiatica* contre la lèpre. Cette plante, qui appartient à la famille des ombellifères, est employée sous forme de tisane, de sirop et de bains. Sous l'influence de ce traitement, assure le docteur Boileau, les taches lépreuses (qui sont cuivrées et plus ou moins insensibles) présentent çà et là des points blancs et deviennent farineuses. Les points blancs se réunissent, la farine disparaît et la peau reprend sa couleur normale, surtout si l'on emploie à la fin les bains sulfureux.

Le même traitement serait encore très efficace contre les dartres, les ophthalmies chroniques, le rhumatisme ancien, etc.

— Les médecins de Berlin s'occupent en ce moment de fonder une association de secours pour les médecins pauvres résidant à Berlin ou dans les environs et même pour les voyageurs.

(*Allgemeine Centr. Zeit.*, 1854, 29 avril.)

— La cité de Londres a conféré pour la première fois, cette année, la dignité d'*Alderman* à un membre du corps médical, le docteur Kennedy, médecin de la compagnie des Indes. Il faut ajouter que le docteur Kennedy s'est beaucoup occupé d'affaires commerciales et a acquis une grande fortune.

— L'association de prévoyance et de secours des médecins du département du Rhône, a tenu ces jours derniers, au Palais Saint-Pierre, son assemblée générale publique. Cette association ne se borne pas à distribuer des secours; elle se réserve encore de signaler à l'autorité les délits et abus relatifs à l'art de guérir. Elle compte déjà 112 sociétaires, et il lui reste en caisse une somme de 1,900 francs qui sera capitalisée dans la prévision des besoins futurs. — On a entendu dans cette séance un discours de M. *Polinière*, président; le compte rendu du secrétaire général pour 1853, et l'éloge de Pravaz par M. *Munaret*.

— Sur une population moyenne de 19,240 individus qu'ont renfermée en 1852 les établissements pénitentiaires, on a compté 1,232 décès, c'est-à-dire 6 sur 100. Les cas d'aliénation mentale dont les symptômes s'étaient déjà manifestés avant la détention ont été de 16, et ceux qui se sont déclarés depuis la détention se sont élevés à 34. On a compté 8 suicides. (*Rapport du ministre de l'intérieur sur les établissements pénitentiaires.*)

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau

Abeille médicale. — N° 14. Cliniques et revues.

Bulletin général de thérapeutique. — 15 mai. Emploi des vésicatoires chez les enfants, par *Hervieux*. — Anesthésie localisée, par *Richet*. — Caractères du fer réduit par l'hydrogène, par *Stanislas Martin*. — Nouvel appareil dit glossocome pour le traitement des fractures du membre supérieur, par *Dauvergne*.

Gazette des hôpitaux. — N°s 54 à 61. Obstruction de l'intestin, datant de 82 jours; entérotomie; guérison, par *Joel*. — Mort apparente pendant six heures, avec absence de bruits du cœur, par *Bouchut*.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques. — Mai. Revues et analyses.

Journal de Pharmacie et de Chimie. — Mai. Pas de travaux originaux de médecine.

La France médicale. — N° 4. Cliniques et revues.

Moniteur des hôpitaux. — N°s 54 à 61. Structure du tubercule, par *Verneuil*. — Sur les hernies étranglées, par *Thierry*.

Presse médicale. — N°s 18, 19 et 20. Vues synthétiques sur le choléra, par *Mayer*. — Emploi du perchlorure de fer à l'extérieur, par *Thierry*. — Revues cliniques.

Revue médicale française et étrangère. — 15 mai. Les épidémistes et les endémistes, par *Sales-Girons*. — Usage externe de l'iode, par *Boinet*.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. — N° 10. Prophylaxie et traitement du choléra, par *Debreyne*. — Hémorrhagie interne, par *Dax*. — Feuilles de frêne contre la tumeur blanche, par *De Larue*.

Répertoire de pharmacie. — N° 11. Extraits. Formules.

Union médicale. — N°s 54 à 61. Cathétérisme de la trompe d'Eustache, par *Bonnafont*. — Cicatrisation vicieuse, suite d'une blessure du scrotum et de la verge, par *Bonnain*. — Orchite traitée par le collodion; vives douleurs et dénudation du derme, par *Richet*. — Emploi du collodion, par *Robert-Latour*.

Bulletin de la Société de médecine de Poitiers. — N° 23. Fièvre intermittente endémique du canton de Saint-Savin, par *Vergier*. — Fracture de deux cuisses et de deux côtes à droite; luxation de la clavicule droite; pied-bot accidentel à gauche; ténotomie; guérison sans claudication, par *Bonnet*. — Sur l'*oïdium Tuckeri*, par *Collinet* et *Malapert*.

Gazette médicale de Lyon. — N° 4. Du jour et de la nuit, considérés dans ses rapports avec les maladies, par *Jaumes*. — Nouveau procédé de réunion applicable aux déchirures du périnée et à celles de la cloison recto-vaginale, par *Reybard*. — Recherche du manganèse dans le sang, par *Glenard*. — Nouvelle combinaison de l'iode, par *Sucquet* et *Guilliermond*.

Revue thérapeutique du Midi. — N°s 8 et 9. Hémorrhagies qui compliquent les suites d'opérations chirurgicales, par *Buisson*. — Oreillons suivis de métastase sur les testicules, par *Massina*. — Propriétés du salicite de potasse, par *Desmartin*. — Ophthalmie catarrhale, par *R. Falot*.

Annales et Archives de Médecine belge et étrangère. — Avril 1854. (Extraits et analyses).

Annales médicales de la Flandre occidentale. — 8e et 9e livraisons. Fracture de la mâchoire inférieure abandonnée à elle-même, par *Ancelon*. — Sur la spirée ulmaire, par *L'Hermitte*. — Paraplégies essentielles, par *Macario*. — Traitement de l'ongle incarné, par *Richter*. — Ophthalmie en Algérie, par *Bertherand*.

Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique. — 1853-54. N° 2. Rapport et discussion sur la péripneumonie des bêtes bovines. — Rapport sur les moyens d'éviter les amputations et les résections.

Gazette médicale de Liége. — N°s 8 et 9. — Sur la constitution pathologique actuelle (*anonyme*). — Sur le rhumatisme articulaire avec méningite et accès périodiques, par *Lambert*.

Presse médicale belge. — N°s 20 et 21. Sur le rhumatisme articulaire, par *M. Graux*.

Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, etc., v. Damerow, Flemming u. Roller. — XIe vol., 1er cah. La cleptomanie dans ses rapports phrénologiques, par *G.-H. Bergmann*. — Sur les maladies mentales observées dans l'établissement correctionnel de Halle et sur leurs rapports avec les crimes, par *Delbrück*. — Sur la manie de prêcher dans Lappmarken (Suède), par *Wretholm*.

Deutsche Klinik. — N° 18. Bandage de plâtre, de *Pirogoff*, pour les fractures simples et compliquées et le transport des blessés sur le champ de bataille. (Extrait.) — Nouvelles expériences sur le traitement antipsorique abrégé par le docteur *Fronmüller*. — Teinture du protochlorure de fer contre la blennorrhée de la vessie, par *Lange*. — Catarrhe chron. et ossification des bronches; mort par pneumonie intercurrente, par *Schrœder* (de Gœttingue).

Medicin. Central-Zeitung. — N° 35. Bains d'Apoquindo (Amérique méridionale). — N° 36. Géographie médicale. (L'influence du climat et du sol sur la phthisie et les affections de l'abdomen.)

Medicin. Zeitung, herausgeg. v. d. Vereine in Preussen. — N° 18. Sur la manie par jalousie, par *Ideler*.

Monatsschrift f. Geburtskunde u. Frauen-Krankheiten, publ. par *Busch*, etc. — IIIe vol., 4e cah. Communicat. obstétr. par le docteur *Feist*. — Cas de placenta prævia central, par *Spengler*. — Rapport sur l'établ. d'accouchem. de Halle, en 1852, par le prof. *Hohl*.

Schmidt's Jahrbuecher, 1854. — N° 5. Revues analytiques. Rapport sur le traitement par la nouvelle gymnastique, par *Richter* (fin).

Vierteljahrschrift f. die praktische Heilkunde. — Prag. 11e année, 1854. Vol. II (*Gazette de Prague*). Rapport sur le service de chirurgie du prof. Pitha de Prague (1850-52), par *Güntner*. — Traitement du trachoma, par *Pilz*. — Plusieurs cas de grossesse avec déformation congéniale de l'utérus, par le prof. *Chiari*. — Quelques remarques générales sur les causes du crétinisme, par *Meyer-Ahrens*, de Zurich. — Diagnostic, étiologie et symptomatologie des maladies de l'œsophage, par *Betz*. — Sur les ulcères des os, par le prof. *Engel*. (IIe article.) — Quelques remarques sur l'aconit, par *Schroff*.

Vierteljahrschrift f. gerichtl. u. œffentl. Medicin, publ. par *Casper*. — Ve vol., 2e cah., 1854. La scéléto-nécropsie judiciaire, par *Kanzler*. — Empoisonnement par l'arsenic, par *Consbruch*. — Sur l'immunité locale, par *Pappenheim*. Viol, communic. du docteur *Fr. Reinhard*.

Wiener medizinische Wochenschrift. — N° 14. Deux cas de guérison d'ulcération perforante de l'estomac chez des hommes et sur le traitement de cette affection, par *Küchenmeister*. — Rapport médical sur l'hôpital de Vienne. Année 1852. — N°s 15 et 16. Transmission du chancre vénérien sans coït, par le prof. *Sigmund*.

Livres nouveaux.

Observations sur le fluide organo-électrique et sur les mouvements électrométriques des baguettes et des pendules, par le *Baron de Morogues*. 1 volume in-8 de 276 pages avec 2 planches contenant 60 figur. Paris, Victor Masson. 6 fr.

Chirurgische Beobachtungen, gesammelt in der K. chirurgischen Universitæts-Klinik zu Berlin, par *W. Busch*. In-8. Berlin, chez Hirschwald. 7 fr.

Die Infusionsthiere, auf ihre Entwickelungsgeschichte untersucht, par *F. Stein*. In-4°. Leipzig, chez Engelmann. 32 fr.

Die Krætze. Nach den bisher ætiologischen und therapeutischen Forschungen und Leistungen dargestellt. In-8°. Aix-la-Chapelle, chez Ter Meer. 3 fr.

Die Verjuengung im Thierreich als Schœpfungsplan der Thierformen, par *Schultz-Schultzenstein*. In-8. Berlin, chez Hirschwald. 5 fr.

Die Krankheiten des Auges fuer praktische Aerzte geschildert, par *Arlt*. Tome I: Die Krankheiten der Binde- und Hornhaut. In-8. Prague, chez Credner und Kleinbub. 8 fr.

Handbuch der Balneotherapie. Praktischer Leitfaden bei Vorordnung der Mineral-Brunnen und Bæder, par *H. Helfft*. In-8. Berlin, chez Hirschwald. 11 fr.

Klinische Untersuchungen zur Fieber-, Entzuendungs- und Krisenlehre (*Recherches cliniques sur la doctrine des fièvres, inflammations et crises*), par *Zimmermann*. In-8. Hamm, chez Grote. 6 fr.

Lehrbuch der Krankheiten des Kindes in seinen verschiedenen Altersstufen. 1re livr. In-8°. Leipzig, chez Schæfer. 3 fr.

Lehrbuch der Receptirkunst für Aerzte, par *Schœman*. In-8°. Jena, chez Mauke. 4 fr.

Sechs und zwanzig neue Fælle vollfuehrter Blasenstein-Zertruemmerung, zuweilen mit Beihülfe der Chloroform-Narcose, par *V. de Ivanchich*. In-8. Vienne, chez Seidel. 3 fr.

Theorie der Augenspiegel, auf elementarem Wege aus den Grundsætzen der Optik entwickelt, par *Stellwag von Carion*. In-8. Vienne, chez Gerold. 3 fr.

Pneumonia, its supposed Connection, Pathological and Etiological, with Autumnal Fevers; including an Inquiry into the Existence and Morbid Agency of Malaria, par *R. Laroche*. In-8. Londres, chez Truebner. 25 fr.

Psychological Inquiries; in a Series of Essays; intended to illustrate the mutual relations of the Physical Organization and the Mental Faculties. Londres, chez Longman. 7 fr.

The Microscope, and its Application to Clinical Medicine, par *L. Beale*. In-8. Londres, chez Highley. 14 fr. 50

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER :
Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX :
À LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
DE VICTOR MASSON
Place de l'Ecole-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.
ON S'ABONNE
chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 2 JUIN 1854. N° 35.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 1er juin 1854.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS ; EMPLOI DU PESSAIRE INTRA-UTÉRIN. — SOCIÉTÉ MÉDICALE ALLEMANDE DE PARIS : PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX ; APPLICATION AU TRAITEMENT DU TÉTANOS.

Nous nous rappelons le temps où, dans la chambre législative, on renvoyait un débat important à la prochaine séance, parce que M. Thiers avait mal à la gorge ou que M. Guizot ne se sentait pas très bien. Il s'est passé un fait analogue, mardi dernier, à l'Académie de médecine, où devait s'ouvrir la discussion sur le rapport de M. Depaul. Non pas que quelqu'un fût indisposé dans la Compagnie, grâce au ciel ! Mais M. Velpeau, — qui en a *très long à dire*, comme il l'a annoncé à la satisfaction générale, — avait laissé ses documents à la maison. Il est juste d'ajouter que, sauf une lecture de M. Piorry, aucun orateur ne s'est présenté. Chacun ayant compté sur son voisin pour les premiers frais d'éloquence, personne ne s'est trouvé prêt. La discussion a été remise à huitaine.

Nous ne voulons pas nous substituer à l'Académie ; mais, puisque le temps nous en est laissé, nous nous permettrons quelques remarques préliminaires sur les termes dans lesquels la discussion se présente et sur le caractère qu'il conviendrait de lui conserver.

Il ne s'agissait d'abord que des dangers du traitement mécanique de la déviation utérine, soit par la sonde, soit par le pessaire à demeure. L'observation de M. Broca n'avait pas d'autre signification. C'est M. Cruveilhier qui a porté le litige sur le terrain des indications thérapeutiques et de la physiologie, où M. Depaul, comme rapporteur, a dû le suivre. Aujourd'hui, l'Académie se trouve en présence d'une question fort complexe. Il s'agit de savoir : 1° quelle est la direction normale de l'utérus ; 2° si la déviation utérine constitue une maladie réelle, donnant lieu à des troubles fonctionnels ou organiques et réclamant les secours de l'art ; 3° si elle peut être une cause de stérilité ; 4° si un traitement mécanique peut procurer un redressement persistant de l'organe ; 5° jusqu'à quel point l'introduction de tiges solides dans la cavité uté-

FEUILLETON.

Lettre médicale.

Panique des journaux scientifiques et littéraires. Plus de peur que de mal. — Encore un mot sur le syndicat de la presse médicale. — Les cliniques libres de Lyon : réponse à la *Gazette médicale* de cette ville. — Association de prévoyance des médecins du département du Rhône. Séance publique. — Mauvais bruit sur un entrefilets de l'*Estafette*. Rectification. — Le *père* Duval.

CHER CONFRÈRE,

Un bruit s'était répandu (*ibat fama per urbes*) que la presse médicale allait être réduite à un régime purement et exclusivement scientifique, sans le moindre relevé de *Nouvelles* et de *Variétés*, — à moins qu'il ne lui plût verser un nombre incalculable de centimes entre les mains de certaine dame drapée dont vous pouvez contempler l'image chaque matin sur les journaux politiques. C'est cette belle personne qui s'appuie d'un côté sur une main de justice, et de l'autre vous présente avec une grâce particulière quelque chose d'assez semblable à une balance, mais qui n'est en réalité qu'une escarcelle double. Méfiez-vous de la mendiante, c'est votre plus cruelle ennemie, cher confrère et abonné : c'est la rapine et la malice même ; c'est le loup du chaperon rouge, pour le moins ; c'est le ver rongeur qui en veut à la moelle de vos os ; c'est le vampire ; c'est la désolation et la ruine. Savez-vous, si on la laissait faire, ce qu'il en coûterait annuellement pour chaque abonné à la *Gazette hebdomadaire?* Un petit écu ! un bel et bon écu d'argent, que nous irions prendre, avec votre permission, dans votre poche, pour suivre fidèlement les lois de l'équité. Voilà, dans sa plus claire et sa plus douloureuse expression, l'infortune dont vous avez été un instant menacé il y a peu de jours. Des nouvelles pendant un an pour un écu, c'est moins cher qu'à la comédie :

Je vous dirai la nouvelle
Sans plus me faire prier,
Je la dirai, mademoiselle,
Si vous voulez m'embrasser.......

Mais vous ne voudriez peut-être pas de ce marché avec moi, cher et excellent confrère, et vous auriez tout avantage à délier les cordons de votre bourse.

La renommée avait obéi à la loi de sa nature, qui est de grandir en

rine, en permanence ou par intervalles, compromet la vie des malades ; 6° si d'autres moyens mécaniques, tels que ceintures, poches de caoutchouc, mèches rectales, etc., sont ou non dépourvus d'efficacité. Voilà, certes, un vaste champ de controverse ; mais, précisément parce qu'il est très étendu et varié, nous ne sommes pas sans craindre un peu que le débat n'y marche à l'aventure. Nous craignons surtout que les disquisitions physiologiques et pathologiques ne détournent trop de la question où le débat a pris sa source et qui est vraiment celle dont l'opinion publique est préoccupée. Quelque logique qu'il soit de rechercher si les déviations utérines réclament un traitement quelconque avant d'examiner la valeur d'une médication particulière, il ne faut pas oublier non plus que la connexité des deux solutions à intervenir n'existe qu'à l'égard de l'individu qui se les donne à lui-même, ou de l'Académie qui les vote ; car, quand l'Académie tout entière aurait décidé que les déviations et flexions utérines sont entièrement inoffensives, l'importance du second terme, c'est-à-dire du plus ou moins de danger du pessaire intra-utérin, ne perdrait rien aux yeux de ceux que la décision de l'Académie n'aurait pas convaincus. Il est donc à désirer que les orateurs, s'il en surgit, s'appliquent principalement à éclairer sur ce point la conscience, fort troublée aujourd'hui, des praticiens.

Nous exprimerons un autre vœu. Le redresseur utérin a fait grand bruit dans un certain monde extra-médical, et la discussion de l'Académie y a déjà éveillé l'attention. C'est un fait connu. L'issue de la discussion aura certainement une grande influence sur cette partie de la pratique médicale, parce que cette influence s'exercera tout à la fois sur les médecins et sur leurs clientes. Qu'on s'inspire de cette circonstance pour donner plus de sévérité aux appréciations, pour dissiper de fausses espérances de fécondité, pour prévenir les dangers de tentatives téméraires : rien de mieux, et nous ne saurions trop y applaudir. Mais la science a ses droits, dont il n'est jamais permis de faire le sacrifice dans une société savante ; et ce serait un faux calcul de ne tenir compte à une méthode thérapeutique que du mal qu'elle a causé. L'inconvénient serait d'autant plus grand ici que personne, jusqu'à présent, ne conteste absolument les inconvénients des déviations et des flexions utérines à un certain degré, ni l'opportunité de tenter le redressement. Ce n'est pas la première fois que, à l'Académie même, on n'a voulu envisager les choses que par le mauvais côté. Il en a été ainsi au sujet de la syphilisation, du chloroforme ; et, pour confesser enfin l'impression qui nous a suggéré ces quelques remarques, l'ensemble du rapport de M. Depaul nous semble laisser poindre des tendances analogues.

Le docteur Eckhardt, professeur à Giessen, a fait tout récemment, devant la Société allemande de Paris, des expériences fort curieuses qui, en jetant un nouveau jour sur la physiologie du système nerveux, peuvent éclairer aussi la thérapeutique du tétanos. En mettant le nerf d'un muscle quelconque en contact avec une solution de sel marin, le muscle est pris à l'instant de convulsions tétaniques. Si alors on applique au nerf les pôles d'une batterie constante, de manière que le pôle positif soit placé du côté du centre nerveux et le pôle négatif *à l'extrémité du nerf*, les convulsions disparaissent à l'instant. Elles reviennent dès que la batterie est retirée.

Une question se présente : L'action exercée par la batterie sur le muscle dépend-elle du courant électrique qui le traverse, ou d'une modification quelconque dans l'état physiologique du nerf ? Pour le savoir, M. Eckhardt met en contact avec la solution saline la partie moyenne du nerf, et fait passer le courant par la portion comprise entre cette solution et le centre nerveux. Or, le tétanos disparaît tout aussi vite et tout aussi complétement que dans la première expérience. Il paraît donc que cet effet doit être rapporté à l'état particulier que le courant électrique amène dans le cordon nerveux.

On voit comment de telles expériences, confirmées et variées, légitimeraient l'espoir d'arrêter court les accès de tétanos traumatique à point de départ local, en dirigeant un courant électrique suivant le sens indiqué, dans le nerf correspondant à la partie lésée. M. Eckhardt n'a pas eu encore occasion d'en faire l'expérience. Il s'est livré seulement à quelques essais sur des grenouilles empoisonnées avec la strychnine. Le lecteur trouvera sur ce point, comme sur plusieurs autres, des détails intéressants dans le compte rendu de la séance, que nous publierons prochainement. Nous n'avons voulu que mettre en relief un fait digne d'éveiller l'attention des physiologistes et des médecins.

A. DECHAMBRE.

---

marchant : *crescit eundo*. Mais au fond, elle n'était pas mal informée. La presse scientifique et littéraire a été réellement avertie d'avoir à restreindre le champ de ses ébats périodiques. Vous savez dans quelle situation se trouve cette partie de la presse. Un décret du président de la république, en date du 28 mars 1852, a exonéré du droit de timbre, par exception à la loi du 17 février de la même année, « les journaux et écrits périodiques et non périodiques, exclusivement relatifs aux lettres, aux sciences et à l'agriculture. » Un second article dispose que : « Ceux de ces journaux et écrits qui, même accidentellement, s'occuperaient de matières politiques ou d'économie sociale, seront considérés comme étant en contravention aux dispositions du décret du 17 février, et seront passibles des peines établies par les articles 5 et 11 de ce décret. » Jusqu'ici, pour rester sur notre terrain, les journaux de médecine avaient cru que tout ce qui ne rentrait pas dans l'interdiction prononcée par le second article, tout ce qui n'était ni du domaine de la politique, ni de celui de l'économie sociale, leur était par cela seul accessible ; et, dans cette conviction, ils accueillaient, sous forme de *nouvelles* ou de *variétés*, les faits qu'ils jugeaient capables d'intéresser leur classe particulière de lecteurs. C'est cet usage qui allait être, disait-on, supprimé radicalement, sauf néanmoins l'annonce bibliographique. Or, d'une conférence qui a eu lieu récemment entre M. le ministre des finances et les délégués de la presse médicale, il résulte qu'on s'était livré à des craintes exagérées. Si, en s'éclairant des cas particuliers qui ont été débattus dans cette conférence, on cherche à se faire une idée générale de l'interprétation qu'il faudra désormais donner au décret du 28 mars 1852, voici à quoi l'on arrive. Les journaux de médecine non timbrés peuvent, sous la condition de ne pas discuter les actes du gouvernement, donner place dans leurs colonnes à tout ce qui, étant susceptible de servir la science ou d'intéresser la médecine, est revêtu d'un caractère officiel. En dehors de cette sphère, tout fait, même accompli dans l'ordre des choses médicales, qui procède d'un intérêt individuel, ou qui n'intéresse que la curiosité du médecin et non la science, leur est rigoureusement interdit. En effet, d'après les explications de M. le ministre, une mission officielle, un cours officiel, une distinction honorifique, une promotion, etc., peuvent toujours être annoncés, bien que plusieurs de ces faits ne regardent la science que très indirectement. Il en est de même d'un bulletin sanitaire, qui constitue un élément scientifique. Mais l'annonce est interdite pour un cours particulier, comme n'étant qu'un fait individuel, dont l'annonce par affiches serait soumise au timbre, alors qu'elle proviendrait de l'administration des hôpitaux elle-même. La nouvelle de la mort d'un savant, la nouvelle simple, sans appréciation de ses

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES PAR LES PESSAIRES INTRA-UTÉRINS, rapport lu à l'Académie impériale de médecine, par M. le docteur DEPAUL.

(Voir les numéros 33 et 34.)

§ III. — ÉTAT DE L'OPINION RELATIVEMENT A L'EMPLOI DU PESSAIRE INTRA-UTÉRIN.

Le Rapporteur rappelle, pour montrer tout le péril des redresseurs intra-utérins, que M. Valleix lui-même, après avoir donné 6 centimètres à la tige intra-utérine, a été forcé de la réduire d'abord à 5 centimètres, puis à 4; que plus tard il a conseillé de laisser à cette tige « le moins de longueur possible »; qu'enfin il se borne aujourd'hui à introduire l'hystéromètre dans la matrice, pour la redresser par un mouvement convenable de l'instrument, et le retire aussitôt, pour le remplacer par un ballon de caoutchouc qu'on dilate avec de l'air après l'avoir placé entre le col et la paroi vaginale. Ce dernier changement dans la pratique de M. Valleix ne s'explique pas aisément en présence des nombreux succès que lui avaient donnés, assure-t-il, ses premiers procédés.

M. Valleix s'est souvent appuyé sur les partisans que sa nouvelle méthode compterait, soit en France, soit à l'étranger. Le rapporteur montre, par diverses citations, que, dans la patrie même de M. Simpson, le pessaire intra-utérin compte de nombreux et énergiques adversaires. Il cite, en particulier, le docteur Oldham, qui a vu deux fois le traitement mécanique occasionner la mort. Comme ces faits sont des éléments nouveaux et importants de la question, nous les rapporterons avec détail.

OBS. I. — Le 7 avril 1849, je reçus du docteur *Golding Bird* l'utérus et les annexes d'une dame qui était morte de péritonite causée par des tentatives qui avaient pour but de guérir la stérilité au moyen de la dilatation mécanique. Ces pièces anatomiques étaient accompagnées de la note suivante :

« Une dame brune, âgée de trente-six ans, mariée depuis plusieurs années, et qui n'avait jamais eu d'enfants, habitait la Jamaïque. Dès sa jeunesse, elle souffrait d'une dysménorrhée intense. Elle éprouvait toujours des douleurs pendant les rapprochements sexuels; elle était nerveuse, hystérique et excitable au dernier degré.

» Au mois de juin dernier, d'après l'avis de son médecin, elle vint à Londres tout exprès pour se faire dilater l'orifice utérin, chose que l'on avait déjà tentée avec des dilatateurs de cire. Le médecin accoucheur qui fut consulté à Londres fut du même avis, et crut que la stérilité et la dysménorrhée dépendaient d'un rétrécissement de l'orifice utérin. Il agrandit l'orifice au moyen de l'instrument tranchant et introduisit des dilatateurs d'argent. Ce procédé produisit d'horribles souffrances; et bien qu'au premier abord la malade s'imaginât que les douleurs de la menstruation étaient diminuées, celles-ci ne tardèrent pas à devenir aussi intenses qu'auparavant, et en définitive, elle n'éprouva aucun soulagement. Elle abandonna le traitement pour quelque temps; mais elle ne tarda pas à le reprendre de nouveau, et des canules d'argent furent passées dans l'utérus et laissées à demeure : de nouveau elle souffrit horriblement. Le samedi 31 mars, on introduisit un autre tube, et la souffrance fut intolérable. Des nausées et des frissons étant survenus, la patiente pria instamment sa sœur de retirer l'instrument, ce qu'elle réussit à faire. Comme son état empirait, un chirurgien du voisinage fut appelé, et la trouva atteinte de péritonite avec des phénomènes hystériques. Il survint presque aussitôt un état de collapsus, et elle continua à baisser jusqu'au mardi, époque à laquelle je la vis. Le pouls, filiforme, battait 200 fois par minute; l'abdomen était distendu. Vomissements d'un liquide noirâtre; irritabilité extrême. Tout traitement fut inutile : elle ne tarda pas à succomber.

»*Autopsie.*—Tout est sain dans la cavité abdominale, au-dessus d'une ligne allant d'une épine iliaque à l'autre; au-dessous, il y avait une péritonite intense. Les circonvolutions de l'intestin y étaient recouvertes d'une lymphe comme butyreuse, et le bassin était rempli de pus liquide. L'ovaire et le ligament large droits étaient recouverts d'une même couche butyriforme, mais si faiblement adhérente, qu'elle s'enlevait au simple contact de l'eau.

» La cavité de l'utérus était remplie de mucus sanguinolent.

» L'utérus était plus gros qu'il ne l'est ordinairement chez la vierge. Il était arrondi à sa face antérieure; il y avait à sa face postérieure une convexité saillante, qui, par la mollesse générale du tissu, montrait qu'il avait été le siége d'un engorgement récent. Les vaisseaux sanguins, sur toute la surface de l'utérus et des annexes, étaient injectés de sang, et cela se voyait surtout à l'extrémité frangée des trompes, aux ovaires, aux ligaments larges et ronds.

» A la surface antérieure du corps de l'utérus, il y avait deux petites tumeurs fibreuses saillantes, du volume d'un gros et d'un petit pois. Le revêtement séreux était très vasculaire; les vaisseaux sanguins, sur ces petites tumeurs, étaient très prononcés. Il y avait une petite tumeur dans la paroi postérieure. Lorsqu'on divisa la paroi antérieure, on la trouva fort hypertrophiée; elle avait 8 lignes d'épaisseur. La couche musculaire était ramollie, les veines développées; un stylet les traversait avec facilité. La longueur des cavités du col et du corps réunies était de 2 pouces 10 lignes. La muqueuse du corps était molle, légèrement boursouflée et d'une teinte vermeille; il suffisait de l'agiter dans l'eau pour l'enlever. A l'orifice interne de l'utérus, il existait une zone de vaisseaux sanguins très injectés, interrompue dans un seul point; la circonférence de cette ouverture était de 8 lignes. L'orifice externe offrait un bord net et lisse, sans aucune éraillure et aucune trace de division; sa circonférence mesurait 1 pouce 1 ligne. Le col présentait ses caractères propres, et ses follicules étaient vides de mucus. Sur la paroi antérieure qui avait subi la division, la muqueuse était irrégulière et ses plis lacérés transversalement. L'extrémité de la trompe droite était presque complétement fermée, comme si cela eût été une disposition congénitale (l'ouverture en était très petite). En l'ouvrant, l'extrémité frangée montrait ces riches plis de la muqueuse qui la caractérisent et qui étaient très injectés, et recouverts de sang et de mucus. Les deux tiers restants du tube étaient sains en apparence, non vascularisés et perméables dans toute leur étendue.

» L'ovaire droit était ramolli et gros. Il y avait, à l'extrémité utérine de l'ovaire, un kyste assez volumineux pour contenir une petite noisette. Le stroma était gorgé de sang. Il n'y avait qu'un seul follicule de Graeff ratatiné. La surface de l'ovaire était épaisse et plissée.

» L'ovaire gauche était irrégulier dans sa forme; une portion mamillaire saillante sortait de son extrémité externe. Lorsqu'on coupa cette portion saillante, on la trouva dure et vasculaire comme dans le début d'une maladie maligne; l'enveloppe ovarienne épaisse et ridée, le stroma vasculaire,

---

travaux, est également interdite, parce que le fait n'est ni un acte officiel, ni un élément scientifique.

Cette vue générale sur les dispositions manifestées par le gouvernement n'était peut-être pas inutile; car toutes les éventualités n'ont pu être posées ni prévues dans la conférence, et il importe, en cette matière délicate, d'avoir quelque règle à laquelle la presse puisse conformer ses déterminations. Nous croyons, en toute conscience, avoir indiqué celle qui ressort naturellement des obligeantes et urbaines explications de M. le ministre.

— Cette petite émotion, cher confrère, a remis en mémoire le projet de syndicat médical. Et, à ce sujet, une certaine *Causerie* nous a averti que *nous étant trop pressé* de traiter la question *à notre manière*, nous avions passé *par-dessus et à côté de ce qu'il fallait dire*, parce que *nous ne savions pas ce qu'on voulait nous proposer*. Nous avons peine à comprendre. Si une réunion préparatoire avait eu lieu, il est à présumer que les propositions de la *Causerie*, accueillies avec la considération qu'elles mériteraient, n'auraient pas été la base unique du projet; on ne commet aucune irrévérence en supposant qu'il aurait pu en venir de quelque autre côté, de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, par exemple; et, dès lors, sachant mieux que personne en quoi celles-là devaient consister, nous avons grande chance d'en avoir parlé pertinemment. Mais, à vrai dire, nous ne nous mettons pas beaucoup en peine d'éclaircissements. Il nous semble être instruits suffisamment de *ce qu'on voulait nous proposer*, et que nous n'avons pas joué tout à fait un rôle d'innocent, pas plus que la GAZETTE MÉDICALE, qui, elle aussi, s'est expliquée catégoriquement, *à sa manière*. Nous savions, disons-nous, ce qu'on nous proposerait; mais, à tort ou à raison, nous avons cru devoir insister sur ce qu'on aurait pu ne pas proposer, à savoir, sur la rigueur des conditions morales auxquelles devrait être enchaînée une presse munie d'un syndicat. Et il paraît bien que nous ne nous étions pas trompés, puisqu'on affirme aujourd'hui que ces remarques ont passé *par-dessus et à côté de ce qu'il fallait dire*. La *Causerie* sait pourtant bien que tout n'est pas pour le mieux dans les habitudes morales de la presse scientifique.

— Nous avons aussi une réponse à faire à la GAZETTE MÉDICALE DE LYON. C'est une des obligations de la presse, nous l'avons dit plus haut, de tenir autant que possible ses lecteurs au courant des événements qui peuvent les intéresser; mais elle ne saurait être trop scrupuleuse en fait d'exactitude, surtout quand les événements ne manquent pas de gravité. Nous avons dit (N° 27) que les cliniques libres de l'Hôtel-Dieu de Lyon avaient été suspendues par un arrêté du recteur, et que la mesure avait été mo-

quelques restes de vésicules de Graff à parois ridées, et quelques caillots de différentes couleurs, noirs et brunâtres. La trompe gauche était vasculaire du côté du pavillon, saine quant à sa muqueuse; son canal, perméable partout. Cette trompe communiquait avec l'utérus d'une manière plus directe que celle du côté opposé, qui était plus flexueuse. Les veines et artères saines.

» Le ligament rond du côté droit sain et vasculaire; le vagin sain. »

Le docteur Oldham ajoute : « Il n'est pas nécessaire de faire un long commentaire sur cette observation; elle offre un exemple des plus instructifs des effets dangereux de la dilatation, même entre des mains expérimentées, et de la grande prudence qui doit présider à l'entreprise de cette opération. Cette observation est également importante, en ce qu'elle prouve la difficulté de découvrir la cause de la stérilité. Je suis sûr qu'*il n'y avait aucune espèce de rétrécissement morbide dans ce cas, et que l'orifice et le col de l'utérus, qui seuls furent traités, n'avaient rien à faire avec la dysménorrhée et la stérilité*, qui dépendaient sans doute de l'atrophie de l'ovaire; et l'oblitération congénitale de l'extrémité de la trompe droite eût suffi pour exclure l'ovaire correspondant de toute participation à la fonction de reproduction.

Obs. II. — M. *Oldham* doit à M. *Bransby Cooper* les détails de ce cas, qui se termina aussi fatalement que le précédent :

« Une grande dame, qui était mariée, recevait les soins de M. *Cooper* pour une fissure à l'anus très douloureuse : il l'incisa et la guérit très rapidement. Elle lui parla alors de ce qui était pour elle la cause d'un grand chagrin, c'est-à-dire de sa stérilité, qu'elle rattachait à son indifférence complète dans les rapprochements sexuels. M. *Cooper* examina les organes de la génération; mais comme il n'y découvrit rien qui réclamât les soins de la chirurgie, il adressa cette dame à un médecin-accoucheur. Celui-ci trouva l'utérus en rétroversion, et regarda cette déviation comme la cause probable de la stérilité; il introduisit un pessaire utérin à tige, qui fit se développer une péritonite à laquelle la malade succomba en trois jours. »

Le docteur Oldham regrette qu'un cas aussi instructif n'ait pas été publié par l'accoucheur même dans la pratique duquel il a été observé. Son opinion, d'ailleurs, est que de simples déplacements en avant ou en arrière ne causent pas la stérilité si l'utérus n'est pas malade, et il ne peut s'empêcher de stigmatiser le redressement utérin, en le qualifiant de méthode brutale et dangereuse.... Il pense aussi que l'antéversion ou la rétroversion d'un utérus peu volumineux, sans autre complication, n'occasionnent pas une grande gêne, et qu'il vaut infiniment mieux ne pas y toucher et améliorer son tissu en même temps que toute l'économie, plutôt que de le suspendre en l'air sous le vain prétexte de le guérir. (Voyez *Guy's Hospital Reports for* 1849, p. 372.)

§ IV. — Dangers du simple cathétérisme explorateur. — Péritonite. — Avortement.

Le rapporteur examine si le simple cathétérisme de la matrice comme moyen de diagnostic, malgré l'espèce de vogue dont il jouit, est réellement nécessaire dans la majorité des cas; si même il ne peut pas égarer le diagnostic loin de le guider; si enfin il n'expose pas à de sérieux dangers. Après avoir établi que le doigt est un instrument plus sûr, dans la généralité des cas, que l'hystéromètre, et que des tumeurs d'un petit volume, siégeant dans les parois mêmes de l'utérus, imprimeraient à l'instrument des directions trompeuses, il passe à la relation de faits propres à montrer le danger du cathétérisme le plus simple.

La question que nous avons à examiner, dit-il, est trop neuve et trop importante pour que je ne fasse pas passer sous vos yeux un certain nombre des faits malheureux que j'ai pu réunir. J'espère qu'ils porteront avec eux un enseignement qui ne sera pas perdu pour l'avenir.

Voici une première observation de *péritonite mortelle* survenue à la suite d'un simple cathétérisme utérin; elle m'a été communiquée par mon excellent ami Noël Guéneau de Mussy :

Obs. III. — « Une femme de chambre était affectée de douleurs lumbo-inguinales telles, qu'elle fut obligée de suspendre son service et de réclamer mes soins. Elle ne pouvait marcher longtemps, et surtout se tenir debout, sans éprouver des exacerbations et des souffrances qui lui arrachaient des cris. Je l'examinai, et je constatai un *abaissement de l'utérus avec rétroflexion et érosion granulée du col*. Je la fis entrer dans mon service, à l'hôpital Saint-Antoine. — L'érosion fut d'abord traitée par la cautérisation; puis, voyant que les douleurs persistaient, j'essayai, sans obtenir de soulagement, des injections, des bains minéraux, etc.; alors je me décidai à recourir au pessaire Simpson; mais auparavant je voulus, suivant le précepte, pratiquer le cathétérisme utérin. Je me servis de l'hystéromètre de M. Huguier, et, quand il fut introduit, il me fut facile de redresser l'utérus : l'opération fut peu douloureuse, et il ne s'écoula qu'une toute petite goutte de sang. Peu d'instants après, la visite de la salle étant finie, je revins auprès de la malade, et elle me dit qu'elle éprouvait de la fatigue et de la douleur au ventre : je prescrivis un bain. Le soir, la douleur était plus vive.

» Le lendemain matin, les douleurs continuent et s'accompagnent d'un peu d'accélération du pouls. Des lavements laudanisés furent prescrits; mais les douleurs persistaient et prirent bientôt le caractère de celles qui appartiennent à une péritonite. Celle-ci fut énergiquement combattue par les évacuations sanguines et les mercuriaux; mais la malade succomba au bout de trois ou quatre jours.

» L'autopsie ayant été interdite par la famille, je me bornai à extraire l'utérus par le vagin, suivant la méthode de Récamier : un flot de pus et de sang s'écoula du ventre, quand on pénétra dans le péritoine. L'utérus était parfaitement sain; la muqueuse en était pâle, ferme, et complétement intacte. Dans chacune des trompes il y avait un petit épanchement sanguin. »

Dans le fait qui va suivre, et qui est emprunté à la pratique de M. Huguier, dont on ne contestera pas l'habileté, un avortement suivi de mort fut provoqué à deux mois et demi environ, par l'introduction de l'hystéromètre.

Voici le résumé de l'observation qui a été recueillie par M. Perrel, interne du service :

Obs. IV. — « La nommée A.-P. P..., âgée de trente-trois ans, entra

---

tivée sur ce qu'on se serait livré, dans cet hôpital, à des *médications excentriques*. La *Gazette de Lyon*, après avoir exprimé le regret que nous ayons publié notre note sans commentaires, conteste que « des médications excentriques aient été réellement signalées, » et attribue la mesure à des préoccupations « d'ordre matériel et de police administrative. »

La feuille de Lyon oublie d'abord, et elle se le rappellera si elle nous fait l'honneur de lire le commencement de ce feuilleton, que des commentaires quelconques sur un acte émané de l'autorité constitueraient, de notre part, une infraction à la loi. Des commentaires, il nous en a été envoyé de Lyon même une longue page, que nous avons dû nous condamner à ne pas insérer. *Dura lex, sed lex.*

En ce qui concerne le motif donné à la suspension, on comprend qu'il nous soit pénible d'y insister. La *Gazette de Lyon* nous y oblige pourtant, et nous aimons à penser qu'à moins d'intentions bien malveillantes, personne ne nous soupçonnera de prendre parti, sur la simple énonciation d'une lettre administrative, contre des confrères honorés et honorables. Nous n'avançons et ne soutenons qu'un fait : c'est que le motif allégué, *écrit* par le recteur, *lu* par l'administration des hôpitaux devant les chefs de service réunis, était bien celui que nous avons dit. Nous n'avons qu'une preuve à en donner; mais elle est d'un poids que tout le monde appréciera. La note dont nous avons extrait ce fait en écartant les commentaires avait été lue, avant d'être envoyée à la *Gazette hebdomadaire*, devant sept des chirurgiens qui avaient reçu la communication de l'administration des hôpitaux, et tous en avaient reconnu l'exactitude. A moins d'avoir dans notre poche la lettre du recteur, nous ne voyons pas de quelles autres garanties plus sérieuses nous pourrions nous couvrir.

Encore une fois, nous ne voulons pas aller au delà du fait. Mais plus il est grave, plus il nous importait d'établir que nous n'avions pas agi légèrement.

— Heureusement, cher confrère, nous avons quelque chose de mieux à faire *entre les deux fleuves*, comme dit un poëte en parlant de Lyon, qu'une rectification pénible. Nous avons à vous signaler les bienfaits de l'*Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône*, qui a tenu tout récemment une séance publique. Ce que nous trouvons surtout à louer dans cette association, c'est d'avoir non seulement bien compris, mais étendu, ce nous semble, et fermement pratiqué la pensée de moralisation que la haute prévoyance d'Orfila avait cachée sous un but de secours pécuniaires. Cette pensée se traduit avec beaucoup de relief dans le discours de M. le président, l'honorable M. Polinière; elle éclate en traits brillants, en saillies ingénieuses, en énergiques appels, dans le compte

à l'hôpital Beaujon le 5 octobre 1853. Mariée à dix-sept ans, elle a eu trois enfants. Chaque accouchement eut lieu à terme et se termina heureusement : le dernier remonte à cinq ans. Depuis quinze mois environ, elle se plaint d'une grande pesanteur à l'hypogastre, de fréquentes envies d'uriner et de ténesme rectal, de quelques troubles dans les fonctions digestives. Cependant, elle a pu continuer toutes ses occupations jusqu'à son entrée à l'hôpital.

» Le lendemain de son entrée, M. Huguier examine la malade et trouve le col fortement porté en arrière ; à droite et en avant, existe une tumeur formée par la paroi antérieure de l'utérus. L'hystéromètre est introduit et pénètre à 10 centimètres. On note *antéflexion avec latéroflexion légère à droite*.

» Le 9, des douleurs abdominales très vives existent ; il y a de la tympanite, des vomissements bilieux, de la fièvre, une hémorrhagie utérine légère, etc. Dans la journée de gros caillots sont rendus, et une fausse couche est faite.

» Malgré un traitement assez énergique, les accidents font des progrès. Le 12, la fièvre a augmenté, et le soir, l'état de la malade était fort grave : peau chaude et sèche ; pouls à 110, petit, filiforme ; face anxieuse ; langue chargée, haleine fétide ; tympanite considérable ; douleurs très vives dans l'abdomen ; écoulement d'un liquide sanguinolent par la vulve.

» Pour combattre la métro-péritonite, on a recours au calomel à doses fractionnées et aux frictions mercurielles sur le ventre, etc. Tout ce qu'on fit fut inutile, l'état devint de plus en plus grave, et la mort survint le 16 du même mois.

» A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après, on trouve dans le péritoine un épanchement séro-purulent considérable, avec de nombreux flocons albumineux. Dans les points déclives, c'est du pus presque pur qui existe.

» L'utérus est volumineux et remonte au-dessus du détroit supérieur ; son tissu est rougeâtre et ramolli. Le col est ouvert. La cavité est couverte d'un enduit rougeâtre et crémeux. A droite et en avant, il y a des inégalités dans l'espace de 2 à 3 centimètres carrés ; une petite portion du placenta adhère encore à l'organe. Il existait aussi au niveau de l'orifice interne et sur la paroi postérieure, une petite perte de substance à fond grisâtre et pulpeux. »

Qu'on ne s'imagine pas que ce résultat malheureux ne se soit que très rarement présenté jusqu'à ce jour. A tous les accidents déjà connus et qui résultent de l'introduction d'un corps étranger dans l'utérus, il faut ajouter la possibilité de la provocation de l'avortement. Ce nouveau danger mérite d'être pris en très sérieuse considération, car l'homme le plus expérimenté n'est pas toujours sûr de l'éviter. Il n'est pas constamment facile de constater l'existence d'une grossesse qui ne remonte qu'à quelques semaines, et je vous laisse à penser ce qui arriverait dans la pratique, si l'on prenait l'habitude de sonder la matrice à tout propos.

Quand des hommes comme MM. Huguier, Nonat, Valleix et plusieurs autres n'ont pu éviter un pareil écueil, quand on songe combien les renseignements fournis par les femmes sont souvent incomplets, sans compter les cas où elles ont intérêt à nous induire en erreur, on est forcément conduit à observer la plus grande réserve, et à n'employer une chose bonne, mais dangereuse, que quand elle est indispensable.

Ne perdons pas de vue, d'ailleurs, qu'une semblable méthode, si elle se généralisait, servirait à multiplier encore les tentatives criminelles en leur servant d'excuse, ou tout au moins de prétexte.

Je dois à la vérité de faire savoir à mes confrères, m'écrit M. Nonat, que dans deux cas j'ai eu le malheur de déterminer l'avortement par le cathétérisme utérin.

Obs. V. — Il s'agit d'une femme qui souffrait depuis deux ans dans le bas-ventre. Elle prétendait qu'elle avait des pertes rouges depuis trois ou quatre mois. L'utérus était plus développé que dans l'état normal, il dépassait le pubis de un ou deux doigts. Le col était augmenté de volume et se trouvait à une grande distance de la vulve. J'explorai avec soin le corps de la matrice, et je ne pus découvrir la présence d'un corps étranger dans sa cavité.

En raison des pertes qui duraient depuis longtemps, je crus à un engorgement de l'utérus, et j'éloignai l'idée d'une grossesse.

Dans le but d'éclairer le diagnostic, je pratiquai le cathétérisme de l'utérus. Au bout de quelques jours, la malade fut prise d'une perte de sang et de douleurs utérines, à la suite desquelles elle fit une fausse couche de six semaines ou deux mois.

Le rétablissement a d'ailleurs été complet.

Obs. VI. — Ce deuxième fait est tout récent. Il s'agit d'une femme qui avait depuis six ans une inflammation du ligament large droit, et qui déjà, à plusieurs reprises, avait réclamé mes soins pour cette affection.

Elle entra une quatrième fois dans mon service, à la Pitié, souffrant beaucoup dans le bas du ventre, à droite principalement. Elle avait une suppression de règles depuis huit mois. Après un traitement antiphlogistique, comme les douleurs persistaient, je crus devoir explorer la cavité de l'utérus. L'hystéromètre introduit pénétra à 7 centimètres et demi. Au bout de quelques jours, la malade vit un peu en rouge, et vers le douzième, elle fit une fausse couche de deux mois environ.

Ces deux faits nous montrent, ajoute M. Nonat, combien on doit apporter de prudence dans l'emploi du cathétérisme utérin. Il ne faut pas le considérer comme exempt de danger.

En voici d'ailleurs un autre qui prouve que, malgré toute son habileté, M. Valleix lui-même n'a pas toujours su éviter le malheur dont il n'existe déjà que trop d'exemples :

Obs. VII. — *Observation de fausse couche provoquée par l'emploi de la sonde utérine, chez une femme du service de M. Valleix.* — Dans le courant de l'année 1852, une femme entra dans les salles de l'hôpital de la Pitié, et par le toucher on reconnut qu'elle était atteinte d'une déviation utérine. M. Valleix procéda alors à l'examen avec l'hystéromètre, et fut étonné de voir l'instrument pénétrer à plus de 8 centimètres. La malade avoua alors qu'elle avait un retard dans ses règles. Quelques jours après, elle fut prise de douleurs et avorta ; c'était au reste tout ce qu'elle désirait, car elle ne cacha pas son contentement de l'événement qui était arrivé.

Si, pour proscrire une méthode thérapeutique, il suffisait de

---

rendu de M. Diday, le secrétaire-né d'une institution de ce genre. C'est là, c'est dans le fonctionnement intelligent des associations de prévoyance, que se trouve le vrai remède au charlatanisme. Remède, c'est beaucoup dire; on ne guérira jamais cette plaie-là; mais, hors le bien que pourraient faire, dans de certaines limites, l'application sévère et le perfectionnement de la loi elle-même, nous ne connaissons pas de moyen d'action préférable à celui-là contre la dégradation professionnelle. Moins direct que l'institution de conseils de discipline, il n'en a pas non plus les périls. Là où il échoue, il n'est pas sûr qu'un conseil de discipline eût réussi ; car le grand obstacle à vaincre chez le charlatan est dans l'essence même du charlatanisme, c'est-à-dire dans l'égarement du sens moral ; et celui qui sera assez perverti, assez audacieux dans le mal, pour rester la tête haute au ban d'une grande association confraternelle, ne serait pas plus aisément converti par une réunion de quelques rivaux de sa localité. L'association des médecins du Rhône n'en est pas à attendre l'occasion. Elle a, dans le cours de l'année dernière, renversé une spéculation de *médecins à prix réduits*. On sait ce que sont d'ordinaire ces sortes d'entreprises. Elle a aussi, dans deux circonstances, par son seul ascendant moral, mis fin à des annonces de remèdes insérées à la quatrième page des journaux.

— A propos de spéculation, nous nous faisons un devoir sacré de rectifier un bruit qui a couru au sujet du dithyrambe emprunté au journal l'*Estafette*, et inséré dans un de nos derniers numéros (n° 32). La méchanceté seule a pu dire que ce remarquable morceau, aussi fort que le poëme dont il fait un si magnifique éloge, avait été relevé à la quatrième page du journal. C'est positivement à la troisième. On pourra s'en assurer, en cherchant à côté d'une réclame sur le poivre cubèbe et tout près d'une annonce de spectacle.

— Il serait temps d'en finir, cher confrère ; mais, pour rester sur un sujet consolant, donnons ensemble un souvenir au vénérable Duval, qui vient de terminer, dans la paix du cœur et de l'âme, dans la plénitude de l'esprit, une vie écoulée au milieu des modestes succès, d'une vie tranquille et mesurée, de l'aisance et des joies de la famille. Jamais il n'a été plus vrai de dire de la mort du sage qu'elle est *le soir d'un beau jour*. Il était charmant à contempler dans sa place invariable auprès de la tribune de l'Académie, ce doux et gai vieillard ! La tête inclinée, l'œil vif et malin, la bouche relevée par un rictus perpétuel, il regardait passer les orages du lieu, comme un transfuge de l'autre monde qui serait venu s'amuser un peu de la comédie humaine. Quand il se rendait à la rue des Saints-Pères, on le voyait fureter çà et là autour des étalages de libraires, achetant beaucoup et ramassant, à quatre-vingt-dix ans, des livres pour ses vieux

pouvoir lui imputer quelques insuccès et même quelques revers graves, je suis de l'avis de M. Valleix, il faudrait renoncer à toute intervention dans le traitement des maladies, car les moyens les plus simples et les plus habituellement inoffensifs peuvent quelquefois devenir mortels. Mais le traitement mécanique des déviations utérines est-il un moyen simple, est-il un moyen habituellement inoffensif? L'expérience, trop longue à mon avis, qui en a déjà été faite, ne permet pas qu'on reste plus longtemps dans le doute.

Quand même je me serais trompé dans tout ce qui précède; quand il serait vrai que les déviations entraînassent toutes les incommodités et produisissent tous les accidents dont on a tracé le tableau; quand même la thérapeutique serait entièrement désarmée, ne serait-il pas plus raisonnable et plus sage d'avouer son impuissance, ou du moins de chercher des moyens de soulagement et de guérison dans une voie moins périlleuse?

Pour que vous puissiez en juger d'une manière complète, il ne me reste plus qu'à dérouler sous vos yeux une nouvelle série d'accidents graves et variés dont plusieurs ont été mortels, et qui ont été le résultat du traitement mécanique.

§ V. — Dangers du redresseur intra-utérin.

Le rapporteur, analysant successivement les observations publiées par MM. Valleix, Gaussail et Piachaud, s'attache à montrer que, dans ces observations données pour favorables à la méthode, l'introduction du redresseur intra-utérin a été suivie d'accidents plus ou moins graves, frissons, douleurs abdominales, tumeurs dans la fosse iliaque, et surtout hémorrhagies *auxquelles on a donné mal à propos le nom de* règles. *Ces faits sont au nombre de 27, que le rapporteur résume très brièvement. Il ajoute* :

Mais ce n'est pas seulement dans la pratique des médecins que je viens de citer que de pareils accidents ont été observés. Tous ceux qui les ont imités en ont constaté de semblables. Je dois à M. Huguier la communication des trois faits suivants.

Disons d'abord que, dès 1847, ce médecin avait employé, dans des cas de rétroflexion, des sondes de gomme élastique munies d'un léger mandrin et laissées à demeure.

Il dut bientôt y renoncer, car, dans un de ses essais, il survint une hémorrhagie et une métro-péritonite très intense, et, dans un second, une métro-péritonite très grave.

Obs. VIII. — « La nommée L. M...., âgée de quarante et un ans, entra à l'hôpital Beaujon le 16 février 1852. Une *rétroflexion* ayant été constatée, on appliqua le pessaire Simpson. Quatre jours après, la malade fut prise de tous les symptômes d'une métrite aiguë des mieux caractérisées. L'instrument fut immédiatement retiré. On eut recours à un traitement antiphlogistique; et ce ne fut que près d'un mois après qu'elle put quitter l'hôpital. *La rétroflexion de l'utérus était la même.* »

Obs. IX. — « La nommée F. L... est reçue, le 21 septembre 1852, dans le service de M. Huguier, qui constate, ainsi que son collègue, M. Valleix, une *rétroflexion*. C'est ce dernier qui se charge de l'application du redresseur, et il l'introduit le 9 juin. Le 10, élancements très vifs dans la matrice; douleurs aiguës dans les reins, les aines et le membre inférieur gauche. Plus tard, hémorrhagies pour lesquelles on est obligé de recourir au seigle ergoté, besoins de pousser, etc. Enfin, le 29, les accidents continuant, M. Huguier retire le redresseur : le calme renaît alors; la malade se trouve dans un autre monde (selon son expression). Le 4 février, la *rétroflexion* est tout aussi prononcée qu'avant le traitement. Le 6 mars, M. Huguier fait une nouvelle tentative avec le pessaire Simpson. Le 8, des pertes sanguines surviennent, durent plusieurs jours, affaiblissent beaucoup la femme, et l'obligent à retirer le redresseur. La rétroflexion persistant toujours, il la traite par les mèches dans le rectum. »

Obs. X. — « Le 7 avril 1852, entra dans le service de M. Huguier la nommée H..... (A.), âgée de vingt-neuf ans. Le 12, on reconnut une *rétroflexion*. Le 27, on appliqua le pessaire Simpson modifié. Le lendemain, fièvre violente qui augmente le soir; douleurs dans le bas-ventre et les cuisses; diarrhée abondante. Le 29, perte sanguine. Le 30, tous les accidents ont augmenté; les douleurs sont intolérables. Le 2 mai, M. Huguier est forcé de retirer l'instrument : dès ce moment les accidents se calment, et, sur sa demande, la malade quitte l'hôpital quelques jours après. »

Ce ne sont pas les seuls cas dans lesquels M. Huguier ait vu des accidents graves résulter de l'emploi du redresseur interne. De son côté, notre collègue M. Cazeaux m'a transmis l'observation que voici :

Obs. XI. — « Madame G...., âgée de trente ans, et déjà mère de deux enfants, vint à Paris en 1848, réclamer les soins de M. Rayer, qui voulut bien me l'adresser. Depuis son dernier accouchement, qui datait alors de cinq ans, madame G... avait ressenti une notable altération dans sa santé. Elle était presque constamment souffrante dans l'intervalle des règles, et pouvait à peine faire une courte promenade sans ressentir aussitôt une pesanteur très vive dans les reins, des douleurs aiguës avec tiraillement dans les aines et les membres. Chaque époque menstruelle était accompagnée pendant les trois premiers jours de douleurs atroces, et très souvent suivie d'une véritable hémorrhagie le troisième et le quatrième jour de l'écoulement. Puis les douleurs et la perte cessaient pour se reproduire le mois suivant. Un examen, fait en présence de M. Rayer, permit de constater : 1° un engorgement assez considérable du col de l'utérus, dont chacune des lèvres offrait une ulcération de la largeur d'une pièce de cinq francs. Cette ulcération se prolongeait évidemment dans la cavité du col; 2° un abaissement léger avec rétroversion légère aussi de la totalité de l'organe.

» Il est inutile d'insister sur divers moyens mis en usage pour combattre cette maladie; la cautérisation au fer rouge fit assez rapidement disparaître l'affection du col. Plus tard, la cautérisation de la cavité même du corps utérin par le nitrate d'argent, les bains sulfureux; puis plus tard encore, l'hydrothérapie et l'usage du pessaire Gariel, produisirent dans l'état de madame G.... une amélioration tellement notable, que pendant l'été de 1852, la malade pouvait faire d'assez longues courses à pied et en voiture; les règles, encore parfois douloureuses, n'étaient que très rarement hémorrhagiques; l'embonpoint était revenu, etc.

» Malheureusement, madame G... s'impatientait de l'emploi du pessaire. Les règles s'accompagnaient encore de douleurs quelquefois; elle

---

jours. M. Duval était le dernier membre survivant de l'ancien collége de chirurgie, dans lequel il était entré en 1786. Il avait publié, outre ses ouvrages scientifiques, une *Histoire de l'art du dentiste* et une *Notice historico-médicale sur les Normands*.

Cher confrère, je ne vous souhaite ni la gloire, ni une couronne, ni tout l'or de la Californie; plus ami de votre bonheur, je vous souhaite la vie et la mort de M. Duval.

A. Dechambre.

— La Société de médecine de Lyon met au concours les deux questions suivantes :

1° Déterminer l'influence que les récentes découvertes chimiques et physiologiques relatives aux fonctions des organes digestifs doivent exercer sur la pathologie et la thérapeutique des maladies de ces organes.

Le prix est une médaille d'or de 300 francs.

2° Rédiger, pour les ouvriers de Lyon, un opuscule où ils puissent trouver les notions qu'il leur importe le plus de posséder sur leurs intérêts hygiéniques et sanitaires.

Cet écrit, adressé directement aux ouvriers sous une forme substantielle et dans un style qui sache les attacher, doit avoir pour principal but de les éclairer sur leurs préjugés et de les mettre en garde contre les suggestions du charlatanisme.

Le prix est, exceptionnellement pour cette question, une médaille d'or de 500 francs.

Les prix seront décernés dans la séance publique de janvier 1856.

Les mémoires, écrits en français, devront être adressés dans la forme ordinaire, et *francs de port*, avant le 1er août 1855, à M. le docteur Diday, secrétaire général, rue des Célestins, 5.

— Muséum d'histoire naturelle. — *Cours de physiologie comparée.* M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, a ouvert ce cours le *mardi* 30 *mai* 1854, à onze heures précises, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Les leçons auront lieu dans l'*amphithéâtre de géologie*.

craignait toujours de voir reparaître les anciens accidents, et fortement engagée à consulter M. Valleix, elle se décida à faire appeler cet honorable confrère.

» Celui-ci n'hésita pas à déclarer que toutes les incommodités dont se plaignait madame G... devaient infailliblement disparaître devant l'emploi du redresseur, et que jamais il n'avait rencontré un cas plus favorable à l'emploi de son instrument. En un mot, il était sûr du succès (ce sont au moins les paroles qui m'ont été rapportées par le mari et la malade elle-même).

» Devant une pareille affirmation, on n'hésite plus, et au mois de décembre 1852, M. Valleix commence le traitement. Le cathétérisme utérin fut d'abord pratiqué un certain nombre de fois, puis enfin le redresseur fut laissé à demeure; mais dès la seconde ou troisième application de l'instrument, des accidents graves se manifestèrent. Des sangsues sont appliquées en assez grand nombre; les douleurs abdominales sont très vives, plusieurs nuits se passent sans sommeil.

» Je ne puis savoir au juste la succession des phénomènes et quels furent les moyens (certainement très rationnels) qui furent employés; ce que je puis dire seulement, c'est qu'ayant été rappelé auprès de madame G... le 4 février 1853, je fus bien affligé de retrouver aussi gravement malade une jeune femme que, quelques mois auparavant, j'avais laissée à peu près bien portante : facies profondément altéré, 120 pulsations, sensibilité assez vive de toute la région sous-ombilicale. Mais ce qui m'effraya le plus, ce fut de trouver toute cette région occupée par une tumeur dure, inégale et aussi grosse au moins que la tête d'un adulte. A l'aide du toucher et du palper, je pus reconnaître un énorme phlegmon péri-utérin.

» J'insistai vivement pour avoir une consultation avec M. Valleix; la malade s'y refusa obstinément. M. Rayer fut appelé et constata comme moi ce que je viens de décrire. Je ne ferai pas l'histoire de tous les accidents consécutifs qui, à deux reprises, ont compromis gravement l'existence de la malade; il me suffira de dire qu'après quinze mois de séjour au lit, madame G... conserve encore aujourd'hui, malgré les soins éclairés de MM. Rayer, Chomel et Nélaton, une tumeur du volume du poing, qui devient fréquemment le siége d'une suppuration dont le pus s'écoule par le rectum. Il est impossible de dire combien de temps encore madame G... aura à souffrir de cette malheureuse tentative. »

Obs. XII.—Il s'agit d'un cas de *métro-péritonite survenue à la suite de l'application du redresseur utérin*. L'observation a été recueillie par M. Gaube, interne à la Pitié, dans le service de M. Aran. En voici le résumé :

« Une femme de 34 ans, d'une assez bonne constitution, quoique lymphatique, entra à l'hôpital le 9 novembre 1852. Régulièrement menstruée depuis l'âge de 16 ans, elle avait eu trois enfants, et le dernier il y avait vingt mois.

» A la suite de son dernier accouchement, elle éprouva quelques douleurs dans le bas-ventre, qui furent bientôt remplacées par un sentiment de pesanteur. Quinze jours avant son entrée, elle consulta un médecin qui reconnut un abaissement et qui lui appliqua un pessaire. Elle le portait encore lorsque M. Aran l'examina. Un abaissement sans déviation fut constaté.

» Après avoir calmé une vive irritation du vagin produite par le corps étranger, le redresseur modifié par M. Valleix fut introduit le 11 décembre. Comme il s'était déplacé dans la nuit du 13, on le réappliqua le 14. Il fut parfaitement supporté; cependant on le retira le 18.

» Réappliqué le 24, il détermina, deux heures après, un écoulement de sang qui dura jusqu'au 26 au matin, époque où il fut enlevé définitivement à cause d'une douleur assez vive qui se fit sentir. Dans la soirée, le ventre devint très sensible. Dans la nuit, une fièvre intense s'alluma, le pouls monta à 120 ou 124 pulsations. On constata de la matité dans la partie inférieure de l'abdomen; des vomissements bilieux survinrent. Il était impossible de ne pas reconnaître une *métro-péritonite* intense, qui fut heureusement enrayée par un traitement des plus énergiques. Au bout de six semaines, cette femme put quitter l'hôpital, et, chose assez singulière, qui prouve une fois de plus combien l'influence fâcheuse des déviations a été exagérée, la matrice fut trouvée abaissée en masse et fortement antéfléchie, et cependant cette femme n'éprouvait plus de douleurs et put reprendre ses travaux. Elle a été revue depuis à la consultation de l'hôpital les 28 mars et 11 avril. Le 3 juin, la disposition de l'utérus était la même et la santé excellente. La menstruation s'était rétablie régulièrement. »

M. Nonat n'a jamais osé se servir du pessaire intra-utérin, mais il a eu occasion d'observer six malades chez lesquelles on l'avait employé, et il déclare que pas une ne s'est bien trouvée de ce mode de traitement. Des accidents sont survenus, et le déplacement n'a subi aucune modification.

Obs. XIII à XVIII. — 1° Une antéversion fut traitée, dans le service de M. Valleix, par le redresseur qui, dans l'espace de huit mois, fut porté soixante-douze jours. La femme, après avoir éprouvé des symptômes de métrite aiguë, vint réclamer les soins de M. Nonat, qui constata une antéversion très caractérisée, avec engorgement du tissu cellulaire péri-utérin et une métrite interne. Un traitement ordinaire, sans s'inquiéter de la déviation, a suffi pour guérir la malade.

2° *Le deuxième cas* est relatif à une femme qui avait une rétroversion et un engorgement péri-utérin qui rendait l'utérus immobile. Après avoir passé six semaines dans la division de M. Nonat, elle s'adressa à M. Valleix, qui lui appliqua le redresseur. L'instrument occasionna de vives douleurs et ne put être supporté que trois jours. Quinze jours après, on fit une nouvelle application qui fut suivie des mêmes accidents et de phénomènes hystériques qui ont persisté pendant longtemps. De plus, elle présenta tous les symptômes qui caractérisent un abcès pelvien : celui-ci, en effet, s'ouvrit dans le rectum. Cette malade, qui eut le bonheur d'échapper au danger qu'elle venait de courir, entra dans le service de M. Gendrin, et revint plus tard dans celui de M. Nonat, où il fut constaté que la rétroversion persistait toujours.

3° *Le troisième cas* est relatif à une malade qui, ayant une antéversion et un engorgement péri-utérin, fut soumise à l'emploi du redresseur par M. Valleix, sans qu'en définitive la déviation ait été modifiée, ainsi qu'a pu s'en assurer M. Nonat, qui, quelque temps après, a eu cette femme dans son service.

4° *Dans le quatrième cas*, une *antéversion*, compliquée d'engorgement péri-utérin, est traitée par le redresseur dans le service de M. Valleix. Elle y reste sept mois. A chaque introduction, les douleurs ont été si vives que la malade ne veut plus continuer, et qu'elle passe dans la division de M. Nonat. On constate une antéversion des plus marquées, et, de plus, une inflammation péri-utérine. Sans s'occuper du déplacement, on traita cette dernière, et, après sept mois, la malade, guérie, a pu quitter l'hôpital.

5° *Cinquième cas*. Une femme, qui avait une rétroversion, fut traitée avec le redresseur par notre confrère M. Barthez. Après plusieurs mois, les souffrances étant plus grandes, elle renonça à ce mode de traitement, et se fit admettre chez M. Nonat, qui la guérit en combattant exclusivement l'état inflammatoire.

6° *Sixième cas*. — Les choses se sont à peu près passées comme dans le précédent.

Chez les six malades qui ont été soumises à mon observation, ajoute M. Nonat, le redresseur a toujours exaspéré les douleurs du bas-ventre et n'a pu être supporté longtemps; dans deux cas il a produit des accidents graves : métrite aiguë, abcès pelviens; quant à la déviation, elle n'a été modifiée dans aucun des six cas.

Parmi les faits qu'il me reste encore à vous faire connaître, et qui se rapportent tous à de malheureuses femmes qui ont été victimes du traitement mécanique, il en est un que vous avez renvoyé à l'examen de votre commission : c'est celui de M. le docteur Broca. Comme l'interprétation qui en a été donnée par l'auteur a été contestée par M. Valleix, il importe que vous soyez mis en mesure de décider par vous-mêmes lequel de ces deux honorables confrères a raison.

Suit le résumé de l'observation de M. Broca, que la Gazette hebdomadaire *a publié en temps et lieu* (voir n° 19 au compte rendu des Académies). *Nous reproduisons seulement la partie de cette observation qui concerne l'autopsie, parce que le rapport renferme à cet égard des détails circonstanciés.*

Obs. XIX. — *Autopsie pratiquée chez une femme morte à la suite de l'introduction de la sonde utérine.*

« Le crâne n'est pas ouvert; les organes thoraciques ne présentent rien qui mérite d'être signalé.

» L'extrémité droite du côlon transverse est unie à la paroi abdominale antérieure par des adhérences larges, épaisses, résistantes, indices évidents d'une péritonite ancienne; quelques autres adhérences, moins épaisses, mais aussi anciennes, existent au niveau de la partie adjacente du grand épiploon.

» L'estomac, le duodénum et le jéjunum sont très distendus, jusqu'à environ 60 centimètres de la valvule iléo-cæcale. A ce niveau, l'intestin adhère à l'utérus et se rétrécit rapidement; au-dessus, il a 16 centimètres de circonférence; au-dessous, il est réduit au volume du doigt indicateur. Tout le gros intestin, jusqu'au côlon descendant, est fortement revenu sur lui-même et vide. A partir de ce point, le calibre, quoique diminué, ne l'est pas au même degré.

» Les parois de la portion de l'intestin située au-dessous de l'adhérence sont décolorées, mais saines d'ailleurs ; au-dessus, au contraire, et jusqu'au duodénum qui est sain, il y a les traces évidentes de la congestion et même de l'inflammation. L'épaisseur est double à la partie inférieure ; là aussi, à partir de l'adhérence, dans l'étendue de 30 centimètres, existe une couleur violacée, uniforme, qui diminue à mesure qu'on s'élève, et qui disparaît après avoir passé par des degrés divers.

» La cavité du péritoine ne renferme aucun liquide ; il n'y a aucune fausse membrane récente, et, à part les adhérences anciennes dont il a été question, on peut dire que le péritoine est sain.

» La vessie est saine ; il en est de même du vagin. L'utérus est en antéversion à peu près complète ; à l'entour de son orifice existent de nombreux follicules gros comme des têtes d'épingle. La cavité du col est parfaitement saine ; il en est de même de celle du corps, excepté vers le fond et à droite, où l'on aperçoit une coloration violacée. A ce niveau, la muqueuse est lisse, et ne présente ni déchirure ni ramollissement.

» A gauche, le ligament rond, l'ovaire et la trompe, sont sains ; mais à droite l'ovaire et la trompe sont profondément altérés.

» La trompe droite est tellement développée, qu'au premier abord on pourrait la prendre pour une anse intestinale de petit volume ; elle suit une direction particulière et décrit une courbe en fer à cheval. Par sa face concave et par sa face inférieure, elle adhère au péritoine utérin, et, au niveau de sa terminaison, elle adhère à la fois au rectum et à l'utérus. Toutes ces adhérences sont courtes, résistantes, et paraissent remonter à une époque déjà éloignée. Quant à l'ovaire droit, il est impossible d'en retrouver les traces.

» La cavité de cette trompe renferme une quantité assez considérable de pus couleur chocolat. Elle est close de toute part et ne communique ni avec l'utérus ni avec le péritoine. Ses parois sont épaisses et résistantes (1 millimètre et demi).

» Au niveau de l'angle de l'utérus, et près de l'insertion de la trompe droite, existe une petite collection purulente très rapprochée de la surface péritonéale. Le pus est blanchâtre, épais.

» Indépendamment des adhérences anciennes dont nous avons déjà parlé, on en trouve d'autres formées par un suc gélatineux, grisâtre, demi-transparent, non encore organisé. En d'autres termes, il y a les preuves évidentes de deux péritonites, l'une déjà ancienne, et l'autre d'origine toute récente. »

D'après M. Broca, le rôle de ces deux lésions aurait été parfaitement tranché et serait bien expliqué par les détails de l'autopsie. Par suite des adhérences anciennes, le calibre de l'intestin avait été rétréci en deux points : de là, des coliques fréquentes et une constipation ancienne ; cependant les matières fécales les traversaient encore.

La nouvelle péritonite, en fixant l'anse intestinale qui se trouvait comprise entre les deux adhérences anciennes, et qui était restée libre jusqu'à l'apparition des phénomènes nouveaux, a rendu le passage des matières fécales de plus en plus difficile et a fini par le rendre complétement impossible, et c'est ainsi que se serait produit l'étranglement interne.

Notre confrère n'hésite pas à déclarer que le contact de la sonde utériné, plusieurs fois introduite, a d'abord produit une métrite, et que l'inflammation, occupant au début les parties voisines de l'angle droit de l'utérus, s'est étendue de là au péritoine et y a produit de nouvelles adhérences qui, aidées par les anciennes, ont fini par produire l'oblitération complète du calibre de l'intestin.

A cela, qu'a répondu M. Valleix? Que le cathétérisme n'avait été pour rien dans les accidents éprouvés par la malade. Il admet sans preuves qu'un étranglement interne existait déjà quand on a introduit l'hystéromètre, et, partant de cette donnée erronée, il déclare sans hésitation que la mort de la femme serait tout aussi bien survenue quand même on n'aurait pas eu la fatale pensée de lui redresser l'utérus. J'ai d'abord eu beaucoup de peine à comprendre comment il avait pu s'arrêter à une semblable supposition ; mais je n'ai pas tardé à me l'expliquer. Elle n'a pu lui venir à l'esprit que parce qu'il a puisé, dans une relation inexacte et incomplète du fait de M. Broca, les renseignements dont il s'est servi. Il me suffira, je n'en doute pas, d'avoir rétabli les faits dans toute leur vérité, pour modifier sa première impression ; s'il en était autrement, je suis sûr qu'il resterait seul de son opinion.

N'oublions pas, en effet, qu'à l'autopsie on ne trouva pas *seulement*, comme il l'a cru, les traces évidentes d'une péritonite récente et partielle, mais qu'il y avait en même temps, au niveau de l'angle droit de l'utérus, sur la muqueuse, une *coloration violacée* ; qu'au-dessous, dans l'épaisseur même du *tissu utérin*, on constata *une petite collection purulente très rapprochée de la surface péritonéale*, et que, de plus, *la trompe du même côté renfermait une quantité assez considérable de pus*. Votre rapporteur a pu constater lui-même, sur la pièce anatomique, l'exactitude de ces détails importants, et il lui est impossible de ne pas se rattacher à l'opinion, réservée d'ailleurs, de M. Broca.

Passant ensuite à l'observation de M. Cruveilhier (voy. GAZETTE HEBDOMADAIRE, n° 19), *M. Depaul affirme que des nombreux documents réunis par la commission, il résulte que c'est M. Valleix et non M. Cruveilhier (comme le premier l'avait prétendu) qui a été mal renseigné sur les circonstances importantes de cette observation.*

Les observations de MM. Cruveilhier et Broca, ajoute-t-il, ne sont pas les seules que nous possédions, et je vais maintenant en rapporter quelques autres qui, jointes à celles consignées déjà dans ce rapport, doivent ouvrir les yeux des plus incrédules.

Je vais commencer par deux, qui sont prises dans la pratique de M. Valleix lui-même. Comme le dénoûment fatal ne s'est pas accompli sous ses yeux, on comprendra qu'elles aient pu ne pas arriver jusqu'à lui, et il est bien entendu, pour la dernière fois, que personne n'est plus convaincu que moi de sa bonne foi.

OBS. XIX. — *Métro-péritonite mortelle chez une femme traitée par M. Valleix au moyen du redresseur intra-utérin.* — Voici les détails qui m'ont été communiqués par M. le docteur Dicharry, qui avait fait connaître ce fait à la Société médicale du 3[e] arrondissement, en avril 1852 :

« La femme D. P..., demeurant quai Jemmapes, 136, âgée de 35 ans, que je connaissais depuis plusieurs années et que je voyais toutes les semaines, était tourmentée par une foule de ces petits accidents qui tiennent à l'hystérie ; elle n'avait cependant pas d'attaques proprement dites. Depuis longtemps j'avais constaté une déviation utérine (*une rétroversion*) qui me paraissait la source de tous ces phénomènes nerveux.

» Mécontente de ce que je ne lui prescrivais pas un traitement pour cette maladie, elle s'adressa à un de nos confrères, qui pratiqua plusieurs cautérisations sur le col de la matrice, et qui prescrivit de nombreux médicaments. Au bout du compte, il la laissa beaucoup plus malade qu'avant. Cette pauvre femme se figurait qu'une grossesse la sauverait, et pour avoir un enfant elle se serait soumise à toutes sortes de supplices. Elle entendit dire que M. Valleix redressait les matrices et mettait les femmes à même de concevoir. Dans cet espoir, elle entra à la Pitié. Le 19 ou 20 mars, on lui appliqua le redresseur, et, malgré les douleurs horribles qu'elle éprouvait, elle le garda trente-six heures ; mais le 21, n'y pouvant plus tenir, elle voulut sortir d'autorité, disant qu'elle mourrait à l'hôpital si elle y restait plus longtemps.

» Elle se fit donc transporter chez elle et me fit demander. Je la trouvai agonisante, mais ayant pourtant assez de forces pour me raconter les manœuvres qu'on avait pratiquées sur elle. Elle *offrait tous les symptômes d'une métro-péritonite des mieux caractérisées*. Je ne me rappelle pas au juste quelle fut ma prescription, je sais seulement qu'elle me dit que tout était inutile, qu'elle ne passerait pas la journée. Le 21, de bonne heure, je me rendis chez elle ; mais elle avait succombé. »

OBS. XX. — *Péritonite mortelle, recueillie chez une femme traitée par le redresseur interne, dans le service de M. Valleix.* — La nommée J. T.., âgée de 23 ans, couturière, entre à la Pitié le 6 février 1852, dans le service de M. Valleix. On la trouve atteinte de rétroversion, et on la traite par le redresseur intra-utérin, qui est introduit à différentes reprises. Au commencement de mars, des douleurs vives surviennent dans le ventre ; on s'empresse de retirer l'instrument, mais bientôt tous les symptômes d'une péritonite intense éclatent et marchent rapidement, malgré un traitement énergique. La malade, ne voulant pas mourir à l'hôpital, se fit transporter par ses parents, le 8 de ce mois, dans un hôtel de la rue Copeau, n° 8, où elle succomba le lendemain matin.

Je tiens de M. Maisonneuve, qui m'a autorisé à le dire, que, dans les essais qu'il a faits avec le pessaire intra-utérin, dont il croit, d'ailleurs, avoir obtenu quelques bons résultats, il lui est arrivé une fois de voir des accidents de métro-péritonite se déclarer et se terminer par la mort.

OBS. XXI. — *Fait de M. Nélaton, extrait du rapport de M. Debout à la Société de chirurgie* (*Gazette des hôpitaux*, 15 mars 1854). — « Dame de 28 ans environ, affectée de rétroversion de l'utérus : De nombreux

moyens avaient été inutilement employés. M. Nélaton se décida à recourir au redresseur utérin. L'introduction de l'instrument fut des plus faciles ; sa tige, ainsi que M. Valleix le conseille, était plus courte de 2 centimètres que la longueur de la cavité utérine. Cette application eut lieu à trois heures et demie. M. Nélaton revit la malade dans la soirée ; elle avait gardé le repos au lit et se trouvait bien. Le lendemain à onze heures il trouva la malade levée ; elle était dans le ravissement, disant qu'elle ne s'était jamais sentie si bien soutenue et autant à son aise ; elle avait marché toute la matinée dans son appartement.

» Le savant professeur avait à peine quitté cette dame depuis une heure, qu'il était rappelé en toute hâte : des accidents formidables venaient de se produire. A son arrivée, il constate tous les symptômes d'une péritonite aiguë, semblable à celle qui survient à la suite des perforations intestinales. Malgré un traitement énergique, la malade succomba six semaines après aux suites d'une péritonite chronique. L'autopsie ne fut pas pratiquée. »

Obs. XXII. — Cette observation de M. Aran est extraite du rapport de M. Debout à la Société de chirurgie (*Gazette des hôpitaux*, 16 mars 1854). — « La femme Mondet, domestique, âgée de 27 ans, entre, le 6 décembre 1852, salle du Rosaire, n° 23. Elle était affectée d'un déplacement en arrière du corps de l'utérus, survenu très probablement à la suite d'une chute sur le siége. Depuis cette époque, elle éprouva des tiraillements et des élancements dans le bas-ventre, qui allaient toujours en augmentant. Traitée sans succès par divers moyens, on croit reconnaître une antéflexion avec direction toute particulière du col de l'utérus en avant, par suite d'une disposition congénitale.

» La sonde fut introduite plusieurs fois sans accident ; elle pénétrait librement et semblait suivre sa direction normale. Le 8 décembre, le redresseur utérin est appliqué pour la première fois. Une seconde application a lieu le 10, la malade n'ayant pu le garder que vingt-quatre heures. Cette fois sa présence est tolérée huit jours : mais il était déplacé au moment où on le retira. Nouvelle et dernière application le 29. Une douleur assez vive se manifeste ; néanmoins, comme le ventre est peu douloureux à la pression, la malade garde l'instrument jusqu'au 3 janvier. Ce jour-là, vers trois heures de l'après-midi, des symptômes très tranchés de métro-péritonite forcent l'interne à retirer le redresseur. Malgré un traitement très énergique, les symptômes augmentent, et la femme succombe le 6 janvier dans la soirée.

» L'autopsie montre, contre toute attente, les pièces étant en place, le corps de l'utérus en *rétroflexion*, tandis que le col est dirigé en haut et en avant. On constate les caractères anatomiques de la péritonite ; du pus remplit la cavité de l'utérus et pénètre dans les trompes qui en sont pleines ; pas d'inflammation du tissu utérin, et surtout pas de suppuration. La tige intra-utérine dépassait de 3 à 4 centimètres l'orifice utérin proprement dit, et, au niveau de son extrémité, on la voyait s'engager dans une ulcération oblique qui s'accompagnait du décollement de la membrane interne, mais sans suppuration. »

A mon avis, de pareils faits n'ont pas besoin de commentaires.

CONCLUSIONS.

Messieurs, je touche enfin au terme du long travail dont vous avez bien voulu entendre la lecture, et il ne me reste plus qu'à vous soumettre les conclusions qui en découlent naturellement, et qui sont d'ailleurs l'expression de l'opinion de la commission tout entière :

1° On a considérablement exagéré l'influence des déviations utérines sur la santé des femmes ;

2° Dans beaucoup de cas, les accidents qu'on fait remonter jusqu'à elles sont produits par un autre état pathologique de l'utérus ;

3° Dans l'état normal, l'utérus, quoique doué d'une mobilité très grande, est obliquement dirigé de haut en bas et d'avant en arrière ;

4° Chez un très grand nombre de femmes, il peut être incliné, fléchi, abaissé, repoussé vers l'une ou l'autre paroi du bassin, sans que la santé en soit troublée en aucune façon, la déviation ne constituant alors qu'une simple difformité sans importance ;

5° Lorsqu'il existe simultanément une déviation et une phlegmasie chronique, ou un état névralgique de l'utérus, il suffit, dans l'immense majorité des cas, de traiter et de guérir ces dernières affections pour voir la première disparaître, ou, si elle persiste, pour constater qu'elle n'exerce sur la santé aucune influence fâcheuse ;

6° Il existe cependant quelques déviations, mais elles sont très peu fréquentes, qui paraissent entraîner avec elles des incommodités assez nombreuses et des accidents assez sérieux pour qu'il faille leur opposer un traitement direct ;

7° La science n'est pas désarmée devant ces cas exceptionnels, et elle peut agir souvent avec efficacité et à peu près constamment sans danger, soit par l'abdomen, soit par le vagin, soit par le rectum ;

8° Les faits qui ont été produits pour démontrer l'efficacité du traitement par les redresseurs intra-utérins, ont été mal interprétés ;

9° En affirmant que l'utérus, momentanément redressé, avait, dans l'immense majorité des cas, conservé définitivement la position nouvelle qu'on lui avait donnée, on s'est trompé, ainsi que peuvent l'observer chaque jour les médecins qui sont appelés à examiner des femmes qui ont été soumises à ce traitement, et chez lesquelles ils constatent la persistance de la déviation ;

10° En attribuant les guérisons ou les améliorations observées aux pessaires intra-utérins, on a oublié que concurremment on avait employé un grand nombre d'autres moyens dont l'action bien connue explique les résultats obtenus ;

11° Les observations communiquées à l'Académie par MM. Broca et Cruveilhier ne sont que des exemples trop évidents de l'influence funeste que la nouvelle méthode peut exercer ;

12° Ces faits d'ailleurs sont loin d'être les seuls. En France, comme en Angleterre, les cas de mort qu'on doit rapporter à l'emploi des pessaires intra-utérins, sont déjà beaucoup trop nombreux pour ne pas éclairer les plus confiants ;

13° Indépendamment des femmes qui ont payé de leur vie ces tentatives, on est effrayé quand on songe aux accidents sans nombre qui ont été éprouvés par celles qui ont échappé au danger (douleurs plus ou moins vives, quelquefois atroces ; hémorrhagies légères ou graves ; anémie ; troubles nerveux variés ; frissons ; fièvres ; syncopes ; péritonites ; abcès pelviens ; métro-péritonites, etc.), sans compter que, chez plusieurs, il a fallu renoncer au traitement ;

14° Tout en reconnaissant à l'hystéromètre de grands avantages pour le diagnostic de certaines affections, il ne faut pas oublier qu'il est inutile dans un grand nombre de circonstances ; et comme son usage peut avoir des conséquences fâcheuses, il faut le réserver pour les cas exceptionnels qui le réclament ;

15° Quant aux divers pessaires ou redresseurs intra-utérins, nous pensons qu'il faut les proscrire, parce qu'ils sont inutiles, impuissants à produire les effets qu'on en attend, et qu'ils font courir aux malades les dangers les plus sérieux.

Coup d'œil statistique sur la fièvre typhoïde a l'hopital de Lausanne, de 1836 a 1850, par M. J. Delaharpe, médecin en chef de l'hôpital de Lausanne.

La fièvre typhoïde est l'une des maladies qui se présentent le plus fréquemment à l'hôpital cantonal de Lausanne. Les registres de cet établissement en relevèrent 588 cas du 1er janvier 1836 au 31 décembre 1850. Ces chiffres ne renferment que les individus au sujet desquels la terminaison de la maladie ne laisse aucun doute. Les cas qui ne sont pas portés sur la liste, comme douteux, peuvent s'élever à 10 ou 12. De sorte que, durant nos 15 années, l'hôpital a reçu 600 cas environ de fièvres typhoïdes, ou 40 par année en moyenne. Cette proportion n'est dépassée par aucune autre maladie aiguë, pas même par le rhumatisme aigu général, ni par les pneumonies aiguës, deux des affections les plus fréquentes. Cette circonstance, on le conçoit, n'a pas peu contribué à diriger de bonne heure mon attention sur les questions difficiles qui se rattachent à la thérapeutique et à l'étiologie de la fièvre typhoïde. Aujourd'hui, je ne m'occuperai que de ce dernier point de vue, et pour autant que nos registres y concourent. Une autre fois, j'essaierai, si j'en ai le loisir, d'aborder la question de la thérapeutique.

La fièvre typhoïde qui se présente à l'hôpital de Lausanne ne provient point uniquement, comme on pourrait le supposer, de la ville de Lausanne et de ses environs. Les autres parties du canton en fournissent un bon nombre. Le chiffre de la provenance ne peut s'établir au moyen des registres, parce que le domicile inscrit n'indique pas nécessairement la localité où la fièvre s'est développée. Les malades vont chercher souvent le germe de la fièvre hors de leur domicile. L'hôpital reçoit d'ailleurs beaucoup de personnes dans la population ambulante de la contrée. Dans les quinze années durant lesquelles j'ai pu suivre de mes propres yeux le mouvement de l'hôpital, il n'est presque aucun point du canton qui n'ait adressé des fiévreux. Pendant douze mois, pris sur les années 1849, 1850 et 1851, à l'époque où les fièvres typhoïdes se multiplient, sur 121 malades, je notai 78 individus venant de Lausanne et de ses environs, et 43 des autres parties du pays.

Ces faits, ainsi que l'observation journalière, prouvent que la fièvre typhoïde est chez nous une maladie fréquente et même *habituelle*. Je ne pense pas que l'on doive l'envisager comme *endémique* parce qu'aucune circonstance locale, à moi connue, ne motive son développement, et que, au contraire, on la voit régner avec une égale intensité dans les positions les plus diverses et même les plus opposées. Ce fait est d'autant plus remarquable qu'il n'est peut-être aucun pays en Europe où, avec les circonstances hygiéniques les plus heureuses, la maladie qui nous occupe rencontre mieux les conditions nécessaires à son développement. Est-ce donc à dire que, contrairement aux idées reçues, celle-ci puise ses forces aux sources même où la vie, la santé, vont chercher les leurs? — La suite de ces lignes nous en dira davantage. — Je remarquerai seulement, à cette occasion, que cette coïncidence n'est point aussi exceptionnelle qu'on l'imagine. Sans parler de l'influence des âges et des sexes que nous étudierons plus tard, j'ai vu maintes fois la fièvre typhoïde sévir avec violence dans des localités réputées pour leur salubrité, tandis que, tout à côté, des populations bien moins favorisées étaient ou épargnées, ou moins fortement atteintes. Ne sait-on pas aussi que les populations les plus robustes et les plus rapprochées de l'état de nature sont souvent à moitié détruites par des épidémies de fièvres éruptives qui sont beaucoup moins meurtrières dans nos grandes cités? La syphilis n'attaque-t-elle pas plus violemment les individus vigoureux que les débiles, les populations fortes que les épuisées?

Parmi les circonstances qui favorisent l'étude de la fièvre typhoïde à l'hôpital de Lausanne, il faut encore ranger la variété des formes qu'elle y présente. — Plus d'une fois, j'ai tenté de classer, avec d'autres hôpitaux, cette maladie d'après sa gravité; mais j'ai bientôt reconnu que la distinction entre les formes intenses et les bénignes n'exprime à peu près rien. Elle a d'ailleurs l'inconvénient de faire croire que la maladie n'est susceptible de varier qu'en intensité seulement. Il n'est peut-être pas une des formes, graves ou légères, que les auteurs ont désignées par des noms différents, que je n'aie eu l'occasion d'observer. Toutes les variétés adynamiques, ataxiques, torpides, inflammatoires, gastriques, aiguës ou lentes, simples ou compliquées, se sont présentées successivement. Et dans cette variété de modifications, de combinaisons, je n'ai jamais pu découvrir de relations bien arrêtées entre les circonstances hygiéniques et la forme observée. Je ne puis donc, en aucune façon, admettre pour nos contrées, en ce qui concerne la fièvre typhoïde, ces constitutions épidémiques qui frappent, dit-on, de leur cachet tout un ordre de maladies durant une certaine époque. J'ai bien observé quelquefois ce cachet dans des localités très restreintes, sans avoir pu rendre raison de son existence; mais en même temps, et à peu de distance de là, je rencontrais des types fort différents. Mais venons aux chiffres.

I. *Influence des saisons.* — Dans l'étude d'une maladie dont les causes sont encore enveloppées d'une profonde obscurité, il importe de noter toutes les circonstances qui paraissent modifier sa marche. Sous ce rapport, l'influence des saisons ne peut être négligée. Elle est pour nous d'autant plus importante que nos relevés sont faits sur une population vouée en bonne partie à l'agriculture, et dont la vie offre par conséquent les mêmes périodes d'activité et de repos que Dieu a assignées à la nature.

La répartition des malades par années est de peu d'importance. Telle épidémie peu marquée, mais rapprochée de l'hôpital, lui enverra plus de malades que telle autre plus considérable, mais éloignée de lui. Dans le cercle d'activité de l'établissement, certaines années ont fourni jusqu'à 90 fiévreux (1849), tandis que d'autres (1845) ne lui en adressèrent que 15. Dans nos campagnes, cette maladie affecte la même marche que toutes les fièvres épidémiques ou contagieuses qui n'atteignent le même individu qu'une fois dans sa vie. Après avoir parcouru, durant trois à cinq années successives, tous les hameaux, parfois même toutes les habitations d'une localité, elle en disparaît pour longtemps. Lorsqu'une nouvelle génération a préparé les matériaux d'une nouvelle épidémie, il suffira d'un seul cas pour la renouveler, et celle-ci ne cessera que lorsque tous ou la plupart des individus susceptibles d'en être atteints auront éprouvé son influence. Dans les villes, où la population se modifie journellement, la fièvre typhoïde est beaucoup plus fréquente, mais moins générale.

L'influence des *saisons*, étudiée mois par mois, est bien plus importante à noter. Un relevé fait sur dix années m'a donné, pour 488 malades, les chiffres suivants :

Janvier,	44 malades.	Juillet,	38 malades.
Février,	17 —	Août,	55 —
Mars,	21 —	Septembre,	65 —
Avril,	5 —	Octobre,	95 —
Mai,	18 —	Novembre,	51 —
Juin,	29 —	Décembre,	50 —

Il existe donc une progression croissante du mois d'avril au mois de novembre, et décroissante de ce dernier au premier. Le maximum d'intensité tombe sur le mois d'octobre, et le minimum sur avril. Remarquons que ces deux époques correspondent dans notre pays, l'une au réveil de la nature, l'autre au commencement de son sommeil. D'où l'on doit conclure que les circonstances qui favorisent le développement de la vie sont aussi celles qui préparent le règne de la fièvre typhoïde, et *vice versa*. Certains faits viennent encore à l'appui de cette conclusion. Je pourrais citer, par exemple, l'effet du froid, et surtout du froid sec. Tandis que les fièvres existantes s'aggravent par son arrivée, l'épidémie elle-même arrête promptement ses progrès. Dans l'hiver de 1841 à 1842, une épidémie intense et meurtrière frappait la ville de Lausanne. Née vers la fin d'octobre, dans les quartiers les plus élevés de la ville, elle s'étendait, en descendant les collines sur lesquelles la ville est bâtie. L'épidémie progressait lentement, de maison en maison, à la faveur des brumes de novembre, et avait bientôt atteint les quartiers inférieurs, lorsqu'un froid vif survint. J'annonçai la cessation de l'épidémie et l'aggravation des cas existants; la prédiction se réalisa, et les quartiers réputés les moins salubres restèrent, cette fois, à l'abri du mal.

La différence observée entre le maximum et le minimum d'intensité est trop prononcée pour qu'on puisse la mettre en doute : elle correspond d'ailleurs parfaitement aux observations faites depuis longues années dans nos campagnes, où la majeure partie des épidémies sévissent en automne.

Il est fâcheux que le professeur Forget, dans son *Traité sur l'entérite folliculeuse* (p. 151), ait résumé les 183 cas qui servent de base à sa statistique par saisons et non par mois; il eût alors entrevu une différence plus prononcée entre le premier printemps et la fin de l'été.

En adoptant sa subdivision et la comparant à la nôtre, on trouve :

Saisons.	Strasbourg.	Lausanne.	Strasbourg. Pour 1000 malades.	Lausanne. Pour 1000 malades.
Printemps, Mars-Mai.	38	44	207,9	90,2
Été, Juin-Août.	49	122	267,6	250,0
Automne, Septembre-Novemb.	60	211	327,8	432,3
Hiver, Décembre-Février.	36	111	196,7	227,4

Quoiqu'il y ait une assez forte différence entre les résultats des deux séries, on ne peut méconnaître la même progression dans l'une et l'autre. Le professeur Forget ayant observé au sein de la

population entassée et très variable d'une grande ville, ainsi que sur un nombre restreint de malades, a dû obtenir des chiffres moins concluants que les miens.

La répartition des malades d'après les mois indique, en outre, qu'il existe une différence entre la marche des épidémies en hiver et en été; en d'autres termes, que la période de décroissement n'est pas simplement l'inverse de la période opposée. A partir du mois de mai, le nombre des malades s'accroît d'une manière uniforme pendant six mois consécutifs, jusqu'à ce qu'il ait atteint son maximum en octobre. Revenant sur ses pas, la diminution n'a plus lieu uniformément, mais par sauts assez brusques. Après avoir baissé d'un bon tiers en novembre, les typhoïdes restent presque stationnaires en décembre et en janvier; en février et en mars, elles se réduisent à moitié, et s'éteignent subitement en avril.

Cette marche indiquerait l'existence d'une influence favorable et uniformément progressive durant tout l'été, qui serait suivie d'une lutte contre des circonstances opposées, devenant plus actives à chaque période de l'hiver.

En distribuant nos 488 malades, non plus d'après les saisons ou les mois, mais d'après les périodes que fournit la statistique elle-même de la maladie, on obtient des chiffres plus significatifs encore que les précédents. Cette distribution fournit quatre catégories différentes : la première, comprenant quatre mois, de février en mai, correspond au minimum de l'action épidémique ; la deuxième, renfermant les mois de juin et de juillet, est celle du développement ; la troisième, celle du maximum ascendant, compte les trois mois d'août, de septembre et d'octobre ; et la quatrième, de maximum descendant, les mois de novembre, de décembre et de janvier.

I.	(4 mois)	61 malades,	ou	15 par mois	(en 10 ans).
II.	(2 mois)	67	—	33,5	—
III.	(3 mois)	215	—	71,6	—
IV.	(3 mois)	145	—	48,5	—

De ces chiffres et de ceux qui précèdent, on peut conclure : 1° que les causes épidémiques, sans s'éteindre entièrement, n'agissent pas, à la fin de l'hiver et au printemps, de manière à produire au delà de 1,5 malades par mois, dans l'année ; 2° que ces mêmes causes, réveillant leur activité avec l'été, doublent d'énergie et produisent 3,3 malades par mois; 3° qu'augmentant graduellement leur action à la fin de l'été et au commencement de l'automne, elles vont jusqu'à quintupler leur puissance en amenant 7,1 malades par mois ; 4° qu'enfin lorsqu'elles perdent de leur énergie durant l'hiver, elles en conservent encore assez pour exercer une action trois fois plus forte que celle du début. En d'autres termes, et suivant nos quatre périodes, l'influence épidémique suit la courbe déterminée par les chiffres 1,2,5,3,1.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 22 MAI 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

ANATOMIE PHYSIOLOGIQUE. — M. *Ch. Bonaparte* présente un mémoire de M. *Schiff*, professeur d'anatomie à Francfort, *sur la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière*. M. Schiff, dans ses nouvelles expériences, s'est appliqué soigneusement à isoler chacune des portions de la moelle dont il voulait démontrer la fonction ; et la méthode qu'il a suivie lui a permis de n'agir exclusivement que sur ces faisceaux séparés. Il a opéré sur des chiens, des chats, des lapins, des cabiais, etc. Voici les trois propositions qu'il s'est efforcé d'établir : *a. La substance blanche des cordons postérieurs est sensible, et transmet des impressions sensitives, sans le secours de la substance grise. b. La substance grise transmet des impressions sensitives.* Dans les expériences où l'auteur a séparé la substance grise des cordons blancs antérieurs et postérieurs, afin de démontrer ce second théorème, il a pu constater que, non seulement la sensibilité n'est pas détruite dans les membres correspondants à la partie de moelle lésée, mais, qu'après quelque temps, elle se montre si forte, qu'elle prend l'apparence d'hyperesthésie. *c. La substance grise est insensible.* Il a pu la brûler, la cautériser par divers agents chimiques, la galvaniser, sans que l'animal libre eût manifesté la moindre sensation. Et comme corollaire de cette troisième proposition, M. Schiff a été amené à admettre l'existence, dans la substance grise, de fibres qui ont la propriété de ne transmettre au cerveau que des impressions qui leur sont communiquées par la substance blanche. Ces fibres ne sont pas sensibles, elles ne produisent pas non plus de perceptions; leur rôle n'est essentiellement que conducteur. L'auteur propose de nommer ces fibres nouvelles *fibres esthésodiques* (ὁδὸς, chemin). Enfin, M. Schiff s'est assuré que l'empoisonnement par la strychnine n'altère pas les propriétés des fibres esthésodiques. (*Comm.*, MM. Magendie, Serres et Flourens.)

PHYSIOLOGIE. — *Recherches expérimentales sur l'influence que la moelle épinière et le bulbe rachidien exercent sur la sensibilité et la motilité*, par M. *Oré*. (*Comm.*, MM. Magendie, Serres, Flourens.) L'auteur résume lui-même, en terminant son mémoire, les résultats de ses longues expériences : *a*. Il admet, comme M. Brown-Séquard, que la transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière est croisée, mais il pense, contrairement à ce physiologiste, que cet effet croisé n'est pas complet. Il existe toujours dans le membre opposé au côté de la moelle divisée une certaine sensibilité qui est due aux fibres sensitives directes. — *b*. Si l'action produite sur la sensibilité est incomplète, il n'en est pas de même pour celle que produit sur la motilité la section du faisceau antéro-latéral. En effet, après cette section, le mouvement est entièrement aboli dans le même côté. — *c*. L'électricité est le seul moyen d'excitation qui permette d'observer les effets indiqués sur la sensibilité quand on agit sur les animaux supérieurs adultes. Tous les autres moyens d'excitation sont impuissants. — *d*. Le bulbe rachidien exerce, comme la moelle, une action croisée sur la sensibilité, mais ici encore cette action n'est pas complète. Contrairement à ce que l'on observe pour le mouvement dans la moelle épinière, l'action du bulbe sur cette propriété est croisée. Il existe donc dans le bulbe rachidien des effets croisés pour la sensibilité et pour la motilité. Ces effets ont été obtenus par la section d'une moitié du bulbe rachidien, en avant de l'entrecroisement des pyramides antérieures. — *e*. Les fibres sensitives forment deux couches dans la moelle épinière : l'une superficielle, l'autre profonde. La couche superficielle est formée par des fibres directes. La couche profonde est formée par des fibres transversales qui s'entrecroisent dans la commissure grise. — *f*. Les faits pathologiques observés chez l'homme viennent à l'appui des conclusions physiologiques énoncées précédemment.

PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE. — *De l'absorption de l'azote par les animalcules et les algues*; note de M. *Morren*, présentée par M. *de Quatrefages*. (*Comm.*, MM. Dumas, Milne Edwards, de Quatrefages.)

CHIMIE ORGANIQUE. — *Mémoire sur l'alcool caprylique et ses dérivés*, par M. *Jules Bouis*. (*Comm.*, MM. Thenard, Chevreul, Dumas.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 30 MAI 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, communique à l'Académie les quatre pièces suivantes : *a*. Rapport de M. le docteur *Caloy*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Toulon, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Collobrières, depuis le 4 novembre 1853 jusqu'au 18 mars 1854. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Rapport de M. le docteur *de la Montagne*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Neufchâteau, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Aroffe, du 15 août 1853 au 30 avril 1854. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Rapport de M. *Gruizard*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Lons-le-Saulnier, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Largillay-Marsonnay pendant les mois de février et mars 1854. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Recette et échantillon d'un médicament anticholérique, de la composition de M. *Vaudrey*, médecin-pharmacien à Paris. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Le maire de Saint-Denys (île de la Réunion) envoie le tableau des vaccinations pratiquées dans la commune de Saint-Denys, depuis 1825 jusqu'en 1854, par M. *Reydellet*, chirurgien de marine. (*Commission de vaccine.*)

3. Le préfet de la Charente-Inférieure envoie le tableau des vaccinations gratuites pratiquées en 1853 dans ce département. (*Commission de vaccine.*)

4. Le préfet des Basses-Alpes adresse aussi le tableau des vaccinations pratiquées en 1853 dans ce département. (*Commission de vaccine.*)

5. M. le docteur *Delfraysse*, médecin de Pradines (Lot), adresse à l'Académie la description d'un nouvel appareil pour les fractures de la cuisse, avec une planche explicative. (Renvoyé à M. *Malgaigne.*)

6. M. *Charrière* fils envoie à l'Académie un élévatoir antiodontalgique, de l'invention de M. le docteur *Rogues*, médecin-aide-major au 47e de ligne, à Lyon, avec un mémoire descriptif sur l'usage de cet instrument. (*Commissaires :* MM. Malgaigne, Oudet.)

7. M. le docteur *Langlebert* adresse à l'Académie une note sur un nouveau mode de traitement de la blennorrhagie urétrale par la cautérisation limitée à la fosse naviculaire. (Renvoyée à M. *Gibert.*)

8. M. *Aug. Mercier* annonce à l'Académie que M. Cazenave, de Bordeaux, s'est servi avec succès de sa sonde évacuatoire pour refouler dans la vessie des calculs logés dans la région prostatique, alors que tous les autres moyens avaient échoué.

9. M. le docteur *Cuny* adresse une notice sur la vaccination dans la moyenne et la basse Egypte, et sollicite l'intervention de l'Académie auprès du ministre de l'agriculture et du commerce à l'effet d'obtenir les moyens de se transporter au Darfour. (Renvoyé à M. *Mélier.*)

10. L'Académie des sciences remercie l'Académie de médecine de l'envoi du tome XVIII de ses Mémoires.

Lectures et Mémoires.

M. *Bouchardat* présente à l'Académie, en son nom et au nom de M. *Auguste Delondre*, un livre intitulé : *Quinologie, des quinquinas et des questions qui, dans l'état présent de la science et du commerce, s'y rattachent avec le plus d'actualité.* Dans cet ouvrage, illustré de 34 belles planches, les auteurs se sont attachés à faire connaître avec précision les quinquinas qui sont généralement employés à la fabrication du sulfate de quinine, et en particulier les quinquinas de la Nouvelle-Grenade.

M. *Bouchardat* lit ensuite un *Rapport sur plusieurs communications relatives à l'opium d'Algérie*, au nom d'une commission composée de MM. Chevallier, Grisolle et Bouchardat, rapporteur. Après avoir rappelé que les premiers essais de culture du pavot somnifère en Algérie remontent à l'année 1844, M. Bouchardat passe à l'examen des six échantillons d'opium envoyés à l'Académie de médecine, en mars 1852, par MM. les ministres de la guerre, de l'agriculture et du commerce. D'abord la commission condamne l'échantillon présenté par le sieur Cherot, cultivateur à Bou-Ismaël, comme s'éloignant de la manière la plus nette du bon opium commercial. Quant aux opiums adressés par le ministre de la guerre, ils sont comparables, pour l'ensemble de leurs caractères physiques, aux meilleures variétés de Smyrne, et quelques-uns d'entre eux ne laissent rien à désirer sous le rapport de leur composition chimique. C'est ainsi que l'opium de la pépinière du gouvernement, à Alger, contient 11,33 pour 100 de morphine. Après avoir passé successivement en revue les conditions dans lesquelles le pavot somnifère peut être avantageusement cultivé pour en obtenir l'opium, M. Bouchardat établit que toutes ces conditions peuvent être obtenues en Algérie. Pour l'extraction de l'opium, il ne croit pouvoir mieux faire que de reproduire l'excellente méthode de M. Aubergier et de la conseiller aux producteurs de l'Algérie comme la plus ingénieuse et la plus économique. Enfin, M. Bouchardat termine son rapport par les conclusions suivantes : *a*. Les échantillons d'opium transmis par M. le ministre de la guerre à l'Académie, et fournis par le sieur Germain, colon du village de Montpensier, et par le sieur Malvel, cultivateur à Fouka, et celui récolté en 1851 à la pépinière centrale, sont d'excellente qualité. *b*. Il est à désirer que la culture du pavot somnifère, pour extraire l'opium, s'étende en Algérie, non seulement sous le point de vue d'affranchir notre pays d'un tribut payé à l'étranger, mais encore sous celui plus important d'obtenir un produit se rapprochant de l'identité.

Discussion.

M. *Boulley* et M. *Gaultier de Claubry* reprochent successivement au rapporteur de n'avoir pas constaté dans les opiums d'Algérie la présence des éléments toxiques autres que la morphine ; de n'avoir fait, par conséquent qu'une analyse incomplète et insuffisante pour établir un parallèle et une équivalence entre l'opium d'Alger et les opiums de l'Orient.

M. *Bouchardat* répond que trois raisons l'ont empêché de se livrer à ces différentes analyses ; c'est qu'il ne possédait pas un assez grand nombre d'échantillons, qu'il s'est conformé au procédé légal, et qu'enfin l'opium d'Algérie, expérimenté sur les malades, avait donné des résultats en tout identiques à ceux fournis par l'opium d'Orient.

MM. *Guibourt*, *Robinet* et *Chevallier*, appuient le rapport de M. Bouchardat, dont les conclusions sont adoptées par la majorité de l'assemblée.

M. *Rostan*, président, annonce l'ouverture de la discussion sur le rapport de M. *Depaul*. La parole est à M. *Piorry*.

M. *Piorry* lit une *note relative aux déplacements de l'utérus et au traitement qu'ils exigent.* Les raisonnements apportés par M. Piorry et les conclusions qui terminent son travail viennent à l'appui des faits établis déjà par M. Depaul dans son rapport. Cette note ne nous a paru qu'une adhésion motivée aux doctrines de l'honorable rapporteur, et qu'une nouvelle attaque contre le pessaire intra-utérin.

M. *Velpeau* s'étonne que personne ne demande la parole ; il pensait que plusieurs orateurs, inscrits avant lui, parleraient aujourd'hui ; c'est ce qui l'a empêché de se munir des matériaux qu'il a préparés pour cette discussion. Il propose de renvoyer la discussion du rapport de M. Depaul à la prochaine séance.

M. *le président* consulte l'Académie, qui accepte la proposition de M. Velpeau.

M. le docteur *Beyran*, médecin français à Constantinople, et auteur d'un travail intitulé : la *Turquie médicale*, est invité à lire devant l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Climatologie et pathologie, ressources et approvisionnements ; prophylaxie et hygiène de l'acclimatement, au point de vue des armées expéditionnaires et des voyageurs.* L'auteur expose d'abord quelques considérations sur la position topographique et le climat de Constantinople. Le climat de cette grande capitale est mixte ; mais ce qui le caractérise surtout, et ce qui le rend si malfaisant, c'est une grande inconstance dans la température et des variations brusques et extrêmes qui se succèdent quelquefois dans la même journée, et à toute saison. La cause de ces changements soudains de température, c'est la lutte constante et la succession rapide des vents du nord et du midi, du porioze et du lodos. En juillet, domine le lodos, et la chaleur atteint son plus haut degré ; c'est aussi l'époque du maximum nécrologique de l'année : alors surviennent les morts subites, les apoplexies pulmonaires et cérébrales, des hypersécrétions intestinales rapidement funestes, provoquées ou accrues par l'abus des fruits acerbes, des alcooliques, des boissons glacées, l'usage des légumes crus, des aliments indigestes, des homards, des huîtres, des moules, etc. Constantinople est fournie d'eau d'une excellente qualité : aussi les habitants peuvent-ils en boire plusieurs litres en quelques heures sans en être incommodés.

Il est peu de villes où la population soit plus bigarrée qu'à Constantinople, et, chose remarquable, la distinction des races s'étend jusqu'aux maladies : aux Musulmans, la chlorose, les hémorrhoïdes et les affections gastro-intestinales ; aux Arméniens, les névropathies ; aux Israélites, les maladies cutanées, les scrofules et les ophthalmies ; aux nègres, les affections thoraciques, et la phthisie pulmonaire en particulier.

Toutes les maladies qui affligent les populations de nos climats sévissent aussi dans Constantinople ; mais quelques unes d'entre elles, la dysentérie, l'entérite, les fièvres intermittentes, la grippe, s'y montrent souvent sous forme épidémique et avec un caractère de gravité qui ne se voit guère dans nos contrées. La fièvre typhoïde, les phlegmasies des voies aériennes et les maladies du cœur n'y sont pas plus communes qu'à Paris. Les affections des voies urinaires et de l'utérus y sont très fréquentes. Les fièvres exanthémateuses, souvent épidémiques, graves et contagieuses, s'accompagnent aussi fréquemment de fâcheuses complications. Mais un des accidents pathologiques les plus communs, et qui frappe le plus de victimes, c'est celui que M. Beyran désigne sous le nom de *coup de soleil*, caractérisé par un état de congestion des centres nerveux avec délire ou coma, et produit par une rapide suppression de la transpiration cutanée, sous l'influence du vent du nord succédant brusquement au vent brûlant du midi, tandis que le soleil continue à darder ses plus ardents rayons. Les indigènes parviennent souvent à rappeler les sueurs et à guérir, en faisant avaler au malade un mélange d'ail pilé et de lait caillé, en même temps qu'on lui pratique des frictions, avec de l'alcool et du poivre, le long du rachis.

La syphilis est commune à Constantinople. M. Beyran a observé que les étrangers qui arrivaient dans ce pays avec cette maladie en guérissaient plus sûrement et plus vite que ceux qui la contractaient sur les lieux mêmes. L'hydrophobie est très rare, malgré l'énorme quantité de chiens vagabonds qui courent dans les rues de Constantinople.

On voit peu d'affections cutanées à Constantinople, et l'on ne trouve l'éléphantiasis que chez les Grecs ou les Arabes qui l'ont apporté de leurs contrées. La thérapeutique médicale est surtout antiphlogistique. La saignée est très bien supportée par les Turcs : on en pousse l'usage jusqu'à l'abus.

La chirurgie est encore entre les mains des empiriques et des barbiers. Les succès de leurs opérations grossières et sans art ne peuvent être attribués qu'au bénéfice de la nature et à une heureuse influence du climat. Rien n'est plus rare, en effet, que les longues suppurations, la phlébite et l'infection purulente.

Après avoir vanté la fertilité du sol et la richesse des ressources de tout genre que la Turquie peut fournir aux armées expéditionnaires, l'auteur termine son mémoire par quelques considérations sur la prophylaxie de

l'acclimatement et l'hygiène à suivre dans la Turquie. Les circonstances les plus favorables à l'acclimatement sont : l'âge de quinze à quarante-cinq ans, le sexe féminin, le tempérament mixte. La pléthore, le mauvais état du tube intestinal et la prédisposition aux maladies abdominales, des habitudes d'intempérance et la nostalgie sont autant de conditions fâcheuses.

Habitation. — Elle devra être convenable, un peu élevée, exposée au nord-est, loin des lacs à sangsues et des marécages.

Vêtements. — Le fès ou calotte de laine est une mauvaise coiffure et doit être proscrite ; la flanelle est utile. On fera usage de calicot et de vêtements de couleur claire. On évitera tout vêtement susceptible de provoquer des flux, des congestions à l'intérieur. On devra se couvrir la tête au soleil, et garantir soigneusement son corps contre les brouillards pénétrants de la nuit. Il importe d'entretenir la propreté de la peau par des bains fréquents, mais pris avec les plus grandes précautions. Les bains de mer et de rivière sont funestes et doivent être évités dans la première période de l'acclimatement.

Régime alimentaire et *boissons.* — On usera d'une nourriture mixte et d'aliments variés. Il faudra faire usage de vin, mais éviter l'abus des alcooliques, résister quelquefois à la soif, et s'abstenir de l'excès des boissons glacées.

Ce mémoire, qui n'est qu'un extrait succinct de la *Turquie médicale* de M. Beyran, est renvoyé à une *commission* composée de MM. Londe et Michel Lévy.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

De la valeur thérapeutique des injections iodées dans la cavité péritonéale, par M. Rodolfi.

Pour apprécier cette méthode, popularisée déjà par tant de succès, et dont les conditions d'application vont se régularisant de plus en plus, M. Rodolfi s'appuie sur cinq observations, et ces cinq observations sont à la fois des exemples d'insuccès et des cas de mort. Il importe donc d'examiner de près cette objection clinique, en apparence péremptoire, afin de reconnaître si les préceptes en vigueur relativement au choix des malades et au procédé opératoire ont été ici rigoureusement exécutés.

Obs. I. — Homme de quarante-huit ans, ascitique depuis deux mois. Deux ponctions antérieurement et plusieurs autres médications infructueuses. Le 8 septembre 1852, troisième ponction, après laquelle on constate l'intégrité des viscères. Injection de 100 grammes d'eau distillée, 10 de teinture d'iode, 2 d'iodure de potassium. Elle ne ressort pas. Réaction fébrile très vive. Quatre jours le pouls reste en moyenne à 115 ; trois applications de sangsues sur l'abdomen, où tout annonce une péritonite violente. La phlegmasie s'éteint, mais la diarrhée et l'émaciation lui succèdent. Dès le 19, l'ascite s'est reproduite. Mort le 5 novembre. — *Nécropsie :* Douze livres de sérosité dans le péritoine ; péritonite chronique ; ganglions mésentériques engorgés ; veine porte phlogosée, interceptée dans son calibre par quelques fausses membranes.

Obs. II. — Homme de trente-deux ans, devenu ascitique depuis dix mois, à la suite de fièvres intermittentes. Injection iodée faite le 27 juillet 1852. Réaction inflammatoire consécutive assez modérée. Le 31, l'ascite est de nouveau perceptible. Le 15 août, seconde injection : mêmes suites. Au bout de vingt jours, réapparition du liquide. L'émaciation croissante détourne d'insister sur l'application du procédé. Mort le 17 septembre. — *Nécropsie :* Collection séreuse abondante ; foie et rate hypertrophiés ; péritonite chronique ; nombreux points de suppuration dans le péritoine pariétal ; inflammation des veines portes splénique et mésentérique.

Obs. III. — Homme de vingt-sept ans, scrofuleux, sujet à des bronchites fréquentes et à une diarrhée tenace. L'ascite existe depuis trois mois, à son entrée à l'hôpital. Pendant plus de deux mois, il est traité sans succès par les iodurés, les mercuriaux, puis les diurétiques. Le 1er novembre, ponction, puis injection iodée. Les douleurs qui se développent envahissent tout l'abdomen et nécessitent deux applications de sangsues. Le 6, le liquide reparaît, et sa quantité devient ensuite de plus en plus abondante, à mesure que le météorisme cède. La dyspnée, l'amaigrissement, la faiblesse, le froid des extrémités augmentent progressivement. Mort le 31 novembre. — *Nécropsie :* Vingt livres de sérosité ; injection artérielle du péritoine ; cirrhose des glandes mésentériques, avec divers foyers de suppuration ; veines mésaraïques variqueuses.

Obs. IV. — Homme de quarante ans, sanguin, ascitique depuis deux mois, déjà ponctionné antérieurement trois fois, et guéri alors par les diurétiques. Cette fois, au bout d'un mois, le même traitement n'ayant pas produit d'amélioration, on fait l'injection iodée le 25 octobre. Déjà, il était maigri, avec dyspnée, œdème des jambes, peau sèche, urines rares et foncées. On injecte la solution, qui est laissée dans le péritoine. Bientôt douleurs vives, vomissements ; le pouls s'élève à 96, le soir à 120 (20 sangsues). Le lendemain, il est à 110 (frictions mercurielles). Le surlendemain, le pouls est retombé à 90, mais le ventre étant toujours douloureux, on met encore dix sangsues. Le cinquième jour, l'ascite se reproduit, sans un meilleur résultat. Vers la fin du mois, le sujet s'affaiblit de plus en plus : il succombe le 1er décembre. — *Nécropsie :* Vingt livres de sérosité dans l'abdomen ; péritonite suppurée ; varicosités de toutes les veines intestinales, rate décolorée, cirrhose du foie. Phlébite adhésive et ayant produit l'oblitération de la seconde et de la troisième ramification de la veine porte.

Obs. V. — Homme de cinquante ans, ayant eu, à la suite d'un refroidissement, de violentes douleurs intestinales, qui, trois mois après, firent place à une ascite. Beaucoup de remèdes ayant échoué, quoique aidés de l'évacuation préalable du liquide, on fit, le 21 août, la ponction, puis l'injection de 2 grammes de teinture d'iode dans 100 grammes d'eau distillée. On en fit entrer 120 grammes, et il fut impossible de les faire ensuite sortir. Quatre heures après, violentes douleurs occupant ensuite tout l'abdomen. (Saignée de 500 grammes.) Le lendemain, douleurs persistantes (30 sangsues). Le soir, pouls toujours à 120 (20 sangsues). Le 23, météorisme, pouls à 100. Le 24, vomissements, pouls petit, *subdelirium*, carphologie. Mort le 25. — *Nécropsie :* Émaciation extrême, tympanite, gangrène du péritoine, varicosité du système veineux abdominal. Tous les viscères sont sains.

Ce dernier cas est un effrayant et incontestable exemple de mort due à l'injection iodée ; et ce qu'il y a de plus digne d'attention, c'est que, justement ici, la concentration du liquide injecté était minime (2 grammes pour 1000 d'eau) ! Peut-être la phlegmasie abdominale, qui avait précédé, n'était-elle qu'incomplétement éteinte.

Quant aux autres cas, si la sérosité s'est constamment reproduite, on peut avec raison l'attribuer à la force insuffisante du liquide injecté. Et cependant, pourrait-on dire, des phénomènes de réaction ont suivi cette injection, que nous déclarons trop faible ! Et cependant la mort s'en est suivie chez les quatre sujets !

Il y a à cette objection une réponse à faire, et elle se tire de l'analyse même des cas. On peut, en effet, reconnaître dans l'évolution de chacun d'eux que la réaction inflammatoire s'est apaisée, et que la mort n'a résulté, plus tard, que de la reproduction des symptômes liés à l'ascite. Peut-être l'opération a-t-elle hâté ce résultat fatal, mais ce n'a été qu'indirectement, en ajoutant une nouvelle cause d'affaiblissement à celles qui pesaient déjà sur le malade. Si elle avait guéri l'ascite, cet heureux effet aurait compensé, et au delà, l'influence qu'un pareil ébranlement cause toujours dans l'organisme débilité des sujets de ce genre. Mais n'ayant pas réussi, elle n'a fait qu'augmenter cette débilité, et a par là doublement contribué à précipiter la terminaison que, faite avec des moyens plus actifs, elle aurait, selon nous, pu prévoir. (*Gazzetta medica Lombardia*, 17 avril 1854, p. 137.)

De la mydriase artificielle pour rétablir la vision dans le cas d'opacité centrale de la cornée, par M. Tavignot.

Lorsque le centre de la cornée a perdu sa transparence, le moyen qui se présente d'emblée à l'esprit pour remédier à la cécité qui en résulte est l'établissement d'une pupille artificielle. Mais cette opération n'ayant d'autre but que de placer le hiatus pupillaire de nouvelle formation derrière la partie restée diaphane de la cornée, ne pourrait-on pas le remplir à moins de frais en dilatant d'une manière permanente, à l'aide de la belladone, l'ouverture pupillaire naturelle ? M. Tavignot répond affirmativement, se fondant sur les deux faits d'observation suivants, qu'il regarde comme incontestables :

1° On peut dilater indéfiniment la pupille par un collyre belladonné, sans que l'iris devienne réfractaire à l'action du médicament ;

2° L'action indéfiniment prolongée de la belladone n'altère en aucune façon la sensibilité de la rétine.

Les heureux effets que M. Tavignot a retirés, chez quelques malades, de l'application de ce procédé simple, l'ont conduit à le perfectionner sur plusieurs points importants. Ainsi :

Grâce à la dilatation provoquée continuellement, la vue est bonne sans doute ; cependant la rétine a besoin d'un exercice prolongé pour s'habituer à la perception plus nette des objets. Le globe oculaire lui-même devra se dévier définitivement dans un sens tel que la portion transparente de cornée qui correspond à la dilatation pupillaire soit rendue plus centrale, ce qui facilitera la perception des objets placés devant l'œil ; ou, en coupant un des muscles droits, on pourrait produire, comme l'ont déjà exécuté quelques ophthalmologistes, un strabisme artificiel qui réaliserait instantanément le résultat désiré. M. Tavignot préfère attendre que les contractions musculaires amènent instinctivement, et d'une manière plus lente, ce changement de direction.

On peut encore, dans ces cas, améliorer l'état de la vision à l'aide de verres convexes n° 36 ou 24. L'utilité de lunettes réfringentes se conçoit facilement dans l'espèce, car les rayons lumineux, ne traversant que la périphérie de la cornée et du cristallin, subissent nécessairement une réfraction insuffisante, surtout lorsqu'ils émanent d'objets rapprochés. Il faut donc remédier à cette sorte de presbytie accidentelle à l'aide de verres convexes appropriés. (*Union médicale*, 30 mars 1854, p. 156.)

Kyste de l'ovaire contenant de la matière cérébrale, par M. H. Gray.

Un fait du même genre, plus curieux encore en ce que la matière cérébrale était renfermée dans le testicule d'un jeune garçon opéré par M. P. Guersant, nous engage à rappeler l'observation de M. Guy, quoiqu'elle ait été publiée déjà depuis quelques mois ; elle offre d'autant plus d'intérêt que l'examen microscopique a permis de reconnaître d'une manière positive la nature de la substance cérébrale. M. H. Guy trouva ce kyste sur le cadavre d'une femme de vingt-huit ans, morte du typhus. Sur l'ovaire gauche, on voyait un kyste du volume d'une orange qui renfermait une membrane analogue au cuir chevelu, de l'épithélium mêlé à de la graisse, des cheveux très longs, des os, des dents et enfin une substance d'un gris blanchâtre que l'on reconnut, à l'examen microscopique, pour être de la matière cérébrale.

Les faits de ce genre sont très rares. Il est assez fréquent, au contraire, de rencontrer dans un kyste de ce genre des os, des poils, de l'épithélium et de la graisse. Quant à l'origine de ce kyste, nous ne pouvons essayer de la déterminer. Est-ce une grossesse ovarique ancienne, une inclusion, une hétérotopie plastique? (*Medico-Chir. Transact.*, XXXVI, 1853; *Schmidt's Jahrb.*, 1854, n° 5, p. 202.)

De l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement de l'ulcère perforant de l'estomac, par le docteur Kuechenmeister.

Ce mode de traitement n'est pas, à beaucoup près, une nouvelle conquête de la thérapeutique ; mais la confiance qu'il inspire en général à nos confrères d'outre-Rhin nous engage à emprunter quelques détails à l'article récent du docteur Kuechenmeister. C'est dans le but d'obtenir une action topique sur l'ulcère que le nitrate d'argent est administré à l'intérieur à dose assez considérable, de 2, 3, 4 et même 5 centigrammes en une fois sous forme pilulaire, le médicament ayant pour excipient de la poudre de guimauve ou de gomme. On a soin de donner le nitrate d'argent le matin avant tout repas, après avoir préalablement lavé l'estomac en faisant prendre au malade une certaine quantité d'eau. Lorsque la sécrétion urinaire indique l'absorption de l'eau, on administre la préparation médicamenteuse. Le docteur Kuechenmeister recommande d'éloigner les doses du médicament, auquel on ne devra avoir recours que tous les deux ou trois jours. Il rappelle également toute l'importance d'un régime doux et non irritant dans l'ulcère simple de l'estomac. Le docteur Kuechenmeister a obtenu de ce traitement un avantage marqué chez deux malades qui n'avaient présenté aucune amélioration pendant l'administration des antispasmodiques et des médicaments que l'*école classique* dirige contre les névroses stomacales. (*Wiener Wochenschrift*, avril 1854.)

De l'emploi du Torula Cerevisiæ (levûre de bière) dans le traitement du diabète, par le doct. W. Bird Herepath.

Dans l'état normal, dit l'auteur, il est probable que la fécule, quoique convertie d'abord par la salive en glucose, se change ultérieurement dans l'estomac en acide lactique et acétique. L'acide lactique dominant, on peut conjecturer que la source principale de l'acide lactique du suc gastrique réside dans la fécule des aliments. En effet, Lehmann a démontré que les propriétés digestives du suc gastrique étaient dues en grande partie aux acides chlorhydrique et acétique qu'il renferme.

Il est évident que, dans le diabète, les transformations ordinaires de la fécule s'arrêtent à l'état de glucose, substance diurétique morbide ; cette matière sucrée semble impropre à subir aucune transformation ultérieure dans le torrent circulatoire. Étant alors incapable de servir à la production de la graisse ou au travail de la respiration, le sucre devient une substance inutile, est évacué par les urines, et devient un des phénomènes caractéristiques de la maladie.

Or, il est des substances qui font subir au glucose des métamorphoses ultérieures, et empêchent ces transformations de s'arrêter à l'état de glucose au moyen de certains végétaux doués des propriétés des ferments. Des expériences nouvelles ont démontré que certaines substances végétales, comme le *sarcina*, jouissent de la faculté de résister à l'action des sucs digestifs ; si par conséquent, le *torula cerevisiæ*, ou levûre de bière, peut résister, dans l'estomac, à l'action du sucre gastrique, on peut présumer qu'il pourra faciliter dans le renflement gastrique, comme il le fait du reste hors de cet organe, la transformation ultérieure de la fécule.

Ces idées théoriques engagèrent l'auteur à essayer du *torula cerevisiæ* dans le traitement du diabète. Dans le seul cas où il l'a essayé, le succès a, dit-il, complétement répondu à ses espérances. Ce fut en janvier 1853. Avant le traitement, l'urine du malade avait une pesanteur spécifique de 1044, et contenait 850 grains de sucre par pinte. Après deux jours de traitement, l'urine ne pesait plus que 1020, et ne contenait que 300 grains de sucre par pinte. Au bout de six semaines de traitement le sucre disparut, l'urine reprit ses caractères normaux, le malade n'accusa aucune douleur et recouvra son embonpoint et sa force ordinaires.

Le produit employé était la levûre de bière ordinaire, dont le malade prenait deux ou trois fois par jour une cuillerée à bouche dans du lait.

Dans des circonstances ordinaires, le glucose se convertit, comme on sait, sous l'influence de la levûre de bière (à la température de 60 à 70° Fahr.), en alcool et en acide carbonique. Mais si la réaction se produit dans l'obscurité au contact des substances albumineuses et protéiques, comme dans l'estomac (à une température de 98° Fahr.), le produit est alors de l'acide lactique, de l'acide acétique, et peut-être aussi de l'alcool et de l'acide carbonique. (*Association Medical Journal*, avril 1854.)

Emploi topique de la teinture d'iode dans les maladies.

Dans un de ses derniers numéros, la *Gazette hebdomadaire* empruntait à un journal étranger la connaissance d'un nouveau topique destiné à enrayer le développement de l'éruption de la variole. Ce procédé consistait dans l'application topique de la teinture d'iode ; un journal anglais vient de résumer dans un article les diverses maladies où la teinture d'iode est généralement employée dans les hôpitaux de Londres. Sans être à beaucoup près nouvelles, ces diverses médications semblent être plus fréquemment employées en Angleterre qu'en France, et nous devons le dire, les préparations iodées, déjà très répandues dans notre thérapeutique, sont d'un usage beaucoup plus fréquent encore dans les pharmacopées anglaises. On verra aisément, par les assertions suivantes, que la confiance de nos voisins n'exige pas des garanties bien solides. Il y a là, en effet, une assez bonne dose d'exagération.

1° Les applications de teinture d'iode sur la peau procurent un soulagement marqué et rapide dans les douleurs pleurétiques partielles des phthisiques;

2° Le même agent thérapeutique appliqué sur la partie antérieure du col, diminue rapidement les symptômes dans les cas de laryngite chronique;

3° Dans le cas d'épaississement et de congestion de la membrane muqueuse de l'arrière-bouche, on porte avec avantage la teinture d'iode à sa surface;

4° Dans les amygdalites chroniques, la teinture d'iode soulage les malades, mais elle procure moins bien la guérison de la maladie que le traitement général;

5° Dans la pleurésie chronique ou dans l'induration du parenchyme pulmonaire, l'application de la teinture d'iode sur la paroi du thorax produit de bons résultats lorsque l'on ne peut plus avoir recours aux saignées générales ou locales;

6° L'application de la teinture d'iode à la surface des téguments de l'abdomen est utile au début de la péritonite tuberculeuse;

7° On a recours aux mêmes applications médicamenteuses sur les paupières dans l'ophthalmie chronique et granuleuse;

8° Dans toutes les variétés de la périostite, syphilitique, scrofuleuse, spontanée ou même traumatique;

9° Il est pour ainsi dire superflu de rappeler l'application topique extérieure de l'iode dans les hypertrophies glandulaires des ganglions lymphatiques, dans les cavités des abcès, etc.;

10° Lorsque l'on essaie de guérir par l'extension des rétractions de cicatrices, l'iode appliqué directement sur la partie malade la rend plus extensible, et facilite ainsi le traitement local;

11° Enfin, la teinture d'iode est appliquée à l'extérieur lorsque le médicament ne peut être ingéré dans le tube digestif. (*Medical Times and Gazette*, avril 1854, page 347.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Histoire naturelle générale des règnes organiques, par M. ISIDORE GEOFFROY-SAINT-HILAIRE, membre de l'Institut, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Paris, etc. — Tome premier, in-8° de 450 pages. Victor Masson, éditeur.

Suite. — Voir le numéro 31.

Après avoir passé en revue, dans son introduction historique, les phases diverses par lesquelles a passé la science, et nous avoir ainsi conduits jusqu'à l'époque actuelle, M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire termine le premier volume de son ouvrage par l'examen des diverses classifications des sciences humaines, et des méthodes de l'histoire naturelle.

Cet examen touche de près au domaine de la métaphysique. D'Alembert et Diderot, deux des esprits les plus éminents du XVIII^e siècle, n'ont pas dédaigné d'en faire le sujet de leurs méditations; et de nos jours M. Aug. Comte, le chef de l'*école positive*, s'est livré à cette étude avec une sorte de prédilection, et j'ajouterai avec une grande supériorité de vues, dans son *Traité du positivisme*, livre qui renferme tout à la fois le dogme et le code de sa philosophie.

Les connaissances humaines ont toutes un côté commun par lequel elles se correspondent, et si leurs diversités secondaires nous frappent plus directement, il n'en est pas moins constant qu'elles ont toutes leurs racines dans l'esprit humain, et qu'on peut les ramener et les confondre à ce point de vue en une unité fondamentale. La détermination des rapports de chacune des parties de cette unité, ou leur subordination, ne peut être fixée d'une manière immuable. Les connaissances humaines, ou les sciences, ne sont pas, en effet, des choses finies; elles sont, au contraire, en voie de développement continu comme l'esprit humain lui-même. On ne peut donc viser, en pareille matière, à une exactitude absolue; tout ce qu'on peut faire, c'est d'arriver à une solution aussi approchée que possible, et correspondante à l'évolution actuelle de la science.

L'expression d'encyclopédie (ἐγκυκλοπαιδεία), employée déjà dans les temps anciens pour désigner le *cercle* et les *rayons* des connaissances humaines, a conservé de nos jours sa signification ancienne, et l'image qu'elle éveille dans l'esprit est saisissante de vérité, car les idées de diversité et d'unité s'y trouvent contenues tout ensemble. La comparaison, devenue vulgaire, de la science avec un arbre dont les branches correspondraient à chacune des connaissances humaines, indique aussi, mais moins bien, cette double idée de division et de centralisation.

Toute classification des sciences doit donc tout d'abord tenir compte de leur subordination réciproque, et se développer ensuite suivant l'ordre logique de leur filiation. Mais sur quelles bases établir cette filiation, ou, en d'autres termes, sur quels principes s'appuyer pour introduire l'analyse dans ce tout complexe? Préoccupés de la notion du but final, dirons-nous, avec Aristote, que toute conception intellectuelle a en vue, ou la *pratique*, ou la *théorie*, ou l'*invention*, et grouperons-nous avec lui les connaissances humaines en trois ordres : les *pratiques*, ou *appliquées*, comprenant la politique, la morale, et l'économie; les *théoriques*, ou *spéculatives*, comprenant les sciences mathématiques et physiques; les *poétiques*, comprenant les lettres et les beaux-arts? Envisageant la diversité des procédés que nous employons à la recherche de la vérité, dirons-nous qu'il y a des sciences *rationnelles* et des sciences *expérimentales?* Dirons-nous, avec Bacon, qu'il y a des sciences de *mémoire* (histoire, sciences naturelles), des sciences d'*imagination* (poésie, esthétique), et des sciences de *raison* (philosophie, mathématiques)? Ces classifications diverses, auxquelles nous pourrions encore ajouter des variantes, peuvent toutes se résumer en deux mots : elles sont toujours *subjectives* ou *objectives*. Sans doute toutes les sciences tendent, en résumé, au bien-être de l'homme; sans doute, telle vérité abstraite, qui pendant des siècles n'intéressera que le philosophe, est destinée peut-être à devenir plus tard pour l'homme un véritable bienfait, et sous ce rapport le point de vue spéculatif a ses mérites, car il complète, et parfois même précède et prépare, le côté pratique. Mais il n'en est pas moins vrai que si ce point de vue a son utilité incontestable dans le développement successif des sciences, il ne pouvait être placé sur le premier plan ni dominer leur classification. Nous partageons tout à fait, à cet égard, l'opinion de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, et cette opinion est celle aussi de la plupart des naturalistes de nos jours.

Il ne peut y avoir de classification féconde des sciences que les classifications *objectives*. Descartes l'avait bien senti, et l'on trouve dans ses ouvrages les vestiges d'une semblable classification. Ampère, dans son *Essai sur la philosophie des sciences*, a développé cette manière de voir, et donné à cette partie de la science qui s'occupe de la recherche des principes de classification et des rapports généraux des connaissances humaines, le nom de *mathésiologie*.

La classification de M. A. Comte est aussi une classification objective. Cette classification a acquis une grande notoriété. Son auteur l'a plus d'une fois développée avec une rare sagacité dans ses cours publics. Sa classification représente une série ascendante procédant du simple au composé, de plus en plus complexe et de moins en moins indépendante. La plus générale et la plus simple des sciences dans son objet est la *mathématique;* l'*astronomie* lui succède dans l'ordre de simplicité et d'indépendance réciproque, et ainsi de suite la *physique*, la *chimie*, la *biologie* (comprenant naturellement l'histoire des règnes organiques), et la *sociologie*.

La classification de M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire est exactement la même que celle de M. A. Comte. Comme lui il divise les connaissances humaines en quatre grands embranchements : *sciences mathématiques, sciences physiques et chimiques, sciences biologiques, sciences sociales*. Mais M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire pénètre plus avant, et il introduit des divisions secondaires qui donnent à sa classification un caractère original. Les groupes fondamentaux des embranchements ont été déterminés au point de vue objectif; les considérations objectives et subjectives vont intervenir à leur tour pour les subdivisions. En d'autres termes, à chaque embranchement correspondent deux subdivisions *parallèles*, à la fois objectives et subjectives. Ainsi, par exemple : les sciences mathématiques

se diviseront en *mathématiques théoriques* ou *pures* (1re série), et en mathématiques *pratiques* ou *appliquées* (2e série) ; les sciences biologiques se subdiviseront en sciences biologiques *théoriques* ou *sciences naturelles* (1re série), et en sciences biologiques *pratiques* ou sciences *agricoles* et *médicales* (2e série), etc. De là le nom de classification *objective et parallélique* ou *par séries parallèles*, donné par M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire à sa classification.

Ainsi se trouve déterminé le rang que doivent occuper les sciences naturelles dans la hiérarchie des sciences humaines.

Mais le domaine de la connaissance humaine, même spécialisé et circonscrit dans les champs d'une seule science, est immense encore ! Pour nous renfermer dans l'histoire naturelle des règnes organiques, que d'êtres à classer, que de phénomènes à observer ! Dans l'océan de l'air vivent et meurent des myriades de végétaux et d'animaux en un état d'échange perpétuel avec les milieux qui les contiennent, et dissemblables, par conséquent, à chaque moment de leur existence. Dans le corps d'un seul insecte, on peut compter jusqu'à quatre mille muscles distincts ! Pour ne point nous égarer dans cette immensité, où trouver le fil conducteur? Nous le trouverons, comme disait Laromiguière, dans cet admirable instrument de l'esprit qu'on appelle la *méthode :* la méthode, à laquelle Descartes a rendu un si éclatant hommage, et sans laquelle il n'y aurait point de véritables sciences. Nous ne parlons pas de la *découverte*, qui n'est pas subordonnée autant qu'on peut le croire aux méthodes.

La méthode des sciences naturelles est celle de toutes les sciences, elle procède de l'observation. C'est là qu'est sa racine, son point de départ : et l'expérience elle-même n'est que l'observation préparée, comme l'a dit Cuvier. L'observation et l'expérience, fécondées par le raisonnement, ont élevé, en moins d'un demi-siècle, les sciences physiques à un rare degré de perfection. La raison intervient pour féconder le fait brut et le transformer en fait scientifique; mais elle ne doit ni le suppléer ni le dénaturer, sous peine de tomber dans le système et l'hypothèse. Elle n'a que deux voies : ou procéder par déduction, c'est-à-dire se borner à tirer des notions acquises les seules notions qui y sont virtuellement comprises, ou faire encore un effort pour s'élever à l'induction analogique. L'observation et le raisonnement, associés dans une juste mesure, tels sont les seuls et uniques fondements de la méthode.

Rappellerons-nous, avec M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, que cette question de la méthode a donné lieu, il y a quelque vingt ou trente ans, à des débats parfois irritants entre les hommes dont la science anatomique et le XIXe siècle s'honorent également? Mais ce n'est plus que de l'histoire. Lorsque Cuvier voulait que la science se bornât à observer, à constater et à décrire les faits, lorsqu'il blâmait les tendances de MM. Geoffroy-Saint-Hilaire et de Blainville, lorsqu'il traitait de rêveurs tous ceux qui voulaient s'élever de la connaissance des faits à celle des lois qui les gouvernent, il oubliait les travaux qui ont fait sa gloire. Sa résistance, justifiée en partie alors par le succès momentané de Schelling, qui plaçait dans les sciences le raisonnement au-dessus de l'observation, et qui avait même osé dire : « Philosopher sur la nature, c'est créer la nature », sa résistance, dis-je, n'aurait plus aujourd'hui d'objet, et un tel homme ne pouvait pas méconnaître que la pensée humaine est la source même de toute connaissance.

JULES BÉCLARD,
Agrégé à la Faculté de médecine.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ALLGEMEINE MEDICIN CENTRAL-ZEITUNG. — N° 41. *Weber*, Fracture du crâne avec dépression; guérison sans trépanation (fin). — L'art des accouchements chez les Indiens. — N° 42. *Hayn*, Cyphose à la suite de spondylarthrocace, guérie complètement par le coucher permanent sur le ventre. — Climat et constitution médicale du Chili.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 21. *Fuehrer*, Rapport sur les autopsies, etc. (suite). — Communications cliniques, par le prof. *Naumann* (de Bonn,). — 2. Maladie du cerveau avec affection des nerfs vagues et accessoires de Willis; diagnostic exact pendant la vie, par *Lange*. — Communicat. sur l'hôpital de la ville de Koenigsberg : 1° caries; 2° asthme. — Rapport sur les eaux de Wiesbaden pendant la saison de 1852-53, par *Braun*. — Sur l'emploi de papier nitré ou de nitrate de potasse contre l'asthme, par *V. Ibell*.

MEDICIN. ZEITUNG. — N° 21. Folie par jalousie, par *Ideler* (suite). — Nécrose tubulaire, par *Blasius*. — La teinture du chanvre de l'Inde contre les affections rhumatismales, par *Heer*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — N° 71. Étranglement du jéjunum : gastrotomie, par *J. Ridge*. — Convulsions puerpérales, par *Giraud*. — Notes sur le choléra, par *Lindsay*. — Cas d'herniotomie, par *J. Mac Intyre*. — Maladies de la Turquie septentrionale, par *H. Sandwith*. — Convulsions puerpérales, par *Giraud* (suite). — *Idem*, par *Conway Edwards*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 800. Quatre cas de hernie compliquée, par *C. Trennery*. — N° 801. Formation et fonctionnement d'une membrane artificielle du tympan, par *Toynbee*. — N° 803. Cliniques et revues.

MEDICAL CIRCULAR. — Nos 70 et 71. Analyses et revues.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 202. Chirurgie orthopédique, par *B. Brodhurst*. — Obstruction mortelle des intestins, suite de difformité, par *W. Pretty*. — Cliniques. — N° 203. Apoplexie au neuvième mois de la grossesse, par *Ph.-B. Ayres*. — Hernie étranglée, observation par *J. Hawkes*. — Cliniques.

THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE. — Février 1854. Traitement du diabète, par *H. Marsh*. — Quelques lésions traumatiques rares des articulations, par *Butcher*. — Irritation spinale, par *Law*. — Blessures occasionnées par les mécaniques à lin (*flax-mills*), par *Moore*. — Forme non décrite de luxation du métatarse, par *Tufnell*. — Forme peu commune de tétanos, par *Little*. — Sur une maladie particulière du rectum, par *Abraham Colles*. — Sur les maladies du cœur, par M. *Dowel*. — Affections cancéreuses du col utérin, par *Johns*. — Nouveau lit chirurgical, par *Young*. — Mai. De la paralysie qui survient dans la grossesse et pendant les couches, par *Churchill*. — Sur la luxation du radius, par *Tagert*. — Valeur du traitement comme indice de la nature des maladies, par *Griffin*. — Luxation des os du métatarse, par *Smyly*. — De l'hydrocèle, par *Butcher*. — Sur la pneumonie, par *Kennedy*. — Chloroforme dans les accouchements, par *Beatty*.

THE LANCET. — N° 19. Leçons diverses ; cliniques (maladies oculaires, gangrène du poumon, choléra, amputation de la mâchoire, traitement d'un anévrysme poplité par la ligature).

NEW-YORK MEDICAL TIMES. — N° 5. Cas de maladie de plomb, par *Swifft*. — Évacuations alvines graisseuses, par *E. Wells*. — Baume styptique, par *J. Warren*. — N° 6. Maladies chirurgicales de l'enfance et de la jeunesse, par *J. Watson*. — Du galvanisme contre la constipation, par *Claveland*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — N° 17. Du purpura hemorrhagica urticum de Willan, par *G. Morganti*. — Sur la pellagre, par *F. Lussana*. — N° 18. Sur la hernie cérébrale, par *P. Vannoni*. — N° 19. Sur la pellagre suite). — N° 20. Statistique chirurgicale, par *A. Gherini*. — Sur les fièvres gastriques, par *Jacopo Facen*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N° 19. Sur l'usage de la cinchonicine, par *G. Battista Franchini*. — N° 20. Méthode anesthésique dans le traitement des maladies internes, par *Luigi Berruti*. — Anévrysme variqueux traité par l'injection du perchlorure de fer, par *G.-B. Borelli*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N° 18. Histoire de la gangrène sèche aux pieds et au nez, par *Pietro Gamberini*. — N° 19. Dilatation brusque et instantanée des rétrécissements de l'urètre dans le cas d'ischurie, par *C. Paoli*. — N° 20. Des fièvres tendantes à la dissolution, par *R. Bellini*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — N° 8. Monographie du rhumatisme, par *Lavagna*. — Deux cas d'accouchement avec insertion vicieuse du placenta qui répondait parfaitement au centre de l'orifice utérin, par *G. Varalda*. — N° 9. Monographie du rhumatisme (suite).

IL SEVERINO. — Janvier 1854. Analyses et revues. — Février. Guérison d'une hydropisie consécutive à une fièvre double tierce, par *Domenico Gallo*. — Étiologie de la glucosurie, par *M. Bufalini*.

EL HERALDO MEDICO. — N° 94. Bains médicinaux de Fuen-Caliente de Chulilla (Valence), par *Fr. Poveda Verdù*. — Du lipôme, par *J. Linacero*. — N° 96. Du croup et de l'angine membraneuse, par *J. Velez Garcia*. — N° 97. Sur le choléra, par *J.-M. Restrebada*. — Sur le libre arbitre, par *F. Castelvi y Pellarès*. — Onguent contre la brûlure et la conjonctivite, par *T.-F. Moro*. — N° 98. Pneumonie, sa marche et sa terminaison, par *José Linacero*. — N° 99. Du choléra, par *J.-R. Trabaneo*.

EL PORVENIR MEDICO. — N° 78. Syphilis constitutionnelle larvée, par *Suender*. — N° 79. Questions sur le choléra, par *Juderias y Corella*. — N° 80. Sur la vaccination ; moyens de distinguer la bonne vaccine, par *Fr. Garcia*. — N° 81. *Idem*.

EL SIGLO MEDICO. — N° 18. Sur la blennorrhagie, par *Alonso*. — Généalogie du choléra, par *M. Alvaro*. — Sur le choléra (*anonyme*). — N° 19. La métastase existe-t-elle? par *R. Cerdo*. — N° 20. Sur les maladies les plus communes à Madrid, par *Santero*. — Sur le caractère du choléra en Gallicie, par *J. Varela de Montes*. — Phlegmon diffus de la cuisse gauche, par *R.-E. Morales*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 9. Fièvres intermittentes observées chez les ouvriers du canal d'Isabelle II, par *Capdevila*. — Statistique chirurgicale de l'hôpital général de Madrid (opérat. de la cataracte), par *A. Saez*.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 9 JUIN 1854. N° 36.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 8 juin 1854.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS. — ACADÉMIE DES SCIENCES : SUR LE TRAITEMENT DES HERNIES ÉTRANGLÉES PAR LES RÉFRIGÉRANTS ET LA COMPRESSION.

La discussion sur les déviations de l'utérus s'est engagée à l'Académie dans le sens que nous avions prévu. Quelle est la valeur pathologique des versions et flexions utérines? Quels avantages obtient-on de l'emploi du redresseur? Tel est le thème sur lequel s'est exercée mardi la brillante improvisation de M. Malgaigne. La question spéciale des dangers auxquels expose le traitement mécanique n'a pas été abordée ; il n'a pas plu à l'orateur d'entreprendre un de ces sinistres inventaires qu'il fait si bien, et dont il a donné récemment encore un spécimen à l'occasion des injections de perchlorure de fer. Tel qu'il est, cependant, ce discours pourrait servir de texte à une longue dissertation : mais, après les explications que nous avons déjà données, et dans la perspective aujourd'hui certaine d'une lutte assez prolongée, il nous paraît préférable de nous en tenir, pour le moment, à quelques vues générales qui sont le fond de la question physiologique et même de la question thérapeutique.

Le rôle des déviations dans la pathologie utérine n'est pas aussi facile à déterminer qu'on se le figure généralement. Des déviations, des flexions en divers sens se rencontrent chez beaucoup de femmes qui n'accusent de ce côté aucun phénomène morbide. Que signifie ce fait? Veut-il dire que, dans les affections utérines compliquées de déviation ou de flexion, ces derniers éléments ne concourent en rien à la production des symptômes? Point du tout. On en peut conclure seulement que la direction vicieuse de l'organe, quand elle n'est pas trop considérable, est inoffensive chez les femmes dont l'utérus avec ses annexes est parfaitement sain. Et l'on conçoit aisément, en effet, que les légères tractions qui doivent en résulter soient facilement supportées par des tissus jouissant de la souplesse et de l'élasticité normales. Mais telle n'est pas la condition où le problème se pose d'habitude devant le praticien. Ce n'est pas par des femmes bien portantes, mais par des malades, qu'il est consulté, et dès lors, la question posée devant lui change de face et devient celle-ci : Quand

FEUILLETON.

Du climat de l'Italie centrale.

§ III. — ANÉMOLOGIE.

Suite. — Voir les numéros 33 et 34.

Entre tous les courants aériens, le vent du nord reste généralement dominant. En 1850 même, où les autres ont régné plus fréquemment qu'à leur moyenne ordinaire, d'après les tables de l'observatoire de Rome, nous trouvons qu'à midi :

Le vent du nord	a soufflé	123 fois,
— du sud	—	117
— d'ouest	—	58
— d'est	—	25

Dans les temps calmes, les brises boréales se font sentir la nuit et dans la matinée, pour le céder dans l'après-midi aux brises du S.-S.-O. Ces brises de mer, qui règnent habituellement tous les soirs, apportent leur fraîcheur et surtout leur grande humidité dans toute l'atmosphère.

Le vent d'O. exerce les mêmes influences, mais plus marquées encore par le froid humide qu'il répand. Plus l'abaissement de température est sensible, et plus sûrement on peut le considérer comme le précurseur de la pluie. Cet abaissement de température est bien plus perceptible aux sens qu'à l'échelle thermométrique. Il y a même cela de remarquable qu'à la suite d'une journée où la sensation de froid humide a été très prononcée par le vent d'ouest, il survient une belle journée qui ne fait pas varier le thermomètre. Ainsi par exemple, le 25 février 1851 : temps couvert, vent d'O.-S.-O ; thermomètre intérieur (les fenêtres de l'appartement laissées ouvertes), 14° 1/4 centigr. ; sensation de froid humide prononcée.

Le 26, beau temps, vent du N., beau soleil, même température au thermomètre intérieur (les fenêtres étant ouvertes), pendant qu'on éprouvait, relativement à la veille, une sensation de douce chaleur. L'état thermal était le même thermométriquement, mais l'état électro-hygrométrique était essentiellement différent ; de là des sensations opposées, dont le thermomètre seul ne saurait rendre compte.

Le vent du nord, quand il déverse ses rafales refroidies par les cimes des Apennins dans la campagne de Rome, est plus particulièrement désigné sous le nom de *tramontane*. Elle coïncide avec le mistral de

l'utérus est enflammé, quand le péritoine péri-utérin est le siége d'adhérences, quand toute la région est endolorie par une cause quelconque, est-il indifférent que l'utérus se dévie de sa position physiologique? Les ligaments devenus sensibles peuvent-ils être impunément tiraillés? Le col, douloureux au moindre toucher, peut-il être impunément fléchi sur le corps? Peut-il impunément heurter contre la paroi postérieure du vagin, comme il le fait dans l'antéversion quand le rectum est distendu par les matières fécales? Voilà la vraie question. Si c'est ainsi qu'a voulu la poser M. Malgaigne dans une partie un peu vague de son discours, nous nous fortifions avec empressement de son autorité.

Or la solution n'est pas douteuse. Très certainement, il est des femmes chez lesquelles la déviation utérine compte pour une part notable dans l'ensemble des symptômes qu'elles éprouvent. Comment le démontrer? Ici l'argumentation de M. Malgaigne est restée, pour ainsi dire, à moitié chemin. Oui, comme il l'a rappelé, l'influence exercée sur ces symptômes par le décubitus horizontal et par la station debout est un élément important de diagnostic; mais il y faut d'autres conditions que celles qu'il a indiquées. Une femme affectée de déviation, avec douleurs dans le bas-ventre ou dans les reins, avec tiraillements dans les aines, est soulagée dans la position horizontale. Est-ce assez pour en induire que les accidents sont en grande partie subordonnés à la déviation? Mais le même fait s'observe journellement chez des femmes dont l'utérus est parfaitement droit. Le décubitus les soulage uniquement en soustrayant au poids de l'organe des ligaments ou enflammés ou seulement endoloris (1). Tout moyen de suspension donne le même résultat, pour peu que le col utérin se prête au contact d'un corps étranger. Quel praticien n'a pas rencontré de ces femmes chez lesquelles tout l'appareil génito-urinaire, depuis les ovaires jusqu'aux grandes lèvres, devient de temps à autre le siége de douleurs très aiguës, que n'explique aucun désordre matériel, ni déviation, ni flexion, ni engorgement, et qui coïncident quelquefois avec des élancements dans la poitrine, dans le dos, et jusqu'au bout des doigts et des orteils? Comment se soulagent ces femmes? La plupart en se mettant au lit, celles-ci en soutenant le périnée à l'aide d'une pelote, d'autres en appliquant une ceinture hypogastrique, chacune selon son expérience personnelle. Pour tirer donc des changements apportés dans la douleur par la position du corps un argument péremptoire en faveur du rôle pathologique des déviations, il faut montrer que les douleurs sont augmentées par la position qui favorise telle ou telle déviation, et diminuées par celle qui la contrarie; que, par exemple, elles sont augmentées par le décubitus dorsal dans la rétroversion ou la rétroflexion, et diminuées par le décubitus abdominal dans l'antéversion ou l'antéflexion. C'est la démonstration que nous attendions de M. Malgaigne. Nous la donnons à sa place. L'expérience sur laquelle elle s'appuie, nous l'avons faite plusieurs fois. Elle est d'autant plus décisive qu'elle peut se répéter chaque jour, à volonté, chez la même femme.

(1) Nous ne partageons pas l'incrédulité de M. Malgaigne relativement à l'appréciation de la pesanteur de l'utérus, au moyen du doigt introduit dans le vagin. C'est un élément de diagnostic très réel et d'une certaine importance.

Ainsi, les déviations ou flexions de l'utérus, en l'absence d'autres lésions de cet organe ou de ses annexes, sont en général inoffensives, suivant la doctrine de M. P. Dubois. Elles peuvent compliquer l'appareil symptomatologique quand elles coïncident avec un état inflammatoire ou névralgique. Tel est, à nos yeux, le résultat d'une observation impartiale. Nous devons ajouter, pour exprimer notre pensée entière, que les cas où le doute n'est pas permis sur l'influence pathologique des déviations sont loin d'être fréquents. Le plus ordinairement, les accidents ne paraissent dépendre que des lésions concomitantes, notamment de la phlegmasie chronique de la muqueuse, de l'engorgement du col, et de l'état névralgique du système utérin.

On voit assez, par ce qui précède, le jugement que nous réservons au redresseur intra-utérin, *en tant que procédé mécanique*. On en aura un pressentiment plus net encore, quand nous aurons ajouté que, dans notre conviction, le redresseur ne redresse pas. Il soulage pourtant assez souvent, tantôt pour quelques jours, tantôt pour longtemps. Par quel mécanisme? Nous attendrons, pour nous occuper sérieusement de cette question, que les opinions adverses aient eu le temps de se produire à la tribune. M. Malgaigne a touché un point important en invoquant une modification de la sensibilité nerveuse. Nous voyons, pour nous, une grande analogie entre les effets d'une tige introduite dans l'utérus et ceux d'une sonde passée dans le canal de l'urètre. C'est un point de vue à éclaircir.

A. Dechambre.

M. Baudens est depuis longtemps, comme chacun sait, un chaleureux partisan du froid en général, de la glace en particulier, dans le traitement d'un grand nombre d'affections chirurgicales, et plus d'une fois déjà l'Académie des sciences a

---

France, dont elle est congénère. La violence avec laquelle elle fouette même les localités qui, comme Tivoli, Palestrine, etc., sont situées sur les pentes de la ceinture montagneuse qui forme le rempart naturel du bassin du Tibre, est une preuve de plus de la trop grande facilité qu'on a à admettre que les chaînes de montagnes abritent efficacement des grands vents: à peine en modifient-elles le cours sans en diminuer notablement l'intensité.

Le vent du sud desséchant tout, lors des chaleurs, de ses bouffées embrasées, est appelé sirocco comme en Algérie. Ce redoutable enfant des déserts de la Libye ne tempère que faiblement ses ardeurs en glissant sur la surface de la Méditerranée, et pour n'être pas aussi brûlant qu'en Afrique, il n'en est pas moins pour l'Italie méridionale un visiteur très incommode et très dangereux.

Ces deux courants principaux, tantôt par leur action extrême, tantôt par leurs alternances fréquentes, occasionnent de brusques variations de température, exercent une pernicieuse influence sur la santé, et constituent un des plus grands dangers auxquels l'homme soit exposé dans la campagne de Rome.

Lancisi l'avait parfaitement signalé dans son traité, *De nativis cœli romani qualitatibus*, et une de ses observations vient fournir un argument de plus contre les miasmes. Il avait remarqué que les vents du sud passant sur les marais Pontins, pour arriver à Rome, étaient salubres si le ciel était serein, tandis que leur influence était toujours fâcheuse, funeste, quand ces vents coïncidaient violents avec une atmosphère lourde et chargée d'humidité.

Bien évidemment, si les marais Pontins dégageaient des miasmes, ces miasmes réputés si légers, si subtils, si impondérables, seraient déversés sur la campagne de Rome, par tous les vents courant du sud, quels qu'ils fussent.

D'autre part on observe toujours pendant la saison endémo-épidémique qu'il y a une recrudescence dans le chiffre des entrants aux hôpitaux, lorsqu'au milieu des chaleurs accablantes de l'été, le vent du nord, la tramontane, vient à souffler avec violence et amène un brusque abaissement de température. Cependant n'est-ce pas alors que, le vent du nord refoulant au sud les prétendues émanations des marais Pontins et les empêchant de refluer vers la campagne de Rome, l'état sanitaire de Rome devrait être le plus satisfaisant! Sans doute la théorie de l'intoxication le voudrait, mais, nous le répétons encore, les faits ne le veulent pas.

Ainsi le 24 août 1850, beau temps, vent du nord calme, thermomètre à sept heures du matin 25° centig., à deux heures 36° 1/2, à quatre

reçu ses confidences sur ce point. Le professeur du Val-de-Grâce continue aujourd'hui son œuvre, et commence ainsi le mémoire qu'il vient de communiquer à l'Institut :

« Le traitement que nous appliquons *avec tant de succès* » aux lésions de cause traumatique, la glace avec ou sans sel » marin, *nous l'avons étendu* aux hernies étranglées. »

Cette phrase initiale donne à entendre que la chose est neuve, et on lit, en effet, quelques lignes plus loin : « *Ce nou-» veau traitement*, nous le faisons précéder de considérations » sur les effets de l'étranglement et de l'engouement, etc. »

Cette prétention à la nouveauté pour une chose qui a plus d'un siècle d'existence, qui a occupé tous les chirurgiens du XVIIIe siècle, et qui a reçu depuis la haute approbation d'Astley Cooper, mérite d'être relevée. Il arrive souvent qu'un auteur réinvente de très bonne foi une chose entièrement oubliée, dont on retrouve plus tard les vestiges dans quelque bouquin poudreux. Nul n'est en droit, en pareil cas, de dire à cet auteur : Vous avez pillé les anciens ! Mais s'approprier l'invention d'un procédé répandu dans tous les livres, discuté dans tous les cours, connu de tous les élèves, et venir solennellement, devant la plus célèbre des Académies, annoncer le *nouveau traitement* des hernies étranglées par les réfrigérants, c'est mettre la presse en demeure de remplir son devoir.

C'est pour cela que nous avons pris la plume ; mais nous n'avons pas tardé à reconnaître que si le fond du travail de M. Baudens avait une origine fort ancienne, la forme du moins en était entièrement neuve. Le lecteur va pouvoir en juger par lui-même.

M. Baudens rappelle d'abord, de crainte sans doute qu'on ne l'oublie, que, « le premier effet de l'étranglement, c'est la » strangulation des vaisseaux capillaires. » Il semble difficile d'être plus clair ; mais, afin de le devenir plus encore, l'auteur, avant de s'occuper des hernies, présente, dans un langage pittoresque où le sel... marin ne manque pas, des considérations d'un ordre élevé sur la grande question de la réfrigération des tissus. Il commence par « poser des principes, formuler » des lois, donner des guides certains, en un mot, *établir le » dogme*, » et il annonce « avec une entière conviction, sans » ostentation comme sans fausse modestie, » que jusqu'à lui les effets thérapeutiques de la glace ont été méconnus ou mal appréciés.

Nous regrettons de ne pouvoir mettre sous les yeux du lecteur tout ce chapitre général. La physique, la physiologie, la chirurgie, s'y marient agréablement dans une rédaction pleine d'images; mais c'est la physique qui y domine évidemment. Sous ce point de vue, ou plutôt, pour parler correctement, *sous ce point d'optique* (*sic*), l'auteur semble appartenir à l'école plutonienne, car il emprunte la plupart de ses comparaisons à la pyrotechnie. On nous permettra d'en reproduire quelques-unes : Les moyens ordinaires « échouent » souvent contre une inflammation que rien ne peut *éteindre*, » *et qui, semblable à un incendie, ne s'arrête que faute » d'aliments.* » — « Cette bienfaisante sensation du froid » persiste *tant qu'il y a du feu à éteindre*, c'est pourquoi il » faut toujours graduer l'action du froid sur l'*intensité du » foyer.* » — « Certains malades, malgré une température de » — 14 degrés, accusent dans le *foyer* une chaleur plus éle-» vée que dans l'état normal, *tant est prodigieuse parfois » l'intensité du feu à éteindre.* » Ailleurs M. Baudens se demande quelle est la source de cette chaleur qui « *alimente » le foyer avec une activité comparable à celle du feu*, » et sans laquelle « le *cratère* ne tarderait pas à *s'épuiser* sous » l'empire d'une réfrigération portée à — 14 degrés ! » Et il ajoute encore : « Cette sensation de froid désagréable se pro-» duit *dès que le foyer pathologique s'éteint*, parce qu'alors » ce n'est plus du calorique en excès, mais du calorique » normal, que la glace soutire. » Ceci demande quelques mots d'explication.

M. Baudens, en effet, établit une distinction capitale, — que Hunter a failli découvrir avant lui sur l'oreille d'un lapin, — entre « le *calorique normal* et le *calorique en excès ;* » le calorique normal ou physiologique, celui de l'état de » santé; le calorique en excès, dont la source est au foyer » pathologique, et que l'on serait tenté d'appeler calorique » morbide, *si la physique le permettait.* »

Le premier doit toujours être respecté, pour éviter la congélation et les répercussions. Le calorique en excès, au contraire, « si remarquable par son incroyable puissance de » reproduction, est nuisible. Il doit, au fur et à mesure qu'il » se développe, être soutiré avec une persévérance parfois » très grande. » — M. Baudens « compte *par milliers* les » cas où, pendant un ou plusieurs jours, de la glace pilée, ad-» ditionnée de sel marin, a été appliquée sur des *foyers com-» pliqués d'étranglement.* » — Il n'est pas étonnant qu'un homme dont l'expérience sur les complications d'étranglement est aussi étendue ait découvert le calorique en excès, que Hunter avait presque trouvé avant lui en contemplant une simple oreille de lapin.

Mais ce qui caractérise la science, ce qui la sépare de l'empirisme, c'est l'explication des phénomènes, c'est la re-

---

heures 35°. Le 26 août, beau temps, la tramontane souffle forte et froide toute la journée. Thermomètre à sept heures du matin 20°, à deux heures 31° 1/4, à quatre heures 28° 3/4, c'est-à-dire que la température moyenne de la journée a été abaissée par la tramontane du 26, de plus de 5 degrés par rapport à la température du 24 août.

Or quel a été le résultat de l'influence de cette variation de température ? les chiffres ci-après vont le dire :

D'après le mouvement établi par périodes de cinq jours, il y avait dans les hôpitaux de Rome 797 malades avant cette intempérie ; trois jours après, le 29 août, il y en avait 950, soit une augmentation de 155, malgré une évacuation de 49 malades sur Civita-Vecchia. Force est donc de se rendre à l'évidence et de reconnaître que les vents, selon leur violence, selon leur température et leur état électro-hygrométrique, sont par eux-mêmes causes de perturbations physiologiques et par suite de maladies, et notamment de fièvres dans les pays chauds ; ce que nous pouvons traduire en langage étiologique : la nocuité des vents est en raison de l'intensité et de la variabilité d'action des influences thermo-électro-hygrométriques qu'ils exercent sur l'organisme.

§ IV. — Hygrométrie.

Les observations hygrométriques prises à l'Observatoire ont été, pour 1849 :

	maximum.	minimum.
A partir d'avril.	53 degrés.	5 degrés.
— mai	65 —	5 —
— juin	79 —	9 —
— juillet.	73 —	7 —
— août	75 —	7 —
— septembre . . .	67 —	7 —
— octobre.	69 —	6 —
— novembre. . . .	68 —	5 —
— décembre. . . .	67 —	4 —

Elles font ressortir un état de l'atmosphère bien plus hygrométrique dans la saison chaude qu'en hiver. Les observations des années précédentes confirment ce fait météorologique. Presque tous les vents apportent de l'humidité à l'atmosphère de Rome, tels sont le nord-ouest, l'ouest, le sud et le sud-est. De même les brises de mer qui s'élèvent quotidiennement, excepté les jours où la tramontane souffle avec impétuosité, poussent

cherche des causes. M. Baudens rappelle les « beaux travaux » et les « remarquables recherches » de MM. Milne Edwards, Andral, Dumas, Becquerel, tous membres de l'Institut, qui ont étudié le calorique normal, décrit la combustion organique, et calculé les calories. Il n'a garde de les en blâmer, et il se plaît à reconnaître que c'est le sang qui fournit aux organes le calorique normal. Mais, suivant lui, le calorique en excès vient d'une autre source; et ici, de peur de ne pas rendre exactement la pensée de l'auteur, nous demandons la permission de citer textuellement, en conservant la virginité du style :

« L'appel et l'afflux plus considérable du fluide nerveux et » du sang dans la région enflammée ne sauraient rendre » compte de la grande somme de calorique produit, car la » circulation capillaire se trouve promptement interrompue » par l'engorgement et l'obstruction des petits vaisseaux san» guins. Nous pensons que l'énorme quantité de calorique en» levé à la source qui l'alimente avec une activité comparable » à celle du feu, se régénère principalement par suite d'*un » travail de décomposition chimico-organique*, dont la » puissance est en raison directe du degré d'énergie de la » phlegmasie locale. »

Ainsi l'explication est trouvée. Le calorique en excès est la conséquence d'une décomposition chimico-organique. Pour éteindre cet incendie, pour *épuiser ce cratère*, « il faut un » frein plus puissant que les antiphlogistiques classiques; *ce » frein souverain, nous l'avons découvert* : c'est l'appli» cation de la glace, avec ou sans sel marin. »

Il est bon de noter, en effet, que le contact du froid sur une partie phlogosée est agréable; et pour qu'on ne l'oublie pas, nous empruntons à l'auteur l'élégante description de ce phénomène : « Il modère l'activité du foyer morbide » générateur du calorique en excès, excès de calorique qui, » d'effet ou produit, devient cause, et réagit *avec maléfice* » en exaltant soit l'action de *décomposition organo-chimi» que*, comme le pensent les physiciens, soit l'innervation et » l'afflux du sang, selon l'opinion des physiologistes, soit » les deux à la fois, ce qui est assez probable. »

Voilà pourquoi la glace, avec ou sans sel marin, produit une sensation agréable lorsqu'on l'applique sur des parties enflammées, tandis qu'elle est douloureuse lorsqu'on l'applique sur des parties qui ont seulement le calorique normal; car « qui n'a ressenti cet engourdissement douloureux du bout » des doigts *causé par le froid qu'on appelle onglée?* »

« Telle que nous l'entendons, ajoute l'éminent physicien, » la méthode réfrigérante *roule sur un axe gradué :* à l'un » des *pôles* est l'eau froide, à *l'autre pôle* la glace avec sel » marin. » Ce dernier pôle, comme on voit, n'est pas sans analogie avec le pôle boréal, où la glace et le sel marin ne font jamais défaut.

Après avoir ainsi « formulé des lois et établi le dogme, » M. Baudens descend jusqu'aux hernies étranglées. Il propose de les traiter par des applications de glace et par la compression exercée au moyen d'une bande élastique (spica-taxis de l'auteur), et il annonce que ce traitement, appliqué par lui 16 fois de suite, lui a permis *constamment* d'éviter la kélotomie, et de guérir promptement ses malades. Ce résultat est fort beau, sans doute, et ce n'est pas nous qui le dédaignerons. Nous craignons bien, toutefois, que le hasard n'ait été pour quelque chose dans cette série de faits favorables. Nombreux sont les cas, en effet, où la méthode réfrigérante, combinée avec la compression la plus élastique, ne peut donner aucun résultat avantageux ; et, pour ne citer qu'un exemple, l'expérience a prouvé que, dans le cas si fréquent de hernie entéro-épiploïque, il suffisait d'appliquer la glace *sans sel marin* pendant peu de temps pour congeler l'épiploon et le rendre irréductible. Personne n'ignore l'histoire de ce malade de Louis, sur lequel le taxis échoua après une heure et demie de réfrigération. On se décida alors à faire l'opération; on ouvrit le sac. L'intestin, qui était demeuré flexible, put être réduit; mais l'épiploon, entièrement congelé, ne put rentrer dans le ventre, et l'on fut obligé de l'exciser.

Nous pourrions ajouter de longs commentaires sur l'opportunité de l'application de la glace dans le cas de hernie étranglée ; mais ce serait reproduire des discussions depuis longtemps épuisées. Notre but, du reste, dans cet article, n'était pas de nous occuper d'un aussi humble détail. Nous désirions, avant tout, communiquer au lecteur les vues générales, les *points d'optique* nouveaux et les conceptions élevées de l'auteur sur la physiologie pathologique et la thérapeutique des inflammations. Pour cela, nous n'avons pas cru pouvoir faire mieux que de reproduire textuellement, avec leur rédaction attrayante, les passages les plus saillants du travail dont l'Académie des sciences vient de recevoir les prémisses.

PAUL BROCA.

---

sur la campagne de Rome les vapeurs de la Méditerranée. Aussi l'air frais et humide est-il déjà sensible avant le coucher du soleil, pour augmenter encore avec le serein qui tombe abondamment, et les fortes rosées qui se condensent à la surface du sol par suite du refroidissement prononcé qu'il subit dans les matinées.

Un autre indice irrécusable de la grande humidité de l'atmosphère se trouve dans la fréquence des brouillards qui apparaissent en toute saison, mais se condensent plus épais le long du littoral et du cours du Tibre au point de retarder les mouvements de la navigation souvent bien avant dans la matinée (1).

Les pluies viennent à leur tour apporter leur contingent. La quantité d'eau qui tombe annuellement à Rome a varié depuis l'année 1782, d'où date la série des tables météorologiques de l'Observatoire, entre les chiffres . . . . 527$^{lig.}$,10 en 1825
Et . . . . 147 ,61 en 1834

En général, c'est en été qu'il pleut le moins.

Ainsi, au 1er trimestre 1825, il tomba . . 134$^{lig.}$,80 d'eau, dont 106,20 pour janvier.

Au 2^{e} trimestre —	136	,66	—
Au 3^{e} trimestre —	91	0	—
Au 4^{e} trimestre —	263	0	—

dont 103$^{lig.}$,74 pour novembre.

Et en 1840,

Les 5 premiers mois de l'année ayant fourni.	122	,59	—
Les 4 derniers	263	0	—
On a noté pour juin	0	0	—
— pour juillet	0	0	—
— pour août	0	0	—

Le nombre des jours pluvieux est très variable aussi selon les années.

Le relevé de notre journal nous fournit les jours de pluie ci-après, pour les douze premiers mois de notre séjour en Italie.

(1) En août 1849, chargé d'accompagner une évacuation de malades par mer sur Civita-Vecchia, nous ne pûmes lever l'ancre qu'à neuf heures du matin ; rarement les convois purent partir plus tôt.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTE CLINIQUE SUR L'EMPLOI DES PRÉPARATIONS IODO-TANNIQUES DANS DIVERSES MALADIES, par M. SOCQUET, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et M. GUILLIERMOND, pharmacien, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de Lyon.

(Dans notre 22e numéro, nous avons publié une note de MM. Guilliermond et Socquet sur une *Nouvelle combinaison de l'iode et sur son application en médecine*. Cette note concernait principalement la partie chimique et pharmaceutique de la question. La présente note, extraite d'un mémoire plus étendu que publie la *Gazette médicale de Lyon*, a trait à des expériences thérapeutiques. Elle forme donc le complément naturel de la première, et sera accueillie sans doute avec le même intérêt par le lecteur.) A. D.

Les maladies dans lesquelles nous avons employé, depuis six mois, le sirop iodo-tannique avec succès, sont les bronchites chroniques, les tubercules pulmonaires ou mésentériques, les engorgement glandulaires du cou, les flux muqueux intestinaux ou utérins, avec hypertrophie du col, les aménorrhées. Sans doute, on pourrait avoir recours à cette préparation dans tous les cas où l'iode et ses composés ont été conseillés, mais le temps nous a manqué pour en vérifier l'application dans ces nombreuses circonstances.

Nous voulons seulement, dans cette courte notice, appeler l'attention des praticiens sur l'efficacité et l'innocuité complète de cette nouvelle combinaison. Nous diviserons les observations que nous voulons présenter en trois catégories, suivant que les maladies se rapporteront aux organes de la poitrine, de l'abdomen ou aux glandes du cou.

A. *Maladies des organes de la poitrine.* — Les bronchites chroniques, les vieux catarrhes et les tubercules pulmonaires à tous les degrés, ont été soumis à notre nouvelle préparation iodo-tannique. Nous n'avons eu qu'à nous applaudir de son emploi. Nous en avons porté successivement la dose jusqu'à faire prendre 30 centigrammes d'iode pur par jour, et jamais nous n'avons vu survenir le moindre malaise, même chez les femmes très délicates. Nous avons constamment observé :

1° Une diminution très marquée, et souvent une disparition complète de la diarrhée colliquative chez les phthisiques. Dans ces cas, nous ordonnons, en même temps que le sirop iodo-tannique, un ou deux lavements par jour, contenant chacun 5 à 6 centigrammes d'iode combiné avec le tannin (un gramme de solution normale).

2° Une diminution dans l'état fébrile du pouls, dans la chaleur de la peau et surtout de celle de la paume des mains, et un amendement dans les sueurs nocturnes.

3° Une toux moins quinteuse, des crachats plus faciles, moins abondants, enfin une respiration plus libre.

4° Les vieux catarrhes, les bronchites récemment passés à l'état chronique, ont été constamment, les premiers notablement modifiés, les secondes toujours guéries.

5° Enfin nous avons, dans trois cas, obtenu une guérison complète des tubercules pulmonaires, dont deux au premier degré, le troisième déjà parvenu au deuxième. Nous disons guérison complète, en ce sens que les craquements humides et les gargouillements avaient tout à fait disparu lorsque les malades ont quitté l'hôpital, et qu'à la place de ces bruits anormaux la respiration normale avait reparu. Ces guérisons seront-elles durables? Je ne puis rien affirmer sous ce rapport, car quelques mois ne suffisent point pour porter un tel jugement.

Parmi les observations de guérison, je rapporterai les suivantes.

OBS. I. *Tubercules pulmonaires au deuxième degré. — Emploi du sirop iodo-tannique. — Guérison.* — Barthélemi Fournel, âgée de seize ans, d'un tempérament lymphatique bien marqué, à lèvres grosses, et présentant deux petites glandes au cou, est admise le 4 mai 1853, au n° 60 de la salle des Deuxièmes-Femmes à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Cette malade, qui exerce la profession d'ouvrière en soie, fait remonter le début de sa maladie à six mois. A cette époque elle s'enrhuma, fut prise d'une toux assez vive, qui s'apaisa au bout de quelques jours; puis dégénéra en une espèce de catarrhe (ce sont ses expressions) et fut accompagnée d'oppression. Elle avoue avoir craché le sang il y a trois mois, une fois; mais ce crachement ne s'est pas renouvelé. Cette malade s'est bien amaigrie; l'appétit est encore bon, mais les digestions sont pénibles et suivies de trois ou quatre selles liquides dans les vingt-quatre heures. Elle accuse un grand essoufflement dès qu'elle veut marcher, et ses forces ont beaucoup diminué.

La percussion donne un son mat sous la clavicule gauche; le son paraît naturel sous la droite.

A l'auscultation, à gauche, en avant, on entend des craquements humides, mêlés à quelques râles plus humides, se rapprochant du gargouillement. La voix et la toux retentissent à travers les parois de la poitrine. A droite, en avant, sa respiration est bruyante, accompagnée de râles sibilants, au milieu desquels il semble que l'on distingue quelques rares craquements.

En arrière, à gauche, l'oreille perçoit dans la fosse sus-épineuse quelques craquements humides, sans gargouillement, et, à droite, dans les mêmes points correspondants, une respiration assez pure.

Prescription. Sirop iodo-tannique, 30 grammes; dattes et jujubes, bouillon pectoral.

12 mai. Le dévoiement a cessé, les nuits sont meilleures; il semble à la malade que sa respiration est plus facile. Les craquements humides persistent, mais les râles de gargouillement ne sont plus perçus. (Sirop iodo-tannique, 40 grammes.)

13 mai. L'amélioration a fait des progrès sensibles; l'état général est meilleur, l'état local est le même. (Sirop iodo-tannique, 50 grammes.)

Nous persistons dans cette médication jusqu'au 20 juin. A cette époque, la malade avait repris de l'embonpoint; elle était gaie, presque pas essoufflée; la matité a presque disparu; les craquements sont presque rem-

---

En mai	1849	.....	2
En juin	—	.....	2
En juillet	—	.....	0
En août	—	.....	0
En septembre	—	.....	5
En octobre	—	.....	7
En novembre	—	.....	8
En décembre	—	.....	7
En janvier	1850	.....	13
En février	—	.....	5
En mars	—	.....	5
En avril	—	.....	16
	Total	....	70

Ce chiffre est bien au-dessous de celui de la moyenne des jours de pluie, qui est de 114, et n'a pas dépassé de beaucoup le minimum 56, observé une fois dans une période de 39 ans (en 1828).

Il est vrai que nous n'avons noté que les pluies que nous avons essuyées; mais en rayonnant dans la campagne de Rome, il nous est arrivé fréquemment de voir des orages passer sans nous atteindre (1), surtout le long du Tibre, et fondre sur la ville; et ce n'est pas un des phénomènes les moins curieux de son horizon si fantastique alors, notamment pour les effets de lumière. Ainsi, en mai et en juin 1849, nous n'avons éprouvé que quatre jours de pluie aux camps de Palo, d'Acqua Traversa et de Santucci, pendant qu'il a plu onze fois à Rome. En janvier, février et mars 1850 (2) nous n'avons eu que vingt-trois jours de pluie à Frascati, pendant qu'il a plu trente-trois fois à Rome dans le même temps.

Il pleut donc à Rome, comme centre, bien plus souvent qu'à la circonférence de sa campagne, et cela à cause du Tibre qui, pour nous servir de l'expression usitée, attire les orages. Nous insistons sur cette particu-

(1) Serait-ce alors, comme on l'a avancé, que la pluie en tombant s'évaporait entièrement? Dans la campagne de Rome, comme en Afrique, toute notre attention pour surprendre ce singulier phénomène météorologique a été inutile; toujours, lorsque la nue nous a paru se résoudre en pluie, les rayons aqueux qui en partaient arrivaient jusqu'à terre aux points correspondants.

(2) Les jours de pluie, durant notre deuxième année de séjour, ont été de :

1850. — 11 en mai, 15 en juin, 7 en juillet, 0 en août, 8 en septembre, 15 en octobre, 12 en novembre, 7 en décembre — 1851. 8 en janvier, 7 en février, 12 en mars, 10 en avril. — Total, 118.

placés tout à fait par le murmure respiratoire ; la voix ne retentit plus. (Même prescription.)

Cette jeune fille sort tout à fait guérie dans les derniers jours du mois de juillet.

Remarque. — Évidemment, nous avions sous les yeux, dans ce cas, une phthisie qui tendait à passer du premier au deuxième degré, et même y était passée en partie. Nous l'avons guérie : mais, loin de nous la pensée de présenter notre sirop iodo-tannique comme un spécifique contre cette terrible affection. Nous ne serons point toujours aussi heureux ; mais nous dirons que ce moyen, s'il n'est pas infaillible, est au moins très utile dans les affections de poitrine tendant à la phthisie, et que son usage n'a jamais été suivi des accidents que l'on a reprochés aux autres préparations d'iode.

Aujourd'hui, nous administrons ce sirop dans toutes les affections chroniques des bronches, dans tous les degrés de la phthisie, et nous avons constamment obtenu des amendements remarquables dans tous les cas.

B. *Maladie des organes abdominaux.* — 1° *Diarrhée chronique.* Dans ces maladies qui succèdent assez souvent aux dysentéries, ou compliquent d'autres affections telles que les tubercules pulmonaires et mésentériques, les squirrhes, les cancers invétérés, nous avons obtenu de remarquables résultats par l'emploi de cette préparation iodo-tannique. Plusieurs engorgements des glandes du mésentère, qui s'accompagnaient de diarrhées muco-séreuses abondantes, ont été notablement modifiés. Nous en avons vu quelques-uns disparaître au bout de trois mois, lorsqu'ils n'étaient point volumineux, d'autres suspendre leur marche ascendante : en même temps l'appétit se réveillait et les digestions devenaient plus faciles. Nous avons vu enfin plusieurs de ces malades placés, par ce traitement, dans des conditions assez favorables pour nous laisser espérer plus tard une guérison complète.

Dans ces circonstances, nous prescrivons par la bouche le sirop iodo-tannique, et la solution iodo-tannique normale en lavement ; cette dernière, à la dose de 1 gramme par chaque lavement, et nous en administrons parfois deux par jour. Cette dose a semblé un peu élevée pour quelques malades, et alors elle provoquait quelques coliques accompagnées d'un léger ténesme rectal. Nous la diminuons dans ces cas de moitié, et nous arrivons toujours à pouvoir formuler 1 gramme, c'est-à-dire 5 centigrammes d'iode pour un seul lavement. Nous prescrivons d'abord un seul de ces lavements le soir, puis deux dans les vingt-quatre heures. Nous ne sommes pas encore allés au delà de cette dose, celle-ci nous ayant paru suffire jusqu'à ce jour.

En même temps, nous donnons le sirop depuis 25 jusqu'à 40 grammes, et même 50 grammes en plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, ce qui fait environ quatre cuillerées à bouche par jour au maximum. Nous débutons toujours par 25 grammes : le sirop est généralement pris pur, la moitié le matin, et l'autre moitié le soir.

On voit, par ces explications, que les malades peuvent prendre ainsi 15 à 20 centigrammes d'iode par jour. Cette dose suffit pour amener d'heureux résultats après quinze jours ou un mois de son administration. Jamais les malades ne se sont plaints de douleurs ou de pincements gastriques ; aucun d'eux n'a accusé des tiraillements du côté de la poitrine. Jamais enfin nous n'avons vu jusqu'ici se développer aucun des symptômes *iodiques* signalés par les auteurs. En un mot, cette préparation (sirop iodo-tannique) nous a semblé, parmi toutes les combinaisons iodées, celle qui était le mieux supportée, et qui, à doses égales et même moindres, produisait de plus grands effets. Les enfants prennent même avec plaisir le sirop iodo-tannique, tandis qu'il faut toujours vaincre une certaine répugnance pour leur faire avaler les autres préparations connues.

Nous nous contenterons, pour appuyer ces conclusions, de citer l'observation suivante :

Obs. II. — *Diarrhée et lientérie.* — *Sirop iodo-tannique.* — *Guérison.* — Madame Pic, herbagère, exposée à toutes les intempéries des saisons, en raison de la profession qu'elle exerce sur une place publique, a été prise d'une dysentérie violente au mois de mai 1853. Les selles étaient peu abondantes, muco-sanglantes, et les épreintes très vives. La malade fut traitée chez elle pendant un mois. A cette époque, l'état aigu avait disparu, mais elle avait conservé une telle facilité d'aller à la selle, qu'elle était obligée, chaque fois qu'elle buvait ou prenait des aliments, de se présenter aussitôt sur le vase. Elle prit, par le conseil de son médecin, plusieurs médicaments astringents, entre autres, le cachou en lavement et en boisson, puis on en vint à quelques opiacés. Cette médication fut suivie de quelque soulagement, qui ne tarda pas à disparaître. Telle était la disposition de madame Pic lorsqu'elle vint nous consulter, au mois de juillet. Elle était extrêmement faible ; son teint était subictérique ; ses traits, amaigris, étirés, décelaient une grande souffrance ; enfin, il existait aussi de l'œdème aux chevilles. Nous conseillâmes, sans beaucoup d'espoir, 30 grammes de sirop iodo-tannique, à prendre en deux fois, demi-lavement de un gramme de solution iodo-tannique chaque jour ; infusion légère de menthe ; régime maigre.

Notre étonnement fut grand, lorsque quinze jours plus tard la malade vint nous voir et nous remercier de l'avoir guérie. Son teint avait repris des couleurs, les digestions se faisaient sans douleur, l'appétit était bon, et la malade n'allait plus que deux fois à la selle dans les vingt-quatre heures. Les matières étaient demi-solides, rendues sans épreintes, sans colique. Nous lui conseillâmes de continuer encore pendant quinze jours le sirop iodo-tannique, de supprimer les lavements, et d'ajouter à ses aliments un peu de viande.

Cette médication a été couronnée d'un plein succès ; aujourd'hui madame Pic jouit d'une bonne santé.

Remarque. — Cette observation est remarquable sous plus d'un rapport ; nous nous contenterons d'en faire ressortir la gravité, et de faire remarquer qu'après un traitement long et bien dirigé, la maladie, qui menaçait de devenir incurable, fut promptement guérie par le sirop et la solution iodo-tanniques. Ici la cure nous semble tellement liée à l'emploi de cette nouvelle combinaison iodique,

---

larité météorologique très remarquable : elle met en relief l'intensité et la variabilité d'action des phénomènes thermo-électro-hygrométriques de l'atmosphère au voisinage et à la surface des eaux dans les contrées chaudes et basses, fleuves, lacs, étangs, et surtout dans les marais, et par suite nous met à même d'apprécier les modifications morbides que l'organisme subit plus facilement dans ces derniers milieux que nulle autre part.

Mentionnons comme complément aux observations météorologiques, que les oscillations barométriques s'effectuent depuis 69 ans

entre	28pouc.,11lig.8,	maximum (observé en décembre 1801),
et	26 ,11 8,	minimum (observé en janvier 1784),
différence	2pouc.,00 0,	soit 54mm,144.

Docteur ARMAND.

(*La suite à un prochain numéro.*)

L'épidémie de choléra dont nous avons annoncé l'apparition en Espagne ne paraît pas devoir y acquérir de grandes proportions. Suivant le BOLETIN DEL COLERA que publient à Santiago (Saint-Jacques de Compostelle) les docteurs *Varela de Montes*, *Olivares* et *Cazares y La Riva*, la Gallicie n'a pas été fort maltraitée. Du 5 au 13 mai inclusivement, Pontevedra, qui contient environ 5,000 habitants, n'a compté que 13 décès imputables à l'épidémie. Du 14 au 21, *la province entière* de Pontevedra n'a donné que 190 cas de choléra. Le fléau paraît jusqu'ici renfermé dans cette province ; il ne s'est montré ni à Santiago ni dans aucune autre ville de la Corogne et d'Orense.

Conformément aux idées qui règnent en Espagne, des mesures de quarantaine ont été prises. Comme le fait remarquer IL SIGLO MEDICO, il est difficile, en l'état actuel des choses, d'en apprécier les résultats.

—Neuf candidats à la chaire de clinique externe, vacante par la mort de M. Roux, se sont fait inscrire, dans l'ordre suivant, au secrétariat de la Faculté : MM. Jobert (de Lamballe), Gosselin, Richet, Michon, Morel-Lavallée, Giraldès, Maisonneuve, Huguier, Chassaignac.

(*Communiqué.*)

qu'il nous semble inutile de rien ajouter pour en faire ressortir l'évidence.

Nous avons eu l'occasion de guérir plusieurs diarrhées chroniques par le même moyen ; mais nous nous bornons pour le moment à l'observation qui précède, ayant l'intention de développer ces faits dans un travail ultérieur plus complet.

2° *Écoulement vaginaux et utérins.* Depuis deux mois nous avons mis à l'épreuve la solution iodo-tannique en injection et en application locale prolongée, dans les flux muqueux utéro-vaginaux, en même temps que nous faisons prendre à l'intérieur l'iode sous la forme de sirop. Voici ce que nous avons observé :

Dans les quatre circonstances où nous avons jusqu'ici eu l'occasion d'avoir recours à cette nouvelle médication, le flux utéro-vaginal était toujours notablement amendé, soit en qualité, soit en quantité, au bout de huit jours, en même temps les douleurs lombaires s'apaisent. La première injection iodo-tannique coagulait sur-le-champ le mucus vaginal et utérin, et en formait une masse blanche, opaque, résistante. Telle est, du reste, l'action constante de notre solution sur les liquides albumineux. Aujourd'hui 20 décembre 1853, trois de ces malades sont à peu près complétement guéries. La quatrième, dont je relate ici l'observation, l'est tout à fait.

Obs. III. — *Utéro-vaginite. — Solution iodo-tannique en injection et à l'intérieur. — Guérison.* — Madame L., âgée de vingt-cinq ans, blonde, au teint rosé, à chair blanche un peu molle, est accouchée, il y a six ans, d'un garçon ; l'accouchement a été heureux, et les suites de couches naturelles. Madame L. nourrit elle-même son enfant jusqu'à l'âge de deux ans. Pendant tout cet espace de temps sa santé fut parfaite ; mais, quelque mois après le sevrage, sous l'influence de peines morales et de fatigues corporelles, elle vit apparaître un léger écoulement blanc, accompagné de quelques douleurs lombaires. Peu à peu cet écoulement augmenta, et, un an plus tard, il exigea que madame L. se garnît de linge. A cette époque, les douleurs lombaires étaient vives, lui laissant à peine quelques instants de répit ; les digestions lentes, pénibles, accompagnées de flatuosités, d'alternatives de constipation et de dévoiement ; amaigrissement.

Inquiète sur sa santé, madame L. consulta plusieurs médecins renommés de Lyon, qui lui conseillèrent des injections avec la décoction d'écorce de chêne, de roses de Provins, l'eau blanche, des bains sulfureux, et, sous l'influence de cette méthode de traitement, la leucorrhée diminua, mais elle était encore assez abondante ; en même temps elle se plaignait de tiraillements dans l'estomac, d'un serrement de poitrine et de palpitations revenant à la moindre émotion.

Tel était l'état de cette malade lorsqu'elle vint nous consulter, dans le mois de septembre de cette année (1853). Nous ne voulûmes entreprendre aucune espèce de médication avant d'avoir examiné le col utérin au spéculum, opération à laquelle jusque-là elle s'était refusée. Elle s'y décida, non sans peine, et voici dans quel état nous trouvâmes les organes.

La muqueuse vaginale, abondamment baignée par un liquide blanc-séreux, et douloureuse sous l'introduction de l'instrument, présentait en arrière trois petites plaques rosées, de l'étendue d'un centime environ ; ces plaques n'étaient point le résultat d'une ecchymose, car leur rougeur disparaissait en partie sous la pression. Dans le reste de son étendue, il existait de nombreuses granulations.

Le col utérin, de la grosseur d'une noix ordinaire, offrait sur sa lèvre postérieure une ulcération à fond rougeâtre, granuleux, saignant au moindre attouchement, et se prolongeant évidemment dans la cavité du col. Elle occupait environ la moitié de l'étendue de la lèvre postérieure, et tout autour se dessinait une auréole livide qui disparaissait insensiblement après quelques lignes d'envahissement. La surface ulcérée sécrétait une matière blanche comme purulente, qui se mêlait à un mucus plus dense et filant, fourni par l'intérieur du col.

Après avoir soigneusement détergé les parties, nous portâmes sur l'ulcère et fîmes pénétrer dans la cavité du col un bourdonnet de charpie, fortement imprégné d'une solution très concentrée iodo-tannique : nous en badigeonnâmes également toute la paroi vaginale à mesure que nous retirions le spéculum. A l'intérieur, nous fîmes prendre soir et matin une cuillerée à bouche du sirop iodo-tannique, en recommandant de faire trois fois par jour des injections avec la solution iodo-tannique, mais étendue au quart. Repos complet, régime doux.

Dès le surlendemain de l'opération, l'écoulement semblait avoir diminué, mais huit jours plus tard, il était, au dire de la malade, de moitié au moins plus modéré ; les douleurs lombaires avaient aussi éprouvé le même abaissement, et l'appétit semblait renaître.

Nous fîmes, à cette époque, un nouvel examen au spéculum. Les plaques rouges qui siégeaient à la partie postérieure du vagin avaient disparu ; les granulations étaient moins marquées ; le col utérin s'était réduit environ de moitié, ainsi que l'ulcération, autour de laquelle l'auréole rougeâtre était moins sensible.

Nouvelle application locale de la solution concentrée iodo-tannique iodurée. Continuation des mêmes moyens à l'intérieur et en injection.

Huit jours plus tard, madame L. se trouva tout à fait bien ; elle put se lever et se promener sans trop de fatigue dans ses appartements. Appétit bon ; les forces reviennent.

L'ulcération est presque guérie, le col utérin presque à l'état normal, écoulement peu sensible. (Sirop iodo-tannique trois cuillerées à bouche par jour. Le reste, *ut suprà.*) A la fin du mois de novembre, la guérison est achevée ; l'embonpoint est revenu, et tout fait espérer, aujourd'hui 20 décembre, que cet état satisfaisant ne se démentira pas.

Cette observation nous a frappé par la promptitude avec laquelle le mal a disparu. Sans doute, on ne réussira pas toujours avec cette rapidité et cette perfection, mais ce fait est pour nous un grand encouragement à essayer de nouveau notre médication iodo-tannique dans d'autres circonstances semblables. C'est ce que nous nous proposons de faire dès que l'occasion s'en présentera.

C. *Engorgements scrofuleux des glandes du cou.* — La pensée d'employer notre sirop iodo-tannique pour combattre les engorgements scrofuleux du cou, a dû naturellement se présenter à notre esprit. En effet, c'est surtout contre ces affections que l'on a vanté depuis trente ans les préparations iodées. Les beaux travaux de M. Lugol ont surabondamment prouvé, dans ces dernières années, que dans toute la matière médicale nul agent n'était plus apte à combattre cette maladie. Les analyses chimiques ont aussi prouvé que certaines substances vantées contre les engorgements scrofuleux, telles que l'éponge marine, les varecs, l'huile de poisson, renfermaient toujours une plus ou moins grande quantité d'iode.

Nous avons donc voulu, à notre tour, tenter, dans les engorgements scrofuleux, l'administration de notre préparation iodo-tannique.

Depuis trois mois, nous n'avons eu que cinq cas dans lesquels nous ayons pu suivre sans interruption l'emploi de cette préparation. Trois de ces malades étaient âgées de dix-huit à vingt ans, les deux autres n'avaient que douze ans.

Toutes présentaient de chaque côté du cou un chapelet de glandes, dont quelques-unes offraient la grosseur de deux noix réunies. Chez les malades de dix-huit à vingt ans, la glande thyroïde offrait aussi un volume marqué. Chez celle-ci, depuis trois mois que nous les avons mises à l'usage de notre sirop iodo-tannique, la glande thyroïde a beaucoup diminué de volume ; mais les glandes n'ont point présenté une amélioration proportionnelle : seulement, les plus grosses commencent à se diviser en d'autres petites glandes, ce qui annonce une tendance à la résolution.

Chez les deux plus jeunes filles, âgées de douze ans, les choses se sont passées plus heureusement ; car aujourd'hui, 25 décembre, la maladie a presque complétement disparu, et ce n'est qu'en palpant avec beaucoup d'attention que l'on aperçoit quelques petites glandes à peine de la grosseur d'un haricot. Leur santé est parfaite sous tous les rapports, et en continuant encore pendant quelque temps le sirop iodo-tannique, nous sommes convaincu qu'il ne restera chez ces deux enfants aucune trace de la maladie scrofuleuse.

Ajoutons qu'ici l'amélioration est d'autant plus remarquable que pendant trois mois, durant l'été, ces malades avaient été soumises à l'usage de l'huile de foie de morue, à la dose de quatre cuillerées à bouche par jour. Cette huile était, du reste, mal supportée ; on était obligé de la suspendre pendant quatre à cinq jours à chaque quinzaine, car elle amenait de la diarrhée et finissait par provoquer quelques vomissements.

La dose à laquelle nous avons employé chez ces scrofuleux le sirop iodo-tannique a été la suivante : d'abord une cuillerée à bouche matin et soir ; puis trois, et enfin aujourd'hui les deux plus âgées en prennent quatre sans répugnance, sans éprouver le plus léger malaise. Nous nous proposons d'en élever la dose d'ici à quelque temps, si quatre cuillerées n'amènent pas une amélioration assez prononcée et plus rapide.

DES RÉTRÉCISSEMENTS COMMENÇANTS DE L'URÈTRE, ET DE LA BLENNORRHÉE QUI LES ACCOMPAGNE, par M. J. ROLLET, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille. (Mémoire présenté à la Société de médecine de Lyon.)

Suite. — Voir le numéro 34.

Comme preuve clinique de tous ces faits, dont la réalité résulte on ne peut plus catégoriquement des données anatomiques précédentes, je pourrais citer déjà un très grand nombre d'observations où il m'a été donné de constater des strictures, alors que le jet était peu altéré dans sa forme ou dans son volume. En voici une où aucune altération de ce genre n'existait ; où, vu le siége et le diamètre du rétrécissement, et en tenant pour justes nos précédentes appréciations, il était impossible que l'émission de l'urine ne se fît pas d'une manière normale.

Dans cette observation, comme dans toutes celles que j'ai recueillies, le symptôme dominant était la blennorrhée ; celle-ci était regardée comme essentielle, et l'on était loin de supposer qu'elle fût entretenue par un rétrécissement. Ce n'est qu'après un examen très attentif, une exploration répétée à plusieurs reprises, que j'ai pu reconnaître la véritable cause de la maladie.

Obs.—BLENNORRHAGIE CHRONIQUE ; RÉTRÉCISSEMENT COMMENÇANT ; GUÉRISON PAR LA DILATATION. M. S..., âgé de vingt-cinq ans, d'une forte constitution, contracta, il y a quatre ans, une première blennorrhagie. La maladie, quoique très inflammatoire, cessa au bout de trois semaines d'un traitement par le copahu et les injections astringentes. Elle ne laissa après elle aucune trace ; le canal redevint complétement sec.

Deux ans après, M. S... eut une seconde blennorrhagie moins aiguë que la première, mais beaucoup plus opiniâtre. Le traitement par le copahu et les injections ne fit que diminuer l'écoulement ; la maladie persista à l'état chronique. Le matin, les lèvres du méat étaient comme collées ; en pressant le canal, on faisait suinter une goutte quelquefois opaline, d'autres fois presque transparente. Quand le malade avait gardé le repos, pris des bains et suivi un régime doux, le canal devenait sec, même le matin, et la première goutte d'urine était seule un peu louche, par son mélange avec la petite quantité de mucosités que sécrétait encore le fond du canal ; mais au moindre excès l'écoulement revenait avec une abondance quelquefois telle, qu'on pouvait la regarder comme une véritable blennorrhagie subaiguë.

M. S... n'avait pas négligé son mal. Il avait consulté beaucoup de médecins, et s'était soumis à des traitements très variés. Cubèbe, copahu, térébenthine à l'intérieur, injections de toutes sortes, cautérisations avec le porte-caustique, rien n'avait pu le guérir radicalement.

Je lui demandai s'il avait remarqué que le jet de l'urine fût devenu depuis quelque temps plus petit, s'il était aplati, contourné, etc. Il lui semblait qu'il n'avait subi aucune modification. Je le fis uriner devant moi, et je vis, en effet, que l'urine était projetée avec assez de force et à plein canal. Tous ces détails et ce premier examen n'étaient pas favorables à l'hypothèse d'un rétrécissement. Cependant j'avais près de moi des bougies à tête, que déjà à cette époque je regardais comme très utiles pour explorer l'urètre, aussi bien dans les cas d'inflammation et d'ulcération localisée, que dans les cas de rétrécissements. Je ne voulus pas quitter M. S... sans l'avoir soumis à ce moyen d'exploration. J'introduisis plusieurs grosses bougies, une entre autres de 7 millimètres de diamètre, qui ne purent pas pénétrer dans la vessie. Une autre de 6 millimètres entra sans difficulté. Celle de 6 millimètres 1/3, que j'essayai ensuite, entra après avoir éprouvé un peu de résistance. Cette résistance, je l'éprouvai encore au même point du canal en retirant la bougie. Je répétai plusieurs fois cette manœuvre ; c'est à 15 centimètres du méat, en allant d'avant en arrière, et à peu près à 15 centimètres 1/2 en venant d'arrière en avant, qu'il y avait obstacle au bon glissement de la tête de la bougie dans le canal. J'en conclus (après avoir précisé davantage le siége de la lésion par des moyens que j'indiquerai ultérieurement) qu'il y avait chez mon malade un rétrécissement de 1/2 centimètre de longueur, de 6 millimètres 1/3 de diamètre, situé à 15 centimètres du méat, dans la portion du canal qui répond au bulbe.

J'avais donc trouvé la lésion du canal qui entretenait chez M. S... cet écoulement de si longue durée. Il n'était pas difficile de comprendre comment les antiblennorrhagiques et les injections astringentes n'avaient pas réussi. C'est au rétrécissement qu'il fallait s'adresser, et non à l'écoulement, qui n'en était que le symptôme.

Je fis le premier essai de dilatation le 15 octobre 1851 avec une bougie de gomme de 6 millimètres 2/3 de diamètre. Elle entra avec peine, et me parut très fortement serrée. Je ne la laissai que cinq minutes dans le canal.

Le 17, seconde séance de dilatation avec la même bougie laissée dix minutes dans le canal. Je continuai les dilatations tous les deux jours pendant trois semaines. Je ne m'arrêtai qu'après avoir passé plusieurs fois une bougie de 8 millimètres 2/3, qui était la plus forte que pût admettre le méat.

Pendant toute la durée du traitement, l'écoulement augmenta d'une manière notable. Plusieurs fois l'introduction des bougies avait déterminé un peu d'hémorrhagie. Mais dès que le dernier numéro fut seul introduit par le malade tous les huit jours, tous les quinze jours, puis plus rarement encore, le canal redevint sec. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de revoir M. S..., qui continue à bien aller et n'a plus aucun suintement par l'urètre.

Ainsi, chez ce malade, c'est avec une bougie de 6 millimètres 2/3 qu'a été commencée la dilatation ; il a fallu un cathéter de 7 millimètres pour être arrêté par l'obstacle ; enfin, — car c'est là surtout ce qui est digne d'attirer l'attention, — le rétrécissement était compatible avec un jet aussi volumineux et aussi étendu qu'à l'état ordinaire.

Il en a été à peu près de même chez un certain nombre de malades que j'ai perdus de vue après les avoir explorés, ou dont les rétrécissements étaient plus étroits, et par suite moins manifestement larvés que le précédent. Il en a été de même dans l'observation suivante, qui ressemble sous beaucoup de rapports à la première. Qu'on les compare toutes deux avec celles qui sont rapportées dans les ouvrages spéciaux, observations où le rétrécissement se reconnaît au moyen de sondes même peu volumineuses arrivées au-devant de lui, ou bien à l'aide de très petites bougies ou de porte-empreintes qui reviennent avec un moule filiforme; dans lesquelles on voit toujours les premiers essais de dilatation opérés avec des bougies très fines ne dépassant pas 3 à 4 millimètres; et l'on comprendra combien la période initiale des coarctations diffère des autres, non seulement par sa symptomatologie, qui est presque nulle, mais encore par son diagnostic, qui nécessite de la part du chirurgien la plus minutieuse attention.

Obs.—BLENNORRHAGIE CHRONIQUE ; RÉTRÉCISSEMENT COMMENÇANT ; DILATATION. M. G..., âgé de trente ans, blond, maigre, d'une bonne santé, a eu une première blennorrhagie à vingt ans, une seconde quatre ans plus tard, une troisième il y a deux ans, et enfin une quatrième au mois de février de cette année.

Les deux premières fois, la maladie avait guéri rapidement et sans laisser aucune trace. La troisième fois, la maladie, quoique traitée d'abord avec beaucoup de soins, avait passé à l'état chronique. Après un traitement de deux ou trois mois, le malade l'avait abandonnée à elle-même. Il restait toujours un peu d'écoulement, moins dans la journée que le matin. Cet écoulement devenait plus abondant après les fatigues et les excès ; jamais l'émission de l'urine n'était gênée ni douloureuse.

M. G... fut presque satisfait de voir un état aigu succéder à cet état chronique, et d'être forcé de se soumettre à un traitement qu'il avait le projet de suivre depuis longtemps, mais qu'il ajournait toujours. Il comptait que la médication ferait tout disparaître, la maladie aiguë et l'état chronique sur lequel elle était entée. Je ne lui promis de le guérir immédiatement que de sa blennorrhagie, l'avertissant que le suintement habituel nécessiterait un traitement spécial et peut-être très long.

Après quelque temps de médication antiphlogistique, la maladie étant devenue beaucoup moins aiguë, je fis prendre le copahu à l'intérieur, et des injections de nitrate d'argent dans le canal. Dès qu'il ne resta plus qu'un écoulement muqueux peu abondant, je supprimai le copahu et la solution de nitrate d'argent, et je fis faire des injections avec le mélange d'eau blanche et de laudanum. La maladie restant stationnaire, j'essayai successivement le tannin, le sulfate de zinc, etc. Je n'obtins aucune amélioration. C'est alors que j'explorai le canal avec les bougies à boule.

Une première bougie de 8 millimètres, introduite avec beaucoup de ménagements, causa d'assez vives douleurs sur un point très circonscrit de la portion spongieuse, et fut arrêtée dans le fond du canal. Après quelques essais faits infructueusement pour franchir l'obstacle, je la retirai. J'essayai successivement une bougie de 6 millimètres, une autre de 6 millimètres 2/3, une troisième de 7 millimètres. Toutes trois passèrent sans beaucoup de difficultés. Ce fut la bougie de 7 millimètres 1/3 qui m'indiqua bien manifestement l'existence d'un rétrécissement à 15 centimètres au delà du méat.

Je n'hésitai pas à proposer à M. G... de le traiter désormais par la dilatation. Le 29 mai, j'introduisis une première bougie de gomme de 7 millimètres 1/3. Cette bougie détermina un peu de douleur dans la portion spongieuse, comme je l'avais déjà remarqué dans mes premières explorations; la douleur fut beaucoup plus vive derrière le rétrécissement, dans un point répondant à la portion prostatique du canal.

Des bougies successivement plus fortes furent introduites tous les quatre ou cinq jours. Outre les accidents ordinaires de la dilatation, tels qu'un peu d'hémorrhagie après le cathétérisme, un redoublement d'écoulement les jours suivants, les bougies déterminèrent assez longtemps des douleurs vives sur les deux points notés plus haut.

Comme le méat était excessivement large et dilatable, je ne m'arrêtai qu'à la bougie de 9 millimètres 2/3.

Pendant quelque temps, je remplaçai cette bougie par une sonde en étain de même diamètre, et enfin j'appris au malade à se sonder lui-même.

J'ai revu M. G... en juillet 1852, il continuait à faire usage des sondes. Le cathétérisme n'était plus douloureux sur aucun point, et l'écoulement avait complétement disparu.

Chez ce second malade, le rétrécissement était plus large que chez le premier, puisqu'il admettait une bougie de 7 millimètres 1/3. Mais ce que je tiens surtout à signaler ici, c'est l'existence de deux points douloureux, l'un dans la portion spongieuse, l'autre dans la portion prostatique; car j'aurai plus tard l'occasion d'en faire ressortir toute l'importance diagnostique.

Toutefois, avant d'aller plus loin, je dois répondre à une objection qui pourrait m'être faite. Si le jet, dira-t-on, n'est pas altéré; si, à plus forte raison, la vessie, les reins, la prostate ne sont pas malades, à quoi bon se préoccuper d'un mal qu'aucun symptôme grave ne révèle, et qui est compatible avec l'exercice régulier des fonctions? Quand un rétrécissement commence, quelle que soit son origine, qu'il procède d'une inflammation blennorrhagique ulcéreuse ou d'une phlegmasie simple, avec imprégnation plastique de la muqueuse et des tissus sous-muqueux, il n'en suit pas moins une marche fatalement progressive. Puisque le mal doit nécessairement s'accroître, n'est-il pas indiqué de le combattre dès le début, alors qu'il est facilement curable, au lieu d'attendre le développement de symptômes contre lesquels échouent si souvent les médications les plus rationnelles?

Mais ce n'est pas tout. De nouvelles idées ont été émises touchant la structure anatomique des rétrécissements. M. Cruveilhier, et surtout M. Reybard, prétendent, avec une autorité qu'il serait difficile de contester, que tous les rétrécissements, ou du moins la très grande majorité, sont constitués, à une certaine époque de leur évolution, par un tissu fibreux, rétractile, non susceptible de résolution; qu'à ce degré de la maladie, on ne peut pas compter sur une guérison radicale au moyen de la dilatation qui ne fait que distendre momentanément un tissu destiné à revenir fatalement sur lui-même en vertu de sa rétractilité. C'est au début seulement, alors que ce tissu n'est pas encore définitivement organisé, qu'on peut espérer de le modifier ou de le faire résoudre, et d'obtenir une guérison radicale ou au moins durable, à l'aide de cette méthode de traitement si supérieure à toutes les autres par son innocuité.

Enfin, si l'accroissement fatal des rétrécissements ne faisait pas un devoir de les traiter dès le début, afin de prévenir les accidents qui doivent nécessairement venir les compliquer; si la nécessité de les attaquer de bonne heure par la dilatation pour en obtenir la cure radicale avec cette médication si simple, n'étaient pas des raisons suffisantes de se hâter, nous ajouterions que presque toutes les coarctations sont précédées d'un écoulement chronique par l'urètre, écoulement qui les accompagne avec une opiniâtreté désespérante, et ne disparaît qu'avec la cause organique dont il dépend. Or, cette blennorrhée rebelle, qui, après s'être jouée de tous les autres traitements, cède presque toujours si facilement à l'introduction répétée des bougies dilatatrices, est, à elle seule, un symptôme pour lequel la plupart des malades n'hésiteraient pas à se soumettre à un traitement bien autrement douloureux ou compliqué.

Voyons donc en quoi consiste cette transition de la blennorrhagie aiguë à la blennorrhée, de celle-ci au rétrécissement, et à quels signes on peut reconnaître une coarctation commençante.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC.

Lorsque la blennorrhagie aiguë passe à l'état chronique, le phénomène le plus constant et le plus remarquable qui caractérise cette transformation, c'est, à coup sûr, la localisation de la phlegmasie. L'urètre, qui, pendant l'état aigu de la maladie, était douloureux dans une grande partie de son étendue, n'a plus de sensibilité, pendant l'état chronique, que sur un ou deux points très circonscrits; et cette sensibilité, que le passage de l'urine suffisait, dans le premier cas, pour exalter outre mesure, ne se développe plus, dans le second, qu'au contact des bougies ou des sondes avec la partie malade. Cette concentration d'une blennorrhagie mal éteinte sur un point limité de la muqueuse urétrale n'a du reste rien d'exceptionnel; car, pour ne citer qu'un fait analogue, ne voit-on pas souvent les granulations de la muqueuse palpébrale succéder à une inflammation catarrhale aiguë étendue primitivement à toute la conjonctive?

Pour reconnaître quels sont les points circonscrits où la maladie s'est fixée et d'où part l'écoulement, on peut recourir au mode d'exploration proposé par M. Leroy (d'Étiolles). « On se sert d'un tube percé aux deux bouts, dans lequel on introduit une tige de baleine, une sonde de gomme, ou, mieux encore, une petite bougie à boule à l'extrémité de laquelle est fixé un petit morceau d'éponge très fine. On glisse le tube ainsi garni jusqu'au bulbe; là on fait saillir l'éponge et l'on retire le tout. Par cette manœuvre, répétée une seconde, une troisième fois, toute la partie spongieuse est essuyée et séchée. On introduit alors une bougie à boule jusqu'au col de la vessie; par sa disposition, elle racle, comme pourrait le faire un râteau, les parois du canal. Si elle ramène des mucosités, il est évident qu'elles proviennent des portions membraneuse et prostatique. Veut-on préciser encore davantage et savoir laquelle de ces deux régions les fournit? On essuie la portion membraneuse avec l'éponge; si la bougie à boule, portée jusqu'au col, ne ramène plus rien, c'est que la région membraneuse est le siége de l'écoulement; si elle revient chargée de matière, c'est la prostatique. »

C'est après l'effacement complet des rétrécissements, lorsqu'il ne reste de toute la maladie qu'un écoulement rebelle, que M. Leroy conseille de faire cette exploration. Son procédé n'en est pas moins applicable au diagnostic de la blennorrhée à la période qui nous occupe. Mais comme les points du canal d'où procède l'écoulement sont les plus douloureux, et qu'il suffit, en définitive, de découvrir ces points douloureux pour que la source de la blennorrhée soit connue, je procède au cathétérisme d'une manière plus simple. Je me sers des bougies à tête ordinaires; en parcourant le canal, ces bougies ne le distendent qu'au niveau de leur tête. Or, tant que celle-ci n'est en contact qu'avec la muqueuse saine, elle ne cause aucune douleur vive; lorsqu'elle arrive sur un point malade, la pression qu'elle exerce devient douloureuse, puis elle cesse de l'être.

dès que ce point est dépassé. On a donc avec ces bougies un bon moyen non seulement de reconnaître, mais encore de circonscrire la maladie.

C'est en faisant cette exploration chez un grand nombre de malades que j'ai acquis la conviction que beaucoup d'écoulements chroniques sont d'abord le symptôme d'une phlogose partielle et bien localisée de la muqueuse. Mais cette phlogose ne doit-elle pas, en se perpétuant, entraîner des lésions profondes dans le tissu qu'elle affecte ?

Quelquefois la douleur, pendant l'exploration, est très vive sur une région du canal où sont rassemblés de nombreux orifices folliculeux. Dans ce cas, n'a-t-on pas lieu de supposer que l'inflammation, en se prolongeant, a fait ou doit faire des progrès en profondeur, et envahir de proche en proche toute l'étendue des follicules? La région prostatique est souvent douloureuse au contact de la bougie. Cette sensibilité peut être interprétée de différentes manières; mais lorsqu'elle est accompagnée de quelques symptômes dont il sera question plus tard, on a une preuve certaine que la maladie s'est propagée de la muqueuse du canal à celle des conduits de la glande. M. Lallemand a rapporté beaucoup d'observations d'écoulements chroniques où, sans aucun doute, la maladie, concentrée sur la portion prostatique, occupait à la fois la muqueuse de l'urètre et les follicules de la glande. Ce qui a lieu pour les conduits de la prostate doit exister aussi pour ceux, moins nombreux, des glandes de Cowper; mais ici le diagnostic est plus difficile à porter.

D'autres fois, la tête de la bougie produit, en passant sur certains points, des douleurs excessivement vives, et, lorsqu'on la retire, on la trouve recouverte de mucosités striées de sang. Cette douleur cuisante comme une brûlure, ce mélange du sang avec la matière de l'écoulement, observés sans qu'aucune violence ait été exercée sur le canal, indiquent bien que la muqueuse est dénudée de son épithélium, et qu'elle est ulcérée, sinon profondément, au moins à sa surface. De pareilles ulcérations se rencontrent quelquefois, surtout au niveau du bulbe ou vers le milieu de la portion spongieuse : elles ont là leur siége d'élection.

Qu'une blennorrhée chronique, après avoir été longtemps le symptôme d'uue inflammation simple de la muqueuse, se perpétue sous l'influence de cette inflammation devenue ulcéreuse, rien n'est plus naturel et plus conforme aux lois de la pathologie, l'ulcération des muqueuses succédant souvent à la phlogose chronique. Mais ce qu'on doit noter surtout, c'est le siége de ces ulcérations qui est le même que celui du plus grand nombre des rétrécissements, et leur fin naturelle qui est la cicatrisation, c'est-à-dire la substitution du tissu inodulaire au tissu muqueux normal, et l'un des germes de ce travail organique dont le rétrécissement du canal est le dernier terme.

Mais il arrive assez souvent que le cathétérisme avec la bougie à tête, bien que douloureux sur certaines parties limitées du canal, n'occasionne pas cette cuisson spéciale avec hémorrhagie légère qui annonce une érosion. Bon nombre de rétrécissements succèdent aussi à ces phlegmasies locales non ulcéreuses, où la muqueuse subit une transformation spéciale, caractérisée surtout par la rétractilité progressive de son tissu.

Ainsi, lorsque l'inflammation blennorrhéique est fixée dans la région prostatique, elle se propage, avec le temps, aux conduits excréteurs et au tissu même de la glande. Elle semble trouver son aliment dans cette annexe du canal, et n'a aucune tendance à rétrécir celui-ci. Au contraire, lorsqu'elle a son siége sur un autre point de l'urètre, les tissus qu'elle rencontre au delà de la muqueuse semblent s'opposer aux progrès qu'elle pourrait faire en profondeur. C'est alors que commence le travail d'ulcération dans un certain nombre de cas, d'inflammation rétractive dans d'autres, qui aboutit, en définitive, au rétrécissement du canal.

Déjà, à cette époque, le cathétérisme est utile, non pour faire reconnaître un rétrécissement qui n'existe pas encore, mais pour distinguer des blennorrhées simples celles qui, déjà caractérisées par une lésion grave des conduits, marchent vers cette terminaison fâcheuse, terminaison qu'il n'est pas impossible de prévenir, car une érosion peut se cicatriser avant qu'elle ait entamé assez profondément la muqueuse pour donner lieu à une cicatrice rétractile, et une inflammation, même ancienne, peut se résoudre à l'aide d'un traitement convenable.

Tant que la maladie du canal n'est encore qu'à l'état d'inflammation ou d'ulcération localisées, il est facile de s'expliquer la persistance de l'écoulement blennorrhéique. Cet écoulement a sa source dans les points enflammés ou ulcérés; il est une sécrétion morbide de la partie altérée de la muqueuse. Mais une fois le rétrécissement constitué par la transformation définitive de la muqueuse, il ne doit se faire à sa surface aucune exhalation. Le tissu nouveau, analogue ou semblable aux cicatrices, vient au contraire mettre fin au travail sécrétoire. La blennorrhée cesse donc momentanément, ou, si elle persiste, c'est d'un autre point qu'elle procède.

La disparition momentanée de la blennorrhée est un phénomène assez ordinaire; mais est-ce bien toujours à cette cause qu'elle est due? C'est ce qui est encore à vérifier.

Lorsque l'écoulement persiste après l'organisation du rétrécissement, mais avant qu'il ait fait quelques progrès, il est probable qu'il procède d'un autre point du canal où l'inflammation poursuit son cours, de la portion prostatique, par exemple, où la phlogose, en se propageant, devient de plus en plus catarrhale.

Mais une fois l'urètre rétréci à un certain degré, il se fait derrière l'obstacle un travail organique qui est bien de nature à renouveler l'écoulement, s'il a cessé, ou à le redoubler, s'il persiste. Le canal se dilate, la muqueuse devient rouge, les follicules s'hypertrophient, leur sécrétion est accrue; bref, il y a sur toute cette surface un surcroît d'activité qui se traduit par un flux muqueux plus abondant. Sans doute il ne faut pas comparer le désordre commençant à celui qui a lieu dans les cas de rétrécissements anciens. Ce léger catarrhe urétro-prostatique n'a pas de suite les proportions auxquelles il atteint plus tard lorsque la prostate, les vésicules séminales, la vessie elle-même, sont profondément altérées; mais dès cette époque il existe, bien plus il augmente sans cesse, et la blennorrhée, qui, avant de s'être accrue de ce nouvel élément catarrhal, avait pu momentanément s'interrompre, devient désormais continue. C'est ainsi que le rétrécissement, après avoir été l'effet de la blennorrhée, devient ensuite sa principale cause.

(La suite à un prochain numéro.)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 29 MAI 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

A l'ouverture de la séance, M. le président donne lecture du décret impérial qui approuve l'élection de M. *Bravais*, dans la section de géographie et de navigation, en remplacement de M. l'amiral Roussin.

CHIRURGIE. — *Sur l'efficacité de la glace combinée à la compression pour réduire les hernies étranglées, et combattre la péritonite consécutive*, par M. *Baudens*. — Après quelques considérations sur les effets de l'étranglement et de l'engouement, et l'état vital des viscères herniés, l'auteur expose sa doctrine sur l'action thérapeutique de la glace pour réduire les hernies étranglées. Constriction des viscères herniés, strangulation des vaisseaux capillaires, congestion de la tumeur, accroissement de volume, dureté, chaleur anormale, douleur vive, inflammation violente avec menace de gangrène : voilà l'étranglement, ses symptômes, ses effets; que fera la glace? Contrairement à l'opinion de Boyer qui la proscrit parce qu'elle peut produire la gangrène en éteignant le peu de vie qui reste encore dans les parties enflammées, M. Baudens dit qu'elle refoulera les liquides qui engorgent la hernie, et qu'elle fera cesser l'inflammation qui aboutirait à la mortification si l'art n'intervenait. L'auteur distingue le *calorique normal* qui doit être toujours respecté, et le *calorique en excès ou calorique morbide*, toujours nuisible, qui doit être soutiré sans relâche, avec une persévérance parfois très grande. Après quelques préceptes touchant le mode d'emploi des réfrigérants, la durée de leur application, l'auteur expose les effets de la glace sur une hernie étranglée, qui sont : le refoulement des liquides, la sédation de la douleur, la condensation des gaz contenus dans l'intestin, l'affaissement de la

tumeur, l'enrayement des accidents inflammatoires et surtout de la péritonite si souvent mortelle.

La réduction peut être spontanée sous l'influence des réfrigérants; mais quand elle n'a pas lieu ainsi, M. Baudens joint à l'action de la glace une compression continue et modérée au moyen d'une bande élastique de caoutchouc qu'il appelle *spica-taxis*. C'est à cette méthode que l'auteur du mémoire, sur seize cas de hernies compliquées d'étranglement, est redevable de seize réussites, alors que les moyens ordinaires avaient échoué et que la kélotomie devenait urgente. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

Physiologie expérimentale. — *De l'influence des fractures sur le développement des os chez les enfants*, par M. *Baizeau*. (*Comm.*, MM. Flourens, Velpeau, Rayer.) A la clinique de M. Guersant, un enfant de quatre à cinq ans était atteint de fracture de la cuisse consolidée sans raccourcissement. Le malade meurt au trentième jour de sa fracture; les deux fémurs, mesurés à l'autopsie, étaient égaux en longueur à un millimètre près; et cependant le fémur fracturé, scié longitudinalement, offrait un chevauchement des fragments assez considérable. De ce fait et de nombreuses expériences tentées sur de jeunes lapins, M. Baizeau conclut que chez les jeunes sujets : 1° les fractures qui s'accompagnent de déplacement, et surtout de chevauchement, excitent le développement des os brisés et amènent dans ces derniers un plus grand accroissement que dans les os semblables du membre opposé; 2° les fractures sans déplacement ont une influence nulle ou très bornée sur le développement des os fracturés.

M. Baizeau termine son mémoire en rappelant une particularité intéressante qui se rattache à la formation du cal chez les enfants : c'est que chez eux, le travail de réparation pour la fracture et le développement de l'os marchant ensemble, c'est-à-dire le périoste exsudant la lymphe plastique pour la confection du cal en même temps qu'il verse à la surface extérieure de l'os les éléments constitutifs des couches osseuses nouvelles, il en résulte que bientôt les fragments sont enveloppés par des lames continues formant les couches externes qui peu à peu se substituent aux couches anciennes, lesquelles disparaissent par absorption; de telle sorte qu'au bout de quelques mois l'os fracturé a totalement été résorbé et remplacé par un os de nouvelle formation présentant ordinairement, au niveau de l'endroit où existait la fracture dans l'autre os, une légère exubérance produite par l'activité plus grande du périoste dans ce point.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 6 JUIN 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics adresse à l'Académie les quatre pièces suivantes : *a*. Rapport de M. le docteur *Viard*, médecin des épidémies pour le canton de Montbard, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Montbard. (*Commission des épidémies.*) — *b*. L'échantillon d'un fébrifuge indigène, découvert par M. *Bouloumié*, avec un mémoire et des observations à l'appui de la nouvelle recette. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *c.-d.* Deux autres échantillons et recettes de médicaments nouveaux pour guérir diverses maladies, présentés par des personnes étrangères à la médecine. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Les préfets des départements de Seine-et-Oise, de Loire-Inférieure, de Tarn-et-Garonne, d'Ille-et-Vilaine, des Ardennes, envoient les tableaux des vaccinations pratiquées dans chacun de ces départements en 1853. (*Commission de vaccine.*)

3. Le sous-préfet de Beaumont-sur-Oise envoie le tableau des vaccinations pratiquées en 1853 dans cet arrondissement par M. le docteur *Duquesne*. (*Commission de vaccine.*)

4. M. le docteur *Bitterlin*, de Saint-Maur-les-Fossés, adresse une aiguille pour la suture avec les fils de plomb de Percy, et une description de l'instrument et du procédé opératoire. (*Comm.*, M. Malgaigne.)

5. Une lettre de M. *Reydellet*, chirurgien de marine de 1re classe, avec deux tableaux de vaccinations pratiquées, depuis 1825 jusqu'en 1853, dans la commune de Saint-Denis (île de la Réunion). (*Commission de vaccine.*)

6. M. le docteur *Hullin*, de Mortagne, membre correspondant, adresse à l'Académie : *a*. Un mémoire intitulé : *Cas rares de médecine pratique et maladies diverses dans lesquelles le tannate de quinine a été employé avec succès*. (*Comm.*, MM. Requin, Girardin.) — *b*. Un travail sur le cowpox découvert à Chartres en 1853, avec une nouvelle lancette pour vacciner. — *c*. Un tableau des vaccinations pratiquées par l'auteur en 1853. (*Commission de vaccine.*)

7. Une lettre de M. le docteur *Brouillet*, de Blœishem, qui signale de nouveaux succès obtenus par l'application des ventouses scarifiées dans les fièvres paludéennes, et demande à l'Académie de lui envoyer son jugement sur les deux mémoires qu'il lui a déjà adressés touchant ce mode de traitement. (*Commission des succédanés du quinquina.*)

8. M. le docteur *Leriche*, de Lyon, réclame, sur M. Langletin, la priorité du traitement abortif et curatif de la blennorrhagie par la solution de nitrate d'argent, et adresse à l'Académie un mémoire imprimé, qu'il a publié il y a dix ans sur cette matière. (*Comm.*, M. Gibert.)

9. Une lettre de M. *Napoléon Henry*, médecin à Arnaville (Meurthe), inventeur du télégraphe électrique, qui développe plusieurs moyens hygiéniques à l'usage de l'armée d'Orient. (*Commission nommée* pour le mémoire de M. Beyran.)

10. M. *Lepage*, pharmacien à Gisors, adresse une note sur l'emploi du raifort sauvage comme révulsif cutané. (*Comm.*, MM. Guibourt, Desportes.)

11. Une note de M. *Eugène Marchand*, de Fécamp, sur une nouvelle méthode de dosage du beurre dans le lait. (*Comm.*, MM. Boullay, Bussy, Boutron.)

12. M. le docteur *Saucerotte* père, membre correspondant, en réponse à une circulaire de l'Académie, lui adresse ses observations sur les eaux de Vichy, de Plombières, d'Ems, de Baden-Baden, etc. (*Commission des eaux minérales.*)

13. Une note de M. le docteur *Gaussail*, de Toulouse, membre correspondant, en réponse aux interprétations que M. Depaul a données dans son rapport à ses observations. (*Commission nommée.*)

M. *Rostan*, président, annonce la mort de MM. *Duval* père et *Marchal*, correspondants de l'Académie, le premier à Bayonne, le second à Strasbourg.

Lectures et Mémoires.

Eaux minérales. — M. *Henry*, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport sur la source dite des Dames, près Vichy ou Cusset (Allier). L'analyse chimique a décelé dans ces eaux de l'acide carbonique libre, des bicarbonates et des sulfates alcalins, des chlorures et grand nombre d'autres principes minéralisateurs solides. On y a trouvé encore des traces d'iode à l'état de sous-iodure ferrique. M. le rapporteur conclut de cet examen que l'eau de la source des Dames est une très bonne conquête pour Vichy, et qu'elle viendra augmenter puissamment les ressources de cette importante localité. (Adopté.)

M. *Henry* fait la lecture d'un second rapport avec les résultats d'analyses chimiques au sujet de l'eau de plusieurs colonies de l'Algérie. Il suit de ses recherches que, dans la presque totalité des eaux de la province d'Alger, c'est le chlorure de sodium qui domine ; que la plupart des eaux de l'Algérie pourront se prêter aisément aux usages domestiques ; quelques-unes de ces eaux sont tellement surchargées de principes salins (celles d'Aboukir, de Chézat, par exemple), qu'elles pourraient être considérées comme des eaux minérales. On cherche vainement la présence de l'iode et du brome dans la plupart des sources soumises à l'analyse. (Adopté).

Déviations de l'utérus. — (*Discussion.*)

M. le *Président* annonce l'ouverture de la discussion sur le rapport de M. Depaul. M. Malgaigne a la parole.

M. *Malgaigne*. C'est avec un vif intérêt que j'ai entendu la lecture du rapport de M. Depaul, et je reconnais les services qu'il peut rendre à la chirurgie pratique en signalant les inconvénients et les dangers d'un procédé encore mal connu. Mais ce travail est sorti des limites de l'impartialité : on en a fait un plaidoyer contre le traitement par le redresseur; on a dit, même, que cette méthode était contraire à la raison, oubliant sans doute qu'avant M. Valleix, elle avait été tentée par un grand nombre de chirurgiens distingués. L'orateur passe ensuite en revue chacune des conclusions du rapport; il leur reproche d'être trop exclusives, trop absolues; elles condamnent le redresseur utérin, et dans plus d'un passage, dans plus d'une observation du rapport, il trouve la preuve que ce mode de traitement peut être quelquefois efficace, et que les autres procédés ont aussi leurs incertitudes ou leurs périls. Est-il bien établi que le traitement nouveau, convenablement appliqué, offre plus de dangers que les autres? M. Depaul confesse que quelquefois les déviations utérines sont nuisibles à la santé des femmes ; le rapporteur omet de préciser les cas, de poser nettement les indications et les contre-indications d'un procédé qui aurait pour but de maintenir ou de redresser l'utérus renversé. La critique des observations de M. Valleix n'est pas toujours plus impartiale que l'appréciation de son mode de traitement. Aussi M. Depaul arrive-t-il, à propos de chaque fait, à des conclusions diamétralement

opposées aux conséquences tirées par M. Valleix. M. Malgaigne reproche encore à M. Depaul d'avoir trop accepté, sans contrôle, l'opinion et les arguments des ennemis du pessaire intra-utérin. Pour lui, il ne croit pas conforme à la saine chirurgie d'admettre avec le rapporteur, sur la foi d'un chirurgien anglais, que le redresseur puisse engendrer des fistules anales ou des fissures. Après ces observations préliminaires et ce coup d'œil d'ensemble sur le rapport, l'orateur aborde le fond même de la question. Quel est donc, dit M. Malgaigne, dans les maladies utérines, l'élément morbide fondamental, la cause des douleurs, la source du trouble fonctionnel? M. Valleix répond : C'est la déviation. M. Depaul affirme qu'elle n'est que secondaire, souvent insignifiante, la plupart du temps inoffensive. Ceci m'a rappelé la fameuse discussion soulevée, il y a cinq ans, par M. Hervez (de Chégoin), sur la même question, et où l'on vit se heurter les opinions opposées de Lisfranc, de Récamier, de M. Velpeau, de M. Huguier, de M. Paul Dubois. M. Velpeau proclama alors que toute la pathologie de l'utérus était dans les déviations et dans l'état granuleux du col, et il y avait longtemps, en effet, qu'il avait tenté de redresser l'utérus; il avait même imaginé, pour cela, des instruments ingénieux. Les insuccès de la méthode l'y ont fait bientôt renoncer. Pour M. Paul Dubois, l'engorgement utérin, les déplacements, l'état granuleux, sont de mince importance; il enseigne que tous les symptômes morbides de la matrice ont leur source dans la phlegmasie catarrhale de cet organe. Quel pas a fait la question depuis cinq ans? Aucun. Les mêmes incertitudes qui régnaient alors règnent encore aujourd'hui. Maintenant, comme alors, il reste à faire de nouvelles et persévérantes recherches.

Y a-t-il des femmes qui se portent bien avec des déviations de l'utérus? Les observations de M. Gosselin, celles de M. Depaul, et bien d'autres encore, ont jugé la question par l'affirmative. Mais on a eu tort de ne chercher les déviations que sur les femmes qui ne souffrent pas et non sur celles qui souffrent. En s'y prenant autrement, on en trouve un certain nombre chez lesquelles la déviation est certainement la cause principale de la souffrance. Oui, sans doute, il est des cas où la déviation est secondaire et comme subordonnée à une autre affection. Moi-même, à Saint-Louis, j'ai soigné trois femmes affectées de métrite chronique avec rétroflexion, et chez lesquelles, la métrite guérie, l'utérus avait repris sa direction normale. Je reconnais aussi, avec le rapporteur, que M. Valleix a attribué aux déviations des symptômes qui appartenaient à d'autres états pathologiques, à des inflammations, à des névralgies, etc. Mais comme le diagnostic différentiel manque autant dans le travail de M. Depaul que dans les observations de M. Valleix, l'équivoque persiste, le doute demeure permis : chacun a raison contre son adversaire. Il était donc indispensable d'établir un diagnostic différentiel, de remonter à l'origine des douleurs avant de proposer un traitement et d'appliquer une méthode.

Voyons un peu à quels symptômes M. Depaul accorde une grande valeur : *a*. le poids de l'utérus; je ne crois pas possible de l'apprécier avec le doigt; *b*. l'état du col, son volume, sa surface, sa coloration, phénomènes quelquefois morbides, il est vrai, mais que M. Velpeau, M. Gibert et beaucoup d'autres praticiens ont vu très souvent aussi ne s'accompagner d'aucune douleur, d'aucun trouble fonctionnel; *c*. les ulcérations, les granulations, que M. Gosselin et d'autres chirurgiens encore ont trouvées sans influence fâcheuse sur la santé des femmes; *d*. le catarrhe utérin, autre affection très commune, et qui n'est décelée à bien des femmes que par un flux leucorrhéique. Résulte-t-il de là que chaque genre d'affection utérine manque de signes pathognomoniques? Non, il en est certains qui peuvent révéler sûrement la nature de la maladie, le point de départ de la souffrance, et partant le remède le plus efficace, le traitement le plus rationnel. Mais il faut bien éviter de n'interroger qu'un symptôme, si l'on ne veut pas faire fausse route dans la thérapeutique.

Il est trois affections de l'utérus qui peuvent être nettement diagnostiquées; ce sont : l'inflammation ou la métrite chronique, les déviations, les névralgies. Les travaux de M. Velpeau et de M. P. Dubois ont suffisamment éclairé l'histoire de la métrite chronique. Quant aux déviations, M. Malgaigne a pu se convaincre qu'un traitement mécanique pouvait triompher des douleurs qu'elles provoquent quelquefois, puisqu'il a vu, lorsqu'il tenait le service du Bureau central, maintes femmes s'en aller soulagées après l'application d'un pessaire ou d'une ceinture hypogastrique. Là où ces deux moyens sont efficaces, la lésion est toute mécanique; un traitement mécanique en triomphera. Une femme éprouve des douleurs vives dans le bassin pendant la station ou pendant la marche; elle reste quelque temps couchée, les souffrances disparaissent pour revenir encore quand elle se lèvera. Appliquez une ceinture hypogastrique. Si les souffrances sont calmées et ne se renouvellent pas, la déviation utérine est cause de tout le mal. Chez les femmes qui supportent mal la ceinture hypogastrique, il faut chercher la source des douleurs dans une autre lésion.

Mais une femme n'est point soulagée par le décubitus, par la ceinture hypogastrique; le col de l'utérus est sain; il n'existe point de leucorrhée : une névralgie est alors le point de départ de tous les accidents; une douleur déterminée par la pression à la partie antérieure et gauche du col est pour M. Malgaigne un bon signe de névralgie. D'après lui, la névralgie du col utérin s'accompagne le plus souvent d'autres points névralgiques du tronc et des membres supérieurs. La névralgie des annexes de l'utérus, qu'un toucher attentif devra faire distinguer des douleurs de l'ovarite ou du phlegmon iliaque, est toujours accompagnée de vives douleurs dans la cuisse correspondante; tandis que la névralgie du col s'accompagne de points douloureux dans le tronc et les membres supérieurs.

Les observations de M. Malgaigne, les faits cités par un de ses anciens élèves, M. Notta, de Lisieux, prouvent que les névralgies utérines cèdent souvent au traitement mécanique. Ces prompts soulagements, ces guérisons miraculeuses survenues immédiatement après l'introduction d'une tige dans la cavité de l'utérus, et rapportées par M. Simpson, par M. Valleix et d'autres, ne seraient-elles pas dues simplement à une sorte de titillation de la muqueuse utérine, de même que d'autres névralgies disparaissent ainsi par la titillation de la membrane du tympan? Et il est d'autant plus probable que dans ces cas c'est une névralgie que l'on a guérie, que la déviation de l'utérus persiste après le retrait de la sonde. Quand une névralgie résiste à ce moyen, M. Malgaigne pratique l'incision du col utérin, de même que M. Jobert incise le lobule de l'oreille pour guérir d'autres névralgies.

M. Malgaigne a soulagé et guéri des femmes par ces deux procédés. C'est surtout dans les névralgies des armures de l'utérus qu'il propose la titillation de la muqueuse par l'introduction d'une sonde dans la cavité de ces organes, comme il le pratique en ce moment même pour deux femmes qui sont dans son service de l'hôpital Saint-Louis.

L'emploi du pessaire intra-utérin, dit en terminant l'orateur, ne doit donc pas être proscrit à la légère et sans un nouvel examen. Jusqu'ici, le seul empirisme a présidé à son application. Il faut étudier soigneusement les conditions dans lesquelles son emploi est utile, celles dans lesquelles son emploi est funeste ou superflu. Il faut faire la différence entre la simple introduction de la tige, son passage temporaire et son séjour prolongé dans la cavité de l'utérus. Si cette seconde méthode, qui a pour objet de redresser l'utérus, n'expose qu'à des déceptions et à des dangers sans remédier à la déviation, la première, pratiquée avec prudence, peut procurer de véritables bienfaits en modifiant l'élément nerveux. Ce n'est qu'en agissant sur des utérus simplement déviés, n'offrant aucune trace d'inflammation ou de névralgie, que les partisans de l'école de Simpson pourront prouver que l'usage prolongé du pessaire intra-utérin est efficace et qu'il guérit sûrement la déviation.

Je ne puis donc pas adopter les conclusions du rapport dans ce qu'elles ont de trop absolu, ni proscrire l'emploi de l'hystéromètre avec M. Depaul. Je dis qu'il faut par-dessus tout quitter l'empirisme pur, établir le diagnostic différentiel des affections utérines, rechercher soigneusement les indications réelles, savoir nettement ce qu'on fait, comment on doit faire et où l'on aboutira.

Après quelques explications, la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

NOUVEAU TRÉPAN.— *M. Bégin* présente un nouveau trépan pour lequel il se propose de fournir une note descriptive à l'Académie, en lui proposant de le soumettre à l'examen d'une commission.

CURE RADICALE DES HERNIES.— *M. Maisonneuve* propose un nouveau procédé pour la cure radicale des hernies et présente à l'Académie un jeune homme de 22 ans guéri d'une hernie inguinale gauche par cette méthode nouvelle. C'est une modification du procédé de M. Gerdy. Après avoir refoulé la peau du scrotum à travers le canal inguinal, on incise la portion de paroi abdominale soulevée par l'index, on découvre ainsi le scrotum refoulé, on l'incise, et l'on achève l'opération en fixant par des points de suture les lèvres de cette incision à celles de l'incision faite à la peau de la paroi abdominale. Plus tard, pour rendre au scrotum sa forme et sa direction, on en incise la peau autour de l'espèce d'entonnoir qu'elle forme en bas du côté des bourses. Le résultat de l'opération chez le malade de M. Maisonneuve est aussi parfait que possible.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'Hydrocotyle asiatica dans le traitement de la lèpre, par M. HOUBERT, de Pondichéry.

Dans notre avant-dernier numéro, nous avons emprunté au *Moniteur officiel des établissements français dans l'Inde* un extrait des lettres du docteur Boileau, relatif à l'emploi de l'hydrocotyle dans le traitement de la lèpre. Le même journal, qui publie depuis

le mois d'août 1853 une série d'articles sur cette plante, en est arrivé à l'étude des propriétés médicales; et, dans son numéro du 7 avril, il insère une longue lettre du docteur Houbert qui vient confirmer entièrement les assertions de M. Boileau. Ce dernier avait fait ses expériences à l'île Maurice, et c'est entièrement sur ses indications qu'elles ont été poursuivies à Pondichéry. Il n'est peut-être pas inutile d'ajouter que la narration, dans la feuille officielle, d'expériences qui intéressent à un haut degré les établissements français, a un caractère sérieux et tout à fait scientifique.

L'*Hydrocotyle asiatica*, de Linné, appartient à la famille des ombellifères, qui fournit à la matière médicale tant de médicaments importants, la ciguë, le fenouil, le phellandrium, etc.... On l'emploie en poudre sèche, en fumigations dans les narines, en tisane, en sirop, en pommade, en bain. La poudre se prend dans un véhicule aromatisé, d'abord à la dose de 1 gramme, qu'on élève de 50 centigrammes tous les douze ou quinze jours, jusqu'à concurrence de 2, 3, 4, 5, 6, 7 grammes et plus. On administre deux ou trois purgatifs huileux par mois. La tisane consiste en une infusion de 64 grammes d'hydrocotyle sèche par litre d'eau; c'est la dose pour une journée seulement. Il va sans dire que la poudre et la tisane ne sont pas administrées concurremment, du moins aux doses ci-indiquées. La pommade, dont la formule n'est pas donnée, est employée en frictions sur les tubercules et dans le pansement des plaies. Enfin, 5 à 600 grammes de la plante sont nécessaires pour un grand bain, qu'on renouvelle environ une fois par semaine.

L'emploi de la tisane et de la poudre produit fréquemment du malaise, des vertiges et de la prostration. Il amène ordinairement aussi une forte transpiration qui est considérée comme salutaire.

M. Houbert rapporte quatre observations détaillées, dans lesquelles la lèpre avait déjà donné lieu à des désordres considérables. Gonflement des oreilles, du nez, des joues, des mains, des pieds, des jambes; tubercules nombreux, ulcérés ou non, en divers points du corps, notamment à la face, aux mains, aux coudes et aux genoux; écoulement sanieux et fétide par les narines. Insensibilité dans un très grand nombre de points, tant au tronc que sur les membres; démangeaisons insupportables. La maladie datait de trois ans chez deux sujets, de six chez un autre, et de dix chez le quatrième.

Nous devons faire remarquer qu'aucun de ces quatre malades n'était complétement guéri à la date de la publication, après un traitement qui a duré de huit à douze mois. Mais l'amélioration était considérable. On en peut juger par les résultats suivants.

Chez le premier malade (un an de traitement), l'écoulement de la narine droite s'est tari; celui de la narine gauche ne se montre plus qu'à des intervalles éloignés. La tuméfaction des membres a disparu, sauf au pied gauche. Les tubercules sont affaissés; l'insensibilité, qui était très étendue, ne persiste qu'au pied gauche. La peau a repris sa couleur normale.

Chez le second malade (traitement d'un an), un écoulement très fétide par les narines a complétement cessé. Plus de démangeaisons. Les tubercules ont, en grande partie, disparu. Diminution considérable du gonflement des mains, des jambes et des pieds. Sur cinq plaies qui siégeaient aux pieds, il n'en reste plus qu'une. L'insensibilité n'existe plus qu'aux oreilles.

Le troisième sujet (traitement de onze mois) a vu les plaies de ses pieds se cicatriser et se rouvrir plusieurs fois dans le cours du traitement; elles sont encore ouvertes, mais beaucoup moins profondes et larges que primitivement. Les démangeaisons avaient disparu au bout de trois mois. Insensibilité fort diminuée, ainsi que le gonflement des membres. La marche est assez facile.

Chez le quatrième enfin (huit mois de traitement), plus de démangeaisons depuis cinq mois. La tuméfaction des membres et l'insensibilité, qui étaient considérables, sont aujourd'hui presque nulles; les plaques ont pris une teinte claire, et l'éruption ne montre aucune tendance à reparaître; sommeil calme.

Quelque insuffisants que soient ces faits pour démontrer la propriété *curative* de l'hydrocotyle, ils sont assez significatifs néanmoins, surtout en y ajoutant les assertions confirmatives du docteur Boileau, pour attirer fortement l'attention. L'importance du sujet, au point de vue scientifique comme au point de vue de la prospérité de nos établissements, est une nouvelle raison de ne rien négliger de ce qui le concerne. (*Moniteur officiel des établissements français dans l'Inde*, 7 avril 1854.)

De l'emploi de la spirée ulmaire et de l'acide salicyleux.

Il faut, en médecine comme en justice, entendre le pour et le contre. On sait combien la spirée ulmaire a été vantée, depuis sept ou huit ans surtout, dans le traitement des hydropisies. Nous avons déjà eu occasion (n° 14) d'analyser un travail de M. Desmartis sur le même sujet, et nous exprimions le regret ne n'y rencontrer, en fait de preuves cliniques, que des assertions générales. Voici maintenant M. Lhermitte (de Lotton) qui vient dénier à la spirée ulmaire toute espèce d'action physiologique et thérapeutique. « J'ai employé, dit-il, cette plante en infusion, en décoction pendant longtemps chez un grand nombre d'hydropiques, quelle que fût la cause de leur affection, qu'ils fussent atteints ou non de lésions du cœur ou du foie; chez des individus atteints d'œdème, d'anasarque, comme chez ceux atteints d'ascite, etc. J'ai cessé l'usage de la plante pour le reprendre plus tard; je l'ai fait employer par des individus non hydropiques; enfin je me suis livré aux expérimentations les plus diverses et les plus variées, et j'affirme, de la manière la plus positive, n'avoir jamais constaté l'ombre d'effet salutaire ou autre. »

Le reproche que nous adressions à celui qui affirmait l'action diurétique de la spirée tombe aussi justement sur celui qui la nie. Cette simple affirmation, quelque catégorique qu'elle soit, ne peut avoir un très grand poids à côté des observations détaillées qu'ont publiées des médecins recommandables, tels, par exemple, que M. Tessier, de Lyon. Elle porte même, dans sa forme absolue, un motif de défiance; car, l'infusion de spirée se donnant à la dose d'un litre au moins par jour, il est difficile d'admettre que la sécrétion urinaire n'en ait pas été accrue, sauf à en rapporter tout l'effet à l'eau ingérée. Ajoutons que la composition chimique de la spirée (voir n° 14) est une présomption en faveur d'une action diurétique, quelque faible qu'on veuille la supposer. (*Annales médicales de la Flandre occidentale*, 1854, 8e livraison.)

— Et justement M. Desmartis vient de publier un nouveau travail qui, s'il n'a pas trait directement à la propriété diurétique de la spirée, tend du moins à montrer en elle des vertus médicamenteuses très réelles. L'*acide spireux*, qu'on tire des fleurs de cette plante par distillation, est, selon MM. Dumas et Ettling, identique avec l'*acide salicyleux*. Or, M. Desmartis a été conduit par l'expérience à attribuer à cet acide et au *salicylite de potasse* des propriétés sédatives et hyposthénisantes. Il l'avait annoncé dans le mémoire rappelé plus haut; il le répète dans celui-ci, après de nouveaux essais, malheureusement en se dispensant, comme la première fois, de rapporter les observations. Il a vu, dit-il, dans la variole grave; « les phénomènes généraux diminuer rapidement par l'emploi de potions contenant quelques gouttes de teinture d'acide salicyleux; » il a vu, dans des cas de fièvre typhoïde, où le sulfate de quinine avait amené des vomissements opiniâtres que ni la glace ni l'opium n'avaient pu calmer, il a vu « ces mouvements excrétoires s'arrêter par l'emploi du salicylite. » Dans les maladies du cœur, avec amincissement et flaccidité de cet organe, avec œdématie, froid des membres, faiblesse du pouls, le salicylite de potasse en potion, aidé de la tisane de spirée ulmaire, « ranime la force circulatoire » et peut même « ramener le cœur à son rhythme normal, s'il y a intermittence ou hésitation dans les battements. » Enfin, toujours suivant l'auteur, « chez des vieillards dont les artères étaient devenues cartilagineuses......, les pulsations, qui n'étaient plus guère perceptibles, se sont rétablies pendant un certain temps, » sous l'influence des mêmes moyens. La dose de salicylite de potasse est d'environ 30 centigrammes.

Nous ferons remarquer que, si ces assertions sont exactes, l'acide salicyleux n'est pas, à proprement parler, un hyposthénisant; car l'action hyposthénisante ne consiste pas à ranimer la force circulatoire et à relever le pouls. Quand M. Aran, dans un travail dont nous avons rendu compte (n° 11), affirmait la vertu hyposthéni-

sante de la vératrine, il avait constaté que, sous l'influence de ce médicament, le pouls devenait *plus faible* et *plus lent*. Ici c'est tout le contraire, et tout au plus pourrait-on dire que l'acide salicyleux et la spirée ulmaire sont des régulateurs de la force circulatoire. (*Revue thérapeutique du Midi*, 15 mai 1854.)

Traitement du croup, par M. ABAJO.

Après avoir vu périr entre ses mains un enfant atteint du croup, traité par les sangsues, l'ipécacuanha et les sinapismes, M. Abajo a eu le bonheur d'en sauver trois autres. Le moyen qui paraît lui avoir réussi est un large vésicatoire camphré appliqué sur le devant du cou et sur le haut de la face antérieure de la poitrine. Du moins, les sujets à qui il l'a prescrit ont été sauvés ; et, en outre, l'amendement des symptômes a toujours paru coïncider avec le moment où la vésication commençait à s'opérer. Il faut bien dire, toutefois, que des vomitifs ont été administrés simultanément. Mais le vésicatoire n'en demeure pas moins, aux yeux de l'auteur, l'agent principal de la cure, parce que c'est lui qui soustrait à la partie malade la plus grande quantité de liquides blancs. Il ne s'agit plus que de savoir si les enfants guéris par ce moyen étaient atteints de croup véritable ou de faux croup. (*Heraldo medico*, 16 avril 1854, p. 111.)

Gangrène de la jambe produite par un appareil trop serré, séparation spontanée du membre gangrené, par M. PRATT.

Deux faits sont remarquables dans ce récit : l'obstinée et inconcevable ignorance du médicastre d'abord; puis, du côté du malade, l'énergie des ressources que la nature déploya pour mener à bien une entreprise qu'on pouvait, *à priori*, juger au-dessus de sa puissance.

OBS. — Un garçon de ferme âgé de dix-sept ans s'était tordu le pied, mais sans faire de chute. Un rhabilleur prononça qu'il avait la jambe fracturée, et appliqua un appareil composé d'attelles placées à nu sur la peau et fortement serrées. Il commanda de le garder quinze jours, et ne voulut point le relâcher jusque-là, malgré les vives instances du malade.

Au bout des quinze jours cependant, le patient, n'y pouvant plus tenir, enleva l'appareil, et voyant le pitoyable état de son membre, vint consulter M. Pratt. Celui-ci reconnut que la jambe entière était gangrenée. Mais, chose moins prévue, il constata aussi que les os n'étaient point fracturés. Il proposa immédiatement l'amputation ; mais le malade s'y refusa avec opiniâtreté, et force fut donc d'abandonner à la nature la séparation du membre dans le point où existait déjà la ligne de démarcation. Longtemps les os seuls établirent le seul moyen d'union entre la partie vivante et celle qui était morte. Mais même dans cet état le blessé ne voulut jamais consentir à ce qu'on abrégeât par un simple trait de scie la durée de ses souffrances. Enfin, le membre se sépara de lui-même au bout de soixante-quatre jours. Le moignon est maintenant couvert de bourgeons charnus de bonne nature, et tout annonce que la cicatrisation s'opérera sans plus d'accidents qu'il n'y en a eu pendant la période, ordinairement si orageuse, de l'élimination des eschares. Mais ce membre ne lui sera que d'un usage imparfait.

En examinant le tibia à l'endroit où il se divisa spontanément, on reconnut que l'absorption de son tissu l'avait réduit à l'épaisseur d'une pièce de six pence. (*Dublin Medical Press*, 26 avril 1854, p. 259.)

De l'adhérence des paupières avec le globe oculaire (symblépharon), par M. VIDET.

L'auteur aurait pu choisir pour son travail un tout autre titre. *De l'incurabilité des adhérences oculo-palpébrales* est celui qui aurait le mieux rendu sa pensée. C'est là, en effet, la doctrine qu'il cherche à faire prévaloir. Pour la soutenir, il se fonde d'abord sur la considération des difficultés spéciales qui s'opposent ici à ce que la séparation devienne permanente, puis sur l'expérience clinique qui démontre l'insuccès des tentatives dirigées dans ce sens.

La bride étant une fois coupée, dit-il, on manque des moyens qui, dans d'autres régions, empêchent les parties malades de s'affronter. En effet, aux yeux, le tissu cicatriciel se forme avec autant de puissance que partout ailleurs, et, trouvant dans le contact presque continuel des parties une facilité immense pour la formation de nouvelles brides, celles-ci se reconstituent toujours et même plus considérables que précédemment.

En second lieu, M. Videt cite l'observation d'un homme qui, malgré son ardent désir de guérir, malgré l'obstination avec laquelle il provoquait sans cesse de nouvelles tentatives opératoires, n'obtint aucun soulagement. Il avait, par suite d'une brûlure avec la chaux, une bride unissant la paupière inférieure et la cornée. On coupa la bride au moyen d'un fil d'argent tordu. Plus tard, après avoir coupé de nouveau les brides, qui s'étaient reproduites, on chercha à tenir la paupière renversée contre la joue, soit en collant les cils sur cette région avec du collodion, soit en tirant sur la paupière par des fils passés dans son épaisseur et retenus sous le menton par des bandelettes de sparadrap. L'amélioration ne fut que temporaire, et M. Dieulafoy mit en usage le procédé de Dieffenbach, consistant en deux incisions verticales partant, l'une de l'angle interne, l'autre de l'angle externe de l'œil, avec dissection du lambeau compris entre elles et ablation de tout le tissu inodulaire, puis enroulement sur lui-même de ce lambeau, de manière à produire un entropion. Le résultat fut nul.

Nous comprenons parfaitement que, après des essais aussi ingénieusement combinés, aussi patiemment supportés, le chirurgien éprouve un mouvement d'impatience et en vienne à douter de la puissance de l'art ; mais que, traduisant son découragement en précepte, il rende la science solidaire de ses insuccès personnels, et enseigne que « généralement le chirurgien devra respecter ces adhérences et ne pas chercher à en débarrasser le malade ! » alors nous ne pouvons ni partager, ni même laisser passer sans commentaire une pareille profession de foi. C'est donc un devoir pour nous de rappeler à M. Videt qu'il restait encore pour son malade quelques chances favorables : 1° dans la pose temporaire d'un œil artificiel après l'ablation des adhérences; 2° dans le procédé de M. Gensoul et de M. Amussat, qui consiste soit à cautériser, soit à diviser avec le stylet, chaque jour, les adhérences dans l'*angle* par lequel elles commencent toujours à se reformer; 3° soit enfin, et surtout, dans l'opération de M. Pétrequin, qui, après avoir embrassé les brides dans une ligature double, sépare les deux fils, étreint immédiatement et fortement avec l'un la bride près de la surface palpébrale, et n'agit de même avec le second près de la surface oculaire, que quand la section opérée par le premier est achevée. De cette façon, jamais deux surfaces au même degré d'évolution traumatique ne se rencontrent affrontées, et les conditions qui les portent à adhérer entre elles sont ainsi presque annihilées. (*Gazette médicale de Toulouse*, avril 1854, p. 102.)

Traitement des accidents saturnins au moyen de l'iodure de potassium, par le docteur SWIFT.

La *Gazette hebdomadaire* rapportait, il y a quelques mois, l'opinion des médecins américains sur ce nouveau mode de traitement des accidents saturnins. Le docteur Swift publie, dans un journal de New-York, le résumé de ses observations. Nous lui empruntons ses résumés numériques.

Cas de colique de plomb, de névralgie, d'arthralgie, 33, dont 29 guéris; 2 quittèrent l'hôpital sur leur demande, 1 fut soulagé et 1 est en voie d'amélioration.

Paralysie partielle, 7 cas, dont 4 guéris, 1 amélioré, 1 en traitement, 1 sorti de l'hôpital sur sa demande.

Paralysie générale, 7 cas, dont 4 guéris, 1 amélioré, 2 en voie d'amélioration. (*New-York Medical Times*, 1854, vol. III, n° 5, p. 145.)

Déchirure de l'intestin, suture à surjet, guérison, par M. GOURAINCOURT.

Le fait suivant porte avec lui un enseignement et un encouragement assez évidents pour nous dispenser, après l'avoir rapporté, de tout commentaire.

OBS. — Un laboureur fut précipité contre le bord d'une voiture à échelons aigus. L'un d'eux pénétra dans l'abdomen au niveau de l'ombilic. Immédiatement M. Gouraincourt put reconnaître une masse énorme herniée, constituée par de l'épiploon et par le côlon transverse presque divisé en deux, dont les deux parties ne tenaient que par une bride filiforme. Il divisa cette bride, puis affronta le bout supérieur avec le bout

inférieur au moyen de la suture à surjet, en ayant soin de mettre en contact les deux séreuses. Il avait préalablement coupé l'épiploon. La suture terminée, il agrandit la plaie de la paroi abdominale et réduisit l'intestin, en laissant les extrémités du fil fixées au dehors.

Le blessé avait vomi, après l'accident, son repas, pris une heure auparavant. Le soir, il présenta tous les symptômes d'une péritonite suraiguë. Large application de sangsues autour de la plaie, qui avait été réunie par quelques points de suture; potion diacodée; eau de Seltz pour boisson. Le lendemain, ventre moins tendu, pouls à 115, affaissement extrême. Il n'y a pas eu de vomissements. Pendant huit jours, on fit trois frictions par jour avec 4 grammes d'onguent mercuriel, et l'on donna, matin et soir, une pilule de 5 centigrammes d'extrait thébaïque; immobilité, diète austère. Les selles se rétablirent vers le quinzième jour avec coliques très vives. La chute des fils eut lieu le dix-huitième jour, et la guérison au bout d'un mois.

Il y a près de deux ans que ce fait s'est passé. Le bon état persiste, sauf des coliques et une tension dans la cicatrice, lorsque l'individu a trop rudement travaillé. (*Moniteur des hôpitaux*, 22 avril 1854, p. 382.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

On Indigestion (*De la dyspepsie*), par le docteur CHILD, 2e éd., 1854.

On Heartburn and Indigestion (*De la gastralgie et de la dyspepsie*), par le docteur HUNT, 1854.

Leçons cliniques sur les troubles fonctionnels de l'estomac (*London Medical Times and Gazette*, 1854).

Klinik der Unterleibskrankh., par M. HENOCH (*Clinique des maladies du bas-ventre*, article DYSPEPSIE), vol. II, 1854.

Chaque année la littérature médicale anglaise voit paraître une foule d'ouvrages sur des maladies légères, communes, qui préoccupent peu les praticiens français; c'est ainsi que les monographies sur la goutte, le rhumatisme, la dyspepsie, la gastralgie se succèdent rapidement. Chez nous, au contraire, nous comptons peu de ces travaux. Nombre même de ces monographies font supposer facilement que souvent ces travaux ont été entrepris plutôt au point de vue de la clientèle que de la science pure.

L'un des ouvrages indiqués plus haut, celui de M. Child, a été jugé sévèrement par un critique dans un organe de la presse médicale anglaise. Cette critique était-elle complétement méritée? Nous ne le croyons pas. Les ouvrages de MM. Child et Hunt contiennent, comme on pourra le voir par notre analyse, plus d'un renseignement utile; leur lecture offre encore au médecin français un autre avantage: c'est celui de lui faire connaître un peu la pharmacopée anglaise, plus variée en général que la nôtre. Loin de nous cependant la pensée de nous déclarer partisans de cette thérapeutique d'inspiration que quelques personnes veulent introduire chez nous; polypharmacie qui est un manteau propre à couvrir l'impuissance de la science aux yeux du malade, plutôt qu'une richesse thérapeutique réelle.

L'*Indigestion*, la *Gastralgie*, les *Troubles fonctionnels de l'estomac*, tels sont les titres des travaux anglais que nous avons à analyser ici. On cherche en vain chez ces auteurs une délimitation exacte du sujet qu'ils étudient, une définition précise des termes *gastralgie*, *dyspepsie*, *indigestion*, etc.; mais la lecture de leurs ouvrages peut convaincre que la gastralgie n'est qu'une variété de la dyspepsie ou de l'indigestion, terme auquel les Anglais donnent une acception beaucoup plus étendue que nous autres Français. Peu de pathologistes français confondent encore la gastralgie et la dyspepsie; M. Chomel proclame (*Union médicale*, 1850) la distinction pathologique de ces deux maladies. Un de nos collaborateurs les plus distingués, M. Durand-Fardel (*Eaux de Vichy*, 1851, in-8) distingue avec soin la dyspepsie et la gastralgie. «Nous entendons par dyspepsie, dit-il (*loc. cit.*, p. 56), une affection non fébrile, continue, souvent liée à un état général de l'économie et caractérisée par une diminution ou un affaiblissement des facultés digestives.» C'est à la distinction théorique et pratique de la gastralgie et de la dyspepsie que notre confrère consacre la plus grande partie de son ouvrage. M. Beau, plus positif encore dans ses doctrines, a fait jouer à la dyspepsie un rôle considérable, en la distinguant de la gastralgie. En Allemagne, les auteurs modernes attachent peu d'importance à cette discussion, qui, à leurs yeux, peut presque passer pour une question de mots. Le mot de *dyspepsie*, dit M. Henoch (*Klinik der Unterleibskrankh.*, Berlin, v. II, p. 265, 1854), est un terme insignifiant par lequel on désigne une foule de dérangements de la digestion.

On voit donc qu'en France, en Allemagne, en Angleterre, une obscurité encore considérable règne sur la valeur réelle des mots *gastralgie*, *dyspepsie*.

Cette incertitude sur la valeur des mots provient, ici comme ailleurs, d'une incertitude dans la signification réelle des symptômes qu'on désigne sous le nom de *dyspepsie*. Cependant, dans les ouvrages anglais, et en particulier ceux de MM. Child, Hunt, la théorie physiologique cherche à rendre compte des troubles accusés pendant la vie. C'est surtout sur les expériences physiologiques que M. Child s'appuie pour expliquer les formes diverses de la gastralgie. L'ouvrage de Beaumont et l'examen direct de l'estomac de S. Martin, chez lequel une fistule gastrique permettait de constater l'état de la muqueuse stomacale sous l'influence de circonstances très variées, fournissent à M. Child les arguments principaux à l'appui de ses opinions théoriques. C'est, en effet, la physiologie qui semble pouvoir fournir les meilleures explications des troubles si variés de l'estomac; mais les données expérimentales connues aujourd'hui fournissent-elles une explication satisfaisante de tous les symptômes? Il est facile de répondre par la négative. Peut-être un jour, comme l'espère M. le docteur Henoch, la chimie pathologique viendra-t-elle éclairer plus complétement l'histoire de la dyspepsie. L'anatomie pathologique, telle du moins qu'elle a été étudiée jusqu'ici, n'a fourni, relativement à cette maladie, aucune donnée; nous rappellerons ici les ouvertures de cadavres faites par M. Andral (*Clin. médic.*). Pour M. Henoch (*loc. cit.*, p. 267) et une partie de l'école médicale allemande, la cause anatomique de la dyspepsie est, le plus fréquemment, un catarrhe aigu ou chronique de l'estomac.

M. Child décrit la gastralgie ou la dyspepsie comme une entité un peu trop absolue. Sans tenir compte des causes générales qui exercent sur sa production et son développement une influence si manifeste; sans vouloir, à beaucoup près, adopter la classification de M. Hunt, nous devons reconnaître qu'elle est préférable de beaucoup à celle de son compatriote. Ainsi M. Hunt distingue la gastralgie et la dyspepsie par cause inflammatoire, par changement de structure de la muqueuse stomacale; enfin, dans une seconde classe, bien distincte de la précédente, M. Hunt range les dyspepsies par cause générale, par altération du sang, pléthore, etc. M. Child, contrairement à M. Hunt, s'occupe beaucoup des gastralgies par cause secondaire. Pour lui, les causes les plus importantes de la dyspepsie sont des dérangements de la contractilité musculaire de l'estomac, et, avant tout, des altérations de quantité et de qualité du suc gastrique.

Les travaux physiologiques et pathologiques modernes ont ouvert une nouvelle voie que ces auteurs n'ont pas manqué de suivre: nous voulons parler de l'accumulation dans le sang de principes toxiques, sous l'influence d'une modification ou de la suspension d'une excrétion dont l'intégrité est indispensable au maintien de la santé, comme la sécrétion urinaire, par exemple. En effet, l'urée que M. C. Bernard avait retrouvée dans le suc gastrique des animaux après la néphrotomie, d'autres auteurs l'ont constatée également chez les malades atteints de néphrite albumineuse. Cette découverte de l'influence des excrétions sur l'état du sang est peut-être un premier pas dans la connaissance des modifications générales de l'économie, qui donnent si fréquemment lieu à des dyspepsies dites *sympathiques* ou *symptomatiques*. En Angleterre, plus peut-être qu'en France, où cette étude a été généralement trop négligée, les altérations de la sécrétion urinaire dans les affections gastriques ont généralement occupé l'attention. Indiquées dans les ouvrages de MM. Hunt et Child, ce sujet est étudié avec plus de soin par MM. Budd et Bence John, puis également dans l'excellent ouvrage du docteur Golding Bird (*Urinary Deposits*, 4e édit.). Ainsi, M. Budd insiste longuement sur l'influence que la diathèse urique et oxa-

lique exercent sur les dérangements de l'estomac. On comprend déjà facilement que le caractère de ces diathèses est emprunté à une modification de l'urine, qui contient, dans le premier cas, de l'acide urique en excès; dans le deuxième, de l'acide oxalique. Ces altérations de composition de l'urine sont-elles des lésions primitives ou secondaires? Cela importe peu, au point de vue de la pratique, si, grâce à ce caractère, on peut distinguer des variétés de dyspepsie et surtout tirer des déductions thérapeutiques.

Les leçons de M. Budd renferment également une énumération complète des différentes variétés de dérangements symptomatiques de l'estomac, comme, par exemple, à l'époque de la première dentition, dans la colique hépatique, l'hystérie, la phthisie, etc.

Suivant la prédominance de certains symptômes, la dyspepsie a reçu des noms différents. Ainsi nous rappellerons le pica, la malacie, le mérycisme, etc. Ces variétés de gastralgie sont étudiées longuement par les deux auteurs anglais. Le pyrosis, décrit anciennement comme endémique dans la province de Lapland par Linné, règne encore aujourd'hui dans la classe pauvre du nord du pays de Galles. On sait dans quelles conditions générales de grossesse, hystérie, etc., le pyrosis se rencontre surtout fréquemment.

Le traitement de ces dyspepsies primitives et secondaires est longuement traité par chacun des auteurs que nous analysons ici. Malheureusement leur traitement est en général beaucoup plus théorique que pratique; ainsi la gastralgie atonique indiquera les toniques, l'inflammatoire les antiphlogistiques, celle par excès d'acide les alcalis, etc. En général, ce sont les théories qui dominent la thérapeutique de MM. Child et Hunt. Il en est même une ne reposant sur rien, et dont il est dès lors inutile de parler, qui a sans doute été créée pour expliquer l'efficacité généralement reconnue au calomel dans les diverses maladies de l'estomac. Nous avons vainement cherché, relativement à ce médicament, des preuves cliniques et des indications positives de son administration : c'est un chapitre dont nous avons regretté l'absence dans les ouvrages cités plus haut.

M. Budd a publié récemment une leçon clinique fort intéressante; elle est exclusivement consacrée au traitement de la dyspepsie. L'auteur y indique successivement l'ipécacuanha, la rhubarbe, comme servant à augmenter la sécrétion du suc gastrique; le bismuth, la chaux, etc., qui la diminuent au contraire. Enfin, d'autres médicaments peuvent être dirigés contre certains symptômes, comme l'opium, l'acide prussique, contre la douleur, les vomissements, etc. Nous renvoyons les lecteurs français, pour les indications du traitement alcalin, au mémoire déjà mentionné de notre collaborateur, M. Durand-Fardel, où ce sujet a été traité avec un grand soin.

Nous regrettons que l'espace qui nous est accordé ici ne nous permette pas de juger plus au long ces travaux de nos confrères anglais et allemands. Cette analyse pourra, nous l'espérons, permettre d'apprécier les questions importantes que soulève l'étude de la dyspepsie et de la gastralgie.

LEUDET.

Des fièvres intermittentes miasmatiques ou légitimes; de leur nature et de leur traitement (*nouvelle théorie de l'intermittence*), par le docteur MASUREL (de Lille), médecin aide-major de 1re classe.

L'auteur de l'*Algérie médicale*, dont nous analyserons bientôt l'intéressant ouvrage, ne croit pas au miasme paludéen. Pour M. Masurel, toute la théorie de la fièvre intermittente repose sur le miasme, aussi dit-il *fièvre intermittente miasmatique*.

Le premier terme de la fièvre intermittente, c'est une viciation du sang, état miasmatique primitif, véritable *hémopathie*; le système nerveux ganglionnaire reçoit l'impression de ce sang altéré, et l'accès fébrile, ou plutôt le frisson, n'est autre chose que l'expression symptomatique d'un véritable état névropathique du système sanguin, c'est une *hétéronervie*, le plus souvent dépressive, du système sanguin. Les deux derniers stades de l'accès sont l'effet de la réaction de l'organisme contre le trouble profond occasionné par le double phénomène qui a présidé au développement de l'accès fébrile. Mais celui-ci résolu, ce qu'il reste de principe miasmatique dans le sang amène, par la révolution incessante de la circulation, une altération nouvelle du système nerveux, d'où l'accès nouveau, d'où le cercle qui ramène incessamment et la fièvre et la rémission. Si le langage de l'auteur est assez propre à réjouir le cœur et les oreilles de M. Piorry, le rôle que joue la rate dans la théorie est, en compensation, de nature à affliger le persévérant professeur de clinique de la Charité. En résumé, M. Masurel affirme, les faits à la main, que la rate n'est pas plus le point de départ de la fièvre intermittente que celle-ci n'est jugée par la disparition de le splénopathie.

Les principes thérapeutiques formulés par M. Masurel sont les suivants :

Le sulfate de quinine n'a de prise formelle que sur le fait de l'intermittence. Il suffit donc en général quand la fièvre est récente. Mais quand la fièvre dure depuis un certain temps, c'est-à-dire quand l'économie est fortement imprégnée du sang vicié par le miasme, il ne faut plus seulement se préoccuper de la forme intermittente, mais de l'altération du sang que le sulfate de quinine est impropre à corriger. Parmi les médicaments reconstitutifs alors indiqués, M. Masurel recommande surtout l'iodure de fer, et insiste sur l'importance d'un bon régime diététique. On néglige également beaucoup trop souvent les indications spéciales qui résultent de la coexistence, avec la fièvre, d'un embarras gastrique, d'un état névropathique, etc.

Quelque idée que l'on se fasse de la théorie de M. Masurel, ces préceptes thérapeutiques n'en devront pas moins paraître à tout le monde d'une grande justesse et d'une haute portée pratique.

DURAND-FARDEL.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

ESSAI DE CLASSIFICATION DES MALADIES MENTALES, par le docteur *Baillarger*. Leçon faite à la Salpêtrière, le 9 avril 1854. Piq. in-8 de 44 pages. Paris, 1854, chez Victor Masson. 1 fr. 25.

LES EAUX LAXATIVES DE NIEDERBRONN, description physique et médicale de cet établissement de bains, précédée de Considérations générales sur l'action des eaux, par le docteur *J. Kuhn*, médecin-inspecteur. Deuxième édition, entièrement refondue. 1 vol. in-8 de 226 pages, avec vignettes. Paris, 1854, chez Victor Masson. 4 fr.

MÉMOIRES D'UN BOURGEOIS DE PARIS, par le docteur *L. Véron*. — Comprenant : la fin de l'Empire, la Restauration, la Monarchie de Juillet et la République jusqu'au rétablissement de l'Empire. Tome III. 1 vol. in-8° de 350 pag. Paris, chez Gabriel de Gonet. 5 fr.

HERNIOLOGISCHE STUDIEN. Mit besonderer Rücksicht auf die eingeklemmten Brüche, par *A.-F. Danzel*. In-8, Goettingue, chez Wigand. 2 fr. 50

UEBER CONTAGIOSITAET UND ERBLICHKEIT DER SYPHILIS, so wie ueber das Verhaeltniss des Schanker-Contagium zur Vaccine, par *F. Pauli*. In-8, Manheim, chez Bensheimer. 2 fr.

UEBER EINIGE DURCH ERKRANKUNG DER GELENKVERBINDUNGEN VERURSACHTE MISSTALTUNGEN DES MENSCHLICHEN BECKENS, par *E. Gurlt*. In-fol. Berlin, chez G. Reimer. Cart. 21 fr. 50

UNTERSUCHUNGEN UEBER DIE ENTWICKELUNG UND DEN BAU DER GLIEDERTHIERE. — Ire livr. Die Entwickelung des Phryganiden-Eies, par *G. Zaddach*. In-4°. Berlin, chez G. Reimer. 13 fr. 50

EPILEPSY, AND OTHER AFFECTIONS OF THE NERVOUS SYSTEM, which are marked by Tremor, Convulsion or Spasm; their Pathology and Treatment, par *Ch.-B. Radcliffe*. In-8°. 7 fr.

ON THE DISPLACEMENTS OF THE UTERUS, par *J.-M. Duncan*. In-8°. Edinburgh, chez Simpkin. 2 fr.

TYPES OF MANKIND; or Ethnological Researches based upon the Ancient Monuments, Paintings, Sculptures, and Crania of Races, and upon their Natural, Geographical, Philological and Biblical History. Illustrated by Selections from the Inedited Papers of *Samuel George Morton*, M. D., and by Additional Contributions from prof. *L. Agassiz*, *W. Usher*, and prof. *Patterson*, by *J.-C Nott*, M. D. and *Geo. R. Gliddon*. 1 vol. gr. in-8°, cartonné, de XIV—738 pag. Avec portrait, fig. dans le texte et planches. Londres, 1854, chez Trübner et Ce. Paris, chez Hector Bossange. 42 fr.

Le Rédacteur en chef : **A. DECHAMBRE.**

PARIS — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 16 JUIN 1854. N° 37.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 14 juin 1854.

Société de médecine de Paris : Question de médecine légale. — Attouchements impudiques et atrophie des testicules.

Dans un village de Toscane, à San-Miniato, vient d'être soulevée par la justice criminelle une question de médecine légale dont nous ne sachions pas qu'aucun traité classique fasse mention. Les documents de la cause ont été présentés à la Société de médecine de Paris (séance du 2 juin) par M. le docteur Pietra-Santa; nous avons de plus sous les yeux le mémoire rédigé, à la requête du prévenu, par MM. les professeurs C. Burci et V. Centofanti, et qui renferme une analyse détaillée de deux rapports des experts *fiscaux*, c'est-à-dire des médecins experts requis par la justice. Voici d'abord les faits.

Louis Parenti est accusé d'avoir, par des attouchements impudiques et des manœuvres criminelles exercés sur le scrotum de jeunes enfants, occasionné chez plusieurs d'entre eux une altération des testicules assez grave pour leur ôter la faculté de sécréter du sperme, et pour placer ces enfants dans la même situation que s'ils avaient subi la castration ou la demi-castration.

Sur 30 enfants qui figurent au procès comme ayant subi des attouchements, 10 présentaient ou une petitesse remarquable, ou un état tout à fait anormal, d'un ou des deux testicules. Chez l'un, les deux glandes sont réduites au volume d'une lentille (la lentille italienne est beaucoup plus grosse que la nôtre); chez un autre, le testicule gauche manque entièrement, et le cordon spermatique, comme frangé, se termine par un léger renflement; 4 ont les deux organes très petits; chez 4 enfin, un seul testicule est très peu développé. Tous ces enfants ont de neuf à douze ans.

Un enfant, qui ne porte pas de lésion testiculaire, mais chez lequel les parois du scrotum sont épaissies et hypertrophiées, présente une induration et un excès de volume du cordon spermatique.

Deux autres, dont les testicules sont sains, aussi bien que les cordons spermatiques, sont atteints de hernie inguinale.

Restent 17 sujets qui, bien qu'ayant été soumis à des

FEUILLETON.

Mémoires d'un bourgeois de Paris (1). — Maladies des danseuses. — Le choléra. — La sœur de charité.

(Voir le numéro 3.)

A la bonne heure, et véritablement nous avions raison de dire à propos du premier volume : attendons la suite; oui, tout cela n'est guère nouveau; oui, beaucoup de gens savaient déjà que Napoléon avait perdu la bataille de Waterloo; on avait ouï parler d'un bon mot du comte d'Artois à la barrière, et le règne de Louis XVIII ne rencontrait que peu d'incrédules. Mais, patience! du premier au second volume, l'auteur sera devenu un homme. Au troisième il sera mûr, et alors il laissera là le *Moniteur officiel* pour puiser dans ses souvenirs, dans ceux de ses amis, dans ses correspondances, dans ses notes, dans son portefeuille de l'Opéra, dans la boîte de son journal, dans tous les accidents d'une existence aventureuse et bariolée; alors pourront venir les récits intéressants, les anecdotes, les confidences; alors enfin nous pourrons vous annoncer de vrais et authentiques *Mémoires*.

Et en effet, la curiosité s'aiguise à la lecture de ces deux volumes. Le piquant se fait de plus en plus sentir à mesure qu'on avance. C'est que l'auteur entre dans une époque où les événements publics, s'il n'y a pas été mêlé directement, ont eu pour acteurs ou pour témoins ses familiers d'aujourd'hui. Il cause avec celui-ci, il tire de celui-là une note manuscrite. On lui prête l'histoire. Et voilà, par exemple, comment il a pu divulguer des détails pleins d'intérêt et entièrement neufs sur plusieurs épisodes de la révolution de 1830, tels qu'une halte de Charles X à la Malmaison et une scène violente entre le dauphin et le duc de Raguse. Lui-même le voilà qui commence à entrer sérieusement dans le monde, le voilà livré au premier souffle de cette heureuse fortune qui lui restera constamment fidèle. Il a donc entre les mains les éléments d'une causerie attachante et originale. Et il les met bravement en œuvre, et avec succès et avec esprit, disons-le sans ambage. N'allons pas, nous autres confrères, nous armer contre l'auteur du ridicule préjugé que nous reprochons si souvent au vulgaire et dont lui-même, l'auteur, se plaint quelque part, comme en ayant été victime. N'allez pas lui dire : vous êtes médecin! c'est-à-dire vous ne pouvez être écrivain

(1) Tomes II et III. Paris, chez de Gonet, rue des Beaux-Arts.

manipulations, n'offrent aucune lésion du côté des organes génitaux et du canal inguinal.

Les experts, dans leur premier rapport, mirent les cas de hernies hors de cause, et attribuèrent toutes les autres lésions aux attouchements. Ils déclarèrent seulement ne pouvoir affirmer la future impuissance des enfants, attendu que, chez plusieurs, l'un des testicules était suffisamment développé, et que, chez les autres, l'atrophie n'était pas complète. Dans leur second rapport, ils apportèrent, à l'appui de leur opinion, de nouvelles considérations physiologiques et les résultats d'un examen de quelques autres enfants, sur lequel nous manquons entièrement de détails.

C'est contre ces conclusions qu'est dirigé le mémoire de MM. Burci et Centofanti, dont nous parlions à l'instant. Disons tout de suite qu'il paraît avoir eu un plein succès devant la justice. L'accusé, reconnu coupable d'attouchements criminels, a été acquitté sur le chef d'avoir provoqué chez les victimes de sa passion l'atrophie des testicules et l'impuissance.

Au premier abord, on ne peut s'empêcher d'être frappé de la fréquence proportionnelle des lésions testiculaires alléguée par les experts fiscaux. Atrophie d'un ou des deux organes chez dix enfants, induration du cordon spermatique chez un autre, c'est une proportion de plus d'un tiers. Mais un examen attentif des faits force à la réduire notablement. Il faut premièrement en défalquer un cas où les débats ont démontré qu'aucun attouchement n'avait eu lieu ; c'est un de ceux où les deux testicules étaient remarquables par leur petitesse. Secondement, il faut, selon nous, rejeter tous les cas où il n'est noté, pour toute altération, que ce faible volume du testicule, même quand on a soin d'ajouter : *relativement à l'âge de l'enfant*. Le testicule n'est pas un organe qui se développe suivant une progression uniforme, parallèlement aux autres parties du corps. Il est reconnu, tout au contraire, qu'il conserve ordinairement une infériorité relative de volume jusqu'à la puberté, pour s'accroître ensuite rapidement. Or, les plus âgés des enfants examinés par les experts n'avaient que douze ans. Si, en outre, on tient compte des différences individuelles, on comprendra combien il est difficile d'affirmer qu'un testicule, naturellement petit par rapport au reste du corps, l'est également par rapport à l'âge. En faisant donc la soustraction indiquée, et ne conservant que les exemples de petitesse extrême et vraiment anormale, il n'en reste plus que deux : celui où le testicule gauche manquait, bien qu'on sentît le cordon spermatique, et celui où les deux glandes n'étaient pas plus grosses que des lentilles. Tout au plus pourrait-on ajouter un troisième cas dans lequel, est-il dit, le testicule droit était petit *et le gauche plus petit encore et atrophié*.

Voilà donc, avec le fait d'induration du cordon sans lésion testiculaire, la proportion des états pathologiques réduite à *un dixième* environ des cas d'attouchement. La question serait de savoir maintenant si l'on en trouverait une moins forte chez des enfants qui n'auraient été soumis à aucune manœuvre. Sur ce point, les recherches font défaut et dans les rapports et dans le mémoire. Mais on conviendra tout au moins qu'il n'y a pas là de quoi prêter secours à l'accusation.

D'autres circonstances nous paraissent, comme à MM. Burci et Centofanti, fort défavorables à la thèse des experts. Un des enfants avait été touché pendant deux minutes seulement, un an avant l'examen ; un autre l'avait été quatre fois pendant quatre minutes au plus, il y avait aussi un an ; un troisième pendant une demi-heure. Chez ces trois sujets, les testicules étaient très petits. Ils l'étaient plus encore chez celui qui a été reconnu pour n'avoir subi aucune manipulation. Au contraire, chez un enfant dont le scrotum avait été manipulé pendant deux heures, et chez un autre qui deux fois avait ressenti de la douleur pendant cette opération, les testicules avaient conservé leur forme normale et un volume plus considérable que chez les précédents. Ajoutons, à cette occasion, que la plupart des enfants confessaient avoir éprouvé une sensation agréable et non douloureuse ; que de plus, aucun ne paraît avoir offert, à la suite des manipulations, des signes manifestes de phlegmasie des testicules ou du cordon spermatique.

Tels sont les éléments de cette importante question. En repoussant les conclusions des experts comme n'étant pas justifiées dans l'espèce, nous sommes loin de contester que les testicules puissent s'atrophier sous l'influence de pressions répétées, alors même qu'il n'en serait résulté ni orchite ni vives douleurs. Hippocrate raconte que les Scythes, qui montaient à cheval sans étriers ni selle, étaient sujets à devenir eunuques. On sait avec quelle rapidité les organes s'atrophient parfois à la suite d'une métastase d'oreillons, même quand l'engouement testiculaire a été peu considérable. Pour faire les eunuques que les anciens appelaient θλαδίαι (et non ἐλάσιαι, comme on le trouve écrit dans quelques dictionnaires), et qu'on a désignés plus tard sous le nom d'*eunuchiæ*, pour les distinguer des *eunuchi* ou eunuques parfaits, on se contentait de froisser les testicules entre les doigts : c'étaient des eunuques incomplets, qui pouvaient encore copuler et même parfois procréer, par suite de la

---

distingué, artiste de goût ou habile administrateur. Car le monde est ainsi fait que si un médecin sort de la pathologie pour mettre le pied dans la littérature ou dans les arts, il est aussitôt pris entre deux portes. Le client lui dit, en aunant son drap : vous n'êtes qu'un littérateur ! et le littérateur se fait un devoir de lui rappeler qu'il n'est que médecin.

Médecin, soit. Aussi bien, c'est à ce titre seulement que l'auteur relève du feuilleton, et nous ne voulons prendre dans ses *Mémoires* que ce qui est de la profession médicale. M. Véron a trouvé moyen d'utiliser ses connaissances scientifiques en pleine direction de l'Académie royale de musique. Vous vous êtes demandé quelquefois, en assistant aux ballets, pourquoi certaines danseuses ont le jeté-battu si sérieux ; pourquoi, dans les gigues les plus agaçantes, leur figure ne se déride pas plus que celle d'un dieu-terme, tandis qu'il en est d'autres qui illuminent la salle de leur sourire. Affaire de tempérament, dites-vous : ces demoiselles n'ont pas toujours lieu d'être gaies. Pitoyable raison. Le chapitre intitulé *Coulisses de l'Opéra* vous apprendra que le corps de ballet est très sujet à l'ozène — à l'ozène simple, par bonheur — ; les danseuses atteintes de cette infirmité sont obligées, dans leurs rapides évolutions, d'ouvrir largement la bouche pour respirer. De là impossibilité de donner aux traits une expression souriante. L'immobilité du visage répand sur toute la personne un air de nonchalance et d'ennui ; la danse perd son caractère. En sorte que voilà de pauvres créatures vouées à une réputation de caractère maussade par un simple rhume de cerveau. Et Dieu sait de quelle conséquence peut être une pareille réputation pour une bayadère ! Le compatissant directeur l'a parfaitement compris ; il est revenu au temple délaissé d'Esculape, implorant un remède à des maux si cruels. Mais, hélas ! le dieu est resté sourd. Poudre sternutatoire, tisanes amères, régime fortifiant, rien n'a réussi. Le corps de ballet continue à parler du nez. Notre confrère ajoute : « Je me suis quelquefois demandé si l'introduction prudente et facile d'une petite sonde de gomme élastique, ou tout autre moyen de compression, ne pourrait pas faire cesser cette espèce de rétrécissement des fosses nasales. » Évidemment, le bourgeois de Paris n'a pas eu vent des injections caustiques. Nous prendrons également la liberté de lui rappeler le *poivre cubèbe*, recommandé par le docteur Black contre le coryza chronique, et qui ne serait pas plus mal appliqué aux danseuses qu'à d'autres.

L'histoire des maladies simulées par ces dames, celle de leurs indispositions réelles et manifestes, particulièrement quand elles sont livrées aux travaux de Lucine, forment des épisodes qui ne manquent pas d'intérêt. Nous trouvons aussi dans le troisième volume, au sujet du choléra de

conservation de quelques vaisseaux séminifères. Il faut noter enfin que les résultats des manipulations pourraient être différents suivant qu'on y aurait ou non compris le cordon spermatique. Tout le monde connaît le procédé de castration, appelé par les vétérinaires *bistournage*, et dans lequel on se contente de tordre deux fois le cordon sur lui-même. De simples pressions, pratiquées un certain nombre de fois et avec un peu de force, sur de très jeunes enfants, pouvaient équivaloir à un bistournage. La question scientifique doit donc être réservée, tout en rejetant les conclusions prématurées des experts de San-Miniato.

L'Académie de médecine, dans sa dernière séance, a entendu une réponse de M. Depaul à M. Malgaigne. M. Huguier a commencé un discours que le temps ne lui a pas permis d'achever. Nous reprendrons la question des déviations de l'utérus, quand la discussion sera plus avancée.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Coup d'œil statistique sur la fièvre typhoide a l'hopital de Lausanne, de 1836 a 1850, par M. J. Delaharpe, médecin en chef de l'hôpital de Lausanne.

(Deuxième article. — Voir n° 35.)

II. *Influence des sexes.* — Forget (*loc. cit.*) affirme qu'au dire des auteurs l'influence du sexe sur la fièvre typhoïde est encore problématique. Louis (1), après avoir noté que dans ses salles il comptait quatre fois moins de femmes que d'hommes, explique cette différence par le plus grand nombre d'hommes hors d'état d'être soignés à domicile, que présente la population de Paris. Il ajoute que, la mortalité étant la même dans les deux sexes, il en faut conclure que la prédisposition l'est aussi.

Les relevés que j'ai faits ne me conduisent point aux mêmes conclusions que ces deux auteurs. Non seulement ils établissent une différence marquée entre les deux sexes quant à la fréquence de la maladie ; mais ils en indiquent aussi une pour la mortalité, comme je le dirai en m'occupant de cette dernière.

Les chiffres que j'ai rassemblés portent ici, non sur dix années, mais sur quinze ; en sorte que leur langage en acquiert une plus grande valeur. Dans ces quinze années, j'ai noté 588 cas de fièvre typhoïde, distribués en 382 hommes et 206 femmes ; soit, pour une proportion de 1,000 malades, 650 hommes et 350 femmes, ou, approximativement, 13 des premiers pour 7 des dernières. Cette différence est considérable.

J'ai cherché si cette différence pouvait s'expliquer par le plus grand nombre d'hommes obligés de demander leur admission à l'hôpital, et je n'ai rien trouvé de pareil. Cette cause ne pourrait d'ailleurs en amener une aussi grande. La différence notée n'existe pas seulement pour la fièvre typhoïde : elle se reproduit dans toutes les maladies aiguës : elle tient donc à des circonstances dont l'action est très générale. La proportion des maladies aiguës chez les femmes, comparées à celles des hommes, fut, en 1850, de 97 femmes pour 241 hommes, sur une population de 1,184 malades. Dans les maladies chroniques, pendant le même temps, on compta 181 femmes pour 177 hommes. Ces chiffres prouvent que les fièvres typhoïdes suivent la loi générale des affections aiguës quant à la fréquence suivant les sexes, et que si les femmes sont moins atteintes que les hommes, il faut l'attribuer à ce que les femmes, par suite de leur genre de vie, sont moins exposées que les hommes à l'action des agents extérieurs, ou, en d'autres termes, aux causes prédisposantes. On sait assez quel rôle important jouent ces causes dans toutes les affections épidémiques.

Nous verrons, en parlant des âges, les modifications que subit l'influence du sexe dans les diverses périodes de la vie humaine.

III. *Influence des âges.* — Si des observateurs très soigneux ont pu mettre en doute l'influence des sexes, il n'en a point été de même de celle des âges. Tous les auteurs sont unanimes sur ce point ; aussi n'aurai-je guère à relever ici que des erreurs de détail.

Avant tout, il importe de s'entendre sur les périodes d'âges. Il est évident qu'une subdivision, décimale ou autre, est vicieuse, dès que les coupures qu'elle établit ne sont pas fondées sur la marche elle-même de la maladie. En la prenant pour base, on arrive inévitablement à l'erreur. En consultant le tableau qui résume nos 588 malades, on voit que, durant certaines périodes, la maladie n'augmente pas sensiblement de fréquence, tandis que, dans d'autres, celle-ci s'accroît ou diminue rapidement. On remarque aussi qu'il est certaines époques qui correspondent à un changement plus ou moins saillant dans sa marche. En tenant compte de ces faits, je suis arrivé aux subdivisions suivantes.

1° *Jusqu'à la onzième année inclusivement.* Cette époque est celle de l'enfance. Elle se limite au moment où paraissent les premiers décès, et ne comprend guère que des cas égrenés ; après elle, le nombre des malades s'accroît sensiblement.

2° *De douze à quinze ans révolus.* Époque de la jeunesse. Cette deuxième période aurait pu se fondre avec la précédente ou avec la suivante, puisqu'elle forme la transition graduelle de l'une à l'autre. Mais, d'une part, elle compte des décès assez nombreux ; de l'autre, elle se termine à une année exceptionnelle dans laquelle la maladie fait un temps d'arrêt. Unie à la troisième, elle en eût

(1) *Recherches etc., etc., sur la fièvre typhoïde*, IIe volume, p. 354, 2e édition.

1832, des détails qu'on chercherait en vain dans les traités les plus classiques. Les abonnements de théâtre qui faussent politesse, les artistes qui fuient vers l'étranger, des recettes de 500 francs, un personnel découragé, le directeur faisant face bravement à tous les embarras et maintenant, au détriment de sa bourse, une régularité ponctuelle dans les paiements : voilà, certes, un chapitre de symptomatologie qui mériterait d'être décrit par un observateur compétent. Mais c'est assez nous complaire dans les régions chorégraphiques ; nous avons hâte d'arriver à un épisode des *mémoires*, empreint d'un autre caractère, et propre à occuper plus décemment l'imagination et le cœur.

M. Véron remplissait les fonctions d'externe à l'hôpital de la Charité. La salle était desservie par deux sœurs hospitalières : l'une, rébarbative, jaune et grêlée ; elle s'appelle, dans les *Mémoires*, sœur *Cunégonde;* l'autre, d'une beauté rare et distinguée, dite sœur *Marguerite.* « Les austérités du couvent avaient dû la dépouiller de sa chevelure, mais n'avaient pu faire disparaître les sourcils noirs les mieux dessinés et les plus arqués, sous lesquels brillaient des yeux d'un iris bleu-clair protégés aussi par de longs cils noirs. La naissance, les lignes et les ailes très mobiles du nez étaient pures et gracieuses ; ses lèvres, qui rappelaient le corail, se relevaient par de doux mouvements, et donnaient souvent à sa physionomie une expression de gaieté douce et de bienveillant sourire, etc... » Ce que faisait l'externe entre sœur Cunégonde et sœur Marguerite ; avec laquelle des deux il provoquait des rapprochements et prolongeait les conversations, pas n'est besoin de le dire. Son sang commençait à s'échauffer quand la fille de Dieu, un matin qu'elle plaçait des cierges autour d'un cercueil, profita de cette circonstance solennelle pour lui donner un affectueux avertissement. Elle n'était entrée en religion, disait-elle, que pour mieux expier les fautes d'une sœur morte dans le désordre. Elle savait donc le monde et tout le danger des tendres sentiments, et elle demandait la grâce d'être regardée avec indifférence. Elle ajouta : « Croyez à mes prières et vous serez heureux. » Le lendemain, sœur Marguerite ne reparaissait pas dans la salle ; et, sur une dénonciation sans fondement, elle était, quelques jours après, envoyée à Cayenne par sa communauté.

Qu'importent les accessoires de ce récit? qu'importe que ce cercueil paraisse un ressouvenir de *Robert le Diable?* Le sujet de ces histoires bien souvent renouvelées, et dont beaucoup de médecins des hôpitaux ont vu des exemples, sera éternellement touchant. Ah! la sœur de charité, la servante des douleurs, la vierge qui reçoit dans son cœur chaste le secret de toutes les souffrances du corps et de l'âme, quelle plus noble et plus suave création! Et combien elle s'épure encore quand aux vertus de cette

accru la longueur d'une manière démesurée. Cet espace de temps circonscrit d'ailleurs une époque d'évolution (de 13 à 14 ans) durant laquelle la prédisposition typhoïde paraît se modifier.

3° *De seize à vingt-sept ans.* Adolescence et âge adulte. Cette période est la plus importante de toutes. Il eût été à désirer qu'on pût la subdiviser ; mais cela ne pouvait avoir lieu sans rompre la série naturelle des chiffres. Durant son cours, le nombre des malades, déjà considérable à son début, s'accroît rapidement, atteint son maximum, puis commence à diminuer. Elle renferme bien au delà de moitié du chiffre total. Si l'on veut tenter une subdivision, la meilleure sera celle de quatre en quatre ans. De seize à dix-neuf ans, la fièvre typhoïde augmente rapidement de fréquence ; de vingt à vingt-trois, elle atteint son maximum d'extension. De vingt-quatre à vingt-sept, elle commence son mouvement décroissant.

4° *De vingt-huit à trente-neuf ans inclusivement.* Age stationnaire. Durant ces douze années, le nombre des malades diminue graduellement. A son commencement, ce nombre correspond à celui de la deuxième période (douze à quinze ans) ; à sa terminaison, il a baissé de moitié.

5° *De quarante à quarante-neuf ans.* Age de retour. La fièvre se montre égrenée, quoique encore assez fréquente.

6° *De cinquante ans à la mort.* La vieillesse ne fournit plus que des cas isolés, éloignés : la prédisposition ne s'éteint totalement qu'aux limites de la vie humaine.

Cette distribution est un peu différente de celle choisie par Louis ; cela seul doit déjà modifier les résultats obtenus. Reprenons maintenant chacune de nos six périodes, en y rattachant la question des sexes, mais en laissant de côté pour le présent celle de la mortalité.

Première période. La première question qui se présente est celle du minimum d'âge. Ni Forget ni Louis n'étaient en position de faire sur ce point des observations, dans les services à la tête desquels ils étaient placés. MM. Bretonneau et Constant ont observé des fièvres typhoïdes dans la quatrième année. Sur nos 588 malades, j'ai pu enregistrer plusieurs enfants, quoique les très jeunes ne soient guère admis à l'hôpital. J'en trouve 5 dans la neuvième année, 2 dans la huitième, 3 dans la septième, 3 dans la sixième ; le plus jeune compte quatre ans. Si je sors de la pratique de l'hôpital, je puis mentionner avec certitude un cas récemment observé et traité par moi, où l'enfant n'avait que vingt mois. Ce malade avait contracté la maladie dans une maison et dans une rue où elle avait fortement régné et avait atteint plusieurs petits enfants. La mère de l'enfant fut obligée de coucher à côté de lui durant sa maladie ; aussi fut-elle atteinte après lui.

Les observations de ce genre sur lesquelles on puisse compter ne sont pas faciles à recueillir, parce que, plus les enfants sont jeunes, plus la maladie prend une forme bénigne. Il n'y a guère alors que sa durée et l'état de stupeur plus ou moins prononcé qui puissent la faire distinguer d'une simple irritation gastrique prolongée ou entretenue par une mauvaise thérapeutique. Je ne doute pas qu'un bon nombre d'*infantile fevers* n'appartiennent, sans qu'on s'en doute, à l'affection typhoïde ; mais, comme la mortalité est à peu près nulle chez les enfants, il en résulte que l'on n'a pas l'occasion de déterminer par l'autopsie la nature du mal (1). La plupart des confrères que j'ai interrogés sur ce point pensent aussi que le très jeune âge n'est pas entièrement exempt de fièvre typhoïde, mais que les caractères de la maladie sont certainement mitigés. J'ai toutefois noté quelques cas dans ma pratique particulière, où les formes graves, ataxique et adynamique, se dessinaient parfaitement chez des enfants de six à huit ans.

Le nombre des malades enregistrés dans la première période fut de 23. Ce chiffre, comparé au total (588), donne, pour 1,000 malades, une proportion de 37,4 pour 1,000. 1/30 environ des malades se trouvent donc avoir moins de douze ans. Ce nombre est assez considérable pour être pris en considération ; il suffit certainement pour élever des doutes sur la relation que l'on a pensé établir entre l'affection typhoïde et le développement des organes sexuels.

Ces 23 malades, divisés selon les sexes, donnent 13 garçons et 10 filles, chiffres qui, comparés à ceux des hommes et des femmes en général, donnent une proportion, pour 1,000, de 34,0 garçons et de 48,5 filles. On pourrait en conclure que, dans l'enfance, la prédisposition se montre un peu plus forte chez la femme que chez l'homme. Avec d'aussi petits nombres, il ne faut cependant pas trop presser les conclusions. Le plus jeune garçon avait six ans et la plus jeune fille quatre.

Deuxième période. Durant les quatre années (12-15) qu'elle renferme, la prédisposition acquiert de nouvelles forces ; car le nombre total, pour ce court espace, s'élève déjà à 37, ou à 62,9 pour 1,000 ; c'est-à-dire au 1/15 environ du chiffre total. Elle paraît se développer surtout fortement avec la treizième et la quatorzième année, âge climatérique, comme on sait ; tandis que la douzième année ne compte que 4 cas, comme la onzième ; la treizième en donne 12 et la quatorzième 16. Mais, chose bizarre, la progression, au lieu de continuer à croître, s'arrête brusquement avec la quinzième, pour tomber à 5 !

Faut-il voir dans ce dernier fait un accident fortuit, ou bien exprime-t-il une diminution constante de la prédisposition? Je suis disposé à admettre la seconde alternative et à l'expliquer par une observation que j'ai faite chez quelques enfants rachitiques. Le rapide développement physique qui s'opère durant la treizième ou la quatorzième année, est volontiers suivi d'un temps d'arrêt, ou même d'un certain collapsus qui dure pendant une ou deux années. A la faveur de cette suspension de développement et de l'affaiblissement

(1) A cette occasion, rappelons les paroles du professeur Rokitansky, dans son *Manuel d'anatomie*, volume III, page 257 : « Mann muss sich hüthen, jede der typhus-» ahnlichen Entwickelungen des Peyerschen Plaques in sehr zertens Lebensalter (bei » Sauglingen) für wahren typhus zuHalten. » Traduction : « Prenons garde de prendre pour un vrai typhus tout développement des plaques de Peyer semblable à celui que produit cette maladie, surtout chez de très jeunes enfants. »

sainte mission se joignent tous les dons de nature qui enchantent le monde! L'abnégation toute seule, c'est grand et admirable ; mais rester livrée à des occupations rebutantes, vivre au sein des infirmités, habiter avec l'agonie, et avoir en partage la beauté et la délicatesse des sentiments, ce n'est pas seulement la sublimité du dévouement chrétien, c'en est la grâce et la poésie. Quel sujet de méditation, si, d'un œil profane, on pouvait percer ce corsage de bure et sonder la mystérieuse retraite de ces cœurs voilés! Que se passe-t-il dans leurs profondeurs? Chateaubriand a décrit ces puits du nouveau monde dont l'eau est calme et limpide, mais au fond desquels veille le crocodile. Combien sont entrées dans ces paisibles refuges avec un crocodile dans le cœur ? Combien en est-il, selon l'expression de Fénélon, qui, semblables à la femme de Loth, regardent derrière elles pour voir ce qu'elles ont quitté? Celles-là sont les plus touchantes et les plus dignes de respect; mais les plus divines, celles qui répandent le plus de charme autour d'elles, qui réalisent le mieux l'idéal de ces anges terrestres, ce sont ces innocentes filles, pieuses amantes du quiétisme, qui, sans besoin d'expiation, sans préoccupation même de la récompense éternelle, se donnent à Dieu pour lui-même et consument tout leur cœur sur l'autel de la charité.

Le christianisme seul pouvait accomplir cette merveille. Le paganisme a créé la vestale, mais qu'était-ce qu'une vestale? La prêtresse d'un symbole, la desservante d'un culte oisif et stérile. Elle devait être vierge, parce que le feu qu'elle gardait est une substance incorruptible. Quelle distance de ce point de vue au point de vue chrétien! Aussi la virginité était-elle à peu près le seul sacrifice qu'on exigeât d'elle ; encore n'était-ce pas pour toute la vie. Pour le reste, elle menait le train le plus agréable : existence luxueuse, habillement de pourpre, place d'honneur au théâtre, privilèges et immunités. Toute cette grandeur est petite à côté de la vie recluse et des vêtements grossiers de nos religieuses, et le soin d'alimenter le feu dans un vase de terre est un peu moins difficile que celui de l'éteindre dans son propre sein. On peut dire, d'une manière plus générale, que c'est le christianisme qui, dans ses progrès successifs, a donné aux aspirations de l'âme leur véritable direction, qui les a tournées vers un bien effectif, vers l'assistance mutuelle, vers le soulagement des pauvres et la consolation des affligés. A notre époque même, partout où l'esprit chrétien n'a pas pénétré, on voit encore le sentiment religieux se perdre dans le vague d'une inutile contemplation, sorte d'égoïsme différent de celui qui caractérisait les théogonies païennes, mais qui ne vaut pas mieux. La Chine a ses anachorètes, et des lamas *contemplatifs* habitent le creux des rochers dans les solitudes de la Tartarie.

général qui en est la cause, les jeunes gens sont *moins* disposés à contracter la fièvre typhoïde. Nous verrons, plus bas, que la prédisposition est en raison directe de la puissance organique ou végétative.

La distribution des malades selon les sexes, à cette époque, confirmerait assez cette dernière explication. Chez les filles, où le développement est plus précoce et l'élan plus rapide, la treizième année compte 9 malades, tandis que la quatorzième n'en a que 2 et la quinzième 3. Chez les garçons, la quatorzième année compte 12 malades et la quinzième seulement 2.

Les 37 malades de notre deuxième période se partagent en 21 hommes et 16 femmes; comparés au total de chaque sexe, ces chiffres donnent, pour 1,000 : 54,9 hommes et 77,6 femmes; ce qui revient approximativement à 1/20 des premiers et 1/13 des secondes. Jusqu'ici, la proportion des filles reste donc supérieure à celle des garçons. Le contraire aura lieu désormais. D'où provient cette disposition plus forte? Je l'ignore.

Troisième période. Nous entrons ici dans la période typhoïde par excellence. Jusqu'à elle, le nombre des malades a été fort restreint; après elle, il baisse rapidement. Elle représente le point culminant de la prédisposition. La totalité des malades fut de 381, c'est-à-dire, pour 1,000 malades, de 647,9, beaucoup plus que la moitié des cas enregistrés. Ces 12 années qui la composent renferment à elles seules près des 2/3 des fièvres typhoïdes.

Les années les plus favorables au développement de la maladie furent celles de vingt à vingt-trois ans révolus. De dix-sept à dix-neuf il y en eut un peu moins, et à peu près dans la même proportion que de vingt-quatre à vingt-cinq ans. On doit en inférer que, de dix-sept à vingt-cinq ans, la prédisposition typhoïde atteint son maximum d'intensité. Avant et après cette époque, elle diminue de moitié environ, puisque, entre quatorze et seize, on ne compte, en moyenne, que 13 malades par année (sur quinze ans), et que, de vingt-six à vingt-huit, il y en eut 17.

La distribution des malades selon les sexes offre à son tour quelques faits intéressants. Nous avons vu le nombre relatif des femmes dépasser celui des hommes dans les deux périodes précédentes; ici le rapport change : le chiffre proportionnel des hommes s'élève quelque peu au-dessus de celui des femmes. Quant au chiffre absolu, les hommes restèrent toujours en majorité dans toutes ces périodes. Sur 382 hommes, on compte 251 malades, et sur 206 femmes, 130 malades. Comparé à 1,000, le premier de ces nombres donne 657,1, et le second 631,0. La prédisposition se montre donc ici un peu moins forte pour le sexe féminin.

Il y a plus encore : la manière dont les malades se répartissent durant nos douze années n'est pas la même dans les deux sexes. Chez les hommes, le maximum de la prédisposition correspond à l'époque de vingt à vingt-trois ans. Chez les femmes, ce point correspond aux années dix-sept à vingt, c'est-à-dire trois ans plus tôt. Nous retrouvons donc ici la même différence déjà aperçue dans la deuxième période. Ce fait, très remarquable, démontre que le moment de plus forte prédisposition correspond précisément, dans les deux sexes, à celui qui, sous notre latitude, est envisagé comme terminant l'âge pubère et introduisant l'âge viril. D'après nos lois, la femme atteint à vingt et un ans sa majorité, et l'homme à vingt-trois ans. Nouvelle preuve que la marche de l'affection typhoïde est étroitement liée à l'évolution physique, et que la prédisposition atteint son maximum de *tension*, pour parler le langage des physiciens, lorsque la vie organique a atteint son plus haut degré d'activité.

En rapprochant les faits que nous venons de constater de la moindre fréquence de la maladie chez les femmes, de la diminution de la prédisposition avec celle de l'activité vitale, et enfin de la plus grande intensité de la fièvre chez les individus les mieux nourris et les plus régulièrement constitués, on ne saurait se refuser à admettre une relation très intime entre les causes prédisposantes de l'affection typhoïde et les lois qui déterminent les périodes d'accroissement et de décroissement, ou les divers âges. Nous ne poursuivrons pas plus loin l'examen de cette proposition, de crainte de nous égarer dans des déductions théoriques parfois plus dangereuses pour la science que l'ignorance des faits.

Les chiffres annuels fournis par les deux sexes durant la troisième période donnent à peu près le même résultat de chaque côté du point culminant. Chez les hommes de vingt à dix-sept ans et de vingt-quatre à vingt-six, la prédisposition diminue également. Chez les femmes on compte annuellement presque autant de malades des deux côtés.

Quatrième période. Le mouvement décroissant se continue dans cette période d'une manière assez uniforme. En douze ans, le chiffre des malades passe, de 18 à 16, 14, et ainsi jusqu'à 9, 8 et 4 malades par année. Les deux sexes n'offrent pas de différences à cet égard.

Le chiffre total de la quatrième période indique cette diminution d'une manière très sensible, puisque nous ne retrouvons plus que 110 malades sur 588, c'est-à-dire 187,1 pour 1,000, soit environ 4 fois moins que dans les douze années précédentes. Les hommes sont toujours en proportion plus forte que les femmes : les premiers donnent 191,1 pour 1,000 ; les secondes 181,1.

Cinquième période. Pendant les dix années qui la composent, la prédisposition marche à grands pas vers son extinction. Comparées à la première période, l'avantage du nombre annuel reste à celle-ci. La proportion totale est de 40,8 pour 1,000, soit moins de 1/20.

Le sexe féminin semble reprendre la prééminence, puisque les hommes figurent pour 31,6 et les femmes pour 58,2 pour 1,000. Faut-il en conclure qu'aux deux extrémités de la vie la prédisposition typhoïde est plus prononcée chez la femme?

Sixième période. Durant les dernières années de la vie, la fièvre typhoïde n'apparaît que comme une exception rare à la règle. Sur neuf années qui en offrirent, 13 cas sont inscrits. Un seul, chose bizarre, se présente chez une femme. Je ne puis expliquer cette prédominance des hommes que par l'abus du vin. J'ai quelque lieu

---

Donc, les *Mémoires* de M. Véron, parvenus au troisième volume, offrent une lecture attachante et instructive; ils plairont aux médecins doublement, et par leur valeur intrinsèque et comme œuvre d'un confrère. On s'apercevra même, par tout ce qui précède, qu'ils peuvent servir à toutes sortes de digressions. C'est pourquoi nous prenons la liberté de les recommander *urbi et orbi*.

A. Dechambre.

Le *Moniteur* a publié l'état des dons et legs faits en faveur des pauvres et des hospices de Paris, et acceptés, pendant l'année 1853, par l'administration de l'assistance publique. Ils se composent de 2,698,617 f. 25 c. de capitaux, de 3,128 fr. de rente et 302,600 fr. de valeurs diverses.

La Faculté a procédé dans la séance du jeudi 15 juin, à la désignation des candidats pour la Chaire de Clinique externe, vacante par suite du décès de M. le professeur Roux.

Au 1er tour de scrutin, M. Jobert a obtenu 24 voix sur 25 votants.

Pour la 2e place : M. Michon a obtenu 19 voix; M. Gosselin, 3; M. Giraldès, 1; M. Richet, 1; M. Huguier, 1.

Pour la 3e place. — *1er tour* : M. Richet, 11 voix; M. Huguier, 7; M. Gosselin, 6; M. Giraldès, 1.

2e tour : M. Richet, 11 voix; M. Gosselin, 10; M. Huguier, 4.

3e tour : M. Richet, 12 voix; M. Gosselin, 12; M. Huguier, 1.

Ballottage : M. Richet, 13 voix; M. Gosselin, 12.

En conséquence, la liste se trouve ainsi présentée :

MM. Jobert,
Michon,
Richet.

(*Communiqué.*)

de croire que l'altération du sang, produite par de longs excès de boissons alcooliques, donne plus de prise au principe contagieux que tout autre excès.

Le plus âgé de nos 13 malades avait soixante-quinze ans. La fièvre avait été chez lui très intense et avait revêtu la forme muqueuse grave; je l'eusse classée parmi les entérites, si l'autopsie n'eût démontré la présence de nombreuses ulcérations typhoïdes.

Ce cas n'est pas aussi extraordinaire qu'on pourrait le croire; il est peu de nos médecins de campagne qui n'en aient observé d'analogues, car c'est surtout dans nos villages que l'on rencontre des vieillards atteints de fièvre typhoïde. Un collègue m'a assuré avoir donné ses soins à une femme âgée de quatre-vingts ans, atteinte d'une fièvre ataxique franche qui se guérit parfaitement.

Mortalité. IV. De toutes les maladies qui visitent nos populations, la fièvre typhoïde est sans contredit la plus grave. Il en est peu qui fassent plus de victimes qu'elle. Les pertes qu'elle fait éprouver sont d'autant plus sensibles qu'elles tombent essentiellement sur l'époque où l'homme jouit de la plénitude de ses forces. Sous ce rapport, elle mérite de fixer toute l'attention du médecin.

Le chiffre des morts comptés sur nos 588 malades fut de 129, ou de 236,4 pour 1,000. Le rapport approximatif des décès aux malades est donc de 1 sur 5, ou, plus exactement, de 1 sur 4 1/2.

MM. Louis et Chomel admirent 1 sur 3, comme rapport approximatif de la mortalité dans leurs hôpitaux. M. Forget obtint à Strasbourg un rapport plus satisfaisant, et compta 1 décès sur 4 1/3. Ces deux rapports diffèrent fort peu de ceux notés dans la majeure partie des hôpitaux de l'Europe où ils ont été établis avec quelque exactitude. M. Bouillaud affirme avoir obtenu des résultats infiniment plus avantageux; mais ses allégations ont besoin de nouvelles preuves.

Pour mériter quelque confiance, les calculs de ce genre doivent porter sur un grand nombre de malades et sur plusieurs années successives. Quelques centaines de malades pris sur une ou deux épidémies peuvent donner des chiffres erronés. Il importe d'ailleurs que les observateurs soient préalablement d'accord sur les limites à donner au terme de *fièvre typhoïde*.

Je ne m'arrêterai pas, avec le professeur Forget, à atténuer la force des objections que l'on voudrait élever contre le traitement employé, en faisant valoir pour cela le grand nombre de décès observés. Pour qui connaît la fièvre typhoïde et ses allures, le pronostic est bientôt posé, et la puissance de l'art vite réduite à sa valeur. Sur 100 malades nous avons compté 23 décès. Sur ce dernier nombre on peut affirmer sans crainte que 20 étaient voués à une mort certaine, quel que fût le traitement employé; il resterait donc 3 décès à imputer, du plus au moins, aux erreurs du traitement. Réduite à cette mesure, la responsabilité du médecin ne vaut guère une justification, surtout lorsqu'il s'agit d'une affection dont le traitement rationnel est encore problématique et les indications curatives infiniment variées et difficiles à saisir.

Eu égard *aux sexes* et d'une manière générale, nous trouvons 73 décès sur 309 hommes et 56 sur 150 femmes, c'est-à-dire 191,1 morts pour 1,000 hommes, et 271,8 pour le même nombre de femmes. Les deux rapports approximatifs qui en résultent sont 1 sur 5 1/2 chez le sexe masculin, 1 sur 4 pour le féminin. La différence est donc ici assez marquée.

Comment expliquer la plus grande mortalité chez les femmes, après ce que nous avons établi en parlant de la moindre prédisposition chez le même sexe? Évidemment Louis était dans l'erreur lorsqu'il concluait de l'égalité de mortalité dans les deux sexes à l'égalité de prédisposition. Si l'on pouvait conclure de la première des circonstances à l'autre, j'induirais plus volontiers de l'augmentation de la mortalité la diminution de la prédisposition. Lorsque la prédisposition est forte, il faut, de la part de l'action contagieuse (ou miasmatique), un choc moindre pour donner naissance à la maladie, et *vice versa;* une prédisposition faible exigera une puissance contagieuse plus forte. Or, l'observation, abstraction faite de nos chiffres, a suffisamment établi que, toutes choses égales d'ailleurs, l'intensité (et par conséquent la mortalité) des maladies contagieuses est toujours en raison directe de l'énergie du principe contagieux. C'est précisément de ce fait que se déduit, en police médicale, l'importance d'éviter et de détruire les foyers épidémiques ou contagieux, partout où la chose est praticable.

Si notre raisonnement est juste, les chiffres cités, loin de fonder une anomalie, ne font que formuler deux faits concordants, savoir: la moins grande prédisposition et la plus grande mortalité chez le sexe féminin. Les chiffres de Louis sont déduits d'observations trop restreintes pour mériter confiance. Les exemples empruntés à des épidémies locales sont encore plus trompeurs. Dans telle épidémie de la campagne, les hommes auront la majorité des malades et des décès; dans telle autre, ce seront les femmes (1).

(1) Louis, *op. cit.*, t. II, p. 354.

(La suite à un prochain numéro.)

III.

REVUE CLINIQUE.

Observations de chéiloplastie de la lèvre inférieure et de la lèvre supérieure.

La chéiloplastie, ou la restauration des lèvres, n'a pas seulement pour but de corriger une difformité d'une portion de la face. Si l'on veut bien, en effet, se rendre compte des fonctions nombreuses et importantes que remplissent les lèvres, du rôle que ces organes sont appelés à remplir dans la mastication, dans l'action de boire, dans l'exercice de la parole, etc., on comprendra aisément que leur intégrité est de la plus haute importance au point de vue de l'exercice régulier de nos fonctions. Ajoutez que la perte de la lèvre inférieure a un bien autre inconvénient; c'est qu'elle permet un écoulement incessant de la salive, et qu'elle expose à un dépérissement lent, conséquence nécessaire de la perte d'un liquide sécrété par les nombreuses glandes qui entourent la muqueuse buccale.

Nous avons été témoin, à un intervalle de temps très court, de deux opérations de chéiloplastie pratiquées avec succès dans les hôpitaux de Paris. Dans un cas, c'était une restauration de la lèvre inférieure; dans l'autre, une chéiloplastie de la lèvre supérieure.

OBS. I. — *Cancroïde de la lèvre inférieure occupant la moitié gauche de l'organe; ablation de la partie dégénérée; restauration de la lèvre inférieure par le procédé de Dieffenbach.* — La nommée Rossineau, âgée de quarante-trois ans, exerçant la profession de journalière, est entrée, au commencement du mois de janvier de cette année, à la Pitié, dans le service de M. Michon, alors remplacé par M. Désormeaux. C'est une femme d'une bonne constitution, habituée à faire les rudes travaux de la campagne, n'ayant d'ailleurs jamais joui que d'une fort bonne santé. Il y a environ quinze mois qu'elle s'aperçut de l'existence d'un petit bouton développé sur la partie gauche du bord libre de la lèvre inférieure. Les picotements dont le bouton était le siége portèrent la malade à le gratter et à l'écorcher; ces écorchures guérirent rapidement dans les premiers temps, puis elles se recouvrirent de croûtes au-dessous desquelles se développa une ulcération. Des cautérisations avec le caustique de Vienne furent faites sur l'ulcération; elles n'empêchèrent pas l'affection locale de faire des progrès : c'est ce dont on jugera par l'état dans lequel se trouvait la femme Rossineau à son entrée à l'hôpital, où elle est couchée salle Saint-Jean, n° 9.

Alors en effet, c'est-à-dire vers le milieu du mois de janvier, la moitié gauche de la lèvre inférieure était envahie par une ulcération irrégulière, calleuse, saignante. Toute la portion libre de la lèvre était détruite jusqu'au niveau du point où la muqueuse se réfléchit de la face postérieure de la lèvre sur la gencive. L'altération comprend si exactement la moitié gauche de la lèvre, qu'elle ne se prolonge pas au delà de la commissure d'un côté, de la ligne médiane de l'autre. L'ulcération de la lèvre se continue avec une portion indurée qui s'étend jusqu'au niveau de la base de la mâchoire. Aucune altération des ganglions lymphatiques voisins; mouvements de la mâchoire inférieure très difficiles.

Le 13 janvier, M. Désormeaux enlève toute la portion dégénérée de la lèvre inférieure, qu'il restaure ensuite par le procédé qui va être dé-

crit. Toute la partie malade est cernée par deux incisions en V, séparée des portions saines et complétement enlevée. Les deux bords de cette perte de substance sont disséqués, ou, pour mieux dire, décollés des parties subjacentes dans une étendue suffisante pour permettre leur rapprochement. A partir de la commissure gauche, on fait ensuite une incision horizontale d'environ 4 centimètres d'étendue, incision qui intéresse toutes les parties molles, la muqueuse exceptée. Les deux lèvres de cette plaie sont disséquées, toujours en respectant la muqueuse subjacente, puis cette dernière est fendue de façon que les bords puissent en être rabattus pour se réunir avec le bord cutané des plaies. Il est facile d'arriver à ce résultat au moyen de quelques points de suture simple. Les deux lèvres de l'incision en V, qui a emporté la tumeur, sont réunies au moyen de la suture entortillée. La tumeur elle-même, examinée au microscope, nous a paru être constituée par la variété de cancer désignée sous le nom d'*épithélial*. Pour tout pansement, compresses imbibées d'eau froide.

Trois jours après cette opération, les points de suture de la plaie transversale sont enlevés. La réunion est faite entre la muqueuse et la peau; dès le lendemain, les épingles qui ont servi à rapprocher les plaies résultant de l'ablation de la tumeur sont aussi enlevées. La réunion des deux lambeaux est parfaitement accomplie au niveau du bord libre de la lèvre; à la partie inférieure, vers le point correspondant au menton, existe une ulcération produite par les épingles. L'état général est d'ailleurs très satisfaisant.

Dès le 31 janvier, toute l'étendue des deux plaies est complétement cicatrisée. Les deux moitiés de la bouche présentent les mêmes dimensions. Le bord libre de la lèvre inférieure ne présente pas d'encoche, et est recouvert dans toute son étendue par la muqueuse. La commissure gauche est un peu plus anguleuse et un peu plus déprimée que celle du côté opposé.

On voit que la restauration de la lèvre inférieure a fourni, dans l'observation qui vient d'être rapportée, un résultat aussi satisfaisant que possible. C'est le procédé de M. Dieffenbach qui a été employé, procédé que le chirurgien de Berlin a d'abord appliqué aux cas où la bouche est réduite à une très petite ouverture, à la suite d'ulcères herpétiques, syphilitiques, etc., qui ont détruit une portion des lèvres.

Rien, en effet, de plus difficile que de rétablir alors l'ouverture de la bouche, c'est-à-dire de lui donner les dimensions normales.

Ce n'est pas avec la *dilatation mécanique* qu'on obtient un résultat satisfaisant; si l'on *incise* les commissures pour agrandir le diamètre transverse de l'orifice buccal, les plaies ne tardent pas à se réunir, malgré l'emploi de tentes, de feuilles de plomb, de tractions exercées sur les angles de la plaie. A-t-on recours à l'emploi d'un fil de plomb à l'aide duquel on coupe peu à peu les tissus voisins des commissures, les parties se cicatrisent à mesure qu'elles sont divisées. Il fallait donc trouver un procédé qui empêchât la cicatrisation des plaies. Deux moyens se sont présentés à l'esprit des chirurgiens; l'un appartient à M. Serre, de Montpellier, qui, dans un excellent ouvrage accompagné d'un grand nombre de planches, a très bien fait ressortir les avantages d'une méthode qu'il a heureusement généralisée; l'autre est due à M. Dieffenbach.

Le procédé de M. Serre consiste, l'incision étant faite, à mettre en contact le bord muqueux avec le bord cutané des deux plaies, au moyen de la suture. Quant au procédé de Dieffenbach, comme c'est lui qui a été mis en usage par M. Désormeaux, dans l'observation que nous avons rapportée, il ne sera pas inutile d'en rappeler les détails tels qu'ils sont consignés dans le *Rust's Mag.*, t. XXV, p. 383, et dans le *Journal des Progrès*, t. IX, p. 268. On retranche des deux côtés de l'ouverture arrondie une bande assez épaisse de toutes les parties molles, jusqu'à la membrane muqueuse qui reste intacte. On divise cette dernière suivant la direction de la bouche, et, en faisant écarter les mâchoires, on détruit les adhérences qu'elle peut avoir, sans aller toutefois jusque vers les angles. Après ce temps de l'opération, la membrane muqueuse est attirée sur la plaie des parties molles; les bords de la peau et de la membrane qui se touchent sont réunis par la suture entortillée, avec de très fines aiguilles; au centre des lèvres, on plisse la membrane muqueuse, en ayant soin de tirer fortement en dehors des angles la partie de cette membrane qui n'a pas été coupée. On borde les bords de la plaie avec la membrane interne de la bouche, de la même manière qu'on borde les souliers.

Or, une opération qui a été imaginée dans le but de corriger une difformité de la bouche, établie depuis un temps déterminé, peut également être mise en usage dans le but de prévenir une pareille difformité succédant à l'ablation d'un cancer de la lèvre. On comprend en effet que si, après une pareille mutilation, les bords de la plaie étaient simplement rapprochés, il en résulterait, après la cicatrisation, un rétrécissement considérable de l'ouverture antérieure de la bouche. L'opération de Dieffenbach a donc pour résultat de rendre à cette ouverture les dimensions qu'elle présente dans l'état normal; elle a, de plus, cet immense avantage, qu'elle donne au bord libre de la nouvelle lèvre les apparences qui lui sont propres, puisque ce bord libre est formé par la rencontre d'un feuillet cutané et d'un feuillet muqueux.

Obs. II. — *Cancroïde de la lèvre supérieure; ablation de toute la portion malade; restauration de la lèvre supérieure au moyen de deux lambeaux empruntés aux joues. Résultat heureux.* — La femme R..., âgée de cinquante-trois ans, est entrée à l'hôpital Saint-Louis, salle Saint-Thomas, dans le service de M. le professeur Denonvilliers, vers la fin du mois de février dernier. Cette malade présente à la lèvre supérieure une tumeur ulcérée qui en occupe toute la moitié gauche et s'étend à droite jusqu'au niveau de l'aile du nez de ce côté. Dans les points que nous venons d'indiquer, la lèvre supérieure est détruite dans toute la hauteur, et l'ulcération s'étend à la sous-cloison du nez. La commissure gauche offre elle-même une ulcération superficielle. La destruction de cette grande portion de la lèvre laisse à découvert l'arcade alvéolaire supérieure dont le tissu gingival est fongueux, boursouflé.

L'ablation de toute la partie dégénérée fut pratiquée par M. le professeur Denonvilliers, de la manière suivante : Une première incision commence au niveau de la sous-cloison du nez, s'étend vers la commissure gauche, en comprenant une portion de l'aile du nez du même côté dont la partie altérée est enlevée. Au moyen d'un fort scalpel recourbé en forme de serpette, les surfaces osseuses subjacentes sont grattées; les dents incisives et la canine correspondante sont arrachées. Le bord libre de la portion restante de la lèvre, c'est-à-dire de la portion droite de l'organe, est enlevé avec des ciseaux, afin d'emporter tout le mal. Avec de forts ciseaux, on détache une portion de la gencive, à droite de la ligne médiane. Enfin, pour ne laisser dans la plaie aucune partie altérée, on excise quelques portions de tissu qui paraissent altérées.

Cette première partie de l'opération terminée, une grande portion de l'arcade alvéolaire supérieure, et même la portion voisine de l'os sus-maxillaire restent à découvert. C'est ce vide qu'il s'agit à présent de combler au moyen d'une autoplastie. L'opération a été faite en deux temps : dans le premier, on a restauré la portion droite de la lèvre supérieure; dans le second, la portion gauche.

Portion droite. — Incision le long de l'aile droite du nez, remontant jusqu'à la base de l'orbite. Autre incision perpendiculaire à la précédente, d'environ 1 centimètre d'étendue, parallèle au rebord orbitaire, se continuant par un de ses angles avec l'extrémité supérieure de la première. De l'angle inférieur de la seconde incision, en part une troisième qui se dirige obliquement vers l'angle correspondant de la mâchoire. De cette triple incision résulte un large lambeau quadrilatère surmonté d'un petit lambeau parallélogrammique. Ce dernier servira à former la sous-cloison du nez; le premier constituera la moitié droite de la lèvre.

Portion gauche. — On taille, aux dépens des téguments de la joue correspondante, un lambeau quadrilatère à base tournée en bas et en dehors. L'artère faciale, coupée dans l'une des incisions, est liée immédiatement; le conduit de Sténon est ménagé. En portant ce lambeau en bas et vers la ligne médiane, on le ramène au-devant de l'arcade alvéolaire, et on l'affronte avec le lambeau du côté droit. Trois épingles, reliées ensemble par la suture entortillée, les réunissent l'un à l'autre. Les pertes de substance faites aux joues sont facilement comblées par le rapprochement des lèvres des différentes plaies, qui sont maintenues au contact par des points de suture simple.

Au niveau de la commissure gauche, la muqueuse est réunie avec la peau du bord libre de la lèvre par plusieurs points de suture.

Le petit lambeau destiné à former la sous-cloison est simplement fixé à la base du nez par deux points de suture passés à travers la partie interne des cartilages des narines, d'où il résulte que la partie antérieure reste flottante, la face profonde du lambeau devant contracter des adhérences avec la surface avivée de la sous-cloison du nez.

Les suites de cette opération furent des plus simples et des plus heureuses. Au bout de quelques jours, M. le professeur Denonvilliers retira les divers points de suture, ainsi que les épingles. La réunion s'opéra successivement dans tous les points, soit par première intention, soit par seconde intention, et lorsque la malade quitta l'hôpital Saint-Louis le 10 avril, voici dans quel état elle se trouvait.

La cicatrisation est complète; la commissure labiale gauche est portée un peu à gauche; la droite est située un peu en dehors d'une ligne perpendiculaire qui partirait de la sous-cloison; elle se continue avec un sillon qui semble, au premier abord, continuer la portion droite de la lèvre.

La lèvre supérieure est sillonnée par une cicatrice qui descend perpendiculairement de l'aile gauche du nez. Dans ce point, la face muqueuse de la lèvre adhère à la gencive.

Sur chaque joue se trouve une cicatrice; celle du côté gauche part de l'aile du nez, et décrit un segment de cercle pour arriver à la base de la mâchoire inférieure, au-devant du masséter correspondant. Celle du côté droit comprend d'abord le sillon naso-génial, et de là se porte également vers la base de la mâchoire inférieure, en décrivant un arc de cercle à concavité tournée en bas.

Au total, la difformité est si peu apparente, qu'on croirait difficilement que la malade a subi une opération aussi grave.

Fano,
prosecteur de la Faculté.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 5 JUIN 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Eaux minérales. — *Observations sur les eaux minérales du Mont-Dore*, par M. *Thénard*. — Frappé de l'effet énergique de ces eaux sur l'économie animale, M. Thénard y soupçonna l'existence de l'arsenic. L'analyse chimique justifia ses prévisions. Les eaux du Mont-Dore renferment de l'arsenic à l'état d'arséniate de soude, à la dose d'un peu plus d'un milligramme par litre d'eau. M. Thénard pense que d'autres eaux, voisines du Mont-Dore, et en particulier celles de Saint-Nectaire, sont dans le même cas.

Chirurgie. — *Des corps étrangers articulaires, et en particulier des corps étrangers du genou*, par M. *Jobert*, de Lamballe. — Le mémoire de M. Jobert renferme de nombreuses recherches sur le siége, les caractères physiques, les propriétés chimiques, le mode de formation et l'évolution des corps étrangers articulaires. Ces corps sont tous organisés, et paraissent passer successivement par l'état albumineux, l'état fibreux, fibro-cartilagineux et ostéo-fibreux. L'auteur leur assigne une double origine, le sang et les fausses membranes (fibrine). Il n'admet pas qu'ils tirent leur source d'une portion de cartilage ou d'os séparés des surfaces articulaires, comme on l'a cru, car on verrait dans ce cas surgir des accidents dépendants de la présence de ces fragments osseux ou cartilagineux. Le sang donne presque toujours naissance aux corps étrangers adhérents; les fausses membranes intra-articulaires sont presque toujours l'origine des corps étrangers libres, qui s'incrustent de substances salines contenues dans la synovie.

Ces corps ont souvent été regardés comme de simples indurations déterminées et entretenues par l'hydarthrose. M. Jobert croit au contraire que l'hydarthrose est provoquée quelquefois, et toujours entretenue par l'excitation continuelle que les corps étrangers produisent dans la membrane synoviale. Cela est si vrai que leur destruction amène la résolution de l'engorgement et la disparition de l'hydropisie.

Le traitement médical n'est que palliatif. M. Jobert passe en revue les divers traitements chirurgicaux, et discute la valeur de chacun d'eux. L'extraction, d'après le procédé de M. Goyrand, et celui qui est propre à l'auteur, lui paraît la méthode la plus rationnelle. Le corps étranger, une fois retiré de l'articulation, et fixé dans les tissus environnants, ne doit être définitivement enlevé que lorsqu'on présume que la plaie faite à la capsule, dans le premier temps de l'opération, est fermée. Au lieu d'extraire les corps étrangers de leur nouveau siége, M. Jobert propose de les *broyer* sur place, avec un bistouri à lame étroite et forte, quand ils sont mous; avec un instrument qu'il nomme *trident*, quand ils sont durs et ostéo-cartilagineux. Le corps ainsi broyé finit par être absorbé en un temps plus ou moins long: deux mois, cinq mois, huit mois. (*Renvoyé à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*)

Nominations. — MM. *Chevreul*, *Rayer*, *Dumas*, *Pelouze* et *Boussingault* sont nommés membres de la commission chargée d'examiner les pièces admises au concours pour le prix de la fondation *Montyon*, concernant les arts insalubres.

Place vacante dans la section de médecine et de chirurgie. — MM. *Cl. Bernard*, *Jobert* (de Lamballe), *Maisonneuve* et *Malgaigne* s'inscrivent au nombre des candidats.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 13 JUIN 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics communique à l'Académie les trois pièces suivantes: — *a*. Un échantillon d'une préparation médicale proposée par le sieur Barbier, pour la guérison des maladies des voies urinaires, de diverses autres maladies et même du choléra, avec une lettre à l'appui. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)—*b*. Des échantillons d'eau minérale provenant d'une source située à Carcannière (Ariége), avec demande de les soumettre à l'analyse chimique et à l'examen d'une commission. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Une lettre par laquelle le ministre rappelle à l'Académie la demande qui lui a été faite antérieurement, à diverses reprises, d'un rapport sur la recette d'un remède auquel le sieur Buchet, des Toullières-de-Talmont (Vendée), attribue la propriété de guérir l'hydrophobie. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. M. le docteur *Bayle* demande à l'Académie qu'il lui soit accordé un tour de faveur pour faire une lecture.

3. M. le docteur *Debenay* adresse une note pour combattre les modifications apportées par M. Langlebert au traitement abortif et curatif de la blennorrhagie par les injections de nitrate d'argent. (*Commission nommée.*)

4. M. le docteur *Brouillet* (de Blœsteim) (Bas-Rhin) adresse à l'Académie *quelques considérations sur l'incontinence d'urine nocturne des jeunes sujets, et sur son traitement par l'eau froide*, en bains de siége et en douches. (*Comm.*: MM. Ferrus, Grisolle, Bouvier.)

5. M. le docteur *Commaille* (de Douera) (Algérie) envoie une note sur l'*Atractylis gummifera* et sur quelques observations d'empoisonnement par cette substance toxique.

6. M. le docteur *Vallette*, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, adresse un paquet cacheté renfermant l'exposé d'une méthode nouvelle pour le traitement des grandes plaies, et en particulier des amputations des membres.

Aiguille a suture. — M. *Bouvier*, à propos de l'aiguille à suture envoyée à l'Académie par M. le docteur *Bitterlin*, rappelle que déjà, au commencement de l'année, lui-même en avait fait exécuter une à peu près identique, par M. Matthieu, pour l'application des petits sétons, et que, d'ailleurs, cet instrument, loin d'être nouveau, se trouve indiqué dans le *Dictionnaire* de Samuel Cooper.

DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS. — (*Discussion.*)

M. *Depaul*. Vu la gravité de cette discussion, je n'ai pas dû consentir à abdiquer mon droit de réplique. Je répondrai d'abord aux argumentations de M. Malgaigne, puis à la lettre adressée par M. Gaussail à l'Académie, et reproduite dans plusieurs journaux de médecine.

Je remercie M. Malgaigne des paroles bienveillantes par lesquelles il a commencé son argumentation, mais je ne dois pas lui dissimuler l'embarras où je me trouve quand je cherche à me rendre compte de son opinion exacte sur la question, aussi bien que de l'intention qui a dicté son discours. Je crois que notre honorable collègue a voulu saisir l'occasion d'exposer ses propres idées sur la matière, plutôt que combattre uniquement le rapport. Il me blâme de condamner, sans assez de réserve, les redresseurs utérins, et lui-même affirme plus loin que le redressement de l'utérus a été tenté empiriquement, sans règle, sans diagnostic, contre les principes d'une saine et prudente pratique; qu'il est dangereux de laisser un instrument à demeure dans la cavité utérine, et qu'il n'essaiera jamais d'un pareil moyen de traitement. M. Malgaigne m'accuse de partialité, et lui-même vient à mon secours contre les partisans de la méthode avec une vivacité de langage qu'on ne trouve nulle part dans mon rapport. Il qualifie mon travail de plaidoyer, de réquisitoire; bien que ce reproche ne me paraisse pas fondé, je l'accepte néanmoins, car je crois qu'il était de mon devoir de remplir ici le rôle du ministère public, d'accuser, de condamner une pratique qui avait fait des victimes. Si M. Malgaigne trouve que j'ai eu tort de dire qu'un pareil traitement répugne à la raison, je retire volontiers ces expressions, bien qu'il ait été loin de ma pensée d'atteindre par elles MM. Velpeau, Huguier, Robert, et les autres praticiens qui ont tenté de redresser l'utérus.

Je crains que M. Malgaigne n'ait pas suffisamment compris toutes les réserves que j'ai faites à l'égard de M. Valleix, car il me reproche d'en avoir été trop sobre. Ai-je contesté les guérisons signalées par M. Valleix ? Nullement. Seulement dans des cas où l'on avait eu recours à des traitements variés concurremment avec l'emploi du redresseur, ne m'était-il pas permis de me demander à quel moyen était dû le succès, et de douter de l'efficacité du pessaire intra-utérin? Cependant, me dit-on, j'ai été obligé de confesser qu'il est des déviations douloureuses et nuisibles à la santé des femmes. Je le reconnais encore, mais je répète que ces cas sont très rares, presque exceptionnels, beaucoup plus rares que ne le croit M. Valleix et que ne le pense M. Malgaigne lui-même. On me reproche de n'avoir pas établi les justes proportions dans lesquelles on rencontre ces déviations qui demandent un traitement. Mais n'ai-je pas dit que sur soixante cas de déviations diverses de l'utérus, je n'avais trouvé que trois cas où cette lésion constituait l'unique maladie, et réclamait un traitement spécial ? Voilà ma proportion ! On m'a fait encore un blâme de n'avoir pas indiqué une méthode sûre, un traitement rationnel qui pût être substitué au redresseur : mais en signalant les procédés de MM. Hervez de Chégoin, Huguier, Gariel, etc., j'ai suffisamment énoncé que la science n'était point désarmée en présence des déviations. M. Malgaigne prétend encore que ma critique des observations de M. Valleix n'est pas toujours fondée, et qu'elle manque souvent d'impartialité, et M. Malgaigne omet de nous dire en quoi ma critique a été insuffisante, mal fondée ou partiale. J'ai examiné les observations de M. Valleix à tous les points de vue, je les ai jugées sévèrement, j'en conviens, mais il me semble que je n'en ai point tiré une conclusion qui ne fût parfaitement logique ; j'ai discuté les faits sans égard pour l'interprétation que leur auteur leur donne ; c'est pour cela que nous différons si fort sous ce dernier point de vue.

Quand M. Valleix nous a assuré qu'après une plus ou moins longue application de son pessaire, l'utérus était revenu à sa direction normale, je n'ai point contesté son assertion ; seulement je lui ai demandé si les lésions qui accompagnaient la déviation étaient guéries aussi ; et, dans un certain nombre d'observations, je vois qu'après le redressement de l'utérus, il a fallu encore lutter contre un engorgement ou contre une métrite. Quant aux lésions de l'anus, du rectum et du périnée par le redresseur, que M. Malgaigne conteste, je dois dire qu'elles sont attestées d'abord par le témoignage d'un praticien éclairé et digne de foi, et qu'elles peuvent parfaitement être provoquées par un instrument qui séjourne trois mois, six mois, un an dans l'utérus, comme le pratique M. Simpson, et qui est sujet à se déplacer, à sortir de la cavité de la matrice, etc.

M. Malgaigne me reproche d'être de l'école de ceux pour qui la déviation n'est point une maladie, et il conclut de mes opinions que la question n'a point fait un pas depuis cinq ans. Pour moi, je dois avouer que j'ai puisé d'utiles renseignements à la discussion qui s'est produite au sein de cette Académie, et que du conflit de tant d'opinions, et des observations et des travaux qui ont été publiés depuis, j'ai pu me former une opinion que je crois vraie, et que j'ai cherché à reproduire dans mon rapport. Je me suis efforcé d'établir par des faits, par des statistiques soigneusement faites, que le nombre des déviations nuisibles était fort restreint, et que le plus souvent c'est à une lésion concomitante que devaient être rapportés les accidents ; M. Malgaigne conteste la valeur de ces faits, l'autorité de ces statistiques, et pourtant il cite lui-même deux cas de sa pratique où la déviation utérine était tellement subordonnée à d'autres lésions, que, celles-ci guéries, la déviation avait aussi disparu. Autre contradiction. Dans le cours de son argumentation, M. Malgaigne établit, contrairement à mon opinion, que les déviations simples sont très fréquentes, et, dans ses conclusions, il parle des cas rares de déplacement qui réclament un traitement spécial. J'ai dit que souvent les partisans du redresseur avaient attribué aux déviations des symptômes qui étaient dus à d'autres lésions, et M. Malgaigne me reproche de n'avoir pas établi de diagnostic différentiel, de n'avoir pas posé d'indications précises. Il est vrai que je n'ai point consacré un chapitre spécial au diagnostic, mais ses éléments ne se retrouvent-ils pas dans divers endroits de mon travail? Le poids de l'utérus, dont M. Malgaigne a contesté l'appréciation possible, est reconnu comme un symptôme d'une grande valeur par tous les accoucheurs et par un grand nombre de médecins pour l'évaluation approximative de son volume. L'expérience de M. Nélaton, sur laquelle il a appuyé son argumentation, a été mal interprétée par lui : M. Nélaton recherchait la pesanteur spécifique du testicule dans l'hydrocèle et dans le sarcocèle, et voulait prouver que la différence de poids existait bien réellement, quoiqu'elle ne fût pas facilement appréciable à la main. Sans doute, l'augmentation de poids de l'utérus, aussi bien que les changements de forme, de couleur, de volume, de consistance du col, ont été rencontrés sans déterminer de douleurs ou de troubles fonctionnels ; aussi je ne prétends pas qu'on doive accorder une grande valeur à chacun de ces signes pris isolément ; mais je les groupe, je les associe, et j'en tire des conclusions pour la thérapeutique. M. Malgaigne me blâme encore d'avoir trop accordé d'importance aux flux leucorrhéiques. Mais je n'affirme pas qu'un écoulement quelconque soit nécessairement chez la femme un symptôme de maladie. J'ai dit que la nature, les caractères, la couleur, l'abondance et le point de départ des flux leucorrhéiques pouvaient fournir des signes précieux pour la détermination du siége et de la nature de l'affection, aussi bien que pour les indications à remplir.

Quant aux symptômes signalés par M. Malgaigne comme éléments d'un diagnostic différentiel, je ne saurais leur accorder la même valeur que le fait leur auteur. De ce qu'une femme, qui éprouve des douleurs pendant la marche et la station, cesse de souffrir dans la position horizontale, il ne me paraît pas toujours rationnel de conclure qu'elle est affectée d'une déviation qui est la cause de tout le mal. J'ai vu bon nombre de femmes malades de métrite, d'engorgement utérin, d'ulcérations du col, chez lesquelles la position horizontale et le repos produisaient le même bienfait.

M. Malgaigne parle des névralgies du col de l'utérus et de ses annexes, mais ne signale point les névralgies du corps qui existent pourtant bien réellement. Les caractères différentiels qu'il assigne à chacune de ces névralgies ne sont pas aussi tranchés qu'il le dit, et les douleurs n'occupent pas aussi rigoureusement le même siége. Le traitement qu'il emploie pour ces névralgies ne me paraît pas aussi rationnel ni aussi souverain qu'il veut bien le dire. Il est emprunté à des méthodes suivies pour d'autres névralgies, à la titillation du tympan, à l'incision du lobule de l'oreille, dont les succès sont si équivoques, si douteux, si éphémères, et le plus souvent trompeurs ou nuls. Le chatouillement de la muqueuse du col utérin peut-il être érigé en méthode de traitement, et faut-il lui attribuer des guérisons réelles, durables? Je ne le pense pas. Il soulage peut-être ; il fait disparaître momentanément la douleur par un de ces singuliers caprices si communs dans les manifestations nerveuses de la femme, mais il ne guérit pas. Ceci me rappelle une malade de la Charité chez laquelle je fus appelé à constater, par le toucher, un engorgement considérable de l'utérus accompagné de métrite. Le lendemain, la malade avait cessé de souffrir, et m'affirmait que je l'avais guérie par le simple toucher. Il en est du chatouillement de la muqueuse comme des pessaires appliqués par M. Malgaigne au Bureau central. On a pu soulager les malades, mais on n'a pas guéri la lésion, on n'y a pas remédié.

Aussi le sage Boyer conseille-t-il d'employer vite ces moyens promptement souverains ; car le lendemain peut-être ils n'auraient plus la même efficacité.

M. Malgaigne a terminé son discours par des conclusions contre l'empirisme ; et qu'y a-t-il donc de plus empirique que sa titillation de la muqueuse utérine ? Je n'ai pas sacrifié l'hystéromètre, comme me l'a reproché notre collègue ; c'est au redresseur utérin que j'ai fait la guerre. Quant à l'hystéromètre, j'en ai parlé favorablement dans plus d'un endroit de mon rapport.

Vous vous souvenez, messieurs, comment M. Gaussail a voulu, dès l'origine, entrer dans ce débat. Aujourd'hui notre confrère vient se plaindre à vous de mes citations écourtées, de mes interprétations inexactes et même de ma partialité. De semblables assertions ne sont pas plus fondées que la *prétendue innocuité* du traitement mécanique des déviations utérines. M. Gaussail est dans une erreur complète quand il suppose que j'ai considéré ses documents cliniques comme n'ayant aucune valeur ; je les trouve très instructifs, mais à la condition qu'on ne voudra pas, comme lui, mettre le raisonnement à la place des faits ; car tandis que ses observations parlent dans un sens, ses interprétations vont toujours en sens contraire.

Et d'abord M. Gaussail reconnaît que toutes mes citations sont d'une exactitude irréprochable et à peu près textuelles. Mais il se plaint de ce que je n'ai tenu aucun compte de ce qu'il appelle ses considérations préliminaires, sans songer qu'il se met en contradiction avec lui-même, puisqu'il a écrit à la suite de sa cinquième observation qu'il ne s'était proposé de fournir à la discussion que des documents dont l'appréciation doit être spontanée et entièrement libre. C'est donc à lui à nous faire connaître les considérations, neuves sans doute, qu'il possède sur les déviations de la matrice.

Pourquoi affirmer de nouveau que, dans les trois premières observations, la déviation était incontestable?

Je n'ai pas mis en doute cette partie du diagnostic : seulement j'ai insisté sur d'autres détails plus importants à mon avis, tels que l'abaissement de l'utérus, l'engorgement du corps, la tuméfaction, la sensibilité, l'ulcération du col, etc. A propos de la quatrième et de la cinquième observation, j'ai fait remarquer que l'examen au spéculum n'ayant pas été fait par lui, il n'était pas autorisé à déclarer qu'il s'agissait d'une déviation simple, d'autant plus qu'un autre confrère, quelque temps avant, avait constaté pour la dernière un engorgement utérin et une ulcération du col. M. Gaussail nous dit que l'engorgement n'existait plus au moment où il examina la malade. J'accepte son témoignage ; mais comme il ne parle pas de l'ulcération qui avait été vue par un autre, il me permettra, jusqu'à nouvelle information, de conserver mes doutes sur ce point.

M. Gaussail me reproche de n'avoir pas signalé quelques symptômes qu'il a découverts, et qui, pour lui, ont une signification particulière dans les cas de déviations simples ou compliquées d'engorgement, notamment *cette sensation des reins dans l'autre monde, un craquement comparé à un nœud qui se défait, cette impossibilité de rester dans la position assise sans avoir les pieds élevés et le tronc renversé en arriè e*, etc. Je laisse à qui de droit tout le mérite et aussi toute la responsabilité d'une pareille découverte.

Chez les cinq malades traitées par M. Gaussail, ce médecin a eu recours, en même temps qu'au redresseur, à d'autres moyens thérapeutiques: au repos, aux bains, aux injections, au pessaire à air de M. Gariel pour la première ; aux bains d'Ussat, aux bains de rivière pour la seconde ; aux moyens ordinaires pour la troisième, dont cependant le col rétrofléchi avait été redressé par le pessaire intra-utérin ; aux injections toniques, aux bains tièdes, anx injections froides ou salées, au pessaire à air de M. Gariel pour la quatrième. Et M. Gaussail s'étonne que je me demande auquel de ces nombreux moyens la guérison doit être rapportée ! Avais-je eu raison de prendre les faits de ce médecin et de lui laisser ses interprétations? Quant à la dernière observation, M. Gaussail reconnaît que le redresseur a été plus funeste qu'utile à la malade, et il me reproche de ne pas avoir fait retomber sur lui seul cet insuccès. La faute, s'il y en a une, n'est pas dans les applications trop rapprochées du redresseur, mais dans l'idée malheureuse, à mon sens, qui a pu conduire des médecins à accrocher l'utérus au sommet d'une tige solide, laissée à demeure dans sa cavité.

Ce qui m'a le plus surpris, c'est de voir M. Gaussail passer si rapidement sur le chapitre des accidents. Lui, dont la conscience était d'abord si facile à alarmer, développe maintenant une théorie pour prouver que les pertes, loin de constituer un accident, ont été salutaires. Et dans le premier travail qu'il a fait parvenir à l'Académie, il déclare qu'il redouterait d'affronter le danger du traitement par le redresseur, s'il résultait des débats académiques que ce danger dépasse celui que l'on doit craindre des plus minimes opérations chirurgicales.

Qu'attend donc M. Gaussail ? Parmi les opérations les plus minimes de la chirurgie, en connaît-il une qui ait déjà produit dans un temps aussi court et sur un aussi petit nombre de malades des résultats aussi désastreux?

Quant à moi, je crois avoir fait droit à toutes ses réclamations. Et je maintiens que ma critique, qui a été sévère, je l'accorde, n'a pas cessé un seul instant d'être impartiale, c'est-à-dire juste.

M. Huguier. On m'a reproché d'avoir mis ma signature au bas du rapport. C'est une erreur. Il y avait dans les conclusions de ce travail des termes que je n'approuvais pas, des idées qui n'étaient pas les miennes; c'est pourquoi je n'ai pas cru devoir le signer.

Je ne crois pas avec M. Depaul que les pessaires redresseurs doivent être absolument proscrits ; car il y a des femmes qui non seulement n'en ont pas éprouvé d'accidents, mais qui se sont bien trouvées de leur emploi. Je pense qu'il faudra recourir à ce moyen toutes les fois que les autres traitements auront échoué, en ayant soin d'y renoncer à la première apparition de symptômes fâcheux.

Le redresseur est encore utile dans les aménorrhées rebelles ; il amène un écoulement de sang qui finit par devenir régulier et pour ainsi dire physiologique.

Je crois que la vérité n'est ni du côté de ceux qui attribuent toute la maladie aux déviations utérines ni du côté de ceux qui ne la considèrent pas comme une lésion importante. Le vrai est dans le juste-milieu.

L'orateur passe successivement en revue les arguments fournis par les partisans de la dernière opinion. Il cherche à prouver que les arguments tirés de l'examen nécroscopique sont sans valeur, puisque la plupart des femmes dont l'utérus a été trouvé dévié à l'autopsie étaient déjà vieilles ou incurables, condamnées depuis longtemps au repos et à l'inaction, et soustraites en conséquence aux causes qui provoquent les douleurs dans les déviations. Quant à celles que l'on a explorées pendant le cours d'une autre affection, les symptômes de la maladie qui les avait appelées à l'hôpital pouvaient dissimuler les souffrances d'une déviation, et d'ailleurs elles étaient aussi soustraites par le repos aux inconvénients de la déviation. Les cas cités par M. Gosselin étaient simplement des courbures, bien plutôt que de véritables flexions. On peut encore prendre l'engorgement d'une des parois de l'utérus pour une déviation. Quelquefois la déviation est si légère, ou les diamètres du bassin sont si développés, et les rapports de l'utérus avec le rectum et la vessie tellement modifiés, qu'un déplacement de la matrice n'apporte aucune gêne dans les fonctions de ces organes. Dans les observations, on n'a pas tenu un compte suffisant de la position sociale des femmes, de leur ~~genre~~ d'occupation, du degré de leur sensibilité.

Parce que des tumeurs volumineuses peuvent se rencontrer dans le bassin sans causer de douleurs ou apporter de troubles fonctionnels on en a conclu en faveur de l'innocuité des déviations, mais le plus souvent c'est à leur siége que ces tumeurs doivent leur innocuité. Leurs rapports, bien différents de ceux de l'utérus, les mettent dans l'impossibilité de causer une gêne ou une douleur.

On a dit que les accidents ne dépendaient point des déviations mais d'autres lésions concomitantes ; mais pourquoi n'a-t-on pas distingué nettement les symptômes, et sur quoi s'est-on fondé pour poser cette assertion ? Or il existe quatre espèces de douleurs : des douleurs névralgiques, des douleurs utérines proprement dites, des douleurs des annexes, et des douleurs sympathiques. Les douleurs utérines appartiennent à la métrite ; les douleurs de la déviation sont celles des annexes ; elles résultent des tiraillements de l'utérus sur les ligaments, sur le rectum ou sur la vessie. Dans les déviations simples il n'y a aucune modification dans le volume, la coloration et la température de l'organe. Rarement aussi la déviation occasionne des troubles dans les fonctions de l'utérus. La stérilité peut cependant résulter d'un déplacement considérable de cet organe. Les déviations prononcées peuvent provoquer une gêne notable dans les fonctions du rectum ou de la vessie en les comprimant, tandis que l'inflammation leur est inoffensive. M. Cruveilhier a commis une erreur quand il a dit que l'utérus n'avait point d'axe dans l'état de vacuité. Pour moi je prétends que la matrice a une direction fixe entre le rectum et la vessie : et je ne comprends guère l'opi .ion de ceux qui ont attribué les prétendus accidents de la déviation à l'extrême mobilité de la matrice : comme si la mobilité excessive n'était pas une déviation continuelle dans tous les sens. Enfin, on rejette les accidents attribués aux déviations utérines, lorsque cette doctrine est admise par un si grand nombre de praticiens recommandables. On demande encore si les déviations utérines peuvent être guéries ? Peut-on nier les redressements des cals vicieux, des déviations rachitiques des os ? Pourquoi l'utérus longtemps maintenu ne serait-il pas aussi susceptible d'éprouver dans son tissu des modifications de vitalité qui lui permettent de conserver la direction qu'on lui a donnée artificiellement ?

L'heure avancée force M. Huguier à descendre de la tribune.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Société médicale allemande de Paris.

EXTRAIT DES SÉANCES D'AVRIL 1854. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

PHYSIOLOGIE DES NERFS ET TRAITEMENT DU TÉTANOS, par le docteur ECKHARDT, prosecteur à Giessen.

Tout muscle qui se trouve dans un état tétanique, que cet état soit provoqué par la volonté, par un agent chimique ou par l'électricité, revient à son état normal dès que l'on fait passer par le nerf qui l'anime le courant d'une batterie galvanique constante.

Cette loi est générale.

Elle peut être facilement démontrée de la manière suivante : Le nerf d'un muscle quelconque est mis en contact avec une solution de sel de cuisine, à l'instant le muscle est pris de tétanos. Si l'on applique ensuite au nerf les pôles d'une batterie constante, de manière que le pôle positif soit plus rapproché du centre nerveux et que le pôle négatif touche l'extrémité inférieure du nerf, le tétanos disparaîtra sur-le-champ.

Le nombre des éléments constituant la batterie constante doit être considérable en raison de la résistance que présente la partie du nerf qui est comprise entre les deux pôles. Sitôt que l'on soustrait le nerf à l'action de la batterie constante, le tétanos revient en peu de temps.

Ici se présente la question de savoir si cet effet produit sur le muscle doit être attribué à l'électricité, ou si c'est un état particulier provoqué dans le nerf qui fait disparaître le tétanos.

Cette dernière supposition doit être acceptée. En effet, mettez la solution de sel de cuisine en contact avec la partie moyenne du nerf, et faites passer le courant de la batterie par la partie du nerf comprise entre le centre nerveux et la solution saline, il n'y aura pas d'électricité dans le muscle, et cependant le tétanos disparaîtra.

Ce phénomène prouve l'existence d'une force spéciale agissant en dehors de l'électricité, force que l'on a nommée *électrotonos*.

Cette loi est intéressante sous un double point de vue.

En premier lieu, elle présente un intérêt physiologique se rattachant au rapport qui existe entre le cœur et le nerf pneumogastrique. Ce rapport a été interprété de différentes manières : les uns regardent le pneumogastrique comme le nerf moteur du cœur ; d'autres n'admettent qu'un rapport entre lui et les ganglions qui se trouvent dans la substance même du cœur.

Lorsque les nerfs pneumogastriques sont soumis à un courant électrique, les mouvements du cœur cessent, et cet arrêt a lieu dans la diastole. On suppose que ce courant supprime l'influence du pneumogastrique sur les ganglions, et que par suite de cette suppression le cœur se relâche.

Lorsqu'on expérimente sur le pneumogastrique au moyen de la solution saline et de la batterie constante, on arrive au résultat suivant :

Si le courant ne passe que par une partie du nerf, c'est comme si le nerf était coupé en cet endroit.

Le type des mouvements du cœur dépendant de l'influence du pneumogastrique sur les ganglions, cette influence cesse dès que le nerf est coupé, et les mouvements sont accélérés. De même les mouvements du cœur sont accélérés lorsqu'on fait passer le courant d'une batterie constante par un point du nerf pneumogastrique, et cette accélération dans les mouvements du cœur est environ double de celle du type normal.

En second lieu, ces faits ont un intérêt pratique; car la médecine pourrait en tirer parti dans le traitement du tétanos traumatique.

Séance tenante, M. Eckhardt a fait quelques expériences sur des grenouilles suspendues par le nerf crural. Il a provoqué des contractions tétaniques en plongeant le nerf dans une solution de sel de cuisine; le tétanos disparut dès qu'il eut fait passer par le nerf le courant d'une batterie constante.

Le physiologiste a aussi expérimenté l'action électrique sur des grenouilles empoisonnées avec la strychnine et en proie à des convulsions tétaniques. Mais cette seconde série d'expériences n'a pas encore eu lieu devant la société ; elle a été remise à une séance ultérieure. On en trouve provisoirement l'exposé dans le *Traité de physiologie*, de M. Eckhardt. Disons seulement que le nombre des éléments de la batterie, pour le corps humain, devrait être considérable (de 80 à 90, suivant l'auteur) en raison du peu de conductibilité des tissus.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

M. *Gerlach*, professeur d'anatomie à l'Université d'Erlangen, fait part à la Société de quelques découvertes physiologiques qu'il a faites.

1° *Os et dents.* On savait depuis longtemps que les canalicules osseux, tubes calcaires de Müller, sont creux ; personne cependant n'était parvenu à en fournir la preuve. M. Gerlach a démontré que les corpuscules osseux sont des canaux calcifères. Il prit les os des phalanges des doigts, les enduisit d'un bon vernis, afin de fermer l'orifice extérieur des canaux médullaires, puis, après avoir adapté la canule de la seringue à une apophyse, il y poussa l'injection avec une grande force. L'injection passa des canaux médullaires dans de petits tubes qui ne sont autre chose que les canalicules calcifères.

La même méthode lui réussit sur les dents. Il injecta le canal central; la dentine, ou la substance constituante des tubes, fut remplie par l'injection, de la même manière que les canalicules calcifères.

2° *Glandes de Peyer et de Malpighi.* M. Brücke, à Vienne, a injecté les glandes de Peyer par les vaisseaux lymphatiques, d'où il conclut avec raison qu'elles étaient des glandes lymphatiques.

M. Frei, à Zurich, a observé qu'elles n'étaient pas constituées par de simples vésicules, mais qu'elles contenaient un réseau musculaire. M. Gerlach avait déjà antérieurement fait le même observation, mais il avait cru que le réseau vasculaire n'appartenait qu'aux parois de la glande. En faisant des injections, il a trouvé que la forme de ces glandes n'est pas ronde, qu'elles ressemblaient plutôt à des bouteilles. Je suppose qu'elles n'ont pas d'orifice supérieur.

Lorsque M. Frei publia ses découvertes, on s'attacha à trouver la même chose dans les corpuscules de Malpighi de la rate, mais on ignorait alors encore tout à fait la manière d'injecter cette dernière.

M. Gerlach a démontré que les corpuscules de Malpighi ont le même réseau vasculaire que les glandes de Peyer. Ce réseau n'est pas formé par l'artère à laquelle est suspendu le corpuscule, mais par des vaisseaux qui viennent de l'extérieur de la glande. Il n'y a donc pas de raison de ne pas mettre en rapport les corpuscules de Malpighi avec le système lymphatique. Quelquefois ces corpuscules sont remplis tout à fait par suite d'extravasation, comme les glandes de Peyer.

3° *Tissu contractile des artères.* La contractilité des artères a son siége dans les noyaux des cellules longues. Lorsqu'on examine les parois d'artères bien injectées, on trouve que ces noyaux ont subi des changements. Ils sont remplis par l'injection, ils doivent donc être creux, voilà ce qui est acquis à la science; on ne sait pas encore de quelle manière l'injection y pénètre.

4° Enfin, M. Gerlach a fait voir sous le microscope une série d'injections qu'il avait faites lui-même. Nous citons entre autres :

a. Le réseau vasculaire du poumon ; le poumon avait été injecté par la veine pulmonaire; puis on le dilata par l'insufflation, et l'on en fit une coupe; — *b.* les corpuscules de Malpighi avec leur réseau vasculaire; — *c.* les mêmes, injectés par l'artère qui s'était déchirée; — *d.* le péritoine; — *e.* canalicules osseux et masse des os; — *f.* substance dentaire; — *g.* le réseau capillaire des capsules des glandes de Peyer; — *h.* un petit organe du tact (d'après M. Gerlach une fibrine primitive de nerf est disposée en spirale dans l'intérieur de chaque papille).

(Communiqué par le docteur A. MARTIN, V. P.)

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur l'extraction des polypes de l'utérus.

L'ancienne et toujours litigieuse question de la prééminence que réclament la ligature et l'excision dans le traitement des polypes utérins s'est encore réveillée, le mois dernier, à la Société médico-chirurgicale d'Irlande. Ça été à l'occasion d'une communication de M. G. Canning, partisan de l'excision, et qui cependant, malgré le succès dont il a donné connaissance, ne la préfère à la ligature que lorsque le polype est pédiculé et a une texture dense.

M. Tyler Smith, quoique reconnaissant la supériorité de la ligature pour les cas où le polype s'implante si haut dans la cavité utérine qu'on ne pourrait y porter l'instrument tranchant, paraît avoir vivement impressionné l'assemblée en lui rapportant une preuve clinique des dangers de la ligature. Pendant les trois ou quatre dernières années, dit-il, où une épidémie furonculeuse a régné, je n'ai pas lié une seule fois un polype utérin sans voir, trois ou quatre semaines après, une éruption de ce genre apparaître chez l'opérée. Les matières, produit de la putréfaction de la masse morbide, semblaient donc avoir été absorbées et venir s'éliminer sous cette forme à la surface de la peau ! — Mais l'explication paraîtra sans doute un peu hasardée, et l'influence du génie épidémique sur des opérés *quelconques* rend bien plus logiquement raison de l'éruption que cette migration purulente ou putride si compliquée dans son trajet.

C'est de la même manière qu'il faut comprendre le cas rapporté par M. Hodgson, exemple de phlébite développée après la ligature d'un polype volumineux, ligature qu'on avait été obligé de serrer à plusieurs reprises. Mais, ainsi que M. T. Smith lui-même en a fait la remarque, l'excision, elle aussi, a parfois été suivie de phlébite. Ce n'est pas cependant un motif pour repousser le procédé par torsion, que M. Hodgson recommande avec insistance, plan opératoire fort souvent applicable, qui est aussi expéditif que l'incision, aussi sûr contre l'hémorrhagie que la ligature.

M. Copland, abordant un point de vue différent, a montré que les polypes n'ont pas toujours besoin, pour être enlevés, d'une opération chirurgicale. Il fut appelé auprès d'une femme affectée de tumeur sortant du col utérin et donnant lieu à des hémorrhagies fréquentes. On administra le biborate de soude, en vue de provoquer des contractions utérines capables d'expulser la tumeur. Au bout de deux ou trois jours de l'emploi de ce médicament à haute dose, le résultat fut obtenu ; mais, après un apaisement momentané des symptômes, une seconde tumeur vint faire saillie hors du col. La répétition du même agent amena les mêmes conséquences favorables : ce polype, comme le premier, fut éliminé par les seules contractions de la matrice. La femme vécut encore treize ou quatorze ans après. Peut-être le polype ne naissait-il pas, dans ce cas, du tissu même de l'utérus ; mais il tenait bien certainement à sa membrane muqueuse. (*Dublin Medical Press*, 19 avril 1854, p. 245.)

Sur la luxation en bas et en arrière du métatarse, par MM. TUFFNELL et SMYLY.

Après les faits bien constatés de luxation du métatarse en haut, publiés par Dupuytren, Smith, Chélius et Liston, les exemples d'un déplacement tout contraire deviennent extrêmement intéressants à étudier. Le premier, dû à M. Tuffnell, présente les circonstances suivantes :

OBS. I. — Un cheval tomba sur le cavalier qui le montait, de telle manière que celui-ci, d'abord renversé, reçut directement sur l'extrémité de son pied droit appuyé par le talon sur le sol, le poids entier de l'animal. Vu cinq minutes après l'accident, le pied était très raccourci, courbé en dedans; le tarse offrait une saillie en haut, tandis qu'on sentait profondément, sous les tissus plantaires, une masse osseuse dirigée obliquement en travers de l'axe du pied. Les trois métatarsiens internes étaient seuls luxés.

On procéda immédiatement à la réduction, en tirant sur l'extrémité du pied au moyen des poulies. On y aida par des pressions faites avec la

main pour dégager les os luxés, pendant qu'un autre aide retenait le cou-de-pied. Mais malgré les efforts les plus considérables, réitérés pendant une heure, on ne put réussir. Il fallut se borner aux antiphlogistiques. Le blessé conserva sa difformité qui peu à peu est devenue plus supportable.

Parmi les 15 cas, cités par les auteurs, de luxations du métatarse en haut, 3 ont été suivis de réduction. Selon M. Tufnell, cela tient à ce que, dans cette espèce, les os reposent sur une surface polie, ovale, où rien, à part la rétraction musculaire, n'empêche les effets de la traction du pied en avant. Au contraire, dans la luxation *au-dessous*, les extrémités des métatarsiens sont retenues par les inégalités du tarse; et celle du gros orteil, en particulier, est fixée invariablement derrière la tubérosité du premier cunéiforme : implantée dans la cavité qui existe entre cette tubérosité et le cuboïde, et maintenue là par le tendon du long péronier, elle défie tous les efforts de réduction.

Malgré le pronostic décourageant suggéré à M. Tuffnell par ces considérations, l'observation suivante va nous montrer qu'il serait inopportun d'adopter en pareil cas, comme règle générale de conduite, l'inaction qu'elles semblent suggérer.

OBS. II. — M. Smyly vit, en mars 1843, un jeune homme qui avait été jeté hors de sa voiture, de façon que la roue passa sur le talon de son pied droit dont les orteils étaient à ce moment appuyés contre le bord du fossé de la route. Il devint immédiatement incapable de faire un mouvement et souffrait de vives douleurs. Reçu à l'hôpital, il fut soumis à l'usage de moyens propres à dissiper le gonflement inflammatoire, et l'on ne tarda pas à pouvoir apprécier la nature de la lésion par la proéminence du tarse et le creux qui existait immédiatement au-devant de lui, avec une saillie correspondante sous la plante du pied, et le raccourcissement de celui-ci. Six jours après l'accident, on procéda à la réduction avec l'aide des poulies. Tentée avec persévérance, elle réussit. Dix-sept jours après, il sortit, ayant recouvré suffisamment l'usage de son pied.

L'identité du mécanisme de la cause est le seul point de similitude à établir entre l'observation de M. Tuffnell et celle de M. Smyly. Si la réduction a été possible dans cette dernière, l'auteur l'attribue à ce que la rangée tout entière des métatarsiens était luxée, et que les ligaments avaient, par conséquent, dû subir une dilacération plus étendue, qui diminuait leur résistance aux tractions du chirurgien. Il faut aussi tenir compte de cette circonstance que, dans le cas de M. Tuffnell, les essais de réduction avaient moins de prise parce que les deux os restés en place empêchaient l'extension. (*The Dublin Quarterly Journal*, février et mai 1854, p. 65 et 317.)

Formation d'une membrane du tympan artificielle,
par M. TOYNBEE.

Les cas où ce secours prothétique rend le plus de services sont la perforation de la membrane tympanique, ou sa destruction totale. Dans la plupart de ces circonstances, il subsiste un cercle intact à la circonférence, sur lequel le corps du marteau reste fixé, et à la partie intérieure duquel le muscle et le ligament tenseur du tympan sont attachés, permettant ainsi à la chaîne des osselets de continuer à remplir ses fonctions.

Si alors l'ouïe n'est pas abolie entièrement, on peut l'améliorer en adaptant un appareil qui ferme le tympan et donne de la résonnance à ses parois.

M. Toynbee avait d'abord fait fabriquer une membrane de caoutchouc ou de gutta-percha ; mais elle était difficile à mettre en place et susceptible de s'altérer. Cependant les résultats physiologiques avaient été assez avantageux pour l'encourager à de nouveaux essais. En conséquence, avec MM. Weiss, il fit faire une pièce composée de deux petites lames d'argent, de 3/4 de ligne de diamètre, entre lesquelles était une plaque de caoutchouc les débordant tout autour. Une autre construction, mieux combinée encore et qu'il trouve préférable, consiste à placer une lame de gutta-percha ou de caoutchouc vulcanisé entre deux petits cercles d'argent, qui retiennent la lame comme la peau d'un tambour de basque. C'est par son bord que la lame doit être modérément tendue et s'étendre en dehors au delà des cercles d'argent, pour empêcher le contact du métal sur la surface du conduit auditif. Le fil d'argent (qui sert au malade pour placer ou ôter lui-même l'appareil) est fixé au bord du cercle par deux branches ajustées de façon que la direction de la membrane artificielle soit celle de la membrane tympanique, c'est-à-dire oblique en avant et en dedans. (*Dublin Medical Press*, 10 mai 1854, p. 290.)

Hémorrhagies produites par les maladies du foie,
par M. MONNERET.

Voilà encore un de ces sujets auxquels la chimie organique moderne vient apporter de précieux éclaircissements, tant sous le point de vue de la physiologie pathologique que sous celui du traitement. C'est même cette vue, vraisemblablement, qui a tenté M. Monneret et l'a engagé à profiter de quelques observations qui lui sont propres, pour ramener l'attention sur un ordre de phénomènes morbides fort étudié dans l'antiquité.

On connaît la théorie de Galien sur les fonctions du foie, théorie presque intégralement confirmée par les recherches de M. Cl. Bernard. Le foie est, en un certain sens, un organe d'hématose. Les sucs alimentaires absorbés par les veines (à l'exception des matières grasses, qui passent dans les vaisseaux chylifères) subissent dans la glande hépatique une élaboration particulière qui transforme l'albumine en fibrine, et d'où résulte la formation de matière sucrée, de graisse, de bile et de divers sels. Dès lors on comprend aisément que la composition du sang soit influencée par les affections du foie, qu'elle le soit surtout suivant un mode qui dispose aux hémorrhagies, puisqu'une fibrine imparfaite est l'une des conditions les plus propres à favoriser l'extravasation du sang. Ainsi peut se donner aujourd'hui, avec une grande apparence d'exactitude, l'explication de ces hémorrhagies multiples par les fosses nasales, les gencives, la vessie, le rectum ; de ces ecchymoses, de ces gangrènes même, qu'on a notées de tout temps dans les affections hépatiques, dans les fièvres bilieuses, et qui sont un des symptômes les plus habituels de la fièvre jaune. L'auteur a recherché si la glucosurie ne coïnciderait pas avec l'existence de cette espèce d'hémorrhagie ; il ne l'a jamais constatée, et il en conclut que « le sucre continue à se former et à se détruire comme d'habitude. » Il se détruit s'il se forme, puisqu'on n'en trouve pas de traces dans les urines; mais se forme-t-il dans le foie comme à l'état normal ? C'est ce qu'il n'est pas permis de déduire de l'observation de M. Monneret.

L'auteur emprunte à sa pratique trois cas d'épistaxis dans la *congestion hépatique*, un cas d'hémorrhagies multiples dans l'*hépatite aiguë*, deux également d'hémorrhagies multiples dans l'*ictère grave*, un d'hémorrhagie par les gencives, un d'hématémèse dans la *cirrhose*, et quelques cas des diverses affections du foie (congestion passive, phlébite de la veine porte, etc.). Ces cas ne sont pas les seuls qu'il ait rencontrés, et il ne les mentionne qu'à titre d'exemples. Pour lui, beaucoup de bronchorrhagies, d'apoplexies pulmonaires, d'épistaxis, qui surviennent dans la période avancée des maladies organiques du cœur, sont liées à des congestions hépatiques. « C'est encore, dit-il, à une maladie du foie qu'il faut rapporter les épistaxis insolites que l'on rencontre parfois chez les phthisiques. » Et il ajoute qu'il ne pouvait se rendre compte de ce symptôme avant que son attention se fût portée sur le foie. Cet organe est alors volumineux et congestionné. Enfin, suivant l'auteur, « les épistaxis, les ecchymoses, l'exhalation du sang par la muqueuse de la bouche ou la surface des vésicatoires, qu'on rencontre chez un grand nombre de sujets atteints de pyohémie et vers la fin des fièvres et des métro-péritonites puerpérales ; enfin dans les suppurations viscérales, dans les dysentéries et les colites chroniques, ces hémorrhagies *annoncent presque à coup sûr* que le foie est congestionné et même qu'il suppure. » Ce sont des observations à vérifier. Il nous paraît toutefois difficile que, dans les affections indiquées, l'altération du sang, qui amène l'extravasation sanguine, ne procède pas directement de la maladie principale, de la résorption purulente, par exemple, indépendamment de toute congestion hépatique.

Quoi qu'il en soit, le traitement de ces hémorrhagies doit se ressentir des conditions physiologico-pathologiques qui les font naître. Ainsi, on évitera, comme le dit l'auteur, de jeter, par l'absorption intestinale, dans le sang du foie, des substances capables d'irriter cet organe, telles que thé, café et alcool ; on agira sur la sécrétion biliaire à l'aide de purgatifs, spécialement du calomel, etc. Nous sommes moins disposé à approuver l'emploi des « boissons alcalines », qui ne passent pas pour être propres à rendre au sang sa plasticité. (*Archiv. gén. de médecine*, juin 1854.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés, par M. Parchappe, inspecteur général des asiles d'aliénés et du service sanitaire des prisons. Paris, chez Victor Masson, 1, place de l'École-de-Médecine.

Nul n'ignore aujourd'hui quelle était, avant 89, la situation des aliénés. Il n'est guère d'ouvrage sur la folie qui n'en contienne l'émouvante peinture. Abandonnés pour la plupart à la charge des familles, ces malheureux erraient par les rues et dans les champs, objets de dérision ou d'effroi. Si, par aventure, l'administration en recueillait quelques-uns, c'était pour les confondre avec les malfaiteurs ou les reléguer dans un recoin d'hospice, au sein de réduits infects, sur une paille avare, et souvent enchaînés comme des bêtes fauves.

Cet état de choses indique assez quels durent être, à l'origine, les établissements qu'on leur consacra. Ils se composèrent de dépendances hors de service de maisons hospitalières, d'anciennes habitations appropriées *quand même* à leur destination nouvelle, et qui se développèrent selon les besoins, sans plan, sans idée, au hasard, en sacrifiant presque toujours d'évidentes nécessités aux étroits calculs des conseils départementaux. Mauvais emplacement, localités insalubres, dimensions restreintes, aménagements insuffisants, telle est encore dans un grand nombre de contrées, et à Paris même, malgré les progrès réalisés, la condition des asiles. On a généralement à lutter contre des imperfections radicales.

Pourtant les temps ont marché. On a compris, à l'étranger comme en France, qu'il importait de répondre à la plus triste des infortunes par des sacrifices vraiment dignes de pays civilisés. Plusieurs circonscriptions ont voulu avoir leurs refuges. Le pouvoir, par une intervention plus directe, a secondé cette tendance et prescrit pour ces fondations certaines règles déterminées. La science, qui avait donné le signal, a continué l'œuvre. Des écrits compétents, inspirés par la réflexion et l'expérience, notamment ceux d'Esquirol, de Desportes, de MM. Ferrus, Conolly et Falret, ont jeté de vives clartés sur cette grande question.

De nos jours, surtout, l'excitation s'est généralisée, résultat inévitable de cette belle loi de 1838, due aux indications médicales, et plus particulièrement aux inspirations de M. Ferrus qui, frappé dans le cours de ses inspections des lacunes existantes, avait demandé, non seulement qu'on accrût le nombre des asiles publics, mais encore qu'on en fécondât l'essor, en les plaçant sous l'action uniforme et immédiate de l'État.

Telle est l'irrésistible conséquence des bonnes organisations. Là, où depuis des siècles se perpétuait la stérilité, on vit surgir en peu d'années des maisons spéciales ; les quartiers d'hospices acquirent de plus larges proportions ; les améliorations s'universalisèrent, et l'on put en dépit des obstacles, sinon réaliser toujours, au moins appliquer, dans une certaine mesure, un classement judicieux. La science toutefois a son dernier mot à dire, son plan définitif à créer.

En général, le gouvernement dans ses enquêtes procède, suivant nous, d'une façon peu rationnelle. Il en confie le soin à des commissions qui, d'ordinaire, doivent moins leur existence à la compétence réelle qu'à des raisons de position et d'intimité. Formées dans un esprit exclusif, elles ne représentent, en bien des cas, qu'une opinion dominante, si elles ne reflètent même des préventions ou des intérêts hostiles aux réformes poursuivies.

Un moyen efficace d'obvier à ces inconvénients et de recueillir, pour chaque élément intéressant, les renseignements que comporte l'avancement des connaissances, consisterait à faire appel à tous les hommes compétents par leurs fonctions, leurs études ou leurs écrits ; à les inviter à formuler sur un programme dressé leurs appréciations ; à les admettre enfin, sans acception de personne, soit en province, soit à Paris, à les discuter contradictoirement dans une sorte de chambre consultative. Pas un utile aperçu ne resterait dès lors obscur ; pas un détail sans contrôle, et toute garantie serait acquise aux données mises au jour par cette fructueuse élaboration.

Ces réflexions nous amènent directement à M. Parchappe qui, dans sa sphère isolée, a suppléé, autant qu'il le pouvait faire, à cette organisation absente. L'asile de Saint-Yon, à Rouen, ne suffisant plus à sa population d'aliénés des deux sexes, le conseil général de la Seine-Inférieure vota l'édification, à Quatremares, d'une succursale où la section des hommes serait transportée. Chargé du plan et de l'accomplissement de cette création, M. Parchappe ne s'en tint pas à un examen superficiel et à sa seule initiative ; visitant avec soin une foule d'asiles, s'instruisant au contact des médecins et des directeurs, interrogeant les moindres particularités des publications spéciales, il voulut se rendre entièrement maître du sujet, et ne s'avancer que guidé par le sûr flambeau de notions comparatives et d'une analyse approfondie.

Du reste, cette étude, résultat d'investigations patientes, ne se limita pas à des applications personnelles. M. Parchappe eut l'heureuse pensée d'en faire profiter le public : elle passa dans son livre ; elle en révèle l'économie.

L'auteur n'a point adopté de division générale. Chaque question, encadrée dans un chapitre *ad hoc*, forme une sorte de problème dont M. Parchappe poursuit avec ardeur la solution, sans exercer de pression intellectuelle sur le lecteur, mais en plaçant invariablement en regard de sa discussion de longs et sincères résumés des opinions similaires ou divergentes.

Un premier point essentiel concerne le classement des malades. M. Parchappe accorde ici moins d'importance à la variété du délire qu'au degré d'agitation, à la perversité des penchants et à l'état de malpropreté. D'accord avec MM. Ferrus et Falret, et contrairement à l'opinion d'Esquirol, il rejette en principe, comme fâcheuse et mal fondée, la séparation en curables et incurables, admettant seulement, dans les maisons où les aliénés sont trop nombreux, la formation exceptionnelle de succursales affectées aux idiots, déments, épileptiques et gâteux.

Il existe, on le sait, dans certains établissements publics, différentes classes de pensionnaires. Cette réunion a suscité des objections. M. Ferrus, entre autres, s'y est montré directement opposé. M. Parchappe s'associe à la même répulsion ; il pense qu'en tout cas, lorsqu'on reçoit des aliénés aisés il importe de les placer dans des quartiers entièrement distincts : « L'élément riche, dit-il, ne pouvant entrer dans un asile commun sans entraîner le sacrifice de quelque disposition indispensable. » De même pour les sexes, à moins d'exigences impérieuses, appelant alors la division de l'hospice en deux sections exactement semblables.

Jusqu'à ce jour la question de l'âge n'avait été qu'incidemment agitée. Dans un rapport de la commission médicale, M. Ferrus avait insisté, en 1839, pour l'organisation d'un quartier d'enfants à Bicêtre. Réalisant une idée, déjà émise par M. Belhomme, M. Voisin, antérieurement, avait fondé un institut d'idiots. En rappelant ces circonstances si dignes d'attention, ne fût-ce qu'au point de vue éducateur, M. Parchappe conseille une mesure analogue pour les vieillards. Pinel, à la Salpêtrière, avait affecté une salle aux déments séniles.

Le séjour des fous criminels ou prévenus parmi les autres insensés offre des inconvénients notoires. Notre confrère pense, avec M. Brierre de Boismont et plusieurs aliénistes anglais, qu'il serait utile d'ajouter pour eux des annexes aux maisons pénitentiaires.

Combien un asile rationnellement organisé peut-il renfermer de malades? On a varié, pour la limite à ne point franchir, de 350 à 600. M. Parchappe, dans des considérations fortement motivées, fixe le maximum à 400 et le minimum à 200. « Au-dessous de ce dernier chiffre, dit-il, les avantages économiques diminuent rapidement, sans compensation de discipline ou de bien-être ; au-dessus du premier ils augmentent, mais au détriment de l'institution. »

Un double programme administratif et médical ressort de ces données générales. L'auteur en justifie chaque élément par des raisons péremptoires et de nombreux rapprochements statistiques, tout en tenant compte des nécessités locales, qui ont, comme la science, leurs indications.

Il admet, par exemple, six quartiers principaux, dont l'un pour

les jeunes aliénés et les cinq autres pour les épileptiques, les agités, les malpropres, les individus en surveillance spéciale et les malades tranquilles. Cette dernière catégorie, représentant la moitié et plus de la population générale (55 sur 100), se décomposerait elle-même en quatre sous-divisions, dans les proportions suivantes : en traitement, 10 ; vieillards et infirmes, 10 ; convalescents et pensionnaires, 10 ; travailleurs, 25.

Quant aux dispositions intérieures, elles doivent répondre au triple besoin de l'habitation de jour et de nuit, des occupations et des exercices. La question des cellules a soulevé de sérieuses controverses : les uns ont proscrit ce mode d'isolement ; d'autres, et surtout les partisans du *no-restraint* des Anglais, voudraient en généraliser l'emploi. Ici, comme dans la plupart des circonstances, M. Parchappe place la vérité entre les extrêmes, quoiqu'il incline, en définitive, pour les dortoirs, mais de dimension moyenne et ne contenant au plus que 20 lits.

Suivant notre confrère, chaque quartier devrait avoir aussi ses salles de travail et de conversation, ses préaux, couverts et à l'air libre, son cabinet de toilette et son réfectoire.

Une bonne organisation des bains est un intérêt dont on n'a pas toujours apprécié la grande importance. Indépendamment des appropriations nécessaires, M. Parchappe voudrait qu'ils fussent répartis dans les divers services, afin d'obvier aux inconvénients du déplacement et d'éviter en même temps, par une moindre agglomération de baignoires sur un même point, le bruit incommode résultant de la concurrence des malades.

Partout, les latrines sont une véritable plaie des établissements publics. Pour en triompher, on a tenté vainement les procédés les plus variés. Aussi est-ce avec une vive satisfaction que nous voyons M. Parchappe, posant en principe que si un lieu doit être soumis à une propreté rigide c'est surtout cet endroit secret, s'attacher, *après expérimentation*, à une combinaison que nous avons défendue en toute circonstance, à Bicêtre, depuis dix années, et qui n'est autre que l'adoption du système des cuvettes actuellement usitées dans les maisons particulières, et la substitution aux fosses de bassins mobiles.

Une foule d'autres points ont été traités avec une égale autorité par M. Parchappe. L'école, les ateliers, l'exploitation agricole, dont il préconise à juste titre l'utilité, mériteraient notamment qu'on s'y arrêtât, si une courte analyse pouvait prétendre à refléter toutes les faces d'un travail aussi substantiel. Il en est deux, cependant, qui, en raison des théories en présence, ne sauraient être écartées.

Faut-il, comme l'entendait Esquirol, limiter les constructions aux simples rez-de-chaussée? Le moindre défaut de ce système, aujourd'hui jugé, et qu'à Charenton même on enfreignit, alors que l'illustre savant en était le médecin en chef, serait d'absorber une grande étendue de terrain et d'entraîner des dépenses d'édification plus considérables. Il y aurait surtout, ici, dommage pour l'exercice de la surveillance, la bonne marche et les facilités du service. M. Parchappe reconnaît en conséquence, comme M. Ferrus et d'autres aliénistes, que, sans multiplier démesurément les étages, il y a profit dans une certaine concentration de bâtiments.

L'autre question, non moins complexe et qui a reçu des développements en rapport avec sa gravité, concerne les dimensions des salles, l'ouverture des croisées, les moyens de ventilation et de chauffage. Au milieu des opinions disparates, suscitées par ces divers problèmes, on conçoit la difficulté d'arriver à une solution absolue, rendue plus incertaine encore par des conditions d'emplacement, d'exposition et de climat. Aussi n'a-t-on pas sujet de s'étonner qu'après un examen comparatif et minutieux de toutes les données et de tous les faits, M. Parchappe se soit maintenu, spécialement à l'égard du chauffage, dans une sorte d'attitude expectante, s'en référant prudemment à l'avis, longuement et judicieusement formulé, d'une commission scientifique composée de MM. Regnault, Hachette, Robinet, Gaultier, Battel, Blondel et Chauvin.

M. Parchappe ne s'est pas borné, d'ailleurs, à l'exposé des règles relatives à la fondation des asiles. Pour en mieux faire ressortir le cachet pratique, il s'est livré, dans un parallèle exact, à l'appréciation raisonnée des principes généraux suivis dans les diverses contrées pour les principaux établissements. L'analogie qui relie entre elles les édifications d'un même pays l'a conduit à reconnaître trois groupes dont il a successivement étudié les particularités sous les noms de *systèmes français*, *anglo-américain* et *allemand*. Un quatrième comprend les asiles sans type déterminé.

Ce curieux rapprochement n'offre pas seulement un rare attrait scientifique : il s'y joint un intérêt historique, topographique et même social; car ces organisations, toutes spéciales qu'elles soient, procèdent toujours, plus ou moins, du génie national, de la nature des institutions et de la direction morale des esprits ; témoin l'Angleterre, où l'impulsion, donnée par un puissant mouvement libéral et la féconde initiative des commissions parlementaires, s'exprime dans le grandiose de ses créations.

Entre autres démarcations caractéristiques, le système français consiste dans la disposition quadrilatère avec bâtiment central pour l'administration. L'élément rayonnant, ou panoptique, destiné à faciliter la surveillance, est admis en Angleterre, où domine en outre la séparation individuelle. Pour la méthode allemande, elle diffère surtout par la division, repoussée ailleurs, des curables et des incurables.

Envisager l'étendue de ce cadre, c'est comprendre à la fois l'accumulation des matériaux, la persévérance des recherches et l'énormité du travail. Son utilité n'a pas besoin d'autre constatation. Le livre de M. Parchappe devient pour les médecins d'asiles et les administrateurs une lumière précieuse. On imaginerait difficilement la quantité de tableaux représentant le nombre des aliénés, la population respective des différents établissements et les proportions des variétés mentales que chacun d'eux renferme. Une série de plans fidèlement exécutés complète l'ensemble de ces intéressantes indications.

Quant à la composition elle-même, la clarté et la méthode qui la distinguent permettent, et ce n'est pas peu dire, de digérer sans fatigue les peu poétiques détails d'arithmétique et de maçonnerie dont le sujet forcément abonde.

Ajoutons que, volontairement sobre de discussions critiques, l'auteur, comme nous l'avons fait entrevoir, éclaire les opinions sans essayer de les asservir, laissant au lecteur toute latitude pour contrôler les doctrines, discuter les faits et en déduire les enseignements.

DELASIAUVE.

VII.

VARIÉTÉS.

COURT APERÇU SUR LES MALADIES DE LA TURQUIE SEPTENTRIONALE, par M. H. SANDWITH (1).

Lorsqu'on veut donner un aperçu des maladies qui règnent à Constantinople, on doit prendre en considération les grandes variétés ethnologiques de la population et les différentes habitudes et coutumes de ses races diverses.

L'Osmanli, le maître du sol, habite la partie la plus aérée et la plus belle de cette ville pittoresque. Il est bien nourri, chaudement vêtu, plutôt trop couvert que pas assez. Il est soigneux de sa personne, sobre dans ses goûts, et d'une quiétude d'esprit qui vient d'une pieuse résignation aux arrêts de la providence, et qui est une conséquence de sa profonde insouciance de l'avenir. Dans ce que je viens de dire, je n'entends pas parler de la noble caste des pachas civilisés qui sont des gourmands, de grands buveurs de vin, et qui s'énervent par des excès vénériens immodérés.

Les Arméniens, peuple asiatique, ressemblent beaucoup aux Turcs ; mais ils sont moins soigneux de leur personne et plus industrieux. Les Grecs, au contraire, ont le caractère plus européen ; ils sont actifs, vifs, remuants, et diffèrent entièrement des Turcs. Il y a encore à Constantinople un grand nombre de Juifs, malheureux parias de la société, habitant les quartiers les plus insalubres de la ville, et privés de tout ce qui peut rendre la vie heureuse. Ils se nourrissent de viande de mauvaise qualité, de poissons gâtés, de fruits pourris, et sont aussi sales que leurs habitations. Leurs malheureux enfants, pâles et rachitiques, fruit de mariages trop précoces, ne font entrevoir aucune amélioration dans la génération à venir.

(1) *Association Medical Journal*, 19 mai 1854.

Les basses classes de la ville ont un genre de vie qui se rapproche de l'état naturel. En hiver, ces malheureux grelottent dans de froides maisons de bois ; ou bien, couverts de haillons, ils se traînent dans des rues sombres et boueuses. Leur nourriture dans cette saison se compose de viande, de poissons, de riz et de fruits secs. En été, ils abandonnent la ville pour la campagne, où ils mangent des fruits nouveaux et les légumes de la saison, qu'ils dévorent tout crus et en énorme quantité.

On a beaucoup écrit sur le climat de Constantinople, et quelque important que soit ce sujet, un court aperçu atteindra mieux le but que je me propose qu'une laborieuse description.

Les vents qui prédominent à Constantinople soufflent principalement du nord et sont déterminés par la topographie du lieu, le détroit du Bosphore formant une espèce d'entonnoir par lequel passent un violent courant d'eau et de vent qui viennent de la mer Noire. Les différences de température causées par les changements de vents sont si remarquables, que le thermomètre peut éprouver une variation de 10 degrés en quelques heures, et le vent du sud a sur beaucoup de monde un effet tellement énervant qu'il cause un grand dégoût de la vie, et porte à la mélancolie pendant tout le temps de sa durée. Heureusement pour les personnes nerveuses, cette brise malfaisante est rare et a toujours une courte durée. Le vent du nord, le *Poraz*, comme l'appellent les Turcs, est le plus constant, et donne lieu à un hiver plus froid et un été plus frais, qu'on ne croirait trouver sous cette latitude. Ce qui suit donnera une idée de ce climat.

Dans les mois de décembre, janvier et février, le temps est froid et humide, et il y a de grandes variations de température.

Mars, avril, mai sont des mois de transition. Dans les premiers jours, on a des pluies et des vents du nord très désagréables, ressemblant aux vents d'est qui règnent en Angleterre à cette même époque.

En avril et mai arrive le printemps le plus délicieux, interrompu cependant par des orages assez fréquents.

En juin, juillet et août, le temps est chaud et sec ; les grandes chaleurs sont tempérées par un vent du nord assez frais, qui est constant ; les *cucurbitacées* sont abondantes, et les fruits de jardin manquent encore. A cette époque a lieu le maximum de la mortalité.

Dans le trimestre de septembre, octobre, novembre, le climat est tempéré ; il y a quelques pluies et quelques orages. Les fruits ont atteint leur maturité. La mortalité est à son minimum.

En juillet et août, les maladies des organes abdominaux sont fréquentes et dangereuses, probablement causées par l'abondance des cucurbitacées et des fruits encore verts que l'on mange sans modération, et par la suspension de la transpiration qui amène un échauffement du sang. La dysentérie, la diarrhée, les maladies du foie et les fièvres sont communes dans cette saison. Les maladies chroniques ont alors une terminaison funeste. En juin, les épidémies de rougeole et de fièvre scarlatine font fréquemment leur apparition. En janvier et février, les affections catarrhales et les maladies des organes thoraciques sont fréquentes.

On a remarqué, et cela je le dis en m'appuyant sur l'autorité du docteur Vérollot, qui a fait une étude spéciale des statistiques de mortalité et de maladies à Constantinople, et auquel je dois ces renseignements, que la santé publique dans cette ville est meilleure que dans toute autre capitale d'Europe. Cela peut être attribué au beau climat, à la superbe position de la ville, à la sobriété de la plus grande partie de ses habitants, et à l'absence de cette pauvreté hideuse que l'on trouve si souvent dans les basses classes des capitales européennes. Ajoutons-y la grande affluence des habitants de la campagne (ces hommes vigoureux, sains et non mariés, qui y viennent pour y chercher de l'ouvrage), et la grande étendue de la ville dont la population est répandue sur un immense terrain.

Le climat du Bosphore et d'une grande partie de la Turquie comprend deux saisons bien distinctes. Pendant l'hiver, il y pleut plus abondamment que sur les côtes occidentales de l'Angleterre ; mais pendant la belle saison, il règne une sécheresse de quelques mois.

Le tableau suivant indique la quantité de pluie observée sur le Bosphore pendant trois années :

	1846.	1847.	1848.
	—	—	—
Janvier,	130 millim.	81 millim.	254 millim.
Février,	76	114	53
Mars,	76	131	102
Avril,	91	86	129
Mai,	28	18	5
Juin,	51	40	8
Juillet,	38	73	12
Août,	58	60	0
Septembre,	53	222	104
Octobre,	66	369	14
Novembre,	152	178	64
Décembre,	66	330	155
	885 millim.	1702 millim.	901 millim.

Le docteur Vérollot a remarqué que la météorologie de cette contrée dépend presque entièrement de la prédominance des vents du nord ou du sud. « Le sol africain est le foyer de chaleur, la mer Méditerranée fournit » la vapeur, le vent du nord fait l'office de condenseur, et le Bosphore est » le récipient. » Pendant les mois pluvieux, un changement de vent amène invariablement la pluie.

La première et la plus commune des maladies qu'un médecin peut s'attendre à observer sur des troupes étrangères est la *diarrhée*, et cette affection peut être guérie ou devenir plus grave, suivant la manière dont on la traite. On pourrait croire qu'il y a de la présomption de ma part à parler du traitement de la *diarrhée* à ceux qui l'ont observée sous les divers climats où les soldats anglais sont appelés à servir ; mais la tâche que je me suis imposée est simplement celle-ci : indiquer les moyens employés par ceux qui la traitent ici, moyens qui peuvent ne pas différer de ceux que l'on emploie ailleurs.

La forme la plus commune de la maladie provient d'un refroidissement ou d'un écart de régime, ou peut-être de la réunion de ces deux causes, quoiqu'elle paraisse atteindre les étrangers sans cause apparente. La cause immédiate est une congestion des vaisseaux capillaires des organes abdominaux et du tube digestif. Cette congestion est active et doit être traitée comme telle. Je ne puis trop fixer l'attention sur ce fait que tous les astringents, les opiats et les préparations crétacées, font plus de mal que de bien. Si la maladie ne cède pas à une simple administration de rhubarbe et à un régime sévère, on voit apparaître du ténesme et d'autres symptômes qui montrent l'inefficacité de cette médication. Quelques sangsues à l'anus réussissent infailliblement, comme j'ai pu l'observer, et c'est là le traitement généralement employé dans le pays. En effet, le remède usité contre cette maladie par les gens du pays consiste dans le régime de l'eau de riz et l'application de sangsues ; aussi appelle-t-on rarement un médecin. La *diarrhée* qui atteint spécialement les étrangers n'offre rien de dangereux à son début. Elle n'est accompagnée d'aucun symptôme fébrile et souvent d'aucune douleur ; mais celle-ci arrive bientôt avec une grande sensibilité de l'abdomen, la langue d'un rouge vif ; un pouls abdominal avertit le médecin que le malade est en danger, et qu'il est urgent de faire une saignée, générale quelquefois, mais locale toujours. La plupart de ces symptômes auraient été prévenus par une application de douze sangsues à l'anus. On voit souvent cette maladie dans les hôpitaux sous le nom d'*irritation intestinale ;* c'est une simple *entérite* avec *diarrhée*, qui ne demande qu'une médication antiphlogistique peu active. Je n'ai pas besoin d'appeler l'attention sur d'autres formes de diarrhée chronique résultant d'*ulcération*, *tubercules*, etc. ; on la traite ici comme en Europe, et l'on remarque le même nombre de guérisons. Il y a cependant quelques autres formes curables ; elles sont dues à un engorgement chronique du *foie* et de la *rate*, résultat d'une fièvre intermittente ; j'en parlerai plus bas.

(*La suite à un prochain numéro.*)

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ABEILLE MÉDICALE. — Nos 15 et 16. Cliniques et revues.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Juin 1854. Hémorrhagies produites par les maladies du foie, par *Monneret*. — Expérimentation de plusieurs succédanés du quinquina, par *F. Jacquot*. — Altérations du placenta, par *Ch. Robin*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 mai. Vésicatoires chez les enfants, par *Hervieux*. — Nouveau mode de préparation applicable à la teinture d'arnica. — Détermination de la force des préparations contenant de l'acide prussique. — Luxation sous-conjonctivale du cristallin, par *Deval*.

LA FRANCE MÉDICALE. — N° 5. Maladies des amygdales, par *Chassaignac*.

GAZETTE DES HOPITAUX. — Nos 62, 63. Hémorrhagie après l'accouchement ; moyen de la prévenir lorsqu'elle est imminente, par *Liégard*. — Nos 64 à 68. Cliniques et revues.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N° 18. Ictère accompagnant les éruptions syphilitiques (Société de biologie), par *Gubler*. — Eaux d'Ems dans les maladies du foie, par *Spengler*. — N° 19. Amaurose par suppression de la sueur des pieds, par *Deval*. — N° 20. Lois qui gouvernent tous les corps de l'univers, par *Barbier*. — Eau iodurée de Saxon (Valais), par *Delaharpe*. — N° 21. Hernie traumatique du poumon guérie sans opération (Société de biologie), par *Dufour*. — N° 22. Anatomie des tumeurs érectiles (Société de biologie), par *Ch. Robin*. — Sur les déviations et abaissements de l'utérus, par *Baizeau*.

MONITEUR DES HÔPITAUX. — Nos 62, 63, 64. Note sur les déviations utérines, par *Valleix*. — N° 65. Cataracte congéniale opérée avec succès sur un sujet de 55 ans, par *Came*. — Nos 66, 67, 68.

PRESSE MÉDICALE. — Nos 21, 22 et 23. Ophthalmie en Algérie, par *Bertherand*.

Recueil de médecine vétérinaire. — Mai 1854. De l'affection typhoïde de l'espèce chevaline et de ses rapports avec la fièvre typhoïde de l'homme, par *M. Loiset*; Analysé par *M.-H. Bouley*. — Nouveaux faits qui démontrent les propriétés toxiques des feuilles d'if sur les animaux domestiques, par *M. Delcroix*.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. — N° 11. Des varices et de leur traitement, par *Verneuil*. — Electro-puncture contre l'albugo, par *Tavignot*. — Digitale et oxyde d'antimoine contre la pneumonie, par *Barbier*. — Suc gastrique comme substance condimentaire, par *L. Corvisart*.

Revue médicale française et étrangère. — 31 mai. Du *ver rongeur* de la médecine hippocratique, par *Cayol*. — Eaux de Pierrefonds-les-Bains : leur utilité dans les maladies de poitrine, par *Sales-Girons*.

Revue médico-chirurgicale de Paris. — Mai 1854. Mouvement des écoles hippocratiques et vitalistes (*anonyme*). — Danger de l'ictère chez les femmes enceintes, par *Carpentier*. — Sur les luxations dites incomplètes de l'extrémité supérieure du radius, par *Bourguet*.

Union médicale. — N°s 62, 63. Luxation sous-pubienne du fémur, par *Poulet*; réponse par M. *Bonnafont*. — N° 64. Sur les déviations utérines, par *Valleix*. — N°s 65, 66, 67. Collodium dans l'orchite, par *Stlecht*. — N° 68.

Gazette médicale de Lyon. — N° 5. Sur la prétendue existence de l'hydropisie et de la tympanite utérines en dehors de l'état de gestation, par *Stoltz* (de Strasbourg). — Dyspepsie considérée au point de vue des indications thérapeutiques, par *Durand-Fardel*. — Etude comparative de la liqueur iodo-tannique et du perchlorure de fer, par *Desgranges*.

Gazette médicale de Montpellier. — N° 2. (15 mai.) Réunion immédiate à la suite de la castration, par *Bouisson*.

Gazette médicale de Strasbourg. — N° 5. Sur l'éclampsie puerpérale, par *L'Huillier*.

Gazette médicale de Toulouse. — Mai 1854. Traitement des gerçures du sein, par *A. Bourdel*. — Apoplexie suite d'ivresse, par *Dulac*.

Revue thérapeutique du Midi. — N° 10. Usages médicaux du seigle ergoté, par *E. Fontayral*. — Opération césarienne pratiquée trois fois chez la même femme, par *Barjavel*.

Archives belges de médecine militaire. — Avril 1854. Epidémies de fièvres continues à la maison de correction de Saint-Bernard, par *Stacquez*. — Sur les attelles modelées en carton, par *Z. Marchie*.

Archives médicales de la Flandre occidentale. — 10e livraison. Des paraplégies essentielles, par *Macario*.

Gazette médicale de Liége. — N° 10. Fièvre typhoïde avec *delirium tremens*, par *Lombard*.

Association Medical Journal. — N° 72. Maladies de la Turquie, par *Sandwith*. — Traitement des convulsions puerpérales par les sédatifs, par *Roper*. — Des convulsions puerpérales, par *Conway Edwards*. — N° 73. Observations de convulsions puerpérales, par *U. West*. — Changements atmosphériques utiles à la santé, par *J. A. Hingeston*. — Naissance d'un enfant à deux têtes, par *D. Kennard*. — N° 74. De la syphilisation, par *Henry Lee*. — Des maladies de l'œil, par *J. V. Salomon*. — Diagnostic des maladies du cœur, par *W. O. Markham*.

Dublin Medical Press. — N° 804. Cure radicale de la hernie par une nouvelle opération, par *Spencer Wells*. — Singulier accident ; ablation du fléchisseur profond des doigts, par *E.-J. Moore*.

Medical Circular. — N°s 72 et 73. Analyses et revues.

Medical Times and Gazette. — N° 204. Causes de la prédominance des tubercules et des scrofules chez les ouvriers employés à tisser les châles de cachemire à Umrister ; par *J. Hinder*. — Direction à donner à l'incision dans l'ablation d'un ou de plusieurs os du tarse et dans la désarticulation du pied, par *T.-P. Teale*. — N° 205. Cas de rhumatisme goutteux, par *Spurgin*. — Du suc pancréatique dans ses rapports avec la digestion de la graisse, par *A. Leared*. — Désarticulation du genou, par *G.-M. Jones*. — Cas de suppression de l'urine, par *J. Dickson*.

The Lancet. — N° 21. Du choléra, par *Ayre* (de Hull). — Gangrène du poumon, par *R. Molloy*. — Amputation dans l'articulation du genou, par *Potter*. — N° 22. Sur le choléra, par *M. Ayre*. — Irritabilité de la vessie, par *Thomson*. — Spermatorrhée, par *Milton*.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — N° 22. De l'anesthésie appliquée aux maladies externes, par *Berruti*.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — N° 21. Des fièvres tendant à la dissolution, par *R. Bellini*. — Fièvre tierce coïncidant avec un troisième accès de monomanie religieuse, par *G. Peyrani*. — N° 22. Strabisme et torticolis par anomalie musculaire, par *Tigri*.

Giornale delle Scienze mediche della Reale Accademia medico-chirurgica (Torino). — N° 10. Monographie du rhumatisme, par *Lavagna*.

Il Filiatro Sebezio. — Mai 1854. Sur la corde du tympan et le nerf intermédiaire de Wrisberg, par *Barbarisi*. — Sur la fistule du sac lacrymal, par *Napolitani*.

Il Progresso. — N° 5. Influence de l'atmosphère maritime, spécialement à Gênes, par *Bertani*.

Il Severino. — Mars et Avril 1854. Étiologie de la glucosurie, par *Bufalini*.

La Cronica de los Hospitales. — N° 10. Sur le nouveau formulaire des hôpitaux de Madrid, par *M.-S. Guerra*. — Hygiène dans ses rapports avec la science administrative et morale, par *Fr. Ramirez Vas*. — Pustule maligne contractée dans une épizootie et guérie par le cautère actuel et le chlorure de soude, par *J. Angulo*.

El Porvenir medico. — N° 82. Rôle de la rate dans la fièvre intermittente, par *G. Lopez*. — N° 83. Observ. de fièvre typhoïde, par *Monedero*. — N° 84. Fièvre intermittente, par *Garcia Lopez*.

El Heraldo medico. — N° 100. Sur le choléra, par *Trabanco*. — Électricité appliquée à la médecine, par *Nieto*. — N° 101. Plaie de l'œil par un instrument pointu, sans accidents, par *T. Ubeda y Perez*. — N° 102. Mutisme et paraplégie, suite de coqueluche, par *J.-M. Calvo Nuñes*. — Nature du choléra asiatique (*anonyme*).

El Siglo medico. — N° 21. Électricité appliquée à la médecine, par *Nieto*. — Guérison d'un cas d'hydrophobie déclarée, par *Gomez Ruiz*. — Typhus de Villafranca, par *V. Terron y Molces*. — N° 22. Hygiène publique, éclairée par la physiologie, par *Mendez Alvaro*. — Efficacité des moyens hygiéniques dans le choléra, par *Monlau*. — Nature du choléra, par *F. Sastre y Dominguez*. — Même sujet, (*anonyme*).

Livres nouveaux.

Le jardin des plantes de Montpellier. Essai historique et descriptif, accompagné de neuf planches ; par *Ch. Martins*, prof. de bot. 1 vol. in-4° de 92 pages. Paris, chez Victor Masson. 7 fr.

Nouvelle théorie physique, ou études analytiques et synthétiques sur la physique et sur les actions physiques fondamentales ; par le docteur *F.-Aug. Durand* (de Lunel). 1 vol. in-8° de 168 pages. Paris, 1854, chez J.-B. Baillière. 3 fr.

Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants a la mamelle ; par le docteur *P. Diday*. Ouvrage qui a remporté le prix (médaille d'or) au concours de Bordeaux. 1 vol. in-8° de 444 pages. Chez Victor Masson. 7 fr.

Anleitung zur qualitativen und quantitativen Analyse des Harns, par *C. Neubauer*. In-8°. Wiesbade, chez Kreidel et N. 5 fr. 50

Schilderungen neuer Beckenformen und ihres Verhaltens im Leben, par *H. F. Hilian*. In-4°. Mannheim, chez Bassermann et M., cart. 15 fr.

Ueber Tuberculose der Lungen nach dem neueren Standpunkte der Medicin, par *R. Seifert*. In-8°. Vienne, chez Wallishauser. 2 fr. 25

Choléra. Notre dernier bulletin s'arrêtait au 17 mai. L'épidémie était entrée alors dans une période de décroissance qui nous avait autorisés à ne plus lui consacrer une place spéciale. Mais il s'est déclaré, depuis huit jours, une recrudescence qui nous fait un devoir de reprendre jusqu'à nouvel ordre la publication de nos bulletins.

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Du 18 mai au 6 juin (20 jours)	114	57	171	105	111
Le 7 juin. . .	7	5	12	2	5
8.	10	4	14	6	4
9.	20	8	28	5	5
10.	15	6	21	4	8
11.	17	4	21	3	17
12.	12	5	17	5	11
13.	29	7	36	7	18
14.	22	11	33	4	19
Résumé de 28 jours. .	246	107	353	141	198

La situation au 14 juin est celle-ci :

Cas traités dans les hôpitaux depuis novembre. . . .		2,335
Sorties	936	
Décès	1,235	2,169
Il reste en traitement		166

Jusqu'à la fin de mai, les cas déclarés à l'intérieur appartenaient, pour l'immense majorité, à l'hôpital de la *Charité*, et pour le reste aux autres hôpitaux de la rive gauche. Dans la journée du 14 chaque hôpital a eu un cas intérieur, Lariboisière seul en a compté deux. Mais depuis la recrudescence que nous signalons, c'est la *Maison de santé* qui est le plus cruellement frappée. Dans la dernière quinzaine, cet hôpital a compté 28 cas intérieurs, tandis qu'il n'en avait eu que 10 du mois de novembre à fin mai.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS :
Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER :
Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX :
A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
DE VICTOR MASSON
Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS.
ON S'ABONNE
chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 23 JUIN 1854. N° 38.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 22 juin 1854.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : EMPLOI DU CHLOROFORME DANS LES ACCOUCHEMENTS.

Il y a quatre mois, nous rendions compte d'une discussion qui venait d'avoir lieu à la *Société chirurgicale de Dublin*, au sujet de l'emploi du chloroforme dans la pratique obstétricale, et nous avions à y signaler, à côté d'encouragements réservés, une opposition empreinte d'esprit systématique. Posée récemment devant la *Société de chirurgie* de Paris (1), la même question y a subi un sort bien différent. Personne ne s'est prononcé pour la proscription absolue de la méthode, et c'est, au contraire, en sa faveur que se sont produites les opinions exagérées.

Le débat s'est engagé à l'occasion d'un rapport de M. le docteur Laborie sur un travail de M. Houzelot. M. Laborie veut que l'on applique la chloroformisation même aux accouchements naturels, dans le but d'éviter la douleur et la déperdition des forces. MM. Danyau, Forget et Voillemier en circonscrivent l'emploi à des cas particuliers et exceptionnels, tels qu'une trop grande rigidité du col, la trop longue durée et la forme trop douloureuse de la période de dilatation et même, très exceptionnellement, de la période d'expulsion. Tout le monde, enfin, est d'accord sur ce point que l'action anesthésique ne doit pas dépasser la limite d'une simple atténuation des douleurs. Tels sont les termes essentiels de la question.

Assurément, dans un grand nombre de cas d'accouchement naturel, une chloroformisation bien ménagée pourrait procurer des avantages notables, sans fâcheuse compensation. M. Danyau, tout opposé qu'il est à cette extension de la méthode, reconnaît que, sur quinze expériences de ce genre, il n'a eu à regretter qu'un accès hystériforme survenu après la délivrance. Les contractions utérines n'ont été ralenties, et l'accouchement retardé, que deux fois ; jamais de diminution dans la rétractilité de l'utérus ; jamais d'hémorrhagies ; rien d'anormal dans les suites de couches (1). S'il n'y avait dans

(1) Séance du 24 mai 1854.

(1) Les expériences de M. Danyau étant nouvelles, et n'ayant encore été publiées

FEUILLETON.

Du climat de l'Italie centrale.

Suite. — Voir le numéro 36.

§ V. — TOPOGRAPHIE DE ROME.

Nous avons vu que le sol de la campagne de Rome est ondulé ; il en résulte que le Tibre, en y creusant son lit, a laissé sur l'une et l'autre rive des séries de monticules dans la plus grande partie de son cours. C'est sur l'un de ces monticules situé sur la rive gauche, à peu près au point d'intersection des deux diamètres de l'Agro Romano, sur le Palatin, que Romulus jeta les premiers fondements de la ville qui devait perpétuer son nom, et qui s'étendit successivement sur l'Aventin, le Capitolin, l'Esquilin, le Cœlius, le Quirinal, le Viminal, puis sur la rive droite le Janicule, plus tard enfin sur le Vatican.

Primitivement, la ville s'étalait donc sur les sommités de tertres peu élevés, séparés les uns des autres par des vallons boisés et humides, quelques-uns même marécageux, comme le grand Vélabre, entre le Palatin et l'Aventin; comme le petit Vélabre et le lac Curtius, entre le Palatin et le Capitole. Ces lieux bas furent successivement déboisés et desséchés. Le petit Vélabre et le lac, sous lesquels fut creusé, au temps de Tarquin l'Ancien, l'égout *Cloaca maxima* (1), devint la place du monde la plus célèbre, le Forum ; et les marais de Caprée, qui longeaient le pied des collines de la rive gauche, furent transformés en champ de Mars, que sillonnèrent les voies Triomphale et Flaminia. Au pied du mont Vatican (de *Vaticinia*, oracles), où le temple de l'oracle étrusque fit place à la chapelle de Saint-Anaclet (au-dessus de la grotte des Gladiateurs), cette chapelle à la basilique de Constantin, et cette dernière à la basilique entre toutes la plus grandiose, se trouvaient les bas-fonds du *Campus Vaticanus*, où surgirent tour à tour : le cirque de Néron, dont l'enceinte même, avec son obélisque, est entourée aujourd'hui du double portique de Saint-Pierre, l'hippodrome, la villa et les superbes jardins de Domitien, près desquels Adrien voulut avoir, surpassant celui d'Auguste, un mausolée devenu depuis le fort Saint-Ange, et l'arc du *Campus triumphalis*, d'où, après une revue d'honneur, précédé des vaincus et de leurs dépouilles, suivi de l'ar-

(1) Cette remarquable construction est en gros blocs de travertin sans aucun ciment comme les voûtes des prisons mamertines (d'Ancus Martius), qui sont de quelques années plus anciennes.

la balance que ces éléments de détermination, le parti à prendre ne serait pas douteux ; car la seule atténuation de la douleur est encore d'un prix assez haut, pour valoir qu'on s'expose à une crise nerveuse ou à un peu de lenteur dans le travail. Le calcul serait d'autant plus raisonnable, d'ailleurs, qu'on serait à peu près le maître de réveiller les contractions utérines dès qu'elles viendraient à se ralentir. Mais la question n'est malheureusement pas aussi simple. Au lieu de se réduire, comme beaucoup d'autres, à l'appréciation d'un effet physiologique ou thérapeutique, elle motive, comme le disait M. Diday, dans un précédent article, une enquête *de commodo et incommodo*. Si, en effet, la chloroformisation dans les accouchements a ses avantages, elle a aussi des inconvénients, des dangers ; inconvénients et dangers manifestes, incontestables, incontestés même de ses partisans les plus décidés. Dès lors, il s'agit d'un parallèle à établir entre le bien qu'on se propose et le mal qui peut advenir ; il s'agit de décider dans quels cas l'importance du but devra prévaloir sur les risques inhérents au moyen.

Voyons le mal d'abord, précisément parce qu'on est plus aisément porté à le méconnaître.

Le premier danger de la chloroformisation, nous n'avons pas besoin de le rappeler. Une discussion peu éloignée l'a mis assez en lumière à la Société de chirurgie. Toutes les précautions dont on s'entoure spécialement dans l'application de la méthode aux accouchements, la faible dose de la liqueur, le mélange d'air, le mode intermittent de l'inhalation, le soin de ne pas aller jusqu'à l'anesthésie complète, tout cela ne saurait passer pour une garantie certaine contre le péril de mort. Il est trop avéré aujourd'hui que l'action délétère du chloroforme se manifeste par des effets soudains, imprévus, que ni la quantité de liqueur employée, ni la durée de l'inhalation, ne sauraient expliquer, et qui surprennent le chirurgien au milieu des conditions les plus légitimes de sécurité. Qu'un si terrible accident soit rare, nous le voulons bien ; mais il ne l'est pas encore assez pour ne pas préoccuper un chirurgien prudent. Quant à nous, nous n'en serions guère moins préoccupé dans la demi-chloroformisation d'une femme en couches que dans la chloroformisation la plus complète d'un blessé à amputer. Ajoutons, d'ailleurs, que certaines personnes sont tellement sensibles à l'action du chloroforme, qu'elles tombent, quoi qu'on fasse, dans une anesthésie profonde. C'est ce qui est arrivé deux fois à M. Danyau. Si ce mécompte a lieu plus aisément quand on se sert d'un mouchoir, selon l'opinion de ce chirurgien, que lorsqu'on emploie un appareil particulier, comme l'assure M. Voillemier, c'est ce que nous n'oserions décider. Mais le fait est certain ; et il a ici une double importance, parce qu'il vient grossir les chances de ralentissement du travail, et parce qu'il affaiblit l'argument de ceux qui fondent en partie leur sécurité sur ce que l'anesthésie reste incomplète.

A côté de ce danger se présentent, avons-nous dit, des inconvénients plus ou moins sérieux. Nous avons indiqué l'éloignement des contractions utérines et l'explosion de crises nerveuses, M. P. Dubois avait signalé autrefois des manifestations érotiques. M. Laborie, loin d'en contester la possibilité, en a vu aussi de ses propres yeux. On conçoit aisément tout ce que peuvent avoir de désagréable, de fâcheux, de pareils accidents se produisant au sein de la famille. M. Danyau signale encore des mouvements désordonnés du bassin et des membres infé-

nulle part, nous croyons devoir en donner le résumé tel qu'il a été présenté dans son discours. Ces expériences ont été faites à la Maternité.

« Quinze femmes en travail (il ne s'agit ici que d'accouchements naturels) ont été soumises par moi à l'inhalation du chloroforme. Deux fois seulement j'y ai eu recours avec avantage marqué dans le cours de la période de dilatation pendant vingt-cinq à trente minutes seulement. Chez toutes les autres femmes, quand l'inhalation fut commencée, le travail était avancé, la dilatation était presque complète ou complète, si même déjà l'orifice n'était franchi, et, à une seule exception près, elle fut continuée jusqu'à la terminaison de l'accouchement, sans dépasser autant que possible la dose nécessaire pour produire l'atténuation que je me proposais d'obtenir. Malgré mon désir de ne pas aller au delà d'un certain effet, il m'est arrivé deux fois, sans doute à cause d'une sensibilité particulière des femmes à l'action du chloroforme, de déterminer une anesthésie complète. Pendant l'inhalation, je n'ai pas cessé un instant de porter mon attention sur l'état général, sur le pouls, le cœur, la respiration. Les femmes, souvent très agitées auparavant, restaient calmes, les yeux entr'ouverts et noyés dans une demi-ivresse, ou fermés, et elles semblaient alors plongées dans un demi-sommeil, que ne dissipait pas complétement le retour des contractions. Le pouls était généralement peu modifié dans sa force et dans sa fréquence. Les douleurs étaient bien évidemment atténuées. Quant aux contractions utérines, elles n'étaient pas généralement modifiées. Dans un seul cas, elles devinrent moins fortes et moins fréquentes ; dans un autre, la modification fut si prononcée et le travail si manifestement ralenti, que je renonçai à la chloroformisation. Vingt minutes après l'accouchement était heureusement terminé.

» Le calme était en général obtenu par de faibles doses de chloroforme. Sans que ces doses fussent dépassées, nous avons vu quelques femmes qui, même sans perte de connaissance et tout en conservant le pouvoir de répondre à nos questions, offraient une demi-résolution ou même une résolution presque complète des membres, remplacée, dès que l'utérus entrait en contraction, par des mouvements réflexes d'une énergie considérable. Dans deux cas, quel que fût le calme des femmes dans l'intervalle des contractions, ces mouvements, qui n'étaient plus réglés par la volonté, devinrent à la fin tout à fait irréguliers, désordonnés même et fort embarrassants pour l'élève chargée de protéger le périnée au moment du passage de la tête.

» Après l'accouchement, les femmes assuraient avoir peu ou point souffert, et se montraient heureuses et reconnaissantes. Une fois, cependant, il y eut pendant plus d'un quart d'heure une agitation extrême accompagnée de cris, de sanglots, d'étouffements, qui n'avaient rien de sérieux sans doute, mais qui en ville eussent peut-être effrayé les assistants.

» Dans aucun cas la rétractilité de l'utérus n'a fait défaut, soit avant, soit après la délivrance ; il n'y a eu d'hémorrhagie dans aucun cas.

» Les suites de couches dans les quinze faits dont il vient d'être question ont été parfaitement normales. Du côté des enfants, au moment de l'accouchement, rien de particulier à noter. Je n'ai rien vu chez eux qui ressemblât à de l'asphyxie, et leur santé ne m'a point paru avoir été influencée par le chloroforme. »

---

mée victorieuse, le triomphateur, débouchant par le pont Triomphal, s'acheminait, à travers des flots de population, vers le Capitole, où l'attendaient les consuls dans le temple de Jupiter.

D'autre part, l'emplacement du grand Vélabre servit à la construction du plus vaste cirque qui ait existé, appelé aussi *Circus maximus*, lieu primitivement rendu célèbre par l'enlèvement des Sabines, et où plus tard quatre cent mille spectateurs pouvaient successivement assister, tantôt aux courses des chars, tantôt aux joûtes navales, quand, inondée par l'Euripe, l'arène était transformée en naumachie ; plus souvent aux combats sanglants des bêtes féroces et des gladiateurs, dont le plus heureux fut Androclès ; d'autres fois même aux tortures des chrétiens, quand la main de la persécution, lassée de frapper, allumait ses bûchers. Ailleurs, de toutes parts, ce furent des théâtres, des jardins, des gymnases, des basiliques, et une foule de lieux publics concourant à l'agrément et à l'hygiène.

Par suite des bouleversements que subit la capitale du monde, les ruines, autant que les souvenirs, se sont accumulées sur la plus grande partie de son périmètre, sur la rive gauche principalement. Le *septicollis* s'est dégarni des temples et des palais qui couronnaient ses têtes et ornaient ses forums, et Rome moderne s'est tassée au nord, dans la partie la plus basse de la vallée du Tibre, surtout au champ de Mars et au Bourg, n'occupant guère que le quart de l'enceinte qui circonscrivait la vaste ceinture aurélienne, ressemblant ainsi à un lambeau éraillé disputé à la faux du temps.

Par suite de cette concentration des habitations sur le bord du Tibre, quelques rues sont exposées à être inondées lors des débordements extraordinaires, de même que certains quartiers de Lyon et d'Avignon, par exemple, l'ont été en 1840 par les débordements de la Saône et du Rhône. Mais à Rome, comme dans ces villes de France, les eaux ne tardent pas à se retirer, et n'y stagnent nulle part, ni en étangs ni en bourbiers, et l'on peut affirmer que le sol y est moins hygrométrique qu'à l'époque où, semé de bois sacrés aux bas-fonds humides et longtemps respectés par la superstition religieuse, la population des anciens Romains croissait cependant sur de rapides proportions (1).

(1) En automne 1850, on passait en barque dans la rue Ripetta (rive droite) ; or le mouvement des hôpitaux militaires, qui était de 1,250 entrants au mois d'août, loin d'augmenter, est successivement tombé à 1,070 en septembre, 601 en octobre, 289 en novembre, et 177 en décembre.

En 1851, même débordement et même diminution progressive en s'éloignant de l'époque des chaleurs : 900 entrants en août, 462 en septembre, 247 en octobre.

rieurs, que les femmes exécutent involontairement, à leur insu et sous l'influence d'une action réflexe, chaque fois que l'utérus entre en contraction. Quand ce phénomène a lieu, et il ne paraît pas être rare, il devient très gênant pour l'accoucheur et pour l'aide chargé de soutenir le plancher périnéal; une rupture peut en être la conséquence. Enfin, bien que, dans les faits publiés jusqu'ici, les suites de couches n'aient pas semblé être défavorablement influencées par la chloroformisation, il n'est pas sûr qu'il n'en puisse être autrement, surtout dans les cas d'anesthésie complète. On ne doit pas oublier que jusqu'ici, même en Angleterre, où la méthode a tant de vogue, le nombre des documents précis et authentiques sur ce sujet n'est pas considérable.

Eh bien, à travers ces dangers, à travers ces inconvénients, quels avantages poursuit-on? Épargner de la douleur aux femmes, et, par suite, la déperdition de leurs forces. L'honorable M. Laborie s'est appuyé sur une statistique de Collins, tendant à démontrer que la fréquence des accidents consécutifs est en raison directe de la longueur du travail. Mais quand ce rapport serait aussi vrai qu'il est contestable, nous ferons remarquer que de la manière dont la question a été posée devant la société et dont la posent la majorité des accoucheurs, la statistique de Collins n'est pas de grande importance. La chloroformisation n'a pas pour effet spécial et direct de hâter le travail, de précipiter les contractions; elle n'avance le temps de l'opération que dans des cas où elle modifie certaines conditions qui faisaient obstacle, par exemple, la rigidité du col. Autrement, toute son influence se borne à apaiser la douleur et à rendre le travail moins pénible. Or, quand l'accouchement est retardé par un obstacle susceptible de disparaître sous l'action d'un anesthésique, ou quand il est accompagné de douleurs trop vives, l'opportunité de la chloroformisation est accordée par tous les adversaires de M. Laborie; elle l'est ou elle le sera quelque jour par la plupart des praticiens. Les deux termes du problème, avantage et inconvénient, ont changé ici de valeur respective. L'avantage est plus grand que dans l'accouchement naturel, puisqu'il importe plus de venir au secours de la femme; les inconvénients restent toujours les mêmes. Dès lors, il est naturel qu'on se décide à braver toutes les chances rappelées plus haut et qui peuvent ne pas se réaliser, en vue d'un bénéfice certain et réclamé par l'état présent de la malade. Mais, nous le répétons, ce n'est pas là-dessus que porte surtout le débat. Il s'agit d'examiner si la détermination qui était raisonnable tout à l'heure, parce qu'elle répondait à une indication formelle, l'est encore en présence d'un accouchement régulier, dont tout fait présumer que la femme sortira aisément. Or, avec MM. Danyau, Forget et Voillemier, nous sommes d'un avis contraire. Sans méconnaître ce qui peut manquer d'assiette à une opinion obligée de s'appuyer sur une supputation d'avantages et d'inconvénients, il nous semble néanmoins qu'il y a quelque imprudence à se créer des difficultés, à poser, de si loin que ce soit, la question de vie et de mort, dans une opération que la nature conduit elle-même sans douleurs violentes et sans embarras.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

VALEUR DE L'ACARUS DANS LA CONSTITUTION DE LA GALE ; SUR LA PRÉTENDUE GÉNÉRATION SPONTANÉE DE L'ACARUS, par le docteur Bourguignon.

Nous avons publié (nos 8 et suivants) un travail de M. Devergie destiné à prouver que l'acarus n'est qu'un produit de la gale au lieu d'en être la cause. Le lecteur nous saura gré de mettre sous ses yeux une dissertation écrite à l'appui de l'opinion contraire par un des observateurs qui ont le plus éclairé l'histoire naturelle et la thérapeutique de la gale. Cette dissertation est détachée d'une lecture très étendue que l'auteur a faite tout récemment devant la Société de médecine de Paris (séance du 16 juin).

A. D.

Les arguments que M. Devergie fait valoir à l'appui de son opinion sont de deux sortes. Les uns dérivent des idées spéculatives que provoque à chaque instant le spectacle de la nature, quand on réfléchit aux lois de la création et de la reproduction des êtres ; les autres de l'observation spéciale, bien ou mal faite, d'une maladie qui préexisterait à la génération des parasites. Je dis que M. Devergie a obéi tout d'abord à une idée préconçue. En effet, pour lui toutes les maladies contagieuses sont dues ou à la génération spontanée ou à la contagion directe ; il place sur le même rang que la gale, le favus, l'herpès tonsurant, l'acné punctata, les affections pédiculaires, et cela sans avoir plus pour l'une que pour l'autre de ces maladies procédé par voie d'expérimentation.

Je dis que l'observation bien ou mal faite de l'évolution de la gale a, dans le cas qui nous occupe, servi de base à la théorie de M. Devergie. En effet, la gale est suivant lui *une éruption qui a pour caractère des boutons de trois sortes, et les lieux d'élection de leur développement ; éruption qui s'accompagne d'un produit particulier, l'acarus.* Je répondrai à M. Devergie : Le caractère pathognomonique de la gale n'est point une éruption, et encore moins une éruption

D'ailleurs, dans ces quartiers très accidentellement atteints par les grandes crues, on ne voit pas seulement les maisons des gens peu soucieux des règles hygiéniques : loin de là ; on y compte, sur l'ancien champ de Mars, les palais Borghèse, Farnèse, Spada, et, sur la rive droite le Vatican, le palais Corsini, la Farnesina, qu'on croira sans peine n'avoir pas été bâtis à plaisir dans des quartiers fangeux.

Quel que soit le besoin, pour les intoxicationistes, d'invoquer la présence de foyers paludéens dans une ville où les fièvres sévissent avec tant d'intensité dans tous les quartiers, qu'ils soient bas ou élevés, nous ne pouvons que le répéter, parce qu'on en a la preuve irrécusable en la parcourant, Rome n'est pas marécageuse, à moins que l'on ne veuille prendre au sérieux cette supposition empruntée d'un écrivain du XIe siècle (1), à savoir, que le sol, farci de décombres et fissuré de toutes parts, ferait l'office, par ses nombreux interstices, d'une vaste éponge pompant les eaux, dont l'évaporation lente deviendrait une source de méphitisme. Tant il est vrai que l'hypothèse de l'intoxication, ne pouvant se soutenir que sur le terrain des marécages, va jusqu'à en voir avec les yeux de l'imagination, même dans les lieux où ils font défaut, et à attribuer des influences délétères à des lieux desséchés depuis plus de deux mille ans. C'est pire, en vérité, que si, dans la topographie médicale de Paris, on faisait figurer parmi les lieux insalubres le faubourg Saint-Germain, parce qu'il fut jadis le Pré aux clercs, parfois inondé par les débordements de la Seine, ou les boulevards, parce qu'ils furent au moyen âge les fossés de l'ancien rempart.

Mais à quoi bon chercher inutilement sous ses pieds ce qu'on a si évident au-dessus de sa tête? Nous avons exposé les qualités nuisibles des éléments atmosphériques de la campagne de Rome. Dire que ces éléments sévissent aussi à l'intérieur, c'est répéter ce qui n'a pas besoin de l'être. Le soleil qui darde sur les champs darde aussi sur les rues et sur les places. L'humidité qu'il produit par l'évaporation des eaux, surtout à la surface de la Méditerranée, et qui se répand sur la campagne, pénètre aussi dans la ville. Comme la campagne, la ville est exposée aux rayonnements des nuits, au serein du soir, aux rosées du matin, aux perturbations des orages; comme en plein champ, la tramontane saisit en ville, ou le sirocco y étouffe. En un mot, les phénomènes météorologiques, par leur intensité et leur variabilité d'action, rendent dangereux le climat de Rome dans la ville (avec une intensité relativement moindre), il est vrai, comme

(1) « Ex cavernosis et ruinosis circa urbem locis tristibus erumpantibus et exhalantibus nebulis totus vicinus crassatur aer (Pierre de Damiens.) »

de *boutons*. Si la gale en tant que maladie était une éruption, cette éruption aurait des caractères spéciaux propres à cette seule maladie, et non des pustules, des vésicules, des papules qu'on trouve sur les mains dans toute autre affection non psorique. D'ailleurs, le mot *bouton* est impropre, il doit être banni du langage dermatologique comme prêtant à plus que l'amphibologie. De votre aveu, un des caractères essentiels de la gale est la contagion, et jamais vous n'avez observé une de ces gales à simple éruption, c'est-à-dire sans acare, qui ait pu se transmettre. Quand je parle d'observations, j'entends des faits soumis à une expérimentation méthodique, clairement isolée, et de toute influence extérieure, et d'une rigoureuse exactitude jusque dans les détails de moindre importance. Si la gale spontanée produisait, dans certains cas, comme par une poussée vers la peau, une éruption, puis secondairement des acares, elle serait avant tout une affection générale, portant sur toute l'économie ; une sorte de diathèse ou cachexie psorique, comme nous en trouvons des exemples chez les animaux : mais vous ne signalez aucune lésion d'organes ou de fonctions intérieures qui se relieraient étroitement avec cette maladie. Ainsi, à l'intérieur comme à l'extérieur, je cherche en vain un de ces signes caractéristiques et infaillibles qui permettent de reconnaître une maladie. Vous faites naître l'acarus dans une vésicule, dans un bouton... Il y a tout simplement une impossibilité matérielle à ce qu'il en soit ainsi; et si vous aviez compris l'importance des fonctions respiratoires des acarus, qu'avant mes recherches on faisait respirer par des trachées, vous n'auriez pas commis cette erreur. Un acare, une larve, et même un œuf ne saurait vivre enfermé dans une vésicule ; il leur faut le contact immédiat de l'air. On n'en peut douter quand on voit avec quel soin l'acarus, tout en cheminant dans son sillon, en perfore la paroi supérieure de millimètre en millimètre, formant ainsi autant de petites ouvertures par où l'air respirable lui arrive, ainsi qu'aux œufs en incubation, et par où devront sortir les jeunes larves. L'entomologie, la physiologie de l'acarus et la pathologie, se prêtent un mutuel concours de lumière. Si je m'en étais tenu aux simples notions pathologiques que vous possédez, j'aurais commis de nombreuses erreurs, et je ne saurais réfuter les vôtres. Mais où sont les faits sur lesquels vous vous appuyez pour dire que le sarcopte peut quelquefois naître spontanément dans des boutons? Quand et sur quelle région avez-vous jamais constaté un pareil phénomène, qui, plus que tout autre, exigeait l'emploi du microscope mobile dont vous n'avez jamais fait emploi? Cet acarus, qui naîtrait spontanément, sous quel état le faites-vous sortir de la peau? Êtes-vous de l'école des *panspermistes* ou des *ovaristes?* Est-ce d'un simple germe impondérable ou d'un œuf? Toutes ces questions capitales ne sont même pas abordées. Vous nous dites que la vésicule ou le bouton qui se relie avec le sillon contenait l'acarus primitivement. Je croyais avoir démontré d'une manière irréfutable qu'il n'y a jamais aucun rapport direct de communication entre la vésicule et le sillon. Il est toujours facile en effet de reconnaître, à l'aide du microscope, le point d'entrée de l'insecte ou le commencement du sillon, ce qui n'aurait pas lieu au début de la maladie, si les sarcoptes naissaient dès l'abord sous l'épiderme. Ce point d'entrée est souvent le siége d'une irritation spéciale, en raison du désordre qu'ont causé les palpes ou les mandibules des insectes, ou les ongles du malade ; mais il n'y a jamais au commencement du sillon de vésicules ou de papules distinctes communiquant avec lui. L'acarus suit les vésicules, qui, si elles venaient à se crever, l'inonderaient, l'agglutineraient et le tueraient infailliblement. Une papule, une vésicule, peuvent se développer éventuellement au-dessous d'un sillon, le soulever, et renfermer ainsi entre leur paroi supérieure et l'épiderme l'acarus qui n'a aucune communication directe avec elles. Ce n'est pas sans de bonnes raisons que j'ai fait usage du microscope pour m'assurer de ces minutieux détails, et substituer l'observation directe aux théories préconçues. Quand on veut réfuter un auteur, c'est le moins qu'on s'aide des mêmes moyens qui lui ont permis de mieux voir qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui. Et j'ai peine à comprendre comment vous ne vous êtes pas donné la peine de vérifier la réalité des hypothèses sur lesquelles vous fondez votre doctrine. C'est à tort qu'on néglige l'usage du microscope mobile dans l'étude des maladies de la peau : il conduirait à coup sûr à des découvertes importantes et rendrait d'incontestables services aux observateurs naturalistes ou physiologistes. — Un fait capital pour M. Devergie, c'est de voir que dans une gale pustuleuse le nombre des sillons et des acarus est en raison inverse de celui des pustules. Il a peine à concevoir comment, si l'acarus était la cause de l'éruption, celle-ci serait si abondante. Rien de plus facile à accorder pourtant. M. Devergie a saisi mieux que personne l'influence du tempérament sur la forme des éruptions : tout individu lymphatico-sanguin qui gagne la gale voit prédominer sur lui les pustules, comme l'individu nerveux voit prédominer les papules ; mais dix pustules sur les mains préoccupent beaucoup plus un malade, et à juste titre, car elles sont plus gênantes et plus douloureuses que cent papules ; elles constituent une maladie de la peau plus manifeste, qui engage à réclamer nos soins alors que la gale est encore à son début et les sarcoptes en petit nombre. De là le rapport variable et souvent inverse qu'on observe entre le nombre des pustules et celui des sillons.

Est-ce qu'il n'y a pas eu un premier galeux, nous dit encore M. Devergie, chez lequel il n'y avait pas eu de transmission ; et si la gale s'est déclarée spontanément une première fois, n'a-t-elle pu se montrer une seconde, une troisième, une centième fois? J'hésite vraiment à répondre à une objection si grosse à la fois de simplicité et de controverse, car elle touche à la création primordiale des êtres. Enfin, d'après M. Devergie, par cela seul que les animaux en général ont été créés une première fois *spontanément* (il veut probablement dire sans l'intervention d'un créateur), il s'en suivrait qu'on pourrait constater de nouveau leur génération *spontanée*. J'oppose à cette affirmation le doute philosophique qui m'accable chaque jour, lorsque je compare l'immuable immensité des mondes qui gravitent dans l'espace à la faiblesse de notre intelligence.

---

dans ses environs, pour quiconque brave ses rigueurs, surtout dans la saison des chaleurs.

Ainsi s'explique cette particularité bizarre de voir les habitants du centre de la ville accuser le Transtevère de donner la fièvre, ceux du Transtevère tenir la porte du Peuple pour insalubre, ceux de la porte du Peuple attribuer l'insalubrité aux monts (1), ceux des monts aux bords du Tibre, aucun quartier ne voulant posséder à lui seul la source d'un mal qui est partout.

Les considérations qui précèdent prouvent que c'est pour rester dans le vrai, et non pas systématiquement, que nous avons montré la campagne de Rome telle que nous l'avons dit, puisque, loin de contredire nos vues étiologiques, la présence de nombreux marais ne ferait que les confirmer. En effet, si Rome était au milieu de marais comme les marais Pontins, plus la variabilité et la nocuité des agents atmosphériques serait grande, plus facile serait à expliquer l'apparition de la saison endémo-épidémique (2).

C'est qu'en effet les fièvres, qui sont si dominantes dans la campagne de Rome, sévissent avec plus d'intensité encore dans les marais Pontins, de sorte que ces deux milieux insalubres ne diffèrent que du plus au moins quant aux influences thermo-électro-hygrométriques.

Signalons ici une particularité propre aux *paludes Pomptinæ* : il est de notoriété publique à Rome que le voyageur les traversant en voiture, la nuit surtout, s'expose presque infailliblement à prendre la fièvre s'il s'endort. Les gens du pays ne manquent pas d'en avertir l'étranger, en lui citant bon nombre d'individus qui, n'ayant su résister aux fascinations de Morphée, ont payé leurs rêves de quelques heures de longs jours de fièvre. Voilà le fait bien avéré : celui qui dort en diligence à travers les marais Pontins prend la fièvre bien plus facilement que celui qui se tient en éveil, et cependant l'un et l'autre parcourent invariablement la même ligne dans l'atmosphère, respirant absolument le même air. Pourquoi cette différence de résultat? Parce que dans les marais Pontins, comme en tout autre endroit, celui qui s'endort subit passivement toutes les influences thermo-électro-hygrométriques du lieu, surtout le saisissement du froid humide, tandis que celui qui se tient éveillé a beaucoup plus de chances pour réagir contre ces mêmes influences. L'interprétation de ce fait, comme de ceux qui vont suivre, est donc toute physiologique, et les miasmes n'ont qu'y faire.

(1) Mesurés à la taille des événements dont ils ont été le théâtre, ce sont des monts ; orographiquement, ce ne sont que des monticules. Le Janicule, qui est le plus élevé, est à peu près comme la butte Montmartre (100 mètres.)

(1) Saison des chaleurs et des fièvres, la *mal'aria* des Italiens.

Quant à savoir si la gale, depuis le jour de sa première création, est toujours due à la même cause une fois produite, tout me porte à le croire; mais ce que je sais pertinemment, c'est qu'aucun homme n'a constaté scientifiquement cette génération spontanée, et que, par conséquent, cette objection, pur jeu de l'esprit, n'a aucune valeur comme argument à produire dans ce débat.

M. Devergie m'oppose la statistique de M. Bidard, que j'accepte comme régulière, malgré ses erreurs matérielles de chiffres, et qui tend à prouver, contrairement à mon opinion, que la gale se transmet facilement sans aucun contact avec un galeux pendant la nuit. Il s'agit d'un total de 541 malades, parmi lesquels 4 individus avaient gagné leur gale au bal, 3 avec des outils, 1 en soignant un galeux, 1 en couchant sur des chiffons, 1 en portant des chaussures achetées au Temple, 1 en frictionnant un chien, soit 11 galeux sur 541, qui seraient en dehors de la loi relative et non absolue que j'ai posée quant au mode de contagion. Si ces faits avaient la moindre valeur, loin de réfuter mon opinion, ils la soutiendraient; mais je les récuse comme résultant de renseignements donnés par des malades incapables d'apprécier la cause de leur maladie, sans parler de l'inexpérience de M. Bidard, qui croit à la contagion de la gale du chien à l'homme, alors que la psore de cet animal est encore à découvrir.

M. Devergie objecte encore à ceux qui attribuent la gale à l'acarus, que cette affection *se guérit spontanément* à l'occasion d'une maladie aiguë générale, pour reparaître lors de la convalescence. Il se demande ce que deviennent les boutons et l'acarus pendant ce long espace de temps, et pourquoi il survient de nouveau des boutons avec le retour du sarcopte.

Cette objection pèche par sa base: une maladie aiguë, générale et intercurrente ne guérit pas la gale, mais entrave seulement son développement. L'acarus exige un terrain dans des conditions données, où il trouvera des humeurs avec telle ou telle qualité à absorber, une température en rapport avec ses besoins. Certains parasites ne vivent que sur les plantes et les animaux chlorotiques et débiles; notre acarus, et c'est un fait qu'il importe de noter, prospère et multiplie sur les individus les mieux portants; il dépérit et n'engendre pas sur les malades. Vous me demanderez pourquoi. Je l'ignore comme vous. Il faut seulement bien établir que l'état pathologique de ceux qui le portent ne va pas jusqu'à causer sa mort, ni probablement celle de ses générations à venir, qui à l'état d'œufs restent en puissance de vie et éclosent quand le patient revient à la santé. Il n'y a pas guérison de la gale, et par conséquent la réapparition des sarcoptes ne peut être considérée comme une invasion nouvelle et spontanée. Il est d'ailleurs tout naturel qu'il apparaisse des boutons avec les acarus, puisque ceux-ci en sont la cause indirecte.

M. Devergie veut que la gale résulte, dans certains cas, d'une prédisposition individuelle, et que certaines constitutions soient non seulement peu favorables à la production spontanée de cette maladie, mais réfractaires à la contagion directe par les acarus. Il cite à l'appui de son opinion l'exemple de M. Gruby, qui s'offrit un jour à lui pour recevoir des sarcoptes, et qui put leur donner asile sur sa peau pendant huit jours sans être ultérieurement affecté de la gale. Il faut ajouter que les expérimentateurs emprisonnaient quelques sarcoptes sous un *petit* verre de montre solidement maintenu en place par des tours de bande, c'est-à-dire qu'ignorant les besoins de ces parasites, ils les mettaient dans l'impossibilité de transmettre la gale, en les asphyxiant. — Étonné d'avoir pu prendre tous les jours, pendant deux ans et durant des heures entières, les mains des galeux dans les miennes, au foyer de chaleur de la lampe qui éclairait mon microscope, sans avoir contracté la gale, dont je voulais pourtant connaître parfaitement les effets en me la donnant, il me vint à l'idée, comme à M. Devergie, de déposer des acarus sur mon poignet gauche et de les couvrir d'un verre de montre; mais ce fut en vain que j'attendis les progrès de l'affection psorique. Je levai l'appareil, et je découvris les insectes morts dans leur prison. Il en fut de même plus tard, lors des expériences faites dans le service de M. Bazin, à propos des frictions générales et des études sur la contagion de la gale entre animaux d'espèces différentes. M. Piogey, qui me prêtait obligeamment son concours dans ces recherches, me plaça sur le bras des acarus de cheval dans les mêmes conditions, et nous les retrouvâmes morts pour la plupart quarante-huit heures après. Réflexion faite, j'en compris facilement la raison. Il faut sans doute peu d'air et peu d'espace pour sustenter la vie de ces petits parasites, mais ils s'accommodent peu des dégagements de gaz et de vapeurs humorales que la peau laisse exhaler sous un *petit* verre de montre *pendant huit jours*, et à la fin ils en meurent. Ces expériences manquant leur but, je pris une femelle de notre acarus dans les meilleures conditions de vitalité; je la déposai sur mon bras, et l'œil à l'oculaire du microscope, je l'ai suivie jusqu'à ce qu'elle se fût complétement gîtée sous mon épiderme. Cette fois l'inoculation eut tout le succès désirable: j'eus une bonne et belle gale. Je suis convaincu que la peau de tout individu en bonne santé est un terrain fertile où nos parasites de la gale, déposés en liberté, sauront bien vivre, et si M. Gruby est prêt à recommencer l'expérience, je lui promets la plus complète réussite.

M. Devergie cite trois observations qui, pour lui, sont la preuve que la gale peut quelquefois apparaître sans contagion directe, ou renaître spontanément après avoir guéri sous l'influence d'une maladie intercurrente.

La première est de M. Levaillé. Il s'agit d'un galeux qui vit disparaître les démangeaisons que lui causait la gale, pendant le cours d'un érysipèle phlegmoneux à l'une de ses mains, et qui, une fois l'érysipèle guéri, sentit renaître ses premières démangeaisons.

Dans la seconde observation, nous avons affaire à un homme vivant de rapines, ayant de fréquents rapports avec les ouvrières d'une blanchisserie, qui lui donnent la syphilis et probablement la gale par surcroît, mais qui vit cette gale remplacée par une affreuse maladie pédiculaire survenue *spontanément*, bien entendu. Les poux

---

Ces deux milieux, la campagne de Rome et les marais Pontins, sont-ils donc deux points isolés disgraciés de la nature, où la *mal'aria* aurait été exclusivement confinée? Il s'en faut bien. Mieux étudiés, ils sont plus connus; mais le littoral méditerranéen, qu'il s'appelle Italie ou Algérie, Espagne ou Égypte, Sicile ou Morée, dans tous les points où il offre des conditions climatériques analogues, produit des effets semblables à degrés variables. Ces effets, nous l'avons vu, sont d'autant plus marqués que les influences thermo-électro-hygrométriques sont plus prononcées, et que les lieux sont plus bas et plus rapprochés de l'équateur, c'est-à-dire de moindre altitude et latitude.

§ VI. — Pathogénésie.

Nous venons de voir que l'intensité et la variabilité des phénomènes thermo-électro-hygrométriques de la campagne de Rome la rangent parmi les climats excessifs; aussi le résultat de son action est-il frappant. En Afrique, nous pouvions dire que les affections dominantes étaient les fièvres d'accès escortées par la dysentérie; ici, bien que la dysentérie ne soit pas inconnue, les fièvres règnent exclusivement; endémiques dans les autres saisons, elles sont endémo-épidémiques en été sur de prodigieuses proportions, car elles sont à la dysentérie : : 20 : 1, et à toutes les autres affections internes réunies : : 16 : 1.

Disons d'abord sur quelle base nous nous appuyons pour établir ces proportions. De tous les groupes d'hommes dont se compose une armée, le bataillon est sans contredit le plus favorablement constitué pour permettre au médecin qui en a le service de santé de contrôler, d'une manière incessante, les influences des divers milieux où l'on se trouve. Huit compagnies, chacune de cent hommes en moyenne, forment un effectif assez considérable pour lui offrir des éléments suffisants d'observation, sans excéder les limites qui permettent d'en embrasser tous les détails. Le bataillon qui nous a fourni ces données statistiques était des premières troupes débarquées; il a rayonné dans diverses directions à travers la campagne de Rome; il a fait partie des troupes auxquelles sont plus particulièrement échus les travaux et gardes de tranchée; dès notre entrée dans Rome, il a séjourné dans les quartiers réputés insalubres du Transtevère; plus tard il a été cantonné au pied de l'Apennin, en hiver, pour rentrer à Rome en 1850, à la saison de la mal'aria. Il s'est donc trouvé dans toutes les conditions voulues pour que ce qui a trait à son état sanitaire puisse donner une idée exacte de ce qu'ont été les constitutions médicales qui ont régné depuis notre arrivée dans l'Italie centrale.

détruits, la gale revint de nouveau spontanément ; de telle sorte que ce malade offrit le précieux exemple de deux affections parasitiques *spontanées*, dues, l'une à la génération des acares, l'autre à celle des poux.

La troisième observation a pour sujet un menuisier, quittant les Ardennes, déjà indisposé, pour venir à Paris, où il fut obligé de s'aliter, et qui fut pris, au début, d'une affection psorique masquée bientôt par des affections cutanées générales plus graves. Ces affections étaient guéries, le malade allait très bien, quand il vit reparaître les vésicules acuminées de la gale. — M. Devergie conclut que, dans ces trois cas, la gale a disparu pour renaître spontanément. Ces observations, pour rester dans les termes d'une réfutation modérée, n'ont point l'importance que M. Devergie leur attribue ; je pourrais même les considérer comme non avenues, attendu que tout diagnostic de la gale doit porter non seulement sur des boutons, mais sur la présence de sarcoptes dont il n'est jamais question ; elles prouvent que la gale se laisse facilement masquer par d'autres affections plus générales qui, une fois guéries, ne s'opposent plus à la manifestation des symptômes de cette maladie.

M. Devergie appuie enfin sa théorie sur la curieuse observation de M. Boeck, dans laquelle une nouvelle forme de gale s'est présentée en la personne d'une jeune fille qui était couverte de croûtes composées en grande partie d'acarus. Je ne vois pas en quoi cette forme inconnue de gale importe à la génération spontanée. La facilité de la contagion, car la petite malade porta l'infection autour d'elle, *bien qu'on ne pût trouver un sarcopte vivant*, prouverait plutôt le contraire. J'ai, du reste, reçu des croûtes de la malade en question : elles sont bien composées d'amas de pellicules et de sarcoptes identiques avec celui que nous observons tous les jours. M. Boeck vient même de me faire parvenir quelques lignes, par lesquelles il me marque que, sauf la forme, cette gale inconnue dont il a été appelé depuis lors à observer d'autres exemples, est bien la psore ordinaire.

Je pourrais aborder ainsi tous les arguments de M. Devergie, et les réfuter tout aussi péremptoirement, sans en excepter ceux qui ont rapport au lieu d'élection où se trouvent les sarcoptes, ainsi qu'au traitement purement local qu'il nous reproche d'opposer à une affection qu'il croit spontanément générale, attendu qu'au fond, et sauf sa durée, la médication qu'il conseille est la même.

M. Devergie a loué ma sage réserve ; pourquoi ne l'a-t-il pas imitée ? Ou bien, s'il voulait soulever le voile mystérieux qui couvre encore la génération des parasites, que n'a-t-il, d'après le précepte de Bacon, dépouillé toutes ses idées préconçues, pour s'absorber dans la contemplation des faits ? Le champ était si beau à parcourir ! Nous aussi, ce sujet de la génération des parasites a captivé notre attention, et des travaux encore inédits, faits à Alfort, en collaboration de M. Delafond, sur la gale des animaux, apporteront peut-être leur part de lumière à la solution de ce difficile problème. Nous avons été amené à étudier la génération, non pas *spontanée*, car le mot *spontané*, qui signifie l'absence de causes appréciables, appliqué aux sciences positives, est un non-sens, mais la *génération parasitique* des acares. Non pas que nous entendions par *génération parasitique* celle qui résulterait, comme les *panspermistes* le supposent, de la puissance plastique de la matière inerte, mais bien, à l'exemple des *ovaristes*, de l'incubation d'abord latente, puis manifestée, des germes et des ovules transmis par des moyens plus ou moins connus. En un mot, je ne crois pas à une génération dite *spontanée*, mais à une génération parasitique secondairement primitive, résultant de germes préexistants dans les cavités ou les organes où ils ont été transportés par les voies d'absorption, génération *parasitique* qui peut être ou ne pas être, suivant l'état de santé ou de maladie des individus, plantes ou animaux, qui en portent le germe. Je me suis demandé si les maladies parasitiques de l'homme, telles que la teigne, les affections pédiculaire, psorique, pouvaient exister comme chez les animaux, et par le transport direct des parasites tout développés, dans les conditions propres à leur reproduction immédiate, et par le fait de l'organisation ou de l'animation de germes ou d'ovules transmis, mais conservés pendant un temps plus ou moins long à l'état latent. De telle sorte que la génération parasitique ne serait pour nous *primitive* que relativement à la multiplication des parasites entre eux ; aussi l'avons-nous appelée *parasitogénie*.

La génération spontanée n'a plus pour elle aujourd'hui que les ontologistes, qui, faute de pouvoir découvrir les causes manifestes de la reproduction des êtres, prêtent à la matière des propriétés, des forces, qui lui permettraient de s'organiser et de créer la vie. On comprend d'ailleurs qu'on ait pu croire à la génération dite spontanée, avant les travaux sur l'helminthologie, qui ont enfin donné l'explication de la génération fort étrange de certains entozoaires qu'on rencontrait dans les cavités closes les plus profondes, sans qu'on pût s'expliquer par quelles voies ils y étaient entrés. Mais depuis qu'on a fait naître à volonté certains vers intestinaux, les cestoïdes, par exemple, dans le péritoine, les muscles et le cerveau, et rapporté au même ordre des helminthes agames qu'on avait considérés à tort comme des individus différents, complétement formés, et qui n'étaient que le même ver à des phases diverses de son développement embryogénique, pourvu, en dernière analyse, de sexualité ; depuis qu'on a suivi les entozoaires dans leur migration, car un grand nombre ont besoin, pour subir toutes leurs évolutions, d'être ingérés successivement dans le corps d'animaux d'un ordre de plus en plus élevé : ce qui se voit pour les helminthes propres aux mollusques qui deviennent la proie des poissons, puis, avec ceux-ci, la pâture des oiseaux ; puis, enfin, avec ces derniers, celle des carnassiers, en suivant régulièrement dans ces divers habitats leur métamorphose et leur complet développement ; depuis qu'on a pu suivre les germes du ténia, qui de l'intestin pénètrent dans le cerveau pour y former le cœnure et causer le tournis des moutons ; depuis que Shawn a démontré, contrairement à l'o-

---

A notre embarquement à Marseille, nous avions été en butte au froid humide par un temps de mistral et de pluie qui nous retint deux jours au mouillage. Cette intempérie n'exerça pas une action bien marquée sur la santé du plus grand nombre, mais produisit chez quelques-uns des angines et des troubles digestifs ; plusieurs eurent, à notre troisième journée de navigation, des accès de fièvre de première invasion chez les uns, ou récidivée chez d'autres, dont quelques-uns furent laissés à Civita-Vecchia.

Aux premiers jours de mai, le mouvement des ambulances fut considérable, à peu près exclusivement alimenté par les blessés de la journée du 30 avril.

La fin de mai, par des journées de sirocco, fournit déjà quelques accès pernicieux sur les plateaux d'Acqua Traversa, en amont de Rome. En juin, il en fut de même, sans que cependant les cas de fièvre fussent nombreux ; car nous n'avions eu en mai que 15 fiévreux entrés aux ambulances, et nous n'en eûmes que 21 en juin, ce qui est minime, sur plus de 800 hommes qui, par une fatale compensation, payaient alors un sanglant tribut aux armes à feu.

Cet état sanitaire ne répondait pas à certaines prédictions sinistres qu'on nous lançait, et qui ne devaient commencer à se réaliser qu'un mois plus tard.

On a avancé que la cause principale de ce retard dans l'apparition de l'endémo-épidémie dans l'armée française tenait à l'état de surexcitation des esprits. Nous ne partageons point cette manière de voir, par un double motif : d'une part, cette surexcitation morale n'existait pas, et d'ailleurs, aurait-elle eu passagèrement sa raison d'être, qu'elle était physiologiquement impossible pendant tout le temps que nous avons passé sous Rome.

La position du corps expéditionnaire n'était point celle d'une armée courant à la frontière repousser une invasion, ou livrant une bataille d'où va dépendre le sort de sa nation ; ce n'était pas non plus celle d'une garnison assiégée qui se défend en désespérée ; toutes circonstances où l'animation résulte bien plus de l'état des esprits que du bruit de la poudre.

Dans les États romains, le cachet de la situation était le calme de l'obéissance et l'incertitude des événements. A la première marche sur Rome, serait-on reçus en amis ou en ennemis ? telle était la question générale restée douteuse jusqu'au 29 avril, jour dans la soirée duquel une décharge de mousqueterie sur 25 chasseurs à cheval envoyés en reconnaissance fut le sinistre présage de la journée du 30.

Les portes de Rome seraient-elles ouvertes par la diplomatie ou par le canon ? telle fut ensuite l'alternative qui s'agita longtemps avec des chances diverses, et laissa régner pendant plus d'un mois une sorte d'anxieuse in-

pinion de Spallanzani, que, de deux infusions, l'une exposée au contact de l'air ambiant, l'autre à celui d'une atmosphère d'air débarrassée de toute matière organique, la première seule produisait des infusoires, etc., etc., personne ne croit plus à la génération spontanée, mais à la génération parasitique résultant de la présence des germes.

Chaque recherche physiologico-pathologique exige une certaine méthode scientifique en dehors de laquelle tout n'est qu'erreur et confusion. Il est clair, par exemple, dans la question qui nous occupe, qu'il faudrait, pour trouver les *lois positives* de la génération parasitique, procéder du simple au composé et connaître toujours préalablement les deux facteurs mis en jeu, savoir, d'une part le parasite, et de l'autre l'individu, plante ou animal, sur lequel il peut vivre plus ou moins accidentellement. Il va sans dire que, ne pouvant suivre rigoureusement cette méthode, les travailleurs en ont, comme nous, approché autant que leur position le leur permettait, et sans pouvoir résoudre, toutefois, cette immense question dans son ensemble. Quoi qu'il en soit, nos études sur la gale des animaux ont augmenté le nombre des faits sur lesquels repose cette grande loi, à savoir, que les parasites, et les sarcoptes en particulier, ne vivent et ne se multiplient que sur des individus pathologiquement troublés dans leur santé. C'est ainsi que nous avons transmis à six moutons de différents âges, *mais tous dans un état parfait de santé*, des centaines d'acares mâles et femelles isolés et accouplés, sans pouvoir leur donner la gale. Au bout de quelques jours, ces sarcoptes mouraient tous successivement, après avoir vainement essayé de se nourrir en ponctionnant une peau gorgée de sucs en apparence assimilables. Mais ces mêmes moutons, soumis pendant quelques mois à un régime débilitant qui les rendait chlorotiques, et comme frappés d'une cachexie psorique, devinrent prédisposés à la génération parasitique *intrà* et *extrà*, à tel point qu'on trouvait des helminthes dans le parenchyme de leurs organes profonds, et qu'une seule femelle d'acare fécondée, et même seulement des œufs déposés sur leur peau, développaient la gale avec une effrayante rapidité. L'influence des bons pâturages, des soins hygiéniques, sur la production de la gale ou sa disparition dans les troupeaux est telle, que les Allemands ont pensé que la psore naissait spontanément, alors qu'elle résultait seulement de l'animation des germes portés en puissance de vie sur la peau des bêtes à laine. La peau des moutons fréquemment exposés aux pluies d'automne ou du printemps, mal nourris, renfermés au milieu de l'atmosphère chaude et étouffée des bergeries, devient souvent le siége d'une sorte de désorganisation particulière. L'épiderme se ramollit, se gonfle; le suint sécrété s'altère, devient rance, acide; des produits ammoniacaux si favorables à la génération des parasites se forment, et bientôt la décomposition des tissus et des sécrétions est telle, qu'il en résulte une sorte de fermentation. Si le mouton se trouve débilité et sous le coup d'une cachexie essentiellement favorable à la production des helminthes, un travail pathogénique, semblable à celui qui s'opère sur les muqueuses internes, s'effectue sur son tégument, et la génération parasitique des sarcoptes en est la conséquence. Il se passe là le phénomène que nous voyons tous les jours se produire sur les matières animales et végétales en décomposition, qui développent les principes nécessaires à l'animation des germes et donnent naissance à des acares. On ne peut nier, en effet, qu'il n'y ait une entière identité entre la génération parasitique de tous ces acares, qui ont d'ailleurs la même organisation; et comme les phénomènes de fermentation et de décomposition sont certainement plus prononcés au milieu des divers éléments qui constituent la peau de mouton, on conçoit facilement que la parasitogénie y trouve les conditions les plus favorables à son développement.

Mais il est bien entendu que le mouton porte sur lui, comme les autres animaux, ainsi que les plantes, les fruits et toutes les matières organiques, des germes toujours prêts à s'animer, si des conditions pathologiques de décomposition, puis de chaleur, de lumière et d'électricité, provoquent les manifestations de la vie, et que nous n'avons pas affaire à une génération semblable à celle qui a présidé à la création primordiale de ces parasites. Des germes de génération parasitique se trouvent dans l'air, dans l'eau, dans les aliments. Les animaux en absorbent à tout instant, le tégument lui-même en recèle sans que la santé en soit en rien troublée. Mais qu'une condition pathogénique favorable à leur organisation apparaisse, ces germes parasitiques, produit direct d'un être animé et non de l'association de la matière inerte, donneront lieu à un être vivant, doué, après des métamorphoses successives, de sexualité, et propres à se reproduire.

Mais M. Devergie répondra : « Si les choses se passent ainsi, notre dissidence est plus dans les mots que dans les idées. Substituons, si vous y tenez, le mot *parasitique* au mot *spontanée*, et alors ma doctrine reste entière; puisque, de votre aveu, les animaux portent sur eux des germes de sarcoptes toujours prêts à éclore et à s'animer, il peut en être de même pour l'homme, qui, dans certaines conditions données, verra naître sur lui les sarcoptes dont il possède les germes, et avoir la gale sans la recevoir d'un autre galeux. Je n'ai jamais voulu dire autre chose. » M. Devergie pourrait avoir raison; mais malheureusement les faits sont en opposition avec sa théorie. Les parasites se développent sur les animaux, et par contagion directe et par amination des germes, mais seulement quand ils se trouvent dans certaines conditions pathologiques données; et c'est justement le contraire chez l'homme, dont l'acare exige des conditions opposées pour vivre et se développer, à tel point qu'il végète sur les impotents et prospère sur les individus en parfaite santé; de telle sorte que, suivant les lois spéciales qui président à son développement, s'il pouvait naître par le fait de l'animation des germes cachés sur la peau, c'est sur les hommes bien portants, et non sur les individus débiles, qu'il apparaîtrait. Et comme on n'a jamais scientifiquement constaté la génération parasitique du sarcopte sur l'homme sain ou malade, sans la transmission directe du sarcopte lui-même, on ne peut dire que, chez lui

---

certitude faite bien plus pour fatiguer les esprits que pour les surexciter.

Enfin, le 3 juin, la poudre parle de nouveau. La prise de la villa Pamphili et l'ouverture de la tranchée tiennent pendant trois jours tout le monde en émoi; puis les parallèles se creusent progressivement sous une grêle de projectiles aux sifflements desquels les hommes furent bientôt habitués. C'est si vrai, qu'aux premières gardes de tranchée on put maintenir en éveil, l'arme au poing, des bataillons entiers; mais aux suivantes, quoi qu'on fît, ils s'en rapportaient aux factionnaires de donner l'alarme s'il y avait lieu, et dormaient profondément. Comment, d'ailleurs, en eût-il été autrement? Lorsqu'ils étaient à la sape, ils avaient du moins douze heures de travail actif; mais, étant de garde, vingt-quatre heures d'immobilité dans un fossé, en juin, ne pouvaient moins faire que de provoquer un irrésistible sommeil.

Ce sommeil au milieu du danger, où tout homme, en définitive, quelque courageux qu'il soit, reste, sinon avec l'appréhension, du moins en face dela possibilité d'être atteint comme ses voisins, surtout par les éclats d'obus, était-il aussi réparateur que celui du camp? Nous ne le croyons pas; mais ce n'était pas là une source d'excitation. On peut même dire qu'après quelques journées militairement plus *chaudes* que les autres, où l'on enlève des positions, où l'on ouvre la tranchée, où l'on repousse des attaques ou des sorties, où l'on monte à l'assaut, de toutes les opérations de la stratégie, celles d'un siége sont celles qui se font avec le plus de sang-froid, parce que ce sont les plus lentes et celles dans lesquelles l'action individuelle est absorbée dans l'action collective.

Enfin, les circonstances eussent-elles été de nature à tendre plus fortement les esprits, que force eût été à l'impressionnabilité, quelque vive qu'elle eût pu être, de s'émousser à la longue; car nous n'admettons pas qu'une surexcitation morale eût pu rester continue d'avril en juillet, époque de notre entrée dans Rome.

Si donc l'endémo-épidémie a éprouvé un peu de retard dans son développement, c'est surtout à cause des deux particularités suivantes : 1° l'état sanitaire des troupes était excellent au débarquement; 2° le printemps de 1849 fut moins variable que de coutume; double circonstance qui a rendu plus lentes les modifications physiologiques que subit préalablement l'organisme pour arriver à l'aptitude, à l'imminence et à l'état fébrile.

En effet, quelle que soit l'inclémence d'un milieu, en règle générale, l'organisme réagit toujours un certain temps contre ses influences avant de les traduire en formes morbides. De plus, en invoquant les analogies du climat de Rome avec celui de l'Algérie, où les mois d'avril, de mai, de juin encore, sont les plus favorables pour les expéditions, on pouvait

comme chez les animaux, la gale puisse naître sans contagion directe. Cette exception à la loi générale répugne à notre esprit de généralisation. Il nous semblerait plus philosophique de voir l'acare de l'homme soumis à la loi de la génération parasitique ; peut-être découvrira-t-on un jour les raisons positives qui le mettent ainsi en dehors du droit commun. Mais nous devons, pour le moment, rester dans le domaine des faits ; et alors que la prédisposition pathologique, indispensable pour les animaux que la gale peut atteindre, n'est plus nécessaire pour l'homme, faire provisoirement une exception en sa faveur, jusqu'à ce que des études méthodiquement instituées permettent d'affirmer, si la génération parasitique qui produit la gale est ou non soumise aux lois générales de la parasitogénie.

En dernière analyse, M. Devergie n'a pas démontré, par des faits probants, la génération *parasitique* et encore moins la génération *spontanée* des acares de la gale de l'homme.

DES RÉTRÉCISSEMENTS COMMENÇANTS DE L'URÈTRE, ET DE LA BLENNORRHÉE QUI LES ACCOMPAGNE, par M. J. ROLLET, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille. (Mémoire présenté à la Société de médecine de Lyon.)

Suite. — Voir les numéros 34 et 36.

Jusqu'à présent je n'ai fait qu'expliquer le mécanisme par lequel les rétrécissements succédaient à l'inflammation blennorrhéique circonscrite sur un ou deux points du canal. Il faudrait maintenant remonter plus haut et rechercher d'où vient que la blennorrhagie aiguë passe à l'état chronique ; pourquoi cette phlegmasie chronique se localise et se perpétue ; en un mot, étudier les causes générales de la blennorrhée et par suite des rétrécissements. Mais cette digression m'éloignerait trop de mon but. D'ailleurs l'étiologie de la blennorrhée a été traitée par Hunter avec une justesse d'appréciation à laquelle il y a peu à ajouter.

Il faudrait aussi rechercher et mettre en relief ce qui, dans la physionomie générale, les caractères particuliers ou la marche de la maladie serait de nature à faire distinguer les cas simples des cas compliqués, la blennorrhée essentielle de la blennorrhée avec coarctation. Mais je doute qu'on trouve jamais là des éléments de diagnostic bien satisfaisants.

L'écoulement symptomatique peut n'apparaître que le matin sous forme de goutte qui arrive d'elle-même au méat, qu'on ramène par la pression du canal, ou qui est balayée par le premier jet de l'urine. Il peut devenir plus abondant, tacher le linge, et, sous l'influence d'excès de toute espèce, arriver à l'état de blennorrhagie sub-aiguë. A ces différents états, il peut être successivement muqueux, verdâtre, opalin, purulent, éprouver, en un mot, toutes les modifications que présente de son côté l'écoulement essentiel.

C'est seulement dans quelques cas de rétrécissements anciens que, par suite de l'altération profonde de la prostate, le catarrhe devient si abondant et revêt une apparence glaireuse si caractéristique qu'il est difficile de méconnaître son origine et sa signification. Dans ces cas, les mucosités incessamment versées dans le canal peuvent donner lieu non seulement à un écoulement continu, mais à une véritable éjaculation catarrhale; l'obstacle retenant derrière lui une partie de la sécrétion qui s'y accumule jusqu'au moment où le canal la rejette en masse dans les efforts de la miction et surtout de la défécation. C'est aussi alors qu'on peut confondre ce catarrhe urétro-prostatique, comme l'ont fait bien souvent et malades et chirurgiens, avec les pertes séminales involontaires.

Si une blennorrhée existe, si elle est rebelle, il ne faut donc pas dire, comme on le répète avec Hunter : « Voyez si le jet de l'urine est plus petit qu'à l'ordinaire, si l'émission de l'urine est difficile, si les besoins d'uriner sont fréquents, et si cela est, faites l'exploration de l'urètre avec une sonde. » Il faut, même en l'absence de ces troubles fonctionnels, procéder avec confiance à l'exploration. C'est ce qui résulte de notre première démonstration, que les rétrécissements peuvent exister longtemps sans imprimer au jet une modification appréciable, et de cette dernière, qu'on ne saurait trouver dans la blennorrhée qui les accompagne au début aucun signe susceptible de faire distinguer les cas où elle est symptomatique de ceux où elle est essentielle.

D'ailleurs, qu'on ne l'oublie pas : si les rétrécissements sont, ce qui est incontesté, une maladie très commune, si, pendant une longue période de leur développement, ils existent presque tous sous le couvert de la blennorrhée ; si, d'un autre côté, le nombre des écoulements rebelles est, en définitive, assez limité, il faut bien convenir que cette exploration est indispensable, et doit, plus souvent qu'on n'est porté à le penser, faire découvrir la véritable cause du mal.

Le procédé le plus anciennement usité pour explorer l'urètre, dans les cas de rétrécissements soupçonnés, c'est le cathétérisme avec de gros instruments pleins ou creux, de métal ou de gomme. Lorsque la sonde, introduite dans l'urètre suivant les règles ordinaires, est arrêtée avant d'arriver à la vessie, on est en droit de conclure qu'elle a trouvé un obstacle dans le canal. Mais cet obstacle est-il toujours un rétrécissement? Je ne décrirai pas ici toutes les obstructions qui peuvent arrêter la sonde, tels que les calculs urétraux, les tumeurs prostatiques, non plus que les obstacles naturels signalés par tous les chirurgiens, tels que la courbure de l'urètre, qui fait que la sonde, abaissée trop tôt, va heurter contre la symphyse, le cul-de-sac du bulbe, le resserrement spasmodique de la portion musculeuse, la crête urétrale, l'excavation prostatique, etc., il me suffit de mentionner toutes ces difficultés pour faire apprécier à sa juste valeur un mode d'exploration dont on a, du reste, reconnu depuis longtemps l'insuffisance.

Un autre procédé déjà connu en Angleterre du temps de Hunter,

---

prévoir qu'avant juillet les troupes françaises ne seraient pas trop maltraitées par *les maladies*.

Mais il n'y avait pas à se faire illusion ni à compter sur l'immunité ; placés au centre de ce vaste miroir concave, tourné au sud, que forment l'encadrement et l'inclinaison du sol ; exposés aux bivouacs ou à la tranchée, aux rayons d'un soleil ardent, aux brusques variations atmosphériques, à l'humidité froide des nuits transformée en vapeur d'étuve pendant le jour ; en butte aux fatigues, parfois aux privations; avisés sur les maladies du lieu, tenus en éveil par un certain nombre de fièvres et d'embarras gastriques, nous devions considérer ces manifestations morbides comme les prodromes de la saison endémo-épidémique.

(*La suite prochainement.*) Docteur ARMAND.

Le Conseil académique a procédé, dans sa séance du 15 de ce mois, à la présentation des candidats pour la chaire de Clinique chirurgicale. Il y avait 15 votants.

Pour la 1re place : M. Jobert a obtenu 9 voix, M. Michon, 6.
Pour la 2e place : M. Michon a obtenu 14 voix, M. Gosselin, 1.
Pour la 3e place : M. Gosselin a obtenu 11 voix, M. Richet, 4.

La liste du Conseil académique se trouve donc ainsi composée :

MM. JOBERT,
MICHON,
GOSSELIN.

Quoique M. Richet, présenté par la Faculté de médecine, n'ait pas eu l'avantage de figurer sur la liste du Conseil académique, nous croyons être bien informés en assurant que les membres de ce Conseil n'ont pas eu un seul instant la pensée de *rectifier* (ainsi que cela a été dit) la présentation faite par la Faculté. Le Conseil académique connaît et apprécie les titres de M. Richet, et s'il ne l'a pas présenté, c'est qu'il a pris en considération, indépendamment des services rendus par M. Gosselin comme chef des travaux anatomiques, les résultats mêmes du vote exprimé par la Faculté de médecine. M. Gosselin, avant le scrutin définitif, avait obtenu le même nombre de voix que M. Richet, douze contre douze; une seule voix lui a donc manqué plus tard pour être placé sur la liste. Dans cet état de choses, le Conseil académique a pensé qu'il pouvait dédommager M. Gosselin par un témoignage de sympathie mérité d'ailleurs, sans porter la moindre atteinte à la situation et à l'estime si justement acquises par son compétiteur. A. D.

et pratiqué de nos jours par M. Civiale, consiste à introduire dans le canal des bougies molles de cire. Si ces bougies sont trop volumineuses pour entrer dans la partie rétrécie, elles s'arrêtent devant elles comme les grosses sondes; mais on doit les choisir de calibre, et alors elles ont l'avantage, quand on les retire après leur avoir fait franchir le rétrécissement, d'en rapporter l'empreinte.

La sonde exploratrice de Ducamp a été imaginée dans le même but. Munie à son extrémité d'un mélange de différentes substances emplastiques qui lui donnent un assez fort diamètre, elle s'arrête devant l'obstacle. Mais si l'on fait de nouveaux efforts pour l'introduire, son extrémité molle s'effile dans l'ouverture du rétrécissement et en rapporte l'empreinte avec beaucoup plus de perfection que la bougie.

Lorsque le rétrécissement est ancien, l'exploration par les empreintes est bien préférable à l'exploration avec les grosses sondes. Les sondes ne peuvent donner que des présomptions sur la nature de la maladie, puisqu'elles peuvent être arrêtées par beaucoup d'obstacles différents; avec les bougies, on a une certitude, car si elles rapportent une empreinte, c'est qu'elles ont nécessairement passé par la filière d'un rétrécissement. Mais dans les coarctations commençantes, ni l'un ni l'autre mode ne conviennent. Le meilleur des deux, le second, est jugé par ce fait bien simple que la sonde exploratrice, lorsque le point rétréci a un diamètre presque égal à celui du méat, ne peut pas rapporter une empreinte appréciable. D'ailleurs, pour que la bougie ou la sonde s'effilent dans le rétrécissement, il faut qu'elles soient poussées contre lui avec force et qu'elles le distendent énergiquement; en un mot, l'empreinte ne peut être obtenue qu'au prix d'une vive douleur et d'une violence exercée sur le canal.

Le moyen qui a toutes mes préférences c'est l'exploration rétrograde avec les instruments boutonnés.

Le cathétérisme avec des instruments à boule est de l'invention de M. Bell. Il se servait de tiges métalliques flexibles, terminées par des boules d'or ou d'argent de différents diamètres. Il les présentait successivement dans l'urètre, en commençant par les plus grosses, jusqu'à celle qui pouvait franchir l'obstacle. Une fois l'obstacle dépassé, il retirait l'instrument. La sensation de résistance qu'il éprouvait dans le double mouvement de va-et-vient lui donnait non-seulement la notion positive de l'existence d'un rétrécissement, mais encore la mesure de sa longueur, en même temps que le diamètre de la boule lui indiquait celui de l'ouverture qu'elle venait de traverser.

Plusieurs cathéters ont été construits d'après les mêmes principes que celui de Bell. M. Ségalas a fait ajouter au précédent instrument une canule de gomme qui en enveloppe la tige métallique. Arrivé devant l'obstacle, il maintient la canule immobile, et pousse la tige, et par conséquent la tête du cathéter, de manière à lui faire franchir le rétrécissement. Celui-ci se trouve donc compris entre la canule qui est en avant et la boule qui est en arrière, et mesuré par la longueur de la portion de tige qui sépare ces deux parties de l'instrument. Un autre cathéter, imaginé par M. Amussat, a la forme d'une sonde ordinaire droite, mais il se compose d'une canule non percée à son centre et d'un mandrin terminé par une lentille, de telle sorte qu'en tournant le mandrin, la lentille devient saillante au bout de la canule, et forme une crête qui peut accrocher la partie postérieure du rétrécissement, comme la tête des instruments précédents.

Tous ces cathéters, quoique fort ingénieux, ont un inconvénient capital, c'est d'être métalliques, et partant rigides. Leur introduction est difficile, et les sensations qu'on cherche à obtenir en les promenant en deçà et au delà de l'obstacle ne sont pas aussi distinctes que s'ils avaient plus de souplesse et de flexibilité. En leur substituant des instruments de gomme, M. Leroy a réalisé un véritable progrès.

Les bougies boutonnées de gomme de M. Leroy ne diffèrent pas essentiellement, pour la forme, des bougies métalliques de Bell. Leur renflement offre seulement plus de variétés : il est arrondi, conique, allongé, et pour remplir différentes indications auxquelles j'attache moins d'importance que l'inventeur, les bougies à renflement arrondi, un peu conique, me paraissent suffisantes, avec des variétés dans le diamètre, pour fournir tous les éléments d'un bon diagnostic.

Avec les grosses sondes on peut tout au plus arriver au diagnostic du siége d'un rétrécissement; avec les bougies à empreinte, on ne peut reconnaître que son siége et son diamètre; avec les bougies à boule, le diagnostic se complète, on détermine non seulement le siége et le diamètre, mais encore la longueur de la coarctation, et, s'il y en a plusieurs, on les reconnaît toutes avec la même précision.

Mais c'est surtout pour le diagnostic des rétrécissements commençants, que les bougies à boule ont sur les autres moyens d'exploration une supériorité que nous ne saurions trop faire ressortir. Pour reconnaître avec les sondes un rétrécissement à son début, il faut, de toute nécessité, choisir les plus fortes que puisse admettre le méat. Mais qu'arrive-t-il? L'instrument, serré dans l'ouverture de l'urètre, chemine avec peine le long du canal, et tout lui devient obstacle. Au contraire, la bougie à tête peut éprouver des difficultés à l'entrée de l'urètre; mais une fois introduite elle devient libre; car c'est sa partie la plus mince, sa tige, qui est désormais en rapport avec le point le plus étroit du canal, l'orifice. La sonde exploratrice de Ducamp et les cathéters de Ch. Bell et de MM. Amussat et Ségalas n'ont pas, il est vrai, cet inconvénient d'être étreints par le méat et de ne pas jouer librement dans le canal; mais, comme les grosses sondes et même mieux qu'elles, ils peuvent s'arrêter à la courbure du canal, dans le cul-de-sac du bulbe, à tous les passages naturellement difficiles que, grâce à la flexibilité de sa tige, la bougie à boule franchit sans peine.

D'ailleurs, si nous laissons de côté les comparaisons, ne voit-on pas que la bougie boutonnée a une double disposition instrumentale éminemment favorable au cathétérisme, et l'on peut presque dire voisine de la perfection? Avec sa tête conique, elle a, comme les grosses sondes, l'avantage de déplacer le canal et de s'y faire une large voie, en même temps qu'avec sa tige souple et mince elle s'accommode à ses courbures, comme les petites bougies, et le suit dans toutes ses directions.

La bougie à boule s'introduit, le malade étant debout, sans préparation, sans difficultés, et, si le canal n'est pas trop irrité, sans douleur. On peut donc appliquer les explorations à tous les cas suspects, et les multiplier sans avoir à regretter, lorsqu'elles sont sans résultat, d'avoir causé de vives souffrances ou déployé un grand appareil. La bougie pénètre dans l'urètre mollement, sans violence; elle en revient comme elle y est entrée, ou plutôt c'est alors qu'elle donne le plus nettement aux mains expérimentées la sensation de tous les frottements normaux ou anormaux qu'elle éprouve dans chaque point du canal. Avec un peu d'habitude, on arrive à juger de l'état de l'urètre, à l'aide de la bougie à boule, presque aussi sûrement qu'on le ferait par le toucher direct, s'il était possible. Mais pour cela il faut procéder avec méthode, et mettre à profit toutes les données que nous possédons sur la longueur totale et partielle et sur le calibre du canal.

On doit faire une première épreuve, qui consiste à introduire une petite sonde de gomme, à la retirer dès que l'urine commence à couler, et à mesurer, comme nous l'avons dit, la distance qui sépare l'œil de la sonde du point qui répondait au méat. Avec cette mesure, qui est celle de la longueur totale de l'urètre, avec les mesures générales que nous avons citées plus haut, et à l'aide d'un calcul de proportion très simple, on arrive à reconnaître très approximativement, dans le cas particulier que l'on étudie, la longueur partielle des différentes régions du canal.

Cette première épreuve faite, procédez au cathétérisme avec une bougie à boule : il sera facile de vous rendre compte de la position qu'occupe, à un moment donné, la tête de la bougie. Cette appréciation peut se faire dans les deux temps du cathétérisme, c'est-à-dire, pendant que l'on introduit la bougie du méat au col, ou pendant qu'on la retire du col au méat; dans le premier cas, c'est la longueur dont on enfonce la tige graduée, et dans le second, celle dont on la retire, qui indiquent la position de la tête.

Si l'urètre a 20 centimètres de longueur totale, on a tout lieu de supposer que la portion spongieuse a 15 à 16 centimètres, les régions membraneuse et prostatique 4 à 5 centimètres, etc. La tige

de la bougie est-elle enfoncée de 15 centimètres dans le canal, la tête touche au cul-de-sac du bulbe, c'est-à-dire à la fin de la portion spongieuse; à 18 centimètres, elle est dans la prostate; à 20, au col. D'un autre côté, si on la retire, lorsqu'elle est au col, de 2 centimètres, elle arrive dans la prostate; un retrait de 4 à 5 centimètres la ramène au bulbe, etc.

Cette appréciation trouve une sorte de contrôle dans le degré de constriction éprouvé successivement par la tête de la bougie, chaque région de l'urètre ayant son calibre propre et presque une manière spéciale de serrer l'instrument. Si la tête de la bougie est de calibre, elle franchit avec peine le méat; elle devient libre dans la fosse naviculaire; elle glisse à frottement dans la région spongieuse, et redevient libre au bulbe; elle éprouve une constriction particulière dans la portion membraneuse contractile; elle frotte à peine dans la portion prostatique, toujours la plus large; enfin elle est serrée presque convulsivement au col, où elle excite un besoin subit d'uriner. Au retour, sa marche est marquée par les mêmes alternatives, qui, alors sont plus nettement appréciables, et encore plus susceptibles de bien faire distinguer les points du canal auxquels elle touche successivement.

Les applications sont faciles à faire.

Qu'il existe une inflammation simple, ou mieux une ulcération à la surface du canal : au contact de la bougie boutonnée avec l'ulcération, il se développe une douleur plus ou moins vive qui commence dès que la tête de la bougie arrive sur le point malade, qui cesse dès que ce point est dépassé, qui permet, par conséquent, de circonscrire la maladie. Le mal une fois circonscrit, on a bien vite reconnu quelle partie du canal est affectée, ou, ce qui est plus pratique, à quelle profondeur siége la maladie; car s'il est facile, comme on vient d'en avoir la preuve, de distinguer les unes des autres les différentes régions de l'urètre, lorsque toutes sont dans le même état d'intégrité, à plus forte raison distinguera-t-on celle que le mal aura seule envahie, et qui se fera remarquer par sa sensibilité exagérée; et, comme corollaire, s'il devient nécessaire de porter le caustique dans le canal, l'opération pourra s'exécuter avec une grande précision, et le topique atteindre tout le mal sans en dépasser les limites.

Si la maladie est plus avancée, si, au lieu d'une phlegmasie simple ou d'une ulcération, on a devant soi un rétrécissement, voici comment on doit procéder : On fait un premier essai de cathétérisme avec une grosse bougie boutonnée; si la tête de la bougie a plus de diamètre que l'obstacle, elle s'arrête devant lui; on doit renouveler l'opération avec des bougies de moins en moins grosses, jusqu'à ce que l'on arrive à le franchir, car c'est avec la bougie de calibre qu'on éprouve, au niveau du rétrécissement, ces sensations nettes, distinctes, dont il est impossible de méconnaître la signification. En effet, que se passe-t-il? La tête glisse librement jusqu'à la partie rétrécie; elle entre avec peine dans le cercle du rétrécissement; elle glisse à frottement dans toute son étendue; elle devient libre brusquement et comme par soubresaut dès qu'elle l'a franchi; enfin, si on la ramène d'arrière en avant, de manière à lui faire traverser la coarctation à rebours, les mêmes alternatives de constriction et de glissement libre se reproduisent, deviennent même plus sensibles, et servent de contre-épreuve.

On ne peut déjà plus douter de l'existence d'un rétrécissement, lorsque l'exploration a été répétée plusieurs fois avec le même résultat; mais on a une certitude véritablement mathématique, lorsqu'une bougie ordinaire, un peu plus forte que la bougie boutonnée et passée dans le but d'opérer une première dilatation, est manifestement serrée dans la partie présumée rétrécie du canal.

Lorsqu'on est sûr de l'existence d'un rétrécissement, il reste à déterminer son diamètre, sa longueur, son siége, le degré de son développement, en un mot toutes ses manières d'être, et même les différentes lésions du canal qui peuvent le compliquer. La bougie à boule, mieux que tout autre moyen d'exploration, est capable de donner sur tous ces points des notions précises. Les considérations qui précèdent le prouvent surabondamment. Cependant je dois faire observer que le siége des rétrécissements commençants a une autre importance que celle qu'on lui attribue généralement. Comme les différentes parties de l'urètre ont chacune leur diamètre propre, il faut, de toute nécessité, pour juger du degré de rétraction qu'elles ont subi, savoir où siége la maladie : un rétrécissement de 7 millimètres de diamètre, par exemple, s'il siége à la région membraneuse, est, pour ainsi dire, à l'état naissant, puisqu'il n'a encore fait perdre au canal que 2 millimètres de son diamètre. Un rétrécissement semblable, situé au niveau du bulbe, serait beaucoup plus avancé, car il aurait déjà rétréci le canal de 4 à 5 millimètres; et si, dans le premier cas, on peut conserver quelques doutes sur l'existence de la maladie, en raison du peu de différence qui existe entre le diamètre nouveau et le diamètre normal de la région malade, la différence, dans le second, est assez grande pour que le diagnostic ne reste pas indécis. Déterminer le siége d'un rétrécissement, c'est donc, avec tous les autres avantages que l'on peut en retirer lorsqu'on est appelé à agir localement contre lui, apprendre quel est le degré de développement auquel il est parvenu, et donner au diagnostic une plus grande certitude.

Cependant il ne faut pas se faire illusion. Si la bougie à boule est le moyen le plus parfait que nous ayons à notre disposition pour reconnaître la généralité des rétrécissements, même au début, avouons qu'elle est quelquefois impuissante. Elle accuse avec une grande précision ceux dont le diamètre est inférieur, égal ou un peu supérieur à celui du méat ou de la partie antérieure de l'urètre; mais ceux qui, siégeant au bulbe, n'ont encore rétréci le canal que de 1 à 2 millimètres, qui ont, par conséquent, 10 à 11 millimètres alors que le méat n'en a que 7 à 8, comment les ferait-elle découvrir?

L'instrument de M. Amussat est seul applicable au diagnostic de ces cas difficiles. Après l'avoir introduit dans l'urètre jusqu'en arrière de la coarctation, on peut, en tournant sa tige, donner à son extrémité un très grand diamètre sans que le corps de l'instrument devienne plus volumineux, et par suite accrocher, en le retirant, les moindres resserrements des parties même les plus larges du canal.

Mais à quoi bon? Un pareil rétrécissement reconnu, le traiterait-on par l'incision ou par la cautérisation? Ces méthodes ne conviennent pas aux rétrécissements commençants. Chercherait-on à l'effacer à l'aide de dilatateurs mécaniques qui ne se renflent qu'au niveau de l'obstacle? Ce mode de dilatation est encore trop imparfait pour que l'on puisse y recourir sans inconvénients. D'un autre côté, la dilatation simple, graduelle, n'aurait de prise sur eux que dans les cas où le méat et la partie antérieure du canal seraient exceptionnellement très larges ou très dilatables. Le diagnostic n'aurait donc qu'une portée thérapeutique très incertaine. Or, il n'est véritablement utile de reconnaître une coarctation qu'à l'époque où il est possible de lui opposer des moyens curatifs.

Mais c'est assez insister sur un diagnostic où des préceptes plus nombreux, des détails plus minutieux ne sauraient suppléer à un exercice répété et à une certaine délicatesse de la main chargée de diriger la bougie. Voyons le traitement.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 12 JUIN 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

CHIRURGIE. — *Mémoire sur l'accroissement de la membrane des bourgeons charnus et les usages de la suppuration dans la cicatrisation des plaies exposées*, par M. *Laugier*. — Après avoir rappelé les travaux de Hunter et de Thompson sur la réunion des plaies, l'auteur signale les lacunes laissées par ces chirurgiens dans l'exposition des phénomènes de la cicatrisation. Comment a lieu l'accroissement de la membrane des bourgeons charnus, avant la formation du tissu cicatriciel? A quoi sert la suppuration de cette membrane? Est-elle utile ou nuisible aux plaies dont elle paraît retarder la guérison? Telles sont les questions soulevées par M. Laugier, qu'il a cherché à éclaircir par des expériences et auxquelles il répond par les conclusions suivantes : — *a*. L'organisation de la mem-

brane des bourgeons charnus continue après la formation de ces bourgeons, comme avant leur développement, et il en résulte leur accroissement en épaisseur. — *b.* L'accroissement de la membrane des bourgeons charnus a lieu par stratification des couches de lymphe organisable. — *c.* La suppuration est un mode de travail adhésif approprié aux conditions des plaies exposées. — *d.* Le pus sécrété par les bourgeons charnus contient un élément plastique, qui sert de gangue aux vaisseaux des couches stratifiées de la membrane des bourgeons charnus. (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*)

PHYSIOLOGIE.—*Recherches concernant l'influence des nerfs sur la nutrition des os*, par M. *Schiff*. —Voici les principaux résultats auxquels est arrivé l'auteur en pratiquant la section des nerfs des membres sur différents animaux. Si l'on prive un membre de l'influx nerveux par la section de ses nerfs, on produit deux sortes de paralysies : celle des muscles et celle du système vasculaire des os. De l'inactivité des muscles, de l'immobilité du membre paralysé, résultent une atrophie, un amincissement des os, et un agrandissement de leur cavité médullaire ; tandis que la paralysie des nerfs vasculaires amène une dilatation des petits vaisseaux du périoste et de la moelle osseuse, une exsudation plastique, un épaississement du périoste, une diminution des éléments anorganiques et une augmentation relative des parties organiques, et en dernier résultat une hypertrophie consécutive de l'os. Le tissu osseux hypertrophique est mou, poreux et spongieux, et forme des couches superposées au tissu osseux primitif, qui est plus dur et plus blanc. M. Schiff a trouvé que l'état puerpéral, qui seul produit déjà une prédisposition au ramollissement des os, exagère ces altérations osseuses, quand il est combiné avec la paralysie. L'hypertrophie est plus forte et apparaît beaucoup plus promptement à mesure que l'animal est plus jeune, que ses os se trouvent plus dans la période de leur accroissement. L'atrophie et l'hypertrophie des os, provoquées par la section des nerfs d'un membre, et résultant, l'une de l'inactivité musculaire, l'autre de la paralysie des nerfs vasculaires, se succèdent, se contrebalancent mutuellement, et c'est suivant l'âge de l'animal que l'une de ces altérations l'emporte sur l'autre. (*Comm.* : MM. Serres, Flourens, Rayer.)

MÉDECINE. — *Note sur l'empoisonnement produit par une substance encore peu connue, l'Atractylis gummifera, de Linné, et sur son principe actif*, par M. *Commaille*, de Douéra (Algérie). — L'auteur, après avoir cité trois observations relatives à des cas d'empoisonnement par l'*atractylis gummifera*, rapporte le résultat de quelques expériences tentées sur différents animaux avec la même substance. Sur les mammifères soumis à l'action de l'atractylis, on a observé pendant la vie et constaté après la mort les mêmes symptômes et les mêmes altérations que chez les malheureux sujets victimes de leur imprudence. (*Comm.*, MM. Dumas, Pelouze, Rayer.)

—M. *Gros*, de Moscou, adresse à l'Académie une note dont il résume le sujet dans la phrase qui lui sert de titre : *Des vers nématoïdes, susceptibles de reproduire des nématoïdes, ne descendent pas eux-mêmes de nématoïdes.* Ainsi l'oxyure vermiculaire, chez l'homme et chez plusieurs animaux, se trouvant renfermé dans un cocon, ne descend pas d'un oxyure.

NOMINATIONS. — MM. *Magendie, Flourens, Rayer, Serres, Milne Edwards*, sont nommés membres de la commission chargée de l'examen des pièces admises au concours pour le prix de physiologie expérimentale.

PLACE VACANTE DANS LA SECTION DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE. — MM. *Laugier* et *Leroy d'Étiolles* s'inscrivent au nombre des candidats.

Académie de Médecine.

Addition à la séance du 13 juin.

A la mention que nous avons déjà faite (n° 37), de sa communication à l'Académie, M. Bouvier nous prie d'ajouter les détails suivants, relatifs aux aiguilles à sutures qu'il a imaginées et qui sont représentées dans son mémoire sur le séton.

« L'une de ces aiguilles est droite, l'autre courbe ; toutes deux portent, au lieu de chas, du côté opposé à la pointe, une pince faisant ressort et entre les branches de laquelle on engage l'extrémité du fil ou de la chaîne métallique, de la mèche ou de l'anse de fil gommé, du cordon de caoutchouc ou de gutta-percha, qui servent de séton. Quand ces corps ont traversé la peau de part en part, il suffit d'une double traction en sens contraire pour les détacher de l'aiguille, comme avec l'instrument de M. Bitterlin. J'ajouterai, pour rendre justice à qui de droit, qu'on trouve dans la traduction du *Dictionnaire de chirurgie*, de Samuel Cooper, publiée en 1826, l'indication d'un procédé semblable. L'auteur propose de substituer à la mèche du séton, un ruban de gomme élastique de quatre pouces de long, sur un demi-pouce de large ; puis il ajoute : « L'aiguille » qui doit servir à l'introduire sous les téguments n'est pas percée d'un » œil ; elle le saisit par son extrémité *qui se termine comme les mors » d'une pince.* » M. Capron y a fait un perfectionnement, en creusant les branches d'une petite gouttière qui reçoit le fil de plomb.

« Il est un autre moyen non moins commode de fixer le fil métallique : c'est de l'introduire dans une espèce de tuyau taraudé pratiqué à l'extrémité de l'aiguille, comme dans le stylet de Foubert, pour l'opération de la fistule à l'anus par la ligature. M. Charrière a fabriqué, il y a plusieurs années, des aiguilles de ce genre pour Dieffenbach, qui s'en servait dans la staphyloraphie, et pour M. Vidal, qui les a appliquées à la ligature du varicocèle. »

SÉANCE DU 20 JUIN 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance (Renvoyée au prochain numéro).

DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS. — (*Discussion.*)

M. *Huguier*. Il ne me paraît pas rationnel de n'adopter qu'un seul mode de traitement pour les affections utérines, et je pense que la thérapeutique des déviations elles-mêmes devra être, suivant les cas, médicinale, chirurgicale ou mixte. Le traitement médicinal conviendra toutes les fois qu'il sera nécessaire de modifier les conditions de vitalité de l'organe, et que l'affection utérine provoquera des symptômes sympathiques dans d'autres parties de l'organisme. Le traitement chirurgical devra être réservé aux déviations simples, alors qu'il s'agira de modifier seulement l'état anatomique de l'utérus : tandis que le traitement mixte sera indiqué, toutes les fois qu'à un déplacement ou qu'à une déviation de l'organe se joindra une altération de son tissu, des tissus ambiants ou de ses annexes.

Ces principes posés, je vais examiner successivement chacune des variétés de la déviation utérine au point de vue du traitement. Les *latéroversions* et les *latéroflexions* sont incurables, à mon avis : je déclare pour ma part n'en avoir jamais guéri. Et ce qui fait qu'aucun traitement ne saurait en triompher, c'est qu'elles sont toujours dues ou à l'absence ou à la rétraction d'un des ligaments de la matrice ou des deux ligaments d'un même côté. L'*antéflexion* ne peut guérir que difficilement, car la présence de la vessie empêche d'exercer sur cette lésion une action directe. L'*antéversion* est susceptible d'un traitement efficace et d'une guérison assez facile : on en triomphe par le décubitus dorsal, la dilatation graduelle de la vessie, les injections astringentes, les lavements froids et la ceinture hypogastrique. La *rétroversion* est le plus souvent difficile à réduire d'une manière permanente : elle demande l'emploi d'un pessaire ; et celui de M. Gariel peut rendre dans ce cas les plus grands services. Quelquefois il suffit pour corriger une rétroversion de porter l'utérus en avant contre le pubis au moyen de l'hystéromètre introduit dans sa cavité : je possède déjà deux cas de ce genre dans ma pratique : c'est qu'alors l'utérus doit être maintenu par la masse intestinale engagée dans le cul-de-sac péritonéal postérieur à l'organe. La *rétroflexion* est très rebelle. Les pessaires imaginés par MM. Gariel et Hervez de Chégoin sont insuffisants : aussi je remplace les pessaires rectaux ordinaires, qui ne montent jamais assez haut pour atteindre la lésion, par une volumineuse mèche de charpie introduite dans le rectum et tassée de manière à former au niveau de la flexion un coussinet sur lequel s'appuie l'utérus. La présence de cette charpie dans le rectum, incommode dans les premiers jours, finit par être fort bien supportée par les malades. Après trois ou quatre mois, d'ordinaire, la rétroflexion est réduite : on peut alors remplacer la mèche de charpie par le pessaire de M. Hervez de Chégoin ou celui de M. Gariel, pour achever la guérison.

La *mobilité extrême* de l'utérus est une disposition fâcheuse qui cause parfois de graves inconvénients ou de grandes douleurs. Il convient toujours d'y remédier par l'application d'un pessaire simple, tel que celui que l'on doit à M. Jules Cloquet.

Je termine en disant deux mots de la ceinture hypogastrique. On a abusé souvent de ce moyen sans discerner les cas nombreux où il est désavantageux, inutile ou nuisible. En effet, chez la plupart des femmes, la ceinture hypogastrique, au lieu de refouler l'utérus ou de le maintenir dans sa direction normale, repousse les viscères abdominaux, et pèse ainsi de haut en bas sur l'utérus à la manière des vêtements étroits ou trop serrés.

M. *Hervez de Chégoin*. Il résulte pour moi de cette discussion que plusieurs propositions, que je considérais comme acceptées maintenant, sont de nouveau mises en question. Je viens ici m'élever contre deux conclusions du rapport qui s'écartent de la vérité, parce qu'elles sont trop absolues : *a.* Les déplacements de l'utérus sont des lésions sans importance,

qui ne procurent le plus souvent ni gêne ni douleur, et qui n'exigent aucun traitement. *b.* Les déviations sont secondaires et subordonnées à un état pathologique de l'utérus, qu'il suffit de guérir presque toujours pour voir disparaître ces prétendus accidents du déplacement.

Eh quoi! Nous voyons tous les jours dans la pratique des organes déplacés exercer des tiraillements douloureux sur leurs ligaments suspenseurs, ou des pressions incommodes sur les tissus voisins, et l'utérus seul, par une exception singulière, aurait le privilége de se déplacer, de se dévier sans produire le plus léger accident? Où est donc le motif qui le soustrait à cette loi générale? Je ne veux pas ici décrire les accidents que peut entraîner une déviation de l'utérus; qu'il me suffise de dire qu'ils sont quelquefois tellement douloureux qu'ils abattent le courage des femmes les plus fortes, et les contraignent à chercher spontanément dans le repos et l'immobilité la plus absolue un calme passager à leurs souffrances. Pourquoi donc chez la plupart de ces femmes l'application d'un pessaire a-t-elle suffi pour triompher des douleurs et leur permettre de reprendre leur vie accoutumée? Je ne saurais donc être de l'avis du rapporteur, et je répète comme autrefois que les déplacements de l'utérus peuvent constituer de véritables maladies, qu'il est nécessaire de soigner par un traitement approprié.

Quant à la seconde proposition que j'ai aussi rappelée, je ne saurais l'adopter encore d'une manière absolue. Sans doute, il existe des déviations secondaires, mais elles sont assez rares, et je pourrais emprunter à ma pratique un grand nombre d'observations qui prouveraient qu'après la guérison des lésions concomitantes la déviation a persisté, qu'elle a provoqué encore des accidents, et qu'il a fallu la réduire pour les faire cesser complétement et rendre la santé à la malade.

Et puis n'est-il pas naturel encore que les ligaments de la matrice allongés, affaiblis par de longs tiraillements, comme après la grossesse, par exemple, soient aidés à soutenir l'utérus par des moyens auxiliaires?

La déviation demande encore à être traitée, parce qu'elle devient souvent à son tour une cause de lésions graves de la matrice ou des tissus ambiants, par la gêne qu'elle apporte à la circulation ou la pression qu'elle exerce sur les viscères voisins.

Je ne puis me défendre cependant d'exprimer ici la surprise que j'ai dû éprouver lorsque j'ai lu, l'an dernier, la relation des prodigieux succès obtenus par le pessaire intra-utérin, avec cette singulière affirmation qu'avant M. Valleix il n'existait point de traitement certain pour les déplacements de l'utérus, et que les praticiens demeuraient désarmés devant ces affections.

Qu'il me suffise, pour répondre, de rappeler ici tout ce que j'ai dit des déviations et de leur traitement dans le mémoire qui a déjà provoqué une semblable discussion au sein de cette Académie, les divers moyens auxquels j'ai eu recours et que la prudence m'a quelquefois forcé d'abandonner. J'avais employé la cuvette avant que M. Valleix eût fait usage du redresseur. J'ai lieu d'être étonné des heureux résultats de l'emploi du pessaire intra-utérin lorsque son usage ne me paraît environné que de dangers. En effet, l'utérus est peut-être celui des organes creux dont il est le plus dangereux de tourmenter la cavité. C'est que la membrane muqueuse qui la tapisse communique directement avec le péritoine par les trompes de Fallope, et cette muqueuse est tellement sensible qu'il a suffi quelquefois pour l'enflammer du simple contact d'une sonde, d'un hystéromètre. Combien doit être plus dangereux l'emploi d'une tige qui *embroche* pour ainsi dire l'utérus! Ce sont là des moyens que je proscris comme redoutables. J'aime mieux ceux qui agissent sur la face externe, par laquelle l'utérus est toujours accessible. Ce n'est que par des moyens qui agissent avec lenteur et progressivement qu'on peut espérer de remédier aux changements opérés dans les tissus par les déplacements déjà anciens. Les douches, les préparations belladonées, les injections vaginales doivent être souvent employées comme adjuvants aux pessaires qui exerceront sur les ligaments rétractés une extension douce et prolongée.

Je prends en grande considération l'état pathologique de la matrice, et je ne laisse mes pessaires qu'autant qu'ils n'exercent aucune douleur sur l'utérus, et que la malade n'a pour ainsi pas conscience de leur présence.

Des déviations existent quelquefois sans causer de douleurs locales; mais elles produisent des troubles sympathiques, des symptômes éloignés qu'il est souvent difficile de rapporter à leur véritable origine, mais qui disparaissent par la guérison du déplacement.

Les moyens de réduction doivent être variés et toujours appropriés au mode de déviation. Les pessaires mous, les pessaires à air sont souvent impuissants; il faut leur préférer alors les pessaires durs que la matrice s'accoutume fort bien à supporter.

Je pense que les déviations exagérées peuvent être une cause de stérilité; et toutes les fois qu'on ne pourra pas découvrir d'autres lésions pour l'expliquer, il sera rationnel de rendre à l'utérus sa direction normale, comme je l'ai fait souvent avec succès. J'achève en disant contre l'honorable rapporteur que la déviation utérine est une affection sérieuse, un accident pathologique, et que beaucoup de déplacements réclament des moyens contentifs; mais je soutiens avec M. Depaul que les applications d'instruments dans la cavité de la matrice sont fort dangereuses, et je condamne avec lui le pessaire intra-utérin.

M. P. Dubois. Je me réserve le droit de parler plus au long dans une autre séance. Mais dès aujourd'hui je ferai remarquer à M. Hervez de Chégoin que ses pessaires ne peuvent pas avoir l'efficacité qu'il leur attribue; car ces instruments, ne dépassant pas la cavité du vagin, ne peuvent agir sur l'utérus que par sa partie inférieure; ils ne sauraient donc le redresser complétement. Il était donc naturel que l'on cherchât un autre moyen de réduction: de là l'invention du pessaire intra-utérin. Maintenant ce pessaire redresse-t-il? Est-il utile ou nuisible? Voilà la question.

Sur la demande de plusieurs membres de l'Académie, la suite de la discussion est renvoyée à la plus prochaine séance.

Lectures et Mémoires.

ALIÉNATION MENTALE. — M. le docteur *Bayle* fait la lecture d'un mémoire intitulé: *De la cause organique de l'aliénation avec paralysie générale.* Après un court aperçu historique, l'auteur rappelle les recherches qui lui sont propres et résume les idées qu'il a développées dans sa thèse inaugurale en 1822, et dans d'autres publications subséquentes. Il résulte de ses observations que l'aliénation mentale paralytique est le symptôme d'une méningite chronique primitive, et très souvent d'une encéphalite consécutive de la substance corticale des circonvolutions cérébrales. Il tire les preuves de cette doctrine de l'examen nécroscopique des cerveaux des paralytiques, comparés aux cerveaux des individus non aliénés, et de l'analogie de cette maladie avec les autres phlegmasies des membranes séreuses. Il combat successivement l'opinion de M. *Delaye*, qui attribue la paralysie à un changement de consistance du cerveau; celle de M. *Calmeil*, qui la fait dériver d'une encéphalite primitive de la substance grise; celle de M. *Lélut*, qui l'attribue à une névrose, à une altération moléculaire du cerveau.

M. Bayle termine son mémoire par la pathogénie de l'aliénation paralytique: — congestion cérébrale, attaques apoplectiformes, injection des vaisseaux de la pie-mère; récidive ou augmentation de la congestion; injection et subinflammation de l'arachnoïde; compression et irritation secondaire de la substance cérébrale, d'où résultent la paralysie générale commençante, l'affaiblissement de l'intelligence et le délire, qui caractérisent la première période: — augmentation de l'inflammation chronique des méninges; exsudations pseudo-membraneuses ou exhalations sanguines; adhérences normales entre les deux feuillets de l'arachnoïde; phlogose consécutive de la substance grise cérébrale; son ramollissement; ses adhérences avec la pie-mère, qui caractérisent la deuxième période ou période de manie: — exhalation graduelle et abondante de sérosité; accumulation du fluide morbide entre les feuillets de l'arachnoïde, dans le réseau vasculaire de la pie-mère, dans les ventricules latéraux; compression de la substance cérébrale; aplatissement des circonvolutions, d'où résultent le progrès de la paralysie générale et de la démence, la destruction progressive de l'intelligence et des mouvements volontaires qui terminent la troisième période. Telle est, en résumé, la marche de la maladie; tel est l'ordre de succession des lésions cérébrales et des symptômes qui leur correspondent; telle est la pathogénie de l'aliénation avec paralysie générale. (*Comm.*: MM. Ferrus, Jolly, Baillarger.)

M. *Rostan*, président, annonce que l'Académie va se constituer en comité secret.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Rhumatisme articulaire aigu et fébrile, suivi de méningite par métastase, avec accès de fièvre intermittente quotidienne, par M. LAMBERT.

OBS. — Un homme de trente-six ans est amené, à dix heures du soir, à l'hôpital Saint-Jean, de Bruxelles, dans un état de délire violent. Spasme du côté gauche de la face, regard fixe, yeux brillants, pupilles contractées, mouvements convulsifs des membres. On pratique une large saignée du bras (le sang est couenneux). Le lendemain matin, 25 février, le délire est moins bruyant. Nouvelle saignée. L'amélioration continue; mais le soir, à cinq heures, nouvel accès de délire. Le 26, au matin, même amélioration que la veille. On administre 12 grains de sulfate de quinine.

Entre cinq et six heures du soir, l'accès revient, mais moins intense que la veille. Le 27, nouvelle rémission ; nouvelle dose de sulfate de quinine. Ce jour-là, pour la première fois, on remarque un gonflement œdémateux et douloureux des articulations tibio-fémorales (ce gonflement n'existait pas lors de l'entrée du malade ; sur des indications fournies par la famille, les articulations des membres avaient été inspectées). Le sujet est en état d'expliquer qu'il a eu, avant son délire, un rhumatisme aigu des genoux. On applique de larges vésicatoires sur ces articulations ; l'accès de délire revient, de plus en plus léger, jusqu'au 4 mars. Le 7, le fébrifuge est supprimé. Le 9, l'articulation radio-carpienne est tuméfiée et douloureuse ; on donne le vin de colchique, et le 18 le malade sort guéri.

Si les renseignements sont exacts, si un gonflement douloureux des articulations tibio-fémorales a disparu pour faire place aux accidents encéphaliques, il est difficile de ne pas voir dans cette observation un exemple du phénomène pathologique auquel on a donné le nom de *métastase*. La *Gazette médicale de Liége*, qui est aussi de cet avis en raison des circonstances particulières du fait, s'élève néanmoins contre l'opinion exagérée qui voit un phénomène métastastique dans le fait de la déambulation du rhumatisme. Et, en effet, l'idée de localisations multiples d'un état morbide très général s'accorde mieux que l'idée d'une série de *substitutions* avec la marche habituelle du rhumatisme, puisque, dans la majorité des cas, plusieurs articulations sont affectées à la fois, et que l'invasion de l'une d'elles par la maladie ne coïncide que rarement avec le dégagement des autres. Mais peut-être la *Gazette de Liége* va-t-elle un peu loin quand elle semble exiger, pour la caractéristique de la métastase, la disparition de tous les éléments anatomiques de la maladie locale : par exemple, en ce qui concerne le rhumatisme, la disparition de l'épanchement articulaire. La substitution brusque d'une partie du corps à une autre dans l'expression d'une forme pathologique donnée peut avoir lieu sans que la première soit entièrement délivrée de certaines altérations organiques, plus ou moins fixes de leur nature, que la cause morbide y a engendrées. Les parotides dont le gonflement date déjà de plusieurs jours et a pris un caractère aigu ne récupèrent pas tout à coup l'état normal, quand elles viennent à s'affaisser en même temps que les testicules se gonflent. Ce contre quoi il nous paraît surtout utile de prémunir l'opinion, c'est l'hypothèse dans laquelle on se représente la métastase comme constituée nécessairement par le transport d'un agent matériel, d'une matière morbigène, d'un endroit du corps à un autre. L'étude des métastases, au contraire, permet difficilement de concevoir qu'il s'agisse d'un corps quelconque déposé par la circulation dans un point, puis repris par elle et transporté ailleurs. La substitution d'états pathologiques peut se faire plusieurs fois de suite en sens opposés, de la parotide au testicule, et du testicule à la parotide. Or, on se demande comment ces molécules viciées, flottantes dans la masse sanguine, et devant lesquelles s'ouvrent tant de milliers de canaux, sont ainsi échangées entre deux organes relégués aux deux points opposés de l'économie. On ne peut le concevoir qu'en admettant une sorte d'affinité entre un agent morbide d'une part, et, de l'autre, les testicules et les parotides. La chose, assurément, n'est pas plus impossible que la localisation de certains toxiques dans des organes déterminés ; mais ce n'est toujours qu'une hypothèse à l'appui d'une autre. Dans l'état présent de la science, la doctrine des sympathies organiques, qui n'explique rien, vaut au moins, pour l'interprétation des métastases, celle de la migration de matières morbigènes dans le torrent circulatoire. (*Gazette médicale de Liége*, 1854, n° 9.)

Traitement général des aliénés, par M. Falret.

M. Falret vient d'achever, au milieu d'un auditoire nombreux, son cours clinique pour l'année 1854. Sa dernière leçon a eu pour objet le traitement général des aliénés et plus particulièrement le *traitement moral* auquel les écrits de Leuret valurent tant de retentissement. Pour le savant professeur, ce traitement moral est ou collectif ou individuel. Ce dernier, si la science était plus avancée, mériterait sans contredit le premier rang. Mais les mille nuances dont les divers cas se composent offrent trop d'incertitudes pour conduire à des médications rationnelles et précises. Dans l'état actuel de la médecine mentale, les règles applicables à l'ensemble des malades fournissent au praticien sa plus précieuse ressource.

L'aliéné, considéré en général, est, dit M. Farlet, concentré en lui-même ; chez lui le monde intérieur prévaut sur le monde extérieur : égoïste, sans sociabilité, entraîné par ses idées et ses sentiments maladifs, il ne réagit que faiblement contre ces tendances qui, non équilibrées, s'alimentent par leur propre exercice. De ces caractères communs doivent se déduire les bases de la thérapeutique psychique dans ses appropriations ordinaires. Provoquer la réaction de l'homme sur lui-même, tel en est le but final.

Pour cela, l'isolement qui soustrait le malade aux causes qui ont pu développer son affection est une condition préliminaire indispensable. L'opposition directe aux convictions délirantes par le raisonnement et l'intimidation serait, suivant M. Falret, d'une inefficacité absolue. Ce procédé, qui séduit d'abord par une apparence logique, n'aurait jamais produit que l'irritation, les actes violents, la dissimulation, ce qui est peut-être aller trop loin. C'est surtout sur la diversion morale qu'il faut compter en éveillant des sentiments et une activité qui fassent contrepoids, éteignent la susceptibilité cérébrale et facilitent la réflexion par le contraste.

Les asiles, tels qu'ils sont aujourd'hui organisés, présentent en partie la réalisation de ces principes. A ce sujet, M. Falret oppose son action bienfaisante au tableau des imperfections anciennes, c'est-à-dire le respect des lois de l'hygiène à toute absence de soins, la prédominance de l'ordre administratif à l'arbitraire des employés, la salutaire bienveillance aux brutalités déprimantes, la surveillance assidue au plus déplorable abandon.

Une modification heureuse, d'après M. Falret, est dans les asiles publics la substitution des dortoirs au régime des cellules si propre à fomenter le délire, et qui ne convient qu'exceptionnellement et transitoirement pour les malades violemment surexcités. La vie en commun comporte d'ailleurs des rapports qui brisent les propensions maladives. Il en est de même de l'occupation sous toutes ses formes, physique ou intellectuelle, travail dans les champs et les ateliers, exercices et jeux, instruction scolaire, etc. La force de l'exemple est alors un vif stimulant pour l'amour-propre.

M. Falret insiste, enfin, en terminant, sur la nécessité d'un bon classement des aliénés. Il ne doit pas seulement consister, comme actuellement, à séparer les agités des malades tranquilles. Il faudrait, par un choix heureux, composer des catégories dans lesquelles les individus qui en font partie, exerçant une action directe les uns sur les autres, servissent en quelque sorte d'élément à un *traitement mutuel simultané*. Quant à ces influences variées, les chances du retour à l'équilibre moral augmenteront à mesure que les maisons spéciales en offriront une combinaison plus parfaite. (*Moniteur des hôpitaux*, 3 juin 1854.)

Statistique des opérations de cataracte à l'hôpital général de Madrid, par M. A. Saez.

Muette sur les procédés employés, cette statistique se borne à spécifier d'une manière générale que, sur 525 opérations pratiquées de 1838 à 1845, le résultat fut 441 fois bon et 84 fois mauvais.

Mais un renseignement important s'y trouve relativement à l'influence que les conditions météorologiques peuvent exercer sur les suites de l'opération. Le terme moyen des revers aux succès est, à peu près pour chaque année, de 1 à 4 1/2. Seule, la saison du printemps de 1842 se signale par une proportion, plus défavorable, de 14 revers pour 39 guérisons. Voici l'explication de cette fâcheuse anomalie. Le nombre des cataractes ayant été, en 1842, plus considérable que de coutume, on fut obligé de les répartir en deux salles, savoir, 37 dans la salle Saint-Roch qui est affectée, et qui ordinairement, suffit à cet usage. Elle est pourvue de toutes les conditions hygiéniques nécessaires. Aussi, le chiffre des guérisons fut-il là de 31 contre 6 résultats défavorables. Mais 16 autres malades durent être placés dans la salle Saint-André dont le plancher, en contrebas d'une cour adjacente, la rend humide et froide. Il y survint des affections catarrhales qui aggravèrent les suites de l'opération, et 8 malades seulement en sortirent ayant recouvré la vue.

Ce résultat tend à confirmer la justesse de l'idée (si ancienne que plusieurs la regardent comme un préjugé) d'après laquelle certaines saisons à température fixe seraient exclusivement convenables pour l'opération de la cataracte. (*La Cronica de los Hospitales*, 8 mai 1854, p. 271.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Des métamorphoses de la syphilis, recherches sur le diagnostic des maladies que la syphilis peut simuler et sur la syphilis à l'état latent, par M. P. YVAREN. Un vol. in-8 ; Paris, 1854, chez J.-B. Baillère, 19, rue Hautefeuille.

La nouvelle et philosophique impulsion que M. Ricord a donnée à l'étude des maladies vénériennes devait naturellement avoir pour résultat d'éliminer de cet ordre d'affections plusieurs espèces qui jadis y trouvaient leur place incontestée. En assignant une source unique à la vérole, en montrant la marche régulière qu'elle affecte, l'ingénieux réformateur rompit avec les traditions anciennes, qui voyaient à ce germe fatal autant de formes insidieuses que d'origines diverses. Le cadre de ses symptômes devint donc à la fois plus méthodique, mais aussi plus restreint ; et la fougue des disciples éludant la sage retenue du maître, on en serait bientôt arrivé, sous prétexte de précision, à ne reconnaître pour vraiment syphilitiques que les lésions éclatant au jour, à l'heure assignée, que les altérations de tissu visibles ou palpables.

Le livre de M. Yvaren est un des premiers signes de réaction contre cette tendance plus générale qu'on ne le pense. Par l'intention, du moins, il mérite donc tous les éloges qui lui ont été décernés ; car jamais on ne vit thèse plus louable appuyée de preuves en apparence plus péremptoires. Cependant l'auteur, en faisant acte de résistance, a-t-il su lui-même se défendre toujours contre ses propres entraînements ? Ce but, qu'il devait sans doute redouter de ne pouvoir atteindre, ne l'a-t-il pas quelquefois trop souvent dépassé ? La question est trop sérieuse pour que, tout en faisant connaître les conclusions de cet ouvrage, nous hésitions à y signaler ce qui nous paraîtra erroné, incertain ou exagéré. C'est ce que nous ferons avec l'indépendance dont la critique aime à user envers le véritable talent, et non sans tenir compte à M. Yvaren des difficultés exceptionnelles que son sujet même créait à chaque instant sous ses pas.

La partie vitale de ce remarquable traité, celle qui, d'ailleurs, en constitue plus des neuf dixièmes, est consacrée à discuter, à démontrer l'origine réellement syphilitique d'une foule de maladies auxquelles l'opinion générale n'assigne point cette cause. La question est débattue successivement et dans les plus grands détails pour les affections du système nerveux, puis des appareils membraneux, des organes parenchymateux, et enfin pour les états diathésiques. Mais cette division n'ayant servi, comme l'auteur l'exprime lui-même, qu'à rendre sa nomenclature plus complète, nous nous dispenserons de la suivre ; car il y aura, ce nous semble, plus d'intérêt pour nos lecteurs à connaître *quelles maladies* ont été ramenées par l'habile écrivain sous les lois de la syphilis, et par quel *procédé d'argumentation* il a su justifier cette réforme.

Le nombre des maladies qui *peuvent être* syphilitiques sans qu'on s'en doute frappe autant par l'élévation de son chiffre que par la diversité des éléments dont il se compose. On n'en compterait pas, d'après M. Yvaren, moins de *trente-quatre* espèces bien tranchées, en négligeant même de faire entrer en ligne certaines variétés secondaires, cependant assez distinctes. Quant à la nature de ces affections, on peut dire, sans hyperbole, que la pathologie tout entière se trouve représentée par elles ; puisque du cancer à la tumeur blanche temporo-maxillaire, de la phthisie pulmonaire au coryza, de l'anévrysme à l'épilepsie, elles embrassent les altérations générales et locales les plus graves comme les plus bénignes, celles qui suscitent des productions morbides nouvelles, comme celles qui subsistent à l'état dynamique et *sine materia*. On n'a qu'à jeter un coup d'œil sur la table des matières pour se faire une idée des efforts vraiment prodigieux, auxquels le savant et laborieux auteur a dû se livrer pour colliger des exemples, et des exemples probants, de chacune de ces formes. Ce travail de compilation est d'autant plus méritoire, que seul il pouvait, dans la circonstance, fournir, par le témoignage spontané des auteurs étrangers, la preuve clinique que, en général, on refuse d'admettre pour valable quand l'écrivain la tire de sa propre pratique.

Quant aux moyens mis en œuvre afin de légitimer le *baptême syphilitique*, si l'on peut ainsi dire, imposé à ces maladies, on comprend que nous renoncions à en donner, pour chacune d'elles, une idée même très sommaire. Ce but sera plus simplement et mieux rempli, ce nous semble, en choisissant quelques exemples tranchés, servant de type, les uns d'affections que l'auteur a eu raison, selon nous, de donner comme se rattachant à la syphilis, les autres de lésions sur lesquelles, à notre sens, il s'est mépris, en voulant les rapporter à cette source.

L'épilepsie vient d'elle-même se présenter pour prendre le premier rôle ; car nulle part la clarté de la démonstration n'est plus qu'ici lumineuse et entraînante. Dans onze cas authentiques, M. Yvaren est parvenu à constater que des sujets *déjà assez âgés*, *exempts des influences* qui passent pour produire l'épilepsie ordinaire, ayant eu, au contraire des *antécédents vénériens*, offrant en même temps des *lésions syphilitiques*, ont été *guéris par le mercure* d'accès épileptiques aussi anciens que bien caractérisés. Il en conclut à la nature syphylitique de l'épilepsie dans ces cas, diagnostic que nous ne pouvons qu'approuver, et pour lequel l'auteur mérite d'autant plus nos félicitations, qu'il lui manquait ici deux des éléments sur lesquels, à juste titre, il appuie le plus volontiers ses présomptions ; ce sont : l'exacerbation nocturne des symptômes, et l'insuccès des médications autres que l'antisyphilitique. Ces deux traits, ajoutés à ceux que nous avons soulignés, complètent le signalement auquel, malgré leur *incognito*, souvent fort obscur, on parviendra désormais, sur l'indication de M. Yvaren, à démasquer les syphilis larvées sous un masque pathologique étranger.

Poursuivons, l'exemple en main, cette exposition. Faut-il donc, dira quelqu'un, déclarer vénérienne toute maladie d'origine douteuse que le mercure aura guérie? Certes, répond avec pleine justesse M. Yvaren, je ne vais point jusque-là. « Cependant ; lorsque je vois le mercure réussir dans des maladies diverses contre lesquelles il n'est pas habituellement employé, ou contre lesquelles, s'il est employé, il échoue dans les conjonctures ordinaires, lorsque je le vois, dis-je, réussir alors qu'il existe des antécédents de vérole, je me trouve placé dans cette alternative, ou de considérer le mercure comme une panacée méconnue, comme une arme thérapeutique universelle dont nous sommes coupables de ne pas nous servir contre tous les maux, ou de conclure que les affections guéries par cet agent ne le sont que par exception, et seulement quand elles ont été engendrées par la diathèse syphilitique. La logique n'est-elle pas en faveur de cette dernière conclusion ? »

Une seconde objection se présente. L'épilepsie, dans ces cas, était de cause syphilitique. Nul n'oserait le nier. Mais résultait-elle, comme l'affirme M. Yvaren, « d'une modification directe, essentielle, purement fonctionnelle, de la pulpe nerveuse elle-même? » N'était-elle pas plutôt produite par une altération de la table interne ou de l'épaisseur du crâne ? On comprend la portée de cette remarque ; car, dans le premier cas seul, il y aurait véritablement là *épilepsie syphilitique*. Il y aurait donc découverte réelle et service important à attribuer à l'auteur. Aussi cherche-t-il à démontrer que, dans quelques cas du moins, les phénomènes nerveux n'ont pas été uniquement symptomatiques d'une lésion osseuse. Deux motifs sont invoqués par lui à cet effet. D'abord, dit-il, l'exostose crânienne qu'on suppose devrait rester fort longtemps sans passer au ramollissement ni à la carie (puisque quelques-uns de ces malades étaient épileptiques depuis plusieurs années). En second lieu, continue-t-il, cette exostose si tenace devrait donc fondre en quelques jours de médication mercurielle (puisque, assez souvent, il a suffi de deux, de cinq, de huit frictions pour amender notablement les accès).

Cette argumentation est saisissante ; et nous ne dissimulerons point l'impression qu'elle a faite sur notre esprit. Cependant, peut-être perdrait-elle quelque chose de sa force, si, au lieu de cette *exostose* que M. Yvaren oppose avec tant de succès à ses adversaires dans son raisonnement *per absurdum*, il consentait à placer seulement une *périostose*, affection qu'on a si souvent occasion d'observer au crâne dans la période prodromique de la syphilis secondaire ; car celle-ci, bien que formant une tuméfaction fort appréciable à l'extérieur, s'affaisse réellement en deux ou trois jours par l'effet de la médication spécifique. On comprend donc que, de même que la céphalée atroce qui l'accompagne s'évanouit en quarante-huit ou soixante-douze heures sous les efforts de l'antidote, de même, si elle existait à l'intérieur du crâne, les spasmes dépendant de sa présence en ce lieu pourraient bien disparaître aussi rapidement, sans qu'on fût, par là, autorisé à les attribuer à une *lésion fonctionnelle* plutôt qu'à une *compression mécanique* de la pulpe nerveuse.

Dans la même classe que l'épilepsie, nous rangerons la céphalée, la paraplégie, la phthisie pulmonaire, l'œdème de la glotte. Chacune de ces espèces morbides, en effet, a fourni à M. Yvaren quelques cas que, par l'interprétation de leur évolution et de leur cure, il nous paraît pleinement en droit d'incorporer dans le domaine de la syphilis. Et tandis que la *découverte d'une maladie nouvelle* est parfois justement stigmatisée par la satire, ici, au contraire, chaque nouvelle variété syphilitique devient, pour l'humanité comme pour l'art, une précieuse conquête, puisque sa guérison, très douteuse jusque-là, trouve dès lors des garanties à peu près certaines. Dans cette voie si réellement glorieuse, la conquête (nous ne retirons pas le mot) qui a le plus flatté M. Yvaren a sans doute, après l'épilepsie, dû être celle de l'apoplexie, ainsi que de la fièvre intermittente syphilitique. Tous les praticiens voudront reconnaître à quels signes, méconnus jusque-là et néanmoins positifs, il a su démêler, dans quelques cas, le caractère vénérien dans ces deux affections, où jamais certes l'induction la plus aventureuse n'aurait osé *à priori* le supposer.

Mais il est temps d'opposer à ce tableau fidèle des services dus au talent de dissection de M. Yvaren, celui non moins sincèrement tracé, où il nous semble avoir été entraîné par son sujet au delà des justes bornes. On peut classer sous quatre chefs assez distincts les causes des déviations que nous lui reprochons.

D'abord, il donne le nom et attache l'importance de syphilis larvée à plusieurs phénomènes bien connus de tous les praticiens, à des symptômes courants et vulgaires de l'évolution régulière de la syphilis. Tels sont la fistule lacrymale, la cachexie vénérienne (dont l'obs. 57 offre un exemple dénommé *gastrite chronique et phthisie pulmonaire*), la chloro-anémie, complication si habituelle de la phase secondaire (dont tous les effets se retrouvent dans l'obs. 11), enfin la paralysie du facial, dont notre auteur croit avoir observé, en 1844, le seul cas bien authentique, alors que la connaissance de faits pareils était déjà vulgaire depuis longtemps à la clinique de M. Ricord.

En second lieu, il arrive parfois que la maladie jugée par M. Yvaren être syphilitique n'a ni les caractères ni la curabilité spéciale à ce genre d'affections. Les commémoratifs seuls font ici le diagnostic. Or, plus cet indice est isolé, plus alors, ce semble, le faudrait-il précis pour l'admettre comme preuve suffisante. Quoiqu'il en soit le plus souvent ainsi, nous avons néanmoins remarqué quelques cas où l'auteur paraît se départir, sous ce rapport, de son rigorisme habituel. Dans l'observation 6, par exemple, on voit une tumeur du cerveau grosse comme une amande, ayant la blancheur et la fermeté du squirrhe, être qualifiée de syphilitique uniquement parce qu'elle avait causé des douleurs plus fortes la nuit, et parce que la malade, quoique ayant toujours nié le moindre antécédent vérolique, *tenait un lupanar du plus bas étage!*

Nous serons un peu plus sévères envers M. Yvaren dans l'exposé du troisième grief; mais l'intérêt même de son excellente monographie nous dispense de tout ménagement. Parfois, pour agrandir la sphère syphilitique, il la peuple d'espèces morbides dont aucune doctrine n'a encore reconnu la légitimité, et qui auraient besoin, pour obtenir leurs lettres de naturalisation, d'une enquête un peu plus approfondie que celle dont on a bien voulu ici se contenter. Ainsi il professe que si un vénérien est soumis à des influences capables d'engendrer l'affection rhumatismale, le rhumatisme pourra, « soit de prime abord, soit après une durée variable, passer sous la loi de la diathèse vérolique, s'imprégnera de sa spécificité, s'assimilera à elle, prendra les caractères de la vérole et en réclamera le traitement ! » — Ainsi encore il admet l'existence d'un coryza syphilitique, consistant en une phlogose catarrhale de la pituitaire, succédant au transport sur cette membrane de la matière gonorrhéique des organes génitaux! Il est vrai que, contre son habitude, il ne cite aucun exemple pour *illustrer* cette singulière entité morbide. — Signalons, en regard, comme ne méritant que des éloges, les considérations qui lui servent de guide pour décider de la nature vénérienne ou non vénérienne des diverses affections oculaires.

Enfin, et fort souvent, c'est le succès des remèdes spécifiques qui est la seule preuve du caractère syphilitique de l'affection. Or, que deviendra la preuve, s'il se trouve que d'autres médicaments capables de guérir la même maladie *non syphilitique* ont, chez le même malade, simultanément été mis en œuvre?... J'adresse cette question pour l'observation 5, exemple d'une sciatique que M. Yvaren juge dépendre de la vérole parce que Baglivi la guérit par la salsepareille, l'antimoine, et, ajoute le texte, *et cætera;* — pour l'observation 21, tétanos dont la cure fut obtenue par les frictions mercurielles précédées de « *purgatione universali et diæta sudorifica ;* » — pour les observations 52 et 53, où l'auteur, témoin de cures de cataracte par le mercure et l'iodure de potassium, oublie les cas nombreux où l'influence de ces deux remèdes s'est signalée de la façon la plus heureuse sur l'opacité cristallinienne, et paraît incliner à penser que, s'ils ont si souvent diminué la cataracte, c'est que, chez tous ces malades, la cataracte était vérolique! — pour l'observation 58, hydrocèle dont la résolution s'opéra grâce à l'emploi deux mois durant des frictions avec l'onguent napolitain, de bains fréquents et d'un purgatif par semaine.

Il est un point de vue plus général sur lequel nous voulons mettre l'auteur à même de s'expliquer. M. Yvaren n'est pas un spécialiste; il n'affecte ni les prétentions ni l'exclusivisme qui les distinguent presque tous. Cependant, traitant d'un sujet tel que celui-ci, il y avait lieu pour lui d'opter entre les doctrines qui se partagent encore la domination de cet intéressant territoire. Il paraît avoir senti l'embarras de sa position, et, dans plus d'un passage, on le voit, il tente de louvoyer entre les deux flottes ennemies, pour laisser leurs boulets se croiser sur sa tête. Nous le lui dirons avec franchise (et il sait maintenant que de notre part ce n'est point un compliment): une pareille position ne sied point à son caractère. La blennorrhagie est-elle une source de vérole constitutionnelle? Voilà une question où la solution par oui ou par non est aussi indispensable au théoricien qui veut pour ses déterminations étiologiques une base solide, qu'au praticien qui se préoccupe uniquement de chercher un remède. Garder ici la neutralité, c'est abdiquer le droit de raisonner en même temps que le pouvoir de guérir; et si cette situation est commode, si avec le talent d'écrivain de M. Yvaren il est aisé de la rendre inexpugnable, nous n'en sommes pas moins assurés de traduire le sentiment public en signalant aux intelligents ciseaux du judicieux auteur les trois pages où il s'évertue à disserter sans conclure, à rapporter les opinions d'autrui sur ce sujet, sans laisser percer les siennes propres.

Après ce tribut payé aux exigences les plus sérieuses de la critique, ce sera pour nous une douce compensation d'exprimer le vif sentiment de plaisir que nous a causé cette œuvre à tant de titres remarquable. Il n'est pas (et nous espérons bien que nul ne voudra nous croire sur parole), il n'est pas de lecture plus entraînante. Chaque titre nouveau, chaque maladie dont l'auteur promet de prouver la nature syphilitique, affriande presque involontairement à tourner le feuillet, pour voir comment il a su tenir sa parole; et, quoi qu'on en ait, moitié curiosité, moitié séduction, il faut aller jusqu'au bout. Les hautes qualités d'analyse de M. Yvaren, la consciencieuse impartialité qu'il apporte dans ses déductions, sont d'ailleurs admirablement servis par un style qu'on n'a pas le bonheur de rencontrer souvent dans les produits de la librairie médi-

cale. Un peu chaude, un peu trop imagée parfois, sa phrase nerveuse et concise laisse une empreinte ineffaçable, aide puissamment à faire partager l'ardente conviction dont il paraît animé. Souvent même le poëte se révèle : on reconnaît dans plus d'un passage l'imitateur de Fracastor. Et l'on chercherait en vain aux meilleures sources de la littérature de plus dignes et plus nobles accents que ceux dont il fait suivre le récit de l'asphyxié arraché à une mort certaine, grâce à l'aspiration que M. Ricord exerça directement avec sa bouche appliquée sur l'ouverture trachéale de l'agonisant !

Néanmoins, tout en souhaitant à l'auteur le succès que ses efforts méritent, ce succès même nous effraierait s'il devait dépasser les bornes où sans doute lui-même l'a voulu renfermer. A Dieu ne plaise que nous accusions les intentions de M. Yvaren! car son œuvre, essentiellement sérieuse, exclusivement scientifique, s'adresse seulement aux esprits élevés qui ont mission de résoudre par eux-mêmes les problèmes qui y sont soulevés. Mais par la nature du titre, par l'attrait de la forme, il est fort à craindre que sa vulgarisation ne s'étende bien au delà du monde médical. Dans ce cas, — et puissions-nous avoir prophétisé à faux, — le mal qu'il pourra faire est incalculable. En possession d'une arme pareille, prenant pour règle générale des exceptions colligées à grand' peine, il n'est pas d'ex-vénérien qui ne se croie voué à toutes les maladies imaginables, pas de syphilophobe que l'on puisse désormais guérir de sa funeste chimère. Sous ce rapport, — mais sous ce rapport seulement, — nous ne saurions nous inscrire trop formellement contre la phrase où M. Gibert énonçait le vœu « qu'il fût au pouvoir de l'Académie de provoquer ou du moins d'encourager la publication de cet ouvrage dans un but d'utilité publique. » Notre avis est tout opposé ; et si l'on veut bien considérer que nous parlons ici contre nos propres intérêts, on ne suspectera pas la sincérité du sentiment qui nous dicterait cet amendement à la conclusion de l'Académie : « Que ce livre, capable de peupler à lui seul le cabinet des spécialistes, prenne sa place dans la bibliothèque de tous les praticiens; mais qu'il n'en sorte sous aucun prétexte, et que les clients soient prévenus du danger d'une pareille lecture avec autant de force qu'on détourne les jeunes néophytes des conversations, même très orthodoxes, où les bases du dogme sont l'objet d'une controverse trop approfondie. »

P. DIDAY.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — N^{os} 43, 44. Communicat. prat., par *Eichmann*. 1. Syphilis héréditaire. — Les prisons cellulaires, considérées du point de vue moral et médical. — N° 45. La pratique de la campagne en Russie, par le docteur *Rosenberger*. — Les eaux minérales d'Imnau (Hohenzollern). — N° 46. Communicat. prat. du docteur *Eichmann* : 2. Calculs biliaires ; 3. Scirrhe du sein. — La Société allemande de la psychiatrie et de la psychologie légale. — N^{os} 47 et 48. La nécessité de l'exploration manuelle dans les maladies des femmes, par *Rintel*. — Mœurs, coutumes et maladies des tribus des arabes et des nègres du Soudan.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 22. Hernie obturatrice, par *Lœwenhardt*. — Inhalations de nitrate d'argent en poudre contre la laryngite, par *Ebert*. — L'absorption dans les bains d'Ems, par *Spengler*. — Landolfiana. — N° 23. Clinique du croup, par le docteur *A. Weber*. — Rapport sur les malades traités à la section chirurgicale de l'hôpital de Magdebourg (1er août 1852 — 31 décembre 1853), par le docteur *F. Reiche*. — Rapport succinct sur les séances de la Société physico-médicale d'Erlangen (23 mai 1853 — 13 mars 1854), par le docteur *Gorup-Besanez*. — N° 24. Rapport sur 1500 malades traités dans la Polyclinique méd. de Leipsig particulièrement des affect. des parties sexuelles des femmes), par *Hennig*. — Clinique obstétr. du prof. Kilian à Bonn, par *Nœggerath*. — Clin. chirurg. du prof. Langenbeck, (14-21 mai), par *Ohm*. — Sur Warmbrunn (Silésie), par *Preiss*.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT FUER DIE STAATSÄRZNEIKUNDE, v. *P. J. Schneider*, etc. — II^e vol., II^e cah. de la série nouv. — L'inoculation vaccinale préserve-t-elle aussi de la varioloïde? par *Kissel*. — Commentaire pratique sur la doctrine de la « dernière maladie », par *Sigmund A.-J. Schneider*. — Sur la meilleure méthode de découvrir les petites quantités d'alcool dans les recherches médico-légales, par *Buchheim*, prof. de Dorpat. — Les fissures congénitales du crâne, par *L. Buchner*.

MEDICIN. ZEITUNG. — N° 22. Folie par jalousie, par *Ideler* (fin). — L'inefficacité de l'acide nitrique contre la syphilis et le scorbut. — L'acide composé de Reitz contre le cancer de l'utérus. — Conclusions pratiques prises des comptes rendus de la Société méd. de St.-Pétersbourg. — N° 23. Placenta prævia, par *Bierbaum*. — Traitement du choléra. — N° 24. La taxe des médicaments en Prusse, par *E. Müller*.

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSKUNDE U. FRAUEN-KRANKHEITEN, publié par *Busch*. — III^e vol., V^e cah. Accouchement dans un cas de « placenta prævia, » par *Clemens*. — L'opération césarienne après la mort de la mère, par *le même*. — La succion des mamelons comme excitant les contractions de l'utérus au moment de l'accouchement, par *Sickel*. — La clinique obstétric. à l'université de Berlin. 3^e rapport (1842-47), par *Busch*.

NEUE MEDICIN. CHIRURG. ZEITUNG. Munich. — N° 13. Analyse des travaux de chirurgie, par *Frank* (fin). — De l'ophthalmiatrique, par *le même*. — N^{os} 14, 15 et 16. Des travaux sur les maladies des femmes, par *Otto Buchner*.

SCHMIDT'S JAHRBUECHER F. D. GES. MEDICIN, v. *Richter* u. *Winter*. — Vol. LXXXII. Année 1854. N. 6. Analyses et revues.

SCHWEIZERISCHE ZEITSCHRIFT FUER MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHUELFE, von *Tscharner*, 1854. — I. Fistule congénitale du cou, par *J. Jenni*. — Recherches obstétricales, par le docteur *Spœndli*. — Résumé de la topographie du crétinisme en Suisse, pas le docteur *Meyer-Ahrens*. — Tumeur fibreuse de l'utérus d'une forme et d'une grosseur inaccoutumées. (Avec pl.)

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — N° 17. L'examen des syphilitiques, par le prof. *Sigmund* (de Vienne). — Maladies de l'articulation coxo-fémorale, par le docteur *F. W. Lorinser*, de Vienne (suite). — N° 18. Fin de ce travail. — N° 19. Cas de mobilité extrême, par *Jos. Dietl* à Krakau. — Examen de la théorie du docteur Seifert de la grossesse simulée, par le docteur *Santlus de Hadamar*. — Rapport sur les autopsies judiciaires faites dans le mois de mars dans l'hôpital général de Vienne, par *Weinberger*. — N° 20. Cas d'une rate, etc. (fin). — Sur la théorie du docteur Seifert, etc. (fin). — Rapport sur les autopsies judiciaires, etc. (fin). — Les eaux minérales d'Espagne, par *Engel*.

ZEITSCHRIFT F. KLINISCHE MEDIZIN, v. *Guensburg*. — V^e vol., 3^e cah. Opération plastique pratiquée à la face pour une tumeur épithéliale, par *Th. Middeldorpf*. Avec planche). — Le phosphore dans le choléra épidémique, par *J. Paul*. — Fracture du radius à son extrémité inférieure, par *Hœnerkopf*. — Les institutions sanitaires de l'armée française, par *Biefel*. — Rapport sur les malades traités pendant les années 1852 et 1853 dans la 2^e section interne de l'hôpital général à Breslau, par *Cohn*.

— La Société de Chirurgie vient de renouveler son bureau. Ont été nommés : *président*, M. Huguier ; *vice-président*, M. Gosselin ; *secrétaire*, M. Follin ; *vice-secrétaire*, M. Verneuil.

La Société tiendra sa séance annuelle le mercredi 5 juillet.

— Dans le comité secret qui a eu lieu hier à l'Académie des sciences, on a discuté les titres des candidats à la place vacante par le décès de M. Roux. Après la discussion, la liste suivante, présentée par la commission, a été arrêtée : 1° M. Claude Bernard ; 2° M. Jobert ; 3° MM. Longet et Baudens ; 4° MM. Laugier et Malgaigne ; 5° MM. Leroy (d'Etiolles) et Maisonneuve.

MM. les abonnés à la GAZETTE HEBDOMADAIRE, *dont l'abonnement finit le 30 juin, sont prévenus qu'un mandat de 13 francs leur sera présenté le 31 juillet pour renouvellement de 6 mois.*

CHOLÉRA. — Voici le mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine depuis le 14 juin :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 15 juin. . .	31	10	41	4	17
16.	23	3	26	4	20
17.	29	12	41	9	16
18.	18	5	23	11	18
19.	31	18	49	8	21
20.	32	13	45	7	21
21.	26	10	36	5	22
Résumé de 7 jours. .	190	71	261	148	135

La situation au 21 juin est celle-ci :

Cas traités dans les hôpitaux depuis novembre. . . .		2,596
Sorties	982	
Décès	1,370	2,352
Il reste en traitement		244

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS ET LES DÉPARTEMENTS : Un an, 24 fr. Six mois, 13 fr. Trois mois, 7 fr.
POUR L'ÉTRANGER : Le port en sus suivant les tarifs.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BUREAUX : A LA LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE DE VICTOR MASSON Place de l'École-de-Médecine.

CE JOURNAL PARAÎT TOUS LES VENDREDIS. ON S'ABONNE chez les Libraires, dans les Bureaux de messageries, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.

TOME I. PARIS, 30 JUIN 1854. N° 39.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

ARRÊTÉ MINISTÉRIEL CONCERNANT LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

En vertu d'un arrêté de M. le Ministre de l'Instruction publique et des cultes, en date du 28 juin, la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* prendra, à partir du 1er juillet 1854, le titre de GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL, PUBLIÉ SOUS LES AUSPICES DU MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

La GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE sera divisée en deux parties : l'une officielle, et l'autre non officielle.

La partie officielle comprendra les décrets, arrêtés, circulaires et instructions concernant l'enseignement et l'exercice de la médecine et de la pharmacie. La partie non officielle continuera l'ancien cadre du journal, tel qu'il est connu de nos lecteurs.

Il sera établi près le journal un Comité de cinq professeurs de la Faculté de médecine de Paris, nommé par le Ministre, sur la présentation du Doyen de la Faculté, qui en fera partie de droit.

— La GAZETTE HEBDOMADAIRE comprend les obligations qui naissent pour elle de l'honneur qui lui est fait; elle sent profondément ce que sa nouvelle position lui commande de zèle dans l'accomplissement de l'œuvre scientifique, de modération et de tenue dans les nécessités, souvent délicates, de la critique. Il n'est pas besoin, sans doute, de faire remarquer qu'elle conserve sa spontanéité et son indépendance. Tout ce qui est professé en son nom dans les choses de la science l'est sous la responsabilité absolue du rédacteur en chef. Elle reste, comme par le passé, un *journal* dans l'entière acception du mot, c'est-à-dire un terrain libre où peuvent se rencontrer toutes les opinions, toutes les doctrines qui ne choquent pas le sens commun et que recommande la bonne foi.

Le comité de professeurs institué près le journal est, à nos yeux, un des plus précieux avantages qui nous aient été accordés. En insistant nous-même pour l'obtenir, nous avons compté qu'il ne se bornerait pas à être une garantie du caractère sérieux et de la dignité de la publication, mais que, sortant de ses attributions officielles, il voudrait bien prêter à notre œuvre un concours plus direct et plus effectif. Nous avons, dès à présent, de bonnes raisons de croire que nous ne nous sommes pas trompé.

Les membres du comité sont :

MM. DUBOIS (Paul), doyen de la Faculté;
BÉRARD, professeur de physiologie;
GRISOLLE, professeur de matière médicale;
NÉLATON, professeur de clinique externe;
SOUBEIRAN, professeur de pharmacie.

A. DECHAMBRE.

A l'avenir, la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL, *donnera régulièrement une fois par mois un supplément de* 16 *colonnes. Chaque numéro contenant un supplément aura donc* 48 *colonnes au lieu de* 32.

I.

Paris, ce 29 juin 1854.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS ; EMPLOI DU PESSAIRE INTRA-UTÉRIN.

On sait par quel genre de talent se distingue M. P. Dubois. Il est net, clair, précis, correct ; il a un sentiment très exact des exigences d'une question, et en démêle sans embarras les éléments essentiels. Il a d'ailleurs cette sagesse de n'intervenir dans une discussion que pour y apporter un tribut considérable d'expérience personnelle et de réflexion. Dans les choses, comme dans les mots, jamais rien d'aventuré. Même

quand il théorise, comme il a fait mardi dans la première partie de son discours, il reste pratique, en ne s'appuyant que sur des données positives et n'en tirant que les déductions les plus naturelles. Aussi personne n'agit-il plus sûrement sur les esprits. Il fait une opinion arrêtée à ceux-là même que la direction de leurs études éloigne le plus de la matière.

Cela étant, nous sommes bien aise de nous être expliqué déjà sur la plupart des points mis en discussion devant l'Académie. Si l'on songe à remarquer l'identité de nos opinions avec celles de M. P. Dubois, on ne pourra nous accuser de nous être laissé séduire par sa persuasive improvisation. Nous le disons maintenant avec une nouvelle assurance : non, les déviations *simples* de l'utérus, sans complication de quelque affection organique ou nerveuse, ne donnent pas lieu, dans l'immense majorité des cas, à des accidents notables, et ne réclament pas un traitement particulier ; non encore, le pessaire intra-utérin n'a pas le genre d'efficacité qu'on lui attribue, car il ne procure pas le redressement permanent et définitif de l'organe. M. P. Dubois s'est surtout attaché à la seconde question, qui est plus directement en cause. On lira les considérations anatomiques et physiologiques par lesquelles il rejette théoriquement la possibilité d'un redressement définitif par un simple appareil mécanique ; mais nous appelons surtout l'attention sur les résultats matériels de son observation. *Pas une seule fois*, sur une vingtaine d'expériences qui lui sont propres, il n'a vu l'organe se maintenir dans la position où on l'avait ramené, alors même que les femmes avaient été et restaient soulagées par le traitement. Qu'importe, dira-t-on ; ce n'est là qu'une fraction, une fraction minime, de la masse d'expériences amassées sur la question. Soit. C'est pourtant un contraste assez singulier, que celui d'un insuccès constant dans 20 tentatives et de 78 guérisons annoncées par M. Valleix sur un total de 108 malades. Mais voici qui est plus significatif. Des femmes traitées par M. Valleix lui-même, par M. Simpson, et comptées comme guéries dans les relevés statistiques, sont venues consulter M. P. Dubois, qui a constaté chez elles, et fait constater à d'autres, des déviations parfaitement caractérisées. N'y eût-il que cinq ou six exemples de ce genre, ils devraient néanmoins peser d'un grand poids dans la balance, parce que, n'étant révélés que par un concours fortuit de circonstances, ils en laissent très légitimement soupçonner un plus grand nombre. Nous savons, d'ailleurs, que la même occasion s'est offerte à plus d'un autre praticien.

Ces deux questions : influence des déviations utérines sur la santé des femmes, et efficacité du redresseur intra-utérin ou d'un redresseur quelconque, se tiennent et se subordonnent réciproquement. Si les déviations de l'utérus sont le point de départ d'accidents locaux ou généraux, il est clair qu'il faut tenter le redressement ; et réciproquement, si le pessaire redresse d'une manière permanente, et, en redressant, fait cesser les accidents, c'est la preuve que les accidents dépendaient de la déviation. En ceci, nous n'apprenons rien à personne ; et pourtant, c'est du rapport qui vient d'être indiqué que nous tirerons un argument contre un autre orateur, fort habile, très compétent aussi sur la matière, qui, tout en faisant bon marché des inflexions, attribue une assez grande valeur pathologique aux déviations proprement dites. L'honorable M. Cazeaux fonde cette opinion principalement sur ce qu'il existe des exemples incontestables de déviation simple accompagnée d'accidents sérieux. Mais si ces accidents sont réellement et spécialement produits par la déviation, ils ne peuvent disparaître que par le redressement. Cela revient à demander si, dans les cas où la guérison a eu lieu, la matrice était redressée ; si, en outre, elle a conservé une direction normale à une époque où la guérison obtenue ne se démentait pas. Nous le répétons à dessein, parce que c'est le nœud de la difficulté : ceux qui accordent à la déviation une influence dans la production d'accidents quelconques, s'engagent, par cela seul, à démontrer que le redressement est obtenu et persiste quand ces accidents sont dissipés. Voilà toujours la question. Et s'il arrivait, par hasard, que la matrice restât déviée après la disparition des troubles fonctionnels, il faudrait bien convenir que la cause du mal n'était pas dans le déplacement de l'organe. Or, les faits sont loin d'être défavorables à cette supposition. Bien plus, on peut affirmer, d'après le témoignage presque unanime des praticiens, que les choses se passent ainsi le plus ordinairement. M. Cazeaux l'avait dit lui-même en commençant, le pessaire de M. Valleix ne redresse pas. Et la lecture de M. Hervez de Chégoin, si directement intéressé dans le débat, est bien plus propre à faire attribuer de bons effets, tels quels, au pessaire, qu'à mettre hors de doute, comme il l'eût fallu, la réalité du redressement. Qu'on puisse citer, néanmoins, des cas où l'utérus a quitté sa position vicieuse en même temps que la guérison a été obtenue, nous n'avons pas envie de le contester. L'organe qui s'est une fois renversé dans un sens peut bien, une autre fois, se renverser dans un autre, ou même revenir à la rectitude ; il peut se faire, comme l'a dit M. Cazeaux, que des anses intestinales se disposent de manière à maintenir l'utérus dans la position où l'a placé momentanément le redresseur ; mais la signification qu'on pourrait attribuer à ces faits, s'ils étaient la règle au lieu d'être l'exception, ne saurait être la même dès qu'il est prouvé que, dans la majorité des cas, la guérison a lieu sous l'influence du même traitement, bien que l'utérus reste dévié.

Ceci nous conduit à une autre question, indiquée par M. Cazeaux et plus longuement traitée par M. P. Dubois. L'application du pessaire est fréquemment suivie d'un soulagement notable. C'est à ce fait que nous faisions allusion dans notre dernier article, et aussi au peu de gravité de certains accidents (douleurs, hémorrhagies) dont l'application du pessaire est fréquemment suivie, quand nous exprimions le regret que M. le rapporteur eût envisagé la méthode uniquement par son mauvais côté, comme le lui a également reproché M. Cazeaux. Sur ce fait de l'heureuse influence du pessaire, M. P. Dubois, qui parlait le premier, a déployé les ressources d'un clinicien consommé. Tout le bénéfice vient de ce qu'on *immobilise* l'utérus, comme l'a si bien dit ailleurs M. Gosselin ; de ce qu'on le suspend et qu'on l'empêche de tirailler ses ligaments, absolument comme, dans l'orchite, on diminue les douleurs du cordon en suspendant le testicule. Toute la partie du discours relative aux névroses de la matrice et des tissus voisins est d'une vérité frappante. Il n'est pas de praticien un peu répandu qui n'ait rencontré ces hyperesthésies du vagin avec coloration inégale de la muqueuse de la vulve, hyperesthésies qui s'étendent souvent au col de l'utérus, à son corps, à ses annexes, parfois même à l'anus. La description si fidèle de l'orateur nous en a immédiatement rappelé plusieurs exemples. Or, nous l'avons dit ailleurs, même dans ces cas, le décubitus horizontal, un moyen de suspension qui ne produise pas d'excitation locale, soulagent le plus souvent ; tant il est vrai que, dans presque toutes les affections utérines, suspendre l'organe est l'une des premières indications à remplir.

M. Velpeau a retenu la parole pour la séance prochaine.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Coup d'œil statistique sur la fièvre typhoïde a l'hopital de Lausanne, de 1836 a 1850, par M. J. Delaharpe, médecin en chef de l'hôpital de Lausanne.

(Voir les numéros 35 et 37.)

Passons maintenant à l'examen de la mortalité selon les *âges*.

Première période. Avant la onzième année. Cette période, comme nous l'avons vu, ne compte pas de décès. Je ne puis expliquer ce fait que par la bénignité de la fièvre typhoïde dans l'enfance. Les formes graves de cette affection sont très rares à cet âge : la fièvre gastrique, avec prédominance d'irritation des muqueuses, est presque la seule observée. Ce fait est d'autant plus remarquable, qu'en général, dans l'enfance, la réaction fébrile est beaucoup plus vive sous l'influence d'une irritation locale quelconque, que dans tout autre âge ; en sorte que si, dans la maladie qui nous occupe, la réaction générale n'était que l'expression symptomatique de l'éruption intestinale, comme plusieurs l'ont affirmé, nulle part cette réaction ne devrait être plus prononcée que chez les enfants, et le contraire a précisément lieu. Donc il existe dans la fièvre typhoïde plus qu'une simple réaction générale, et l'expression tant décriée de *fièvre essentielle* repose sur quelque chose de réel.

Deuxième période. De douze à quinze ans. Des 37 malades compris dans cet espace de temps, le résumé en indique 9 de morts. Ils sont assez uniformément distribués dans chaque âge. La proportion des décès, comparés aux malades de la période, s'élève quelque peu au-dessus de la moyenne générale des décès : elle est : : 243,2 : 1,000.

Les sexes présentent une différence très forte : sur 17 hommes, 4 moururent, et sur 11 femmes il y eut 5 décès, c'est-à-dire 190,5 hommes et 312,5 femmes pour 1,000. Cet écart ne peut être que le résultat fortuit de la petitesse des chiffres. Une telle disproportion n'existe nulle part ailleurs.

Troisième période. De seize à vingt-sept ans. Sur 381 malades inscrits dans cette catégorie, il y eut 80 décès, c'est-à-dire 210 pour 1,000, proportion plus faible que la moyenne générale dans le rapport de 21,0 à 23,5. Cette diminution de mortalité à l'époque de la vie où nous avons constaté le plus haut degré de prédisposition, est une nouvelle preuve en faveur du rapport direct qui existe entre la gravité de l'affection typhoïde et l'activité du principe contagieux, et du rapport inverse entre cette même gravité et la prédisposition.

En subdivisant cette importante période de douze années en fractions de quatre années, nous avons :

De 16 à 19 ans.	Malades,	108	Rapport pour 1,000,	250,0
	Morts,	27		
De 20 à 23 ans.	Malades,	175	*Id.*	188,5
	Morts,	33		
De 24 à 27 ans.	Malades,	98	*Id.*	204,0
	Morts,	20		

Ces chiffres ne sont pas dépourvus d'intérêt. Nous avons vu que de seize à dix-neuf ans le nombre des malades augmente rapidement, et que cette augmentation doit s'expliquer par celle de la prédisposition ; or, durant cet espace de temps, le chiffre de la mortalité se montre sensiblement au-dessus de la moyenne générale. Je me borne à relever ce fait, en contradiction apparente avec ce que je viens de dire au sujet de la mortalité générale de la période. Son explication se trouvera lorsque nous parlerons de la mortalité selon les sexes dans cette période ; car ce sont les décès des femmes qui causent ici l'augmentation observée.

Le deuxième espace de quatre ans, loin de suivre le précédent, revient en arrière et donne, pour 1,000 malades, une mortalité bien inférieure à la moyenne générale (236,4). Ce même espace est, comme nous l'avons vu, celui durant lequel la prédisposition atteint son maximum.

Dans le troisième espace, la mortalité augmente quelque peu, quoique en restant au-dessous de la moyenne. La prédisposition, à cette époque, a déjà sensiblement diminué.

En ayant égard aux *sexes*, nos 80 décès se répartissent entre 49 hommes et 31 femmes. Nous avons compté dans cette période 251 hommes et 130 femmes, d'où l'on tire, pour 1,000 hommes, 195,2 décès, et pour 1,000 femmes, 238,4 décès. Quoique la différence qui existe ici entre les deux sexes ne soit point si forte que dans la période précédente, elle n'en est pas moins notable, puisqu'elle donne un rapport approximatif de 19 à 23. Comment expliquer cette plus grande mortalité chez les femmes? Les données statistiques que je possède sont insuffisantes pour la résoudre. L'observation clinique m'a appris que, chez les femmes, les cas graves le sont essentiellement par suite des désordres qui se montrent dans la sphère de la circulation (hémorrhagies, congestions, anémie, chlorose, aménorrhée, hypérémie pulmonaire, etc.). Ces désordres me paraissent expliquer seuls l'augmentation du chiffre de la mortalité dans cet âge de la vie. Si les altérations du sang propres à l'affection typhoïde sont essentiellement en rapport avec l'action des agents miasmatiques, ou contagieux, il faudrait en conclure que, chez les femmes, cette dernière action trouve une condition organique qui la favorise et rend ainsi la mortalité plus forte.

Appliquant à la distribution par sexes la subdivision qui précède, nous trouvons :

De 16 à 19 ans.	Hommes,	62	Rapport pour 1,000,	226,0
	Décès,	14		
	Femmes,	46	*Id.*	282,6
	Décès,	13		
De 20 à 23 ans.	Hommes,	122	*Id.*	180,3
	Décès,	22		
	Femmes,	53	*Id.*	207,5
	Décès,	11		
De 24 à 27 ans.	Hommes,	67	*Id.*	194,0
	Décès,	13		
	Femmes,	31	*Id.*	225,8
	Décès,	7		

En étudiant ces divers rapports, sans perdre de vue la prudence dont il faut user dès qu'il s'agit de nombres peu élevés, nous retrouvons, au premier abord, l'excès de mortalité déjà mentionné chez le sexe féminin, ainsi que la diminution des décès, pour les deux sexes, de vingt à vingt-trois ans ; en second lieu, la mortalité de la première série de quatre années reste aussi plus élevée que dans les deux autres séries chez l'un et l'autre sexe. La moyenne, pour les femmes, dépasse quelque peu la mortalité moyenne de ce sexe ; chez les hommes elle reste un peu au-dessous de la moyenne. On doit conclure de ces faits que les causes qui aggravent la fièvre typhoïde à cet âge agissent plus puissamment chez les femmes que chez les hommes, et le font surtout au moment de l'adolescence confirmée et de l'entrée dans l'âge viril. Or, où placer la sphère de leur action à cette époque de la vie, si ce n'est dans le système sanguin? Ce sont, en effet, les troubles de ce système, les congestions céphaliques et pulmonaires chez les hommes, les accidents de la dysménorrhée et de la chlorose chez les femmes, qui se montrent le plus habituellement au premier rang dans les cas graves et compliqués. Dès l'âge viril, la cause que je viens d'indiquer perd de son importance chez les femmes, et, dans les deux dernières séries de quatre ans, le rapport de la mortalité chez les sexes reste ce qu'il est ailleurs.

Quatrième période. De vingt-huit à trente-neuf ans. Pris en bloc, cet espace de douze ans n'offre qu'une légère augmentation de mortalité, comparativement au précédent. Le chiffre des décès atteint, pour 1,000, 236,3, c'est-à-dire précisément celui de la moyenne générale. Sur 110 individus on compte 26 morts. En subdivisant cette période, on obtient des nombres trop faibles, surtout dans les deux derniers tiers, pour baser sur eux des résultats significatifs.

La comparaison des sexes offre une proportion plus remarquable : tandis que, chez les hommes, la mortalité atteint son minimum,

12 morts sur 73, chez les femmes elle s'élève, pour continuer ce mouvement ascensionnel dans la période suivante. Je ne puis expliquer cette divergence, et je préfère m'abstenir d'explications hypothétiques.

Cinquième et sixième périodes. Dès quarante ans et au delà. Je réunis ces deux espaces, à cause de la petitesse des chiffres. Un seul fait, l'augmentation très forte de la mortalité chez les deux sexes, la caractérise. Sur 24 hommes, 8 succombent, c'est-à-dire le tiers ; sur 13 femmes, 6 meurent, ou à peu près la moitié. Les premiers conservent encore ici le privilége d'une plus forte résistance aux agents destructeurs. Le plus âgé des hommes (75 ans) succomba, et la plus âgée des femmes (60 ans) guérit.

Distribution des typhoïdes de 15 années successives par âges, sexes et terminaisons.

PREMIÈRE PÉRIODE D'AGES.

		4 ans.	5 ans.	6 ans.	7 ans.	8 ans.	9 ans.	10 ans.	11 ans.	TOTAUX. Guéris.	TOTAUX. Morts.
Hommes	guéris. .	»	»	3	1	1	5	2	1	13	»
	morts. . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Femmes	guéries. .	1	1	»	2	1	»	2	3	10	»
	mortes. .	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»

DEUXIÈME PÉRIODE D'AGES.

		12 ans.	13 ans.	14 ans.	15 ans.		Guéris.	Morts.
Hommes	guéris. . . .	1	3	12	1	. . . . .	17	»
	morts	1	»	2	1	. . . . .	»	4
Femmes	guéries . . .	1	6	2	2	. . . . .	11	»
	mortes. . . .	1	3	»	1	. . . . .	»	5

TROISIÈME PÉRIODE D'AGES.

		16 ans.	17 ans.	18 ans.	19 ans.	20 ans.	21 ans.	22 ans.	23 ans.	24 ans.	25 ans	26 ans	27 ans	Guéris.	Morts.
Hommes	guér.	7	12	15	14	25	22	26	27	23	17	8	6	202	»
	morts	4	4	3	3	7	5	9	1	1	4	5	3	»	49
Femmes	guér.	3	12	10	8	19	5	7	11	6	6	7	5	99	»
	mort.	5	2	4	2	2	4	1	4	2	2	1	2	»	31

QUATRIÈME PÉRIODE D'AGES.

		28 ans.	29 ans.	30 ans.	31 ans.	32 ans.	33 ans.	34 ans.	35 ans.	36 ans.	37 ans.	38 ans.	39 ans	Guéris.	Morts.
Hommes	guér.	12	11	8	3	5	»	3	4	5	1	7	2	61	»
	morts	»	1	»	3	1	4	1	1	1	»	»	»	»	12
Femmes	guér.	5	2	1	3	4	»	»	3	2	1	»	2	23	»
	mort.	1	2	5	1	»	1	1	»	1	»	2	»	»	14

CINQUIÈME PÉRIODE D'AGES.

		40 ans.	42 ans.	43 ans.	44 ans.	45 ans.	47 ans.	48 ans.	49 ans.	Guéris.	Morts.
Hommes	guéris .	»	1	2	1	2	»	1	1	8	»
	morts. .	1	»	»	»	1	»	2	»	»	4
Femmes	guéries.	2	»	1	»	1	1	1	»	6	»
	mortes.	1	3	»	1	»	»	»	1	»	6

SIXIÈME PÉRIODE D'AGES.

		50 ans.	51 ans.	53 ans.	55 ans.	56 ans.	60 ans.	64 ans.	69 ans.	75 ans.	Guéris.	Morts.
Hommes	guéris .	1	2	1	2	»	»	1	1	»	8	»
	morts. .	»	»	»	1	1	1	»	»	1	»	4
Femmes	guéries.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»
	mortes.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
											459	129
											588	

RÉCAPITULATION PAR SEXE.

	Guéris.	Morts.
Hommes.	309	73
Femmes.	150	56
	459	129

Résumé de la mortalité suivant les âges.

		Guéris.	Morts.	Total.	RAPPORTS. 1 mort sur le total des malades de la période.	Morts sur le total des malades de la période pour 1000	Morts sur le total des morts.	Morts sur le total des morts pour 1000
1re PÉRIODE. 4 à 11 ans.	Hom. .	13	»	13	»	»	»	»
	Fem. .	10	»	10	»	»	»	»
Les 2 sexes ensemb.		23	»	23	»	»	»	»
2e PÉRIODE. 12 à 15 ans.	Hom. .	17	4	21	5,2	190	1/18	54
	Fem. .	11	5	16	3,2	312	1/11	89
Les 2 sexes ensemb.		28	9	37	4,1	243	1/14	69
3e PÉRIODE. 16 à 27 ans.	Hom. .	202	49	251	5,1	191	10/15	671
	Fem. .	99	31	130	4,2	238	10/18	553
Les 2 sexes ensemb.		301	80	381	4,7	210	10/16	620
4e PÉRIODE. 28 à 39 ans.	Hom. .	61	12	73	6,0	164	1/6	164
	Fem. .	23	14	37	2,6	378	1/4	250
Les 2 sexes ensemb.		84	26	110	4,2	236	1/5	201
5e PÉRIODE. 40 à 49 ans.	Hom. .	8	4	12	3,0	333	1/18	54
	Fem. .	6	6	12	2,0	500	1/9	107
Les 2 sexes ensemb.		14	10	24	2,4	416	1/12	77
6e PÉRIODE. 50 à 75 ans.	Hom. .	8	4	2	3,0	333	1/18	54
	Fem. .	1	»	1	»	»	»	»
Les 2 sexes ensemb.		9	4	13	3,2	307	1/32	31

V. Résumant les conséquences générales auxquelles nous avons été conduit, il resterait établi que, dans la fièvre typhoïde :

1° *Les saisons ont une influence très marquée.* La prédisposition qu'elles déterminent suit, dans notre pays, le mouvement d'évolution de la nature, s'accroît avec lui, et décroît lorsque l'hiver en suspend le cours. Tout ce qui, d'ailleurs, accélère la vie, paraît avoir le même effet sur la prédisposition typhoïde.

Il est inutile de faire observer combien cette conclusion s'éloigne des idées professées et reçues.

2° *Le sexe exerce une notable influence à la fois sur la fréquence et sur la gravité du mal.* La première est en sens inverse de la seconde. *La mortalité, plus grande chez la femme, s'accompagne d'une fréquence moindre. Le contraire a lieu pour l'homme.* Cette opposition entre la mortalité et la fréquence ne peut guère s'expliquer qu'en admettant que celle-ci est plus spécialement liée à la prédisposition et celle-là au miasme contagieux ou épidémique.

3° *L'âge est, de toutes les conditions, celle dont l'action est le plus prononcée. Le moment où l'individu atteint son plein développement est aussi celui où il est le plus exposé à la fièvre typhoïde.* En s'éloignant de ce point, la prédisposition diminue de part et d'autre, tandis que la mortalité augmente d'un côté et diminue de l'autre avec le nombre des années. On ne peut guère expliquer ce fait que par le trouble apporté à l'hématose, qui est d'autant plus grave que le malade est plus âgé. Cette explication s'appliquerait en même temps aux variations que présente la mortalité à certaines époques et chez les différents sexes.

4. *L'âge et le sexe unissent leur influence de telle sorte, que le moment de la plus grande fréquence n'est pas le même chez l'homme et chez la femme. Celle-ci est plus précoce dans le développement de la prédisposition, de toute la différence qui sépare les deux sexes,* ou d'environ deux ans, dans nos climats.

MÉMOIRE SUR LA CAUTÉRISATION APPLIQUÉE AUX POLYPES NASO-PHARYNGIENS, par le docteur DESGRANGES, chirurgien en chef (désigné) de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Avant que M. le professeur Nélaton eût appliqué la cautérisation destructive aux polypes naso-pharyngiens, toutes les méthodes, on peut le dire, n'étaient que des palliatifs ; le traitement curatif manquait. Aussi, à part quelques cas, où l'implantation du polype sur le vomer ou les cornets avait permis, en enlevant la tumeur, d'en emporter du même coup la base, à part ce cas, disons-nous, la récidive n'a point tardé à se montrer, soit à cause de la force de repullulation propre aux polypes, soit plutôt à raison de leur siége au fond des cavités faciales, qui les dérobent aux regards et les font échapper aux instruments.

Pour faire plus, et surtout pour faire mieux, il fallait attaquer la base d'implantation des polypes. Comment? De quelle façon porter sur ces germes de la récidive un agent de destruction profond? Là gisait toute la difficulté.

A M. le professeur Nélaton appartient l'honneur de l'avoir résolue, et cela par la cautérisation, après que le voile du palais a été divisé et la voûte palatine reséquée, en ménageant toutefois les muqueuses palatine et nasale. De la sorte le polype est mis à nu, et de la bouche au pharynx il existe une large voie de communication, par où l'on peut introduire les caustiques.

Si la base du polype est suffisamment cautérisée, la cure est radicale. Donc ici progrès manifeste et surtout progrès précieux.

Mais tout en m'applaudissant du succès obtenu, la première fois que j'exécutai cette opération, je me pris à regretter de ne point avoir les bénéfices de la cautérisation sans les inconvénients de la perforation palatine et sans la nécessité, plus tard, de la staphyloraphie. Dès lors je cherchai la possibilité de tenir du caustique dans le pharynx sans avoir besoin de diviser le voile ni d'attaquer la voûte du palais ; et j'ai la satisfaction, aujourd'hui, de dire que je suis heureusement arrivé à résoudre le problème.

Dans ce mémoire je présenterai d'abord les observations qui prouvent la curabilité des polypes naso-pharyngiens par la cautérisation ; ensuite l'opération telle que la pratique M. le professeur Nélaton ; puis j'exposerai mon procédé de cautérisation sans opération préalable ni complémentaire ; plus loin viendront les cas où il a été appliqué, et je terminerai par les conclusions qui découlent du travail en entier.

I. — LA CAUTÉRISATION GUÉRIT RADICALEMENT LES POLYPES NASO-PHARYNGIENS.

Sans doute le nombre des faits cités plus loin ne permet pas de donner à cette proposition une forme trop absolue ; mais si l'on veut bien les peser, ces faits, au lieu de les compter, on conviendra qu'ils sont de nature à donner un légitime espoir.

C'est d'abord un garçon de seize ans, porteur d'un polype volumineux, contre lequel avaient échoué les méthodes ordinaires, et qui doit à la cautérisation une guérison durable, vérifiée à quinze mois de date. (Observation I de M. le professeur Nélaton.) En second lieu, c'est un jeune garçon atteint de récidive six mois après la ligature d'un polype pharyngien, et qui, grâce à la cautérisation, jouit d'une guérison non démentie depuis le 14 juin 1853.

Donc, d'une part, guérison d'une tumeur rebelle, suivant toutes probabilités, aux moyens ordinaires, et, d'un autre côté, guérison durable, contrairement au résultat temporaire, suite de la ligature.

OBS. I. — *Polype fibreux inséré sur l'atlas, l'apophyse basilaire et le sphénoïde ; hémorrhagies nombreuses et abondantes ; résection de la voûte palatine ; excision du polype et cautérisation des restes du pédicule ; staphyloraphie heureuse ; guérison radicale.*

Eugererd, seize ans, chapelier, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Nélaton, le 13 décembre 1848. Ce malade porte un polype naso-pharyngien, de volume médiocre, très dur, arrondi, que l'on peut circonscrire, si ce n'est tout à fait en haut et en avant, vers l'ouverture postérieure des narines, qui semblent fermées par la tumeur, surtout à gauche, mais sans qu'il y ait aucune saillie anormale sur le visage ; le voile du palais est déprimé, sans qu'il soit possible de rien apercevoir au-dessus.

Affaiblissement général par des hémorrhagies graves ; voix nasonnée ; respiration nasale impossible.

27 décembre. Excision du polype à travers une voie large et facile, que M. le professeur Nélaton pratique d'après les règles qu'il a établies, en divisant le voile du palais et reséquant la voûte palatine.

Du 15 janvier 1849 au 5 février, douze cautérisations par le caustique Filhos. — Le traitement subit quelque retard par l'apparition d'une péricardite assez douloureuse, quoique sans danger.

11 février. Cautérisation au fer rouge ; après quoi l'ouverture palatine, abandonnée à elle-même, se rétrécit visiblement tous les jours.

20 mars. Staphyloraphie, suivie d'une réunion partielle du voile : sur la moitié antérieure, il y a eu déchirure ; sur l'autre moitié, la cicatrisation est solide, définitive.

Eugererd, revu *quinze mois* après son opération, est toujours parfaitement guéri, sans traces de récidive.

L'ouverture palatine n'a plus que 0,007 de long, sur 0,001 à 0,001 1/2 de large ; elle est légèrement elliptique et limitée par des bords d'une dureté osseuse.

Le timbre de la voix est un peu nasonné ; la déglutition des solides et des liquides s'opère facilement, sans que rien passe par le nez. L'olfaction et l'audition sont intactes. (*Mémoire sur une opération nouvelle dirigée contre les polypes naso-pharyngiens.* — Botrel, *Revue médico-chirurgicale*, août 1850.)

OBS. II. — *Polype fibreux du pharynx opéré par ligature ; récidive ; ablation nouvelle et cautérisation ; guérison radicale.* (Observation recueillie par M. A. Gayet, interne des hôpitaux.)

Laurent Laroche, quatorze ans, entre à l'Hôtel-Dieu une première fois, le 18 octobre 1852, pour un polype fibreux du pharynx, dont il se serait aperçu, il y a six mois environ, à l'occasion d'une épistaxis qui réclama le tamponnement. Depuis lors, il a éprouvé de la gêne à respirer, ce qui, joint à un état de dépérissement général, le fait amener à l'hôpital.

Le polype est volumineux, au point que son extrémité inférieure dépasse la luette, se voit à découvert, et touche presque au larynx. Le voile du palais, déjeté en avant, est presque vertical, rétrécissant près de moitié la cavité buccale. La consistance du polype est extrême ; sa surface est lisse, régulière ; son pédicule, assez étroit, s'implante à la paroi supérieure du pharynx ; sa forme générale est celle d'un ellipsoïde allongé.

La fosse nasale droite, plus dilatée que l'autre, reçoit du polype un prolongement assez mince, mais encore trop petit pour apparaître à l'orifice antérieur.

La respiration est laborieuse, la voix nasonnée ; pourtant la déglutition est facile. — De temps en temps des hémorrhagies nasales.

Amaigrissement, pâleur de la face, débilité générale.

22 octobre. *Ligature du polype* avec le porte-nœud de M. Leroy (d'Étiolles) et le serre-nœud de Desault.

L'opération est assez facile et n'entraîne point d'accidents ultérieurs, jusqu'au moment où le pédicule, à moitié coupé, ne supporte plus le polype qu'imparfaitement, et le laisse tomber sur le larynx, où il provoque une dyspnée inquiétante. Pourtant l'on y remédie, et finalement, le 25 octobre, trois jours après la ligature, cet enfant est débarrassé d'un polype gros comme un petit œuf de poule.

26. Le malade sort en bon état.

Au mois de mai 1853, Laurent Laroche revient à l'hôpital, salle Saint-Sacerdos, n° 52, avec un nouveau polype aussi dur, aussi volumineux que le premier, à la seule différence près que le prolongement nasal, cette fois, se montre à l'orifice antérieur des narines.

Mêmes accidents locaux, même état général.

En présence d'une récidive si complète au bout de six mois, il fut décidé que l'on enlèverait encore le polype par la ligature, mais qu'après sa chute la base d'implantation serait cautérisée profondément par le chlorure de zinc.

Cette cautérisation, d'ailleurs, fut facile, car avant d'appliquer le caustique et de le fixer avec l'appareil frontal, on avait pratiqué l'opération de M. Nélaton, pour agir à découvert.

Le caustique resta cinq heures en place ; l'escarre qu'il produisit fut sèche, bien limitée, et l'élimination s'en fit par petits fragments dans la première quinzaine.

Le 14 juin, jour de son départ, notre opéré allait parfaitement. La déglutition était assez facile, bien que la perforation du palais ne se fût pas sensiblement rétrécie ; la dyspnée n'existait plus ; la phonation seule avait conservé son timbre nasonné. — Point de traces de repullulation.

Depuis lors nous avons eu plusieurs fois de ses nouvelles, et nous sommes certain que la guérison ne s'est pas démentie. Résultat heureux et remarquable, quand on songe à la gravité, à la promptitude de la récidive après la première opération suivant les méthodes ordinaires.

II. — PROCÉDÉ DE M. LE PROFESSEUR NÉLATON.

Dans le but de faciliter l'application nouvelle de la méthode cautérisante, le savant professeur ouvre de la bouche au pharynx, à travers le voile et la voûte du palais, un large passage, sauf à le refermer plus tard, au fond duquel on voit à nu les implantations du polype, et par où il est aisé de porter le caustique.

L'opération se divise en quatre temps :

« *Premier temps.* Le chirurgien fait ouvrir largement la bouche du patient, saisit avec une pince convenable le voile du palais qu'il divise sur la ligne médiane à l'aide du bistouri ou des ciseaux, et prolonge cette incision sur la voûte palatine dans l'étendue de 2 centimètres. Il doit avoir soin de faire pénétrer le bistouri jusqu'aux os.

» *Deuxième temps.* A l'extrémité antérieure de cette première incision, que l'on peut regarder comme la branche verticale d'un T, il en fait une seconde transversale, également longue de 2 centimètres, et qui représente la branche horizontale du T, puis il décolle la muqueuse à droite et à gauche avec un grattoir, un crochet-mousse, ou même une spatule.

» *Troisième temps.* A l'aide des ciseaux droits dirigés transversalement le long du bord postérieur de la voûte, il en sépare la lame supérieure du voile du palais dans l'étendue de 1 centimètre de chaque côté, et sans toucher en rien aux lambeaux palatins décollés.

» *Quatrième temps.* Chacun de ces lambeaux est accroché d'une érigne, maintenue par un aide; la voûte est perforée avec un poinçon aux deux extrémités de la section palatine transversale, et d'un seul coup la pince de Liston fait éclater la portion osseuse intermédiaire aux deux perforations, et avec elle une bonne portion du vomer.

» En retirant les parcelles d'os, restées adhérentes à la muqueuse des fosses nasales, il faut bien prendre garde de l'enlever. On se borne à la diviser sur la ligne médiane, et à la rejeter, au besoin, à droite et à gauche ; car plus tard, accolée à la membrane palatine, elle donnera naissance à une nouvelle sécrétion osseuse ou cartilagineuse.

» L'opération capitale terminée, il devient facile d'agir sur le polype et d'en faire l'excision avec des ciseaux courbes. » (Botrel, Mém. cit. — *Revue méd.-chirurg.*, août 1850, p. 92.)

A l'opération de M. Nélaton, M. Botrel propose les modifications suivantes, sur lesquelles nous passerons légèrement, puisque nous sommes en mesure de montrer qu'on peut atteindre au but sans solution de continuité.

Ainsi, l'auteur propose :

1° De respecter le bord libre du voile du palais, attendu que le passage n'en suffira pas moins, et que la staphyloraphie sera bien plus sûrement suivie de succès.

2° D'emporter la base d'implantation (ce qui déjà a été fait) si elle est étroite et accessible à l'instrument tranchant, comme sur le vomer ou à l'extrémité postérieure des cornets. Par-là, dit-il, — et c'est trop évident, — on aurait l'avantage d'éviter la cautérisation.

3° De remplacer la suture ordinaire dans la staphyloraphie par l'emploi des serres-fines modifiées; moyen, dit M. Botrel, qui n'a point été essayé sur le vivant, et sur lequel l'avenir prononcera.

On peut, dès à présent, prononcer et reléguer en toute assurance cette modification parmi les purs procédés d'amphithéâtre.

Vient en dernier lieu un procédé de palatoplastie, qui consiste à tailler deux lambeaux latéraux, dont la base en arrière, au lieu d'être en dehors, permet de les rapprocher et de les réunir sans tiraillement, tandis qu'ils sont forcément distendus dans ce dernier cas.

Au total, ces modifications n'ont point assez d'importance pour ajouter un avantage ni enlever un inconvénient au procédé de M. le professeur Nélaton; le procédé de palatoplastie seul renferme une idée bonne à mettre en pratique.

(La suite à un prochain numéro.)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 19 JUIN 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

M. *Flourens* fait hommage à l'Académie d'un exemplaire du livre qu'il vient de publier sous le titre d'*Histoire de la découverte de la circulation du sang*, et donne une idée de l'objet qu'il s'est proposé dans cet ouvrage.

ANATOMIE COMPARÉE. — *Note sur le trou ovale et sur le canal artériel*, par M. *Flourens*. — 1. *Du trou ovale.* Il est complétement fermé : sur le cochon d'Inde, à 12 jours ; — sur le lapin, à 16 jours ; — sur le chien, à 23 jours ; — sur le veau, entre 1 et 2 ans ; — sur l'homme, il ne l'est pas encore à 18 mois. Les *filaments* du trou ovale n'existent, parmi les animaux que l'auteur a pu examiner, que sur le veau et le cheval. Les filaments se développent toujours en même temps qu'une membrane dont le bord adhérent s'insère au bord postérieur du trou ovale. Ils naissent au nombre de douze ou quinze du bord libre de la membrane, forment un réseau à mailles variées qui se termine par trois ou quatre filaments qui viennent s'insérer à la face gauche de la cloison des oreillettes, en formant comme des arches de pont, l'arche médiane étant plus large que les autres. A mesure que l'animal se développe, la membrane et le réseau des filaments s'épaississent, les mailles diminuent d'étendue, puis s'effacent; les arches terminales disparaissent à leur tour, et il n'y a plus de communication entre les deux oreillettes; quelquefois, chez l'adulte, il persiste un canal très oblique qui s'étend de l'oreillette droite à l'oreillette gauche. Dans les animaux qui n'ont point de filaments, c'est aussi par l'hypertrophie de la membrane et de ses insertions dans l'oreillette gauche que le trou ovale se ferme.

2. *Du canal artériel.* Il est oblitéré : sur le chien, à 36 jours ; sur le lapin, à 26 jours ; sur l'homme, il n'était pas complétement fermé de 18 mois à 2 ans.

MÉDECINE. — *Note sur l'action de la strychnine (sulfate de) dans le choléra bleu, ou période cyanique algide du choléra indien;* par M. *Abeille*. — Du 26 avril au 3 juin courant, M. Abeille a administré la strychnine à vingt deux cholériques arrivés à la période cyanique algide. Or, voici ce qui est résulté : sur dix-neuf de ces malades, il est survenu une réaction progressive avec réapparition et ascension du pouls, dans l'espace de quatre à vingt-quatre heures à partir du moment de l'administration du médicament, ou pendant son emploi. Les doses de strychnine ont varié de 0,015 à 0,030, deux fois par jour, et en quatre prises dans quatre heures. Sur les trois malades restants, il n'y a pas eu de réaction, et la mort a été la terminaison. Dans la réaction, la circulation a pris parfois un tel degré d'activité, qu'il a fallu recourir à la saignée générale, dans le double but de modérer son impulsion et de remédier aux hypérémies organiques. Neuf des dix-neuf cholériques échappés à l'état cyanique algide ont succombé après la réaction, dans l'état dit torpide. Quant aux résultats définitifs, c'est-à-dire au nombre de guérisons que procure la strychnine (dix sur vingt-deux), le chiffre est supérieur à ceux obtenus jusque-là dans des conditions identiques.

— M. *Blézy* entretient l'Académie des bons effets qu'il a obtenus d'une décoction de moutarde dans le traitement de la *maladie de la vigne*.

COMITÉ SECRET. — M. *Magendie*, au nom de la section de médecine et de chirurgie, présente la liste suivante de candidats pour la place vacante par suite du décès de M. Roux : 1. M. *Claude Bernard*. — 2. M. *Jobert*, de Lamballe. — 3. MM. *Longet* et *Baudens*, *ex æquo*. — 4. MM. *Malgaigne* et *Laugier*, *ex æquo*. — 5. MM. *Maisonneuve* et *Leroy* (d'Étiolles), *ex æquo*.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 20 JUIN 1854.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics communique les six pièces suivantes : *a*. Rapport de M. le docteur *Flornoy*, médecin inspecteur des bains de mer de Royan (Charente-Inférieure), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1852. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Trois demandes adressées par des

propriétaires d'eaux minérales à Propiac (Drôme), pour l'exploitation de ces sources, avec des échantillons à soumettre à l'analyse chimique. (*Commission des eaux minérales.*) — *c.* Une demande en autorisation d'exploitation d'un puits artésien à Sotteville-lez-Rouen (Seine-Inférieure), appartenant au sieur Cueillens, avec des échantillons et des pièces à l'appui. (*Commission des eaux minérales.*) — *d.* Un tableau des vaccinations pratiquées en 1853 dans le département de la Nièvre. (*Commission de vaccine.*) — *e.* Échantillon et recette d'un sirop pectoral et hémostatique, par le sieur *Vachier*, pharmacien à Châlons. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *f.* Échantillon et recette d'une eau hémostatique, anticholérique et antidysentérique, par le sieur *Naquet*, ex-élève en pharmacie, à Maiguelay. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Le préfet de l'Ardèche communique à l'Académie le tableau des vaccinations pratiquées en 1853 dans ce département. (*Commission de vaccine.*)

3. Le préfet du Puy-de-Dôme transmet à l'Académie les réponses de M. le docteur *Nivet*, médecin inspecteur de l'établissement thermal de Royat, aux questions qui lui ont été adressées par M. le secrétaire perpétuel en octobre 1853. (*Commission des eaux minérales.*)

4. M. le docteur *Delaporte*, de Vimoutiers (Orne), en réponse à la circulaire de l'Académie, adresse quelques observations touchant les effets thérapeutiques des eaux minérales et des bains de mer. (*Commission des eaux minérales.*)

5. M. le docteur *Hullin*, membre correspondant à Mortagne (Vendée), informe l'Académie de la prochaine communication de son travail sur les résultats thérapeutiques des bains de mer. (*Commission des eaux minérales.*)

6. M. *Cellier-Blumenthal* soumet à l'Académie un procédé à l'aide duquel on peut conserver des viandes à l'état cru sous un volume et sous un poids très réduits sans leur faire perdre aucun de leurs éléments nutritifs. (*Comm.*: MM. Bouchardat, Chevallier, H. Gaultier de Claubry.)

7. M. le docteur *Langlebert* adresse une lettre en réponse aux réclamations de M. le docteur Debeney, touchant le traitement abortif et curatif de la blennorrhagie. (*Commission nommée.*)

M. *le Président* annonce à l'Académie que M. le docteur *Gintrac* père, membre correspondant à Bordeaux, est présent à la séance.

SÉANCE DU 27 JUIN 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° Quatre rapports sur diverses épidémies.

2° Communication de : *a.* M. *Tourdes*, sur le goître (*Commission du goître et du crétinisme*); *b.* M. *Bédor*, sur le choléra à Troyes (*Commission du choléra*); *c.* M. *Debeney*, sur la blennorrhagie (réclame la priorité des injections caustiques); *d.* M. *Mallet*, sur l'efficacité des semences de staphisaigre dans les maladies cutanées (comm. : MM. *Chatin*, *Gibot*); *e.* M. *Gaussail*, sur les déviations utérines (persiste dans les rectifications contenues dans sa précédente lettre).

3° Tableau des vaccinations pratiquées en 1853 dans les départements de l'Ariége et des Hautes-Alpes. (*Commission de vaccine.*)

DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS. — (*Discussion.*)

M. *P. Dubois* : Lorsque la question actuelle s'est élevée dans le sein de l'Académie, elle était restreinte aux termes les plus simples : il s'agissait de savoir si deux personnes qui avaient succombé pendant qu'elles étaient soumises à un traitement nouveau pour la guérison d'une affection utérine avaient en réalité succombé aux effets de ce traitement. Mais la question n'a pas tardé à s'étendre, soit, ce qui est très probable, par la force naturelle des choses, soit par la volonté même de celui de nos confrères dont le procédé opératoire est aujourd'hui soumis à l'appréciation de l'Académie. Vous vous rappelez, en effet, qu'à l'occasion des communications faites par M. Broca et par notre collègue M. Cruveilhier, une note fut lue dans cette enceinte par M. Valleix, et qu'à la première question il en ajouta plusieurs autres qui concernaient l'application et les effets du redresseur utérin. Le rapport si lucide et si complet de votre commission n'a fait que développer le programme tracé par M. Valleix. Enfin, soit par les faits qui ont précédé ces débats, soit par ces débats mêmes, les choses en sont arrivées à ce point que la discussion comprend, ou que du moins elle pourrait comprendre une grande partie de l'histoire et de la thérapeutique des affections utérines. Si, comme je l'espère, je peux me maintenir dans les limites que je me suis proposées, je ne prendrai dans ce vaste sujet que ce qui me paraîtra avoir des rapports réels et nécessaires avec la question du redresseur utérin.

Avant d'entrer en matière, je demande à l'Académie la permission d'exprimer d'abord quelques propositions, qui me serviront de point de départ.

Vous savez que M. Simpson, et, à son exemple, notre confrère M. Valleix, pour guérir certaines souffrances qu'à tort ou à raison (à tort selon moi) ils attribuent à des inflexions ou à des déviations de l'utérus, introduisent dans cet organe une tige droite et inflexible, de métal ou d'ivoire, à l'aide de laquelle ils se proposent de redresser l'organe s'il est infléchi, et de le remettre dans sa position naturelle s'il est déplacé.

L'introduction et le maintien de cet instrument dans la cavité de l'utérus provoquent, chez un certain nombre de femmes, des douleurs plus ou moins vives et des pertes sanguines plus ou moins abondantes ; chez quelques autres ils donnent lieu à des accidents inflammatoires aigus et inquiétants ; chez d'autres, enfin, ils occasionnent des accidents mortels. Je dois ajouter qu'il est possible, et même qu'il n'est pas rare que la présence de cet instrument soit inoffensive, ou qu'elle ne donne lieu du moins qu'à des accidents sans importance.

Quant aux résultats thérapeutiques ultérieurs, parmi les femmes soumises à ce traitement, il en est plusieurs qui ne le peuvent pas supporter et qui y renoncent ; il en est d'autres qui le supportent et n'en éprouvent aucun bien, d'autres qui en sont temporairement soulagées, d'autres enfin qui en obtiennent une amélioration manifeste et durable.

Mais ce que je considère comme certain et que je crois constant, c'est que, quels qu'aient été les effets immédiats du redresseur, on n'obtient jamais d'une manière définitive le résultat local et matériel que l'on s'était promis. *Jamais l'utérus infléchi n'est redressé, jamais l'utérus déplacé n'est remis dans la situation que l'on considère comme normale.*

Voilà, messieurs, une proposition grave qui n'a point été exprimée encore formellement dans cette discussion. Si elle est vraie, elle renverse toute la doctrine sur laquelle est fondée l'application du pessaire intra-utérin ; c'est par conséquent un devoir de la justifier. Je ne crois pas nécessaire d'apporter ici des preuves à l'appui des premières propositions. Elles se rapportent à des faits qui sont acceptés, et qui occupent maintenant dans la science une place incontestée. Ainsi personne ne révoque en doute les douleurs, les pertes sanguines, les accidents inflammatoires graves, et même les accidents mortels quelquefois provoqués par l'introduction et le séjour du redresseur utérin ; on est aussi généralement d'accord sur l'intolérance de certaines organisations à l'égard de cet appareil, sur son inutilité absolue dans quelques cas, sur son incomplète efficacité dans d'autres. Mais il n'en est plus de même de la proposition qui consiste à dire que le redresseur ne peut ni redresser l'utérus ni le remettre dans sa situation normale d'une manière permanente, et que, quelque temps et quelque patience qu'on y emploie, le résultat matériel que l'on désire ne saurait être obtenu.

Je vous rappellerai, messieurs, que dans ma bouche cette proposition n'est pas nouvelle. Je l'ai exprimée déjà dans la discussion académique de 1849, en l'appliquant à l'emploi des pessaires communs ; l'application du redresseur utérin n'était pas ou était à peine connue. L'Académie voudra bien me permettre d'étayer d'abord ma proposition de quelques considérations théoriques fort simples, et qui me paraissent néanmoins avoir une grande valeur.

On sait que l'utérus est contenu dans la cavité pelvienne, dont les dimensions sont proportionnellement très grandes, de sorte que si cet organe était seul contenu dans cette cavité et complétement libre de tout moyen de contention et de tout soutien, il s'inclinerait soit en avant, soit en arrière, soit de côté, et que cette inclinaison n'aurait pas de limites : l'utérus se coucherait, si je puis m'exprimer ainsi, sur le fond du bassin. Mais cet organe n'est pas seul dans l'excavation pelvienne ; entre l'utérus et les parois du bassin sont interposés, la vessie en avant, et le rectum en arrière ; leur présence limite un peu les mouvements possibles de l'utérus, mais en raison de la mollesse de leurs parois et de la variabilité de leur volume, ils laissent encore à l'utérus la possibilité de déplacements considérables. Il importait cependant qu'ils fussent restreints par des liens naturels, et ils le sont en effet par les ligaments larges et les ligaments ronds. Mais on peut tenir pour certain que jamais les ligaments larges ne sont assez tendus, et les ligaments ronds précisément assez longs ou assez courts, assez contractés ou assez relâchés, pour que l'utérus soit strictement maintenu dans la direction de l'axe fictif que l'on considère comme représentant sa direction normale.

Il est presque inévitablement placé en dehors de cet axe par une inclinaison ordinairement modérée, soit en avant, soit en arrière. Il en résulte que la situation de l'utérus, que l'on considère généralement comme normale, est l'exception, et que ses déviations modérées de l'axe fictif que l'anatomie lui impose sont la règle. Mais les liens destinés à limiter la mobilité de l'utérus peuvent être accidentellement assez relâchés pour ne plus remplir leur office. Cette altération, qui peut se produire sous l'influence de causes variées et nombreuses, annule en quelque sorte ces

moyens de contention, et place l'utérus à peu près dans les conditions que je rappelais tout à l'heure, et dans lesquelles la présence de la vessie et celle du rectum seraient les seuls obstacles à son déplacement. Dans cet état de choses, en effet, l'utérus subit parfois des déviations considérables, et c'est à des cas pathologiques de cette nature que le redresseur utérin est appliqué.

Que se propose-t-on alors? On se propose évidemment de réintégrer dans sa situation normale l'organe déplacé. Or, ce résultat peut être certainement obtenu; il l'est même dans la plupart des cas sans aucune difficulté sérieuse. J'ajouterai que souvent, lorsqu'une fois la tolérance est établie, rien ne s'oppose à ce que cette réintégration soit maintenue pendant plusieurs jours, plusieurs semaines et même plusieurs mois. Cependant, comme cette épreuve doit avoir des limites, il arrive un moment où l'instrument doit être retiré. Quelle sera la conséquence de ce retrait? Elle sera ceci: que l'utérus, abandonné à lui-même et exposé à l'action des causes persévérantes qui l'avaient déplacé, et qui ne rencontrent plus la résistance artificielle du redresseur, l'utérus, dis-je, reprendra, par une inclinaison graduelle ou rapide, la situation vicieuse qu'il avait auparavant. Je sais bien ce qu'on oppose à cette assertion. On prétend que l'utérus ayant été replacé et maintenu dans sa situation normale, pendant un temps assez long, les ligaments destinés à l'assujettir reprennent eux aussi leurs conditions régulières, que les ligaments larges se tendent, et que les ligaments ronds se contractent ou se relâchent selon le genre de déplacement qu'on a corrigé, et de manière à rendre à l'utérus l'appui qu'il avait perdu. Mais évidemment ce n'est qu'une pure hypothèse, à peine admissible même quand on l'applique aux ligaments ronds, parce que, bien que composés d'un tissu musculaire, ce tissu y est à l'état rudimentaire. Cette hypothèse est beaucoup moins admissible encore pour les ligaments larges, dans la structure desquels n'entre aucun élément contractile de quelque importance.

L'Académie me pardonnera si dans l'examen d'une question essentiellement pratique, j'ai cru devoir donner quelques développements à des considérations purement théoriques; mais elle reconnaîtra, je l'espère, que ces considérations, fondées sur l'influence inévitable de certaines conditions matérielles, ne peuvent manquer d'avoir une grande valeur dans la discussion présente.

J'arrive maintenant à des arguments d'un autre ordre, à ceux qui se déduisent de l'observation des faits.

Lorsque M. Valleix commença à l'hôpital Beaujon des applications nombreuses du redresseur intra-utérin, je désirai en connaître les résultats, que l'on disait heureux, et je me rendis dans son service. M. Valleix m'y reçut avec beaucoup de bienveillance, et m'y fit examiner quelques-unes des malades soumises à son traitement. Je reconnus des déplacements considérables; je dessinai même les inflexions ou les déplacements que j'avais constatés, et ces figures ont pu devenir des annexes utiles de quelques observations. Ces quelques visites à l'hôpital Beaujon me permirent de faire l'essai du pessaire intra-utérin, et, consulté pour un grand nombre de cas de ce genre, j'aurais pu faire cette application sur une assez grande échelle: une vingtaine de malades se soumirent avec docilité et persévérance à ce traitement, qui chez la plupart dura deux mois, chez quelques-unes six semaines. Dans tous ces cas, il avait été facile de produire la réintégration de l'utérus dans sa situation naturelle, et de la maintenir à l'aide de l'instrument; mais chez aucune d'elles la guérison du déplacement ne fut maintenue: l'utérus, temporairement remis à sa place naturelle, s'en éloigna graduellement, et moins d'un mois après la suspension du traitement, le déplacement s'était reproduit.

J'ai su de plusieurs de mes confrères qui ont comme moi essayé le redresseur utérin, qu'ils n'en avaient jamais obtenu de meilleurs résultats au point de vue du déplacement.

J'ai été consulté plusieurs fois par d'anciennes malades de M. Simpson, qui avaient été soumises à l'emploi du redresseur pendant plusieurs mois, et je dois dire que chez toutes j'ai pu constater la persistance, ou du moins le retour du déplacement pour la guérison duquel elles avaient été traitées.

J'ai de même examiné plusieurs des personnes traitées par M. Valleix pour des inflexions ou des déplacements de l'utérus, et qui avant de quitter Paris désiraient savoir si en effet elles étaient complétement guéries; je puis déclarer que chez elles, comme chez les malades de M. Simpson, j'ai constaté les traces les plus évidentes d'inflexions ou de déplacements. Parmi les anciennes malades de M. Valleix, il en est une qui est le sujet de la quatrième des observations qu'il a publiées, et qui figure dans la liste des guérisons qu'il a obtenues. J'avais examiné cette femme à l'hôpital Beaujon, et elle était atteinte alors d'une antéversion très prononcée. Lorsque je l'examinai de nouveau, un an environ après son traitement, je reconnus que l'antéversion était restée exactement la même. Cet état fut également constaté par mon collègue, M. Danyau, et par madame Charrier, sage-femme en chef de l'hospice de la Maternité. Cette femme n'avait donc pas été guérie du déplacement de l'utérus, mais les souffrances pour lesquelles elle avait été admise à l'hôpital étaient dissipées.

Je ferai, à l'égard de cette malade, une observation que je crois utile. Lorsque je la vis pour la première fois à l'hôpital Beaujon, l'antéversion était extrêmement facile à reconnaître; lorsque je l'examinai de nouveau une année après, la constatation de ce déplacement, quoiqu'il fût resté le même, me parut plus difficile. C'est que, lors de mon premier examen, l'antéversion était compliquée d'une métrite à l'état subaigu, et consécutivement d'un développement très notable de la matrice; le corps de cet organe occupait alors plus de place; il était d'ailleurs probablement un peu abaissé par son poids; on pouvait donc plus facilement l'atteindre. Un an après, la métrite avait disparu, et l'organe, devenu moins volumineux, était aussi beaucoup moins accessible au doigt; mais, je le répète, il n'en est pas moins dans un état d'antéversion très prononcé. J'aurai probablement l'occasion de rappeler ce cas.

Quant au redressement de l'utérus, lorsque cet organe est infléchi, je le crois moins possible encore que la réduction de l'utérus déplacé. Vous vous rappelez, sans doute, que dans la discussion relative aux affections utérines, en 1849, M. Jobert (de Lamballe) démontra que la plupart de ces inflexions, quand elles sont de date ancienne, et alors souvent congénitales, dépendent d'une altération profonde dans la structure de l'utérus, et que les parois sont d'inégale longueur. Je sais que des recherches ultérieures faites par notre collègue M. Depaul ont confirmé celles de M. Jobert. Il n'y a donc pas de modification artificielle possible contre une déformation de cette nature, et je suis certain que l'observation, qui permet de constater l'impossibilité de replacer l'utérus dans sa situation normale quand il s'en est éloigné, permet de reconnaître aussi que les inflexions de l'utérus ne sauraient être corrigées.

Cependant notre collègue M. Huguier a exprimé une opinion différente à ce sujet; et pour admettre que les inflexions utérines peuvent être heureusement combattues, il se fonde sur ce qu'il est possible de redresser un cal vicieux lorsque le tissu osseux conserve encore une mollesse qui en permet le redressement graduel. J'en demande pardon à notre honorable collègue, mais je crois qu'il a comparé des conditions très dissemblables. Indépendamment de ce que, pour redresser un cal vicieux, on peut employer des moyens plus directs et plus actifs, et des points d'appui plus solides que pour le redressement de l'utérus, on a, pour maintenir et rendre permanent le redressement de l'os, cette sorte de gangue calcaire dans laquelle est enveloppé le parenchyme osseux, et qui s'organise autour de ce parenchyme à mesure qu'il est ramené à sa direction naturelle. Une ressource de ce genre manque complétement pour redresser l'utérus et le maintenir redressé.

J'ai voulu, messieurs, établir nettement, et je crois plus explicitement qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, l'impuissance du pessaire intra-utérin à redresser l'utérus infléchi et à produire une réduction permanente de l'utérus déplacé. J'ai exprimé à ce sujet et depuis longtemps mon opinion consciencieuse, et j'ai la conviction qu'elle deviendra générale quand chaque médecin, dans sa sphère d'observation, voudra faire une sorte d'enquête sur ce sujet après s'être dégagé des idées, à mon sens erronées, qui ont cours dans le public médical et même dans le public extra-médical, pour ce qui concerne les déplacements de l'utérus.

J'ai rempli, messieurs, la première partie de la tâche que je m'étais imposée, ce n'était pas la plus difficile; je pense que j'ai pu démontrer sans beaucoup de peine, à des esprits non prévenus, que si le pessaire intra-utérin procure parfois un soulagement temporaire ou durable, ce n'est pas en produisant la modification matérielle et locale qu'on s'est proposée. Mais il est plus difficile de découvrir la cause réelle de ce soulagement. C'est cette cause que je vais rechercher maintenant.

(*La suite au prochain numéro.*)

M. *Cazeaux*. Je viens présenter quelques objections à certains principes développés dans le rapport de M. Depaul. Déjà plusieurs orateurs ont devancé ma propre pensée, et ont ainsi simplifié ma tâche. Si l'honorable rapporteur se fut contenté de critiquer les observations de M. Broca et de M. Cruveilhier, de les discuter, d'en faire ressortir les dangers du pessaire intra-utérin; s'il s'était encore borné à joindre à ces deux cas malheureux la relation d'autres faits aussi funestes, pour démontrer l'opportunité de la proscription du redresseur, tout le monde eût applaudi à ce travail: nulle voix ne se serait élevée pour le blâmer. Quant à moi, je suis parfaitement édifié sur les périls extrêmes de la méthode du redressement, et je reconnais le service immense que M. Depaul vient de rendre à la médecine. Mais puisqu'il s'est cru obligé d'étendre le terrain de la discussion et de faire une véritable enquête touchant cette pratique nouvelle, je lui reprocherai de n'avoir pas été complet, car il n'a accueilli que les faits malheureux et il a laissé de côté les cas assez nombreux où le pessaire intra-utérin a procuré un soulagement aux malades. Sans doute ce n'est pas comme redresseur que le pessaire a soulagé dans ces circon-

stances ; je pense, comme M. Dubois, qu'il a agi comme modificateur de la sensibilité. L'abaissement de l'utérus est très commun chez les femmes, et entraîne souvent des incommodités ou des douleurs. Le pessaire de M. Valleix a soulagé encore dans ces cas en soutenant et en relevant l'utérus.

M. Depaul a été trop loin en contestant d'une manière absolue les interprétations de M. Valleix, et en leur substituant des explications entièrement opposées. Il a eu tort, à mon avis, de poser en principe l'innocuité presque constante des déplacements et l'inopportunité de leur traitement. Je pense, comme M. Hervez de Chégoin, comme M. Huguier et M. Malgaigne, que très souvent les déviations utérines sont incommodes et douloureuses, et qu'elles exigent une thérapeutique spéciale. D'où vient donc la dissidence des auteurs sur cette question? Elle tient uniquement à la confusion presque constante qui a été faite entre trois états différents de l'utérus, les déviations, les inflexions et les déplacements. On leur a, sans distinction, sans discernement, appliqué les mêmes raisonnements, les mêmes considérations : de là erreur et confusion ; car ce qui est applicable à l'une de ces lésions n'est pas applicable à l'autre, et le traitement qui convient dans un cas peut être inefficace ou même nuisible dans d'autres.

Les déplacements, les versions utérines, constituent pour moi de véritables lésions, des maladies réelles, des affections douloureuses, qu'il faut traiter par des moyens appropriés. Dégagées même de toute autre complication, les simples déviations peuvent, à mon sens, apporter des troubles sérieux dans la santé des femmes, et je proteste contre l'opinion de l'honorable rapporteur et celle de M. P. Dubois, qui les considèrent comme un état anatomique normal, régulier, de la matrice, et partant toujours inoffensif. Mais, dit-on, quantité de femmes vivent avec des déviations considérables sans éprouver ni gêne ni douleur. A cela je répondrai que beaucoup de femmes aussi portent depuis longtemps des métrites, des engorgements, des ulcérations, des cancers même de l'utérus, sans en avoir conscience. Dira-t-on pour cela que ce ne sont pas là des lésions, des maladies? Donc de ce que certaines femmes ne souffrent pas de leurs déviations, il n'est pas légitime de conclure que d'autres ne doivent pas souffrir non plus. Ne faut-il pas faire la part des idiosyncrasies, des dispositions nerveuses individuelles ?

M. Depaul a mis au défi de lui montrer des femmes souffrantes avec des déviations simples. Mais presque tous les orateurs qui ont parlé jusqu'à présent ont cité des cas nombreux où de simples déplacements occasionnaient d'atroces douleurs, qui avaient disparu par le traitement de la déviation ; et la preuve que la déviation n'est pas toujours subordonnée, comme l'affirme M. Depaul, à un autre état pathologique de l'utérus, c'est qu'on vous a cité quelques faits, au contraire, où le traitement de la déviation avait amené la guérison de lésions concomitantes.

Enfin, M. Depaul dit qu'il faut rechercher si des affections utérines, sans qu'il existe aucun déplacement appréciable, ne produisent pas souvent tout ce cortége des symptômes attribués aux déplacements, et il cherche à prouver qu'il en est presque toujours ainsi. Mais je lui répondrai encore que les affections utérines n'ont point de symptômes pathognomoniques, qu'il est impossible de poser un diagnostic sur le simple récit des malades, et sans une exploration directe, un examen matériel, par le toucher ou par le spéculum. Et encore ces moyens mêmes ne permettent-ils presque jamais, quand il existe une déviation et d'autres lésions concomitantes, d'affirmer quelle est la source des douleurs, quel est le point de départ des troubles fonctionnels. Aussi M. Depaul n'est-il pas plus autorisé à attribuer les douleurs à une métrite, à un engorgement ou à une ulcération, que M. Valleix à un déplacement de l'organe.

M. P. Dubois, dans la dernière séance, a contesté l'efficacité du pessaire de M. Hervez de Chégoin dans les déviations. Quant à moi, je déclare que les faits protestent contre les arguments théoriques de M. P. Dubois, et que, dans maintes circonstances, j'ai obtenu les plus heureux résultats de l'usage du pessaire à rétroversion de M. Hervez. D'ailleurs, on peut répondre aux objections de M. P. Dubois que ce pessaire est parfaitement capable de maintenir un utérus rétrofléchi, que le doigt de l'explorateur peut toujours atteindre et même relever, puisque les ligaments de la matrice jouissent d'une suffisante laxité pour permettre le redressement, puisqu'on a vu des cas où il avait suffi, pour corriger la rétroflexion, d'imprimer au corps de l'utérus un mouvement de bascule d'arrière en avant et de bas en haut, de manière à permettre aux intestins de se replacer dans le cul-de-sac péritonéal postérieur.

Si les déplacements doivent être traités, et sont souvent susceptibles de guérison, il n'en est pas de même, à mon avis, des inflexions proprement dites. J'ai toujours regretté que les auteurs ne se soient pas encore bien entendus sur cette question, et que M. Velpeau y place presque toute la pathologie utérine, tandis que M. P. Dubois et M. Depaul n'y voient que des accidents anatomiques sans importance. Quant à moi, je distingue des inflexions congénitales et des inflexions accidentelles : les premières ne peuvent produire aucune gêne, aucune incommodité ; elles constituent, pour ainsi dire, un état normal. Les secondes, en modifiant les rapports primitifs de l'utérus avec les autres organes, doivent nécessairement apporter des douleurs et des troubles dans les tissus voisins. Je ne puis donc partager l'avis de M. Depaul, qui considère les inflexions utérines comme une disposition accidentelle et purement cadavérique, qui conteste les résultats exposés par MM. Boullard et Verneuil, et qui rejette la loi posée par ces deux anatomistes, à savoir, que les flexions utérines devaient être considérées comme une conformation primordiale qui persisterait jusqu'à ce qu'une grossesse actuelle ou passée l'eût fait disparaître. Les autopsies de jeunes filles pratiquées par M. Gillette et par moi-même ont corroboré les faits énoncés par MM. Verneuil et Boullard, et ont confirmé la réalité de l'existence des inflexions congénitales. Quant à la cause des inflexions, elle n'est pas toujours la même, et ce n'est pas constamment un retrait, un raccourcissement de la paroi correspondante qui les produit. Souvent aussi c'est un ramollissement du tissu, ou bien encore une altération des ligaments. Dans les cas d'inflexion congénitale, les tentatives de redressement me paraissent inutiles ou même dangereuses. Je les proscris. Mais je ne partage pas, dans les cas de déviation, l'aversion de M. Depaul pour la méthode du redressement. L'honorable rapporteur s'est laissé dominer, intimider même par les faits malheureux, lugubres, qu'il avait autour de lui. En présence des désastres du pessaire intra-utérin, il s'est trouvé découragé, il a répudié cette pratique. Les quelques applications heureuses, dont ne parle pas le rapport, m'engagent à ne pas souscrire absolument à cette proscription.

Puis en terminant, qu'il me soit permis à mon tour de formuler ici une négation presque absolue : La *métrite parenchymateuse*, à laquelle MM. P. Dubois et Depaul font une si large part, n'existe pas pour moi : c'est un mythe dont je demanderai ici la preuve anatomique. Je ne consens à reconnaître que la métrite catarrhale, la phlegmasie de la muqueuse utérine.

CALCULS VÉSICAUX. — M. *H. Larrey* présente à l'Académie six calculs urinaires, qui affectaient dans la vessie une curieuse disposition. Ils ont été trouvés chez un vieil officier affecté d'un rétrécissement de l'urètre et d'un engorgement de la prostate, et mort presque subitement d'une endo-péricardite rhumatismale aiguë. Ces calculs, qui offrent la forme de prismes fort réguliers, étaient disposés en couronne, et s'emboîtaient par leurs faces latérales, de manière à constituer un bloc unique, disposé en manière de disque dans le bas-fond de la vessie.

La séance est levée à cinq heures vingt-cinq minutes.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Recherches anatomiques et physiologiques faites sur le corps d'un supplicié, peu de temps après la mort, par MM. KOELLIKER, VIRCHOW et H. MUELLER.

MM. Koelliker, Virchow et H. Mueller, aidés de plusieurs de leurs collègues de la Faculté de médecine de Wurzbourg, ont cherché à fixer la science sur quelques points d'anatomie et de physiologie, en examinant, peu de temps après la mort, les organes d'un supplicié. La partie la plus intéressante des résultats obtenus par les savants allemands est, sans contredit, celle qui nous montre le degré de contractilité des parois veineuses sous l'influence d'un courant électrique. La physiologie donne ici une éclatante confirmation des études anatomiques de M. Koelliker sur la structure des veines et sur l'existence de muscles de la vie organique dans leurs parois et dans la rate.

AUTOPSIE D'UN SUPPLICIÉ. — *Appareil de l'olfaction.* L'examen microscopique a permis de constater la présence d'un épithélium vibratile dans toute l'étendue de la muqueuse olfactive ; mais il fut impossible de distinguer la direction du mouvement des cils vibratiles.

Appareil de l'audition. M. Koelliker reconnut la présence d'un épithélium vibratile agité de mouvements dans la cavité du tympan, au niveau du promontoire, à la paroi externe, inférieure et supérieure ; cet épithélium manquait, au contraire, sur la membrane du tympan et sur les osselets.

Cerveau. M. Leydig examina le cerveau pour déterminer l'existence de l'épithélium vibratile dans ses diverses cavités ; il ne rencontra cet épithélium que dans le quatrième ventricule, ce dont MM. Mueller, Koelliker et Virchow purent se convaincre ; l'épithélium vibratile manquait, au contraire, dans le deuxième et le troisième ventricules.

Appareil vasculaire. Le péricarde contenait une petite quantité de sérosité citrine claire, qui exposée à l'air donna lieu, au bout de peu de temps, à la formation du pus, et se coagula en partie. Le cœur, examiné dès que le cadavre fut apporté à l'amphithéâtre, ne battait plus ; une excitation galvanique directe donna lieu à quelques contractions qui étaient surtout prononcées lorsque le courant était appliqué sur des branches nerveuses superficielles du cœur. L'excitation des deux troncs du grand sympathique au cou ne donna lieu à aucun phénomène appréciable.

De toutes les artères, l'aorte fut seule examinée ; un courant galvanique la fit revenir fortement sur elle-même, son diamètre étant alors de 1 millimètre au lieu de 16.

Veines. Après une excitation galvanique, une veine du mésentère n'offrit plus que le quart de son diamètre primitif. A dix heures 15 minutes, on coupa un morceau de la veine cave au-dessous du foie ; un courant galvanique fut dirigé à travers cette veine dans le sens de sa longueur. On vit alors la longueur de la veine descendre de $0^m,039$ à $0^m,033$; en même temps, sa surface interne présenta des rides très prononcées. En continuant l'action du courant galvanique, on trouva, à dix heures trente-sept minutes, que la veine n'avait plus que $0^m,025$. En appliquant les pôles sur les deux côtés de la veine, on obtint une diminution du diamètre transversal de $0^m,022$ à $0^m,021$; simultanément, la veine offrit des plis transversaux très marqués. On coupa alors un autre morceau de la veine cave inférieure au-dessous du point d'abouchement de la veine rénale ; cette excitation mécanique seule détermina une diminution du calibre de la veine, et la formation de plicatures à sa surface interne. Un courant galvanique produit au moyen de l'appareil de M. Duchenne fut dirigé en suivant le grand diamètre de la veine ; sa longueur diminua de $0^m,030$ à $0^m,028$ et au-dessous ; ses parois acquirent une épaisseur de $0^m,002$, et présentèrent alors une série de plicatures transversales qui donnaient à la veine l'aspect d'une artère. A dix heures trente-huit minutes, un autre fragment de la veine cave inférieure offrit, sous l'influence de l'électricité, une diminution de 3 millimètres de son diamètre transversal. A dix heures quarante-cinq minutes, on coupa un morceau de la veine sus-hépatique au niveau de sa sortie du foie ; cette veine, ouverte dans le sens de sa longueur, avait en travers plus de $0^m,020$. Sous l'influence d'un courant galvanique, cette veine se rétracta et augmenta considérablement de consistance ; lorsque l'on étendait de nouveau cette paroi veineuse, on ne pouvait obtenir par le courant galvanique aucune rétraction nouvelle. Un fragment de la veine porte, examiné à dix heures quarante-neuf minutes, se rétracta sous l'influence de l'électricité, et ne présenta plus que $0^m,018$ de longueur au lieu de $0^m,020$. A onze heures, un fragment d'une petite veine du cou ne présenta, sous l'influence du même excitant, aucun changement de longueur. A onze heures vingt-six minutes, on constata encore une forte rétraction ; il en fut de même dans les veines brachiale, saphène, et de petites branches veineuses sous-pleurales.

Sur les vaisseaux *chylifères*, M. Virchow constata que le galvanisme produisait une contraction marquée du vaisseau ; cette contraction n'était pas un mouvement péristaltique, et ne s'étendait guère au delà du point irrité. Les expérimentateurs trouvèrent que le canal thoracique était un des organes qui paraissaient conserver le plus longtemps après la mort la contractilité vitale.

Organes de la digestion. L'électricité produisait à peine une légère contraction de l'estomac et de l'intestin. M. Gehenbaur ne put reconnaître aucune contraction des villosités intestinales en les irritant au moyen de l'électricité ; la vésicule biliaire ne présenta aucune contraction.

La rate fut examinée par M. Virchow. En faisant traverser cet organe à plusieurs reprises par un courant galvanique, on reconnut que sa surface se ridait, se recouvrait d'une foule de sillons qui correspondaient *exactement* à l'insertion des trabécules musculaires.

Enfin M. Koelliker constata dans le pénis une contraction partielle, reconnaissable à la production de petits enfoncements et sillons très appréciables à la surface des coupes des corps caverneux, qui au moment de la section étaient complétement lisses et réguliers à la circonférence.

Les papilles de la peau présentèrent à M. Koelliker une identité parfaite de structure avec ce qu'il a observé et décrit antérieurement. (*Verhandl. d. Würzb. phys.-med. Ges.*, vol. V, 1854.)

Fièvre intermittente tierce s'accompagnant au troisième accès de monomanie religieuse, par M. GAETANO PEYRARI.

Il n'est pas rare de voir l'aliénation mentale se produire avec le type intermittent des fièvres d'accès. Cette marche s'observe également pour l'épilepsie. On peut se demander si, dans ces cas, l'affection n'est point dominée par le principe spécial de la périodicité et partant de nature *larvée*. Cette identité pathogénique devient d'autant plus probable que souvent alors la fièvre intermittente se combine diversement avec la névrose convulsive ou mentale, tantôt la précédant ou la jugeant, tantôt s'y entremêlant ou alternant avec elle, et que le spécifique approprié en fait aussi justice.

L'observation du docteur Peyrari semble rentrer dans l'une des dernières catégories :

Le nommé Antonio Guerrieri, âgé d'environ dix-neuf ans, fut pris, le 24 avril, d'un accès fébrile qui dura neuf à dix heures. Cet appareil symptomatique s'étant renouvelé le 26, on fit appeler M. Sigrari, qui, croyant n'avoir affaire qu'à une simple fièvre et trouvant des signes de complication gastrique, prescrivit un émétocathartique et la diète.

Le 27, tout accident avoit disparu ; mais le 28, quatre heures avant midi, un troisième accès éclata prématurément par un violent frisson. Guerrieri, occupé aux travaux champêtres, fut contraint de regagner précipitamment son domicile, où le désordre de la raison ne tarda pas à se montrer par des propos extravagants portant sur les choses liturgiques. S'étant rendu à l'église, il déclara avoir eu un colloque avec la madone ; qu'elle l'avait absous de ses péchés et qu'elle l'avait promu à un grade élevé dans la hiérarchie ecclésiastique. Il fit aussi venir le curé pour lui communiquer les circonstances de sa vision et lui recommander de s'unir, à genoux, avec lui dans de ferventes prières à Dieu et aux saints. Surpris ainsi dans le sanctuaire où il était resté prosterné pendant un assez long espace, on le ramena chez lui de vive force.

Il était deux heures. M. Peyrari, arrivant sur ces entrefaites, constata l'état suivant : Délire moins violent, accablement notable, altération des traits, pouls fréquent et irrégulier, fuyant sous le doigt, peau chaude, tendance à la sueur, parole brève. Le malade se sentait brûler et désespérait de guérir. Toutefois, les symptômes tiraient à leur fin, et Guerrieri s'endormit jusqu'à six heures, moment où il s'éveilla parfaitement lucide. Le souvenir de l'agitation s'offrait à son esprit comme le résultat d'une force intérieure irrésistible. Un gramme et demi de sulfo-tartrate de quinine fut administré en cinq doses pendant la nuit, et, à part un léger affaissement physique, le lendemain 29 l'apyrexie était complète. Seulement, vers dix heures, un quatrième accès se produisit, mais faible et exempt de délire. Combattu par un nouveau gramme de spécifique, ce fut le dernier. Quinze jours après, Guerrieri continuait à jouir d'une santé excellente.

En rapportant cette intéressante observation, nous ne pouvons taire une réflexion sur la dénomination de monomanie appliquée à la forme psychique. Il est évident qu'il ne s'agit point d'une folie partielle, mais d'un trouble général caractérisé par un chaos, une obscurité hallucinatoire, particularité assez commune dans certains paroxysmes purement physiques, comme dans le *delirium tremens* ou la confusion consécutive à l'épilepsie. (*Gazetta med. ital.—Toscana*, 23 mai 1854.)

Remarques sur les changements chimiques qu'éprouvent les eaux minérales, et sur l'absorption des médicaments par la peau, par le docteur L. RAU.

L'auteur a porté surtout son attention sur les altérations que subissent les eaux minérales ferrugineuses que l'on conserve dans les bouteilles ; il a observé que malgré les plus grands soins qui pouvaient être pris pour bien boucher les bouteilles, ces eaux laissaient déposer, au bout de très peu de temps, le fer qu'elles contiennent, et cela sous forme d'oxyde de fer, de sorte qu'il ne s'en trouve plus de trace en dissolution, quand bien même ces eaux conservent un goût minéral assez prononcé. M. Rau conclut en disant que les eaux minérales ferrugineuses ne peuvent se prendre d'une manière efficace qu'à la source même. L'auteur est médecin des eaux à Attwasser, et il appuie son opinion par de nombreuses analyses.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Rau combat une opinion qui a été émise dans le journal où il écrit, opinion qui consistait à nier l'absorption des médicaments par la peau ; il rappelle les nombreuses preuves que fournit l'expérience journalière sans rapporter de recherches originales. (*Zeitschrift für klinische Medizin, Breslau*, t. V, p. 188.)

Mémoire sur le Canchalagua (CHIRONIA CHILENSIS, WILLDENOW), par M. Ferdinand LEBEUF, pharmacien à Bayonne.

La canchalagua est une plante de la famille des gentianées, et du genre chironia. Cette plante, originaire du Chili, se rencontre également sur les côtes du Pérou. L'auteur du mémoire que nous analysons ici rapporte tout ce qui a été dit sur cette plante médicinale depuis l'année 1707, où il en fut pour la première fois question en Europe. Le canchalagua est employé fréquemment au Pérou et au Chili dans le but, dit l'auteur, d'après le botaniste Ruiz, de tempérer, d'atténuer et de purifier le sang, ainsi que pour relever les forces de l'estomac et pour couper les fièvres intermittentes. On le regarde, en raison de ses propriétés sudorifiques, comme spécialement utile contre les douleurs de côté sans fièvre. La méthode la plus usitée pour son administration consiste à faire infuser quelques plantes dans l'eau froide pendant plusieurs heures, et à prendre, à jeun, 4 à 8 onces de cette infusion.

M. Lebeuf a fait venir du canchalagua, qu'il a eu beaucoup de peine à se procurer non mélangé à d'autres herbes étrangères, et il a fait faire par plusieurs médecins l'application de cette plante comme médicament. Nous voudrions trouver dans le mémoire de M. Lebeuf un plus grand nombre d'observations, et voir ce nouveau remède appliqué à des maladies mieux définies. Toutefois, nous croyons que les recherches de M. Lebeuf doivent attirer l'attention sur cette plante; elle paraît pouvoir être employée comme succédané du quinquina, qui tend chaque jour à devenir plus rare, tandis que le canchalagua croît spontanément et en abondance sur toutes les côtes de l'océan Pacifique, depuis le Chili jusqu'en Californie. (*Journal de pharmacie et de chimie*, t. XXV, p. 434.)

Cas de dystocie causée par un fœtus à deux têtes.

La naissance des fœtus monstrueux n'intéresse pas seulement comme objet de curiosité ou sujet d'étude. Au point de vue obstétrical, les faits de ce genre méritent d'autant plus de fixer l'attention, que la diversité de formes des monstres doubles ne permet d'établir que des indications très générales, et par conséquent très vagues, en vue des difficultés que peut présenter l'accouchement. C'est surtout dans le souvenir des faits particuliers, que le médecin, mis, par un hasard rare, en présence de semblables difficultés, trouvera des indications précises. A ce titre, le cas observé par le docteur David Kennard mérite une mention spéciale.

OBS. — Appelé en second auprès d'une dame en travail depuis trois jours de son troisième enfant, M. Kennard trouva le col complétement dilaté, les membranes intactes, et reconnut une présentation de la tête. Trouvant cette femme déjà épuisée, il se décida à terminer l'accouchement sans retard. Après avoir rompu les membranes, il saisit un pied qu'il amena facilement au dehors, et après quelques efforts il parvint à faire descendre le siége et l'autre membre inférieur. Le tronc était à peine aux trois quarts dehors, qu'il lui fut impossible de le faire avancer davantage. La tête remplissait tellement le bassin, qu'il ne put faire pénétrer ses doigts assez pour abaisser les bras relevés sur les côtés de la tête, et fut forcé d'avoir recours au crochet mousse pour les dégager. Portant ensuite son doigt à la recherche de la nuque, il découvrit avec surprise que le fœtus avait deux cous. Ne trouvant pas assez de force dans ses mains pour dégager les têtes, il fixa le crochet mousse entre les deux cous, puis porta l'indicateur de la main gauche dans la bouche de la tête la plus accessible, et parvint, à l'aide de grands efforts, à dégager les deux têtes, qui étaient grosses et bien développées. Le fœtus, qui vivait au début de l'opération, succomba pendant sa durée, qui fut de deux heures environ, et fut envoyé au Collége royal des chirurgiens. (*Association Medical Journal*, 26 mai 1854.)

Questions relatives à la blennorrhagie, par M. F. ALONSO.

L'auteur agite la question de savoir s'il y a dans la blennorrhagie un principe contagieux spécial, ou si sa contagiosité dépend de l'âcreté plus grande de l'écoulement, en d'autres termes, de ce que la maladie en était à la période d'acuité au moment où le coït a eu lieu. Avec beaucoup de syphilographes, il adopte la première opinion.

Indépendamment des considérations théoriques qu'il développe pour l'appuyer, il cite trois faits d'individus ayant contracté un écoulement, l'un avec sa femme à l'époque menstruelle, le second par suite d'excès de bière, le troisième par l'effet d'un eczéma de la cuisse. Or, cet écoulement ne se transmettait pas aux femmes par le coït. Mais les mêmes sujets, ayant ensuite pris une blennorrhagie en cohabitant avec des filles publiques, la communiquèrent. Or, dit M. Alonso, comment cette différence pourrait-elle s'expliquer, sinon par l'existence d'un principe contagieux spécial qui manquait dans les premiers écoulements dûs à une cause simple?

Ce que nous devons rappeler, parce que ce détail est contenu dans le texte même des observations, c'est que ces premiers écoulements, non communicables, sont caractérisés par l'auteur de flux *muqueux*, *séreux*, blanchâtres. Dans ces conditions, il est très ordinaire et tout à fait régulier que la contagion manque; mais loin de tenir à l'absence du prétendu principe spécial, l'immunité s'explique par le défaut d'irritation suffisante de la muqueuse. Et cela est si vrai que l'écoulement le plus évidemment vénérien par son origine, celui qui a le mieux prouvé par des faits sa faculté contagieuse, voit celle-ci disparaître lorsque la période chronique, succédant à l'aiguë, remplace le flux purulent, épais, jaunâtre, par l'écoulement muqueux demi-transparent. (*El Siglo Medico*, 30 avril 1854, p. 137.)

Étranglement du jéjunum détruit par la gastrotomie, par M. RIDGE.

Le récit sommaire du fait suivant fera, nous l'espérons, partager l'intérêt que sa lecture nous a causé. On aime à se figurer un plan si rationnel, être toujours suivi, adopté à temps et couronné de succès. La chirurgie, trop souvent contenue par mille considérations dites *de convenance*, ne devrait-elle pas s'autoriser de la réussite, quoique bien incomplète, de semblables tentatives, pour oser opposer à des symptômes de cette gravité un remède en rapport avec la somme de dangers qu'ils font craindre?

OBS. III. — M. Hilton, appelé par M. Ridge, auprès d'un jeune homme de quatorze ans qui, depuis six jours, vomissait avec d'horribles souffrances tout ce qu'il avalait, le trouva dans un état d'épuisement qui laissait peu d'espoir. Néanmoins, de concert avec M. Chapman, il pratiqua l'opération suivante. La principale souffrance étant rapportée par le malade à la région ombilicale, il fit sur la ligne médiane une incision de trois pouces, qui, commencée au-dessus de l'ombilic, le contourna à gauche et se prolongea au-dessous. Après avoir ouvert le péritoine et soulevé l'épiploon, l'opérateur rencontra une bande en forme de corde, unissant l'épiploon à la colonne vertébrale. Il la divisa; mais comme elle ne paraissait pas comprimer l'intestin, il dut chercher ailleurs l'étranglement, cause des symptômes. Son doigt, porté dans les trous obturateurs, les trouva libres. Enfin en dirigeant le doigt vers l'origine du jéjunum, il constata que, au moment où elle se sépare du duodénum, cette portion de l'intestin s'engageait à droite dans une ouverture anormale du mésentère, où elle était étroitement retenue. Il la retira doucement de cette situation, et ramena ainsi une anse, de 6 à 8 pouces de longueur, distendue, de couleur foncée, congestionnée très fortement, mais non encore gangrenée. Le trou par où elle s'était engagée admettait aisément l'extrémité des doigts.

On n'eut aucune difficulté à réduire dans le ventre la masse intestinale, qui était vide et rétractée, et on ferma la plaie extérieure par des points de suture. La chambre, préalablement, avait été fortement chauffée. Le patient se trouva aussitôt après soulagé; et, à partir de ce moment, il cessa de vomir. Néanmoins la faiblesse alla en augmentant, et il succomba au bout d'environ douze heures. — L'autopsie ne fut point permise. (*Association Medical Journal*, 12 mai 1854, p. 406)

Luxation sterno-claviculaire en haut, par M. MALICHECQ.

La luxation sterno-claviculaire en haut est tellement rare, que beaucoup d'auteurs ont été conduits à en nier l'existence. Deux observations, toutefois, en ont été publiées : l'une, due à M. Sédillot, est relative à un cas de luxation incomplète; l'autre, recueillie par M. Baraduc, a trait à une luxation complète. Cette espèce de luxation ressemble, du reste, par plusieurs caractères, à la luxation *en arrière et en haut;* de sorte qu'il est aisé de prendre ces affections l'une pour l'autre. Nous regrettons donc que l'auteur de

l'observation suivante n'ait pas donné plus de détails sur l'exacte situation des os, et surtout qu'il n'ait pas parlé de l'état du muscle sterno-cléido-mastoïdien. Quoique nous soyons disposé à admettre qu'il s'agissait réellement d'une luxation en haut, nous ne nous dissimulons pas que ce fait pourrait être, à la rigueur, interprété autrement. Nous le reproduisons néanmoins, à cause de sa rareté.

Jeanne Money, trente-huit ans, cuisinière à Mont-de-Marsan, tomba sur l'épaule, d'une hauteur de 1 mètre, le 27 septembre 1852. M. Malichecq, appelé aussitôt, constata l'état suivant : Vives douleurs dans l'épaule gauche et jusque vers l'extrémité supérieure du sternum. L'attitude du membre correspondant est la même que dans le cas de fracture de la clavicule. Les différents mouvements sont difficiles ou impossibles. « L'extrémité interne de la clavicule gauche » est *mobile dans tous les sens*, formant en haut une forte saillie au- » dessus de la facette articulaire du sternum ; en la poussant de ce » côté pour la faire revenir à sa place, la main perçoit un petit bruit » de craquement dû à la rencontre des inégalités des surfaces arti- » culaires. La luxation est complète, et la tête de la clavicule s'élève » à 2 ou 3 centimètres au-dessus du bord supérieur du sternum. Il » n'existe aucune lésion à l'épaule correspondante. »

La réduction s'obtint sans difficulté ; mais le déplacement se reproduisit tout aussi facilement. Pour maintenir la réduction, M. Mélichecq appliqua un bandage de corps autour de la poitrine, et fixa en avant et en arrière, sur ce bandage, les deux extrémités d'une large bretelle, dont la partie moyenne passait sur la clavicule luxée et la reportait en bas. Un tampon d'ouate, préalablement placé dans le creux susclaviculaire, rendait plus efficace la pression de cette bretelle. Le bras fut fixé dans une écharpe, et la malade fut gardée pendant quinze jours dans un repos absolu.

La malade recouvra toutes les fonctions de son membre ; mais la tête de la clavicule resta plus saillante en haut que du côté opposé. (*Revue médico-chirurg.*, mai 1854.)

Luxation simultanée des deux hanches sur le même sujet, par M. Prichard.

C'est dans cette seule circonstance que réside tout l'intérêt du fait : toutefois il est bon de le faire connaître aux praticiens, ne fût-ce que pour qu'ils se rendent compte de la singulière complication que l'usage des machines mues par la vapeur imprime de plus en plus aux accidents traumatiques.

Obs.—Un wagonnien âgé de quinze ans, étant debout occupé à tourner une barre, fut saisi et renversé par un truck descendant avec rapidité sur un plan incliné. Il fut assez heureux pour échapper à la pression des roues, mais la caisse du chariot, qui n'était distante du sol que de 10 pouces (25 centimètres), passa sur lui, et, suivant son expression, le *mit en double*.

Les genoux et les orteils étaient renversés en dedans, les premiers rapprochés l'un de l'autre, tandis que les derniers étaient superposés. On sentit, de chaque côté, la tête du fémur sous les muscles du fessier, en haut et en arrière de la cavité cotyloïde.

La réduction s'opéra au moyen des poulies, suivant le procédé d'A. Cooper, avec l'aide du chloroforme que le patient prit *con amore* (sic). En huit ou dix minutes de traction, la tête du fémur droit rentra dans l'acétabulum avec un bruit perceptible. La réduction du fémur gauche nécessita plus de temps et d'efforts. Il fallut, après trente-cinq minutes de traction, relâcher les lacs extensifs, et imprimer au membre un mouvement de rotation. La tête rentra dans sa cavité, mais sans craquement, ce que l'auteur attribue à ce que les muscles étaient épuisés par la violente tension qu'ils avaient subie.

Au lieu de recourir tout de suite à une méthode de force, le chirurgien eût mieux fait d'essayer d'abord la méthode de la flexion et de la rotation combinées. (*Association Medical Journal*, 21 avril 1854, p. 353.)

Rupture d'une ankylose du genou ; accident, amputation, guérison, par M. Morales.

Tour à tour acceptée et rejetée par les chirurgiens, la rupture des ankyloses semble gagner du terrain depuis quelques années, par suite des modifications importantes introduites par M. Palasciano dans le manuel opératoire. Le fait suivant est de nature à refroidir les praticiens. Quoique, selon toute probabilité, l'opération n'ait pas été faite avec toutes les précautions convenables, et quoique, en particulier, les indications posées par M. Palasciano n'aient pas été suivies, nous croyons devoir reproduire ce fait, pour montrer à quels accidents on s'expose lorsqu'on se décide à rompre une ankylose.

Un homme de vingt-neuf ans, bien conformé, était atteint depuis neuf ans, par suite d'une arthrite accidentelle, d'une ankylose incomplète du genou. Le malade, désireux de guérir, se mit entre les mains d'un empirique, qui pratiqua violemment la rupture de l'ankylose. Le redressement ne put, néanmoins, être complétement obtenu, car la jambe resta luxée en arrière ; le fémur faisait, à la partie antérieure, une saillie de quatre travers de doigt. L'articulation devint le siége d'une vive inflammation ; des abcès se formèrent, une suppuration abondante s'établit, et le malade, épuisé par une fièvre hectique, dut se soumettre à l'amputation de la cuisse. A ce prix, il conserva la vie. La dissection du membre montra que tous les ligaments et les cartilages du genou étaient détruits. (*La Cronica de los Hospitales*, 1854, et *The Lancet*.)

De la résection du genou, par M. G.-M Jones.

Nous ne mentionnons cette communication que comme occasion de rappeler la faveur croissante que l'opération dont il s'agit tend à reprendre parmi les chirurgiens de la Grande-Bretagne. Dans la discussion qui l'a suivie, à la Société royale médico-chirurgicale, M. Ferguson, le rénovateur de la résection tibio-fémorale, et qui, depuis 1850, a prouvé par de nombreux exemples de guérison la convenance de l'opération, a formellement affirmé qu'elle compte plus de succès que l'amputation de la cuisse. Cette sentence, qui en France doit paraître étrange, a cependant été confirmée par le témoignage plus désintéressé de MM. Curling, W. Adams et Todd. Ces praticiens recommandables ont déclaré que le membre conserve ensuite ses usages à un degré très avantageux.

Une objection pressante a été cependant dirigée par M. Simon : c'est qu'on prend en général, pour les soumettre à la résection, des sujets de choix chez qui la maladie ou est de nature moins grave, ou n'est pas encore arrivée à un degré alarmant de développement. M. Ferguson, répondant à cette attaque fort sérieuse, a fait observer que sur trois cas de sa pratique, opérés presque en même temps, c'est justement celui dont l'état était le plus inquiétant qui guérit après la résection, les deux autres y ayant succombé. En outre, M. Park a obtenu la guérison d'un malade dont on avait considéré le cas comme défavorable pour l'amputation aussi bien que pour la résection. Enfin M. Jones, celui-là dont la pratique a été soumise au jugement de la Société, loin d'avoir opéré prématurément, a, dans un cas de traumatisme, attendu onze jours, c'est-à-dire aussi longtemps qu'on l'aurait fait pour l'amputation, jusqu'à ce que l'épuisement des forces avertît qu'il n'y avait plus d'espoir que dans une opération.

Nous qui n'avons point à jouer ici le rôle d'avocats, nous repousserions moins vivement cette objection que l'honorable chirurgien qui, se faisant le patron de l'excision, se trouve naturellement conduit à agrandir sa sphère d'application non moins qu'à exagérer peut-être ses avantages. Dût-elle ne convenir qu'à des cas de choix, n'avoir d'autre but que de prévenir à leur origine les désorganisations qui deviendraient plus tard justiciables de la seule amputation, la résection du genou aurait encore un assez beau domaine ; et ce ne serait point là une raison pour nous dispenser d'examiner de très près les arguments cliniques que la chirurgie irlandaise semble être en état de faire valoir pour réhabiliter cette opération.

Le procédé mis en usage, et auquel M. Ferguson donne la préférence, est celui de Moreau. (*Lancet* et *Dublin medical Press*, 3 mai 1854, p. 277.)

Du traitement de l'ongle incarné, par M. Richter (de Dresde).

Sinon comme remède curatif, du moins à titre d'auxiliaire, le moyen que M. Richter recommande mérite d'être connu, surtout à cause de l'absence complète d'inconvénients et de douleur, heureux caractère qui le distingue d'autres procédés plus expéditifs.

Il faut couper aussi loin que possible le bord libre de l'ongle, de sorte qu'il soit concave en avant et que ses angles latéraux forment deux cornes. Ainsi il ne peut devenir de plus en plus bombé, et ses bords ne tendent plus à s'enfoncer dans les parties molles comme lorsqu'on enlève ses angles. Après cela, on ratisse l'ongle avec un morceau de verre dans son sens longitudinal, et dans le tiers moyen de toute sa longueur, jusqu'à ce que son épaisseur ne soit plus que celle d'une carte à jouer, et qu'il soit flexible dans sa partie moyenne.

Voici comment agit ce procédé : en appuyant sur le sol, l'orteil s'aplatit, et les angles de l'ongle, n'éprouvant plus de résistance dans la partie moyenne de celui-ci, se portent en haut et se dégagent de la chair dans laquelle ils étaient engagés. Aussi le soulagement qu'en éprouve le malade est souvent instantané. Il importe seulement de porter ensuite une chaussure large. (*Annales médicales de la Flandre occidentale*, 1854, 8e livraison, p. 245.)

Emploi de l'acide gallique dans quelques maladies, par W. Bayes.

L'acide gallique et l'acide tannique, en tant que médicaments internes, sont à peu près inusités en France. En Angleterre, ils ont été déjà l'objet d'un assez grand nombre d'expériences thérapeutiques. On les emploie principalement contre les hémorrhagies. Le docteur Scott Alison regarde l'acide *tannique* comme propre à relever les forces digestives, à donner plus de ton à l'économie et plus de plasticité au sang, à arrêter la marche des tubercules, du rachitisme, de la diarrhée colliquative (*London Journ. of Medicine*, for Jan. 1850). M. Burns, de Glascow, a vanté les bons effets de l'acide *gallique* dans la chlorose. Mais il faut dire que, même dans la Grande-Bretagne, on fait usage de ces acides beaucoup moins souvent que d'acides minéraux.

M. Bayes rappelle que, d'après Pereira, l'acide tannique introduit dans l'organisme se change en acide gallique ; et il induit de ce fait que, si l'acide tannique doit être préféré pour les applications topiques, comme jouissant d'une grande puissance d'astriction, c'est au contraire l'acide gallique qu'il convient d'employer quand il s'agit d'obtenir un effet général. En outre, l'acide gallique est facile à manier ; il peut être administré à des doses élevées, pour peu que l'on ait soin de les fractionner. Enfin son action est très rapide ; car, dans les cas d'hémoptysie, on voit les crachats noircir dans l'espace de quelques minutes.

Le mémoire de M. Bayes ne renferme qu'une seule observation détaillée, relative au diabète, et l'auteur se borne à exposer brièvement le résultat de ses expériences. Suivant lui, l'administration interne de l'acide gallique est d'une grande efficacité dans les cas suivants : 1° *Hémorrhagies actives*, de quelque organe ou de quelque partie du corps que le sang provienne. Toutefois, quand la source de l'hémorrhagie est dans l'œsophage ou dans l'estomac, le médicament, étant rejeté avec le sang, ne saurait avoir grand effet. Ordinairement, l'acide gallique est assez efficace pour se passer d'adjuvant ; il est cependant des cas où la déplétion du système circulatoire est nécessaire, et alors on ajoute à la médication astringente une saignée générale. A mesure que le sang s'arrête, dit l'auteur, on le voit prendre une couleur de plus en plus sombre, jusqu'à ce qu'il soit tout à fait noir. 2° *Hémorrhagies passives* (diathèse hémorrhagique, purpura, etc.). 3° *Sécrétions excessives* (expectoration abondante, diarrhée séreuse, certaines formes de dysenteries, sueurs colliquatives, etc.). L'auteur range dans cette catégorie le *pyrosis* ; mais on voit qu'il donne à ce mot une extension inaccoutumée ; car il parle spécialement du pyrosis avec ulcération étendue ou état cancéreux de l'estomac, et l'acide gallique est alors destiné à modérer la sécrétion des liqueurs acides. C'est ici que l'auteur rapporte un cas de diabète où la quantité d'urine a diminué considérablement pendant l'administration de l'acide gallique ; mais le sujet a été perdu de vue avant d'être guéri ; il rendait encore six pintes d'urine par jour. 4° *Atonie du canal alimentaire et de tout l'organisme* (rachitisme, lenteur de la circulation capillaire, etc.).

Comme il a été dit plus haut, la dose du médicament peut être très élevée. L'auteur ne donne à ce sujet aucune indication précise. Nous voyons seulement que, dans l'hémorrhagie active, quand il y a urgence, il donne une cuillerée à bouche de solution saturée toutes les quatre ou cinq minutes. Or, la solution des pharmacopées anglaises, ayant pour véhicule l'eau additionnée d'un peu d'alcool, contient environ 5 grains d'acide gallique par cuillerée à bouche. Dans les hémorrhagies passives, l'auteur recommande de porter la dose du médicament jusqu'à ce que le malade accuse des bourdonnements d'oreille et un sentiment de constriction dans le front et dans les yeux. Si l'usage en doit être prolongé, il vaut mieux l'administrer en pilules, parce que la solution se décompose aisément.

— La diversité et, pour ainsi dire, la bigarrure des affections contre lesquelles est recommandé, dans ce mémoire, l'emploi de l'acide gallique, fait naître dans l'esprit des préventions naturelles. On se figure malaisément les bons effets de l'acide gallique dans le pyrosis, où souvent la plus petite quantité de tisane acidule exaspère la douleur. On ne sait trop non plus ce qu'on peut tirer de cette médication dans le diabète et le rachitisme. Mais elle convient sans doute aux hémorrhagies, surtout aux hémorrhagies passives. L'affirmation de l'auteur, relativement à la coloration noire si rapidement donnée au sang qui s'écoule par l'acide gallique ingéré, mériterait confirmation. Tout le monde a vu noircir le sang des saignées quand on laisse tomber dans la cuvette quelques gouttes de vinaigre ; mais qu'une semblable action s'exerce aussi aisément dans l'organisme, c'est ce qui paraît moins certain. On hésite surtout à y ajouter foi quand on réfléchit que, si le sang s'échappe noir de la source de l'hémorrhagie, il doit l'être également dans toute l'étendue des voies circulatoires ; circonstance assez défavorable, ce nous semble, à la santé générale. (*Association medical Journal*, n° 75, 26 mai.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de la peau, par Alph. Devergie. 1 vol. in-8° de 736 pages. Paris, 1854, chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17.

Le jugement le plus flatteur et le plus équitable qu'on puisse porter sur le livre de M. Devergie, c'est de dire qu'il a su, plus qu'aucun de ses rivaux, mériter l'épithète de *pratique*, que l'usage, sans doute plus qu'un sentiment de vanité, lui a fait accoler au titre de son traité. Si maintenant, jaloux de prouver la sincérité de cet éloge, nous voulions réserver à la critique sa part légitime, nous n'aurions qu'un mot à ajouter : c'est que ce cachet de positivisme et d'utilité, M. Devergie l'a imprimé à son œuvre presque en dépit de lui-même, ou du moins par une heureuse réaction de son sens de praticien contre ses tendances spéculatives.

M. Devergie, en effet, laisse entrevoir, dès l'entrée en matière, une doctrine dermatologique dont le fond, si nous l'avons bien saisie, consiste à établir : que les maladies de la peau sont identiques avec celles des autres tissus ; et, en second lieu, que la généralité de ces affections a pour forme morbide l'élément inflammatoire. Or, conséquent avec lui-même, M. Devergie devenait le plus malfaisant des continuateurs de Broussais, puisqu'il faisait nécessairement prévaloir la médication antiphlogistique dans une classe de la nosographie où les apparences semblent en effet bien souvent l'indiquer, mais où elle ne trouverait en réalité que fort rarement sa justification clinique. Mais, par bonheur, notre auteur a beaucoup vu ; chez lui l'expérience a étouffé l'aberration systématique, et de cette lutte entre l'observation et la prévision inductive est sorti un ensemble de préceptes que nous désespérons de pouvoir ici reproduire, mais dont nous ferons cependant apprécier la haute valeur, en déclarant que tout médecin, que tout spécialiste même, découvrira à la fois, par cette lecture, et des lacunes nombreuses dans son instruction et de précieux moyens de les combler.

C'est là effectivement le caractère qu'il importe le plus de signaler dans le *Traité pratique des maladies de la peau*. Branche jadis exploitée par l'empirisme seul, la dermatologie s'est vue, depuis Plenck, livrée aux essais parfaitement louables de médecins

s'efforçant à l'envi de l'asseoir sur des bases exclusivement scientifiques. Mais de ces efforts, il faut le reconnaître, les auteurs, jusqu'ici, ont eu à se féliciter plus que les malades. En face d'une dartre, par exemple, Alibert la considère en bloc sans la distinguer de ses analogues. Willan, lui, la différencie mieux; mais satisfait, ce semble, de cette détermination, il trahit, en thérapeutique, une insuffisance qu'on pourrait presque croire inhérente à sa doctrine, à voir le soin que ses sectateurs ont mis à l'exagérer sous ce rapport. Beaumès, dans une préoccupation mieux justifiée, s'attache à découvrir la cause génératrice de la lésion cutanée; mais ce point de vue élevé lui dérobe trop souvent les détails plus pratiquement utilisables, et sa thérapeutique oscille sans cesse entre l'excès de force et le luxe stérile des moyens radicalement insignifiants.

Entre ces maîtres une place restait à prendre. M. Devergie a eu le bon esprit de l'apercevoir, le talent de s'en emparer, de façon à rendre désormais à qui l'y voudrait remplacer l'usurpation bien difficile. Il s'agissait de spécifier, à propos de chaque forme dermatologique, les conditions qui en favorisent le développement, et les influences hygiéniques propres à les prévenir ou à les combattre. Il s'agissait surtout, en fait de traitement, d'exposer moins ce que la science compte de rationnel que *ce qui réussit*, et d'insister, sans crainte d'être fastidieux, sur le mode d'application de tel remède, la durée de son emploi, les accidents qu'il peut entraîner, etc. A quelle maladie, à quelle période convient-il? Selon quelle progression doit-on en élever les doses? Quelles conditions d'individu, de constitution, de phase du mal, d'influence de médicaments antérieurs en font varier l'administration? D'après quelles lois l'associer à d'autres agents dans les cas si fréquents et si fréquemment méconnus où plusieurs dermatoses coexistent chez le même sujet?... Voici quelques-unes des innombrables questions à peine ébauchées avant M. Devergie, et sur lesquelles chaque médecin avait le désolant mérite d'avoir dû se former à lui-même une opinion à force de tâtonnements et de mécomptes. Notre auteur se plaît en quelque sorte à les multiplier, mais plutôt sous forme de colloque familier ou à l'aide d'exemples qu'avec l'aridité magistrale du genre didactique. Et toujours sa solution, si elle ne promet pas une guérison prompte et sûre, est du moins empreinte d'expérience et de bonne foi, heureux mélange de qualités qui rendent un écrivain d'autant plus instructif qu'il hésite plus à affirmer.

On le pressent donc: M. Devergie se soucie assez peu de classification. Et cependant il a apporté d'heureuses modifications à la plus accréditée d'entre elles. Sa méthode consiste à diviser les espèces d'après leurs ressemblances plutôt symptomatologiques qu'anatomiques; il range, par exemple, la gale à côté des affections *qui causent de la démangeaison*, au lieu de la placer parmi les vésicules. C'est encore ainsi qu'il fait un seul groupe des maladies du cuir chevelu, de celles des ongles, des affections cutanées exotiques, etc.

Un autre principe de division est très pratiquement utilisé dans cet ouvrage; c'est celui qui établit la notion de l'espèce, et par conséquent le diagnostic, sur la considération des *produits morbides secondaires*. M. Devergie a poussé, dans cette voie, la simplification à un degré qui peut, pour les théoriciens, approcher de la vulgarité, mais qui rendra de vrais services aux jeunes médecins. Il fait des maladies cutanées deux ordres, selon qu'elles sont sécrétantes ou non sécrétantes. Dans le premier, on trouve du pus, de la sérosité, de la matière grasse, ou leurs vestiges, si l'affection est plus ancienne; dans la seconde, de la rougeur, des squames, des élevures diverses, etc. De cette manière, le clinicien s'applique, pour porter un jugement, non sur des lésions anatomiques éphémères, mais sur des réalités palpables et permanentes. S'il n'arrive point à préciser l'altération élémentaire avec la rigueur que la méthode de Villan comporte et surtout impose, il ne commet pas du moins de ces erreurs grossières dont elle a souvent été cause, en faisant d'un signe fugace, inappréciable ou déjà effacé, le souverain arbitre. Avec M. Devergie, l'élève reconnaîtra fréquemment une maladie sans l'avoir jamais observée; et s'il se trompe, son erreur sera sans conséquence, puisqu'elle ne pourra consister qu'à admettre, en place de la véritable, une affection qui s'en rapproche toujours beaucoup par sa nature et par le traitement qu'elle réclame.

L'eczéma nous offre un exemple des perfectionnements, des *raffinements* de diagnostic auxquels peut conduire cette méthode, qui, au premier abord, semble n'effleurer que la superficie des phénomènes. Au lieu de n'y voir, de n'y chercher que des vésicules (lésion dont l'existence est si courte que plus d'un praticien, s'il est franc, confessera ne les avoir jamais aperçues), M. Devergie caractérise cette éruption par les quatre signes suivants: 1° rougeur de la surface malade; 2° démangeaison permanente plus ou moins intense; 3° sécrétion de sérosité limpide et citrine, tachant le linge en gris et l'empesant à la manière des taches spermatiques; 4° état ponctué et rouge de la peau, formé par les orifices enflammés des canaux qui fournissent la sérosité. A ce tableau, chacun sans doute verra ses souvenirs prendre une forme saisissante; ce n'est plus la peinture idéale, le pinceau du maître qui supplée ou complète la nature; c'est, si vous le voulez, un daguerréotype ou un vulgaire trompe-l'œil. Mais enfin, le débutant s'y familiarise avec ce qu'il verra, comme le praticien y retrempe sans effort ses impressions passées. M. Devergie n'aspire pas (c'est le premier mot de sa préface) à faire une œuvre scientifique; il ne veut que nous instruire. Faut-il lui savoir mauvais gré d'avoir ainsi sacrifié ses intérêts aux nôtres?

Pour mieux satisfaire à ce but d'*initiation pratique* qu'il s'est surtout proposé, M. Devergie a décrit, dans une première section, la pathologie générale des maladies de la peau, réservant pour la seconde la description isolée de chaque espèce morbide. C'est dans la première qu'on trouve ses idées dominantes sur la similitude des dermatoses avec les autres maladies; puis (ce qui est mieux justifié) sur la liaison de certaines formes d'éruption avec certains tempéraments individuels: donnée féconde, qui apprend à guérir en même temps qu'à prévenir. Il y expose aussi ses vues sur la *thérapeutique d'ensemble*, qui lui a donné de beaux succès. Ce n'est autre chose que l'association de plusieurs substances administrées séparément l'une après l'autre, au lieu d'être combinées dans une formule unique. Enfin, c'est dans ces pages qu'il a répandu ces mille préceptes de détail dédaignés du dermatophyle nomenclateur, mais que le praticien recueillera avec gratitude, parce que, nulle part plus que dans cette médecine spéciale, les mécomptes qui résultent de l'ignorance de ces règles ne sont mortifiants pour son amour-propre. Comme spécimen de ce que peut fournir d'utile, sous ce rapport, la verve minutieuse de l'auteur, nous citerons le chapitre sur l'administration des bains, les renseignements sur l'appropriation particulière des pommades, des liquides ou des poudres à telle ou telle variété de maladie cutanée; enfin, et notamment, les recommandations relatives à l'usage topique de l'huile de cade.

Parmi les sujets que l'auteur a plus particulièrement éclairés, nos lecteurs connaissent déjà celui dont nous pûmes leur offrir les prémices, il y a quelques mois. En étudiant sans prévention l'étiologie des affections galeuses, M. Devergie, au lieu de n'y reconnaître qu'un effet de la présence d'un insecte, est porté à croire qu'elles consistent, avant tout, dans une éruption qui s'accompagne d'un produit particulier, l'acarus, agent d'ailleurs lui-même d'infection. Puisque M. Devergie a, dans ces colonnes même, plaidé sa cause, il nous est bien permis, à notre tour, de lui dire franchement que l'excessive habileté de son argumentation n'a pu modifier nos convictions. Un fait capital nous touche dans ce débat: c'est que la gale guérit constamment, guérit très rapidement par l'emploi d'agents qui n'ont d'autre vertu que de tuer l'acarus. Si elle était une éruption ordinaire, de cause interne, ne partagerait-elle pas les allures, le mode de curabilité habituels à celles-ci? Or, trouvez une *dartre* qui se termine en quelques jours? — Nous savons bien qu'il faut, avec M. Devergie, tenir compte des éruptions consécutives, survivant à la médication parasiticide; que parfois, les vésicules spéciales détruites, tout n'est pas, à beaucoup près, terminé. Mais cette objection, admirable dans un livre, perd toute sa force pour celui qui a vu un grand nombre de galeux; car celui-là sait, à n'en pas douter, que la persistance de l'affection cutanée après l'emploi méthodique du soufre n'est qu'une exception minime, que la cure prompte et définitive par son seul usage est, au contraire, la règle presque invariable.

Le soin que l'auteur a pris d'envisager de préférence les côtés

pratiques de son sujet, l'a conduit à traiter d'affections pour lesquelles les livres classiques n'ont pas de place, qu'on dédaigne presque à cause de leur peu d'importance, et pour lesquelles le praticien, consulté à chaque instant, ne se trouve, par conséquent, que plus embarrassé. Les engelures, le coup de soleil, l'exubérance des cheveux, les verrues, les diverses et très incommodes variétés du *pediculus*, etc., lui ont fourni l'occasion de développements fort instructifs et dont plus d'un lecteur lui saura gré, trouvant là, et là seulement, un guide vainement cherché, pour quelques-uns de ces problèmes dont nul n'est petit lorsqu'il s'agite devant un individu ou une famille intéressés à la solution immédiate et précise.

Nous glisserons sur le chapitre des syphilides, en tête duquel se trouve une dissertation, heureusement assez brève, sur la syphilis en général. M. Devergie appartient à cette école qui croit voir (mais qui s'est reconnue impuissante à montrer) des symptômes constitutionnels provenant d'une blennorrhagie sans chancre urétral. Il est aussi de ceux — et il le professe explicitement — qui, pour la gonorrhée, donnent du mercure ou n'en donnent pas, selon que le malade veut rester célibataire ou qu'il va se marier. Malgré ceci, le chapitre contient des notions de séméiologie en harmonie avec l'état actuel de la science, et quelques bonnes remarques de thérapeutique, bien suffisantes pour dédommager ceux qui ne se seront pas laissé rebuter par les premières pages.

Un complément naturel à un traité aussi essentiellement pratique était l'adjonction de planches. Mais d'immenses difficultés attendent celui qui tente une entreprise en apparence aussi simple. Entre l'atlas in-folio qu'on admire dans les bibliothèques sans pouvoir l'acheter, et le spécimen réduit où nul praticien ne saurait reconnaître nulle maladie, on n'avait jusqu'ici su trouver aucun compromis. L'auteur et l'éditeur ont réalisé une nouvelle et, ce nous semble, très heureuse combinaison, en annexant au volume cinq planches coloriées où ils ont fait reproduire, non pas une plaque unique d'herpès ou de psoriasis, non pas surtout ce malheureux devenu célèbre sur les deux faces de qui l'arbre des dermatoses étendait son feuillage le plus touffu, mais des portions du corps, de grandeur naturelle. Choisis, de préférence, sur la figure ou aux membres, ces échantillons comprennent certains contours naturels (le nez, les lèvres, les doigts) qui servent au spectateur de point de repère pour mieux reconnaître, avec la physionomie de la région, celle de la maladie elle-même. Grâce à cette ingénieuse précaution, l'atlas, qui n'ajoute rien au prix de l'ouvrage, rendra à l'étude pratique de la dermatologie de réels et fructueux services.

P. Diday.

De la guérison des maladies mentales, par M. Baume, interne de l'asile de Maréville (Thèse, 28 avril 1854).

Un assez grand intérêt s'attache à ce travail. M. Baume y a réuni, extraits des auteurs ou recueillis dans la savante clinique de nos collègues Morel et Renaudin, quarante-trois exemples de guérison comprenant les divers modes suivant lesquels s'opère le retour à l'équilibre normal. Comme ses maîtres, notre jeune confrère croit à la double influence du physique et du moral dans la production comme dans la cure des désordres psychiques, sans réfléchir que c'est couper le nœud, non le délier, et qu'on ne saurait ainsi trancher par une téméraire affirmation le problème de l'union de l'âme et de la matière. Appuyé sur de nombreuses autorités, M. Baume avance que, le plus souvent, les guérisons s'accompagnent de phénomènes critiques : ce seraient les plus solides. Il y a, croyons-nous avec M. Falret, quelque exagération dans cette idée. Toutefois, nous ne nous associons pas moins pleinement à cette dernière conclusion, déduite de l'analyse des faits rapportés par l'auteur : « C'est, dit-il, en consultant et en cherchant à imiter les procédés si ingénieux qu'emploie quelquefois la nature pour opérer la guérison de la folie, que le praticien arrivera à mener à bonne fin la thérapeutique des maladies mentales. »

Delasiauve.

VI.

VARIÉTÉS.

— La distribution des prix aux élèves sages-femmes de l'école d'accouchement de Paris a eu lieu, samedi, dans l'une des salles de l'établissement, et sous la présidence de M. Paul Dubois, membre du conseil de surveillance. Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à mademoiselle Monnier, élève aux frais du département de Seine-et-Oise, qui a obtenu, en outre, quatre autres nominations.

— L'Académie des sciences a procédé hier à la nomination d'un membre dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. le docteur Roux. M. Longet a écrit une lettre pour se désister de sa candidature. Le nombre des votants était de 51. Les voix se sont ainsi réparties au premier tour de scrutin : M. Claude Bernard, 42 ; M. Baudens, 4 ; M. Jobert, 2 ; M. Maisonneuve, 1 ; M. Longet, 1 ; un billet blanc. M. Bernard a été élu.

— Par décret du 24 juin, M. Jobert de Lamballe a été nommé professeur de clinique externe à la Faculté de Médecine de Paris, en remplacement de M. le docteur Roux, décédé.

— La presse médicale vient de faire une perte regrettable et inattendue dans la personne de M. F. Fabre, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*. Notre collègue est tombé subitement dans la rue, dimanche dernier, par suite sans doute d'une rupture de quelque artère encéphalique, et a cessé de vivre presque aussitôt.

M. Fabre était âgé de cinquante-sept ans ; il avait été reçu docteur en 1824. Il avait fondé, en 1828, la *Gazette des hôpitaux*, qu'il n'a jamais cessé de diriger, du moins nominalement, depuis cette époque. Il a dirigé également plusieurs publications considérables : le *Dictionnaire des dictionnaires de médecine*, la *Bibliothèque du médecin praticien*, et il venait de terminer un ouvrage sur le choléra.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Archives d'ophthalmologie. — Avril et mai 1854. Sur la cataracte noire, par *Frachon*. — *Idem*, par *Alessi*. — Sur la cataracte capsulaire, par *Broca*. — Analyses et revues.

Bulletin général de thérapeutique. — 15 juin. De l'amaurose, par *M. Simon*. — Des phosphènes (*anonyme*). — Substitution du sulfure acide de soude à l'acide tartrique pour les eaux gazeuses (*anonyme*). — Recettes. — Inoculation lacto-variolique, par *Dauvergne*.

Gazette des hopitaux. — Nos 69 à 72. Revues cliniques.

Gazette médicale de Paris. — N° 23. Anatomie des tumeurs érectiles, par *Robin* (Soc. de biologie). — Déviations de l'utérus, par *Raizeau*. — Dilatation variqueuse du réseau lymphatique superficiel du derme ; émission volontaire de lymphe, par *C. Desjardins* (Soc. de biologie).

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques. — Juin 1854. Revues et analyses.

Journal de pharmacie et de chimie. — Juin 1854. Mémoire sur le canchalagua, par *F. Lebeuf*.

La France médicale. — N° 6. Fractures des phalanges par causes indirectes, par *Désormeaux*. — Cliniques.

Moniteur des hôpitaux. — Nos 69 et 70. Kystes synoviaux ganglionnaires et leur traitement, par *Abeille*. — Nos 71 et 72.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. — N° 12. Varices et leur traitement, par *Verneuil*. — Nouvelle cure d'un anévrysme par l'injection d'acétate de peroxyde de fer, par *Pavesi*.

Revue médicale française et étrangère. — 15 juin. Bains de vapeur thérébenthinée dans le rhumatisme chronique, la goutte, les ankyloses, le catarrhe chronique de la poitrine et de la vessie, l'aménorrhée et la gonorrhée ancienne, par *Chevandier*.

Union médicale. — N° 69. Bruit tympanique dans les épanchements, par *Monneret*. — N° 70. Angine maligne, par *Trousseau*. — Nos 71 et 72. Sur l'aconit, par *Schroff*.

Gazette médicale de Montpellier. — N° 3. Déviation de la luette dans les paralysies du nerf facial, par *Cellarier*. — Médecine arabe, par *Leclerc*.

Revue thérapeutique du Midi. — N° 11. Histoire d'une maladie métastatique, par *Jeanselme*. — Névrose non encore décrite, par *Deperet*. — Métrorrhagie grave, guérie par le seigle ergoté uni à d'autres moyens, par *L. Lafon*.

Annales et Archives de Médecine belge et étrangère. — Mai 1854. Analyses et revues.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 11e livraison. Paraplégies essentielles, par *Macario*. — Sur l'administration du séné, par *R. Van-Oye*. — Du choléra modifié et d'essence périodique, par *Liégey*.

GAZETTE MÉDICALE DE LIÉGE. — N° 11. Sur le rhumatisme aigu, par M. *Lembert*. Insufflateur pour la gorge, par *Delvaux*. — Hernie engouée, réduite par le procédé de M Seutin, par *Anten*.

LE SCALPEL. — N° 31. Revues et analyses.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N° 25. Revues et analyses. — N° 26. Sur quelques erreurs qui se commettent dans les prescriptions, par *Brigodes*.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — Nos 49 et 50. De la cautérisation circulaire des tumeurs hémorrhoïdales internes compliquées de procidence de la muqueuse du rectum (avec dessin), par *Alphonse Amussat* (suite). — État de la médecine dans l'Inde hollandaise.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 25. Sur l'appareil d'accommodation des yeux et les maladies l s plus importantes dont il est affecté, avec des remarques pratiques sur le choix des lunettes, par *Eckardt*. — Rapport sur les autopsies, etc., par *Führer* (fin). — Rapport sur les malades de la section de chirurgie de l'hôpital de Magdebourg (1er août 1852 - 31 déc. 1853), par *Reiche* (suite). La clinique chirurgicale de Langenbeck : (8. Contraction d'une cicatrice au cou après brûlure, opération. 9. Carcinome de la lèvre inférieure, chéiloplastique. 10. Télangiectasie hémorrhoïd.), par *Ohm*. — Landolfi et sa méthode de guérir le cancer, par *Frettenbacher*.

MEDICIN. ZEITUNG. — N° 25. Les eaux de Teplitz, par *Malin*. — Gangrène de la verge, par *Knüppel*. — Cas d'empoisonnement par l'arsenic contenu dans l'encre de Chine verte, par *Kirschstein*. — Hernie du trou obturateur, par *Menschel*.

ZEITSCHRIFT F. WISSENSCHAFTLICHE THERAPIE, par *A. Bernhardi*. — 1er vol. 6e cah. 1853. Remarques sur l'action du nitrate de potasse, par *Brenschedt*. — Les bains résino-balsamiques avec les feuilles de pin de Thuringe, par le docteur *Gustorf*.

ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN, red. von *Hebra*. — 8e et 9e cah. 1853. — Sur quelques maladies des yeux, par *J. Meyr*. — La vérification des décès, par *Huber*. — 10e et 11e cah. Sur l'affect. second. de quelques cordons de la moelle épinière (avec planche), par *Türck*. — La réfraction double dans l'œil de l'homme et la polarisation de la lumière qui en dépend, par *Stellwag de Carion*. — 12e cah. Nouvel essai d'opération radicale des hernies inguinales, par *Stolz*. — Sur l'eau potable et particulièrement sur celle d'Amsterdam, par *Pleischl*. — 3e et 4e cah. 1854. La théorie des ophthalmoscopes, par *Stellwag de Carion*. — Sur la tumeur sanguine caverneuse et la tumeur vasculaire, considérée généralement comme téléangiectasie, par *Rokitansky*. — Remarques sur le cancer épithélial pileux, et spécialement sur celui de la verge, par *Schuh*. — Sur la présence du pigment dans le sang, par *Planer* (fin).

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — N° 75. Rétrécissement de la partie antérieure de l'urètre, par *H. Smith*.—Effets thérapeutiques des eaux minérales, par *R.-H. Powell*. — Sur l'acide gallique, par *W. Bayes*. — Emploi de la belladone dans diverses affections où la pupille est contractée, par *Lindsay*. — N° 76. Sur le choléra, par *le même*. — Convulsions puerpérales, par *G. Pound*. — Mort par hémorrhagie intestinale survenue vingt-cinq heures après la naissance, par *R. Neale*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 805. Trois cas de rétention d'urine, par inflammation de la prostate, par *Warren Crooke*. — N° 806. Avulsion complète de l'œil, par *Bodkin*.

MEDICAL CIRCULAR. — Nos 74 et 75. Analyses et revues.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 206. Cas d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, résultant d'un coup dans l'œil, par *J. Edwards*. — Cas remarquable de luxation de l'extrémité supérieure du radius et du cubitus, par *T.-F. Sanger*. — Cas de hernie crurale étranglée, par *W. Fletcher*. — N° 207. Sur la lithotritie, par *Fenwick*. — Bruissements d'oreille diminués par le chloroforme, par *J. Weatherford*.

THE LANCET. — N° 23. Leçons sur les maladies de l'œil, par *G. Critchett*. — Du polype utérin, par *R. Barnes*. — Tumeur fibroïde chez une petite fille. — Vaste kyste ovarien. — Nombreuses verrues du pénis. — N° 24. Du polype utérin, par *le même*. — De l'irritabilité de la vessie, par *H. Thompson*. — Intussusception, gangrène de la portion d'intestin invaginée, expulsion par l'anus; gangrène de la jambe, guérison, par *Ch. King*. — Influence mutuelle de la variole et de la vaccine, par *W. Cooper Dendy*. — Hernie étranglée, opération, par *G. Wawdrey*. — Urine albumineuse dans la fièvre continue, par *J.-W. Trotter*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — N° 21. De la chorée électrique, par *G. Morganti*. — Sorte de préparation anatomique faite par des ascarides lombricoïdes chez un enfant, par *Paolo Gaddi*. — Nouvel extrait résolutif et antiscrofuleux, par *Benedetto Gaddi*. — N° 22. Chorée électrique, par *Morganti*. — Statistique ophthalmologique de l'hôpital Majeur de Milan en 1853, par *Gherini*. — N° 23. Manie homicide, irresponsabilité, par *G. Zanini*. — Onanisme, hallucinations, amputation de la verge par le malade lui-même, par *Brugnoni*. — N° 24. De l'orthopédie, par *Petrali*. — De la maladie du cheval appelée *capo-storno* ou *febre perniciosa equina*, par *A. Andreis*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N° 23. Application de la méthode anesthésique au traitement des maladies externes, par *L. Berruti*. — N° 24. Emploi de la cochenille dans la toux férine, par *P. Salvolini*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N° 23. Mode peu commun de rupture de l'utérus au neuvième mois, par *Ildebrando Caifassi*. — N° 24. Fièvres à tendance dissolutive, par *R. Bellini*.

EL HERALDO MEDICO. — N° 103. Observations d'accouchement artificiel, par *M. Maté y Renedo*. — N° 104. Chloroforme en vapeur contre les douleurs cancéreuses, par *F. Gonzales Conde*. — N° 105. Ulcération de la cornée, suite de kérato-conjonctivite, guérie par le laudanum à l'extérieur et les mercuriaux à l'extérieur; cataractes lenticulaires opérées par abaissement, par *A. Romero y Linares*.

EL PORVENIR MEDICO. — N° 85. La diathèse-paludéenne préserve-t-elle de quelques maladies, par *A. Garcia Lopez*. — N° 86. Consultation médico-légale sur un noyé, par *F. de Paula Monedero* et *D. Juan Camero*.

EL SIGLO MEDICO. — Nos 23 et 24. Questions relatives à la blennorrhagie, par *Alonso*. — Nature du choléra, par *J.-M. de Aguayo*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 11. Abus des remèdes, spécialement des évacuations sanguines et des purgatifs; fragments de Bigeon, annotés par *Z.-B. Gonzales*. — Hygiène considérée dans ses rapports avec la science administrative et la morale, par *Fr.-R. Vas*.

Livres nouveaux.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE, DE PHARMACIE, DES SCIENCES ACCESSOIRES ET DE L'ART VÉTÉRINAIRE, de *P.-H. Nysten*. Dixième édition entièrement refondue par *E. Littré* et *Ch. Robin*. Avec la synonymie grecque, latine, allemande, anglaise, italienne et espagnole, et suivi d'un vocabulaire de ces diverses langues, et accompagné de 400 fig. 1re partie, A — GUS. Gr. in-8° de 608 pages sur 2 colonnes. Prix de l'ouvrage complet, 14 fr.
La 2e partie paraîtra en novembre prochain.

ESSAI CLINIQUE SUR L'ACTION DES EAUX THERMALES SULFUREUSES DE BAGNÈRES-DE-LUCHON dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis; mémoire présenté à l'Académie impériale de médecine, précédé d'une notice sur Bagnères-de-Luchon, le nombre de ses sources thermales sulfureuses, leur composition chimique, par le docteur *Marc Pégot* (de Saint-Martory). In-8, de 170 pages avec 2 planches. Paris, chez J.-B. Baillière. 3 fr. 50

ÉTUDES SUR LA RECONSTRUCTION PROJETÉE DE L'ASILE PUBLIC DES ALIÉNÉS DE L'ISÈRE, situé à St.-Robert, près de Grenoble; par le docteur *Evrat*, médecin-directeur. (Extrait des *Ann. médico-psychologiques*.) In-8° de 72 pages, avec 6 planches. Paris, 1854, chez Victor Masson. 3 fr. 50

HISTOIRE DE LA DÉCOUVERTE DE LA CIRCULATION DU SANG; par *P. Flourens*, secrétaire perpétuel de l'Acad. des sciences. In-18 de 216 pages. Paris, 1854. Chez J.-B. Baillière. 3 fr.

MANUEL D'HIRUDICULTURE ou de l'élève des sangsues, par *Léon Bousquet*, ingénieur civil. 1 vol. in-8 de 180 pages. Bordeaux, 1854. 3 fr. 50

MÉMOIRE SUR LA CATARACTE CAPSULAIRE, avec quelques réflexions sur les affections désignées sous les noms vicieux de capsulite et de kératite; par le docteur *Paul Broca*. (Extrait des Bulletins de la Société anatomique. Décembre 1853.) In-8° de 56 pages.

QUARANTE ANNÉES DE PRATIQUE CHIRURGICALE, par le professeur *Ph.-J. Roux*. Tome I : Chirurgie réparatrice, 1 vol. in-8 de 496 pages. L'ouvrage, dont tout le manuscrit est entre les mains de l'éditeur, formera 4 volumes. La publication en est faite par les soins de la SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE Le tome II, qui traite des anévrysmes, est sous presse. Paris, chez Victor Masson. Prix de chaque volume : 6 fr.

QUELQUES MOTS SUR LES SALLES D'ASILE, par le docteur *Prosper de Pietra-Santa*. 16 pag. in-8°. 1 fr.

RECHERCHES SUR LES OVO-VIVIPARES et sur l'œuf réel et cellulaire, par le docteur *M.-H. Deschamps*. In-8° de 80 pages. Paris, 1854, chez Victor Masson. 2 fr.

SOUVENIRS D'UN NATURALISTE, par *A. de Quatrefages*, membre de l'Institut. 2 vol. gr. in-18, ensemble de 1060 pag. Paris, chez Victor Masson. 7 fr.

TRAITÉ D'ANATOMIE CHIRURGICALE ou de l'anatomie dans ses rapports avec la pathologie externe et la médecine opératoire; par le docteur *J.-F. Jarjavay*. Tome IIe, in-8° de 820 pages. Paris, chez Labé.
Nota. — Le tome Ier (in-8° de 576 pag.) avait paru en septembre 1852. Prix des deux volumes, 14 fr.

A TREATISE ON HOOPING-COUGH; its Complications, Pathology, and Terminations; with its Successful Treatment by a new Remedy, par *G.-D. Gibb*. In-12°. Londres, chez Renshaw. 10 fr.

ON THE STRUCTURE AND USE OF THE SPLEEN, par *H. Gray*. In-8°. Londres, chez Parker and Son. 21 fr.

THE MICROSCOPE; ITS HISTORY, CONSTRUCTION, AND APPLICATIONS. Being a Familiar Introduction to the Use of the Instrument and the Study of Microscopical Science, par *J. Hogg*. In-8°. Londres, chez Orr. 8 fr. 50

DIE KRANKHEITEN DER NIEREN; par le docteur *G. Johnson*. Traduit de l'anglais par le docteur *B. Schütze*. 1 vol. in-8°, avec fig., publié en 2 fascicules. 6 fr.

ERRATUM. — Dans le travail de M. Bourguignon, publié dans notre numéro 38, on a imprimé (page 616, col. 2e, lig. 7) : l'acarus *suit* les vésicules; lisez : l'acarus *fuit* les vésicules.

MM. les abonnés à la GAZETTE HEBDOMADAIRE, *dont l'abonnement finit le 30 juin, sont prévenus qu'un mandat de 13 francs leur sera présenté le 31 juillet pour renouvellement de 6 mois.*

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1[er] de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. — PARIS, 7 JUILLET 1854. — N° 40.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 6 juillet 1854.

ESPRITS FRAPPEURS : EXPLICATION PHYSIOLOGIQUE.
— BOUILLON FORTIFIANT.

Une visite dont M. le docteur Schiff (de Francfort-sur-le-Mein) a bien voulu nous honorer nous a donné l'occasion d'assister de près à l'intéressante expérience dans laquelle il produit à volonté, sans mouvement apparent d'aucune partie du corps, un petit bruit sec, absolument semblable à celui qu'une supercherie intéressée attribue à de prétendus *esprits frappeurs*. La sagacité d'induction et la patience déployées dans cette expérience par M. Schiff méritent d'être signalées, indépendamment du curieux résultat auquel elles ont conduit.

Ce n'est pas, en effet, en observant de près et en palpant une jeune fille douée du privilége du *frappement*, comme on pourrait le croire d'après les renseignements communiqués à l'Académie des sciences par M. Rayer (séance du 12 juin), que notre confrère de Francfort est arrivé à deviner la cause du bruit. La réflexion seule l'induisit à penser qu'un bruit de cette nature ne pouvait être produit dans le corps humain que par l'échappement brusque d'une corde tendineuse. Il prit un squelette, l'inspecta des pieds à la tête, et ne trouva qu'un seul point où le phénomène fût rendu possible par les dispositions anatomiques : c'était la coulisse située derrière la malléole externe et dans laquelle passe le tendon du muscle long péronier. Le tendon, en effet, ne peut se déplacer en dehors sans heurter un rebord osseux, abrupt et assez élevé, qui lui imprime une vibration. M. Schiff, ayant essayé aussitôt sur lui-même de faire sortir le tendon de sa gaîne par le seul effort de la contraction musculaire, se consuma pendant plus d'une demi-heure en efforts inutiles. Enfin, un premier bruit se fit entendre ; puis, vingt-cinq minutes plus tard, un second bruit ; et chaque fois il sentit très distinctement, avec le doigt porté derrière la malléole externe, qu'une corde s'échappait en dehors chaque fois que le bruit avait lieu. Peu à peu, à mesure que la gaîne se relâcha sous les efforts répétés du tendon, le résultat devint de plus en plus facile à obtenir.

Un fait restait à constater. Chez les sujets soi-disant visités des

---

FEUILLETON.

Lettre médicale.

Contributions à l'histoire de la chirurgie. — Le retable de l'hôtel Cluny. Opération miraculeuse de la pierre. — De la greffe animale. — Les oreilles puritaines pendant la révolution d'Angleterre. Avis aux érudits.

Nous allons, s'il vous plaît, cher confrère, vous entretenir exclusivement de choses scientifiques. Laissant là les bagatelles de la rue, nous allons vous entraîner péripatétiquement dans certains coins de l'archéologie chirurgicale, où nous ont conduit récemment nous-même le hasard de nos lectures et le furetage de notre incorrigible curiosité.

Un membre de l'Institut, conservateur des musées historiques et sénateur, a écrit il y a peu de jours (*Moniteur* du 17 juin), à l'occasion du retable d'or (1) qui vient d'être déposé à l'hôtel Cluny, que « l'opération de la pierre par le grand appareil doit être plus ancienne que frère Côme, attendu qu'un auteur du XII[e] ou XIII[e] siècle y fait allusion. » Dans ces termes, la chose n'est pas douteuse, et l'on sait bien que frère Côme n'est pas l'inventeur de l'opération par le grand appareil ; mais enfin, cette opération ne passant pas pour remonter au delà de la fin du XV[e] siècle, c'est-à-dire au delà de Jean de Romani, la question posée par le savant académicien garde tout son à-propos. Est-il vrai qu'une allusion, ignorée des chirurgiens, reporte la pratique de la *taille par le grand appareil* à deux ou trois siècles plus haut ; et les circonstances du miracle dont le retable était destiné à perpétuer le souvenir sont-elles de nature à suggérer une telle conjecture ?

Cette magnifique pièce a été donnée à la cathédrale de Bâle par Henri II de Bavière, empereur d'Allemagne, en commémoration d'une guérison miraculeuse, dont les Bollandistes ont raconté les détails d'après un auteur anonyme ; c'est de celui-là qu'il s'agit plus haut. Henri II avait la pierre. En proie à de vives souffrances, et voyant qu'aucun remède ne pouvait le soulager, il se rendit au monastère du mont Cassin pour implorer l'intercession de saint Benoît et de sainte Scholastique, qui y avaient leur tombeau. Les Bollandistes rapportent qu'il se défia d'abord de ses prières, parce que, ayant ouï parler de la translation des restes de saint Benoît, il craignait de s'adresser à un sépulcre vide. Mais la nuit suivante, le saint lui apparut pendant son sommeil, tenant à la main un

(1) Ornement d'autel.

esprits, constate-t-on réellement un mouvement du tendon du péronier au moment de la production du *frappement?* La jeune fille observée par M. Schiff n'était plus à sa disposition; mais il chargea de l'expérience un observateur digne de confiance, qui constata le fait de la manière la plus positive.

Pour produire le bruit, M. Schiff s'assied, la jambe un peu étendue, le pied appuyé sur le sol par le talon seulement, et un peu renversé sur son bord interne. Il a acquis de cet exercice une telle habitude, qu'il peut, sans que le pied bouge, varier à volonté le mode de succession des coups; imiter, par exemple, la manière dont on a coutume de frapper à une porte avant d'entrer. Il peut même battre une mesure, et, pour tout avouer, son péronier s'est permis devant nous le chant de la *Marseillaise*.

A. DECHAMBRE.

Il faut se défier en général des moyens publiquement préconisés, dans le traitement des maladies, pour remplacer les aliments ordinaires et pour faciliter la digestion. Ils sont trop souvent inspirés par les illusions d'une fausse science ou les calculs de la spéculation. Mais le suivant est proposé sous le couvert de noms entourés de l'estime des savants et conforme d'ailleurs aux données rationnelles de la chimie.

On lit dans la *Gazette de Cologne* du 27 juin:

« Les médecins les plus distingués de Munich, tels que MM. Gielt et Pfeufer, ont employé l'hiver dernier, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique privée, un nouveau bouillon fortifiant, qui peut remplacer avec avantage la nourriture animale solide dans les cas où les fonctions digestives sont incomplètes, par exemple, dans certaines périodes du typhus. Les services que cet aliment a rendus sont tels, que sa préparation mérite d'être connue.

» Pour l'obtenir, on traite la viande par de l'eau à laquelle on a ajouté un peu d'acide chlorhydrique.

» A 540 grammes de viande (de poule ou de bœuf) provenant d'un animal récemment tué, on ajoute 400 grammes d'eau distillée, avec 4 gouttes d'acide chlorhydrique pur et 15 grammes de sel marin. Après avoir bien mêlé, on laisse la masse reposer pendant une heure, et on la fait égoutter sur un tamis. Lorsque le liquide est écoulé, on arrose ce qui reste sur le tamis avec 180 grammes d'eau versée par petites portions. La liqueur claire qui s'écoule est bue à froid.

» Cette boisson renferme en dissolution de la matière colorante du sang, et contient une plus grande proportion de fer que le jaune d'œuf; elle conserve l'albumine des sucs de la viande, qui n'existe plus dans le bouillon ordinaire, où la chaleur l'a coagulée; enfin elle possède tous les principes du bouillon, et en outre de l'acide chlorhydrique, qui a une action digestive. Un obstacle à l'emploi de cet aliment pendant l'été, est sa prompte altération pendant les grandes chaleurs. Aussi est-il indispensable de le conserver dans un endroit très frais, ou bien de l'entourer de glace à l'extérieur. Il est important que la viande soit fraîche et n'ait pas déjà quelques jours de date. La préparation qui vient d'être décrite a été indiquée par M. le professeur Liebig, et elle a été ordonnée pour la première fois dans sa maison par le docteur Pfeufer, et prise comme aliment par une jeune dame gravement malade du typhus. »

Il est facile de se rendre compte des avantages d'un tel aliment. La chair musculaire d'où provient ce bouillon, et qui possède des propriétés nutritives par excellence, est en effet composée de deux parties distinctes qui jouent dans l'alimentation chacune un rôle particulier. Lorsqu'on lave avec de l'eau de la chair musculaire coupée en petits morceaux, cette chair prend une teinte blanche et perd tout à fait sa saveur; cette partie solide de la viande a la composition chimique du blanc d'œuf, du gluten, de la caséine, et sert à la régénération et à l'accroissement des tissus.

La partie de la viande qui se dissout dans l'eau est formée, au contraire, d'un grand nombre de principes. D'abord des sels, des phosphates surtout, puis des principes immédiats particuliers qui se retrouvent en partie dans le sang. Il y a quelques années à peine, on ne connaissait pas du tout la composition des sucs de la viande, et sous le nom d'osmazome on désignait tous les principes extractifs du bouillon. Maintenant, grâce aux progrès qu'a faits l'étude des principes immédiats, la composition intime des sucs de la viande est parfaitement connue. Les substances qui constituent le bouillon sont toutes des substances destinées à être dédoublées, décomposées, puis expulsées par les excrétions; elles ne peuvent donc pas servir à la formation des tissus. C'est ce qui a fait dire *que le bouillon soutient, mais ne nourrit pas*. L'extrait de viande, ou le bouillon obtenu d'après les indications de M. Liebig est plus riche; car, outre les principes renfermés dans le bouillon ordinaire, il contient en dissolution de l'albumine, qui sert à la formation et à la régénération des tissus, puis de la matière colorante du sang dans un état que nous croyons très propre à l'assimilation; quant à l'acide chlorhydrique, on sait que plusieurs médecins l'emploient pour faciliter l'acte de la digestion.

Il nous a donc paru utile d'appeler l'attention sur un aliment présenté, avec des garanties particulières et exceptionnelles, comme propre à résoudre un problème poursuivi depuis longtemps, à savoir, la confection d'aliments plus réparateurs que les aliments ordinaires et, en même temps, d'une digestion plus facile. Les praticiens savent combien il importerait, dans certaines maladies à caractère dépressif,

---

couteau à opérations: *ferrum sectorium ad medicinales sectiones aptum;* puis ayant pratiqué une incision et retiré la pierre, il la mit dans la main de l'empereur et referma la plaie. Or, sur quel fondement supposer que l'opération a été faite selon la méthode du grand appareil? D'abord, la *vie de saint Henri* à laquelle les pères ont emprunté ce récit, n'a probablement pas été imprimée, et l'auteur de l'article du *Moniteur* n'a jamais vu le manuscrit, ainsi qu'il a bien voulu nous le déclarer. En cet état de choses, c'est donc uniquement aux *Acta sanctorum* qu'il a dû s'en rapporter. Nous y avons lu avec soin les *actes* de saint Henri, et voici tout ce qu'on y trouve relativement à l'opération elle-même. « *Partem illam* » *corporis ubi calculus jacebat* medicinali ferro quod manu tenebat » aperuit et, evulso molliter calculo, hiatum vulneris subita sanitate rein- » tegravit, calculumque quem tulerat in manu regis dormientis repo- » suit. » Ainsi, l'incision a été faite *là où siégeait le calcul*, sans indication positive du lieu, sans que rien désigne la taille médiane plutôt que la taille latérale, qui avait, du temps d'Henri II, trois siècles de date pour le moins, ou la taille semi-lunaire décrite par Celse. De plus, ce qui caractérise la taille *par le grand appareil*, et ce qui lui a valu cette dénomination singulière, c'est le grand nombre d'instruments que demande l'opération. Il eût été curieux de trouver, dans un écrivain du XII^e siècle, la description d'une taille, même miraculeuse, pratiquée avec cathéter, bistouri, lithotome et tenette. Mais, tout au contraire, un couteau seul a suffi, et l'on ne voit même figurer dans l'opération ni le crochet de Celse ni la curette de Paul d'Égine.

Il est donc évident que la description du miracle n'ajoute rien à l'histoire sur l'invention des diverses méthodes. Saint Henri a été débarrassé de la pierre par une opération de taille; c'est tout ce que signifie le récit des *Acta sanctorum*, et probablement aussi celui du manuscrit anonyme. Rien en ceci qui ne soit en rapport avec la science du temps.

Et pendant que nous sommes en train d'interprétations, le savant académicien voudra bien nous permettre de rectifier celle qu'il a donnée d'un passage des Bollandistes; nos habitudes scrupuleuses en fait d'observation seront notre excuse auprès de lui. « Le saint referma la plaie, dit-il, et *toute cicatrice disparut aussitôt.* » Cette phrase répond manifestement à celle-ci: *Hiatum vulneris subita sanitate reintegravit*, qui veut dire seulement que la plaie fut guérie tout à coup, et non que la cicatrice disparut. La preuve, c'est que l'empereur, à son réveil, montra la cicatrice aux grands de sa cour pour les convaincre. *Ostendens cicatricem vulneris omnia quæ per sanctum Benedictum circa ipsum gesta erant, cunctis audientibus, referebat.*

et généralement dans tous les cas où l'âge, la constitution, la longue durée du mal commandent de soutenir les forces, combien il importerait de pouvoir administrer des substances alibiles, capables de s'assimiler sans un grand travail de l'estomac et des intestins. Tout le monde comprend aussi les services que rendraient des aliments de ce genre dans les altérations graves du tube digestif.

VERDEIL.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR LA CAUTÉRISATION APPLIQUÉE AUX POLYPES NASO-PHARYNGIENS, par le docteur DESGRANGES, chirurgien en chef (désigné) de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(Voir le numéro 39.)

III. PROCÉDÉ NOUVEAU.

Le procédé de cautérisation des polypes naso-pharyngiens que nous soumettons au public médical, a pour but essentiel de tenir du chlorure de zinc appliqué au point d'implantation du pédicule, et de l'y fixer assez exactement pour qu'il ne s'en détache aucune parcelle, dont la pénétration dans les voies digestives occasionnerait des accidents graves.

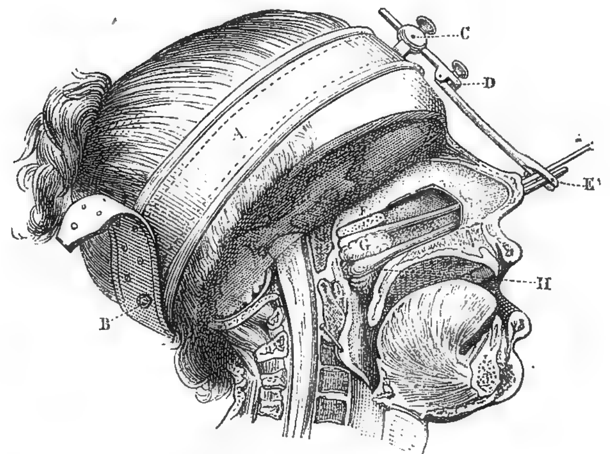
Ainsi, nous remplissons l'indication première, de détruire les tissus qui sont habituellement le point de départ de la récidive ; et nous la remplissons, cette indication, par une cautérisation de quelques heures, sans qu'il soit besoin de diviser le voile du palais ni de perforer la voûte palatine.

Le *caustique* le plus convenable est la pâte faite avec parties égales de chlorure de zinc et de farine, laquelle est ensuite étendue sur une toile, de façon à donner un sparadrap caustique. La pâte, prise en magdaléon, pour le cas actuel, aurait l'inconvénient de se briser, d'échapper par là aux moyens de fixité, et d'enlever à l'opération sa précision et sa sécurité.

§ I. Instruments.

1° *Appareil frontal* (fig. 1). — Coupe de la face, destinée à montrer l'intérieur de la narine gauche, le crâne étant intact. Elle s'exécute par un trait de scie médian, d'avant en arrière, sur lequel on conduit un second trait de scie perpendiculaire, rasant le sourcil et passant près du pavillon de l'oreille.

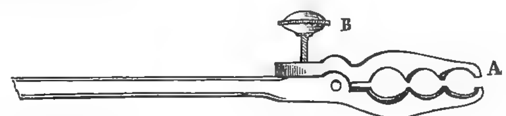
Figure 1.



A. Couronne de l'appareil.
B. Bouton de l'appareil.
C. Olive tournante.
D. Articulation en genou.
E. Pince terminale.
F. Baleine chargée de caustique.
G. Tampon de charpie.
H. Spatule.

Construit, pour les insufflations de la trompe, sur les données de Kramer, cet appareil se compose d'une couronne et d'une tige mobile. La couronne, faite d'un ressort d'acier, s'adapte et se fixe à la tête par la courroie, au point B ; elle porte en avant une olive qui tourne à frottement dur. La tige, cylindrique en haut, est reçue dans l'olive, où elle glisse et tourne à volonté ; elle est brisée à son milieu par une articulation en genou ; enfin elle se termine par une petite pince (fig. 2).

Figure 2.



A. Valve mobile.
B. Vis de pression agissant sur la valve par le mécanisme du levier.

Tous ces points mobiles prennent de la fixité au moyen de vis de pression adaptées à chacun d'eux. De plus, cette tige jouit de tous les mouvements : de l'inclinaison latérale, par la rotation de l'olive C ; de la rotation sur elle-même et de l'allongement, par la manière dont elle s'unit à l'olive ; elle se fléchit en genou, et peut dès lors se prêter à toutes les positions que prend la spatule qu'elle est destinée à maintenir.

2° *Spatule.* — C'est une tige d'acier arrondie, longue de $0^m,12$ à $0^m,13$, et aplatie à l'une de ses extrémités, comme le représente la figure 3, de grandeur naturelle.

Enfin, il ne nous serait peut-être pas impossible d'ajouter quelque chose, sans sortir de la pathologie, au commentaire des figures représentées sur le retable. Henri II et sa femme Cunégonde sont prosternés aux pieds du Christ ; à droite du Christ se tiennent l'archange Michel et saint Benoît ; à gauche, l'ange Gabriel et l'ange Raphaël. La présence de saint Benoît n'a plus besoin maintenant d'être expliquée ; nous n'avons rien de particulier à proposer au sujet des deux derniers anges, à moins que le choix de Raphaël, dont le nom hébreu signifie *remède de Dieu*, ne soit encore une allusion au miracle du Mont-Cassin. Mais quant à l'archange, sa présence pourrait bien rappeler une circonstance mémorable de la vie de l'empereur. Se trouvant en Apulie, il visita sur le mont Gargane (aujourd'hui mont Santo-Angelo, au fond de la péninsule Italique) une basilique non construite de main d'homme, mais édifiée par une opération divine et ayant pour patron saint Michel. Les justes y entendaient dans l'air des chants harmonieux. L'empereur, demeuré seul dans la nef après la sortie des fidèles, vit passer une légion d'anges enveloppés de lumière, et à leur tête Michel, le roi des anges. Un des esprits célestes lui ayant présenté un évangile à embrasser, il se mit à trembler de tous ses membres. L'esprit le toucha légèrement à la cuisse en lui disant : *Ne timeas, electe Dei*, et, à l'instant, la cuisse se dessécha, comme il était arrivé à Jacob dans sa lutte avec l'ange.

Voilà pourquoi *saint Henri* s'appelle aussi *Henri-le-Boiteux*.

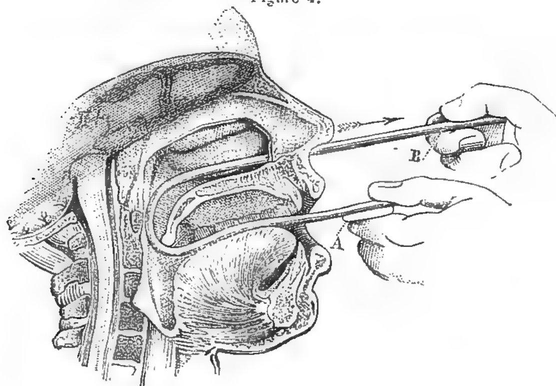
—Si l'*ex-voto* d'Henri II n'apprend rien aux chirurgiens, qu'un procédé d'anesthésie et un mode de cicatrisation qu'ils n'imiteront jamais, il n'en est pas tout à fait de même des archives et mémoires relatifs à la révolution anglaise, que la savante curiosité de notre époque a mis en lumière. Ils y trouveraient des documents assez intéressants sur un point d'histoire chirurgicale, auquel vous ne vous attendez peut-être pas, cher confrère : sur la pratique de l'*ente animale*. La poudre du fatal sablier fuit pour nous par trop de côtés à la fois pour que nous puissions en ce moment nous livrer à une recherche qui ne manquerait pas de charme ; mais nous serions heureux si une courte indication faisait naître chez quelque autre cette tentation d'érudit. Permettez-moi d'abord de vous rappeler l'état de la science sur ce point.

Le plus ancien des faits connus d'*ente animale* remonte à Léonard Fioraventi, l'auteur du célèbre baume qui figure sans doute avec honneur sur vos formules. Il est rapporté dans *Il compendio dei secreti razionali*, etc. (Venise, 1571). Un Espagnol eut le nez abattu d'un coup de sabre ; le nez étant tombé dans le sable, Fioraventi le ramasse, le lave dans l'urine, puis le frotte de son baume et le réapplique. La réunion se fit heureuse-

Figure 3.

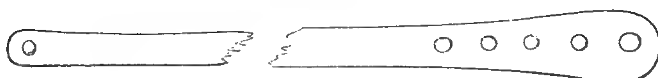
3° *Baleine flexible* (fig. 4). — Destinée à porter le caustique dans le pharynx, elle est longue de 0m,23 environ, et très mince, pour contourner facilement le voile du palais ; en outre, elle s'élargit à celle de ses extrémités qui reçoit le caustique, et, pour qu'on puisse mieux l'y fixer, elle est percée de cinq ou six trous en cet endroit. L'extrémité opposée n'est percée que d'un trou pour le fil qui fait suivre le trajet de la bouche aux narines.

Figure 4.



A B. Baleine flexible passée dans la bouche et le nez.
A. Extrémité chargée de caustique.

Figure 5.



La baleine vue séparément (grandeur naturelle).

4° *Une sonde de Belloc*, du fil et de la charpie.

§ II. Manuel opératoire.

Préalablement à la cautérisation, l'ablation du polype est indispensable, soit par l'arrachement, s'il est petit, mou, saisissable : soit par la ligature, s'il est dur, gros, pédiculé ; et, dans ce cas, il est impossible de tout faire dans la même séance.

Une fois le polype enlevé, voici comment on procède à la cautérisation.

Premier temps. — *Relever le voile du palais.* — A cet effet, on passe derrière le voile du palais un gros fil dont les chefs ressortent par la bouche et par le nez ; chefs que l'on noue fortement sur un rouleau de diachylon, afin de protéger la lèvre supérieure.

Le voile du palais est ainsi ramassé vers son insertion palatine, et l'isthme du gosier agrandi en forme de triangle ; ce qui permet d'arriver en ligne droite de la bouche au pharynx, au lieu d'avoir à contourner le bord libre d'un organe flottant.

Deuxième temps. — *Passage de la baleine chargée de caustique.* — Au moyen d'un fil passé par la bouche et le nez, et fixé par son chef buccal à l'extrémité de la baleine, on attire celle-ci, puis on la fait contourner le voile du palais (fig. 4), en même temps qu'avec l'index de l'autre main on dirige l'extrémité chargée du caustique. Ce temps s'exécute avec promptitude et élégance. Une fois le caustique arrivé au point voulu, on charge un aide de maintenir la baleine en place, jusqu'à ce que le tamponnement soit exécuté.

Troisième temps. — *Tamponnement du pharynx.* — Le chirurgien, pour plus de commodité, peut se mettre en arrière, et conduire avec l'index des tampons de charpie dans la portion nasale du pharynx, jusqu'à ce qu'elle soit remplie ; il les tasse, les serre de façon non seulement à fixer le caustique au lieu d'élection, mais aussi à empêcher les mucosités chargées de caustique de couler sur le pharynx, au delà du point malade.

Quatrième temps. — *Immobilisation du tamponnement.* — Tandis que d'une main on soutient le tamponnement pharyngien, de l'autre on conduit la spatule par la narine qui a reçu la baleine, en ayant soin de la tenir oblique de haut en bas et de raser le plancher nasal, afin d'arriver plus aisément au-dessous du tampon et d'y remplacer le doigt. Cela fait, on presse assez énergiquement sur le tampon, la spatule faisant levier ; puis il ne reste plus qu'à l'arrêter au moyen de l'appareil frontal (fig. 1).

L'*appareil frontal* peut se placer à ce moment de l'opération, ou encore, si on le préfère, avant de commencer. J'ai fait des deux façons, et je n'ai pas trouvé que l'une fût supérieure à l'autre. Il va sans dire, aussi, que l'appareil sera placé dans une position qui laisse la tige arriver commodément sur la spatule, et que toutes les pièces seront convenablement serrées par les vis de pression. Mais ce sont là des détails auxquels l'habileté de l'opérateur pourvoira largement, sans qu'il soit nécessaire d'en dire davantage. Enfin, l'opération s'achève en rendant au voile du palais sa liberté.

§ III. Suites de l'opération.

La cautérisation des polypes naso-pharyngiens n'est point une œuvre difficile ; elle ne serait pas douloureuse au moment de l'exécution, si ce n'était la sensation désagréable et les efforts de vomissements que provoquent le contact des doigts, des instruments, et l'immobilisation du voile du palais.

L'opération n'est point, du reste, de longue durée, lorsque le malade s'y prête. Somme toute, elle n'est point de celles qui réclament l'anesthésie, indépendamment des embarras qu'il y aurait à agir pendant la période d'excitation.

---

ment. Tel est, en effet, le premier cas raconté avec détails. Mais il faut que l'*ente animale*, et en particulier celle du nez, soit beaucoup plus ancienne ; car Lanfranc, qui écrivait à la fin du XIIIe siècle, en conteste la possibilité et maltraite fort ceux qui ont la bonhomie d'y croire. « Dicunt enim : aliquis portavit nasum incisum in manu, qui fuit in loco suo reparatus. Id est maximum mendacium, quoniam (admirez l'argument) vitalis spiritus incontinentè perit. » Théodoric, qui vivait à la même époque, fait la même allusion, mais sans partager les doutes ni l'indignation de Lanfranc.

Depuis le commencement du XVIIe siècle, un assez bon nombre de cas de greffe animale ont été enregistrés. Nous vous rappellerons seulement celui de Molinetti (1), le père du célèbre anatomiste, qui reçut le nez du supplicié dans un pain chaud pour en mieux conserver la vitalité (1626) ; celui de Loubet, accompli sur le champ de bataille de Rocroy (1643) ; celui que Dionis raconte sans y ajouter foi (opération de chirurgie, 1708) et qui est assez étrange en effet. Un brigand eut le nez coupé par des passants ; le chirurgien le lui demanda pour le rajuster. Comme on ne put le retrouver, la bande se mit en campagne et, ayant rencontré un paysan, lui *emprunta* son nez, qui fut cousu sur le visage du brigand et s'y implanta avec le plus grand succès. De nos jours, MM. Lespagnol, Sommé et Piedagnel ont vu se réunir des parties de doigt entièrement séparées. Bien plus, comme pour se venger de la longue incrédulité du corps médical à son endroit, la greffe animale a prospéré sur la pure chair d'Hippocrate. Un médecin des plus distingués et un professeur de la Faculté, MM. Boullard et Requin portent à l'un des doigts un lambeau qui en a été autrefois détaché. Nous nous empressons de les nommer, sachant combien leurs personnes vous sont chères et à quel point vous eussiez été fâché d'en perdre le plus petit morceau.

Entre tous ces exemples, et c'est là que nous voulons en venir, il en est peu qui concernent *les oreilles*. Nous ne connaissons que le cas de Magnin (1819), aide-major aux chasseurs de la Meuse, qui réappliqua à l'aide d'emplâtres agglutinatifs une partie de l'oreille coupée d'un coup de sabre (*Bulletin de la Faculté de médecine*, t. VI), et un autre, rapporté dans la *Bibliothèque médicale* (juillet 1820). Or, il est constant que la réunion des oreilles amputées était de pratique vulgaire en Angleterre sous le règne de Charles Ier. Les *Mémoires de Strafford* et d'autres publications con-

(1) Percy (*Dictionnaire des sciences médicales*) et M. Bérard (*Bulletin de la Société anatomique*, 1830) paraissent avoir confondu ce Molinetti, de Venise, avec Molinelli, de Bologne, qui lui est postérieur de plus d'un siècle.

La *durée de l'application* reste subordonnée à l'épaisseur des tissus à détruire ; mais il me semble difficile que quatre ou cinq heures ne suffisent pas dans les cas simples, et sept à huit dans les cas compliqués. Au reste, si la première cautérisation n'allait pas à fond, si elle n'entamait pas le périoste, l'escarre tomberait du huitième au dixième jour, et, par ce qui aurait été attaqué, on jugerait du temps nécessaire pour emporter le reste. Quand le périoste est atteint, c'est-à-dire quand la dénudation des os doit suivre la chute de l'escarre, celle-ci met beaucoup plus de temps à se séparer : quinze ou vingt jours environ.

La *douleur* causée par la cautérisation est à son maximum dans les deux ou trois heures qui suivent l'opération ; plus tard, elle devient plus sourde, plus supportable sans pourtant disparaître. Elle est accompagnée d'une *gêne dans la déglutition*, liée à une véritable angine traumatique, mais aussi angine éphémère ; car, au bout de deux ou trois jours, les malades cessent de s'en plaindre.

La *congestion pharyngienne* qui suit la cautérisation se traduit à l'extérieur par une légère bouffissure de la face, particulièrement aux paupières et sur les régions malaires. Elle se traduisait probablement aussi, chez notre jeune opéré (obs. 3ᵉ) par les douleurs auriculaires que nous avons notées, et par la douleur occipitale qu'exaspérait la rotation de la tête.

La *fièvre* est nulle ou sans gravité, l'appétit revient vite, et généralement, au bout d'un septénaire, tout est rentré dans l'ordre. Il faut une sensibilité spéciale pour que les troubles généraux aient quelque consistance (obs. 5) ; mais encore, dans ce cas, le pronostic reste très favorable.

L'*eschare* tombe par petits fragments, du huitième au quinzième jour, quelquefois au vingtième, laissant à nu l'apophyse basilaire et, en partie, l'arc antérieur de l'atlas, si l'on a appuyé le caustique contre la paroi postérieure du pharynx.

Les *soins généraux* sont ceux de toute opération : réduction de régime, boissons délayantes, aussi longtemps que dure le mouvement fébrile ; les *soins spéciaux* se réduisent à des injections nasales détersives, à des gargarismes légèrement astringents, dirigés spécialement contre l'angine, suite de la cautérisation.

§ IV. Avantages du procédé nouveau.

L'opération de M. le professeur Nélaton constitue un progrès trop réel pour qu'il me vienne à l'idée d'en exagérer les inconvénients, et de chercher à mettre ainsi plus en relief la cautérisation telle que je la pratique. Mais n'est-il pas évident que la division du voile du palais nécessitant plus tard la staphylorapbie ; que la perforation palatine, qui ne se ferme pas ou ne se ferme que très lentement, puisqu'elle n'est pas complète au bout de quinze mois ; que cette cautérisation, enfin, qu'il faut pratiquer à diverses reprises, laissent un *desideratum* important à combler.

Avec le chlorure de zinc, une cautérisation de cinq à six heures suffit. Elle se fait sans danger pour le malade, grâce au soin que nous prenons de protéger les parties voisines ; elle met à couvert des hémorrhagies, avantages que n'ont pas les caustiques alcalins, qui, contrairement au premier, rendent le sang diffluent ; enfin, est-il besoin de faire remarquer que l'intégrité de la voûte et du voile du palais valent mieux qu'une oblitération lente à venir, difficilement complète, qu'une staphyloraphie même bien réussie ?

En résumé, cautérisation en quelques heures, intégrité de la voûte du palais et de son voile, innocuité parfaite, voilà des avantages qu'on ne saurait refuser au procédé nouveau.

IV. Observations.

Les observations qui suivent, s'il s'agissait de démontrer la valeur curative de la cautérisation, seraient trop récentes pour être d'un grand poids ; mais elles reprennent une grande importance, s'il s'agit d'établir que la cautérisation est possible, et surtout qu'elle est inoffensive.

Peut-être trouvera-t-on que nous avons eu recours à un remède bien fort, eu égard au petit volume et à la consistance molle des polypes. Mais qu'on veuille bien réfléchir aux chances de récidive et surtout à l'aggravation du mal à chaque manifestation nouvelle ; et l'on ne pourra me refuser que petits ou gros, lardacés ou fibreux, on ne saurait les détruire trop soigneusement. Je me souviens, à ce sujet, d'avoir opéré trois fois, à quelques semaines de distance, un homme de cinquante ans, porteur d'un polype pharyngien, mou, assez peu développé, lequel, à chaque récidive, aggravait l'état général ; si bien que la mort s'ensuivit dans l'année de la première opération.

Ce cas malheureux a pesé pour beaucoup, je l'avoue, dans la détermination que j'ai prise de cautériser tous les polypes du pharynx, abstraction faite du volume et de la consistance.

Obs. III. *Polype du pharynx; arrachement; deux cautérisations de sept heures avec le chlorure de zinc : la première imparfaite, la seconde bien réussie; eschare limitée; dénudation des os; point d'accidents locaux ni généraux.* (Observation recueillie par M. A. Gayet, interne des hôpitaux.)

Claude Merlin, âgé de quinze ans, vient à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, n° 63, pour une entorse, et tandis qu'il est en traitement, il se plaint de ne pouvoir respirer librement par le nez.

La narine gauche est libre. La droite permet l'inspiration ; mais à l'expiration le passage est fermé, comme si un tampon s'appliquait exactement à l'orifice postérieur. Aussi loin que plonge le regard dans la narine droite, on ne découvre rien, ni tumeur ni vice de conformation. Le voile du palais est à sa place ; l'isthme du gosier et le pharynx paraissent libres. La parole, la déglutition, sont faciles ; la face, dans son ensemble, est régulière, expressive.

Mais si l'on introduit profondément le doigt dans la gorge, en le relevant pour explorer les orifices postérieurs des narines, on trouve à droite un polype arrondi, fixé par un mince pédicule à la voûte pharyngienne. Ce polype est gros comme une cerise, lisse à sa surface, et de consistance molle, autant qu'on peut l'apprécier ; car il glisse très vite et se soustrait à la pression directe, qui seule permettrait d'en bien juger. Exactement

---

tiennent à cet égard des détails très positifs. Tout le monde connaît ce triste moment de l'histoire anglaise où, Buckingham mort, le roi résolut de venger par l'arbitraire et la violence toutes les humiliations dont on l'avait abreuvé, et, trop bien servi par Laud et Wentworth, se mit à jouer la partie d'un désespéré. Les impôts forcés et le pilori furent les deux principaux instruments du système. Le fouet public, la joue marquée du fer rouge, les narines fendues, les oreilles clouées au poteau infamant, et puis abattues par le bourreau ; tels étaient les supplices par lesquels on espérait réduire l'opposition puritaine et calviniste. Dans la foule des victimes, il en est trois auxquelles s'attache un intérêt particulier : un ministre, un avocat et un médecin, unis par le triple lien de l'amitié, de la foi et du martyre : H. Burton, Prynne et Bastwick. Avant qu'ils fussent cités tous trois devant la cour criminelle, Prynne avait déjà eu les oreilles coupées, pour avoir publié un livre où l'on avait cru voir une allusion blessante contre la reine. A l'audience, le président s'étonnant de voir Prynne avec ses oreilles, un huissier s'approcha du prévenu, écarta ses cheveux, et mit à nu la partie qui portait encore les traces de la mutilation. Tous trois furent condamnés au pilori. Prynne eut les oreilles coupées pour la seconde fois ; mais, disent les *Mémoires de Strafford* (t. Iᵉʳ, p. 66). Immédiatement après l'exécution, il les ramassa, *espérant pouvoir les faire recoudre à sa tête comme auparavant.* Nous ne savons ce que devinrent les oreilles de Burton ; mais quand celles de notre confrère Bastwick furent abattues, sa femme les recueillit et les emporta dans un mouchoir, espérant bien les utiliser.

Tout ceci se passait de 1630 à 1640, c'est-à-dire bien longtemps avant qu'aucun auteur eût rapporté un cas de greffe de l'oreille.

Encore une fois, cher confrère, il y a toute apparence que des investigations suivies conduiraient à des résultats plus précis et plus importants. Il serait d'abord étrange que la bibliothèque chirurgicale d'Angleterre n'eût pas conservé la trace de ces œuvres de haute justice. Puis vous voyez que les mémoires historiques promettent. Et nous ne craignons pas d'ajouter que cela n'est pas particulier à ce coin de littérature. Le butin que pourrait ramasser l'histoire médicale hors des livres de médecine est très considérable ; il y a là toute une mine à exploiter.

A. Dechambre.

appliqué sur l'orifice nasal droit, il le bouche comme le ferait un tampon, c'est-à-dire sans envoyer dans la cavité nasale de prolongement qui la remplisse. La cloison nasale est déviée assez pour rétrécir sensiblement l'orifice du côté sain, pas assez pour ne point laisser pénétrer l'extrémité du doigt du côté malade.

État général bon.

13 septembre. Une fois ce polype arraché avec les pinces, on porte au point d'implantation un morceau de chlorure de zinc lié sur un tampon de charpie. On essaie de le poser convenablement, puis on le fixe au moyen de l'appareil frontal, et durant six heures environ on le maintient en place.

Le résultat de cette opération n'est pas aussi parfait qu'on l'aurait désiré, en ce sens que la voûte du pharynx, sur laquelle on tenait à mettre le caustique, n'a pas été atteinte, et que tout a porté sur la cloison nasale et sur le voile du palais vers son insertion à la voûte palatine.

Néanmoins, de ce fait ressort une fois de plus la possibilité de tenir dans le pharynx, sans danger, du caustique de Canquoin.

Les suites de l'opération ont été d'abord une douleur assez vive, une fièvre insignifiante, puis un peu de bouffissure au front, à la racine du nez et aux paupières inférieures. La déglutition, gênée un peu le premier jour, s'est bien vite rétablie; la parole est restée naturelle, et toujours l'état général a été excellent.

Jusqu'au 26, l'eschare est tombée par petits fragments noirâtres, en même temps que les accidents locaux se sont calmés; le voile du palais a repris sa souplesse; en un mot, tout est rentré dans l'ordre.

28 septembre. *Nouvelle cautérisation*, exécutée cette fois suivant toutes les règles de notre procédé; aussi le caustique touche-t-il parfaitement la voûte du pharynx, et, grâce au tamponnement exact, l'eschare y est bien limitée.

Les suites immédiates de cette opération, comme celles de la première, ont été une douleur assez vive durant les sept heures de l'application, un peu de gêne dans la déglutition, et un léger mouvement fébrile d'assez courte durée.

Plus tard, ce jeune garçon s'est plaint de douleur aux oreilles, de roideur à la région cervicale, sans que pourtant il parût beaucoup souffrir. Dans tous les cas, il a repris bien vite son régime ordinaire.

17 octobre. L'eschare a mis jusqu'à ce jour pour se détacher, à raison probablement de ses adhérences intimes à l'apophyse basilaire, que l'on sent à nu, en même temps qu'une portion de l'arc antérieur de l'atlas; par conséquent on est bien assuré qu'en ce point tous les restes du pédicule, ainsi que les germes d'un nouveau polype, ont été radicalement extirpés.

Claude Merlin, dont la santé est parfaite, demande à s'en aller; depuis nous ne l'avons pas revu.

Obs. IV. *Polype mou, bilobé, du pharynx et de la narine droite; polype de la narine gauche. Arrachement, cautérisation de la voûte pharyngienne durant cinq heures avec le chlorure de zinc. Point d'accidents locaux ni généraux.* (Observation recueillie par M. A. Gayet, interne des hôpitaux.)

Le 22 février 1854, Françoise Maudray, cinquante ans, revendeuse, entre à l'Hôtel-Dieu pour des polypes mous, rougeâtres, qui obstruent les fosses nasales, et s'avancent à droite jusqu'à l'orifice antérieur de cette cavité, tandis qu'à gauche ils en sont plus éloignés.

Dans la bouche, pas de lésions apparentes; le voile du palais est dans la situation normale. L'isthme du gosier a ses dimensions ordinaires; mais si l'on porte profondément le doigt derrière le voile du palais pour explorer la voûte pharyngienne, on trouve à droite un polype mou, lisse, et gros tout au plus comme une noisette. Son implantation se fait en haut vers l'extrémité postérieure de la fosse nasale correspondante, et, vient-on à le pousser d'arrière en avant, il s'y loge en totalité, refoulant plus en avant le polype nasal.

D'où il suit que chez cette femme il y a une triple production polypeuse: une à gauche, indépendante; deux à droite, réunies par un pédicule commun, formant ainsi une tumeur bilobée, dont une partie se loge dans la cavité nasale, et dont l'autre reste pendante dans le pharynx.

Il y a quatre mois que Françoise Maudray s'aperçut pour la première fois d'une gêne dans la respiration; mais, sujette aux *rhumes de cerveau*, elle pensa longtemps que cette gêne respiratoire tenait à son affection chronique. Toutefois, en sentant un obstacle dans les fosses nasales, elle resta convaincue que son malaise tenait à une autre cause.

D'une bonne santé, d'ailleurs, et réglée de seize à quarante-neuf ans, elle a eu sept couches successives, douloureuses, pénibles, qui heureusement n'ont point laissé à leur suite de maladies utérines.

2 mars. *Arrachement des polypes* d'abord, puis immédiatement après *cautérisation durant six heures, par le procédé nouveau*, du côté droit seulement.

3 mars. Douleurs assez vives, hier; nuit passablement agitée; déglutition extrêmement pénible. Céphalalgie, inappétence, langue blanche, peau sèche; pouls dépressible, à 75 pulsations.

Les jours suivants, tous ces accidents se calment, sauf la sensibilité pharyngienne, qui persiste et fait redouter extrêmement à la malade l'exploration de la région; aussi ne nous a-t-elle permis ni d'apprécier les limites de l'eschare ni d'en suivre les phases d'élimination.

10 mars. La malade, qui va bien, se refuse à une pareille application du côté gauche. Sur sa demande, elle sort.

Obs. V. *Polypes des narines; polype naso-pharyngien. Arrachement de ces polypes; cautérisation ultérieure du pharynx. Point d'accidents locaux, mouvement fébrile sans gravité.* (Observation recueillie par M. A. Gayet, interne des hôpitaux.)

Angélique Delmas, vingt-quatre ans, d'une assez bonne constitution, quoique nerveuse, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 26 mars 1854. Elle raconte que, pour la première fois, il y a sept ans, elle ressentit de la gêne dans la respiration nasale, mais qu'elle ne s'en inquiéta point, jusqu'au moment où le passage de l'air fut complétement intercepté.

Ce fut en janvier 1854 seulement qu'elle se soumit à une opération dont le résultat, il est vrai, laissa beaucoup à désirer, car six jours après la gêne respiratoire était revenue ce qu'elle était auparavant.

Aujourd'hui la respiration nasale est encore possible à gauche, bien que gênée; à droite, elle est complétement nulle. Pourtant les narines ne sont point obstruées de masses polypeuses, jusqu'auprès des orifices antérieurs; ce n'est qu'en examinant profondément que l'on finit par en découvrir des deux côtés.

Dès lors on soupçonne l'existence d'un polype naso-pharyngien, qui, par son application sur les orifices postérieurs des narines, ferme le passage à l'air.

En effet, le doigt, profondément introduit dans la gorge, y fait découvrir un polype gros comme une petite noix, lequel est implanté à la voûte pharyngienne par un pédicule très mince, peu allongé, et très rapproché de l'orifice postérieur de la narine droite. Ce polype ne dépasse que fort peu le plancher nasal; il laisse au voile du palais sa direction normale. On le sent très distinctement, surtout quand on le touche avec précaution, autrement il s'engage dans la narine droite, où il disparaît aux trois quarts. La surface en est lisse, la substance molle, et jusqu'ici la cloison nasale n'a point subi de déviation.

A part la gêne de la respiration et le timbre nasonné de la voix, les fonctions du pharynx sont faciles; la santé générale, non plus, n'a subi aucune atteinte.

29 mars. Extraction des polypes: à gauche, avec les pinces ordinaires; à droite, au moyen d'une petite pince droite, qui pénètre bien plus aisément que la courbe jusque sur le polype naso-pharyngien.

Ce polype, comme les détritus enlevés précédemment, est *mou*, *lardacé*, recouvert d'une muqueuse fine, vasculaire; à l'intérieur, il est formé de tissu cellulaire infiltré de sérosité albumineuse, que la pression fait sourdre en une couche transparente.

Les suites de cette opération ont été: un mouvement fébrile assez prononcé, un peu de bouffissure de la face, des douleurs au nez et dans le pharynx, un peu de gêne dans la déglutition; mais, au bout de quelques jours, la fièvre a disparu, l'appétit est redevenu bon, et l'on a pu songer à la cautérisation pharyngienne.

5 avril. *Application de chlorure de zinc durant cinq heures, suivant notre procédé.*

6 avril. Nuit agitée, céphalalgie, déglutition difficile, fièvre.

On sent, à la paroi supérieure du pharynx, l'eschare produite par le caustique; on la suit dans la fosse nasale, sans qu'il soit possible néanmoins d'arriver jusqu'à sa limite antérieure.

Ces accidents des premiers jours, sans gravité aucune, se dissipent rapidement; le 10 avril, le pouls est calme, régulier, la tête libre, les nuits paisibles. L'angine traumatique seule persiste encore deux ou trois jours.

19 avril. La malade, bien rétablie, nous apprend qu'elle a expectoré et mouché de petites pellicules noirâtres; ce qui, pour nous, provient évidemment de l'eschare en voie d'élimination; mais jusqu'à présent il n'y a que les bords des parties mortifiées qui soient détachés; le centre en est toujours dur, adhérent, probablement parce qu'elle comprend toute l'épaisseur des tissus jusqu'à l'os.

Sur sa demande, *exeat*.

V. Conclusions.

1° La cautérisation sur le point d'implantation des polypes naso-pharyngiens est un moyen de guérison radicale.

2° Avec le chlorure de zinc, elle se pratique d'un seul coup, en cinq ou six heures.

3° Le chlorure de zinc peut être maintenu dans le pharynx sans danger ; son action peut être limitée au point de contact.

4° L'opération est facile ; les suites en sont très simples.

5° Les avantages du procédé nouveau, indépendamment d'une exécution rapide, sont de ne point avoir à diviser le voile du palais, ni à perforer la voûte palatine ; par conséquent de s'exempter, pour plus tard, de la staphyloraphie, et de ne point courir les chances d'une réparation tardive ou incomplète de la division du palais.

6° La prudence fait une règle de cautériser tous les polypes du pharynx, et de cautériser, chaque fois, plutôt trop que pas assez.

DE L'INFLUENCE DE L'ÉLECTRISATION LOCALISÉE SUR L'HÉMIPLÉGIE RHUMATISMALE DE LA FACE. — DE LA CONTRACTURE MUSCULAIRE COMME TERMINAISON FRÉQUENTE DE CETTE AFFECTION, Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, par le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE.

§ I. — *Certaines paralysies rhumatismales de la septième paire, graves en apparence, guérissent facilement et rapidement, quelle que soit la médication employée, tandis que d'autres paralysies, absolument identiques par leurs signes extérieurs, offrent une grande résistance aux moyens thérapeutiques qu'on leur oppose. Les signes tirés de l'état de la contractilité électrique des muscles paralysés permettent de les distinguer entre elles.*

Pour apprécier à sa juste valeur une médication quelconque, il importe, avant tout, de bien préciser les cas dans lesquels elle a été appliquée, et surtout d'en établir sûrement le pronostic. C'est l'incertitude du pronostic qui n'a que trop accrédité dans le monde cette opinion, que la médecine est une science conjecturale. C'est à cause de cette incertitude que l'on voit prôner contre une même affection tant de médications diverses et souvent opposées. Un jour, en effet, telle affection grave cédera à l'expectation ou à des moyens équivalents à l'expectation ; un autre jour, une affection absolument identique, en apparence, se terminera d'une manière fatale.

On a porté aussi loin que possible la science du diagnostic différentiel des maladies. Mais a-t-on mis le même soin à distinguer entre eux les différents cas d'une même maladie ? A-t-on toujours cherché quelles sont les causes qui constituent la gravité plus ou moins grande de ces cas particuliers, alors même qu'ils se présentent sous le même aspect ? Je crains de dire vrai en répondant négativement.

Ces réflexions s'appliquent spécialement à l'hémiplégie rhumatismale de la face En effet, qu'on interroge les praticiens sur le pronostic de cette affection : l'un dira que c'est une affection très légère qui cède aux moyens les plus simples (à une application de sangsues ou à un vésicatoire derrière l'oreille) ; l'autre, au contraire, aura toujours vu cette affection guérir difficilement, lentement et quelquefois même résister à tous les traitements. Il n'est pas rare, en effet, de rencontrer de ces paralysies de la septième paire qui n'ont pas d'autre origine qu'un courant d'air, et qui cependant défigurent les malades depuis de longues années. D'où peut donc dépendre une telle divergence d'opinions sur le pronostic des hémiplégies rhumatismales de la face ? C'est évidemment que l'on n'a pas su distinguer entre elles les diverses sortes d'hémiplégies qui se présentent avec une égale distorsion des traits, et parmi lesquelles, cependant, il en est de très légères, et d'autres, au contraire, très rebelles à tous les traitements.

J'ai trouvé dans l'affaiblissement plus ou moins grand de la contractilité électro-musculaire (1) les signes diagnostiques qui permettent de distinguer ces divers degrés de paralysie de la septième paire, et d'établir en conséquence leur pronostic avec une grande certitude. J'en veux fournir la preuve dans les faits qui vont être relatés.

OBS. I. *Paralysie rhumatismale de la septième paire. — Contractilité électro-musculaire faiblement diminuée. — Guérison rapide par l'électrisation localisée.*

M X..., âgé de trente-huit à quarante ans, commissionnaire en librairie, sujet à des douleurs rhumatoïdes, reste quelques instants dans une allée, le côté droit de la face étant exposé à un courant d'air, pendant une des froides journées de 1849. Il ne ressent aucune impression douloureuse ; mais quand il rentre chez lui sa famille est effrayée de la distorsion de ses traits. Il avait, en effet, le côté droit de la face paralysé, sans qu'il s'en fût aperçu. Quelques jours après (six à huit jours), M. X... vient réclamer mes soins, avec la recommandation de M. l'abbé Moigno. Voici, en résumé, quel est alors son état : Pendant le repos musculaire, la joue droite est comme attirée vers le côté gauche ; à droite, la commissure des lèvres est abaissée et rapprochée de la ligne médiane, tandis qu'à gauche elle s'élève en s'éloignant de la ligne médiane plus qu'à l'état normal ; à droite, les paupières sont tellement écartées, qu'il semble exister une exophthalmie. On n'observe aucun mouvement volontaire, aucune expression de ce côté ; quand M. X... veut souffler ou siffler, sa joue droite se gonfle, et ses lèvres, relâchées à droite, s'écartent et laissent échapper l'air. Pendant la mastication, les aliments tombent à droite, entre la joue et les gencives, sans qu'ils puissent être ramenés sous les dents. Point de déviation de la luette ni de la langue. — Je traite immédiatement par l'électrisation localisée cette hémiplégie faciale, qui guérit en un petit nombre de séances. Aujourd'hui (en 1854) j'ai revu ce malade, et j'ai appris de lui qu'il n'a point eu de rechute ; ses traits sont parfaitement réguliers, et le jeu de sa physionomie est égal de chaque côté de la face.

La guérison rapide et facile de cette paralysie, qui était complète, me surprit d'autant plus, que d'autres hémiplégies faciales rhumatismales, alors en traitement, opposaient une résistance désespérante, et que celles que j'avais eu à traiter auparavant avaient demandé un temps plus ou moins long à guérir. Mais j'avais remarqué que, dans cette dernière hémiplégie faciale les muscles paralysés n'avaient perdu qu'une partie de leur contractilité électrique, tandis que dans les autres cas je n'avais pu provoquer de contraction électro-musculaire avec un courant aussi intense que possible. Ce fut pour moi un trait de lumière. Des recherches que je fis alors dans cette direction, il est bientôt ressorti que toute hémiplégie faciale de cause rhumatismale récente, dans laquelle les muscles n'ont perdu qu'une faible partie de leur contractilité électrique, guérit, en général, facilement et rapidement, quel que soit le traitement employé.

Il me faut aller au-devant d'une objection qui, si elle était fondée, détruirait la valeur du signe pronostique tiré de l'état de la contractilité électro-musculaire, de ce signe qui permet de prévoir qu'une paralysie de la septième paire offrira une plus ou moins grande résistance aux différents agents thérapeutiques qu'on lui opposera. S'il est vrai, comme l'enseignent quelques physiologistes, que la lésion du nerf facial ne fait perdre aux muscles leur irritabilité qu'après quelques semaines, on ne pourra diagnostiquer à temps le degré de maladie de ce nerf. Il n'en est heureusement pas ainsi ; car j'ai établi par des faits que la contractilité électrique est quelquefois abolie avant la fin du premier septénaire chez des sujets frappés d'hémiplégie faciale à la suite d'un courant d'air. En conséquence, il est possible de reconnaître de bonne heure (à la fin du premier septénaire) le degré de la lésion nerveuse, dans l'hémiplégie faciale, par l'exploration électro-musculaire.

Je reconnais en conséquence à la paralysie rhumatismale de la septième paire deux degrés : le premier degré étant caractérisé par une diminution faible de la contractilité électrique des muscles paralysés, et le second degré par l'abolition ou la diminution considérable de cette propriété. Depuis longtemps j'établis le pronostic de l'hémiplégie faciale rhumatismale sur le degré d'affaiblissement de la contractilité électro-musculaire, et je n'ai pas encore été trompé par ce signe diagnostique.

En voici deux exemples :

(1) Je dois dire que j'ai démontré, dans mon livre intitulé de l'*Électrisation localisée*, que la paralysie de la septième paire se distingue de l'hémiplégie de cause cérébrale, par la diminution ou la perte de la contractilité électro-musculaire, propriété qui est conservée intacte dans la paralysie de cause cérébrale.

OBS. II et III. *Deux cas de paralysie rhumatismale de la septième paire, l'une au premier degré, l'autre au second degré, et diagnostiqués par l'exploration électro-musculaire. — Guérison rapide de la première et très lente de la seconde paralysie, qui s'est terminée par la contracture de quelques muscles.*

Mademoiselle Annette Père, âgée de dix-huit ans, bien réglée, blanchisseuse, demeurant rue des Colonnes, n° 4, n'a jamais eu d'affection antérieure semblable à l'affection actuelle. — Le 2 novembre 1853, n'ayant éprouvé auparavant aucune douleur de tête ni d'oreille, elle s'aperçut tout à coup, vers le milieu du repas, que les aliments ne lui occasionnaient aucune sensation gustative du côté droit, et qu'elle avait de la peine à les ramener sous les dents de ce côté; elle fut alors forcée d'appuyer la main sur la joue droite pour y parvenir. — On lui fit remarquer alors qu'elle ne riait que du côté gauche, que l'œil du même côté ne se fermait pas, enfin que la commissure droite des lèvres était plus abaissée que celle du côté opposé. — Avant de se mettre à table, elle avait travaillé auprès d'une croisée que l'on avait entr'ouverte pour ventiler la pièce, qui était chauffée par un poêle dont la température était trop élevée. — Elle dit avoir ressenti ensuite une légère douleur de tête. — Du reste, sa santé ne s'était pas dérangée. — Elle était à son époque; les règles n'en ont éprouvé aucun dérangement. — M. Malgaigne, consulté trois jours après par la malade à l'hôpital Saint-Louis, me l'adressa. — Je la vis pour la première fois le sixième jour après le début, et je constatai alors les phénomènes suivants : Distorsion considérable des traits à gauche; la commissure de ce côté est abaissée et rapprochée de la ligne médiane, tandis que la commissure opposée est plus élevée et attirée vers l'oreille; l'œil gauche est plus grand que le droit; la narine droite est affaissée. — Elle a perdu à droite tous ses mouvements volontaires et expressifs; la mastication se fait mal de ce côté; les aliments tombent entre la joue et les gencives, et ne peuvent être ramenés entre les dents. Je constate que les muscles paralysés n'ont perdu qu'une faible partie de leur contractilité électrique.

C'était un jeudi (jour consacré à des expériences et à des études cliniques faites dans mon cabinet) que cette jeune fille venait d'être examinée, et ce jour-là précisément une autre malade, atteinte d'hémiplégie faciale également rhumatismale, s'offrait pour la première fois à mon observation. Voici, en résumé, son histoire : Mademoiselle X..., demeurant rue de Clichy, n° 113, après s'être exposée à un courant d'air, avait le côté droit de la face paralysé depuis huit jours. Je crois inutile d'entrer dans les détails de cette observation. Je dirai seulement que la distorsion des traits existait chez elle au même degré que chez mademoiselle Annette Père, dont je viens de rapporter les antécédents. Il y avait cependant entre ces deux malades cette différence importante au point de vue du pronostic, à savoir, que chez l'une (mademoiselle Annette Père) la contractilité électrique n'était qu'un peu affaiblie, tandis que chez l'autre (mademoiselle X...) cette propriété musculaire avait entièrement disparu. J'annonçai alors aux personnes présentes à cet examen (M. le professeur Morawech, de Prague, m'avait fait l'honneur d'assister à cette séance) que la première malade guérirait très rapidement, tandis que très certainement il me faudrait un traitement long pour guérir la seconde. C'est, en effet, ce qui est arrivé; car chez mademoiselle Annette Père la face avait repris sa régularité normale, et les mouvements volontaires étaient revenus après la troisième séance; mademoiselle X..., au contraire, n'est pas encore entièrement guérie après quatre mois d'électrisation localisée. — Il est de plus survenu chez elle un accident dont j'aurai à traiter bientôt : la contracture de quelques muscles.

Depuis la rédaction de cet article, j'ai eu l'occasion de vérifier encore une fois l'exactitude du pronostic de l'hémiplégie rhumatismale de la face déduit du degré d'affaiblissement de la contractilité électro-musculaire dans les premiers temps de la maladie. Voici le fait en résumé :

OBS. IV. Mademoiselle C..., élève du Conservatoire, prenant une leçon de chant dans le voisinage d'une croisée entr'ouverte, est tout à coup frappée d'hémiplégie faciale droite (c'était de ce côté que lui était arrivé le courant d'air). Quelques jours après, elle m'est adressée par son médecin, M. Pidoux, médecin de l'hôpital Lariboisière, pour juger s'il est opportun d'appliquer le traitement électrique. — Cette hémiplégie faciale était aussi complète que possible, mais je trouvai la contractilité électrique seulement un peu affaiblie dans les muscles paralysés. J'en déduisis un pronostic très favorable, et je décidai que mademoiselle C... pouvait guérir assez vite par les moyens habituels, sans l'aide de l'électrisation. Je priai donc mon ami, M. Pidoux, de tenter la guérison par les vésicatoires volants, placés dans le voisinage de la septième paire malade. Huit jours après, l'état de mademoiselle C..., qui avait suivi ce traitement, était considérablement amélioré. — La distorsion des traits avait presque entièrement disparu pendant le repos musculaire, mais la paralysie des mouvements volontaires était dans le même état. Très pressée de guérir, mademoiselle C... insista pour que le traitement électrique fût commencé immédiatement. Je cédai à son désir, et la guérison fut obtenue en quelques séances, comme je l'avais annoncé.

Ces faits suffisent, je crois, pour démontrer l'exactitude de la proposition formulée en tête de ce paragraphe.

Il m'est quelquefois arrivé de refuser d'appliquer l'électrisation dans des cas légers d'hémiplégie faciale rhumatismale, c'est-à-dire quand la contractilité électro-musculaire n'était qu'affaiblie, et de voir la paralysie guérir rapidement ou spontanément, ou avec un simple vésicatoire. Je crois cependant qu'il ne faut pas s'en fier au temps pour la guérison de ces cas légers, laquelle pourrait se faire attendre, ainsi que je l'ai observé, si l'on n'intervenait pas.

(*La suite à un prochain numéro.*)

DE L'EMPLOI DES AFFUSIONS FROIDES ET DES AFFUSIONS CHAUDES DANS CERTAINES FORMES DE CÉPHALALGIE, par le docteur JOHN KENT SPENDER.

L'intérêt de ce travail, pour le praticien, sera surtout dans les indications relatives à l'emploi des affusions *chaudes* dans certaines formes de céphalalgie, moyen de traitement peu ou point usité en France. Nous avons réduit le mémoire, autant que possible, à sa partie pratique, en en retranchant quelques considérations un peu vagues et sans utilité apparente. A. D.

En laissant de côté les espèces de céphalalgie qui exigent un traitement spécial, il reste encore trois formes de douleurs de tête très communes et très incommodes pour les malades. La première espèce est celle que l'on rencontre dans la pléthore; la deuxième reconnaît pour cause une diminution de la quantité du sang ou de ses globules; la troisième constitue un prodrome bien connu de quelques maladies aiguës spécifiques, et surtout des exanthèmes.

Voici maintenant comment je crois pouvoir établir, dans ces trois formes, les indications de l'emploi des affusions froides et des affusions chaudes.

1° Le docteur Graves a fait remarquer que la pratique médicale admet l'usage des applications froides extérieures presque exclusivement dans les phlegmasies des organes intracrâniens; tandis que, dans les inflammations des viscères contenus dans la cage thoracique et dans l'abdomen, cette médication est réputée inapplicable et dangereuse. Je ne veux pas essayer de déterminer ici ce que cette opinion offre de réel, et s'il est vrai que la pratique médicale ne repose ici que sur des préjugés; je veux seulement montrer quelle analogie extrême la douleur de tête présente dans l'encéphalite et dans la pléthore simple. Dans les deux maladies, la céphalalgie ne diffère que par son intensité. Chaque battement de cœur devient pour le malade une cause de douleur, et le patient affecte surtout la position verticale ou la position inclinée en avant; il évite tout mouvement, ce qui devient pour lui une cause d'aggravation de ses douleurs. Les muscles du crâne, de la face et du cou se contractent, malgré le malade, comme si ces mouvements partiels pouvaient diminuer la douleur ou ralentir les battements du cœur.

Sans parler ici du traitement local qu'exige l'encéphalite aiguë, on sait que tout individu atteint de céphalalgie occasionnée par une pléthore simple éprouvera un soulagement immédiat et complet s'il plonge la région frontale dans un vase rempli d'eau froide. L'action sédative du froid, causée par l'application sur la peau du front, est si prononcée, que les battements artériels exagérés et douloureux cessent immédiatement. La contraction des ramifications vasculaires empêche l'afflux exagéré du sang, et par suite fait cesser la douleur que l'impulsion sanguine déterminerait dans la substance cérébrale; la vibration exagérée des parois artérielles

cesse également, et par suite l'ébranlement douloureux des nerfs contenus dans leur épaisseur.

La céphalalgie qui se manifeste quelquefois après le principal repas du soir est un exemple frappant de cette variété de céphalalgie par pléthore. L'abondance et les qualités excitantes des aliments exagèrent l'action de l'estomac, et consécutivement du cœur, par suite de la quantité et de la qualité du sang ainsi formé. Cette influence de l'alimentation est exagérée, en outre, par la *tonicité* moindre des appareils des individus pléthoriques. Un sommeil d'une demi-heure peut faire disparaître cet effet nuisible de l'alimentation; l'ingestion de deux ou trois tasses de thé fort est encore plus efficace. Ce breuvage rafraîchissant calme l'excitation du système nerveux ; la peau se couvre d'une sueur abondante, la langue devient humide et rosée; preuve manifeste de l'action normale des capillaires et des sécrétions glandulaires. Nous pouvons ainsi, d'après les effets que nos sens apprécient, soupçonner les modifications des parties profondes qui se dérobent à notre vue. Nous attribuons donc le rétablissement des fonctions intellectuelles à l'augmentation de la tonicité des parois des vaisseaux capillaires intracrâniens.

On aurait tort, cependant, d'avoir une confiance absolue dans l'action des affusions froides sur la tête, ou dans l'administration des médicaments sédatifs à l'intérieur; ces moyens procurent un soulagement momentané de la céphalalgie ; quand on revient trop fréquemment à leur emploi, on voit se produire un délire calme, qui résulte d'une dépression nerveuse exagérée. Attaquez dans ce cas directement la maladie, en forçant le malade à renoncer à une alimentation trop réparatrice, et à se contenter d'aliments non excitants. La saignée du bras offre peu d'avantages : elle diminue la tonicité générale; mieux vaut empêcher, par un régime approprié, la formation en excès des éléments organiques du sang, que pratiquer des émissions sanguines. On doit régler l'emploi des purgatifs sur des circonstances propres à chaque individu.

2° Il est facile de comprendre que la deuxième variété de céphalalgie, dont j'ai à parler ici, celle qui dépend d'une diminution de la quantité du sang ou de ses éléments réparateurs, exige un traitement tout différent. On peut, il est vrai, en obtenir la guérison à la longue par les ferrugineux, une alimentation animale, et l'exercice à l'air libre ; mais dans un grand nombre de cas, le malade éprouve un soulagement considérable en plaçant sa tête au-dessus d'un vase d'eau *chaude*, et en arrosant la tête depuis la nuque jusqu'au front avec le liquide. Il est très important que l'eau soit très chaude, assez pour produire presque une vésication légère de la peau ; l'eau doit être réchauffée dès qu'elle se refroidit.

L'eau chaude agit dans ce cas en déterminant un appel du sang vers le cerveau. Les contractions du cœur semblent insuffisantes pour chasser le sang dans un sens contraire aux lois de la pesanteur. Si nous pouvons alors faciliter l'abord du sang vers cette région éloignée, en détournant une partie du liquide circulatoire d'une région où sa présence est moins indispensable, nous parviendrons, au moins momentanément, à soulager le malade. Il faut remarquer, en outre, que la chaleur excite l'action du cœur, comme le froid la ralentit, témoin ce qui arrive quand on plonge un homme dans un bain chaud. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que ce traitement ne peut amener la guérison de la maladie; à moins d'y ajouter la médication bien connue de l'anémie, on verra les effets avantageux de ces affusions chaudes devenir de moins en moins marqués quand on les répétera plusieurs fois.

3° La troisième variété de céphalalgie sur laquelle je veux appeler l'attention est celle qui précède souvent les maladies aiguës spécifiques : différentes espèces de fièvre, la grippe, la coqueluche, et surtout les exanthèmes. On lui a donné à juste titre le nom de céphalalgie congestive. En mettant de côté les troubles dangereux de la nutrition qui marquent le début de ces graves maladies, il me semble que cette forme de céphalalgie dépend, au moins en partie, d'un dérangement des forces qui président à la circulation du sang dans le système capillaire, d'où résulte un trouble dans le cours du sang. On doit tenir compte également de la présence d'un poison qui circule dans le sang et détruit l'affinité normale qui existe entre le liquide de la circulation et les tissus. L'influence prolongée du principe morbide affaiblit la puissance contractile du cœur, d'où résulte un accès insuffisant du sang au cerveau. Le sentiment de froid continuel, accusé par les malades, est une autre preuve de l'affaiblissement du pouvoir vital; le corp ne peut entretenir son degré normal de chaleur. Le malade se rapproche du feu, appuie sa tête sur ses genoux ; il assure que, lors même qu'il en est très rapproché, il souffre de froid dans le dos.

La céphalalgie qui accompagne ces symptômes sérieux diminue notablement par l'emploi des affusions d'eau *chaude;* ces affusions doivent être continuées pendant quelque temps sur la face et sur le crâne, pour permettre de retirer de ce remède tout ce qu'il peut procurer, jusqu'à ce que l'on obtienne une diaphorèse complète. On augmente ainsi l'action des glandes sudoripares, et l'on cherche à diminuer la congestion de la tête par un procédé analogue à celui que l'on suit pour obtenir, par l'administration interne des diaphorétiques, la diminution de la congestion des viscères. Nous devons noter aussi l'action dérivative de l'eau chaude, qui agit comme une application topique irritante (1).

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 26 JUIN 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

EAUX MINÉRALES. — M. *Thenard*, dans sa communication du 5 juin dernier touchant les propriétés chimiques des eaux du Mont-Dor, avait omis de rappeler que la présence de l'arsenic y avait été signalée bien avant lui par MM. Chevallier et Gobley, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, le 28 mars 1848. Il s'empresse de réparer cet oubli involontaire, tout en regrettant que les auteurs n'aient pas cherché à déterminer la quantité d'arsenic que contiennent ces eaux, et à quel état de combinaison il s'y trouve. M. Thenard engage l'Académie à consacrer une partie des fonds Montyon à l'exécution de l'analyse chimique des principales sources minérales de France, et il espère que le gouvernement favorisera la réalisation de ce projet.

BOTANIQUE. — *Note sur les champignons entophytes, tels que celui de la pomme de terre*, par M. *Tulasne*. — *Recherches sur la végétation et sur la structure anatomique des Aristolochiées*, par M. *Duchartre*.

ORGANOGRAPHIE VÉGÉTALE. — *Mémoire sur les formations spirales, annulaires et réticulées des cactées, du Cucurbita pepo*, etc., par M. *Trécul*. (Ce mémoire et le précédent sont renvoyés à la *section de Botanique*.)

NOMINATION. — L'Académie procède par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre dans la section d'anatomie et de chirurgie, en remplacement de M. Roux, décédé. M. *Longet* annonce qu'il se désiste de la candidature. Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 51, M. *Claude Bernard*, ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu, sauf l'approbation de l'Empereur.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 27 JUIN 1854.

DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS. — (*Discussion*.)

M. *P. Dubois* : Dès le commencement de cette communication, j'ai admis que, parmi les femmes soumises à l'emploi du pessaire intra-utérin, plusieurs avaient éprouvé un soulagement prononcé et que cette amélioration avait été durable. Dans quel proportion ces cas se sont-ils montrés? M. Valleix indique 78 guérisons sur 108 malades traitées : ce serait un peu moins de trois guérisons sur quatre femmes soumises à l'application du redresseur. Si ces observations n'appartenaient pas toutes à la pratique de

(1) *Association Medical Journal*, 1854, p. 307.

M. Valleix, mais avaient été seulement rassemblées par lui, j'aurais certainement quelques réserve à faire, mais à défaut de renseignements précis à cet égard, je n'insisterai pas. Je désire seulement qu'il soit bien entendu qu'il ne s'agit pas (pour moi du moins) de 78 cas dans lesquels l'utérus aurait été définitivement redressé ou replacé dans sa situation normale. Il s'agira seulement de 78 femmes, dont la santé aura éprouvé une amélioration manifeste et durable. Dans ces termes, et en songeant que notre confrère, dans la plupart de ces cas, n'a pas eu exclusivement recours au redresseur, circonstance sur laquelle je reviendrai plus tard, la proportion indiquée ne me paraît pas exagérée. Quoi qu'il en soit, des malades ont été soulagées, et cette amélioration a été quelquefois très rapide ; si elle n'est pas le résultat d'un changement matériel imprimé à l'utérus, comment a-t-elle été produite? Je ne me dissimule point les difficultés de cette question, car elle ne peut être résolue que par l'étude de certains états pathologiques encore obscurs, et des modifications aussi peu connues qui peuvent leur être imprimées.

Les malades auxquelles M. Valleix a conseillé et appliqué le redresseur utérin accusaient un état de souffrance essentiellement caractérisé par les phénomènes suivants : une douleur dans la région lombo-sacrée s'étendant parfois vers l'une des fosses iliaques ou vers le rectum ; la sensation d'une pesanteur incommode exagérée par la marche, et surtout, car c'est le cas le plus ordinaire, par la station sans mouvement, enfin une sensibilité anormale des organes génitaux internes, sensibilité exagérée par la pression du doigt. Il est vrai qu'à ces circonstances s'est ajoutée dans la plupart des cas celle d'une inflexion ou d'un déplacement quelconque de l'utérus ; ce que j'ai dit de la fréquence extrême de cette condition explique facilement cette coïncidence. Quoi qu'il en soit, il est évident que c'est surtout à cause des souffrances que le pessaire intra-utérin a été appliqué, et que le résultat final poursuivi par M. Valleix était moins, non dans sa pensée, mais en réalité, le redressement ou la réduction de l'utérus que la disparition des souffrances accusées par ses malades. Eh bien ! les malaises variés que je rappelais tout à l'heure et que l'on considère bien à tort comme le témoignage certain d'un déplacement ou d'une inflexion de l'utérus, sont des phénomènes pathognomoniques communs à deux états pathologiques différents indépendants de toute déviation et de toute inflexion utérines. Ces états sont d'une part des phlegmasies, et d'autre part des affections nerveuses de l'utérus. Il me sera permis de considérer que c'est surtout au traitement de ces états pathologiques que le redresseur utérin a été appliqué par M. Valleix.

Et d'abord la femme que j'ai précédemment citée comme offrant un exemple de guérison, quoique le déplacement de l'utérus soit resté ce qu'il était avant l'application du redresseur. Cette femme présente également un exemple curieux et instructif des effets possibles du redresseur, dans un cas de phlegmasie utérine. L'application du redresseur provoqua en effet, chez cette malade, des accidents inflammatoires et hémorrhagiques qui rendirent indispensable le retrait plusieurs fois répété de l'instrument ; toutefois après des alternatives de soulagement et de rechutes elle put porter le redresseur pendant trois mois, si je ne me trompe, après quoi ses souffrances ayant cessé, elle reprit ses occupations. Lorsque je l'examinai plusieurs mois après, elle était rentrée dans les conditions habituelles de bonne santé. Comment, le déplacement restant le même, l'emploi du pessaire intra-utérin avait-il produit cet heureux résultat ? Pour l'expliquer on peut raisonnablement invoquer plusieurs circonstances.

1° Le redresseur a restreint en très grande partie la mobilité de l'organe malade et souffrant. Il l'a soustrait à l'agitation douloureuse à laquelle il était exposé auparavant, il a pu produire en un mot cette immobilité salutaire dont j'avais indiqué les avantages dans la discussion de 1849.

2° En soulevant l'utérus, en le suspendant en quelque sorte, les ligaments utéro-sacrés et utéro-vésicaux, véritables prolongements des faisceaux musculaires de l'utérus, et participant selon toute apparence à l'état phlegmasique et douloureux de l'utérus, ont été soustraits à la traction pénible produite par le poids de l'utérus. Le redresseur a pu faire à leur égard ce que fait un suspensoir, quand, soulevant un testicule gonflé et pesant, il supprime la traction douloureuse à laquelle le cordon testiculaire était exposé.

3° Il n'est pas impossible non plus qu'en relevant le fond de l'utérus incliné en avant et très déclive, le redresseur ait placé cette partie congestionnée de l'organe dans une condition signalée avec juste raison, par notre collègue M. Gerdy, comme un des moyens les plus utiles à la restriction et à la résolution des phlegmasies. A ces effets possibles et presque purement mécaniques du redresseur, il est permis d'en admettre un autre d'une nature différente. On peut supposer, en effet, que le pessaire intra-utérin aura par sa présence ravivé une inflammation dont la marche était lente, dont la durée se serait prolongée, et qu'elle ait donné une activité salutaire aux opérations organiques intimes et profondes qui conduisent à la résolution. Les exemples heureux de ces substitutions spontanées ou provoquées ne sont rares ni dans l'étude des maladies ni dans l'emploi intelligent de la thérapeutique.

Les hypothèses que je viens d'exposer me paraissent admissibles, et je suis convaincu que chacune d'elles, dans des cas donnés, pourrait expliquer rationnellement les effets favorables consécutifs à l'emploi du redresseur utérin. L'exemple qui s'est présenté à ma pensée m'a offert l'occasion d'exposer hypothétiquement l'action variée et possible du pessaire intra-utérin. Un autre cas plus récent me permettra de montrer la réalisation de l'une de ces hypothèses.

Une jeune femme vint réclamer mes conseils il y a quelques mois. Je constatai chez elle une rétroversion utérine notable et compliquée d'une phlegmasie légère ; le corps de l'utérus était un peu plus volumineux et un peu plus sensible que dans l'état normal. Je fis connaître à la malade le résultat de mon examen, et il fut convenu qu'elle reviendrait me voir. Je ne la revis qu'un mois après ; elle était alors beaucoup plus souffrante, et elle m'apprit qu'elle avait reçu les soins de M. Valleix, qu'un instrument avait été introduit dans la matrice, et pendant plusieurs jours de suite, mais avec beaucoup de précautions, parce que cette opération était chaque fois très douloureuse ; qu'enfin, les souffrances étaient devenues telles, qu'elle avait cru devoir renoncer à ce traitement. Un examen me permit de constater un développement très prononcé du corps de l'utérus en rétroversion et une très vive sensibilité de cette partie. Je lui prescrivis le repos, des bains et l'application de quelques sangsues. Ce traitement fut suivi exactement, et, quinze jours après, cette malade, exempte de toute souffrance, vint me revoir et rentra dans sa famille. La rétroversion utérine persistait, mais l'utérus n'était plus douloureux. La cause, la substitution salutaire d'une inflammation active à une inflammation lente, substitution hypothétique dans le cas précédent, ne me semble pas pouvoir être révoquée en doute dans celui-ci.

Les affections nerveuses de l'utérus, considérées au point de vue des effets possibles du pessaire intra-utérin, se présentent sous deux formes différentes. Les unes sont caractérisées par une sensibilité très vive des organes génitaux ; les autres par une aptitude particulière de ces organes à réagir sur des parties plus ou moins éloignées du système nerveux.

L'hypéresthésie qui caractérise essentiellement les premières, est tantôt locale et tantôt générale. Cette affection, quoique commune, me paraît être assez peu connue pour que l'Académie me pardonne d'entrer à ce sujet dans quelques détails qui ne seront pas inutiles à l'éclaircissement de la question qui nous occupe. L'hypéresthésie est quelquefois limitée à la surface interne des grandes ou des petites lèvres, et il m'a semblé qu'elle affectait plus souvent les points correspondants aux orifices des canaux excréteurs des glandes vulvo-vaginales : ces points sont alors remarquables par une coloration d'un rouge vif sans aucune tuméfaction ; la moindre pression du doigt sur ces parties sensibles y produit une douleur presque intolérable. Il n'est pas rare que cette sensibilité exagérée s'étende depuis le bord libre des grandes et des petites lèvres jusques et y compris l'orifice vaginal, et qu'il n'y ait aucun point entre ces deux limites que le doigt puisse presser sans provoquer une très vive douleur ; telle est l'intensité de cette hyperesthésie chez quelques femmes, que les rapports conjugaux deviennent impossibles, et je connais des exemples d'infécondité qui, selon toute apparence, n'ont pas d'autre cause. Dans certains cas l'hyperesthésie occupe toute l'étendue du canal vulvo-utérin et la portion vaginale du col de l'utérus ; alors il n'est pas un seul point des voies génitales que le doigt puisse presser sans provoquer une vive souffrance, et cette sensibilité anormale ne semble pas bornée aux parois vaginales, mais elle paraît s'étendre, et elle s'étend en effet, aux tissus sous-jacents et aux organes voisins. Je ne puis m'empêcher de faire remarquer à ce sujet que l'excrétion, souvent fréquente et parfois douloureuse, de l'urine, qui résulte de cette sensibilité exagérée des parois vésicales, est souvent, et à tort, attribuée à la pression que l'utérus incliné en avant exercerait sur la vessie.

L'hypéresthésie que je viens de représenter étendue à toute la surface interne des voies génitales, y est quelquefois disséminée ou très restreinte ; elle l'est assez souvent à la portion vaginale du col utérin, et dans ce cas elle m'a paru surtout développée à la partie postérieure et moyenne du museau de tanche en un point très voisin de l'insertion du vagin.

Dans le repos complet du corps, cette exagération de la sensibilité locale ou générale ne donne ordinairement lieu à aucune douleur, mais les frottements des parties malades et les contractions des organes musculaires de l'excavation pelvienne, frottements et contractions inséparables de la station et de la marche, donnent lieu à une grande partie des souffrances que j'ai signalées, et pour la guérison desquelles on a été souvent tenté d'employer le pessaire intra-utérin ; mais cet appareil, intolérable en général dans les cas d'hyperesthésie étendue, procure quelquefois un soulagement marqué dans les cas d'hyperesthésie locale. Les causes de cette amélioration sont tout à fait analogues à quelques-unes de celles que j'ai signalées en parlant du soulagement qui peut être produit par le même moyen dans les phlegmasies utérines ; par l'immobilité et la suspension de l'utérus, le pessaire intra-utérin peut jouer ici un rôle assez

important, et qui devient plus probable dans les affections nerveuses dont je vais parler maintenant.

Ces affections, ainsi que je l'ai dit, sont surtout caractérisées par l'aptitude qu'a l'utérus de réagir pathologiquement sur des parties du système plus ou moins éloignées de l'appareil génital. Les douleurs qui, de la région lombo-sacrée, où elles sont si communes, peuvent occuper presque tous les points compris entre cette région et la nuque, ce brisement des membres inférieurs, etc., sont quelques-uns des témoignages apparents de cette aptitude singulière; mais les réactions peuvent être beaucoup plus restreintes, ou, pour parler plus exactement, elles peuvent être plus rapprochées de leur point de départ, et provoquer des sensations plus ou moins pénibles qui ne sortent point de la sphère du bassin. Elles se manifestent quelquefois dans le repos complet, et sans aucune provocation apparente. C'est ainsi qu'une douleur soudaine, rapportée par les malades, soit au rectum, soit à la vessie, se manifeste parfois spontanément, et se dissipe de même. Souvent ce sont de certains mouvements, un changement d'attitude, la station, par exemple, succédant à la situation horizontale, c'est-à-dire une condition particulière de l'utérus, qui provoquent tout à coup une sensation locale très pénible, celle, par exemple, d'un poids ou d'un tiraillement intérieur dans le bassin.

Cette réaction hystérique locale, qui est une des plus communes, peut avoir une durée très longue. J'ai sous les yeux, en ce moment, une dame chez laquelle ces accidents datent de plusieurs années. Ils se sont manifestés pour la première fois très peu de temps après l'établissement de la menstruation; et telles sont l'intensité et la persévérance de la douleur, qu'elle passe une grande partie de sa vie dans la situation horizontale. Je dois ajouter que, chez cette malade, il n'existe aucune déviation remarquable de l'utérus, ni aucun abaissement sensible de cet organe.

C'est à des cas de ce genre que le redresseur utérin a été particulièrement appliqué avec succès. Cette application a pu être utile de deux manières: soit en soutenant l'utérus, soit en modifiant la sensibilité de cet organe. Les arguments à l'appui de ces deux explications ne manquent pas.

Il est fort probable que c'est surtout en supportant l'utérus à l'aide de ses pessaires, qui ne sauraient produire d'autre effet, que M. Hervez soulage les malades dont il a entretenu l'Académie; et il est à peu près certain que c'est tout à la fois en soutenant l'utérus, et surtout en modifiant la sensibilité de cet organe, que M. Valleix a produit les guérisons qu'il annonce.

Le cas cité par notre collègue, M. Malgaigne, témoigne de cette action particulière du redresseur, et j'en pourrais, pour mon propre compte, citer quelques autres.

Ce sont des succès de ce genre obtenus surtout dans ces cas de réaction hystérique locale, simples ou compliqués d'hyperestésie, qui ont probablement grossi la liste des guérisons annoncées par M. Valleix. Il est de ces cas, en effet, contre lesquels les moyens dont la plupart des praticiens disposent sont impuissants, et qui ont pu céder à l'action toute spéciale du pessaire intra-utérin.

Mais je suis convaincu que notre confrère connaît cette propriété modificatrice du pessaire intra-utérin et qu'il en sait faire à propos une utile application. Et voici les raisons sur lesquelles cette conviction se fonde.

Il est certain que depuis quelque temps M. Valleix substitue assez souvent à l'action du redresseur, celle de la sonde utérine dont le séjour est de courte durée, et qu'il a parfois recours à un pessaire raccourci dont la tige serait insuffisante pour produire le redressement ou la réduction de l'utérus infléchi ou déplacé. D'une autre part enfin, plusieurs malades auxquelles il se proposait de donner ses soins sont venues me consulter sur leur état, avant de commencer le traitement. Un examen attentif ne m'a fait découvrir chez elles aucune déviation notable de l'utérus. J'ai écrit le résultat de cet examen et je le leur ai fait connaître ainsi que les choses se passent le plus souvent en pareil cas; je n'ai su le motif réel de leur visite qu'après avoir exprimé mon opinion. Trois personnes s'étaient ainsi présentées à moi dans les circonstances que je viens d'indiquer; une quatrième se présenta quelque temps après; elle me parut être dans les mêmes conditions que les précédentes, mais cette fois j'eus des scrupules, je craignais de m'être trompé, malgré ma très grande habitude de ces explorations; je priai en conséquence mon collègue, M. Danyau, d'examiner cette malade. Il ne reconnut pas plus que moi de déplacement remarquable. J'en conclus que M. Valleix ne se proposait d'appliquer le pessaire intra-utérin chez ces malades que comme modificateur de la sensibilité utérine.

Je ne cite ces faits, Messieurs, qui s'ajoutent aux considérations précédentes, qu'à titre de documents utiles dans cette discussion. L'Académie ne saurait voir dans cette communication la moindre pensée d'une critique. Je n'ai aucune raison pour penser que notre confrère eût exprimé à ses malades aucune opinion qui fût en contradiction avec le résultat de mon examen. Sans autre explication il se sera contenté de les soumettre à un traitement qu'il pensait devoir leur être profitable, et il a pu ne pas se croire tenu de leur expliquer par quel mode particulier d'action de son procédé opératoire il se proposait de les soulager, et loin de trouver matière à critique dans cette conduite, je déclare que j'aurais fait comme lui.

Il ne me reste plus maintenant qu'à résoudre la dernière et la plus importante question, celle de savoir si le redresseur doit être conservé pour le traitement de certaines affections utérines et subsidiairement quelle place il doit occuper dans la thérapeutique de ces affections. Les considérations que j'ai développées me semblent contenir les éléments nécessaires à la solution logique de cette double question.

Si l'on réfléchit, en effet, à ce qu'il y a d'étrange et d'inconnu dans certaines affections de l'utérus, de bizarre, d'inexplicable et d'imprévu dans les modifications artificielles et favorables que la thérapeutique leur imprime quelquefois, si l'on tient compte des résultats publiés par M. Valleix et par d'autres confrères, d'une partie de ceux que j'ai obtenus moi-même, on doit conclure, ce me semble, que le pessaire intra-utérin peut être encore conservé pour le traitement de certaines affections utérines; mais à quel titre doit-il l'être ?

Evidemment, ce ne peut pas être à titre d'instrument mécanique destiné à redresser l'utérus infléchi, ni à remettre dans sa situation normale l'utérus déplacé, de tels résultats ne pouvant pas être obtenus d'une manière permanente. Le pessaire intra-utérin ne me semble donc pouvoir être utilement employé que comme un modificateur de certaines conditions purement vitales de l'utérus et consécutivement, peut-être, de ses annexes. Mais à ce titre, il aura, si je puis m'exprimer ainsi, il aura des concurrents qui sont ses prédécesseurs, et qui, à mon sens, devront lui être souvent préférés. Je me contenterai d'abord de les rappeler.

La curette de Récamier, avec laquelle le célèbre médecin croyait détacher et extraire de la cavité utérine des végétations qui lui paraissaient être la cause de souffrances auxquelles il voulait remédier. Un soulagement notable succédait quelquefois à l'emploi de cet instrument et des cautérisations intérieures qui y étaient ajoutées. Évidemment, cette amélioration ne résultait pas de la prétendue modification à laquelle Récamier l'attribuait. Elle était très probablement due à une modification de la sensibilité utérine. Je l'ai vue, en effet, se produire par la seule introduction de la curette pratiquée avec des ménagements que n'y mettait pas Récamier.

Les cautérisations du col utérin et d'une partie de la surface interne de l'utérus, à l'aide d'agents variés et plus ou moins énergiques sont, vous le savez, très souvent employées contre les affections de l'utérus, et leur mode d'action est, selon toute apparence, analogue à celui des corps étrangers mis en contact avec la membrane muqueuse utérine. Un de nos collègues en a fait avec succès sa médication à peu près exclusive, et je sais, par ma propre expérience, que l'on en peut obtenir d'excellents résultats.

Les douches et les irrigations vaginales froides, particulièrement employées et vantées par quelques-uns de nos confrères, sont aussi une des ressources profitables dont la thérapeutique dispose.

Enfin l'introduction dans la cavité utérine soit de la sonde utérine, soit de bougies emplastiquées, introduction répétée chaque jour et suivie d'un séjour temporaire de ces corps étrangers, peut suffire en quelques circonstances.

Il me reste maintenant à assigner au pessaire intra-utérin, c'est-à-dire à un instrument dont le séjour dans la cavité utérine doit avoir une certaine durée, la place qu'il doit occuper parmi les procédés dont je viens de donner une indication très succincte. Je le ferai consciencieusement, et dans la mesure d'une compétence qui, je le reconnais, est loin d'être infaillible.

Je n'hésite pas à dire qu'une saine et impartiale appréciation des faits et des conditions pathologiques diverses auxquelles il s'agit de remédier conseille d'abord d'exclure le pessaire intra-utérin du traitement de toute phlegmasie utérine un peu étendue, malgré les quelques résultats heureux que l'on pourrait parfois obtenir. Je suppose que les accidents mortels auxquels il a donné lieu se sont manifestés surtout dans de telles conditions. Quant aux cas d'affections nerveuses de l'utérus, je pense qu'il convient de préférer d'abord à l'application du redresseur la plupart des procédés que j'ai examinés, et dont le mode d'action est analogue aux siens. Je n'en excepte que l'introduction de la curette faite selon le procédé de Récamier, et suivie des cautérisations fort compromettantes qu'il y ajoutait.

Ainsi je crois sincèrement que la prudence commande de n'avoir recours au redresseur qu'après avoir essayé les irrigations et les douches vaginales froides, les cautérisations intra et extra-utérines limitées au col de l'utérus et faites avec réserve, l'introduction quotidienne et temporaire de bougies ou de la sonde utérine, et surtout après avoir employé un traitement général qui me semble avoir été à grand tort oublié dans cette discussion.

Cette lacune est d'autant plus regrettable, que les affections utérines, qui sont le sujet principal de ces débats, sont souvent accompagnées d'un

trouble notable dans les fonctions génitales et dans la menstruation en particulier. Or ce désordre souvent, en effet, peut aussi devenir la cause d'une altération générale de la santé, et l'un de ses résultats les plus communs est un état chloro-anémique plus ou moins prononcé, avec ses conséquences habituelles. Or cet état si souvent observé se lie très intimement, en beaucoup de cas, aux affections utérines essentiellement nerveuses dont j'ai souvent parlé ; il les entretient, les aggrave, et, en un mot, il les tient sous sa dépendance.

Aussi ne doit-on pas s'étonner qu'un traitement prescrit et dirigé de manière à rendre au sang ses qualités normales, à l'économie entière les forces qu'elle a perdues, contribue, en beaucoup de cas, plus efficacement qu'un traitement local à la guérison de ces affections utérines. C'est donc une raison puissante pour que l'application du pessaire intra-utérin soit précédée d'un traitement général, surtout dans les cas auxquels je viens de faire allusion.

SÉANCE DU 4 JUILLET 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture et du commerce communique à l'Académie : *a*. Deux rapports sur des épidémies de fièvre typhoïde et scarlatine.—*b*. Des recettes diverses (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*). — *c*. Un rapport sur les eaux minérales de Bourbon-Lancy, par M. le docteur *Bérolle*. (*Commission des eaux minérales.*)

2. Tableau des vaccinations pratiquées en 1853 dans les départements de l'Orne et d'Indre-et-Loire. (*Commission de vaccine.*)

3. Communication de : — *a* M. le docteur *Tournemire*, de Créteil, qui soumet à l'Académie un porte-mèche et une mèche vaginale, destinés à faciliter le traitement local de la vaginite. (*Commissaires* : MM. Huguier, Gibert.) — *b*. M. le docteur *Legrand*, sur le choléra. (*Commission du choléra*). — *c*. M. le docteur *Launoy*, sur la création d'une dotation médicale. — *d*. M. le docteur *Delaporte*, sur une épidémie de variole et sur la vaccine dans le canton de Vimoutiers, en 1853. (*Commission de vaccine.*)

M. *Rostan*, président, annonce que M. le docteur Picard, correspondant à Louviers, est présent à la séance.

DÉVIATIONS UTÉRINES (*suite de la discussion*). — M. *Gibert*. Sans vouloir rentrer dans la question générale dont il a été fait mention incidemment, soit dans le rapport de M. Depaul, soit dans les discours de MM. P. Dubois, Cazeaux et Malgaigne, l'orateur demande la permission de dire quelques mots à l'appui d'un changement de rédaction qu'il propose dans les deux premières conclusions du rapport. La discussion de 1849, dit M. *Gibert*, a prouvé, comme celle de 1854, que la plus grande divergence d'opinions pouvait se produire entre les hommes les plus éminents et les plus éclairés, même à l'occasion de lésions matérielles appréciables à la vue et au toucher.

Les *déviations de l'utérus*, à peine mentionnées dans la discussion de 1849 et contestées à cette époque, niées même par quelques-uns de nos collègues, du moins comme espèces pathologiques de nature à engendrer le cortége de symptômes signalés chez un si grand nombre de femmes, sont devenues le point culminant de la discussion de 1854. Or, il est à craindre qu'elles aient bientôt le sort des autres maladies de la matrice et qu'elles n'occupent pas longtemps non plus le rang élevé où l'on s'est efforcé de les placer.

D'autre part, si l'on réfléchit aux graves et désastreuses conséquences qui suivent dans la pratique ces théories étiologiques plus ou moins hasardées qu'adoptent avec empressement et qu'appliquent avec quelque légèreté bien des praticiens forcés de s'en rapporter à l'expérience spéciale de ceux qu'ils peuvent à bon droit regarder comme des maîtres de l'art, on sentira l'utilité de quelques paroles d'avertissement sanctionnées par un corps aussi savant que le vôtre.

Après avoir signalé les énormes abus qui se sont introduits dans le traitement des maladies des femmes, l'inutilité des médications les plus variées et les plus longues, M. Gibert ajoute : Mettre en garde les savants contre leurs propres illusions, désabuser les ignorants qui ajoutent une foi trop aveugle aux théories que les premiers cherchent à faire prévaloir, indiquer au charlatanisme l'écueil contre lequel il peut venir se briser, enfin prévenir le public lui-même ~~contre les~~ dangers auxquels peut l'exposer trop de crédulité, voilà le but multiple que je cherche à atteindre en proposant ce changement de rédaction dans les termes de la première conclusion générale du rapport :

« On a considérablement exagéré *de nos jours* l'influence des déviations *ainsi que celle de beaucoup d'autres lésions utérines*, *telles que, ulcérations, engorgement, granulations*, etc., sur la santé des femmes. »

Pour mettre en harmonie la seconde conclusion avec la première, je me borne à supprimer les deux mots qui la terminent; elle se trouve ainsi réduite aux termes suivants : « Dans beaucoup de cas les accidents qu'on a fait remonter jusqu'à ces lésions sont produits par un autre état pathologique. » — Il serait trop long d'énumérer ici tous les faits sur lesquels je pourrais appuyer cette proposition ainsi généralisée.

Je me bornerai à signaler les diathèses nerveuse, lymphatique ou strumeuse, dartreuse, syphilitique, rhumatismale, goutteuse, hémorrhoïdale, comme étant celles qu'engendrent le plus souvent les divers accidents attribués aux lésions utérines qui aient fixé particulièrement l'attention de Lisfranc et de ses élèves, lésions qui, lorsqu'elles existent réellement, deviennent ainsi purement secondaires. En pareil cas, sans doute, très fréquemment, je le reconnais, une lésion locale coexiste avec la diathèse générale ; la plus ordinaire est le *catarrhe utérin*, auquel viennent incidemment s'ajouter des rougeurs, des ulcérations superficielles, des tuméfactions, des congestions passives du col de l'utérus, surtout chez les femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants. Et c'est ce qui peut expliquer en partie les illusions et les abus que nous n'avons fait que rappeler très sommairement.

Mais rien de plus variable que le degré d'importance qui doit être attribué à ces lésions, soit temporairement, soit d'une manière durable. Cette importance, en effet, tient à une foule de circonstances locales et générales ; dans plusieurs cas même, elle relève uniquement de l'influence du moral sur le physique. C'est ainsi qu'on peut se rendre compte de certaines guérisons obtenues par les moyens les plus bizarres et les plus variés. C'est encore ainsi qu'on voit la cessation de quelque phénomène local, qui suffisait à entretenir chez la femme ce que j'appellerai la *monomanie utérine*, être bientôt suivie de la disparition de tous les accidents nerveux provoqués par cette monomanie. A ce propos, M. Gibert cite l'observation d'une dame qui, par le seul fait de l'action passagère d'un pessaire astringent (orange verte de M. Devilliers), qu'elle ne conserva en place que quatre à cinq jours, vit cesser les douleurs qu'elle éprouvait, et notamment un écoulement de sang presque continuel, et qui lui causait les plus vives inquiétudes. Dans beaucoup de cas de ce genre, M. Gibert a cru devoir attribuer en grande partie la cessation de l'état maladif à la réaction morale qui s'opère par suite du retour du calme de l'imagination, qui cesse d'être fixée d'une manière constante et habituelle sur l'utérus.

Il ne faut pas oublier, ajoute en terminant M. Gibert, qu'il y a vingt ans à peine, l'amputation du col de l'utérus était pratiquée pour de simples ulcérations (*Voy.* le livre de M. Pauly), et que si cette opération n'avait pas entraîné des conséquences désastreuses aussi immédiates, quelques chirurgiens sans doute la pratiqueraient encore.

On en est arrivé maintenant au *redressement intra-utérin* ; j'espère que ce procédé, dont plusieurs de nos savants collègues, et notamment notre habile rapporteur, nous ont si bien signalé les dangers, sera abandonné à son tour. Mais en attendant, je persiste à croire qu'il y a utilité et opportunité à donner un avertissement salutaire au public médical en signalant les abus de la pratique chirurgicale au sujet des affections utérines en général, et c'est pourquoi je propose la mention de ces diverses affections dans la conclusion du rapport qui s'applique si judicieusement aux déviations seules de l'utérus.

M. *Velpeau*. Après avoir exposé les motifs qui l'ont empêché jusqu'à ce jour de prendre la parole, je m'attendais, ajoute l'orateur, à un débat contradictoire, et je vois avec peine que personne n'a pris encore en main la défense du pessaire intra-utérin, et la cause de M. Valleix. Cependant j'ai été surpris d'entendre M. Depaul mettre en doute les succès signalés par ce praticien, contredire les interprétations données aux faits de sa propre pratique, s'appesantir sur ses revers, et condamner avec tant de sévérité le pessaire intra-utérin, au lieu de critiquer les opérations de MM. Broca et Cruveilhier, et de les soumettre à l'épreuve d'un sévère examen. Puisqu'on voulait porter un jugement sérieux sur le redressement de l'utérus, il fallait, au lieu de se borner à la critique des observations de M. Valleix, interroger la pratique de ce médecin, consulter son expérience, et voir les malades qu'il traite lui-même. Son profond savoir, sa loyauté, les qualités éminentes de son talent, fournissaient déjà de suffisantes garanties; ajoutons que son expérience en pareille matière le rendait plus apte qu'aucun de nous à juger de l'excellence de la méthode.

J'entre dans la discussion de quelques-unes des conclusions du rapport. M. Depaul s'est efforcé de démontrer qu'*on a considérablement exagéré l'influence des déviations utérines sur la santé des femmes ; et que dans beaucoup de cas, les accidents qu'on leur attribue sont causés par un autre état pathologique de l'utérus*. M. Malgaigne et M. Cazeaux ont singulièrement exagéré quand ils ont dit que je rapportais tous les accidents aux déviations, et que je plaçais en elles presque toute la pathologie utérine. Je proteste : car j'ai dit oui et non. En effet, dans les déviations

il y a trois choses, trois éléments, que je crois inséparables : les *inclinaisons*, les *inflexions* et les *déplacements*. J'ai beaucoup dit et beaucoup écrit sur les *inflexions;* et, à ce propos, il faut que je dise à M. Malgaigne que la question a fait un pas depuis 1849, puisque les inflexions utérines, qui n'étaient alors reconnues par personne, sont acceptées aujourd'hui par tout le monde. J'ai été même dépassé, comme il arrive toujours, par mes élèves, et M. *Boullard*, mon ancien interne, a été jusqu'à soutenir que les inflexions utérines étaient tellement communes qu'elles constituent un état normal. Je crois que M. Depaul a eu raison d'y mettre une réserve, et de faire la part des phénomènes cadavériques ; mes propres observations m'ont démontré que la vérité est entre l'affirmation de M. Boullard et la négation de M. Depaul. Il y a des matrices normalement infléchies chez les jeunes filles ; on en trouve aussi qui sont droites. Les inflexions utérines sont donc fréquentes ; je le répète aujourd'hui, comme je l'ai dit le premier il y a trente ans : elles constituent des affections réelles, qui sont très souvent la source d'accidents sérieux ; mais je suis loin de leur attribuer toutes les incommodités, toutes les souffrances dont se plaignent les femmes. Autrefois, comme aujourd'hui, j'enseignais que beaucoup de femmes portent des déviations sans même les soupçonner, tandis que d'autres en sont sérieusement incommodées. Si bien qu'il me vint alors l'idée d'un redresseur, que j'abandonnais après cinq ou six tentatives infructueuses.

Mais je ne saurais être de l'avis de M. Depaul, qui prétend que *dans beaucoup de cas, les accidents que l'on fait remonter jusqu'aux déviations sont produits par un autre état pathologique de l'utérus.* Je puis citer l'exemple d'une dame que l'on traita pendant douze années pour toutes sortes d'affections, et chez laquelle on trouva, à l'autopsie, une matrice parfaitement intacte et saine, mais seulement dans un état de rétroflexion excessive. Depuis, combien j'ai vu de graves accidents produits par des déviations utérines, sans autre complication pathologique. Du reste, j'ai déjà dit que l'inflexion n'existait jamais seule, qu'elle s'accompagnait toujours d'un certain degré de déplacement de la totalité de l'organe.

On a nié que l'utérus eût un axe. Cela est vrai, si l'on entend par là une ligne mathématique, invariable et entièrement fictive ; mais ce n'est pas ainsi que l'on doit comprendre l'axe de l'utérus, si l'on veut s'entendre sur les divers degrés de versions de cet organe : il suffit de savoir que sa direction normale est de haut en bas et d'avant en arrière. On peut donc toujours reconnaître aisément une déviation, car on ne se contentera pas des renseignements fournis par la malade ; on explorera par le toucher, et, s'il le faut encore, par le spéculum. Je ne comprends donc pas fort bien la valeur de la proposition de M. Depaul ; car, quels sont les accidents que l'honorable rapporteur veut que l'on attribue aux déviations? Seraient-ce les écoulements? Mais personne ne les fait venir des déviations ; et, pour mon compte, je les attaque directement. Serait-ce le catarrhe utérin, la métrite chronique? Mais ces maladies ont des symptômes propres et des lésions bien déterminées, qu'il convient de combattre par des moyens appropriés. S'il existait en même temps une déviation, celle-ci serait considérée comme une complication ; on traiterait la maladie principale, le catarrhe, sans égard pour la déviation, qui ne peut pas être la cause de la phlegmasie catarrhale.

Quant à l'engorgement de l'utérus, personne n'en a dit un mot à cette tribune. En 1849, il en avait été vivement question, et plusieurs orateurs avaient pris son parti. J'avais prédit la mort de cette doctrine. C'est encore un progrès que je me permettrai de signaler à M. Malgaigne. L'engorgement pur et simple de l'utérus est en effet une affection tellement rare qu'on n'en trouve pas un cas sur cent femmes malades.

Les granulations ne sont pas toujours accompagnées, comme on l'a dit, d'épaississement du tissu de l'utérus; aussi est-il assez facile de déterminer cette maladie par l'examen direct.

Le toucher seul, indépendamment des autres signes, suffira donc pour établir l'existence d'une déviation utérine. Chez la plupart des femmes, il est possible de bien déterminer la position et la direction de la matrice en pratiquant l'exploration à la fois par le vagin et dans la région hypogastrique, à travers les parois abdominales, quand elles ne sont pas trop épaisses. Il serait donc impardonnable de rapporter aux déviations des accidents résultant d'une autre lésion.

Les déviations utérines peuvent-elles produire des accidents, et quels sont ces accidents ? Sans doute, il est un grand nombre de femmes qui vivent sans être incommodées d'une inflexion, d'un déplacement ou d'une version de l'utérus, de même qu'il est des malades affectées de lésions graves, et qui ne le soupçonnent même pas. Cependant il est aisé de comprendre qu'une matrice dont les rapports sont modifiés, qui exerce des tiraillements sur ses ligaments et sur les intestins, des pressions ou des frottements sur le rectum ou la vessie, puisse faire naître des accidents nombreux et variés chez des femmes susceptibles et nerveuses. L'observation confirme ces données théoriques. Les accidents se montrent souvent à la suite d'un effort, d'une chute, d'un coup : la femme a éprouvé un sentiment de déchirure, puis de vives douleurs, surtout dans la station et pendant la marche. On pratique le toucher ; on soulève, on maintient l'utérus avec le doigt, et la malade est immédiatement soulagée. N'est-ce pas la déviation qui est la cause de tous les accidents ?

Si la déviation n'est pas simple, s'il coexiste une autre lésion, pour les uns la déviation est la cause de la lésion concomitante, pour les autres elle en est l'effet, le résultat, la conséquence. Eh bien ! je dis oui et non. En effet, une phlegmasie peut amener des raccourcissements, des retraits, des brides dans les ligaments ; de là des déviations. Des tumeurs de la matrice peuvent encore dévier cet organe. Les déviations, à leur tour, en gênant la circulation, en pressant sur les organes voisins, peuvent déterminer des engorgements, des phlegmasies, des adhérences, etc., qui les compliquent.

Enfin, j'arrive au *traitement*. M. Depaul dit que la science n'est pas désarmée devant ces cas exceptionnels. Il faut convenir que ces armes sont bien insuffisantes, et que, dans les modes de traitements ordinaires, il n'existe aucun moyen pour agir directement d'une manière efficace sur l'utérus. Les meilleurs procédés sont ceux qui soulèvent et qui maintiennent l'organe. Tous les *pessaires* communs ne peuvent que soulager momentanément, que pallier le mal sans le guérir ; de sorte qu'il faut les porter toute la vie. La plupart même sont incapables d'atteindre certaines inflexions et d'y remédier.

Les *pessaires rectaux* ne réussissent pas davantage. J'ai fini par renoncer au mien, qui consistait dans une éponge enveloppée d'une tente et introduite jusqu'au niveau de la flexion.

La *ceinture hypogastrique* soulage autant que les meilleurs pessaires ; elle est d'un usage plus commode ; c'est pourquoi je la préfère, bien qu'elle ne guérisse pas non plus.

En présence de tant de moyens insuffisants, il était donc tout naturel qu'on eût recours à un autre genre de redresseur. Avant M. Simpson, avant M. Valleix, j'avais imaginé d'introduire une tige rigide, inflexible, dans la cavité de l'utérus. Voici cet instrument, qui ne m'a servi que cinq ou six fois, et que j'ai retrouvé dans un coin de la Charité. Déjà, à cette époque, j'avais entrevu les accidents dont on accuse les procédés de MM. Simpson et Valleix ; déjà aussi j'avais prévu que les résultats ne seraient pas permanents, et que la déviation se reproduirait après le retrait de l'instrument.

Cependant je ne pense pas, comme M. Depaul et d'autres orateurs, qu'il faille rejeter le pessaire intra-utérin, parce qu'il est inutile, dangereux ou inefficace. Je sais qu'il a eu des revers et qu'il a produit des malheurs ! Mais n'en est-il pas ainsi de presque toutes les méthodes de traitement? Est-ce le procédé qui est coupable de ces accidents? Ne résultent-ils pas plutôt d'une erreur de diagnostic ou de fausses manœuvres? C'est donc à l'*application* et non pas à la *chose*, à l'opérateur et non pas à l'instrument ou à la méthode qu'il faut faire le procès ! D'ailleurs, M. Valleix ne cite-t-il point 165 cas de succès sur 168 tentatives ? Il convient à M. Depaul de donner à ces faits une autre interprétation ; mais je ne trouve pas que les explications de M. Depaul soient mieux fondées, plus légitimes et plus rationnelles que celles de M. Valleix.

On prétend qu'il est toujours très dangereux d'introduire un corps étranger dans la cavité de l'utérus. Mais j'ai mille fois enfoncé des sondes, des bougies dans la matrice, j'ai tenté de dilater l'orifice interne du col, j'ai porté des caustiques dans sa cavité, j'y ai pratiqué des injections irritantes, et jamais je n'ai eu à déplorer d'accidents fâcheux Beaucoup de praticiens se sont encore servis de la curette de Récamier sans danger. Les opérations sanglantes pratiquées sur le col de l'utérus, les cautérisations au fer rouge provoquent peu de douleur, et sont à peine senties par les malades. C'est que la tolérance de la matrice est extrême, qu'elle est desservie par un petit nombre de nerfs, comme l'a prouvé M. Jobert, et que tous les accidents frappent les viscères voisins ou les tissus environnants.

Les faits de M. Valleix et les observations qui me sont propres me prouvent donc que la méthode du redressement n'est pas dangereuse en elle-même. Est-il utile de redresser l'utérus? Sans doute, puisque maintes fois le redressement a produit un soulagement instantané. Mais le redressement sera-t-il permanent ? Je ne le crois pas; mais qu'importe ! puisque souvent les douleurs n'ont pas reparu.

Contrairement à M. P. Dubois, je pense que le pessaire de M. Valleix tel qu'il existe encore aujourd'hui peut encore redresser l'utérus ; car ayant au moins 5 centimètres, il franchit le col et pénètre dans la cavité du corps.

Chez la femme traitée d'abord par M. Valleix à l'hôpital Beaujon, M. P. Dubois, qui la revit plus tard, ne croit pas que les accidents fussent causés par la déviation utérine, et que le pessaire intra-utérin ait produit un effet avantageux, et pourtant il avoue qu'il retrouva l'utérus un peu moins infléchi que la première fois.

Je suis donc peu porté à croire que cet instrument agisse comme modificateur de la sensibilité, ainsi que l'ont dit MM. P. Dubois et Malgaigne ;

car je ne suis pas très crédule en matière de névralgie de l'utérus.

J'en conviens, le redresseur ne guérit pas définitivement, et c'est un grand inconvénient que d'être obligé de le porter longtemps; il a causé aussi des accidents incontestables : mais sont-ce là des motifs suffisants pour le proscrire ? Je ne le crois pas ! C'est un remède à conserver, parce qu'il n'y a pas encore mieux : il faut apprendre à le manier, et je suis heureux de le savoir entre les mains de M. Valleix, en qui j'ai toute confiance. Quand il a produit des accidents, c'est qu'il a été appliqué témérairement, à la légère, sans un examen et un discernement suffisants. On emploiera encore le redresseur intra-utérin; mais on ne devra l'appliquer qu'après une exploration attentive des organes génitaux, quand on se sera assuré qu'il n'existe aucune autre lésion, que la déviation est simple et dégagée de toute complication. Si l'on trouve quelque autre affection de l'utérus ou de ses annexes, on devra la combattre et la guérir avant de s'attaquer à la déviation.

J'engage donc l'Académie à ne point voter toutes les conclusions du rapport, surtout celles qui proscrivent le pessaire intra-utérin, et je dois dire à M. Depaul qu'au lieu de tant de propositions dirigées contre la méthode du redressement, j'aurais aimé à voir quelques conclusions relatives aux faits cités par MM. Cruveilhier et Broca, qui ont provoqué toute cette discussion.

M. *Depaul.* M. Velpeau et d'autres orateurs se sont trompés sur la nature et le caractère des propositions qui terminent mon rapport : ce n'est là que le résumé des idées émises dans ce long travail.

Les conclusions qui devront être soumises au vote de l'Académie seront formulées par la commission tout entière, à la suite de cette discussion, dont elles seront l'expression la plus précise, et c'est alors seulement qu'elles seront exposées devant vous.

La séance est levée à cinq heures.

Société médicale allemande de Paris.

EXTRAIT DES SÉANCES D'AVRIL 1854. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

DE L'OSTÉOTOMIE, par MM. les docteurs OSANN et A. MARTIN.

Ce travail a pour but de faire connaître le résultat des observations et des expériences du docteur Mayer, du Würzburg sur l'opération de l'ostéotomie. L'ostéotomie est une opération qui consiste dans la section d'un os, dans un point où il est actuellement sain, dans le but de redresser un membre difforme. Elle présente quelque analogie avec la résection; mais elle en diffère surtout par le but qu'elle se propose. Celle-ci, en effet, est destinée à enlever des portions osseuses malades ou anormales, tandis que l'ostéotomie est plutôt une diérèse qu'une exérèse; il arrive quelquefois, il est vrai, que l'ostéotomie fait le sacrifice d'une portion d'os, en général cunéiforme. Mais cette exérèse, qui porte sur une partie saine de l'os, est bien différente de celle qui constitue les résections.

L'ostéotomie a été exécutée avec succès depuis quelques années en Amérique, par MM. Rea Barton, Kearney, Rodgers, Plott Bure, et en Europe par M. Maisonneuve.

Dans ces derniers temps, M. Mayer, de Würzburg, en a fait l'objet d'une étude spéciale, et est parvenu à lui assurer un rang honorable dans la chirurgie.

Ce sont des circonstances toutes fortuites qui ont dirigé sur ce sujet l'attention du chirurgien de Würzburg. Appelé à donner des soins à deux femmes atteintes de fractures récentes du membre inférieur, il fut conduit à profiter de ces solutions de continuité accidentelles pour remédier à d'anciennes difformités du squelette.

OBSERVATION I. — Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui dans sa jeunesse s'était fracturé le corps du fémur *droit*, et n'avait guéri qu'avec une forte claudication et un raccourcissement de 3 pouces. Longtemps après cette première fracture, la malade eut le bonheur, — on va voir pourquoi, — de s'en faire une seconde sur le fémur *gauche*. Appelé à traiter cette nouvelle fracture, qui était oblique, M. Mayer se garda bien de soumettre le membre à l'extension; il l'entretint, au contraire, à dessein, dans un raccourcissement égal à celui du côté opposé. La consolidation se fit sans accident. Après la guérison, il se trouva que la femme avait perdu 3 pouces de sa hauteur, mais en revanche elle avait gagné de pouvoir marcher aisément, sans aucune claudication.

OBS. II. — Dans le second cas, il s'agissait d'une fracture compliquée, chez une femme qui dans sa jeunesse avait eu une tumeur blanche du genou droit. Une fausse ankylose en avait été la conséquence. La jambe était fléchie sous un angle de 45 degrés, et le pied présentait l'état pathologique connu sous le nom de pied bot équin.

Longtemps après, cette femme fit une chute, et se fractura le tibia droit à 3/4 de pouce au-dessous de l'insertion du ligament rotulien. La fracture était oblique d'arrière en avant et de haut en bas. Le péroné, dans son tiers supérieur, présentait une fracture transversale double. Le fragment supérieur du tibia avait traversé la peau et faisait saillie à l'extérieur.

Le médecin qui fut d'abord appelé réduisit la fracture selon les règles de l'art, mais le fragment supérieur ne put être retenu en place d'une manière constante : il revenait toujours faire saillie par la plaie ; celle-ci se gangréna, le pied devint œdémateux.

Le treizième jour après l'accident, le docteur Mayer fut appelé en consultation ; il constata une gangrène limitée des parties molles, avec sécrétion abondante de pus et fièvre intense ; les deux fragments du tibia étaient dénudés de périoste au voisinage de la plaie.

Il était nécessaire de pratiquer l'ablation de la portion saillante et dénudée des fragments. La malade ayant consenti à cette opération, M. Mayer résolut d'en profiter pour rendre au membre la direction rectiligne qu'il avait perdue depuis si longtemps. En d'autres termes, au lieu d'une résection ordinaire, il exécuta une opération d'ostéotomie. Il y procéda de la manière suivante :

Après avoir garanti les parties molles au moyen d'un morceau de cuir interposé entre elles et l'os fracturé, il fit avec la scie, sur l'extrémité de chaque fragment, une section oblique ; ces deux sections obliques en sens inverse interceptaient entre elles un angle de 45 degrés ouvert en avant. M. Mayer avait ainsi séparé du tibia un morceau cunéiforme dont la base, dirigée en avant, correspondait à la crête de l'os, et dont le sommet était tourné vers le creux poplité. L'ablation de ce coin osseux devait permettre, à la faveur d'un pansement convenable, de remédier à la direction vicieuse de la jambe. Après avoir détaché quelques eschares gangréneuses des parties molles, M. Mayer redressa le membre et réunit simplement la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives. Pour obtenir une extension continue et empêcher la jambe de revenir à une mauvaise direction, il eut recours à la gouttière de Posch. Au bout de six semaines, la guérison était complète. La jambe était parfaitement droite ; il y avait un raccourcissement de 7/8 de pouce, mais cette disposition défavorable était compensée en grande partie par le pied bot équin ; et l'on y remédia tout à fait par une semelle un peu épaisse que l'on fit porter à la malade.

Ces deux cas appelèrent l'attention de M. Mayer sur la question à savoir si, de pareilles difformités se présentant sur des malades, il ne serait pas possible d'y remédier, soit en produisant une fracture artificielle sur les os afin de pouvoir les raccourcir à volonté comme dans le premier cas, soit en retranchant un fragment osseux cunéiforme, afin de ramener le membre à une meilleure direction, comme dans le second cas.

Afin de pouvoir étudier cette question avec plus de fruit M. Mayer fit couler en plomb une série d'os déformés par suite d'états pathologiques différents, et s'appliqua avec persévérance à faire les expériences les plus variées dans le but de trouver des procédés opératoires applicables au traitement de chaque déformation en particulier.

Ses efforts furent couronnés d'un plein succès ; il parvint à régulariser les procédés et les méthodes opératoires. Il les appliqua sur le vivant dans une série d'opérations suivies de succès ; il prouva ainsi que l'ostéotomie avait une haute utilité pratique, et que par un procédé opératoire bien calculé et un traitement rationnel, on pouvait parvenir à guérir des difformités jusqu'alors réputées incurables.

L'opération de l'ostéotomie elle-même consiste, soit à faire suivant les règles de l'art une section transversale, oblique ou semi-circulaire, dans la continuité d'un os long, soit à en enlever un morceau cunéiforme. Par ces divers procédés, on cherche à remédier aux déformations des os longs produites par une torsion ou une déviation trop fortes ou par un raccourcissement. Les difformités résultant de ces déformations des os avaient résisté jusqu'à ce jour à tous les traitements orthopédiques. Les états pathologiques qui donnent lieu à ces déformations sont : le rachitisme, les affections scrofuleuses, les ankyloses, les fractures mal consolidées, les luxations non réduites, etc., etc.

L'ostéotomie ne doit être pratiquée que lorsque l'affection morbide primitive a disparu, et que l'état consécutif est définitivement stationnaire. Une trop grande prostration des forces, la fièvre hectique, l'affection tuberculeuse, une lésion incurable de l'encéphale ou de la moelle, présentent des contre-indications à l'opération.

Nous nous bornons à donner les règles générales ; c'est aux chirurgiens à faire la part de chaque cas particulier.

Un des points les plus essentiels pour le succès de l'opération, est que le chirurgien procède à une mensuration exacte du membre malade, afin qu'il puisse se rendre compte du lieu où il faut opérer, de la direction à donner à la section de l'os, ou de la forme de la portion osseuse qu'il importe d'enlever.

L'opération elle-même se divise en quatre temps :

1° incision des parties molles, 2° division du périoste, 3° section de l'os, et 4° pansement.

Nous allons nous occuper de chacun de ces quatre temps en particulier.

Les instruments et appareils indispensables sont :

Quelques scalpels, les trois aiguilles à résection de Heine, le ressort de M. Mayer, une scie ordinaire, un ostéotome, la scie à chaîne de Jeffray, la scie triangulaire de M. Mayer, une demi-couronne de trépan de Bell, la tréphine de M. Mayer, une seringue, quelques attelles de gutta-percha, tout ce qui est nécessaire pour le pansement inamovible, pour la ligature des artères et la réunion de la plaie, enfin du chloroforme.

1° *Incision des parties molles.* Elle doit se faire, autant que possible, sur la face du membre où l'os est le plus superficiel. Sa forme varie d'après la nature de l'opération que l'on se propose d'exécuter. Ainsi elle est tantôt rectiligne ou semi-circulaire, tantôt en forme de V, L, T, Π ou H. Il faut éviter autant que possible les vaisseaux, les nerfs et les insertions musculaires. Arrivé à l'os, on en éloigne les parties molles, au moins dans la moitié de sa circonférence et dans la direction que demande l'opération ultérieure.

2 *Division du périoste.* On incise le périoste dans le fond de la plaie, dans le sens que doit avoir la section de l'os ; mais on se garde bien de couper circulairement cette membrane. On ne la divise que partiellement, en évitant avec soin de faire cette division plus large que ne l'exige rigoureusement l'application de la scie. L'incision une fois faite, on décolle circulairement le périoste au moyen de l'aiguille à résection de Heine, laquelle reste à demeure pendant le troisième temps de l'opération, afin de protéger contre l'action de la scie la partie du périoste qui n'a pas été divisée, et qui a été simplement décollée. On conserve ainsi un précieux moyen d'union entre les fragments osseux que la scie va séparer l'un de l'autre.

Avant de procéder au troisième temps de l'opération, il est important de garantir les parties molles contre l'action de la scie. Lorsqu'on opère avec l'ostéotome, l'aiguille à résection remplit parfaitement cette indication ; au contraire, lorsqu'on se sert d'une autre scie, il faut avoir recours au ressort de M. Mayer. C'est un simple ressort de pendule mince et étroit. A l'une de ses extrémités, il est armé d'une petite dent qui s'adapte au chas de l'aiguille à résection ; à l'autre extrémité se trouve un petit trou. Après avoir décollé le périoste au moyen de l'aiguille, on y adapte le ressort, et en la retirant on introduit facilement le ressort entre l'os et le périoste. En courbant ensuite le ressort en arrière, on embrasse toutes les parties molles. Les deux extrémités du ressort sont réunies et maintenues en position au moyen d'une petite capsule armée d'une vis qui entre dans le trou de l'une des extrémités du ressort.

De cette manière les parties molles et la portion non incisée du périoste sont garanties.

3° *Section de l'os.* Ce temps de l'opération peut se faire de quatre manières différentes, qui constituent autant de méthodes ; ce sont : *a*, la section transversale ; *b*, la section oblique ; *c*, la section demi-circulaire, et enfin *d*, la section cunéiforme.

Passons successivement en revue chacun de ces quatre procédés.

a, la *section transversale* est très simple et facile à pratiquer. Elle consiste à opérer une solution de continuité perpendiculaire à l'axe longitudinal de l'os ; l'incision préalable des parties molles n'a pas besoin alors d'une grande étendue. Cette section permet de faire exécuter à l'os des mouvements de rotation autour de son axe longitudinal, pour le cas où il y aurait torsion du membre ; en outre elle facilite l'extension lorsqu'il y a raccourcissement. Mais elle n'est guère applicable au traitement des déviations à angles, parce que les fragments redressés par cette section transversale ont la plus grande tendance à se déranger et à se dévier de nouveau.

Pour pratiquer la section transversale, on se sert ordinairement de l'ostéotome ; lorsque l'os est sous-cutané, comme le tibia par exemple, ou que la plaie des parties molles a une grande étendue, une scie ordinaire suffit.

Cette section est principalement indiquée lorsqu'un os présente une simple torsion ou une courbure avec raccourcissement peu considérable.

b, la *section oblique* produit une solution de continuité qui forme un angle plus ou moins aigu avec l'axe de l'os. Elle se fait suivant une direction variable appropriée à la nature de la difformité et du traitement ultérieur qui doit être mis en usage.

L'incision des parties molles est plus étendue que celle que l'on est obligé de faire pour la section transversale ; les surfaces de la solution de continuité de l'os sont larges, elles tendent, par suite de leur obliquité, à chevaucher l'une sur l'autre, et à favoriser le raccourcissement du membre ; souvent il est assez difficile de retenir les deux fragments dans une position convenable.

La section oblique présente plus de difficultés dans l'exécution que la section transversale ; l'aiguille à résection doit être tordue en spirale, l'introduction du ressort est difficile, le ressort lui-même oppose souvent des obstacles au jeu de la scie, lorsque le membre n'est pas fixé d'une manière convenable.

Par contre, la section oblique permet de raccourcir, d'allonger et de redresser le membre sans que les surfaces des deux fragments cessent d'être en rapport immédiat l'une avec l'autre.

La consolidation est quelquefois retardée par le déplacement des fragments, surtout lorsque l'un d'eux exécute un mouvement de rotation.

Le traitement ultérieur exige les plus grands soins de la part du chirurgien : une extension continue et un repos absolu sont indispensables. L'appareil à pansement est assez compliqué.

L'ostéotome est l'instrument qui se prête le mieux à cette opération.

La section oblique est surtout indiquée dans les cas de forte déviation avec raccourcissement ou allongement du membre, sans qu'il y ait torsion.

Quelquefois il est nécessaire de faire la section oblique plusieurs fois sur le même os, mais dans des directions différentes.

Dans plusieurs cas, M. Mayer a trouvé un avantage marqué à ne faire que la section partielle de l'os, et à fracturer ensuite le reste de manière à obtenir un bord dentelé ; ce bord empêche le déplacement dans le sens longitudinal avec plus d'efficacité que ne le ferait l'extension permanente.

c, la *section demi-circulaire* opère la solution de continuité suivant une ligne courbe représentant la moitié d'un cercle dont le diamètre correspond exactement à l'épaisseur de l'os. D'une manière générale, sa direction peut être considérée comme transversale, c'est-à-dire qu'une ligne menée de l'une à l'autre de ses extrémités serait perpendiculaire à l'axe de l'os. Elle divise l'os en deux fragments, dont l'un est convexe et l'autre concave, et dont les deux extrémités s'emboîtent exactement l'une dans l'autre. La solution de continuité artificielle offre donc quelque analogie, quant à la disposition des surfaces de section, avec une articulation trochléenne. Cela permet de redresser le membre sans que les fragments cessent pour cela de se répondre tour à tour, et de se fournir l'un à l'autre un point d'appui mutuel.

On doit de préférence pratiquer cette section, de telle sorte que la surface convexe réponde au fragment supérieur, et la surface concave au fragment inférieur. Celle-ci forme une sorte de gouttière demi-cylindrique, dans laquelle est exactement reçue la convexité du fragment supérieur. L'axe de ces deux surfaces cylindriques, tout en restant perpendiculaire à l'axe de l'os, peut offrir différentes directions ; il peut être antéro-postérieur, ou dirigé de droite à gauche, ou *obliquement* offrir une direction intermédiaire. Cette direction doit varier en raison de la nature de la déviation à laquelle on se propose de remédier.

L'incision préalable des parties molles n'a pas besoin d'avoir une très grande étendue.

La section demi-circulaire ne peut pas s'effectuer avec les scies ordinaires. M. Mayer emploie pour la pratiquer la scie triangulaire dont il est l'inventeur, ou le demi-trépan de Bell, ou la scie circulaire de Wattmann. La scie triangulaire de M. Mayer a la forme d'un petit prisme triangulaire dentelé sur une de ses faces, et dont la largeur ne dépasse pas 2 lignes. Le peu de largeur de cet instrument et sa grande solidité permettent de s'en servir pour tourner en dedans, ce que l'on ne pourrait faire avec les scies ordinaires. Le demi-trépan de Bell est un trépan terminé par une demi-couronne ; on fixe la pyramide sur le milieu de la largeur de l'os, et, au lieu d'imprimer à la couronne un mouvement de rotation continu dans le même sens, on lui transmet un mouvement de va-et-vient. Elle trace ainsi sur la surface de l'os une rigole demi-circulaire qui devient de plus en plus profonde, et finit par traverser toute l'épaisseur de l'os. M. Mayer a fait construire sur ce principe un instrument plus commode que le trépan de Bell. Il a remplacé l'arbre du trépan par une tréphine à main. Il lui a paru suffisant de donner à la couronne l'étendue d'un tiers de cercle. Un mécanisme fort simple, semblable à celui que l'on a employé dans certains trépans, permet de faire graduellement saillir la couronne à mesure qu'elle pénètre plus profondément dans l'os.

La section demi-circulaire est indiquée dans les cas de déviation sans torsion ni raccourcissement marqué, et dans les cas d'ankylose ; lorsque l'os est sous-cutané, on emploie la scie triangulaire de M. Mayer ; lorsqu'il est situé profondément, il faut se servir du demi-trépan de Bell ou de la tréphine de M. Mayer.

d, la *section cunéiforme* est le procédé au moyen duquel, comme son nom l'indique, on enlève un morceau cunéiforme de la continuité d'un os. Dans les cas où ce procédé est applicable, il est essentiel de mesurer exactement les dimensions de l'os et l'angle de la déviation. Le sommet du coin que l'on enlève doit en effet former un angle égal à l'angle de la déviation.

La section cunéiforme raccourcit toujours le membre, et dans la plupart des cas elle ne permet pas un mouvement autour de l'axe longitudinal, quoiqu'il puisse arriver qu'après la section cunéiforme totale ce mouvement ait lieu. Cette section peut être pratiquée au moyen d'une scie ordinaire lorsque l'os est sous-cutané ; dans le cas contraire, il faut se servir de l'ostéotome.

On pratique cette section de deux manières : ou la circonférence du

coin osseux correspond à celle de l'os, ostéotomie cunéiforme totale; ou bien le coin ne comprend pas toute l'épaisseur de l'os, de sorte qu'il reste un pont osseux que l'on fracture plus tard, ostéotomie cunéiforme partielle.

Ce dernier procédé facilite singulièrement la coaptation des deux fragments et la consolidation ultérieure. C'est cette section cunéiforme qui a été pratiquée avec succès par les chirurgiens américains cités plus haut, dans quelques cas d'ankylose angulaire de l'articulation de la hanche ou du genou.

Lorsqu'on a fait cette section sur l'un des os de la jambe ou de l'avant-bras, il faut quelquefois la faire aussi sur l'autre, surtout dans les cas où le second os s'opposerait au changement de direction que l'on se propose d'imprimer au membre.

4° *Réunion de la plaie des parties molles et application d'un appareil.* Ce dernier temps de l'opération est une des conditions essentielles du succès.

Après avoir nettoyé la plaie, on donne au membre une position convenable, et l'on cherche à obtenir la réunion de la plaie par première intention. Lorsqu'on réussit, on a transformé la fracture compliquée artificielle en une fracture simple; on obtient très souvent ce but en prenant les précautions nécessaires pour ne pas trop irriter les parties molles.

Pour réunir les lèvres de la plaie, M. Mayer emploie la suture entortillée, qu'il laisse en place pendant vingt-quatre heures; alors il retire les épingles, et applique une couche de collodion sur les fils, afin de les maintenir encore.

Après avoir appliqué un appareil quelconque, comme dans un cas de fracture simple, et donné au membre une position convenable, on se borne à prescrire un traitement antiphlogistique sévère, repos absolu, fomentations d'eau froide si les circonstances l'exigent. Dix à douze jours après l'opération, s'il n'y a pas eu d'accidents particuliers, le chirurgien doit donner au membre la direction voulue, et chercher à l'y maintenir au moyen d'un appareil inamovible.

Dans le cas où par suite de contractions musculaires il y aurait eu dérangement des fragments ou raccourcissement, il faudrait avoir recours à une extension graduellement augmentée au moyen du lit orthopédique de Georges Heine ou de celui de Schreger. Le lit orthopédique de Jacques Heine est pourvu d'un appareil à défécation très utile.

Après que la consolidation s'est faite complétement, il est encore utile, dans quelques cas, d'employer des appareils dans le but de ménager le membre jusqu'à ce que les articulations voisines soient revenues à leur état normal et puissent fonctionner librement.

Les bains, employés d'une manière générale ou locale, la gymnastique et l'électricité, sont d'une grande utilité pour le traitement consécutif.

Il nous reste à faire observer que, lorsqu'on a fait l'ostéotomie dans des cas d'ankylose vraie, il y a des précautions particulières à prendre lorsqu'on veut obtenir la formation d'une articulation artificielle. Dans ces cas, la coaptation ne doit pas être complète. Après la disparition des accidents inflammatoires, on fait exécuter au membre de légers mouvements dans le sens de l'articulation ancienne, que l'articulation nouvelle est destinée à suppléer. Ces essais demandent une surveillance très minutieuse de la part du chirurgien. Peu à peu le mouvement normal se rétablira.

Tels sont les préceptes généraux de M. Mayer sur l'opération de l'ostéotomie appliqués par lui sur plusieurs malades; ils lui ont fourni des résultats fort remarquables dont nous donnons ici le résumé.

Obs. III. — Jean Saenger, vingt ans, ouvrier tailleur. Dès la première année de sa vie, il présenta à un haut degré les signes du rachitisme. A l'âge de quatre ans, il commença à marcher pour la première fois; mais la débilité de ses membres inférieurs le força bientôt à y renoncer. Ce fut à quatorze ans seulement que ses os se consolidèrent et qu'il put enfin marcher tant bien que mal. Lorsqu'il eut vingt ans, il fut admis dans l'institut orthopédique du docteur Mayer. Il était dans l'état suivant:

Dans la station debout, les genoux se touchent et sont placés l'un derrière l'autre. Les deux membres inférieurs sont dirigés comme dans la figure suivante:)(. Les fémurs sont tordus, de telle sorte que les condyles internes sont tournés en avant et les rotules en dehors. Les deux talons sont séparés l'un de l'autre par un intervalle de 14 pouces. Il n'y a pas de difformité sur le tronc ni sur les membres supérieurs.

Le 29 juillet 1851, M. Mayer pratiqua la section obliquo-transversale du fémur droit et la section semi-circulaire du tibia correspondant. Application d'appareils appropriés. Guérison en sept semaines.

7 *septembre*. Section obliquo-transversale du fémur gauche.

25 *octobre*. Section semi-circulaire du tibia gauche, et section très oblique du péroné correspondant. Guérison en quatre mois.

Six mois après la première ostéotomie, Saenger était bien guéri; ses membres étaient redressés; il s'en servait parfaitement bien, et sa taille avait gagné deux pouces. Sa santé générale était très bonne. Il pesait cinq livres de plus qu'avant le commencement du traitement.

Obs. IV. Jean Hachtel, quinze ans, entré au mois d'août 1851. Depuis son enfance, il a les genoux *valgus*, c'est-à-dire que les fémurs ont leur direction normale et que les tibias sont déviés en dehors. A l'âge de douze ans, cet enfant a été soumis à un travail au-dessus de ses forces. Sa difformité s'est considérablement accrue. A son entrée, il est dans l'état suivant: Genoux valgus très prononcés. La jambe droite, déviée en dehors, s'écarte de 7 pouces de l'axe longitudinal du membre. La jambe gauche s'en écarte de 8 pouces; pieds valgus commençants; marche très gênée et mal assurée.

13 *août*. Ostéotomie cunéiforme du tibia gauche, à trois quarts de pouce au-dessous de l'insertion du ligament rotulien. Épaisseur de la base du coin osseux, 5 1/7 lignes; consolidation en vingt-cinq jours.

3 *octobre*. Ostéotomie cunéiforme du tibia droit, au même niveau. Épaisseur de la base du coin osseux, 4 lignes et demie; consolidation en six semaines.

Le succès a été complet. Les deux membres sont redressés, et la marche se fait très bien.

Obs. V. — B... M..., vingt ans. Très débile, scrofuleuse, goitreuse, chlorotique, etc. Son genou droit a commencé à se dévier à l'âge de huit ans, sous l'influence d'une attitude vicieuse constante. Entrée le 2 novembre 1849 chez le docteur Mayer. Le genou droit est le siége de la difformité connue sous le nom de valgus, c'est-à-dire que la jambe est déviée en dehors de l'axe longitudinal du membre. Cette déviation est de 13 pouces, et la malade ne peut marcher sans appui. Il y a en outre une scoliose droite, avec déformation des côtes.

5 *décembre*. Section demi-circulaire du tibia droit. Redressement de la jambe. Consolidation en 32 jours. Succès complet.

Obs. VI. — Anne-Marie Brach, dix ans, aujourd'hui robuste, bien musclée, a été atteinte de rachitisme vers l'âge d'un an. Elle est bien guérie aujourd'hui, mais elle a conservé plusieurs difformités. La plupart des os longs sont légèrement déviés, mais il n'y a de considérable que la déviation de la jambe droite, déviation qui semble résulter mécaniquement de la manière dont on avait l'habitude de porter l'enfant pendant la durée du rachitisme. Le fémur droit est tordu sur son axe; le condyle interne regarde en avant, et la rotule en dehors. La jambe est déviée en dehors d'une longueur de 5 pouces. Piedbot valgus du même côté. Scoliose lombaire droite, courbure inverse de la région dorsale, bassin déformé, claudication.

Le 20 juin 1852, ostéotomie semi-circulaire du tibia droit à sa partie moyenne, avec section très oblique du péroné adjacent. On redresse ainsi la jambe. Consolidation en douze semaines. Succès complet. La malade a cessé de boîter et marche très librement.

Obs. VII. — George-Léonard Schalt, dix-neuf ans, laboureur. Santé robuste dans son enfance. A l'âge de neuf ans, à la suite d'une coqueluche qui dura sept mois, il perdit ses forces et dépérit beaucoup. Les ligaments des genoux se relâchèrent, et les jambes peu à peu se dévièrent en dehors. A l'âge de quatorze ans, la déformation était telle que dans la station debout les genoux étaient placés l'un derrière l'autre. A dix-sept ans, la déformation s'était encore accrue. Dans la station, les genoux se croisaient en X, le genou gauche faisant saillie à droite, et le genou droit à gauche. Pieds valgus.

Schalt entre chez le docteur Mayer en mai 1849. La marche était presque impossible.

Le 12 juin, section cunéiforme partielle du tibia gauche. Épaisseur de la base du coin osseux, 9 lignes. Consolidation en vingt-quatre jours.

Le 2 septembre, section cunéiforme totale du tibia droit. Épaisseur de la base du coin osseux, 10 lignes. Consolidation en trente-cinq jours.

Dès que la consolidation fut obtenue, et avant même que la plaie extérieure fût complétement cicatrisée, on permit au malade de se lever. Il s'exerçait tous les jours à la marche. Pendant cet exercice, il souffrait dans les articulations du cou-de-pied, et une transpiration abondante le forçait bientôt à s'arrêter.

Le 3 novembre, étant en sueur par suite d'une de ces promenades, il s'assit pour se reposer sur une pierre humide. Aussitôt il fut pris de frissons. Deux jours après il fut atteint de trismus, puis d'episthotonos, et ne tarda pas à succomber.

C'est le seul malade qui soit mort des suites de l'ostéotomie, et l'on voit même que cette terminaison fâcheuse a été due à une circonstance tout accidentelle.

Obs. VIII et IX. — L'ostéotomie a encore été exécutée deux fois avec succès par M. Mayer sur Katherine Stürmer, âgée de neuf ans, et sur Barbara Brod, âgée de huit ans. Toutes deux boitaient par suite d'une luxation coxo-fémorale congénitale dans un cas, spontanée dans l'autre; le membre malade dans les deux cas était raccourci de 1 pouce 9 lignes. L'opération, dans les deux cas, consista dans l'ablation d'un fragment

cylindrique haut de 1 pouce 9 lignes sur la moitié inférieure du corps du fémur du *côté sain*. Sa guérison fut complète au bout de trois et quatre mois. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que chez ces deux enfants la claudication disparut entièrement par suite de l'opération.

Ainsi, en laissant de côté les observations I et II, l'ostéotomie a été pratiquée sur sept malades. Le malade de l'observation III a subi à lui seul cinq ostéotomies sur cinq points différents (les deux tibias, les deux fémurs, le péroné gauche). Celui de l'observation IV, celle de l'observation VI et celui de l'observation VII, en ont subi deux. Ce qui porte à quatorze le nombre des opérations de ce genre exécutées par M. Mayer. Dans tous les cas, le résultat désiré a été obtenu, c'est-à-dire que les os se sont consolidés dans leur position ou leur direction nouvelle, suivant les vœux du chirurgien. Une seule fois (observation VII) le malade a succombé deux mois après une seconde opération, à une époque où la consolidation était parfaite, et où le malade avait déjà pu recommencer à marcher. De pareils résultats montrent la grande importance des études de M. Mayer sur l'opération de l'ostéotomie.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

De la torsion du cordon, par le docteur E. NOEGGERATH (extrait de la clinique du professeur Kilian, à Bonn).

Chaque jour, dans la pratique, on est à même d'observer des femmes enceintes qui, à la suite de violentes chutes, accouchent, au bout d'un certain laps de temps, de produits morts. Dans trois cas successifs, l'auteur a pensé que la *torsion du cordon* pouvait rendre compte de l'avortement.

OBS. I. — F. B..., âgée de vingt-trois ans, d'une constitution délicate, enceinte de six mois et demi, est obligée, dans des circonstances forcées, de sauter d'une voiture, vers la fin du mois d'octobre dernier. Trois jours après, les mouvements du fœtus diminuèrent graduellement, puis cessèrent tout à coup. Au commencement de décembre de la même année, l'accouchement se déclara, et fut dirigé par un très habile accoucheur. L'accouchement se fit naturellement, et donna lieu à un enfant dans un état de putréfaction très avancée. *Le cordon était tordu deux fois sur lui-même à droite et à gauche, et réduit à un fil imperméable.* La première torsion se rencontrait à l'insertion fœtale, la seconde à l'insertion placentaire. La femme se rétablit vite.

OBS. II. — Appolline B..., servante à Cologne, âgée de vingt-cinq ans, fut reçue, le 4 décembre 1854, à la Clinique. Primipare. D'après les renseignements, la grossesse pouvait remonter de sept à huit mois. Cette femme rapporte qu'il y a huit jours elle fit une violente chute sur les reins, en glissant sur la glace. En se relevant, elle éprouva de violentes douleurs dans le bas-ventre. Elle ne remarqua guère que les mouvements de son enfant eussent diminué. Cependant le jour de son entrée, les mouvements ne purent plus être perçus.

Le 20 décembre, les douleurs se déclarèrent à sept heures du soir, et à huit heures elle accoucha d'un enfant mort et dans un état de putréfaction très avancé. Il paraissait âgé de sept mois. Le cordon, long de 20 pouces, était tuméfié, et se laissa facilement déchirer. *En deux endroits il était tordu de droite à gauche.* La première torsion se rencontrait à 1 pouce de l'insertion fœtale, et la seconde à 1 pouce 1/2 de l'insertion placentaire.

OBS. III. — Marguerite H..., servante à Liegbourg, âgée de vingt-quatre ans, multipare, fut reçue, le 5 avril 1854, à la Clinique. Au toucher, le col était dilaté de la grandeur d'une pièce de 2 fr., et la tête pouvait être sentie. Elle ne put nous préciser l'époque de la grossesse, mais elle avait perçu les premiers mouvements à la fin de décembre 1853. Au mois de février 1844 elle tomba du haut d'un escalier, sans toutefois se blesser. Après sa chute, sa santé, qui jusque-là était bonne, se dérangea. Elle eut de fréquents vomissements. Vers le milieu du mois de mars, le ventre devint douloureux, la fièvre se déclara ; en même temps les mouvements actifs diminuèrent, et la malade dit avoir eu conscience de la mort de son enfant.

Une heure après son arrivée, elle accoucha d'un garçon qui paraissait âgé de huit mois environ. L'état de putréfaction était tel, que l'épiderme s'enlevait par morceaux. Tout le cadavre était infiltré.

Le cordon se présentait sous une masse charnue, dans laquelle on ne pouvait plus distinguer aucun vaisseau. A son insertion fœtale, le calibre du cordon, quoique étant difficilement reconnaissable, au milieu de ce tissu de nouvelle formation, laissait cependant apercevoir la trace d'une *violente torsion*, qui avait agi suivant son grand axe. Le placenta restant adhérent, la délivrance artificielle fut pratiquée.

A l'occasion de ces trois cas, l'auteur en rappelle un quatrième qu'il rencontra à la Clinique de Vienne. Il s'agissait d'une jeune fille de la haute Autriche, qui fut reçue avec des douleurs et qui accoucha d'un enfant mort. L'insertion fœtale du cordon présentait exactement la même lésion que celle indiquée ci-dessus. La mort de l'enfant avait été rapportée par la mère à une violente chute qu'elle fit en portant une lourde charge de bois. (*Deutsche Klinik*, n° 24, 17 juin.)

Remède antiscrofuleux et antisyphilitique, par BENEDETTO NAPPI.

Sous le titre de *Nouvel extrait* désopilatif *et antiscrofuleux*, l'auteur désigne la préparation suivante :

FORMULE : Faites un extrait bien condensé d'écorce verte et de feuilles vertes de noyer, de pissenlit ou sassafras (l'écorce verte étant en plus grande quantité que les autres ingrédients). Quand l'extrait sera condensé, ajoutez une solution d'hydrochlorate de chaux — 10 drachmes (40 grammes) d'hydrochlorate par livre d'extrait — et 4 onces de savon médicinal préalablement dissous dans une petite quantité d'eau bouillante. Le tout est mis sur le feu et agité fortement pendant quelques minutes ; puis on le retire, et quand le mélange est refroidi, on y ajoute, par chaque livre 1 once d'iodure de potassium et 12 drachmes (48 grammes) d'extrait de salsepareille, ces deux substances dissoutes dans une solution de colle d'amidon.

On prend cet extrait par cuillerées à café dans un peu d'eau très chaude et additionnée de lait. Suivant l'auteur, 12 à 15 onces d'extrait suffisent pour tout le traitement chez les adultes, 6 à 8 chez les jeunes gens. Cette médication ne convient pas aux jeunes enfants, parce qu'elle les exposerait à trop maigrir.

C'est à ces indications que se réduit à peu près la note de M. Nappi ; car, dans le reste, on ne trouve que des affirmations générales sur les effets *merveilleux* qu'on obtient de l'*extrait désopilatif* dans le traitement des maladies scrofuleuses et syphilitiques. Aucune distinction des formes morbides, de la période, du degré, etc. En soi, la préparation, bien qu'elle n'ait rien de nouveau dans le fond, nous semble excellente, et nous engageons volontiers les praticiens à en essayer. Peut-être remplacerait-on avantageusement l'écorce et les feuilles de noyer par le *brou de noix*, qui est bien autrement amer et astringent. (*Gazz. med. ital.*, *Lombardia*, 1854, n° 21.)

Sur un cas de torticolis avec anomalie du muscle sterno-cléido-mastoïdien, par le professeur TIGRI.

Le professeur Tigri consacre un long article à la description d'une pièce anatomique provenant d'un individu atteint de torticolis, et déposée actuellement dans le musée de Sienne.

Le muscle sterno-cléido-mastoïdien de cet individu présentait une disposition insolite. Aux deux faisceaux musculaires dont ce muscle se compose habituellement, s'ajoutait un troisième faisceau étendu, comme une corde rigide, de l'apophyse mastoïde à la partie interne de la face supérieure de la clavicule, et situé sur un plan un peu plus profond que les deux premiers. Ce troisième faisceau, fibreux et comme tendineux dans toute son étendue, avait seulement 3 pouces 1/2 de long, et c'était lui bien évidemment qui était la cause de la difformité. Il était rigide et inextensible. Les deux autres faisceaux, bien que raccourcis d'une manière secondaire, étaient moins courts que lui, seulement ils avaient conservé une extensibilité telle, que l'on pouvait sans peine leur rendre une longueur à peine inférieure à leur longueur normale. Ils étaient pâles et quelque peu atrophiés, mais ils avaient nettement conservé la structure musculaire.

Suivant l'auteur, la corde fibreuse rétractée qui produisait la déviation serait l'une des manières d'être d'une anomalie qui n'est point rare et que tous les anatomistes ont décrite, anomalie constituée par l'existence d'un faisceau claviculaire supplémentaire du sterno-cléido-mastoïdien. Ce faisceau anormal pourrait se présenter sous deux types : tantôt il serait musculaire comme les deux faisceaux voisins, et alors, ayant comme eux la propriété de se prêter

à l'accroissement de la région, il ne donnerait lieu à aucune difformité; tantôt au contraire il serait exclusivement fibreux dans toute sa longueur, et ce serait alors qu'il donnerait lieu au torticolis. A mesure, en effet, que la croissance s'effectuerait, ce faisceau tendineux, inextensible, ne pouvant s'accroître en proportion des parties voisines, déterminerait, par sa résistance toute passive, la déviation graduelle de la tête.

L'auteur s'efforce de prouver que cette variété de torticolis n'est pas rare. Nous ne le suivrons pas dans son argumentation, mais nous ferons remarquer que c'est aller un peu vite, que de généraliser ainsi avec un seul fait, lequel même n'est pas à l'abri de toute objection. En tous cas, voici quelles sont les conclusions de l'auteur :

1° Le torticolis peut être dû à une anomalie du muscle sterno-cléido-mastoïdien, anomalie caractérisée par la présence d'une corde ligamenteuse supplémentaire tendue entre la clavicule et l'apophyse mastoïde.

2° L'anomalie en vertu de laquelle le sterno-cléido-mastoïdien possède un faisceau musculaire supplémentaire destiné à la clavicule est connue depuis longtemps; mais la structure entièrement tendineuse de ce faisceau musculaire surnuméraire n'avait pas encore été constatée.

3° Le diagnostic de cette espèce de torticolis est possible. La présence de la corde fibreuse se constate aisément par le toucher, lorsqu'on place la tête dans une position propre à relâcher les faisceaux musculaires proprement dits.

4° L'application de l'électricité permet également d'établir ce diagnostic, en faisant contracter les deux faisceaux musculaires, et en laissant complétement inerte la corde fibreuse.

Nous ne donnons qu'avec réserve ces conclusions, celles surtout qui sont relatives au diagnostic, parce que ce diagnostic, purement rationnel, n'a jamais été fait sur le vivant. (*Gazzetta medica, Toscana*, 30 maggio 1854.)

Lésion de la partie antérieure du cerveau ; conservation de la parole, par M. DECHANGE.

Cette observation, publiée sous le titre de *Fracture de la base du crâne*, tire tout son intérêt de cette circonstance, que la partie antérieure du cerveau avait été fortement lésée dans une chute, et que la faculté de la parole est restée intacte jusqu'à la mort.

OBS.—Le sujet, âgé de vingt-deux à vingt-quatre ans, était tombé de l'escalier d'une cave, le derrière de la tête portant sur le sol. Il existait un peu à gauche de la bosse occipitale une plaie transversale de 2 centimètres d'étendue. Entrée à l'hôpital huit jours environ après l'accident. Vives douleurs à l'occiput; un peu de trouble dans les idées; sensibilité et motilité des membres intactes; émission involontaire des urines et des matières fécales. *La parole est conservée. L'articulation des sons est parfaitement claire, sans la moindre gêne dans les mouvements de la langue.* Dès le jour même, à deux heures du soir, la respiration s'embarrasse, et la malade succombe tout à coup. — L'*autopsie* a révélé : 1° une fêlure de l'os occipital s'étendant jusqu'au trou condylien postérieur du côté gauche; 2° un épanchement sanguin dans les membranes encéphaliques de cette région; 3° *un ramollissement rouge très avancé des deux lobes antérieurs* du cerveau, contenant de petits caillots sanguins.

Cette dernière altération vient contredire en effet une théorie bien connue. Nous devons dire, toutefois, que les détails de l'autopsie ne sont pas assez circonstanciés, et ne disent pas très exactement, par exemple, si les lobes antérieurs étaient ramollis en totalité ou dans une partie seulement de leur volume. (*Archives belges de méd. milit.*, mars 1854.)

Plaisirs solitaires, hallucinations de la vue et de l'ouïe; triple tentative d'amputation du pénis, succès de la dernière, guérison immédiate des phénomènes cérébraux, par le docteur BRUGNONI.

Cette observation, publiée d'après le récit du malade lui-même, soulève, au point de vue étiologique, symptomatique et thérapeutique, les plus intéressantes questions.

OBS. — G..., étudiant en droit, d'une complexion délicate, à quatorze ans n'avait aucune idée des voluptés sensuelles, lorsque, par suite de lectures obscènes, il se livre avec fureur à la funeste habitude de la masturbation. Quoique affaibli, il avait pu néanmoins continuer ses études avec succès, mais à dix-neuf ans il tombe insensiblement dans une torpeur morose ; le sommeil se perd, l'imagination est assaillie de créations fantastiques, la tête douloureusement comprimée comme par un cercle de fer ; des voix lui répètent que ses organes génitaux sont anormalement conformés, et que l'extrémité du pénis est le siége d'une excroissance morbide ; des tableaux lui représentent cette difformité, ou lui peignent des scènes lascives. Ne pouvant trouver à ces phénomènes d'explication raisonnable, il finit par croire à leur réalité. Puis bientôt, le travail hallucinatoire s'harmonisant avec cette pensée, il entend sans cesse ces cris : *L'amputation... l'amputation !* Un essai timide a lieu, en effet, et dix jours après, le 27 décembre 1852, un second plus sérieux, mais incomplet. Malgré cela il n'en persiste pas moins dans son dessein. Placé dans l'asile d'Astino, il feint, pour en sortir, d'être délivré de son obsession. Mais il n'a pas plutôt reconquis sa liberté, contre l'avis du médecin, que, profitant d'un moment de défaut de surveillance, il se coupe les deux tiers du pénis, et, chose singulière, trois heures après, toute trace de délire avait disparu.

Le caractère sentimental de la folie est ici manifeste. Point d'interruption du fonctionnement intellectuel, qui se met au contraire au service des fausses sensations, cause unique des raisonnements vicieux et des tentatives funestes.

On sait que la masturbation, en raison de l'épuisement nerveux où elle jette et de la dépression morale qu'elle occasionne, est une condition efficace de désordre mental, surtout triste. Elle semble, en cette circonstance, avoir agi par un autre mode, en développant l'irritation pénienne, mobile sympathique des accidents cérébraux ; ce qui expliquerait à la fois, et la disparition des symptômes par celle du principe qui les alimentait, et l'inutilité des moyens employés, qui tous, émétiques, sangsues aux narines, bains, douches, potions sédatives, valériane, etc., furent dirigés contre la souffrance nerveuse générale. Peut-être eût-on été mieux inspiré, suivant la sage réflexion de M. Brugnoni lui-même, si, considérant la susceptibilité locale, on eût cherché à la combattre par des topiques appropriés. (*Gazzetta med. ital., Lombardia*, 5 juin 1854.)

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Mon cher ami,

Des circonstances récentes, et que pour ma part je n'avais point prévues, m'empêcheront à l'avenir de prendre part à la rédaction de la *Gazette hebdomadaire*. Ce n'est pas sans regret que je me sépare de vous et de vos habiles collaborateurs; j'espère toutefois que ma retraite n'altérera en rien les excellentes relations qui existent entre nous. Je continue à faire des vœux pour la prospérité de votre œuvre. En présence du concours flatteur que le gouvernement et la Faculté veulent bien désormais prêter à votre journal, je ne puis que me féliciter d'avoir été un de ceux qui ont pris part à ses heureux débuts.

Recevez, mon cher ami, l'assurance de mon dévouement affectueux.

P. BROCA.

P. S. Je joins à cette lettre le dernier article de mon Mémoire sur le traitement des anévrysmes par la compression.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité clinique et pratique des maladies des vieillards, par le docteur DURAND-FARDEL ; 1 vol. in-8. Paris, chez Germer Baillière.

Le temps était venu de recueillir et de rassembler en un corps d'ouvrage les documents, déjà nombreux, que les observateurs ont amassés, depuis une vingtaine d'années principalement, sur les maladies de la vieillesse. Le *Traité des maladies des vieillards*, de

Canstatt (1839), et le *Traité pratique de l'hygiène privée et des principales maladies de l'âge avancé*, du docteur E. Day (1849), ne pouvaient suffire au besoin de la science : le premier, parce que l'esprit de spéculation y tient trop de place — et nulle part, peut-être, le droit de l'observation n'est plus imprescriptible ; — le second, parce qu'il n'embrasse le sujet que faiblement et incomplétement. Entre tous ceux qui, en France, pouvaient avoir l'ambition de combler cette lacune, M. Durand-Fardel était assurément l'un des plus autorisés. Ancien élève des hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, riche d'observations personnelles, déjà connu par des travaux importants sur le même sujet, disposant enfin d'une érudition de source et passée à la critique, il réunissait les deux qualités essentielles de l'historien : il pouvait, avec un succès pareil, raconter et juger.

Nous louerons d'abord dans cet ouvrage l'INTRODUCTION. Avant d'exposer les caractères particuliers que les conditions d'un certain âge impriment aux maladies, il paraît bien naturel de dire en quoi se spécialisent, à ce même âge, la structure anatomique et les fonctions physiologiques. Néanmoins, ces notions préliminaires manquent à la plupart des ouvrages où les maladies sont étudiées dans leurs rapports avec une période déterminée de la vie. Parmi ceux, par exemple, qui sont consacrés à la pathologie de l'enfance, nous ne voyons que le traité de M. Barrier qui s'ouvre par des considérations relatives à l'état particulier de l'organisation et des fonctions physiologiques chez l'enfant. M. Durand-Fardel n'est pas tombé dans cette négligence. Il consacre plus de soixante pages à exposer les caractères anatomiques les plus remarquables du cerveau, du poumon, des intestins, des muscles, des os, etc., chez le vieillard ; à rappeler dans quelles conditions exceptionnelles s'exercent l'hématose, la respiration, la digestion, les sécrétions, etc. ; à déduire de ces données positives des considérations générales sur les aptitudes morbides des personnes âgées ; enfin, à tirer de tout cet ensemble des préceptes corrélatifs de thérapeutique Un exemple, le plus important de tous, éclaircira cette vue sommaire. Le poumon du vieillard se raréfie ; la surface exposée au contact de l'air s'amoindrit ; les capillaires pulmonaires tendent à s'oblitérer ; la cage osseuse joue difficilement ; le passage de l'air dans les bronches est embarrassé par des mucosités ; le cœur est habituellement le siége d'altérations qui gênent son mécanisme. Quelle doit être la conséquence de toutes ces dispositions ? Évidemment l'*imperfection de l'hématose*. Le sang n'est pas suffisamment artérialisé ; il ne circule pas avec toute la liberté convenable : de là la coloration noire du sang et l'excès de développement du système veineux. Cet état de la circulation, à son tour, produit (indépendamment d'autres causes, notamment de l'état imparfait des fonctions digestives), ou l'émaciation simple, par défaut d'assimilation des substances alibiles, — ou l'obésité, par la prédominance des éléments carbonés. Il dispose aux congestions, il met obstacle aux réactions salutaires, il favorise l'adynamie ; il crée enfin dans la thérapeutique une indication particulière : celle des saignées déplétives à petite dose, concurremment avec des toniques propres à en prévenir l'effet débilitant.

Cette introduction exceptée, la première partie de l'ouvrage est consacrée aux MALADIES DE L'ENCÉPHALE. C'est le terrain où s'est le plus exercée la sagace et patiente observation de l'auteur. Après avoir signalé avec beaucoup de raison le contraste qui existe entre l'enfant et le vieillard sous le rapport du siége des maladies encéphaliques, — le premier étant surtout sujet aux affections des méninges et de la périphérie du cerveau, et le second à celles des hémisphères et des parties centrales, — M. Durand-Fardel passe à l'étude de la congestion, du ramollissement et de l'hémorrhagie. Le caractère principal de cette partie du traité est de mettre à nu, par une analyse pénétrante, le lien de ces trois altérations ; de montrer que la congestion est l'élément initial du ramollissement et de l'infiltration rouge, et que l'infiltration rouge est la transition (non nécessaire pourtant) entre le ramollissement et l'hémorrhagie. Cette vue d'ensemble ne tend pas seulement à satisfaire l'esprit : elle éclaire toute la symptomatologie des affections cérébrales ; elle aide puissamment à comprendre comment trois altérations, distinctes sur le cadavre, peuvent, dans certaines circonstances de début, de marche, de période, se traduire par des symptômes semblables ; elle aide à se rendre compte de l'hémiplégie subite, qui ne laisse pas de traces à l'autopsie ; celle qui accuse le début d'un ramollissement et non d'une hémorrhagie. Elle est aussi un guide précieux pour la thérapeutique, en posant nettement l'indication d'évacuations sanguines dans les trois formes d'altération ; et c'est elle qui domine et a rendu possible l'excellent chapitre où, contre la coutume, sont rassemblées les règles générales du traitement de toutes les maladies encéphaliques.

Nous avions cru un instant que, sur ce point de l'histoire du ramollissement, nous allions être obligé de reprocher une lacune à notre excellent collaborateur. En admettant avec lui que le ramollissement cérébral, tel qu'il est décrit par les auteurs, ayant une caractéristique bien dessinée et compromettant gravement l'existence, a pour point de départ une hypérémie, nous ne pouvions oublier que, chez le vieillard, de petites portions de cerveau disparaissent lentement et font place à des cavités, à des vacuoles, où l'on n'observe aucune trace, récente ou ancienne, de congestion sanguine ; mais ces cavités sont décrites plus loin dans un chapitre particulier, sous le nom d'*atrophie interstitielle* du cerveau. Seulement cette altération nous paraît se lier au ramollissement ordinaire plus étroitement que ne le suppose M. Durand-Fardel. « Dans le ramollissement, la mollesse résulte, dit-il, d'une désagrégation homogène de chacune des molécules, tandis que, dans l'atrophie interstitielle, les rapports des molécules restantes ne sont point altérés ; mais comme une partie du tissu a disparu, *celui-ci ne peut se soutenir* aussi bien et cède plus facilement à la pression. » (P. 296.) Ainsi, les molécules disparaîtraient insensiblement, et ces disparitions successives mineraient, pour ainsi dire, le tissu, qui, dès lors, cesserait d'être solide sans être réellement ramolli. Or, nous pouvons affirmer que ces cavités sont quelquefois entièrement remplies de pulpe nerveuse, molle, comme crémeuse, ayant la coloration naturelle de la partie du cerveau où elle siége ; quelquefois, sur trois ou quatre vacuoles, une seule en contient, et il est impossible de douter, à voir l'entière ressemblance de leurs autres caractères, la même forme arrondie, la même absence d'induration dans les parois, le même défaut de membranules, etc., qu'elles n'aient toutes la même origine. On peut donc dire, dans ce cas, que le ramollissement a lieu sans congestion préalable ; car on n'en rencontre aucune trace à l'autopsie, et, comme l'a très bien dit l'auteur, aucun symptôme connu ne répond au développement de ces altérations. Mais nous nous hâtons de le dire, ce mode de ramollissement n'est pas celui dont on entend parler dans les traités classiques : il a des caractères anatomiques et étiologiques tout à fait particuliers, sur lesquels tout n'est pas dit encore.

A cette petite exception près, nous sommes, on le voit, du même avis que M. Durand-Fardel, sur les rapports du ramollissement avec la congestion. Notre confrère va plus loin : rejetant presque entièrement l'influence de l'ossification et de l'épaississement des artères encéphaliques sur la production du ramollissement ; contestant d'une manière plus générale l'influence des dérangements mécaniques de la circulation cérébrale (pages 3, 165 et suiv.), il affirme positivement que le ramollissement n'est autre chose qu'une phlegmasie. Nous croyons qu'il ne nous serait pas très difficile de nous entendre à cet égard avec notre collaborateur ; mais ce ne pourrait être qu'avec de longues explications qui ne peuvent trouver place ici. La phlegmasie est un fait assez complexe. Les phénomènes organiques par lesquels elle se caractérise, et qui constituent son individualité, naissent au milieu et sous l'influence de conditions très diverses. Anatomiquement, les ulcérations de la région sacrée, chez les phthisiques, sont des phlegmasies ; car la peau rougit, s'engorge, se ramollit et suppure. Ce n'est pourtant pas là un état pathologique comparable à l'érysipèle ou au phlegmon. Le sang stagne dans un point du cerveau ; des molécules échappent au courant de la circulation et deviennent le point de départ d'un travail dont la conséquence est le ramollissement du tissu. Voilà à peu près tout ce qu'on peut dire de clair sur ce sujet.

Le ramollissement aigu, quand il s'achemine vers la guérison, et le ramollissement chronique, dans le cours de son développement, peuvent passer par des transformations successives que l'auteur a grandement contribué à faire connaître. On retrouvera dans cette

partie de son traité un résumé étendu de ses travaux sur la matière. Ceux de ses devanciers n'ont pas été pour cela oubliés. Il n'en néglige aucun, et met, au contraire, à leur faire une juste part, une attention scrupuleuse, dont nous avons personnellement à le remercier.

Le chapitre de l'hémorrhagie des méninges et celui de l'hémorrhagie cérébrale sont traités avec autant de soin que le précédent. Ils ont, en outre, le mérite d'être plus neufs, en ce sens qu'ils contiennent la première mention détaillée des observations de l'auteur sur ce point. Mais le sujet prêtait moins à l'originalité, et il n'était pas si aisé de l'enrichir. Toutefois, c'est déjà une bonne fortune pour la science, qu'une histoire de l'apoplexie refaite en entier (du moins dans ses rapports avec la vieillesse), à l'aide de documents inédits et recueillis expressément en vue des difficultés à résoudre. De plus, l'auteur a trouvé moyen de rajeunir certaines faces de la question. Par exemple, il montre, plus clairement qu'on ne l'avait encore fait, que l'hémorrhagie cérébrale a une tendance *centripète*, tandis que le ramollissement a une tendance *centrifuge*, c'est-à-dire que la première altération tend à se porter de la périphérie vers le centre, et la seconde du centre à la périphérie. Il fournit des détails précis sur le siége le plus ordinaire des foyers (corps strié et couches optiques) ; sur l'état que présente le sang épanché, suivant le temps écoulé entre le début de l'hémorrhagie et la mort ; sur la structure des foyers ; sur l'ouverture de ceux-ci dans les ventricules et les méninges, etc. Le paragraphe relatif à la cicatrisation des foyers hémorrhagiques est un des plus complets que nous connaissions, et sous le rapport historique, et sous le rapport descriptif. Nous aurions enfin à présenter quelques remarques au sujet des causes de l'hémorrhagie, spécialement de l'influence du tempérament et des maladies du cœur, qui est contestée par l'auteur, comme elle l'avait été déjà par son ancien maître, M. Rochoux. Mais l'occasion se présentera, avant peu, d'exprimer notre avis sur cette question.

Obligé de nous restreindre, nous ne ferons qu'indiquer toute la deuxième partie du *Traité*, consacrée aux MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE, bien qu'elle soit aussi importante au moins que la première. Nous la négligerons, de préférence aux parties suivantes, pour deux raisons : la première, c'est que les progrès récents de la science sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'appareil respiratoire chez les vieillards, sont connus du plus grand nombre ; le seconde, c'est que, dans ces questions, nous sommes trop constamment en cause. Ajoutez que l'auteur nous traite trop souvent avec bienveillance, pour que nous ne nous sentions pas désarmé contre les courtoises critiques qu'il nous adresse de temps à autre. Nous passerons donc, pour nous arrêter un instant sur les MALADIES DU CŒUR, DU TUBE DIGESTIF ET DES VOIES URINAIRES.

Le cœur du vieillard est plus volumineux que celui de l'adulte ; le fait est constant. Mais il ne s'ensuit pas du tout que la dilatation du cœur soit liée à l'état sénile proprement dit ; et c'est un exemple bien propre à montrer ce que les faits ont d'insidieux quand on les dépouille de leur signification étiologique. Le cœur se dilate sous les efforts qu'il fait chaque jour pour vaincre les obstacles qui entravent le jeu de la circulation. Mais que les obstacles se multiplient à l'excès ou ne soient pas trop résistants, et le cœur, comme les autres muscles, s'atrophiera avec l'âge. Aussi ne faut-il pas observer longtemps dans un hôpital de vieillards, pour rencontrer dans les autopsies des cœurs petits, minces, comme ratatinés, qui semblent parfaitement en harmonie avec tous les autres caractères de la cachexie sénile. Bien que M. Durand-Fardel ne signale pas expressément ce dernier fait, il reconnaît avec M. Bizot, que *« l'accroissement du cœur n'est pas un phénomène propre à la vieillesse, mais un phénomène constant et continu dans le cours de la vie. »* En vertu de cette disposition qu'a le cœur du vieillard à augmenter de volume, il conserve jusqu'à la fin une grande force de contractilité, et c'est pour cela qu'on trouve si souvent chez des sujets de soixante-dix à quatre-vingts ans et plus, le ventricule gauche entièrement revenu sur lui-même. Mais nous ne saurions accorder à M. Cruveilhier, malgré toute notre déférence pour son autorité, que ce soit là un argument décisif contre l'existence de l'*hypertrophie concentrique*. Nous croyons même avoir contribué, avec M. Valleix, à démontrer positivement le contraire (*Gaz. méd.*, 1844). Signalons enfin, dans l'impossibilité de nous arrêter aux détails, un caractère général des affections cardiaques chez les personnes âgées : c'est le faible degré des troubles fonctionnels relativement aux altérations organiques ; l'absence de palpitations et de dyspnée, malgré des changements considérables dans l'épaisseur des parois cardiaques ou dans les dimensions des cavités. Cette remarque, qui ne s'applique, bien entendu, qu'à la généralité des cas, est de M. Durand-Fardel, et nous la croyons très exacte.

Les maladies de l'abdomen sont loin d'avoir chez le vieillard la même importance que celles du cerveau et surtout des voies respiratoires ; mais elles reçoivent aussi de l'état sénile certains caractères qui les différencient des maladies analogues de l'adulte. L'auteur résume très bien et les conditions organiques ou dynamiques dans lesquelles les progrès de l'âge placent les viscères abdominaux, et l'influence physiologique et pathologique de ces conditions. En outre, il entre dans des détails entièrement nouveaux sur plusieurs états morbides, tels que l'ulcération intestinale, l'entérite aiguë, la dysphagie sénile, etc. On rencontre en effet très souvent, chez le vieillard, des ulcérations intestinales multiples, siégeant principalement dans le colon, et qui donnent la clef de ces diarrhées répétées auxquelles l'expose le moindre écart de régime. Ce symptôme est parfois le seul qui permette de soupçonner des désordres aussi graves et qui exerceraient certainement la plus funeste influence sur la santé générale d'un adulte. Peu de personnes aussi se font une idée nette de cette forme d'entérite que rappelle l'auteur et que M. Day décrit sous le nom de choléra anglais (*English cholera*). Les vieillards sont pris tout à coup, ou après quelques jours d'anorexie et de malaise, de ce qu'on a coutume d'appeler autour d'eux une *débâcle*. La débâcle consiste dans la sortie subite, en une ou plusieurs fois, d'une énorme quantité de matières fécales, presque toujours avec vomissements. L'organisme en est tellement ébranlé, que, le plus souvent, le malade perd connaissance aussitôt et achève l'évacuation dans son lit ; et il est parfois difficile, quand on survient au milieu de la crise, de décider si une congestion cérébrale n'en a pas été le point de départ. La secousse passée, le sujet garde pendant fort longtemps une grande faiblesse. Ces accidents se renouvellent d'ordinaire à des époques de plus en plus rapprochées, jusqu'à ce que, laissant après eux de la fièvre et condamnant au lit, ils exposent à la congestion passive du poumon, qui constitue alors une complication mortelle. La *constipation* aurait peut-être dû trouver une place à part dans le *Traité*, d'autant plus qu'elle se relie, comme cause et comme effet, à des conditions anatomiques d'une réelle importance. Volontiers aussi, nous engagerions l'auteur à accorder, dans une nouvelle édition, un peu plus d'espace aux maladies du foie. L'influence de l'âge sur cet organe nous semble assez considérable, et le grand rôle qu'il joue dans l'économie doit lui mériter une attention particulière.

Enfin, l'auteur n'a pas cru devoir exclure de son traité les MALADIES DE L'APPAREIL URINAIRE ; mais n'ayant pas sur ce sujet l'expérience nécessaire, il a appelé à son aide un confrère dont le nom est attaché avec honneur à cette branche de la chirurgie : nous voulons parler de M. le docteur Phillips. Ce procédé d'assistance mutuelle, qui entre de plus en plus dans nos habitudes, ne saurait être trop encouragé, puisqu'il tourne directement à l'avantage du livre. L'espace nous manque absolument ; nous ne pouvons que recommander au lecteur un exposé bref et succinct de ce qu'on sait de plus certain sur l'hypertrophie de la prostate : la stagnation, la rétention et l'incontinence d'urine ; le catarrhe vésical. L'article relatif au traitement de ces maladies, disposé sur le même plan que tous les articles de thérapeutique contenus dans l'ouvrage, c'est-à-dire éclairant de vues générales l'ensemble des indications particulières, se recommande par son caractère tout à fait rationnel et pratique. Ajoutons que le chapitre ne se ressent en aucune manière des regrettables luttes dont cette partie de la science a coutume d'être le théâtre.

A. DECHAMBRE.

VI.

COMPTES RENDUS

DES

TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1854. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

1° Des lettres de remercîments de M. Rayer, membre honoraire; de M. Bence-Jones (de Londres), Rubio (de Madrid), Riberi (de Turin), Bô (de Gênes), membres correspondants étrangers; de M. Bardinet, membre correspondant national, et de M. Cazalis, membre titulaire.

2° Des demandes de titres de membres titulaires, adressées par MM. Hérard, E. Baudrimont et Campmas. Elles ont été appréciées par le bureau, qui propose de les accueillir.

Trois autres demandes, celles de MM. les docteurs Armand, Briaud et Villemin, sont ajournées à la session prochaine.

3° Des demandes de titres de membres correspondants, sollicitées par MM. Izarié (des Eaux-Chaudes), Rérolle (de Bourbon-Lancy), et Girbal (de Montpellier). Elles ont été appuyées par le bureau. Celles de MM. Dufraisse-Chassagne (de Chaudes-Aigues), Drouhet (de Blaye), Veyrat (d'Aix en Savoie), sont ajournées à la session prochaine.

Ouvrages offerts à la Société :

Rapport sur le service médical des établissements thermaux, pour les années 1851 et 1852, fait au nom de la commission des eaux minérales de l'Académie de médecine, par M. le docteur Patissier.

Un ouvrage de M. Pedro-Mario Rubio (de Madrid), intitulé : *Trattado completo de las Fuentes minerales de España*. M. *Lebret* est chargé de rendre compte de cet important traité.

Une brochure concernant les eaux minérales de Viterbe (États romains), par le docteur Armand. Renvoyée à l'examen de MM. *Sales-Girons* et *C. James*.

La Clinique médicale des eaux de Plombières (1re et 2e année), par M. le docteur Lhéritier.

Études thérapeutiques sur les eaux minérales gazeuses salines-ferrugineuses d'Andabre (Aveyron), par M. le docteur Girbal.

Des bains de mer d'Arcachon, brochure, par M. le docteur Emile Pereyra (de Bordeaux).

Des eaux gazeuses alcalines de Soultzmalt (Haut-Rhin), brochure et notice, par M. le docteur Bach (de Strasbourg).

Notice sur les eaux amères de Friedrichshall, et leur emploi, par le docteur Bartenstein, à Hildburghausen, adressée à la Société par M. Chevreau, pharmacien à Paris.

M. *le Secrétaire* fait part à la Société d'une lettre circulaire de la Société de médecine du Midi appliquée à l'hydrologie, laquelle convoque à un congrès, qui s'ouvrira à Toulouse le 15 mai prochain, tous les membres du corps médical jaloux d'encourager les progrès de la science hydrologique.

M. *le Président* exprime le regret de ne pouvoir se rendre personnellement au congrès de Toulouse pour y représenter la Société d'hydrologie médicale de Paris; il a l'espoir qu'elle pourra y être représentée par le secrétaire général et le secrétaire des procès-verbaux. M. le président ajoute que si quelques membres étaient désireux de s'associer à cette solennité, le bureau s'empresserait de leur délivrer des lettres d'accréditement. M. le président annonce en même temps que M. le docteur Pouget (de Bordeaux), membre de la Société du Midi et membre honoraire de celle de Paris, est présent à la séance.

M. *Pouget* demande la parole. Après quelques détails sur l'organisation de la Société inaugurée par nos confrères du Midi, l'honorable membre insiste sur l'opportunité d'une fondation qui a obtenu tant de succès dès le début, et il se félicite de voir la Société d'hydrologie médicale de Paris faire fructifier cette idée d'association si profitable pour la science hydrologique. M. Pouget termine en remerciant, au nom de MM. Dassier et Guigneau, et au sien propre, la Société qui leur a conféré le titre de membres honoraires et donné ainsi un précieux gage de confraternité.

M. *le Président* annonce à la Société la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. le docteur Cherest, membre titulaire. Le diplôme de cet honorable confrère sera offert à sa famille par les soins du bureau.

M. le président fait part à la Société de la visite que le bureau a rendue à M. le directeur général de l'agriculture et du commerce, pour lui remettre son diplôme de membre honoraire. M. le directeur général a fait aux membres du bureau l'accueil le plus bienveillant, et il a annoncé à M. le président que l'administration allouait annuellement à la Société d'hydrologie médicale de Paris une somme de deux cents francs, à titre d'encouragement.

Après un rapport de M. *de Laurès*, trésorier, demandant, au nom du bureau, la révision de l'article 26 du règlement, la Société, consultée, adopte à l'unanimité que « la cotisation annuelle » s'élèvera à 30 francs pour chacun de ses membres titulaires » sans exception. Moyennant cette cotisation, chaque membre rece- » vra le journal la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHI- » RURGIE, dans lequel sont publiés tous les travaux de la Société. »

Sur la proposition de MM. *Lambron* et *Patissier*, le bureau étudiera la question d'étendre cet avantage aux membres honoraires et correspondants.

Un scrutin est ouvert pour l'élection de trois membres titulaires et de trois correspondants. MM. *Hérard*, *E. Baudrimont* et *Campmas*, ayant obtenu la majorité des suffrages, sont proclamés membres titulaires de la Société. A l'unanimité, MM. *Izarié*, *Rérolle* et *Girbal* sont nommés correspondants nationaux.

L'ordre du jour appelle la discussion de la question suivante : *Quelle est la composition des vapeurs fournies par les eaux minérales?*

Comme préliminaire à cette discussion, M. *le Secrétaire* donne lecture du passage suivant d'une lettre adressée à M. le président, par M. le docteur Bertrand fils (du Mont-Dore) :

« Je viens de reprendre au laboratoire de Clermont l'examen de l'eau de condensation provenant des vapeurs fournies par nos chaudières du Mont-Dore. Je me suis efforcé cette fois pour ces recherches, et grâce aux bons conseils qu'avait bien voulu me donner M. Thenard pendant son séjour à nos eaux, je me suis efforcé, dis-je, de me placer dans les conditions les plus irréprochables et les plus convaincantes possible. Ainsi, la vapeur condensée était reçue à des orifices suffisamment éloignés de son point d'origine; elle était dirigée, recueillie et condensée dans un appareil clos, au moyen d'un véritable serpentin plongé lui-même dans un bain réfrigérant. Le produit de cette distillation était reçu dans des flacons parfaitement propres. Le liquide à examiner avait donc été soustrait à toute intervention possible de corps provenant de l'extérieur. Ainsi recueilli et par moi-même, j'en ai porté ici plusieurs échantillons pour les examiner à loisir. Dans mon premier rapport à l'Académie de médecine, je donnerai avec détail les résultats obtenus, ainsi que quelques autres données relatives à la présence de l'arsenic dans nos eaux, à ses proportions, et à son mode probable de combinaison, etc. Mais dès aujourd'hui, puisque l'occasion m'en est offerte, je m'empresse de le dire, plus soucieux d'être vrai que de me trouver en contradiction avec moi-même, mes dernières études n'ont en rien confirmé les données fournies par les premiers essais.

» L'eau des vapeurs est pure : cette vapeur ne contient rien autre chose que l'acide carbonique qui se trouvait dissous dans l'eau minérale. Les réactifs les plus sensibles ne m'ont donné aucun signe d'action appréciable. Voilà ce qui résulte de mes dernières recherches, que j'ai lieu de croire, cette fois, concluantes.

» Et pourtant les premiers essais sur l'eau de condensation des vapeurs du Mont-Dore avaient donné des résultats positifs, des signes d'action certaine. A diverses reprises les choses s'étaient reproduites. J'avais *vu certainement;* je n'avais pas rêvé. Où donc saisir la cause de l'erreur?...

» Dans ma pensée, la voici. J'y ai bien réfléchi; je ne puis en imaginer d'autre.

» Depuis l'époque à laquelle remontent mes premiers essais, nos appareils ont été complétement changés. Un nouvel édifice, élégant, tout spécial et destiné exclusivement aux vapeurs, est venu remplacer les anciens locaux devenus insuffisants de tous points. Les anciennes chaudières, immédiatement adossées aux deux petites salles qu'elles devaient desservir, ne s'en trouvaient séparées que par une mince paroi. La vapeur, débouchant dans les salles, se trouvait, par le fait, éloignée à peine de 1m,50 à 2 mètres de son point de départ. Or, par l'ébullition longtemps et vivement soutenue d'une masse liquide ainsi tourmentée, il pouvait se produire des crachements d'eau entraînée à l'état de division extrême par le torrent gazeux qui s'en détachait. Ces gouttelettes, minéralisées comme le liquide qui les fournissait, et venant se mêler à l'eau de condensation, en modifiaient nécessairement la nature et les réactions.

» Dans l'établissement, et avec les appareils beaucoup mieux installés, les générateurs, bien plus puissants, se trouvent, par mesure de précaution, relégués loin des cabinets de douches de vapeurs, et surtout des salles d'aspiration. La vapeur parcourt un trajet long et sinueux avant de parvenir aux issues qui lui sont ouvertes. Dès lors les crachements, l'eau déchirée et enlevée, n'arrivent plus, et la vapeur n'est que de l'eau mêlée d'acide carbonique.

» Telle est mon explication. Je la donne pour ce qu'elle peut valoir, et avec la réserve que doit naturellement s'imposer quelqu'un rendu circonspect par une première erreur. Mais encore une fois, et avant tout, dans mon obscure sphère, je tiens bien moins à avoir raison quand même, qu'à dire ce qui est, ou du moins ce que je crois vrai (1). »

Après la lecture de ce document, M. le président propose à la Société, au nom du bureau, d'ajourner à la session prochaine la discussion sur la question des vapeurs d'eaux minérales; elle demande des expérimentations que plusieurs membres seront en mesure de poursuivre dans l'intervalle. Cette question est d'ailleurs insérée au nombre de celles qui ont été proposées comme motifs d'études.

La Société adopte.

M. *Vulfrand Gerdy* donne lecture du rapport qu'il a fait au nom de la commission instituée pour proposer des vues sur le projet de loi concernant les eaux minérales.

Ce travail est divisé en trois parties :

La première a trait à la conservation des sources;

La seconde à l'organisation médicale et à l'administration des eaux.

La troisième à l'application de l'assistance publique aux eaux minérales.

M. le président fait observer que par deux circonstances particulières (d'une part l'heure trop avancée, et de l'autre la clôture de la session), le rapport important de M. Gerdy ne pourra pas être mis en discussion. Cependant, afin qu'il soit utilisé, le cas échéant, M. le président met aux voix, et la Société adopte à l'unanimité la formule suivante :

« La Société d'hydrologie médicale de Paris adopte comme l'expression générale de ses vœux le rapport lu par M. Gerdy, et autorise le bureau à en faire l'usage qu'il jugera convenable, en le mettant sous les yeux de l'administration supérieure. »

La session de 1853-1854 est terminée.

La première réunion de la session de 1854-1855 aura lieu le 24 novembre 1854.

(1) *Note communiquée par M. Patissier.* — Quelques faits tendent à prouver que les vapeurs d'eaux minérales contiennent les principes actifs de ces liquides : 1° Au Mont-Dore, on a été obligé de remplacer dans les piscines par des portes et des croisées de fer celles qui étaient de bois, et que l'action des vapeurs exhalées par les eaux avait mises hors d'usage; 2° à Aix, en Savoie (et il en est probablement de même dans tous les autres thermes sulfureux), le gaz sulfhydrique qui se dégage des baignoires, des douches, attaque, brûle, métamorphose tous les objets avec lesquels il se met en contact. Notre célèbre chimiste, M. Dumas, a rapporté en 1846, d'Aix, en Savoie, et a montré à l'Académie des sciences, des serrures, des boutons de cuivre, des barres de fer profondément altérées; des rideaux de fenêtre brûlés, réduits en plaques cendrées, ont fourni, par le simple lavage à l'eau distillée, de l'acide sulfurique en nature : cette expérience a été faite sous les yeux de l'Académie; 3° enfin, nous croyons ne pas commettre une indiscrétion en annonçant que M. O. Henry vient tout récemment de constater dans les vapeurs d'eau de Vichy l'iode et d'autres principes constituants.

M. Mêlier se rappelle que M. le docteur Despine présenta, il y a une dizaine d'années à la Société de médecine de Paris, un flacon d'acide sulfurique de 100 grammes environ. Il provenait de vapeurs fournies par les eaux thermales sulfureuses d'Aix, en Savoie.

VII.

VARIÉTÉS.

COURT APERÇU SUR LES MALADIES DE LA TURQUIE SEPTENTRIONALE, par M. H. SANDWITH (1).

(Voir le n° 37.)

La diarrhée est souvent suivie de la *dysentérie*, et cette maladie est une des plus communes du pays. Un cas ordinaire de *dysentérie* est facilement guéri par les remèdes qui sont également efficaces dans la diarrhée; mais j'ai vu des épidémies qui avaient un plus mauvais caractère. Pendant l'automne de 1850, Constantinople fut ravagée par une forme de *dysentérie* dont le plus grand nombre de cas était rebelle à tous les efforts de l'art. La maladie débutait insidieusement. De légères douleurs avec ténesme et des selles sanguinolentes, mêlées de mucus, étaient tous les symptômes qui apparaissaient pendant quelques jours, et que le malade négligeait souvent. Mais même lorsqu'on prenait la maladie au début, et qu'on la traitait d'une manière active, elle n'en poursuivait pas moins sa marche, et après trois ou quatre jours amenait de nombreuses évacuations couleur chocolat, de mauvais caractère, mêlées de fausses membranes et de *débris* de la muqueuse intestinale. A l'autopsie, on voyait les ravages terribles de la maladie : le gros intestin était ramolli, la membrane muqueuse complétement désorganisée, et de larges ulcérations occupaient toute l'étendue du canal intestinal. Je me suis assuré que tous les modes de traitement furent inutilement essayés. Au commencement de l'épidémie, on eut recours à de larges saignées; puis vint le tour du mercure, du cuivre, du bismuth, du nitrate d'argent tant en injections qu'intérieurement, et une foule d'autres remèdes; mais aucun de ces traitements ne fut couronné de succès. Dans cette épidémie, j'eus quelques malades qui guérirent miraculeusement, et qui furent, je pense, de reconnaissants admirateurs de mon art. Mais je dois avouer que j'avais perdu tout espoir, et qu'ils ne durent leur salut qu'à leur forte constitution; car je ne leur ordonnais plus que quelques boissons mucilagineuses insignifiantes. Ces heureuses exceptions étaient suivies d'une convalescence difficile à s'établir; et après avoir gardé leur chambre pendant tout l'hiver, les malades ne recouvraient leur santé que par le changement de la température, ou succombaient, après une convalescence illusoire, par les progrès d'ulcérations chroniques. Espérons que cette terrible maladie n'atteindra que les Russes.

Je puis ajouter que quoiqu'on ait observé quelques cas sporadiques de cette maladie en automne, ils sont loin d'être communs. La forme la plus ordinaire de la *dysentérie* n'est pas au-dessus des ressources de l'art, et le traitement qui semble couronné de plus de succès paraît être, dans les cas peu graves, une saignée locale et le *Dover's Powder;* dans les cas plus graves, on donne, après *déplétion*, du calomel et de l'opium. La fièvre symptomatique, en exceptant certaines épidémies, ne paraît pas être aussi intense que dans les Indes et dans les Tropiques; mais dans les cas graves, l'inflammation et l'ulcération ne sont pas bornées au gros intestin, et peuvent être accompagnées d'abcès du foie.

Le *choléra asiatique* a rarement visité Constantinople; il n'y en a pas eu un seul cas pendant les cinq dernières années, et cette épidémie, lorsqu'elle y exerce ses ravages, n'y présente aucun caractère particulier à la localité. Elle y parut pendant l'hiver de 1846-47, et n'y fut pas aussi violente que dans beaucoup de villes d'Europe. A Constantinople, comme ailleurs, la mortalité était plus forte au début de l'épidémie. Aucun traitement n'eut d'efficacité. Lorsque la mortalité commença à diminuer, avec les nombreuses guérisons arrivèrent des spécifiques infaillibles, qui seront utiles à sa prochaine réapparition.

Il y a parmi les soldats et les marins de la capitale une maladie bien commune : c'est une ulcération de la membrane muqueuse de la bouche, que le docteur Müllig, qui a écrit sur ce sujet, appelle *stomatite cachectique* ou *ulcéreuse*, et qui est caractérisée par la formation rapide d'ulcé-

(1) *Association Medical Journal*, 19 mai 1854.

rations dans la bouche des sujets affaiblis par des maladies antérieures. Les médecins italiens appellent cette affection *scurvy*. Dans cette maladie, la membrane muqueuse de la bouche devient *œdémateuse*, et les parties voisines des dents sont ulcérées ; il y a supersécrétion de salive ; après quoi l'on aperçoit de petites taches circonscrites inflammatoires, qui se changent en petits ulcères indolents, douloureux, et quelquefois très difficiles à guérir. Bien qu'il ne soit pas particulier à Constantinople, cet état aphtheux de la membrane muqueuse est peut-être très commun, spécialement chez les sujets qui ont séjourné longtemps dans un hôpital, ou qui sont tombés dans un état cachectique à la suite de fièvres ou de maladies chroniques. Le traitement de ces affections est inutile à mentionner, puisque, à part quelques médicaments topiques, tout ce qui tend à améliorer l'état général des malades tend aussi à hâter la guérison.

Une maladie très commune, appelée ici *embarras gastrique*, et qui n'est qu'une *dyspepsie aiguë*, cède également à un traitement antiphlogistique ; elle consiste en fièvre, urines fortement colorées, langue rouge sur les bords et rugueuse au centre, sensibilité à l'épigastre, forte céphalalgie, et d'autres symptômes qui paraissent résulter d'un état d'irritabilité et de congestion des parois *stomacales*. On la traite avec succès par quelques sangsues à l'épigastre, eau de riz, boissons mucilagineuses et acide prussique. Cette affection est souvent compliquée d'un ictère causé probablement par l'occlusion des conduits biliaires, conséquence de la congestion de la membrane muqueuse. Cette complication nécessite une légère modification dans le traitement, la nature amenant souvent la guérison par un grand dévoiement.

Les *maladies du foie* ne sont pas fréquentes ; cependant, dans les chaleurs de l'été, on voit quelquefois des congestions actives de cet organe caractérisées par de la douleur et de la pesanteur dans l'hypochondre droit, augmentation de volume de l'organe et *ictère*. La rate est très communément affectée, mais les maladies dont elle est le siége doivent être mises sur le compte des fièvres miasmatiques.

Les maladies des organes thoraciques sont les plus fréquentes ; elles sont dues aux grands et brusques changements atmosphériques que l'on observe pendant la plus grande partie de l'année. La maladie qui atteint le plus fréquemment les militaires est la *bronchite aiguë*, qui est souvent prompte dans ses attaques et très fatale dans ses résultats. Les remèdes employés sont des saignées et l'émétique à haute dose.

La *pneumonie* atteint indistinctement toutes les classes ; elle règne principalement en janvier et en février. On la traite ordinairement par de copieuses saignées, de grandes doses de digitale, l'émétique et le calomel ; mais un médecin allemand de ma connaissance, homme distingué, chargé d'un grand hôpital en Allemagne, m'a dit qu'il avait observé un changement dans le type de cette maladie qui est devenue moins *sthénique* ; et, tenant compte de la nourriture peu azotée du marin, il s'est abstenu dernièrement des saignées, se bornant à donner l'émétique à haute dose, en fortifiant les malades par une nourriture légèrement animale. Il m'a assuré que le succès de ce traitement, bien différent de celui qui est préconisé à Constantinople, était des plus encourageants. La fréquence des cas de *pneumonie double* est vraiment frappante.

Les soldats turcs souffrent souvent pendant quelques jours d'un point de côté sans consulter un médecin, lequel, lorsqu'il est appelé, trouve dans la plèvre une abondante exsudation, mais très peu de fièvre. La résorption de ce liquide ne peut être obtenue par les diurétiques, et le malade succombe presque toujours. Cette forme insidieuse de pleurésie peut être attribuée à une faiblesse de la constitution. Une pleurésie compliquée de pneumonie est peut-être la maladie la plus commune et la plus redoutée des marins grecs qui naviguent dans ces mers. Elle est fréquente dans toutes les saisons, et sous le nom de *punta*, elle jette l'effroi dans le cœur de ses victimes. Aussitôt que le malade sent la douleur de côté et la fièvre symptomatique, il adresse des prières à son saint, à la *Paneia* (vierge) — c'est ainsi que les Grecs appellent la Vierge ; c'est la *Panaggia* des Russes — et s'ouvrant une veine au bras, il en laisse couler une grande quantité de sang. Une large saignée est toujours le seul remède qu'il emploie, et s'il recouvre la santé, ce n'est qu'après une convalescence très longue ; il tombe souvent dans un état cachectique dont il ne peut plus sortir. Un grand nombre de soldats et de marins turcs souffrent des suites de maladies de poitrine.

La *phthisie pulmonaire* n'est certainement pas si fréquente qu'en Angleterre ; cependant, en visitant les hôpitaux militaires, on trouve de nombreuses victimes de cette maladie ; mais on doit bien considérer que la plupart de ces malades sont des conscrits démoralisés et nés sous un climat plus doux et plus méridional. Dans la pratique civile, on en rencontre plus rarement qu'en Angleterre. Les Turcs en ont grand'peur et la croient très contagieuse. S'il s'en présente un cas dans une famille grecque ou arménienne, on a soin de tenir secret le nom de la maladie, pour que la fille puisse trouver un mari, le fils une épouse, et que la famille tout entière ne soit pas désignée comme frappée de cette perte redoutée. Si la mort est l'issue de la maladie, le lit du défunt, et tout ce qui a servi à son usage, est secrètement détruit, tant on redoute la contagion.

Parmi les esclaves nègres, l'affection tuberculeuse est peut-être la maladie la plus commune. Lorsque les Européens en sont atteints, elle prend toujours une forme très aiguë. Le séjour de plusieurs îles de l'Archipel et de quelques parties de la Syrie a la réputation d'être très salutaire pour ceux qui sont affectés de cette maladie des poumons.

Les *maladies du cœur* sont assez fréquentes, comme le donnent à penser les cas nombreux de rhumatisme.

Les *exanthèmes* sont communs, et le plus terrible d'entre eux (la petite vérole) se montre dans la forme la plus grave et la plus dangereuse ; on en trouve la raison dans l'insuffisante propagation de la vaccine, et dans la mauvaise qualité du vaccin dont se servent les vaccinateurs de profession. Il est cependant juste de dire que le gouvernement a, dans ces dernières années, pris soin de répandre dans toutes les parties de l'empire des vaccinateurs à traitement fixe, ce qui n'a pas peu contribué à diminuer l'intensité du fléau. De tous les exanthèmes, la petite vérole et la rougeole sont les plus fréquents. Cette dernière maladie est souvent mortelle lorsqu'elle est accompagnée d'une *bronchite intense*, et bien souvent d'une *pneumonie lobulaire*. D'autres cas sont suivis de *tubercules*. Dans quelques hôpitaux, on a constaté une mortalité de 50 pour 100.

Dans le nord de l'empire, les maladies caractérisées par des *calculs vésicaux* sont rares ; mais au sud du Taurus, surtout dans les villes qui avoisinent le Tigre, elles sont très communes, et les opérateurs du pays, gens ignorants, appelés fréquemment à faire l'opération de la taille, laissent presque toujours leurs malades atteints de fistules incurables.

La *fièvre* est la maladie la plus fréquente de cette partie du monde ; elle s'y présente ordinairement sous les formes rémittente et intermittente. Dans tout l'empire ottoman règnent un grand nombre de fièvres malignes dont plusieurs revêtent une forme anormale. Quelques localités semblent favoriser la propagation du miasme générateur de la fièvre dans toutes les directions ; et j'ai vu et traité toutes les variétés, depuis les rives brûlantes du Tigre jusqu'aux bords marécageux du Danube. Les fièvres malignes ne sont pas très redoutables pendant l'hiver et les mois du printemps, bien qu'il y ait certaines personnes qui, au printemps, sont atteintes d'une simple fièvre tierce sans que l'influence maligne puisse être constatée. Certaines localités sont connues pour être particulièrement exposées à la *malaria*. Andrinople est une ville très malsaine ; aussi est-elle ravagée par des fièvres d'un mauvais caractère ; presque toute la côte de la mer Noire y est également exposée, et dans quelques parties, à l'embouchure des rivières, à Batoum, par exemple, la fièvre est si maligne que les habitants quittent pendant l'été les parties basses de ce pays pour émigrer dans les montagnes. J'ai à peine besoin de dire de quelle importance il serait de désigner des lieux salubres de campement ou de débarquement ; car je n'hésite pas à dire que certains points de cette côte seraient, pour une armée qui y débarquerait au mois de juillet, plus dangereux qu'une armée russe. Les types des fièvres malignes de cette contrée présentent de grandes variétés, dépendant principalement de la constitution des malades, de la quantité de miasmes absorbés, de l'état antérieur du sujet et du traitement. Ainsi une simple forme intermittente négligée passera à l'état dangereux de rémittente avec d'importantes complications dans les organes internes ; quelques individus, pour avoir passé la nuit dans un endroit malsain, seront atteints d'une fièvre tierce plus ou moins grave ; d'autres auront une fièvre très forte de mauvais caractère, compliquée d'ictère ou de symptômes cérébraux, quelquefois même de ces deux accidents réunis ; et peu d'entre eux seront assez heureux pour recouvrer la santé.

On croit généralement et à tort que les fièvres miasmatiques ne se montrent que dans le voisinage des marais. Il est vrai qu'on en trouve toujours dans ces localités ; mais il est bien constaté que les miasmes sont surtout à redouter dans les lieux rapidement desséchés par un soleil ardent. Je me rappelle avoir campé avec deux Anglais et une petite tribu arabe dans une plaine située à deux milles du lit desséché du *Tigre*, près de *Mossoul*. Cette plaine avait été submergée au printemps de l'année courante, et, dans ce moment, elle était entièrement desséchée et couverte d'un sable mouvant sous lequel, à une grande profondeur, on trouvait des matières calcaires et de la pierre à chaux. La végétation y était rare ; ce n'était en grande partie que des bruyères sèches (*dry camel thorn*). Bientôt la fièvre fit invasion parmi nous, et le plus fort de mes compagnons fut atteint, ainsi que moi-même, du type quotidien ; le troisième, d'une constitution délicate et maladive, jouit d'une entière immunité, tandis que les Arabes les plus robustes furent pris d'une fièvre maligne et succombèrent en peu de jours. Je puis faire observer qu'ils se nourrissaient de pain, de laitage, et mangeaient une grande quantité de concombres et de melons. On trouve dans le voisinage d'Erzeroum un marais qui ne se dessèche jamais ; il est situé à 6,000 pieds au-dessus du niveau de la mer, et la fièvre n'y règne jamais ; les Européens peuvent impunément s'y livrer au plaisir de la chasse à la bécassine pendant plusieurs heures et sous un soleil ardent.

Les rives du Danube sont fatales à un grand nombre de nos marins ; il en arrive tous les ans à Constantinople dans un état désespéré. J'ai traité beaucoup de ces pauvres gens, et il m'a paru qu'il n'y avait de véritablement en danger que ceux qui avaient été négligés. Quelques-uns mouraient avant d'être à Constantinople ; d'autres y arrivaient moribonds ou dans un état presque désespéré ; le plus grand nombre étaient atteints d'une fièvre tierce ou quotidienne. Le corps de ces malheureux était couvert d'ulcères, résultat de la piqûre de moustiques, qui sont en grand nombre sur les bords du Danube ; cela augmentait leurs souffrances. Je puis assurer, d'après ma propre expérience, que ces maladies sont curables, même dans les cas les plus désespérés. Les organes abdominaux sont presque toujours remplis et engorgés d'un sang corrompu, et je n'ai eu qu'à me louer d'une application de dix à vingt sangsues à l'anus, et, lorsque le temps et les circonstances me le permettaient, de l'administration de l'huile de castoréum. Lorsque le système de la veine porte est ainsi dégagé, la quinine fait des merveilles. Quelques malades, qui paraissaient en grand danger pendant la période de froid, ont en quelque sorte été arrachés à la mort par une administration à temps de quinine, eau-de-vie, bouillon, et des frictions faites avec des embrocations stimulantes sur la colonne vertébrale. Je donne fréquemment la quinine à la dose de dix grains toutes les deux heures. Je dépasse rarement cette quantité, qui paraît suffisante dans ce cas, bien que je ne craigne pas d'en donner davantage ; car je n'ai jamais observé d'autres accidents qu'une surdité temporaire, à la suite de l'administration d'une plus grande quantité de cette substance. Je ne l'ai jamais ordonnée que lorsqu'elle m'a paru bien nécessaire ; aussi ne puis-je en parler avec l'autorité d'un homme qui en a expérimenté les effets sur l'homme sain. Dans les cas graves de fièvres de marais, le diagnostic est souvent difficile, et il n'est pas toujours aisé de les distinguer du typhus ; cependant, quand on a l'habitude des deux maladies, on se trompe rarement. La partie pharmaceutique du traitement de nos fièvres est toujours assez simple ; cela est souvent nécessaire dans l'intérieur du pays. Je n'administre jamais le mercure, et, sans contester les propriétés qu'on lui accorde dans la matière médicale, je mets toutes mes espérances de succès sur la quinine, les sangsues, la phlébotomie, un régime bien dirigé et des soins intelligents. Je dois ajouter cependant que je me suis quelquefois passé de la saignée ; mais pour cela il faut avoir une grande habitude de la maladie et des indications particulières. Lorsque la tête n'est pas libre, symptômes souvent très sérieux, l'ouverture de l'artère temporale et des applications froides sur le cuir chevelu rasé sont de bons moyens à employer ; mais s'il survient du froid et du collapsus, on doit toujours appliquer des bouteilles remplies d'eau chaude sur l'épigastre et aux pieds, et donner du vin et de l'eau-de-vie en quantité raisonnable. Tous ces symptômes sont souvent accompagnés d'ictère, de hoquet, de vomissements, avec ou sans sensibilité de l'abdomen, et de diarrhée. Une saignée locale est alors nécessaire, et une application de sangsues paraît être le meilleur moyen d'extraire le sang sans préjudice pour le fluide vital. J'ai rarement vu de complications franchement inflammatoires, et je regarde ces symptômes comme étant l'effet d'une congestion de sang corrompu vers des organes dont les fonctions sont ainsi gênées ou suspendues. Dans ces cas, la tête est toujours fâcheusement influencée par la circulation du sang corrompu. A l'*autopsie*, c'est dans les organes abdominaux qu'on trouve les plus grands désordres : le *foie* est quelquefois engorgé ; la *vésicule biliaire* est remplie d'une bile épaisse et noirâtre ; les membranes muqueuses sont injectées, et la rate fréquemment ramollie. Les ventricules du cerveau sont souvent remplis par une extravasation aqueuse.

Nous avons souvent à traiter des malades atteints d'une diarrhée chronique depuis quelques mois, compliquée de quelques attaques de fièvre intermittente. Les forces des malades sont prostrées ; il y a un grand amaigrissement. En s'informant du traitement qu'ils ont suivi, on apprend qu'on a employé les astringents et de grandes doses d'opium. S'il n'existe pas de tubercules dans les poumons, je n'hésite pas d'appliquer des sangsues à l'anus, et à recommander un régime très sévère pendant quelques jours. Il est rare que ce traitement ne soit pas suivi d'une guérison complète. Dans ces cas, on trouve de la sensibilité autour de l'ombilic ; les selles sont foncées et de mauvais caractère, alternant avec des évacuations jaunâtres et aqueuses ; l'appétit est capricieux, la langue rouge et humide. La rate et le foie sont souvent engorgés.

On est étonné de voir quelques individus, chez lesquels la quinine semble avoir perdu toute efficacité, résister pendant plusieurs années à des attaques répétées de fièvre intermittente. Le meilleur remède de l'état cachectique, accompagné souvent d'anasarque, dans lequel tombent ces personnes, est le changement de climat, la quinine, le fer, et des douches, qui sont un excellent adjuvant. Les marins turcs, qui sont choisis presque tous parmi les habitants des bords de la mer Noire, ont généralement la rate très volumineuse.

Les maladies épidémiques sont fréquentes, surtout au printemps, mais la mortalité n'est pas grande et n'enlève que les vieillards.

Le *rhumatisme* est une des maladies les plus communes du climat, ce que l'on comprendra facilement en songeant aux brusques alternatives de froid et de chaud. Il se montre ordinairement sous la forme d'une affection soudaine et sthénique des gaînes des grands muscles, et on le guérit facilement par une saignée et une médication antiphlogistique générale. Pendant les mois de pluie, on a souvent l'occasion d'observer de fortes attaques de fièvre rhumatismale, et le traitement ordinaire de cette affection, qui a généralement une forme sthénique, consiste dans une copieuse saignée, les purgatifs et l'administration de la poudre de Dower. On observe aussi, mais rarement, une autre forme chronique correspondant à la maladie décrite par le docteur James Bird sous le nom de *rhumatisme asthéno-cachectique*. Nous croyons qu'il n'y a pas une grande différence soit dans la maladie, soit dans le traitement, entre le rhumatisme de ce climat et celui qu'on observe en Angleterre. Ici cependant on voit plus fréquemment des cas d'inflammation aiguë des gaînes musculaires, qui cèdent promptement à un traitement antiphlogistique.

Sauf quelques localités placées dans des conditions exceptionnelles, le nord de l'empire ottoman présente moins de *maladies des yeux* que l'Europe septentrionale.

Les habitants du pays présentent une remarquable immunité pour les *maladies du cerveau*. Peut-être est-ce parce qu'ils sont sujets aux flux hémorrhoïdaux ; mais c'est dans leurs habitudes de sobriété qu'il faut surtout en chercher la raison.

Autant que j'ai pu l'observer, les plaies de toute espèce guérissent rapidement lorsqu'on ne les panse pas, comme on le voit souvent, avec des onguents stimulants.

Comme je ne veux pas donner une trop grande extension à cet article, je me bornerai à la seule mention de ce mot redouté de *peste*, maladie que Constantinople n'a pas vue depuis douze ans. Je n'en ai jamais vu un seul cas, mais j'en ai entendu beaucoup parler ; et l'opinion des neuf dixièmes de ceux qui l'ont observée est en faveur de ses propriétés contagieuses. Il existe de vastes établissements de quarantaine ; mais les règlements en sont si peu observés, que je ne crois pas que ce soit à cette mesure européenne que nous devions la préservation du fléau, bien que depuis qu'ils sont établis, on ne l'ait pas vu apparaître.

En ce moment, nous entendons dire qu'une espèce dangereuse de typhus exerce ses ravages dans les armées ottomanes en Europe et en Asie. Nous savons tous qu'il y a une grande ressemblance entre le typhus de mauvais caractère et la peste, et, vu le mauvais service de santé des armées turques, il est malheureusement à craindre que cette terrible maladie ne se montre encore dans les troupes.

A Constantinople, comme dans toutes les grandes villes, il y a beaucoup de maladies vénériennes ; elles n'offrent rien de remarquable ; notons cependant que le chancre induré est rare, et que les accidents secondaires apparaissent rarement. Les Turcs l'appellent le *mal français*, et cette affection n'entraîne pas le déshonneur.

La gonorrhée est aussi très commune, et le rhumatisme gonorrhéique est loin d'être rare.

CHOLÉRA. — Voici le mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine depuis le 21 juin :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 22 juin. . .	27	16	43	8	17
23.	30	14	44	6	24
24.	24	9	33	10	17
25.	45	6	51	8	30
26.	27	10	37	9	34
27.	39	10	49	8	15
28.	30	12	42	9	17
29.	45	15	60	20	27
30.	29	7	36	9	24
Le 1er juillet. .	38	11	49	17	22
2	34	13	47	22	22
3	32	14	46	20	28
4	24	9	33	13	22
5	22	11	33	25	19
Résumé de 14 jours .	446	157	603	184	318

Situation au 5 juillet : Cas traités depuis novembre. . . . 3,199

Sorties . . . . . . 1,166 }
Décès . . . . 1,688 } 2,854

Il reste en traitement 345

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. — PARIS, 14 JUILLET 1854. — N° 41.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Paris, le 13 juillet 1854.

Monsieur le rédacteur,

Plusieurs journaux de médecine, faisant allusion aux améliorations qui vont être introduites dans l'institution des officiers de santé, ont avancé qu'elles auraient pour conséquence d'affranchir les médecins du second ordre de l'obligation de subir de nouveaux examens quand ils voudraient s'établir dans un autre département que celui pour lequel ils se seraient fait recevoir. Il est bien vrai qu'on s'occupe d'imposer aux candidats pour le titre d'officier de santé une scolarité plus sérieuse et des examens plus forts que par le passé ; mais je suis autorisé à affirmer que les réformes projetées ne touchent en rien aux conditions actuelles de la pratique médicale. Elles ne pourraient donc conférer aux officiers de santé un privilége que la loi réserve aux docteurs en médecine : celui d'exercer l'art de guérir sur tous les points du territoire français.

Agréez, etc.

BÉRARD,
Inspecteur général de l'enseignement supérieur.

I.

Paris, ce 13 juillet 1854.

DE QUELQUES EXPÉRIENCES SUR LES POISONS. — DU CURARE, DES VENINS, DE L'OPIUM, DE LA BELLADONE.

Le lecteur se souvient sans doute de la communication intéressante faite par M. Claude Bernard à l'Académie des sciences, dans sa séance du 14 octobre 1850. Il s'agissait de recherches expérimentales faites, de concert avec M. Pelouze, sur le *curare*, poison violent préparé par quelques-unes des peuplades des bords de l'Orénoque, du Rio-Negro et de l'Amazone. Le curare, extrait aqueux d'une plante de la famille des strychnées, offre avec les venins cette remarquable propriété, qu'il peut être impunément ingéré dans le tube digestif des animaux, tandis, au contraire, qu'il détermine très rapidement la mort lorsqu'il est introduit par piqûre dans le tissu cellulaire sous-cutané ou lorsqu'on l'injecte dans les vaisseaux. Dans ses curieuses expériences, M. Bernard avait en outre remarqué que les animaux qui succombaient à l'action du poison présentaient un anéantissement complet de toutes les propriétés du système nerveux. L'excitation mécanique ou chimique des nerfs, celle des muscles, ne donnaient lieu à aucun mouvement dans les parties excitées, et l'on sait que, chez les animaux qui succombent brusquement de toute autre manière, les parties conservent pendant un certain temps (surtout pendant qu'ils sont encore chauds) la propriété de réagir sous l'influence des excitants. Cette particularité constitue encore une analogie de plus avec le venin de la vipère, lequel, d'après les expériences de Fontana, amène pareillement sur les animaux qui succombent à son action une cessation brusque des propriétés du système nerveux.

Les expériences de M. Bernard ont encore démontré que l'innocuité du curare introduit dans les voies digestives ne doit pas être attribuée à une modification ou à une sorte de digestion que le poison éprouverait sous l'influence des sucs de la digestion, avant d'être porté dans les voies de l'absorption. Du curare, mis en digestion pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures dans du suc gastrique, à une température de 37 à 40 degrés centigrades, n'a en effet rien perdu de ses propriétés. Ce liquide, introduit par piqûre sous la peau des animaux, a déterminé absolument les mêmes effets que le curare lui-même.

Si l'on fait avaler du curare avec les aliments à un chien porteur d'une fistule gastrique, le liquide qu'on retire au bout de quelque temps de l'estomac offre toutes les propriétés toxiques d'une dissolution de curare. M. Bernard tire de ses expériences la conclusion que si le curare, introduit dans le tube digestif, n'empoisonne pas les chiens, c'est qu'il n'est pas absorbé par la membrane muqueuse. La membrane muqueuse de l'intestin n'est pas, d'ailleurs, la seule qui soit en quelque sorte réfractaire à cette absorption ; la muqueuse de

la vessie, celle des fosses nasales, celle des yeux, présentent la même résistance. Une seule membrane muqueuse paraît faire exception : c'est la membrane pulmonaire; elle se comporte, relativement à l'absorption du curare, exactement comme le tissu sous-cutané lui-même, et la mort survient avec la même rapidité.

Le curare vient d'être le sujet de nouvelles expériences, communiquées à l'Académie des sciences, dans sa séance du 3 juillet dernier, par M. Alvaro Reynoso. Ce qui a surtout préoccupé cet expérimentateur, c'est la détermination des substances qui, mélangées au curare, ont la propriété d'en atténuer les effets ou même de paralyser son action. La ressemblance qui existe entre le curare et le venin des serpents lui a fait penser que les substances qui détruisent les propriétés toxiques du curare doivent agir de la même manière sur les venins et anéantir pareillement leurs redoutables effets. A l'expérience seule il appartiendra de décider si cette assimilation est parfaitement exacte ; mais, ces réserves faites, il n'en est pas moins vrai que le travail de M. Reynoso offre un haut intérêt pratique, en particulier pour la médecine des pays chauds.

L'animal sur lequel M. Reynoso a fait ses expériences est le cochon d'Inde. La dose de curare employée est de 0gr.,06 ; le curare, trituré avec la substance d'épreuve, est introduit sous la peau.

6 centigrammes de curare (1) mélangés avec 5 décigrammes d'iodure de potassium et 4 décigrammes d'iode dans 8 centimètres cubes d'eau, ont déterminé la mort de l'animal seulement au bout de vingt ou de vingt-huit minutes. Dans une autre expérience du même genre, l'animal a résisté six heures. M. Reynoso fait un mélange de 6 centigrammes de curare, de 4 décigrammes d'iode et d'une quantité suffisante d'alcool. L'animal ne succombe qu'au bout d'un long temps ou bien même il survit. De ces expériences, M. Reynoso conclut que, si l'iode ne détruit pas le curare, du moins il l'altère; et en second lieu, que la dissolution alcoolique d'iode a un effet plus prononcé que la dissolution aqueuse opérée à l'aide de l'iodure de potassium.

L'hypochlorite de soude, mélangé au curare, ralentit aussi les phénomènes d'empoisonnement, mais d'une manière moins marquée que l'iode.

Les véritables contre-poisons du curare, d'après M. Reynoso, sont le chlore et le brôme. 6 centigrammes de curare triturés avec de l'eau de chlore, à laquelle on ajoute un peu de carbonate de soude et quelques gouttes d'hyposulfite de soude, de manière à donner au liquide une réaction alcaline, ne déterminent aucun accident chez les cochons d'Inde. 6 centigrammes de curare triturés avec 10 gouttes de brôme et 7 centimètres cubes d'eau, à laquelle on ajoute aussi un peu de carbonate de soude et quelques gouttes d'hyposulfite de soude, ont perdu également leur propriété toxique. Le brôme et le chlore détruisent donc, suivant M. Reynoso, les propriétés du curare. Le brôme présente sur le chlore l'avantage d'être d'une conservation facile et de pouvoir être employé immédiatement. C'est d'ailleurs un caustique actif, et il y aurait, suivant l'auteur, un grand avantage à l'employer pour la cautérisation de toutes les plaies vénéneuses. Nous ajouterons qu'il ne serait pas sans intérêt de rechercher si le brôme, mélangé au virus rabique, aurait aussi la propriété d'en arrêter les funestes effets. Mais comme le brôme est une substance toxique par elle-même, il doit être employé avec ménagement. Quant à l'acide sulfurique, à l'eau de chaux, à la potasse caustique et à l'ammoniaque, ces diverses substances ne retardent que peu les effets du curare et n'empêchent pas l'empoisonnement.

M. Reynoso termine sa communication par une dernière expérience, qui n'est pas la moins curieuse de celles que nous avons rapportées, et qui ajoute encore aux propriétés mystérieuses du curare. Le curare, nous l'avons dit il y a un instant, est rapidement absorbé par le poumon. Il ne paraît pas en être de même pour les branchies. Un poisson a vécu quatre jours dans un kilogramme d'eau où l'on avait mis 6 décigrammes de curare : au bout de ce temps on lui fait une petite blessure, et il meurt huit minutes après avoir été remis dans l'eau contenant le curare.

— Nous rapprocherons de ces faits quelques expériences entreprises dernièrement par M. Lauder Lindsay, et consignées dans l'*Association Medical Journal* de Londres (numéro du 9 juin 1854). Ces expériences tendent à établir que, en ce qui concerne l'influence des poisons sur l'économie animale, il faut mettre une certaine réserve dans l'application à l'espèce humaine des résultats obtenus sur les animaux. Dans les expériences dont nous parlons, le chien s'est, en effet, montré moins sensible que l'homme à l'action de certains poisons ; à celle, par exemple, de l'opium, de la belladone et de leurs principes actifs. Un chien auquel on injecte dans l'arrière-bouche 4 grammes de teinture d'opium n'éprouve que des signes peu sensibles d'intoxication, et revient promptement à son état normal. Un autre chien reçoit par la même voie 12 grammes de la même teinture, puis, une heure après, 4 grammes d'une solution de chlorhydrate de morphine. Le jour suivant, il est vrai, il se plaint, refuse la nourriture et reste couché dans un coin ; mais on peut le réveiller facilement et sa pupille n'est pas contractée ; au bout de deux jours il est tout à fait bien portant. On fait prendre à un autre chien 3 décigrammes de chlorhydrate de morphine dissous dans l'alcool ; le lendemain on lui fait prendre une dose semblable : il n'y a que peu d'assoupissement, point de contraction de la pupille, et le chien se rétablit promptement. On introduit simultanément à un chien 8 grammes de teinture de belladone dans la bouche, et 8 grammes de la même teinture par l'anus, sans que le chien paraisse en ressentir d'effets bien marqués.

Nous ferons observer que les expériences dont nous parlons (bien qu'elles établissent que les chiens sont moins sensibles que l'homme à l'action des préparations d'opium et de belladone) ne sont pourtant pas complètes. Il est à regretter que l'expérimentateur n'ait pas fait des essais comparatifs sur les divers modes d'administration des substances sur lesquelles il a opéré. Il est plus que probable, en effet, que l'injection de la teinture d'opium ou de belladone dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou dans les vaisseaux, donnerait des résultats différents.

M. Lauder Lindsay, pour donner à ses expériences un véritable caractère scientifique, aurait dû également administrer des préparations opiacées et belladonées à ses animaux, aux diverses époques de la *période* digestive. Il est certain, en effet, que l'espace de temps qui s'est écoulé depuis le *dernier* repas de l'animal a, sur la rapidité de l'absorption, et par conséquent aussi sur les phénomènes de l'empoisonnement, une influence capitale. Les expériences de M. Erichsen ont établi depuis longtemps, en effet, que le *moment* de l'administration d'une substance par le tube digestif est, de toutes les conditions de l'expérience, la plus importante quant à ce qui concerne la rapidité du passage de cette substance dans

(1) Six centigrammes de curare employés purs suffisent pour déterminer la mort d'un cochon d'Inde en moins d'une minute.

l'urine, et par conséquent la rapidité de l'absorption. Il y a sous ce rapport des différences de une à quarante minutes. Ainsi du ferrocyanure de potassium, administré chez l'homme, à jeun depuis onze heures, se montre dans l'urine au bout d'une minute ; lorsque l'intervalle entre le repas et l'expérience n'est que d'une heure et demie, il faut six minutes à la substance pour apparaître dans l'urine ; lorsque le ferrocyanure est administré deux minutes après le repas, le même phénomène n'a lieu qu'au bout de trente ou quarante minutes.

Dans ses expériences, M. Lauder Lindsay ne nous dit pas quel espace de temps s'est écoulé entre le moment du repas et celui de l'administration de la substance d'épreuve ; cela laisse quelque chose à désirer dans les résultats.

Chez l'homme, certaines substances toxiques ingérées, même en quantité assez considérable, ne déterminent parfois que des accidents passagers d'empoisonnement ; tandis que, d'autres fois, des doses beaucoup moindres sont suivies de la mort, malgré les efforts du médecin. Il est probable que dans ces cas (indépendamment des autres conditions qui peuvent accélérer ou retarder l'absorption, et il en est de plusieurs sortes), il est probable, dis-je, que le moment de la période digestive est ici la condition qui prime toutes les autres. La voie intestinale n'est donc pas une voie uniforme d'absorption ; elle n'est pas non plus une voie d'absorption aussi prompte que le tissu sous-cutané, ou que le derme dépouillé de son épiderme. En outre, chez quelques animaux, les parties supérieures du tube digestif (estomac du cheval, par exemple), n'absorbent qu'avec une très grande lenteur. Il est d'ailleurs des substances qui sont peu ou point absorbées par l'intestin (curare, et d'autres peut-être), tandis que toutes les substances solubles passent rapidement par absorption, lorsqu'on les porte sous la peau, ou même sur le derme dépouillé de son épiderme. Lorsque le médecin veut faire pénétrer une substance dans l'économie, *sûrement et promptement*, il ne doit pas oublier que le tissu sous-cutané est celui qui lui présente les voies les plus certaines et les plus rapides.

Jules Béclard,
Agrégé à la Faculté de médecine.

Le débat sur les déviations utérines a encore donné lieu, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, à deux discours importants : une lecture de M. Amussat et une improvisation de M. Malgaigne, l'une des plus brillantes que nous ayons entendues. Quand M. le rapporteur aura pris la parole, ce qu'il fera sans doute mardi prochain, nous nous proposons de présenter quelques remarques sur l'ensemble de la discussion.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Des rétrécissements commençants de l'urètre, et de la blennorrhée qui les accompagne, par M. J. Rollet, chirurgien en chef désigné de l'Antiquaille. (Mémoire présenté à la Société de médecine de Lyon.)

Suite et fin. — Voir les numéros 34, 36 et 38.

Traitement.

Nous venons de voir que la blennorrhée est le symptôme à peu près unique des rétrécissements commençants. C'est elle aussi qui, par sa ténacité, ses récidives et ses exaspérations fréquentes, fait toute l'inquiétude des malades. C'est pour elle seule qu'ils viennent réclamer les conseils de leurs médecins. Lorsqu'on a reconnu sa nature, sa cause ; lorsqu'on sait qu'elle est entretenue par une coarctation, on a bien vite établi le traitement qu'il convient de lui opposer. Nul doute qu'il ne faille avant tout s'occuper de la lésion, le symptôme n'étant que secondaire. Mais les méthodes applicables aux rétrécissements anciens conviennent-elles également à ceux qui commencent? C'est ce que nous allons examiner.

Les principaux moyens de traitement qui sont mis en usage contre les rétrécissements peuvent être compris dans les trois méthodes générales : la cautérisation, l'urétrotomie, et la dilatation. On a écrit des volumes sur chacune de ces méthodes. Je n'en dirai ici que quelques mots.

La *cautérisation*, méthode très ancienne, puisqu'elle remonte au XVIe siècle, a eu successivement, en Angleterre du temps de Hunter, et en France du temps de Ducamp, un véritable succès d'enthousiasme. Aujourd'hui elle est à peu près complétement abandonnée. S'il est vrai que le tissu des rétrécissements est surtout caractérisé par sa tendance à la rétraction ; s'il n'y a dans la partie rétrécie du canal, au moins dans la généralité des cas, aucune induration à détruire par une cautérisation profonde ou à faire résoudre par une cautérisation plus superficielle, dans quel but emploierait-on le caustique? Dira-t-on qu'il a pour effet immédiat d'assouplir les tissus et de les rendre plus extensibles? C'est possible ; mais n'a-t-il pas pour dernier résultat de les durcir et d'en déterminer la rétraction? Le meilleur moyen de fermer ou de rétrécir une ouverture anormale, c'est d'y pratiquer une ou plusieurs cautérisations. Cependant je ne repousse pas la cautérisation d'une manière absolue. Elle est applicable à quelques rétrécissements exceptionnels constitués par ce tissu fongueux ou même induré dont j'ai proclamé ici la rareté, sans toutefois en nier complétement l'existence, tissu qui peut être utilement modifié par le caustique. Elle est encore applicable à d'autres cas, mais moins pour guérir que pour prévenir la coarctation.

J'ai montré plus haut que la plupart des rétrécissements qui succèdent à la blennorrhagie sont dus à la localisation, et surtout à la persistance de la phlegmasie urétrale. Pratiquée à cette époque sur les points ulcérés ou même atteints d'inflammation chronique simple, la cautérisation peut cicatriser l'ulcération ou mettre un terme à la phlogose. Dans le premier cas, elle permet à l'ulcération, si celle-ci est encore superficielle, de se recouvrir d'un épithélium cicatriciel non rétractile, comme la peau après les brûlures du second et même du troisième degré ; dans le second, elle s'oppose à ce que l'inflammation, en se prolongeant, frappe la muqueuse ou peut-être les tissus albuginés sous-muqueux de cette atrophie progressive, de cette rétractilité morbide dont le rétrécissement du canal est le résultat.

Tant qu'il n'y a qu'érosion ou inflammation chronique, il est donc permis, il est même indiqué de cautériser légèrement. C'est là une opération bien simple à exécuter, lorsque le diagnostic a été porté avec précision. Je l'ai pratiquée un très grand nombre de fois ; assez souvent j'ai vu la blennorrhée cesser, et j'ai pu prévenir une coarctation imminente.

Enfin la cautérisation est indiquée lorsque après l'effacement du rétrécissement il reste quelques points douloureux dans le canal, surtout dans la région prostatique, où la maladie, propagée aux conduits de la glande, peut entretenir longtemps encore la blennorrhée. Je reviendrai plus loin sur ce traitement, qui n'est, en quelque sorte, que consécutif.

L'*urétrotomie* comprend une foule de procédés, dont deux seulement sont souvent usités, la scarification et l'incision profonde. Cette méthode est aussi ancienne que la précédente, mais c'est seulement de nos jours qu'Arnott, en Angleterre, et M. Amussat, en France, l'ont jusqu'à un certain point vulgarisée en la rendant plus facile et plus régulière au moyen d'instruments spéciaux de leur invention. Depuis cette époque, les urétrotomes n'ont pas manqué, et la section des rétrécissements est devenue une opération des moins compliquées de la chirurgie.

La *scarification* mérite-t-elle tous les éloges qu'on lui a donnés? Après qu'on a coupé le tissu d'un rétrécissement, nul doute qu'on ne puisse le franchir avec les sondes les plus volumineuses; mais la plaie qu'on a faite à l'urètre ne tarde pas à se cicatriser, et l'on n'a donné au rétrécissement qu'une élongation momentanée. Le résultat n'est qu'une cicatrice linéaire interposée dans le tissu du rétrécissement. Bien plus, si l'on combine la scarification avec la dilatation, les deux méthodes réunies sont plus souvent suivies de récidives que la dilatation seule. Rien de plus facile à comprendre. Un rétrécissement non scarifié est-il soumis à la dilatation, c'est le tissu du rétrécissement qui est distendu, allongé, et ramené aux dimensions normales du canal; s'il y a récidive, c'est sur ce tissu qu'une nouvelle rétraction s'opère. Au contraire, lorsqu'on dilate un rétrécissement préalablement scarifié, le tissu malade n'éprouve aucune élongation réelle; c'est entre les lèvres de la plaie que se fait l'écartement, c'est-à-dire sur un point où va bientôt s'établir une cicatrice beaucoup plus rétractile que le tissu du rétrécissement, et dont la rétraction plus rapide entraînera une récidive plus prompte.

Ainsi la scarification seule ne guérit pas la maladie; combinée avec la dilatation, elle guérit moins sûrement et pour moins longtemps que la dilatation seule, ce qui, même sans tenir compte de ses dangers, en fait une opération de second ordre applicable à quelques cas particuliers de rétrécissements non dilatables, où l'on fait brusquement avec l'instrument tranchant ce que l'on ne peut pas obtenir lentement avec les bougies. On peut donc dire que jamais rétrécissement commençant ne nécessitera cette opération.

L'*incision profonde* a des indications bien différentes. Dans cette opération, que nous devons à M. Reybard, on coupe, non seulement le tissu du rétrécissement, mais encore toute l'épaisseur de la paroi urétrale jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. Après l'incision, des dilatateurs mécaniques sont introduits de temps en temps dans le canal pour écarter les bords de la plaie et les faire cicatriser séparément. C'est la manière dont s'opère la cicatrisation qui fait tout le succès de la méthode. Les deux bords de l'incision réunis séparément, et l'espace sous-cutané compris entre ces bords doivent former une arrière-cavité, un cul-de-sac surajouté au canal. C'est grâce à cette ajouture que la partie rétrécie acquiert autant et même plus de largeur qu'elle n'en avait avant la maladie. Avec le temps, toute la surface de ce cul-de-sac cicatriciel doit subir un certain degré de rétraction; mais si l'on considère sa forme et si l'on tient compte de sa grande étendue, on ne tarde pas à reconnaître que, même en faisant à la rétraction une part exagérée, il est impossible, lorsque l'opération est bien faite et la cicatrisation régulièrement obtenue, qu'il ne reste pas une bande inodulaire assez large pour donner au point primitivement rétréci un diamètre suffisant. Quant à moi, je regarde l'incision profonde comme le moyen le plus sûr que nous possédions pour guérir radicalement les rétrécissements. Mais elle n'est pas exempte des dangers inhérents à toutes les opérations sanglantes qui se pratiquent sur l'urètre; et si, malgré ces dangers, elle trouve des indications incontestables dans une foule de cas de rétrécissements anciens, récidivés, difficiles à dilater, et compliqués, à cause de l'insuffisance de la dilatation, de catarrhe urétro-prostatique, ou de lésions diverses du canal ou de la vessie, on ne saurait l'appliquer à la cure des rétrécissements commençants. Il est incontestable qu'un certain nombre de coarctations, surtout celles qui ne font que débuter, et dont le tissu n'est pas encore passé à l'état fibreux, guérissent pour longtemps, ou même radicalement, sous l'influence des seuls agents dilatateurs. Il n'est donc pas permis, dans ces cas, de s'adresser à des moyens qui, sans avoir plus d'efficacité, sont certainement d'une application beaucoup plus dangereuse.

La *dilatation*, qui est la plus ancienne des méthodes, puisque les sondes étaient connues dès la plus haute antiquité, est aussi la plus généralement usitée, et la seule qui convienne dans les coarctations commençantes. Elle peut être pratiquée de bien des manières et avec des instruments très variés.

Elle est permanente lorsqu'on laisse les sondes à demeure dans l'urètre pour irriter le tissu du rétrécissement et le ramollir par inflammation. Elle est temporaire lorsqu'on retire la sonde ou la bougie après un séjour momentané dans le canal, afin d'éviter l'irritation consécutive.

Elle est rapide ou lente, suivant que, dans l'un ou l'autre mode, on passe plus ou moins vite d'un instrument à un autre plus fort. Elle est brusque, lorsqu'on attaque de suite le rétrécissement avec un cathéter relativement très gros. Enfin, elle peut être faite avec des bougies de cire, de gomme, de gutta-percha, de corde à boyau, avec des cathéters de métal, des dilatateurs de tout genre, etc.

La dilatation permanente n'a eu, comme la cautérisation, qu'un succès fondé sur une erreur anatomique. Si la masse des rétrécissements n'est pas formée par un tissu induré et partant susceptible de fonte inflammatoire, pourquoi chercher à atteindre ce but au moyen des sondes à demeure? N'y a-t-il pas, d'ailleurs, des chances d'irriter du même coup toute l'étendue de l'urètre et même la vessie?

La dilatation brusque mérite à peine d'être discutée. Forcer un rétrécissement avec la sonde de Mayor, c'est déchirer aveuglément ses parois, quand, avec un urétrotome, on pourrait les inciser régulièrement. D'un autre côté, lorsqu'on pousse la sonde avec assez de force pour faire éclater le tissu malade, sait-on si l'on ne perforera pas l'urètre au-devant de l'obstacle?

La dilatation temporaire est la seule qui convienne dans la plupart des rétrécissements, et surtout à la période initiale. C'est alors que la dilatation peut être rapide, c'est-à-dire qu'il est possible, en raison de la grande extensibilité du tissu des coarctations commençantes, de faire succéder, à de courts intervalles, des bougies de plus en plus grosses. Toutefois il ne faut rien exagérer et se souvenir que l'urètre est un des organes qui s'accommodent le moins de la violence.

Au début, il convient d'employer des bougies flexibles de cire ou de gomme: elles sont mieux supportées que les autres à une époque où, vierge encore de tout contact avec des corps étrangers, le canal a toujours une sensibilité assez vive, qu'il faut ménager.

A la fin du traitement, je me sers de sondes métalliques courbes qui ont l'avantage, entre autres, de corriger la direction vicieuse qu'impriment quelquefois à l'urètre les bougies molles, qu'il est nécessaire d'introduire non courbées, lorsqu'on veut agir avec une certaine force sur le rétrécissement.

A quel degré faut-il porter la dilatation? Faut-il donner à la partie rétrécie du canal plus d'ampleur qu'elle n'en avait avant la maladie?

Nul doute que cette dilatation excessive, s'il était possible de la réaliser, ne procurât une guérison radicale, ou pour le moins de longue durée, même dans les cas de rétrécissements anciens; car si les parois abdominales, distendues pendant quelques mois par le produit de la conception, ne reviennent jamais complétement sur elles-mêmes; si le vagin, dilaté par le simple passage de l'enfant, conserve toujours, après l'accouchement, plus d'ampleur qu'il n'en avait auparavant; en un mot, si tous les tissus perdent leur élasticité lorsqu'on les distend au delà de certaines limites, celui des rétrécissements ne doit-il pas subir la loi commune? Mais, pour obtenir une pareille dilatation, il faudrait des instruments spéciaux n'ayant pas, lorsqu'on les introduit, plus de diamètre que l'urètre, mais pouvant se développer au niveau du rétrécissement et le distendre doucement sans agir sur le centre du canal. Un grand nombre de dilatateurs construits dans d'autres vues semblent, au premier abord, convenir à ces grandes dilatations. Tels sont les dilatateurs à air ou à mercure d'Arnott, de Ducamp et de M. Reybard; tels sont aussi les dilatateurs mécaniques de MM. Montain, Perrève, Reybard, Leroy (d'Étiolles). Mais les premiers manquent de force expansive et ne dilatent pas assez; les seconds en ont trop et n'agissent pas avec tous les ménagements nécessaires pour éviter les déchirures de la muqueuse. Il manque donc, pour obtenir cet effet désirable, un instrument approprié, et, dans l'état actuel de la méthode, il est impossible de dilater l'urètre au delà de ses dimensions normales sans lui faire violence.

Si l'on ne peut pas dépasser les dimensions normales du canal, est-il au moins toujours possible de les atteindre?

Le cas le plus favorable qui puisse se présenter, c'est celui où le méat est naturellement très large ou conformé de manière à re-

présenter, avec la fosse naviculaire, un conduit évasé en entonnoir. Il est possible alors d'introduire des bougies en rapport avec le diamètre de la partie antérieure du canal. Cette partie, il est vrai, est plus étroite que d'autres régions plus profondes ; mais elle est très extensible, et quoique son diamètre normal ne soit que de 9 à 10 millimètres, on peut, en procédant par gradation insensible, passer des bougies de 10 à 12 millimètres, ce qui permet, même quand la maladie siége au bulbe, de restituer à la partie rétrécie ses dimensions normales.

Mais les cas les plus fréquents sont ceux où le méat naturellement conformé n'a que 7 à 8 millimètres. Que faut-il faire? Si l'on cesse la dilatation après avoir passé des bougies de ce calibre, le traitement n'est-il pas d'une insuffisance patente? Heureusement le méat n'est pas aussi inextensible qu'on le dit. M. Reybard a pu le distendre avec ses dilatateurs mécaniques au point de doubler son diamètre sans déchirer la muqueuse, et l'expérience de tous les jours enseigne qu'on peut en effet, par une dilatation ménagée, lui faire admettre des bougies supérieures à son calibre réel. Dans ces cas encore, on pourra sinon atteindre la limite que nous avons fixée, au moins en approcher assez pour effacer plus ou moins complétement la coarctation.

Enfin, dans les cas exceptionnels où le méat est très étroit ou très peu extensible, il reste une dernière ressource : c'est le débridement. Cette petite opération, très simple, peu douloureuse, qui ne consiste le plus souvent que dans la section d'un repli membraneux excessivement mince, met l'entrée de l'urètre dans les conditions où elle se trouve chez les sujets que nous avons regardés comme les mieux conformés pour les grandes dilatations.

Ainsi donc, pas de demi-traitement ; puisque, sans effort et à l'aide d'une distension graduelle peu douloureuse, ou bien au moyen d'une opération légère, il est toujours possible de rendre au canal ses dimensions normales, puisque, sans avoir recours à des instruments encore imparfaits, nos moyens ordinaires de dilatation suffisent pour recalibrer entièrement l'urètre ; en un mot, le rétrécissement étant susceptible d'être complétement effacé, n'est-il pas obligatoire de ne s'arrêter qu'après avoir porté la dilatation jusqu'à cette limite ?

D'ailleurs, la guérison est à ce prix. C'est seulement après l'effacement complet de la coarctation que la blennorrhée, attaquée jusque dans sa cause, diminue peu à peu et disparaît définitivement; c'est alors seulement que l'urine cesse d'être gênée dans son cours par la filière du rétrécissement, et, par conséquent, d'exercer derrière lui cette pression périodique qui a pour effet de dilater la partie profonde du canal, d'irriter la muqueuse et d'entretenir le catarrhe. D'un autre côté, si le cathétérisme a pour premier effet d'augmenter l'écoulement, il a pour dernier résultat de le tarir. Le canal, irrité d'abord par les agents dilatateurs, s'habitue peu à peu à leur contact. La surexcitation vitale dont la muqueuse est d'abord le siége se calme sous l'influence de la cause même qui l'a mise en jeu. On dirait qu'il s'opère une véritable réaction de l'urètre contre les corps étrangers qu'on lui oppose ; — et peut-être un épithélium plus épais s'organise-t-il à sa surface pour la protéger? — En tout cas, il n'est pas douteux que cette réaction protectrice ne contribue à faire cesser graduellement la blennorrhée ; il est même remarquable que la cessation de celle-ci coïncide avec le moment même où s'établit la tolérance du canal pour les instruments dilatateurs. Lorsque, malgré ces deux causes puissantes de guérison, l'écoulement persiste, il convient de rechercher avec la bougie à boule quelle est la partie malade du canal, afin de diriger contre elle des moyens spéciaux.

Nous avons vu que, dans ces cas, c'est presque toujours derrière le rétrécissement, et surtout dans la région prostatique que se trouve la lésion, phlogose chronique ou ulcération d'où procède l'écoulement. C'est là qu'il faut porter le remède, c'est là qu'il faut agir avant tout par une médication topique.

Le plus héroïque des moyens locaux, c'est la cautérisation superficielle avec le nitrate d'argent, pratiquée dans le but de modifier la partie malade et de substituer à l'inflammation chronique ou à l'ulcération l'inflammation franche ou la plaie vive que détermine le caustique. L'instrument de M. Lallemand est celui qui permet le mieux d'exécuter cette petite opération avec toute la précision nécessaire pour n'atteindre que la partie malade. Il faut avoir soin de ne pas laisser longtemps le nitrate d'argent en contact avec la muqueuse, afin de ne pas dépasser le but qu'on se propose, et ne pas craindre, si une première application ne fait qu'améliorer la blennorrhée sans la faire disparaître, de renouveler l'opération plusieurs fois, à huit ou douze jours de distance. C'est dans les cas de rétrécissements anciens que j'ai eu le plus souvent recours au porte-caustique. Je l'ai également dirigé avec succès contre des blennorrhées qui persistaient après l'effacement de coarctations commençantes, entre autres chez un malade dont le rétrécissement avait 7 millimètres 1/3 de diamètre à l'exploration, et chez lequel la dilatation ne put être portée que jusqu'à 9 millimètres. Deux cautérisations suffirent pour sécher le canal.

Si l'on aime mieux employer le caustique en solution ou sous forme de pommade, ce qui permet de s'adresser à un plus grand nombre de substances et de varier les doses, on peut se servir d'une grosse sonde percée à son extrémité vésicale et munie d'un mandrin. Si c'est une solution qu'on emploie, le mandrin doit se terminer par une éponge imbibée du liquide caustique. On porte la sonde jusqu'à la partie malade du canal ; arrivé là, on pousse le mandrin de manière à faire saillir l'éponge, qui, se trouvant à nu dans l'urètre, cautérise les points qu'elle touche. Si l'on se sert d'une pommade, moyen conseillé par M. Leroy, on en remplit l'extrémité de la canule, et l'on introduit celle-ci jusqu'au siége de la maladie. Le mandrin doit glisser à frottement dans la canule, et, lorsqu'on l'enfonce de toute sa longueur, chasser devant lui la pommade et la répandre sur la partie malade. Avec ce mécanisme très simple, on a donc l'avantage de pouvoir porter les topiques jusque dans le fond du canal, sans agir ailleurs que sur le siége du mal.

On a encore proposé, pour cautériser l'urètre, d'introduire une sonde jusqu'au point douloureux et de faire une injection caustique à travers la sonde. Ce procédé, excellent pour porter de simples injections astringentes dans les parties profondes de l'urètre, ne convient pas lorsqu'on a pour but d'opérer leur cautérisation, quelque légère qu'on la veuille faire ; car il est impossible de retirer la sonde sans que le liquide se répande sur la partie antérieure du canal, et pour atteindre le point malade, presque toujours très circonscrit, on agit, en définitive, sur toute l'étendue de la muqueuse.

Mais, hâtons-nous de le dire, la cautérisation est loin d'être toujours nécessaire. L'écoulement peut résister à la dilatation et céder ensuite à des injections simplement cathérétiques. Celles qui m'ont le mieux réussi dans des cas analogues sont les solutions légères de nitrate acide de mercure ou de chlorure de zinc. On les pousse avec la sonde, comme il vient d'être dit, ou bien à la manière ordinaire, avec la précaution de faire refluer le liquide avec le doigt dans les régions profondes du périnée.

Il est bien entendu que la médication ne doit pas être dans tous les cas uniquement locale, et qu'on peut recourir quelquefois avec avantage aux moyens généraux. En un mot, on doit procéder après les dilatations comme si l'on avait affaire à une blennorrhée essentielle, et l'on sait combien la thérapeutique en est riche et variée. Notons seulement que tous ces moyens qui, avant la dilatation, ne pouvaient qu'aggraver le mal, et dont les insuccès, trop souvent éprouvés par les spécialistes, tiennent sans doute à leur emploi intempestif, employés après l'effacement de l'obstacle, et lorsque l'écoulement a été dégagé de sa cause productrice, guérissent en général avec une promptitude et une sûreté remarquables.

Je n'ai plus qu'un mot à ajouter : c'est pour insister sur l'opportunité de la distinction que j'ai eu pour but d'établir dans ce mémoire entre la blennorrhée essentielle et les rétrécissements commençants, entre ceux-ci et les rétrécissements anciens ; car, s'il était intéressant de savoir qu'il existe des rétrécissements larvés, n'imprimant au jet aucune modification appréciable, pouvant être reconnus par une exploration minutieuse du canal, il fallait, pour que ces notions eussent une importance réelle, qu'on pût en déduire des applications thérapeutiques. Or, c'est précisément ce que nous venons de faire en montrant que cette distinction, outre qu'elle

empêche qu'on n'adresse à une maladie organique les moyens usités dans les affections simplement catarrhales, permet d'établir tout un groupe naturel, toute une famille de rétrécissements à laquelle la dilatation convient seule, se refusant à toutes ces méthodes hardies qui n'achètent leurs succès qu'au prix de dangers sérieux, et doivent être réservées pour d'autres périodes et d'autres formes de la maladie.

DE L'INFLUENCE DE L'ÉLECTRISATION LOCALISÉE SUR L'HÉMIPLÉGIE RHUMATISMALE DE LA FACE. — DE LA CONTRACTURE MUSCULAIRE COMME TERMINAISON FRÉQUENTE DE CETTE AFFECTION. Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, par le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE.

(Voir le n° 40.)

§ II. *Quelle est l'action thérapeutique de l'électrisation localisée dans le deuxième degré de paralysie rhumatismale de la septième paire?*

A. La paralysie rhumatismale de la septième paire, quand elle existe au deuxième degré, c'est-à-dire alors que les muscles paralysés ne se contractent pas par l'excitation électrique, oppose une grande résistance aux différents agents thérapeutiques. On en voit (et elles ne sont pas très rares) qui, datant de longues années, sont restées complètes, et qui ne reconnaissent pas d'autres causes qu'un simple courant d'air. Ces paralysies, cependant, avaient été pour la plupart traitées énergiquement par les moyens ordinairement mis en usage. Eh bien, je puis dire que parmi tous les cas d'hémiplégie faciale rhumatismale bien caractérisés et arrivés à ce deuxième degré, sur lesquels j'ai expérimenté l'influence de l'électrisation localisée, je n'en ai pas vu une seule qui n'ait pas été guérie ou notablement améliorée par ce traitement convenablement appliqué, alors même qu'une médication énergique n'avait produit aucun résultat. Je vais rapporter un cas de guérison complète d'une de ces hémiplégies rhumatismales de la face au deuxième degré.

OBS. V. — Flavie, domestique, âgée de vingt-huit ans, rue de Grenelle-Saint-Germain, se présenta à ma consultation, le 10 février 1849, avec une hémiplégie faciale du côté gauche datant de seize mois. Ayant eu l'imprudence de laisser ouverte une croisée qui était à peu de distance et en face de son lit, elle sentit en se réveillant un sentiment de roideur et de gêne dans les mouvements du côté gauche de la face (qui se trouvait du côté de la croisée). N'éprouvant aucune douleur, elle n'en continua pas moins à se livrer à ses occupations habituelles; mais ses maîtres ayant été frappés du bouleversement de ses traits, elle vit avec surprise, en se regardant dans une glace, que le côté gauche de sa figure restait complétement immobile.

Des sangsues lui furent appliquées derrière l'oreille gauche, puis des vésicatoires pansés à la strychnine; une dérivation puissante fut faite aussi sur l'intestin au moyen de purgatifs aloétiques; et après ce traitement actif, continué pendant trois semaines sans aucun résultat satisfaisant, l'électrisation localisée lui fut conseillée.

État de la malade le 10 *février* 1849. A gauche, la joue est boursouflée à sa partie inférieure; on ne voit aucun sillon à sa surface ni sur la peau du front, ce qui forme un contraste singulier avec le côté opposé, où ces lignes sont très prononcées; l'aile du nez est affaissée, et obstrue presque complétement la narine; la commissure des lèvres se trouve 1 centimètre au moins au-dessous de la commissure opposée; la moitié gauche des lèvres est flasque et appliquée contre les dents, tandis que la moitié droite est un peu portée en avant, et présente la ligne ondulée qui sépare la peau de la muqueuse labiale, qui elle-même, étant un peu froncée, offre de petits plis verticaux; la paupière inférieure gauche est à 2 ou 3 centimètres au-dessous de sa position normale, d'où il résulte, en apparence, une saillie énorme du globe oculaire; de ce côté, le sourcil est abaissé de 4 millimètres. La malade est complétement privée de mouvements volontaires de ce côté de la face : ainsi les paupières sont toujours immobiles et écartées l'une de l'autre; tous les mouvements sont accompagnés, du côté droit, d'une distorsion énorme de gauche à droite; pendant le rire, la commissure droite remonte seule vers l'oreille, et la bouche s'agrandit démesurément; pendant la mastication, la malade est forcée d'appliquer la main sur la face pour repousser les aliments, qui tombent toujours entre la muqueuse buccale et les dents; la salive comme les larmes coulent involontairement; si la malade veut siffler ou souffler, la joue gauche se gonfle, et la moitié gauche des lèvres est repoussée par l'air expulsé, qui s'échappe par une large ouverture, tandis qu'au contraire la joue droite s'applique contre les dents, et que les lèvres se froncent et se serrent l'une contre l'autre; enfin la parole est difficile, surtout la prononciation des labiales, bien que les mouvements de la langue soient conservés; pas de déviation de la luette ni de déformation du voile du palais.

La malade n'éprouve aucune douleur à la face; la pression, exercée sur le point d'émergence des nerfs sous-orbitaire et mentonnier, sur les nerfs frontaux et temporaux, n'occasionne aucune sensation douloureuse.

L'excitation électrique, dirigée sur chacun des muscles et des nerfs moteurs de la face, ne provoque pas de contraction du côté paralysé, bien que le courant soit aussi intense que possible.

J'excitai, de deux jours en deux jours, chacun des muscles paralysés avec un courant aussi intense que possible, et dont les intermittences étaient des plus rapides; chaque séance durait huit à dix minutes. Ce ne fut qu'à la douzième séance que je constatai à gauche un commencement de retour de la force tonique du grand zygomatique, par une petite élévation de la commissure des lèvres; puis la ligne naso-labiale se prononça, et l'œil fut un peu plus recouvert par les paupières. Quinze jours après, le sourire commençait à relever la commissure gauche. A partir de ce jour, les mouvements volontaires, comme la tonicité des muscles, revinrent progressivement à leur état normal. Il m'a fallu six semaines de traitement pour obtenir ce résultat.

J'ai revu Flavie en mars 1854 (cinq ans après sa guérison), et j'ai constaté une harmonie parfaite entre les deux côtés de la face.

Je dois dire que j'ai choisi cette observation parmi les autres, comme un exemple de la guérison la plus complète que l'on puisse obtenir par la faradisation localisée dans une paralysie rhumatismale de la septième paire arrivée au deuxième degré (avec abolition de la contractilité électro-musculaire). La guérison de Flavie a été assez rapide, car au degré où en était sa paralysie, il faut en général de trois à six mois de traitement. De plus il est malheureusement rare que l'on puisse, comme dans le cas précédent, ramener à l'état normal la contractilité volontaire. Il reste souvent, au contraire, une inégalité générale ou partielle entre les deux côtés pour les mouvements d'expression.

B. Les premiers effets du traitement électrique se manifestent par le retour progressif de la puissance tonique des muscles paralysés; ainsi la commissure se relève, le sillon naso-labial se prononce de plus en plus; la narine affaissée s'agrandit, l'ouverture des paupières revient à l'état normal, et cela bien avant que le malade ait gagné le moindre mouvement volontaire ou expressif. Mais ce rétablissement de la contractilité tonique annonce, en général, le retour prochain de la contractilité volontaire. Je dois prévenir cependant le lecteur qu'il m'est quelquefois arrivé de n'obtenir un premier mouvement volontaire que trois semaines, un mois après le retour de la physionomie à l'état normal pendant le repos musculaire. C'est, en général, le grand zygomatique qui commence à se contracter, et pour constater le phénomène il faut engager le malade à sourire. — Après ce muscle viennent dans l'ordre suivant : l'élévateur commun de l'aile du nez, le petit zygomatique, le buccinateur, les orbiculaires des lèvres et des paupières, le triangulaire et le carré des lèvres, etc.

Pour constater le jeu de ces muscles, il faut bien connaître les fonctions de chacun d'eux et leur action sur la physionomie, engager le malade à exécuter les mouvements ou à rendre les expressions auxquels ils président. — Mes recherches sur les fonctions des muscles de la face m'ont singulièrement aidé dans cet examen de l'état de la contractilité volontaire individuelle des muscles.

On va comprendre l'importance de cet examen minutieux pour la réussite du traitement. J'ai dit plus haut qu'en général les mouvements volontaires reviennent successivement dans les muscles; mais il arrive quelquefois que certains d'entre eux résistent davantage à l'action thérapeutique de l'électrisation ou restent plus ou moins paralysés. C'est sur ces derniers principalement qu'il faut alors diriger l'excitation électrique, sinon certains mouvements et certaines expressions restent irréguliers et disgracieux.

§ III. *Contracture des muscles de la face comme terminaison fréquente de la paralysie rhumatismale de la septième paire. — Nécessité de la diagnostiquer à temps, et d'en tenir compte lorsqu'on traite la paralysie de la septième paire par l'électrisation localisée.*

La contracture des muscles de la face est une des terminaisons ordinaires de la paralysie rhumatismale de la septième paire; elle occasionne une difformité souvent incurable, et quelquefois une grande gêne dans les mouvements de la face. On s'étonnera que les auteurs, qui sans doute l'ont méconnue, n'en aient pas fait mention comme terminaison de la paralysie de la septième paire (1), lorsque j'aurai démontré par des faits combien elle est fréquente et souvent grave.

L'apparition de la contracture des muscles de la face pendant le cours de la paralysie de la septième paire peut contre-indiquer l'emploi de l'électrisation localisée, ou exiger qu'on en modifie le mode d'application. Il est donc important de la diagnostiquer à temps, sous peine de l'aggraver, quand on soumet à cette médication une paralysie de la septième paire.

Mais avant d'en étudier le diagnostic, il me faut démontrer par des faits que la contracture est une des terminaisons fréquentes de la paralysie de la septième paire.

A. *Faits démontrant que la contracture est une terminaison assez fréquente de la paralysie de la septième paire arrivée au deuxième degré.* J'avais à peine commencé mes recherches électro-pathologiques, que déjà je remarquais que certains sujets frappés d'hémiplégie faciale, consécutivement à la lésion de la septième paire, présentaient, pendant ou après le traitement que je leur appliquais, des difformités variées de la face, qui évidemment dépendaient uniquement de la contracture d'un plus ou moins grand nombre de muscles. Je voyais des muscles recouvrant quelquefois rapidement leur tonicité, rétablir d'abord la régularité des traits, puis les accentuer graduellement plus qu'à l'état normal. Ainsi, chez des sujets atteints de cette hémiplégie de la face : ou le petit zygomatique arrondissait, en la creusant, la ligne naso-labiale et donnait une expression chagrine; ou le grand zygomatique élevait la commissure et donnait une expression de gaieté; ou le carré des lèvres renversait et abaissait de son côté la lèvre inférieure; ou l'orbiculaire palpébral diminuait l'ouverture des paupières; ou enfin la face était comme crispée par le froid, sous l'influence de la rétraction en masse de tous les muscles paralysés, etc. Ces phénomènes se manifestèrent cependant chez des sujets dont les traits étaient restés affaissés pendant un temps plus ou moins long (d'un à plusieurs mois) par suite de la perte de tonicité des muscles paralysés; mais dans tous ces cas la contracture et la difformité consécutive de la face avaient été si légères, qu'elles pouvaient certainement échapper à l'observation et être confondues avec les inégalités ou les irrégularités que l'on voit souvent régner entre les deux côtés de la face à l'état normal. Aussi ai-je rencontré des observateurs qui n'étaient pas convaincus que ces phénomènes fussent réellement produits par la contracture musculaire.

Le fait suivant, que j'observai en 1851, vint bientôt dissiper tous les doutes à cet égard.

Obs. VI. — Le nommé Vancuille, contrôleur de l'Hippodrome, demeurant rue Vivienne, n° 36, couché au n° 15 de la salle Saint-Louis (service de M. Andral), avait été affecté d'une paralysie de la septième paire, qu'il attribuait à un courant d'air. Mais cette paralysie était accompagnée, contrairement à ce qu'on observe habituellement, de douleurs de tête et d'oreilles qui furent combattues par plusieurs applications de sangsues. L'électrisation ayant été appliquée pendant cinq à six semaines sans résultat appréciable, on le soumet successivement à un traitement mercuriel et à l'iodure de potassium (Vancuille avait eu une affection syphilitique). Cette tentative n'eut pas plus de succès que les moyens antérieurs. Un mois après, l'électrisation fut reprise, et je vis en une quinzaine de jours quelques-uns des traits naturels se prononcer chez ce malade dont la face avait jusqu'alors offert la distorsion la plus complète. Ainsi la commissure droite des lèvres s'était relevée, et de telle sorte qu'à l'état de repos la distorsion des traits avait à peu près entièrement disparu. Les mouvements volontaires ou expressifs étaient cependant restés paralysés. N'ayant rien obtenu de plus, trois semaines après, je renonçai de nouveau à l'électrisation.—Le traitement était à peine suspendu depuis huit à dix jours que les traits s'étaient affaissés comme auparavant. J'eus alors la curiosité d'exciter encore les muscles paralysés, et je vis de nouveau les mêmes muscles reprendre leur tonicité en relevant la commissure au niveau de celle du côté opposé pour la perdre bientôt après une nouvelle suspension de l'électrisation. Je résolus enfin de le traiter d'une manière plus régulière et plus continue, et alors non seulement le côté malade s'harmonisa parfaitement avec le côté sain, mais les mouvements volontaires commencèrent à revenir d'abord dans le grand zygomatique, puis dans le buccinateur, dans les orbiculaires des paupières et des lèvres, etc. Le retour des mouvements volontaires était lent, mais il n'en fut pas de même de la force tonique des muscles qui ne s'arrêta pas à ses limites normales. En effet, la commissure se releva de plus en plus, au point que pendant le repos musculaire, vu de profil et du côté affecté, le malade semblait toujours rire, et que vu de face, la commissure gauche était plus abaissée que du côté malade. Mais s'il venait à rire réellement, les deux zygomatiques se contractaient à peu près également, et la difformité disparaissait. La contracture ne s'arrêta pas là : l'élévateur commun releva l'aile du nez et la lèvre supérieure d'une manière très disgracieuse, et l'ouverture des paupières se rétrécit. Je n'en continuai pas moins d'électriser ces muscles pour rappeler leur contractilité volontaire, qui était très limitée, *avec des intermittences rapides* (on verra par la suite que ce fut une grande faute). Les mouvements volontaires augmentèrent progressivement, mais, quoi que je fisse, je ne pus arrêter la contracture musculaire qui s'aggrava de plus en plus; en vain je lui fis exercer des tractions continues dans un sens opposé à l'action des muscles contracturés, soit avec la main, soit avec des plombs attachés à une serre-fine plate qui pinçait la lèvre supérieure, le malade sortit avec sa contracture, bien que ses muscles paralysés eussent recouvré une grande partie de leurs mouvements volontaires.

Pendant tout le temps que ce malade est resté à la Charité, il m'a servi de sujet de démonstration pour établir que la contracture est une des terminaisons de la paralysie de la septième paire, et pour donner plus d'autorité aux faits de contracture de la face consécutive à une paralysie rhumatismale de la septième paire, observée antérieurement à un degré beaucoup moins prononcé et limitée souvent à un ou deux muscles.

Voici un autre cas de contracture plus généralisée, survenue à la suite d'une hémiplégie faciale rhumatismale chez une jeune personne habitant la province, et pour laquelle on me demandait un avis. L'observation en a été rédigée par le médecin ordinaire de la malade.

Obs. VII. — Mademoiselle El..., vingt ans, après s'être exposée à un courant d'air, fut prise le lendemain de paralysie complète du côté gauche de la face. La joue du côté affecté était pendante, immobile et entraînée par les contractions du côté sain. Après treize jours, durant lesquels il ne fut fait d'autre traitement que des applications de vésicatoires volants derrière l'oreille, on eut recours à l'emploi du courant d'induction.

On se servit du premier appareil de Breton frères (avec élément cuivre et zinc). Les applications en furent faites journellement pendant deux mois. Au bout de ce temps, il y avait une amélioration sensible. On avait continué à placer de petits vésicatoires saupoudrés de strychnine. L'emploi de l'électricité ayant été interrompu, la strychnine fut donnée à l'intérieur jusqu'à produire des secousses. La strychnine, la vératrine, l'aconitine, furent tour à tour employées en pommades, concurremment avec des douches de vapeur, pilules de Vallet et bains sulfureux. Tous ces moyens furent suspendus pendant l'hiver. Voici l'état dans lequel la patiente fut trouvée en avril 1851 (deux mois et demi après le début) : Santé générale satisfaisante, menstruation régulière, point de signes de chlorose. Du côté paralysé, le front est lisse, le sourcil abaissé; l'œil petit a perdu sa forme en amande, le nez est régulier; le sillon naso-labial est creusé profondément, entraîné en dehors avec la joue correspondante; la bouche, un peu tirée du côté sain, est aplatie, elle a perdue sa forme arquée; elle est collée contre les dents; le menton est aplati obliquement du côté affecté. Aucun muscle de la face n'est entièrement privé de son action; mais il est des groupes qui l'emportent sur les autres en force. Ainsi, le nez, dévié dans l'origine, a parfaitement repris sa forme; le sourcilier fronce très bien le sourcil; le grand zygomatique se contracte assez bien; enfin, l'orbiculaire des paupières paraît avoir repris toute son énergie. Le peaucier du côté affecté présente un état semblable, son bord antérieur offre une saillie très appréciable sous la peau; *il paraît être en état de contraction*

(1) Il ne faut pas confondre la contracture dont il est ici question avec l'affection spasmodique qui a reçu les différents noms de *rictus caninus*, *tortura oris*, *risus sardonicus*, tic indolent, convulsions, spasmes idiopathiques de la face, affection qui a donné lieu à de nombreuses descriptions depuis les médecins grecs jusqu'à nos jours.

permanente. L'orbiculaire des lèvres ne fronce que la moitié saine. La parole assez gênée ; le sifflement impossible. Le buccinateur fonctionne bien ; la mastication est facile. Les dents du côté gauche ne peuvent être découvertes, la bouche s'entr'ouvrant à peine. C'est pendant le rire surtout que la face qui, au repos, ne semble pas trop difforme, se laisse entraîner, et le côté sain semble avoir acquis un excès d'énergie. Tel était l'état de la patiente à l'époque (8 avril) où les séances électriques furent reprises.

On fit choix cette fois d'un appareil à *interruption rapide*. Les séances eurent lieu tous les jours d'*un quart d'heure à une heure*, selon qu'elles étaient supportées. L'électrisation fut ainsi appliquée jusqu'au 1er octobre. Voici quel était l'état de la face à cette époque : Le sourcil est presque constamment abaissé, *l'œil très petit ; pendant l'action de parler, de lire, de travailler à l'aiguille, l'œil se ferme davantage*. Lorsqu'au contraire la face est calme et que la patiente ne se sent pas observée, il arrive que les sourcils se placent au même niveau et que l'œil, par moment, s'ouvre presque comme l'autre. Dans ces moments le front est lisse, les fossettes creusées au niveau du sourcilier sont effacées. La volonté ne parvient qu'à grand'peine à marquer les plis transverses du front, et à élever le sourcil. Le nez, qui, au mois d'avril, était droit, s'était déformé sensiblement ; dans le courant du mois d'août, l'aile tendait à prendre une position horizontale, la narine s'ouvrait largement. Après quelques efforts infructueux faits pour remédier à cet état en excitant le transverse et le myrtiforme, on reconnut que l'électrisation du pyramidal rendait encore les meilleurs services. En effet l'aile du nez, en octobre, avait repris sa direction normale. La bouche, dont la moitié gauche avait perdu son expression, reprit peu à peu la forme arquée qui lui est propre. Les bords des lèvres purent se froncer légèrement, le trait du sourire revint à l'angle, de sorte qu'au repos de la face l'on apercevait à peine la trace de la maladie. Le menton s'était arrondi, et, à part quelques fossettes variables d'un jour à l'autre, sa forme était redevenue symétrique. Malgré cette amélioration manifeste dans la forme générale de la région buccale, les fonctions des lèvres dans la parole et la préhension des aliments restaient sensiblement entravées.

Tandis que la lèvre supérieure s'améliorait sous ce rapport, l'inférieure, au contraire, devint le siége d'une roideur particulière dont l'origine remonte assez loin, mais qui, dans les six mois d'été, se prononça de plus en plus. La patiente avait la sensation d'un cordon roide et tendu qui, de l'angle de la bouche, descendait vers la mâchoire inférieure, dans la direction du muscle triangulaire. Le toucher permit de constater qu'il existait dans cette région un cordon faisant une légère saillie sous la muqueuse buccale. Au dehors rien n'était apparent. Depuis, cet état de roideur semble s'étendre au carré du menton d'un côté, au buccinateur de l'autre. Le jeu de la lèvre inférieure est manifestement entravé, elle ne peut pas être renversée au dehors, ni projetée en avant, restant accolée aux dents. La parole devient difficile et n'est articulée que par le côté droit de la bouche. Depuis quinze jours que les séances galvaniques sont suspendues cette roideur augmente encore. L'aile du nez s'est de nouveau renversée en dehors, le sillon naso-labial s'est creusé davantage et s'étend au-delà de l'angle de la bouche ; celle-ci a perdu de nouveau sa forme naturelle, les lèvres se sont aplaties de nouveau ; la joue est entraînée en dehors. L'œil est plus petit que jamais (c'est en partie parce que la paupière inférieure est remontée) ; les fossettes du sourcilier sont très profondes, le sourcil est abaissé, le front sans mouvement. L'expression générale de la face est tiraillée plus qu'auparavant.

Telle est la relation très succincte de ce qui a été observé jusqu'à ce jour. Avant de reprendre un traitement qui, jusqu'à présent, n'a réussi qu'à empêcher le mal de faire des progrès, on voudrait s'éclairer de l'expérience de M. Duchenne (1).

A l'époque où je fus consulté pour cette contracture de la face, j'en avais déjà observé neuf à peu près semblables, mais moins généralisées. Depuis lors, j'en ai vu un bon nombre dont j'ai suivi la marche avec le plus grand soin. J'aurais désiré rapporter tous ces faits, mais je suis forcé de me resserrer autant que possible.

En résumé, je crois en avoir dit assez pour démontrer que la contracture partielle ou générale des muscles paralysés est une des terminaisons assez fréquentes de l'hémiplégie faciale de cause rhumatismale.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Cette observation se terminait par les questions posées par le médecin de la malade. Je regrette que l'espace ne me permette pas de donner en note la consultation que je rédigeai alors. On me demandait, entre autres choses, si je jugeais opportune la section des muscles contracturés, conseillée par quelques confrères.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

M. le ministre de l'instruction publique transmet une ampliation du décret impérial en date du 1er juillet, qui approuve l'élection, faite par l'Académie, de M. *Claude Bernard*, pour remplir la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de M. Roux.

Sur l'invitation de M. le président, M. C. Bernard vient prendre place parmi ses confrères.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE COMPARÉES.—*Mémoire sur l'organisation des physalies*; par M. *de Quatrefages*. — En étudiant les phénomènes de la digestion chez les physalies, l'auteur s'est assuré que chez les siphonophores, comme chez les animaux supérieurs, les aliments réduits en chyme sont presque aussitôt soumis à l'action de la bile ; de plus, il a pu confirmer cette loi de physiologie générale, que les sucs alibiles préparés par les divers actes digestifs sont exposés à l'action de l'air, ou, en d'autres termes, respirent avant de servir à la nutrition. Quant aux résidus de la digestion, ils sont rejetés par les suçoirs.

MALADIE DE LA VIGNE. — *Rapport de la commission chargée d'examiner les travaux sur la maladie de la vigne*, par M. *Montagne*, rapporteur.— M. *Decaisne* ne nie pas l'action salutaire des vapeurs sulfureuses sur les vignes chauffées, mais il pense qu'on peut prévenir le développement de l'*oïdium* sans empêcher les vignes d'être malades. D'après lui, l'oïdium pourrait bien n'être que le symptôme extérieur de la maladie et non sa cause première.

ANATOMIE. — *Considérations d'anatomie philosophique sur la torsion de l'humérus*, par M. *Lavocat*. — L'auteur cherche à prouver que rien ne démontre la torsion de l'humérus, que ce n'est là qu'une apparence due à la manière dont le diaphyse est sculptée, à la profondeur de la fosse externe, à la grande saillie de la surface deltoïdienne et du bord épicondylien. Puis M. Lavocat démontre que cette torsion n'existe pas en établissant qu'il y a analogie de conformation pour l'extrémité inférieure de l'humérus et du fémur, et qu'il y a identité de la partie externe de l'une et de l'autre surface osseuse. Par suite des besoins fonctionnels, il y a simple inversion des parties qui se correspondent dans les rayons supérieurs des membres thoraciques et pelviens. Mais si les parties antérieures ici, ont pu devenir postérieures là, dans aucun cas, une partie externe n'est devenue interne. Par conséquent, l'inversion s'est produite tout en conservant ses connexions, et sans qu'il y ait eu torsion de l'humérus. (*Comm.* : MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire.)

CHIRURGIE.—*Sur le retour à leur longueur naturelle des os raccourcis à la suite de fractures, chez les enfants*, par M. *Herpin*, de Genève. — L'auteur communique à l'Académie deux observations de fractures du fémur chez deux enfants, suivies de guérison, sans allongement ni raccourcissement du membre lésé. (*Commission nommée pour le Mémoire de M. Baizeau.*)

Traitement des hydropisies du ventre et de la poitrine par les injections iodées, par M. *Leriche*. (*Comm.* : MM. Andral, Velpeau, Rayer.)

Des tumeurs blanches et des heureux résultats obtenus par la compression dans le traitement de ces tumeurs, par M. *Delarue*. (*Comm.* : MM. Serres, Andral, Velpeau.)

EMBRYOGÉNIE. — M. *de Quatrefages* communique les extraits de deux lettres dans lesquelles M. Van Beneden lui fait connaître les nouveaux résultats auxquels il est arrivé en poursuivant ses recherches sur les cœnures.

ESPRITS FRAPPEURS. — M. *Rayer* communique l'extrait d'une lettre de M. Austin Flint, professeur de médecine à Louisville (États-Unis), dans laquelle l'auteur établit que l'observation des faits l'a conduit à penser, comme M. Schiff, que les soi-disant *esprits frappeurs* sont des bruits de frappement produits par des déplacements brusques de parties osseuses ou tendineuses.

CHIMIE ORGANIQUE.—*Recherches sur diverses questions* : sur la composition de l'acide tannique ; sur la décomposition de la brucine par l'acide nitrique, sur l'hydrocyanaldine, sur la constitution de la quinine, etc., par M. *Strecker*.

PHYSIOLOGIE. — *Expériences pour servir à l'empoisonnement par le curare*, par M. *Alvaro Reynoso*. — Une série d'expériences a démontré

à l'auteur que : — *a*. L'iode ne détruit pas le curare, mais l'altère. — *b*. L'hypochlorite de soude n'altère pas le curare, mais il en retarde sensiblement l'absorption.— *c*. Le chlore, soit à l'état naissant, soit à l'état de liberté, détruit complétement le curare. Le sel marin qui se forme dans ces réactions, n'empêche pas l'absorption du curare. — *d*. Le brôme détruit aussi complétement le curare. Son action est bien réellement décomposante. Le brôme est un caustique très actif dont on peut arrêter les effets ; il est probable qu'il détruit les venins comme il détruit le curare. — *e*. L'acide sulfurique n'altère pas le curare.

Le curare empoisonne dans un espace de temps très court les vipères ; et par là il se distingue du venin de ces reptiles qui n'est pas un poison pour elles, d'après Fontana.

Les membranes des branchies des poissons ne sont pas endosmotiques pour le curare.

ZOOLOGIE. — *Mémoire sur l'Anomie*, par M. *Lacaze-Duthiers*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 12 JUILLET 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture du procès-verbal de la précédente séance, qui est adopté après une rectification proposée par M. *Depaul* à la dernière phrase.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture et du commerce communique quatre rapports de M. le docteur *Dauvin*, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans l'arrondissement de Saint-Pol. (*Commission des épidémies.*)

2. Tableau des vaccinations pratiquées en 1853 dans le département de l'Oise. (*Commission de vaccine.*)

3. Communication de : *a*. M. le docteur *Isidore Bourdon*, qui transmet à l'Académie un mémoire du docteur *Macloughlin*, de Londres, sur l'existence de la diarrhée prémonitoire dans le choléra. — *b*. M. le docteur *Bédor*, de Troyes, sur la marche du choléra dans cette ville. — *c*. De M. le docteur *Pons*, de Bez, sur la nature et la guérison du choléra.—*d*. De M. *Guy-Gauthier*, de Nogent, sur le traitement du choléra par le *capricum*. (*Commission du choléra.*) — *e*. M. le docteur *Lavague*, de Turin (Mémoire sur le squirrhe et le cancer ; monographie du rhumatisme). — *f*. M. le docteur *Delfraysse*, de Pradines (Lot), sur son algalie à ressorts dilatateurs. (*Commission nommée.*) — *g*. M. *Gaussail* (Mémoire imprimé sur les déviations utérines).

M. le *président* annonce que M. *Warren*, membre correspondant à Boston, est présent à la séance.

DÉVIATIONS UTÉRINES (*suite de la discussion*). — M. *Amussat*. Après quelques généralités historiques sur la pathologie des déviations utérines et sur les progrès de leur thérapeutique, l'orateur expose brièvement le résultat de ses propres recherches sur ce sujet. La première idée, dit M. Amussat, d'introduire des tiges dans le col de l'utérus, pour agir contre les déviations de cet organe, me fut suggérée en 1826 par le cathétérisme utérin que j'avais vu pratiquer par M. Récamier, pour établir le diagnostic de certaines affections de l'utérus. Je me hasardai bientôt à placer dans l'utérus des tiges à demeure. Une de mes malades succomba aux suites funestes d'une tentative de ce genre ; dès lors, je renonçai à ce moyen, et je me bornai pendant longtemps à des essais de redressement de l'utérus, en dehors de la cavité de cet organe, c'est-à-dire en agissant seulement sur ses parois.

Les principaux instruments que j'ai imaginés pour redresser l'utérus sont de deux espèces : les uns *intra-utérins ;* les autres *extra-utérins.* (Après avoir présenté tous ces instruments à l'Académie, M. Amussat continue ainsi.) Après beaucoup d'autres essais, tout aussi peu satisfaisants et puisés toujours dans les moyens mécaniques les plus variés, je constatai par hasard successivement, plusieurs cas de guérisons spontanées de déviations de l'utérus, survenues consécutivement à des inflammations locales, à des ulcérations légères, suivies d'adhérences solides entre le col et le vagin, soit par le fait de cautérisations du col pour détruire des granulations ou des ulcérations, soit par le séjour prolongé de pessaires et d'éponges imbibées d'un liquide astringent. Je résolus d'imiter la nature, en provoquant, par une cautérisation légère et méthodique de la partie postérieure du col, des brides et des adhérences capables de redresser, d'une manière permanente, l'utérus dévié.

J'ai donc appliqué ce moyen à un grand nombre de cas de rétroversion dans l'état de vacuité, et les résultats que j'en ai obtenus ont surpassé mes espérances. L'innocuité de ce traitement, qui est exempt de toute espèce d'accident actuel ou consécutif, la permanence de la guérison qu'il procure, m'autorisent à le signaler comme préférable à tous ceux qui ont été imaginés jusqu'à présent.

Après avoir indiqué un moyen de diagnostic avec le spéculum, dans le cas où le col est fortement incliné en arrière, en avant, sur les côtés, et qui consiste à toucher l'utérus et à s'assurer de la portion précise du col avant de placer le spéculum, l'orateur cite les observations de deux malades guéries par la méthode de la cautérisation d'une rétroversion qui causait de fâcheux accidents. Les autres déviations, les antéversions et les latéroversions, ne peuvent pas se guérir par le même moyen, ajoute M. Amussat. Les moyens anciens, les pessaires destinés à redresser l'utérus tendent à augmenter la déviation. Les nouveaux moyens, les tiges intra-utérines ne sont en général que des palliatifs ; de plus, elles sont dangereuses.

La cautérisation de la partie antérieure du col ne m'ayant pas réussi pour l'antéversion, comme la cautérisation de la partie postérieure pour la rétroversion, j'ai eu recours à un autre moyen, qui consiste à placer l'utérus dans un petit pessaire en gobelet, et à le faire basculer en arrière pour le remettre à sa place. De cette manière, on parvient à vaincre la rétraction des ligaments ronds, mais bientôt la matrice revient en antéversion. Alors il faut convertir l'antéversion en latéroversion, en forçant l'utérus à rester à gauche ou à droite. Dès qu'on y est parvenu, on obtient une grande amélioration.

Quand la rétroversion et l'antéversion sont compliquées de latéroversions j'emploie les mêmes moyens que pour les deux premières déviations. En résumé, la discussion actuelle servira, j'espère, à fixer l'opinion médicale sur une classe d'affections encore peu étudiées, et en général mal appréciées.

Pour ce qui regarde le thérapeutique, je pense que le traitement établi primitivement, sans distinguer les différentes espèces de déviations, et qui consistait dans l'usage des pessaires, tendait, en général, plutôt à augmenter la maladie qu'à la diminuer.

Quant au traitement nouveau, par les tiges intra-utérines, il ne peut donner que des résultats temporaires dans le plus grand nombre des cas, et il est dangereux dans quelques-uns.

Le redressement de l'utérus par les moyens que j'ai indiqués est exempt de danger, et les résultats sont permanents, excepté après la grossesse.

M. Moreau fait observer que M. *Amussat* s'est trompé en accordant à Récamier la découverte des déviations utérines ; la connaissance de ces affections remonte au docteur Grégoire, qui vivait dans le dernier siècle.

M. *Malgaigne*. Je prends une seconde fois la parole dans cette discussion, pour défendre mes propres opinions contre M. Depaul et d'autres orateurs qui les ont combattues à cette tribune.

M. Depaul et M. Velpeau m'ont fait un reproche d'avoir nié le progrès de la pathologie utérine depuis la discussion de 1849. Je reconnais, comme eux, les services immenses que ce premier débat a rendus à la pathologie de l'utérus, les utiles enseignements que chaque praticien pouvait y puiser, et les avantages qui s'y rattachaient immédiatement. Mais depuis cette époque où est le progrès ? Nous avons entendu, cette fois encore, les mêmes orateurs qui avaient parlé alors : ils ont tenu le même langage, exposé les mêmes idées, développé les mêmes théories. Mêmes doutes, même confusion ; progrès nul !

M. Hervez de Chégoin pense toujours que les déviations sont fréquemment la cause d'accidents sérieux ; et il emploie contre elles son même pessaire. Il croit encore que les engorgements en sont souvent le résultat, et qu'ils peuvent disparaître par le traitement de la déviation ; il avoue cependant que d'autres accidents peuvent être la cause des déviations, et qu'il est enfin des complications indépendantes des déplacements de l'utérus. Je crois M. Hervez de Chégoin dans le vrai ; mais pourquoi refuse-t-il de nous éclairer sur la nature de ces accidents et sur les moyens de les bien reconnaître ? Encore, comme en 1849, point de diagnostic ; ou plutôt c'est le traitement qui met M. Hervez sur la voie du diagnostic ; il essaie, il tâtonne, et s'il voit qu'il a fait fausse route, il se ravise.

M. Gibert a raison de m'accuser de n'avoir pas suffisamment insisté sur le traitement général. J'admets comme lui qu'on a fait abus de toutes les méthodes de traitement dans les affections utérines, et qu'il faut modifier la première proposition du rapport en l'appliquant à toute la thérapeutique chirurgicale des maladies de la matrice, aussi bien qu'au redressement. Je pense encore comme lui, que dans beaucoup de cas les accidents sont produits par un état pathologique autre que la déviation de l'utérus. Mais quel est cet autre état ? Pour lui, c'est tantôt un état général, tantôt un état local. Pour l'état général, il compte sept diathèses ; il y en a peut-être un plus grand nombre. Pour l'état local, M. Gibert ne décrit, ne précise, ne nomme rien. Encore ici, absence de diagnostic, confusion !

M. P. Dubois a décrit une variété de névralgie utérine s'annonçant par un point rouge à la vulve, et se propageant assez promptement jusqu'à l'utérus : j'ai deux fois eu l'occasion de vérifier aussi la parfaite exactitude de ces symptômes.

M. Depaul me reproche de n'avoir rien dit des névralgies du corps de l'utérus ; je les admets comme lui, mais je n'en ai vu qu'un seul cas. Pourquoi n'a-t-il pas comblé la lacune que j'avais laissée, en signalant lui-même les symptômes de cette affection, qu'il paraît avoir observée plusieurs fois?

M. Depaul n'a fait que reproduire les opinions de M. P. Dubois en les exagérant. Quand il a dit que les accidents attribués aux déviations avaient presque toujours une autre origine, pourquoi n'a-t-il pas fourni une démonstration ? C'est ici qu'il était nécessaire, pour le triomphe de sa doctrine contre celle des déviations, de poser un diagnostic différentiel.

M. Depaul, contrairement à mes idées, nie la fréquence des névralgies utérines ; il conteste aussi la valeur de ce signe, que j'ai signalé comme pathognomonique dans les déviations, à savoir, la suppression de la douleur dans le décubitus dorsal, et par la ceinture hypogastrique. Tout récemment encore, M. Depaul a vu deux de mes malades chez lesquelles j'ai constaté des signes de névralgie utérine, avec antéversion chez l'une, et rétroversion chez l'autre. M. Depaul reconnaît les déviations, il signale même un abaissement chez la femme affectée d'antéversion, et c'est, pour lui, cet abaissement qui est la source de toutes les incommodités. Chez la femme dont l'utérus était en rétroversion, il aperçoit, à l'aide du spéculum, une érosion superficielle du col, dont il fait dépendre tous les accidents. Il propose la cautérisation de cette ulcération comme l'unique remède au mal ; quant à moi, j'applique la ceinture hypogastrique à la malade, les douleurs sont calmées ; le pessaire achève de les dissiper, et maintenant la femme vaque journellement à ses affaires.

On a proscrit le traitement de Lisfranc, pour le remplacer par un autre traitement souvent aussi long et aussi inefficace. De nos jours on fait un étrange abus de deux choses : de la cautérisation, qui guérit rarement, et du spéculum, qui est un organe de déception.

Je reviens sur la question du diagnostic. Je dirai une seconde fois à M. Depaul qu'on ne le trouve nulle part dans son rapport ; qu'il était nécessaire de l'y introduire, car avec lui seul on pouvait démontrer à M. Valleix qu'il était dans l'erreur, que sa doctrine était illusoire et funeste, et que le redressement était une méthode aussi déraisonnable que désastreuse.

M. Huguier, qui a plaidé en faveur des déviations, a été trop sobre d'expérience et trop fécond en raisonnements. Il a été établi que les déviations au premier degré sont à peu près inoffensives, et que ce n'est que plus tard, quand elles s'exagèrent, qu'elles amènent des incommodités et des troubles fonctionnels. Je répondrai à M. Huguier ce que beaucoup de médecins savent, c'est qu'il est des déviations à peine marquées qui font affreusement souffrir, tandis que d'autres, très exagérées, n'apportent pas la plus légère incommodité, et passent inaperçues des femmes qui les portent.

D'après M. Huguier encore, la rétroversion gêne les fonctions du rectum et produit constamment la constipation ; tandis que l'antéversion fait peser l'utérus sur la vessie et amène des troubles dans la miction. Malheureusement, la pratique dément souvent ces vues de la théorie, et diverses autres lésions des organes génitaux chez la femme provoquent les symptômes que M. Huguier attribue au déplacement en avant ou en arrière.

M. Huguier semble faire des concessions au pessaire intra-utérin, et il veut qu'on l'essaie quand les autres moyens paraissent insuffisants. Je lui répondrai qu'il ne faut pas se servir si à la légère d'un instrument qui peut entraîner les plus graves, les plus funestes conséquences. Je le répète ici, il est dangereux d'employer empiriquement le redresseur. Et si M. Depaul me répond que je fais aussi de l'empirisme dans mon traitement des névralgies utérines, je lui apprendrai à distinguer deux sortes d'empirismes : l'empirisme scientifique qui conduit de l'expérience à la théorie ; c'est l'empirisme de Bacon, c'est aussi le mien ; et l'empirisme aveugle, brutal, qui ne peut qu'engendrer des dangers et qu'il faut proscrire de la saine pratique chirurgicale. Que le redresseur utérin soit donc proscrit toutes les fois que l'utérus laissera voir des traces d'inflammation, de névralgie, d'engorgement. Se peut-il concevoir quelque chose de plus insensé que d'enfoncer un *pieu* dans un organe enflammé !

M. Cazeaux est venu à son tour, qui a prétendu que les *flexions* utérines sont presque toujours innocentes, et qui a accusé les *versions* de tout le mal. Puis il a distingué des flexions accidentelles et des flexions congénitales. Je serais curieux de savoir comment M. Cazeaux reconnaît ces deux espèces de flexions sur la femme malade, et à quels signes il les distingue sur le vivant? Je crois, contrairement à M. Cazeaux, que des accidents peuvent résulter des flexions utérines aussi bien que des versions.

M. Velpeau s'est amusé aux dépens de quelqu'un que je connais bien. Il m'a reproché de l'avoir appelé le père de la pathologie des déviations ; il a répondu qu'il avait dit le pour et le contre ; il a cité des passages de lui qui semblent infirmer mon accusation. Mais je puis à mon tour combattre M. Velpeau avec ses propres armes (l'orateur cite quelques phrases de M. Velpeau, où ce professeur établit que les déviations exercent la plus grande influence sur la santé des femmes). « Est-il besoin, dit M. Velpeau, de chercher la source des accidents dans la métrite, dans les engorgements, dans le catarrhe, dans l'hypertrophie, dans l'état névralgique, quand les déviations suffisent pour expliquer tous les phénomènes? » Je le demande, dans cette seule phrase, M. Velpeau ne supprime-t-il pas toutes les affections de l'utérus pour leur substituer les déviations ?

M. Velpeau admet que les douleurs de la déviation simple disparaissent dans la position horizontale. D'accord ; mais je regrette qu'il en donne une si fâcheuse explication : car je crois, avec M. P. Dubois, qu'on a eu tort de nommer ligaments les moyens de suspension de la matrice, et qu'ils ne sont nullement susceptibles de tiraillements douloureux. Aussi dirai-je à M. Hervez de Chégoin que la strychnine et la belladone agissent sur le système utérin tout autrement qu'en distendant ou qu'en relâchant ces prétendus ligaments.

M. Velpeau a établi que l'on pouvait toujours reconnaître clairement l'origine des accidents dans les déviations, et il a été surpris que M. Depaul ait dit dans son rapport que les accidents qu'on attribue aux déviations sont produits, dans beaucoup de cas, par un autre état pathologique de l'utérus. Oui, ces cas embarrassants, douteux, difficiles, existent réellement : c'est, par exemple, lorsqu'avec une déviation, on trouve un col douloureux, sensible, du catarrhe utérin et des points névralgiques dans les membres. Quelle est alors la source de tout le mal? A quel symptôme faudra-t-il s'attaquer? Par où commencer le traitement? M. Velpeau appliquera la ceinture hypogastrique. Il fera donc remonter tous les accidents à la déviation. Moi aussi j'appliquais autrefois la ceinture hypogastrique quand même : je pensais qu'il s'établirait une sorte de tolérance ; mais j'ai appris depuis que lorsque la ceinture hypogastrique était mal supportée, c'est qu'il existait une autre affection que la déviation, qu'il fallait écarter et guérir avant l'emploi d'un moyen mécanique.

M. Velpeau a bien été forcé d'admettre les accidents ou les lésions qui peuvent compliquer les déviations ; mais pour lui ces complications sont plus souvent le résultat que la cause des déviations, de sorte qu'il conseille de lutter contre la déviation pour faire disparaître les phénomènes et les lésions qui en viennent. On doit agir comme ce chirurgien toutes les fois qu'on s'est assuré que les complications sont bien en effet la conséquence du déplacement ; mais si la lésion concomitante est indépendante de la déviation, si c'est une maladie à côté d'une autre maladie, je veux que l'on traite d'abord la complication, qu'on la guérisse avant de s'occuper de la déviation !

J'ai dit que j'avais quelquefois vu disparaître des déviations, en quelque sorte spontanément et d'un jour à l'autre. M. Velpeau s'en étonne, et dit que s'il l'avait vu lui-même, il n'y croirait peut-être pas. Mais d'autres orateurs n'ont-ils pas cité comme moi des exemples d'utérus redressés immédiatement par un mouvement de bascule, et maintenus dans la direction normale par la pression des anses intestinales ? Ce qui m'étonne, moi, c'est que les cas de ce genre ne soient pas plus fréquents.

Je ne suis pas surpris que le pessaire intra-utérin ait souvent apporté du soulagement ; mais ce que je nie, c'est que ses effets puissent être permanents. M. Velpeau croit sans réserve aux guérisons miraculeuses de M. Valleix ; il connaît sa probité scientifique, cela lui suffit. Ce n'est pas assez pour moi ; car, au-dessus de la loyauté de M. Valleix et de son incontestable talent, il y a l'expérience, l'observation et le raisonnement, qui contrarient ses assertions, et qui démontrent que le pessaire intra-utérin ne peut pas produire le redressement durable et constant ! Je crois donc, malgré M. Velpeau, que l'Académie ne doit pas s'incliner devant le talent d'observation de M. Valleix, qu'elle est parfaitement compétente pour juger la question, et qu'il est de son droit comme de son devoir de prononcer une sentence.

Eh quoi ! pour un traitement purement palliatif, qui ne fait que corriger temporairement un défaut sans le détruire, qui soulage quelquefois sans jamais guérir, on voudrait exposer les femmes à de cruelles souffrances, à des accidents affreux, à la mort même ! Mécanique pour mécanique, palliatif pour palliatif, mieux vaut choisir un moyen qui n'expose à aucun danger, mieux vaut la ceinture hypogastrique ! Enfin, avant d'introduire le redresseur dans un utérus, demandez-vous si vous auriez le courage de l'appliquer à votre femme ou à votre fille !

M. *le président* annonce que l'Académie va se former en comité secret pour le choix des candidats à la place vacante dans la *section d'anatomie pathologique*.

La séance est levée à quatre heures et demie.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur l'anatomie de la corde du tympan et du nerf intermédiaire de Wrisberg, par le docteur Gennaro Barbarisi.

Les opinions des anatomistes sur l'origine de la corde du tympan peuvent se réduire à trois principales : Hirzel, H. Cloquet, Ribes, la font provenir de la cinquième paire, et la considèrent dès lors comme la continuation directe du rameau cranien du nerf vidien. Arnold, Valentin, Longet, Panizza, Guarini (de Milan), etc., ont soutenu qu'elle n'était qu'un rameau rétrograde du facial. Enfin Gaedchens, Bischoff et Barthold l'ont considérée comme provenant du nerf intermédiaire de Wrisberg; mais cette opinion, à laquelle on n'avait jamais fait grande attention, était à peu près oubliée, lorsque M. Cusco est venu de nouveau l'appuyer de ses dissections, et M. Duchenne de ses expériences.

M. Barbarisi a abordé à son tour cette question controversée, et nous allons donner le résultat de ses recherches, que l'Académie médico-chirurgicale de Naples vient d'honorer d'une récompense.

Mais rappelons d'abord que le nerf intermédiaire de Wrisberg est un petit faisceau nerveux qui émerge du bulbe entre le nerf facial et le nerf acoustique. On sait que ces deux derniers nerfs, accolés l'un à l'autre, cheminent ensemble depuis leur origine jusqu'au fond du conduit auditif interne. Là ils se séparent : le nerf auditif pénétrant dans l'oreille interne, et le nerf facial s'engageant dans le canal de Fallope, qu'il parcourt dans toute sa longueur.

Au moment où le nerf facial et le nerf auditif se séparent, le nerf intermédiaire accompagne le nerf facial, placé tantôt au-dessus, tantôt au-dessous de lui, et il en reste bien distinct jusqu'au niveau du premier coude, ou, si l'on veut, du premier genou du canal de Fallope. Là on aperçoit un petit renflement d'un gris rougeâtre, accolé au nerf facial, et l'on voit aboutir à ce renflement, d'une part le nerf intermédiaire, d'autre part les deux nerfs grand et petit pétreux superficiels; enfin de petits filets se détachent du même point, descendent avec le facial dans le canal de Fallope, et s'en détachent manifestement, au niveau de la caisse du tympan, pour donner cette singulière branche récurrente que l'on désigne sous le nom de corde du tympan. Ce renflement, nommé *intumescence du nerf facial*, ou encore *renflement géniculé* du nerf facial, mérite le nom de *ganglion géniculé*, ainsi que l'a parfaitement établi M. Cusco. On y trouve, en effet, tous les caractères qui appartiennent aux autres ganglions des nerfs craniens.

La structure du ganglion géniculé est encore fort obscure et fort controversée. Il serait très important de la connaître, car elle donnerait aussitôt la clef d'un grand nombre de phénomènes très incertains jusqu'à ce jour. La nature et les fonctions de la corde du tympan, l'influence respective du nerf facial et du ganglion otique sur la contraction des muscles intérieurs de l'oreille, enfin et surtout la doctrine tout entière des ganglions craniens, telles sont les grandes questions qui s'agitent autour de ce petit renflement ganglionnaire.

M. Barbarisi a donc cru devoir reprendre l'étude si compliquée et si minutieuse du ganglion géniculé, et, comme ses prédécesseurs, il a commencé par s'occuper du nerf intermédiaire de Wrisberg. Ses recherches l'ont conduit à décrire tout un plexus nerveux intracrânien, qui avait échappé jusqu'ici aux anatomistes. Suivant lui, outre l'origine principale que tout le monde a décrite, le nerf intermédiaire aurait deux racines postérieures, nées l'une immédiatement derrière le nerf glosso-pharyngien, et l'autre entre ce nerf et le nerf acoustique. Ces deux racines, s'anastomosant entre elles, et avec la racine principale, forment un plexus fort compliqué ; elles fournissent deux petits filets qui vont se joindre, l'un à la branche vestibulaire, et l'autre à la branche cochléenne du nerf acoustique, et les accompagnent jusqu'à leur destination; enfin elles finissent par se confondre avec la racine principale du nerf intermédiaire, constituant ainsi par leur fusion un seul cordon nerveux, qui pénètre avec le facial dans l'aqueduc de Fallope.

Quant à l'origine de la corde du tympan, à ses connexions avec le nerf intermédiaire, et aux autres questions qui s'y rattachent, M. Barbarisi est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La corde du tympan provient principalement du nerf intermédiaire de Wrisberg; mais elle possède aussi quelques filets que le tronc même du nerf facial lui fournit dans le canal de Fallope.

2° Le nerf intermédiaire provient, comme le tronc du facial, de la colonne motrice de la moelle; mais de plus il reçoit deux petites racines sensitives provenant des corps restiformes, qui appartiennent à la colonne sensitive de la moelle.

3° Par leurs anastomoses avec les deux branches du nerf acoustique, ces deux racines sensitives du nerf intermédiaire président à la sensibilité générale du labyrinthe membraneux.

4° Ainsi formé, et doué à la fois de racines sensitives et de racines motrices, le nerf intermédiaire, au niveau du ganglion géniculé, se divise en quatre filets. Les deux premiers pénètrent dans le ganglion géniculé, le traversent, et vont fournir, par l'intermédiaire des deux nerfs pétreux, les racines motrices du ganglion sphéno-maxillaire et du ganglion otique ; les deux autres filets du nerf intermédiaire, au contraire, s'appliquent sur la partie interne du nerf facial.

5° Le ganglion sphéno-maxillaire et le ganglion otique, qui reçoivent ainsi du ganglion géniculé leurs racines motrices, envoient en échange à ce ganglion chacun une racine sensitive, par l'intermédiaire des mêmes nerfs pétreux. Chaque nerf pétreux, par conséquent, est constitué à la fois par un filet sensitif et un filet moteur, venus de directions opposées.— De ces filets sensitifs, les uns vont se confondre ensuite avec le facial, et sortent avec lui par le trou stylo-mastoïdien ; les autres vont s'anastomoser avec le nerf acoustique. Du reste, il n'y a aucune anastomose directe entre le facial et l'acoustique.

Tels sont les principaux points établis par M. Barbarisi dans son mémoire. Nous ne pourrions entrer dans de plus grands détails sans reproduire textuellement ce travail important, dont une belle planche gravée facilite beaucoup la lecture. (*Il Filiatre Sebezio*, maggio 1854.)

Procédé opératoire pour l'extraction des os du tarse, dans le cas de carie, par M. Thomas Teale.

Depuis quelques années, les chirurgiens anglais pratiquent souvent la résection ou l'extirpation des os du tarse, de préférence à l'amputation de la jambe, dans les cas de carie du pied. Cette chirurgie conservatrice mérite de fixer sérieusement l'attention, et nous nous proposons, dans une prochaine revue, de faire connaître les résultats obtenus par nos confrères d'outre-Manche. Aujourd'hui nous présentons à nos lecteurs le procédé opératoire proposé par M. Thomas Teale, chirurgien de l'hôpital de Leeds, procédé qui présente le double avantage, suivant l'auteur, de permettre la dénudation et l'extraction des os malades, d'une part, et, d'autre part, de se prêter à la désarticulation tibio-tarsienne, si l'on reconnaît, pendant l'opération, que le mal est trop étendu pour être susceptible de guérir par une simple résection.

Le chirurgien pratique d'abord une incision transversale sous la plante du pied. Cette incision commence à 2 ou 3 centimètres en avant de la malléole interne, et finit au-devant de la malléole externe, à une semblable distance. Une incision antéro-postérieure, partant de l'insertion du tendon d'Achille, vient tomber perpendiculairement sur le milieu de la précédente. On a ainsi tracé deux lambeaux latéraux, on les dissèque, et l'on met à nu le calcanéum et l'astragale. Si l'on trouve qu'il soit nécessaire d'enlever aussi d'autres os du tarse, on prolonge l'incision antéro-postérieure au delà de sa jonction avec l'incision transversale, et l'on obtient ainsi deux nouveaux lambeaux, ce qui fait quatre lambeaux en tout. L'ablation des os malades devient alors très facile. Si, pendant l'opération, on s'aperçoit que l'amputation est nécessaire, on réunit les deux extrémités de l'incision transversale, par une incision curviligne qui traverse la face dorsale du pied. Suivant M. Teale, le résultat de cette désarticulation est préférable à celui que l'on obtient en la pratiquant d'après le procédé ordinaire, le grand et unique lambeau calcanéen lui paraissant très défavorable. Cette as-

sertion nous semble contestable. La différence entre les deux résultats n'est d'ailleurs pas considérable, les deux lambeaux latéraux de M. Teale n'étant que les deux moitiés de l'unique lambeau calcanéen de M. Syme.

M. Teale pense, du reste, que, pour les caries scrofuleuses, les excisions ou extirpations du tarse sont peu avantageuses, attendu qu'à côté des os cariés qu'on enlève, il y en a d'autres que l'on n'enlève pas parce qu'ils ne sont pas cariés, et qui, malgré leur intégrité apparente, sont déjà intérieurement malades. La plaie alors ne se cicatrise pas, et de nouvelles caries s'établissent. A l'appui de cette assertion, il cite l'observation d'un jeune homme qui, ayant subi, le 18 juillet 1853, l'ablation du calcanéum, de l'astragale et du cuboïde, n'éprouva aucun accident général, et chez lequel néanmoins la cicatrisation n'était pas encore achevée le 3 mai 1854; deux ou trois petites fistules suppuraient encore, et ne paraissaient pas près de se fermer. (*Medical Times and Gaz.*, May 27, 1854.)

Du tétanos consécutif aux lésions de l'utérus, à l'avortement et à la parturition, par le professeur SIMPSON.

M. Simpson a publié tout récemment sous ce titre un mémoire dans lequel il a rassemblé un assez grand nombre d'observations pour établir que le tétanos traumatique peut survenir comme maladie *obstétricale*, de la même manière qu'il survient plus souvent encore comme maladie *chirurgicale*. Les faits qu'il a rassemblés prouvent effectivement que le tétanos peut suivre : 1° une lésion de l'utérus non imprégné ; 2° les lésions utérines et vaginales consécutives à l'avortement ; 3° les mêmes lésions consécutives à la parturition.

Un seul fait, qui est propre à l'auteur, se rapporte à la première division. Ce fait est d'autant plus remarquable, qu'il est, selon toute apparence, comme le fait observer M. Simpson, unique dans la science.

OBS. — Une femme âgée de trente-cinq ans éprouvait depuis plusieurs mois des pertes de sang, lorsqu'elle vint demander des conseils. L'utérus, volumineux et pesant, contenait évidemment, soit dans son intérieur, soit dans ses parois, une masse morbide. La présence, pendant quelques heures, d'un seul cône d'éponge préparée dans le col, détermina une dilatation suffisante pour faire découvrir un polype dans la cavité utérine. Un menstruation abondante fit momentanément ajourner tout traitement. Quelques jours après, survinrent des contractions utérines qui firent peu à peu descendre de l'utérus dans le vagin un polype celluleux gros comme le poing, et rompre en grande partie son pédicule, de sorte qu'une légère traction avec les doigts suffit pour l'entraîner au dehors. Après l'expulsion, la malade n'éprouva ni fièvre ni douleur locale, et parut convalescente pendant quelque temps. Mais le neuvième jour après la séparation du polype, elle éprouva de la douleur et de la gêne à la face, et dès le lendemain tous les symptômes du tétanos étaient devenus si marqués, qu'ils ne pouvaient pas laisser de doute sur sa nature. Les muscles des mâchoires et du cou étaient violemment contractés. En dépit de tous les remèdes, les spasmes tétaniques augmentèrent en étendue et en gravité, et la malade succomba cinquante-cinq heures après l'invasion des premiers symptômes. L'*autopsie* ne fit découvrir d'autres lésions que les traces de la déchirure du polype à la face interne de la matrice.

Plusieurs auteurs anciens avaient déjà signalé entre le tétanos et l'avortement une relation qui a été jusqu'à ce jour entièrement méconnue par les modernes. M. Simpson relate cependant six cas de tétanos consécutif à l'avortement. Dans trois de ces cas, aucun moyen médical ou obstétrical n'a été employé dans le traitement de la fausse couche, et, par conséquent, rien d'étranger n'a pu contribuer au développement de la maladie. Dans les autres cas, l'hémorrhagie avait été assez abondante pour nécessiter l'emploi du tampon. Mais dans quelles limites une métrorrhagie abondante ou l'emploi du tampon peuvent-ils concourir à faire éclater le tétanos? Un tel concours, s'il existe réellement, n'est pas facile à déterminer.

Dans le tétanos consécutif à l'accouchement, les faits se classent de la manière suivante : 1° sans cause appréciable autre que le travail ; 2° lésion du vagin ou du périnée ; 3° hémorrhagie et tamponnement du vagin ; 4° exposition au froid après la parturition ; 5° l'accouchement dans les pays chauds ; 6° les opérations obstétricales.

D'après M. Simpson, de même qu'une lésion traumatique à l'extérieur du corps est la cause la plus commune de tétanos chirurgical; de même, après l'avortement et la parturition, l'état de l'utérus (que l'on peut d'autant plus sûrement considérer comme dans un état traumatique, que l'on sait à n'en pas douter maintenant que la membrane caduque est formée par une portion de la muqueuse utérine) est la cause la plus ordinaire du tétanos obstétrical. Et il pense que la principale raison qui fait que l'état traumatique de l'utérus donne moins fréquemment lieu au tétanos que les lésions externes, c'est que l'organe reçoit plus particulièrement ses nerfs du grand sympathique, tandis que les parties externes reçoivent les leurs du système cérébro-spinal. Mais en dehors de l'état local, dans l'un et l'autre cas, quelles sont les conditions isolées ou réunies qui prédisposent ainsi à l'excitation de l'action réflexe du système spinal et à la manifestation du tétanos? Il n'y a aucun profit à retirer des considérations hypothétiques auxquelles se livre le célèbre accoucheur sur ce point pour en déduire la nature de la maladie. Néanmoins, en ce qui concerne le tétanos obstétrical, il faut bien reconnaître avec lui qu'il semble légitime d'en chercher la cause première dans les modifications imprimées à l'organisme par la grossesse, lorsqu'on voit ces mêmes modifications servir de point de départ à une autre névrose également grave et à origine évidemment puerpérale, l'éclampsie, qui ne paraît différer de l'épilepsie ordinaire que par sa courte durée et une plus grande fréquence des accès dans un temps donné.

Quoi qu'il en soit, le tétanos obstétrical ne paraît guère moins grave que le tétanos chirurgical. En effet, sur 26 exemples rassemblés par M. Simpson, la maladie s'est terminée 21 fois par la mort.

M. Simpson fait observer avec raison que des moyens locaux ne pourraient être appliqués, et qu'ils seraient d'ailleurs d'un faible secours. Les moyens généraux n'ont pas été plus efficaces que dans le tétanos ordinaire. Dans un cas comme dans l'autre, un moyen réellement efficace reste à trouver. M. Simpson pense qu'il faut le chercher parmi les agents inoffensifs qui, introduits dans l'économie par inhalation ou autrement, sont aussi directement antitétaniques dans leurs effets que la strychnine est tétanique dans ses propriétés. Parmi les agents de ce genre connus, le chloroforme lui paraît être un des plus propres à atteindre le but, et compte déjà un certain nombre de succès dans le traitement du tétanos traumatique. S'il a, à la vérité, échoué plusieurs fois dans les formes les plus aiguës de la maladie, quelques-uns de ces insuccès, suivant M. Simpson, dépendent peut-être de ce que l'action du chloroforme n'a pas été portée assez loin ni soutenue assez longtemps. (*Monthly Journal of Medical Science*, février 1854.)

Cas de luxation de l'œil, par M. T. BODKIN.

OBS. — Madame Rafferty, âgée de soixante ans, grande et robuste, fit un faux pas sur le seuil de sa porte, et se heurta lourdement en tombant sur la clef de cette porte. L'anneau de cette clef pénétra dans l'orbite, et l'œil fut expulsé de sa cavité. La malade n'éprouva que peu de douleur.

M. Thomas Bodkin vit la malade dix heures après l'accident. Le globe de l'œil, froid et sans vie, pendait sur la joue, simplement attaché par quelques lambeaux membraneux à la partie interne de la paupière supérieure. Le nerf optique était rompu ; 5 lignes de la longueur de ce nerf étaient restées attachées au globe oculaire. Un simple coup de ciseaux suffit pour achever d'enlever l'œil. On ne fit aucun autre traitement que de tenir la malade au repos, à la diète, en y joignant des applications d'eau froide. Il ne survint, du reste, aucun accident.

Il est fâcheux que l'auteur de l'observation n'ait pas indiqué l'état des muscles de l'œil, et que le rédacteur du *Dublin Medical Press*, à qui la pièce a été envoyée par M. Bodkin, ait cru devoir garder le même silence. (*Dublin Medical Press*, 14 juin 1854.)

Deux cas d'imperforation du rectum, opérés avec succès suivant la méthode anale, par M. Louis Asheinheim, de Falmouth (Jamaïque).

M. Ashenheim a eu l'occasion d'observer sept fois l'imperforation de l'anus ou du rectum. Une fois il ne vit l'enfant qu'après sa mort, et obtint la permission de pratiquer l'autopsie. Le rectum était distendu outre mesure par le méconium, et l'anus était imperforé. L'enfant avait succombé trois jours après sa naissance.

Les six autres enfants ont été observés pendant leur vie. Dans les trois premiers cas, M. Asheinheim pratiqua lui-même l'opération sans succès. Dans le quatrième cas, il assista à l'opération pratiquée par M. Alex. Fiddes, et le résultat fut encore malheureux. Les deux derniers cas, enfin, ont été opérés avec succès. En voici le résumé.

Obs. I. — Un petit nègre vint au monde le 17 septembre 1851. Quarante-huit heures après, son père se décida à appeler M. Asheinheim. L'enfant paraissait robuste et bien constitué ; mais il criait sans cesse et refusait le sein. Il avait une fièvre intense, et son ventre était très tendu. Il n'avait rien rendu par l'anus depuis sa naissance. M. Ashenheim examina l'anus qui lui parut normal ; il y introduisit aisément son petit doigt. Une sonde de gomme élastique pénétra jusqu'à une profondeur de près de 3 pouces, et s'arrêta là dans un cul-de-sac. M. Ashenheim se décida alors à pratiquer une opération. Il commença par débrider l'anus en arrière, et put ainsi introduire l'index de la main gauche jusqu'au niveau de l'obstacle. Faisant alors exercer des pressions sur l'abdomen, il sentit sur le bout de ce doigt le choc des matières contenues dans l'intestin au-dessus de l'obstacle. Aussitôt il conduisit sur la pulpe de l'index, de manière à protéger la vessie, un long bistouri pointu qu'il enfonça dans l'intestin à travers la membrane obturante. Un flot de méconium s'échappa. L'index fut alors poussé avec force à travers l'ouverture, afin de l'agrandir. M. Ashenheim voulait d'abord tenir une tente de linge à demeure dans cette ouverture ; il réussit à l'y introduire, mais il ne put l'y maintenir. Il atteignit le même but en dilatant l'ouverture plusieurs jours de suite avec le petit doigt. L'enfant guérit très bien.

Obs. II. — Le 7 novembre 1851, on vint chercher M. Ashenheim pour une petite fille de couleur, qui, née depuis vingt heures, n'avait encore rien rendu par l'anus. Du reste, il n'y avait aucun accident ; le ventre n'était ni tuméfié ni douloureux. L'anus était bien conformé. Le petit doigt, introduit dans cette ouverture, pénétra jusqu'à une profondeur d'un demi-pouce, et rencontra à ce niveau un obstacle flexible, comme fluctuant, et paraissant constitué par une cloison membraneuse. Un stylet, porté dans le fond du cul-de-sac, fut poussé avec une certaine force, et pénétra à travers l'obstacle. On le retira couvert de méconium. Alors le chirurgien introduisit l'index dans l'anus, et, pressant avec force sur la membrane obturante, il réussit à la rompre. Il s'écoula aussitôt une certaine quantité de méconium assez consistant. Une mèche fut laissée à demeure dans l'ouverture. Peu de jours après, l'enfant était parfaitement guéri. (*Association Medical Journal*, 1854, n° 77, p. 551.)

Luxation sous-conjonctivale du cristallin, par M. Deval.

Dans les exemples de ce curieux déplacement cités jusqu'ici, c'est presque toujours une violence traumatique qui a occasionné la luxation ; et presque toujours aussi l'œil avait été, par la même cause, assez profondément altéré pour que la vision y fût ou abolie ou très affaiblie. Comme MM. Blandin, Sichel, Barrier, etc., M. Deval a observé chez sa malade la réunion de ces deux circonstances.

En octobre 1853, une femme déjà atteinte d'opacités cornéennes reçut un coup de perche sur l'œil droit. Lorsqu'elle se présenta à M. Deval, en janvier 1854, on reconnut deux décollements de l'iris dans sa moitié supérieure, la pupille oblitérée par un amas plastique ; enfin sur la sclérotique, aux confins de la cornée, une tumeur globulaire, dure, et couverte d'une portion de conjonctive très vascularisée. La malade avait déjà demandé à plusieurs médecins de la débarrasser d'un corps étranger qu'elle était persuadée d'avoir dans cet œil, d'ailleurs complétement amaurotique, et qui lui causait une gêne continuelle ; mais tous l'avaient refusée, ne pouvant en constater la présence.

M. Deval pensa que cette tumeur contenait le cristallin. Effectivement, après l'avoir incisée avec une lancette, la lentille opaque, recouverte d'une couche caséeuse, s'offrit à l'ouverture et fut extraite. (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 mai 1854, p. 451.)

Du diabète et de ses rapports avec les affections cérébrales, par M. R.-H. Goolden.

Notre n° 34 contenait une courte indication sur plusieurs applications que M. Goolden venait de faire de la découverte de M. Cl. Bernard au traitement du diabète sucré. Le présent travail nous permet de fournir sur ce sujet des détails un peu plus circonstanciés. Nous donnerons la substance des observations rapportées par l'auteur, en exprimant le regret qu'il n'ait pas cru devoir les rendre plus complètes.

Obs. I. — Un homme de quarante-six ans, dans une collision qu'éprouva un train de wagons, fut violemment heurté *au côté de la tête* par un levier. Il en fut tout étourdi ; pourtant, au bout d'une heure, il put être reconduit à pied à son domicile distant d'un mille (un peu moins d'une demi-lieue). Il n'avait conservé aucun souvenir de l'accident. Bientôt les symptômes de commotion s'amendèrent, et le sujet put même prendre la direction d'un train. Mais dans le trajet, il fut pris d'un tel tremblement qu'on l'envoya à M. Goolden pour être examiné. Il se plaignait alors de vertiges, de vue confuse, mais sans céphalalgie ; pouls à 110 ; soif ; appétit très développé ; constipation. On apprit alors que l'urine était extrêmement abondante depuis son accident. L'analyse chimique y constata la présence du sucre ; la pesanteur spécifique du liquide était de 1,052.

Le traitement prescrit consista en lotions froides sur la tête (les cheveux ayant été coupés) ; purgations avec le calomel uni à la coloquinte et au sulfate de magnésie. On mit le malade à la diète lactée et *féculente*.

Une semaine après le début de ce traitement, M. Goolden revit le malade. Il ne s'était purgé qu'une fois. L'urine avait un peu diminué de quantité ; mais elle contenait des traces d'albumine. On prescrit de nouveau les purgatifs ; un vésicatoire est appliqué sur la tête.

Cinq jours plus tard, le malade accuse des tintements, des nuages qui lui passent devant les yeux. *L'urine est devenue rare* et très colorée ; sa pesanteur spécifique n'est plus que de 1,012 ; *elle ne contient plus de sucre*. Pouls à 80. Le sujet a repris au bout de quelques jours son service, et sa santé est restée parfaite.

Obs. II, III, IV et V. — *a*. Diabète dont on n'indique ni l'origine ni la date. On eut recours aux purgatifs et aux vésicatoires comme dans le cas précédent. Le résultat fut complet. Toute trace de sucre disparut. La guérison s'est maintenue.

b. Jeune homme de vingt ans. *Coup sur la tête*. Diabète consécutif datant de dix-huit mois. Traitement par les vésicatoires et les purgatifs. La maladie fut notablement diminuée ; la quantité d'urine descendit de 20 à 11 pintes, et sa pesanteur spécifique de 1,050 à 1,036. La perspiration de la peau se rétablit. L'appétit cessa d'être exagéré, et la soif diminua.

c. Diabète d'origine non spécifiée, traité inutilement depuis deux ans. La strychnine seule avait paru exercer sur la maladie une influence favorable. On eut recours au même traitement que dans les cas précédents, et la quantité d'urine s'abaissa de 12 à 6 pintes ; la pesanteur spécifique du liquide, qui était de 1,048, tomba à 1,032. Mais depuis lors, la diurèse reparut comme précédemment, et la pesanteur spécifique du liquide remonta à 1,038.

d. Enfin, le docteur Gibbs a raconté à l'auteur qu'un manufacturier atteint d'un diabète très intense, d'origine inconnue, qui avait résisté à tous les moyens, ayant été frappé de paralysie, et soumis en conséquence à l'usage des purgatifs et à l'application d'un vésicatoire à la nuque, vit tous les symptômes du diabète disparaître subitement. Jamais depuis cette époque le sucre n'a reparu dans les urines.

Les observations I et III sont curieuses, en ce que le diabète paraît avoir été formellement amené par une violence sur la tête, et qu'elles servent ainsi à éclairer un des côtés de l'étiologie de la maladie, en confirmant la théorie de M. Bernard. Les preuves tirées de la thérapeutique ne sont pas aussi démonstratives, surtout quand on tient compte des variations spontanées qu'on observe souvent dans la marche du diabète. Toutefois, la rapidité avec laquelle les accidents ont disparu dans les observations I, II et V mérite une grande attention. On ne saurait trop engager l'auteur à fournir sur ces faits des renseignements plus précis et plus détaillés. On aura remarqué que le premier malade, chez qui le diabète était lié à une commotion cérébrale et qui a guéri, a fait néanmoins usage d'une nourriture *féculente* pendant toute la durée du traitement, circonstance qui n'eût pas manqué, ce semble, d'être défavorable à la marche d'un diabète de toute autre origine.

Mort par le chloroforme, par M. LANE.

Quand la syncope que le chloroforme produit doit devenir décidément mortelle, il n'y a pas ordinairement d'arrêt entre l'apparition des premiers symptômes et le moment où tout espoir a cessé. Un cas observé par M. Lane à l'hôpital de Lock fait exception à cette règle. Un jeune homme de dix-huit ans, d'habitudes intempérantes, se fit opérer d'un phimosis congénital. On le soumit à l'inhalation anesthésique, au moyen d'un appareil n'agissant que par la bouche et laissant les narines libres. 8 grammes de chloroforme avaient été consommés en six minutes, lorsque le pouls, jusque-là reconnu fort et régulier, tomba subitement et devint tout à fait imperceptible; la face pâlit et prit une couleur plombée. On comprima aussitôt la poitrine avec une serviette, tout en mettant de l'ammoniaque sous le nez, et l'on établit ainsi la respiration artificielle. Au bout de trois ou quatre minutes de continuation de ces efforts, le pouls se releva, et la respiration recommença à s'effectuer d'une manière spontanée. On cessa alors les mouvements de respiration artificielle. Pendant dix minutes, le pouls battit de 40 à 50, et la face devint un peu colorée. Mais alors ces favorables symptômes s'évanouirent, et, bien qu'on prît le soin d'essayer encore la respiration artificielle et de prolonger des tentatives durant un temps considérable, elles demeurèrent cette fois sans le moindre succès. — L'autopsie montra une congestion veineuse des poumons, et surtout des organes encéphaliques. Le cœur, un peu volumineux, avait des parois amincies; ses fibres avaient subi la dégénération graisseuse.

Cet exemple contient une leçon des plus instructives pour la pratique chirurgicale. Il nous apprend que lorsqu'en pareil cas nous aurions obtenu, soit par la respiration artificielle, soit par tout autre secours, le retour des fonctions essentielles, il faudrait persévérer dans l'emploi du moyen qui aurait amené ce résultat, beaucoup plus longtemps qu'il ne l'a été fait dans ce cas. On ne devrait donc abandonner la respiration à ses agents naturels que lorsqu'elle serait redevenue entièrement normale pour l'étendue et le rhythme de ses mouvements. (*Medical Times and Gazette*, 3 juin 1854, p. 572.)

Sur la présence accidentelle de l'indigo dans l'urine, par M. HASSALL.

Suivant l'auteur, il se forme souvent de l'indigo bleu dans l'urine humaine; tantôt en quantité assez considérable pour communiquer au liquide une couleur vert foncé ou vert bleuâtre; tantôt en si faible proportion, qu'on en découvre à peine quelques traces à l'aide du microscope. Il importe de remarquer que la formation de cet indigo exige « en général » le concours de l'air. Il faut que l'urine ait été exposée *pendant plusieurs jours* dans un vase ouvert, à large surface, afin qu'elle subisse l'action oxygénante de ce gaz. Tout ce qui favorise l'action oxygénante, comme la lumière, la chaleur ou une forte insolation, hâte en même temps la formation de l'indigo; et c'est pour cela, sans doute, qu'il apparaît rapidement en été. Quelques circonstances portent l'auteur à croire que cette substance peut se former accidentellement dans l'organisme et être expulsée par les urines.

Quand la proportion d'indigo est considérable, on trouve en même temps une matière extractive brune, dont la solution aqueuse, exposée à l'air, peut donner une nouvelle quantité d'indigo bleu. Cette substance ressemble à l'*hématine*, tant pour les caractères chimiques que pour la composition élémentaire.

— Il est probable, en effet, que l'indigo trouvé dans l'urine provient toujours d'une altération de l'hématine; car il est des cas, comme on vient de le voir, où il résulte de la transformation d'une matière chimiquement semblable à l'hématine; et, dans les autres cas, il ne peut guère être fourni que par la matière colorante de l'urine, qui n'est elle-même, vraisemblablement, que de l'hématine altérée. (*Journal de pharmacie et de chimie*, mai 1854. — *Extrait des comptes rendus de la Société royale de Londres.*)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de pathologie et de thérapeutique, par BAMBERGER, CHIARI, FALCK, GRIESINGER, HEBRA, HEUSINGER, LEBERT, PITHA, SIMON, STIEBEL, TRAUBE, VIRCHOW, VOGEL et WINTRICH, sous la direction de R. WICHOW. Erlangen, 1854, vol. I. (*Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.*)

Ce *Traité de pathologie interne*, qui doit paraître en entier (six volumes) dans le cours de l'année, compte au nombre de ses auteurs les médecins les plus considérables de l'Allemagne. Chaque partie de la pathologie sera exposée par ceux qui se sont le plus spécialement dévoués à son étude. Ainsi nous avons déjà le chapitre de l'inflammation, traité par M. Virchow, dont on connaît les travaux nombreux et intéressants sur les altérations des vaisseaux dans les phlegmasies, etc. M. Vogel (de Giessen) publie, dans le premier volume, l'étude pathologique du sang. Enfin, les chapitres seront traités successivement par les auteurs suivants : les intoxications par M. Falck; la syphilis par M. Simon; les fièvres par M. Griesinger; les exanthèmes et les maladies de la peau par le professeur Hebra (de Vienne); les maladies du système nerveux, par le professeur Hasse (de Heidelberg); les maladies des voies respiratoires, par le professeur Wintrich (d'Erlangen); les affections du cœur, par le docteur Traube; celles du cœur et des lymphatiques, par le professeur Lebert; la pathologie de l'appareil digestif, par le docteur Bamberger; des reins, par M. Vogel; des organes génitaux de l'homme, par M. Pitha; des organes génitaux de la femme, par le professeur Chiari (de Prague). La direction de l'ouvrage est confiée au professeur Virchow (de Wuerzburg). Nous ne pourrions que féliciter le rédacteur d'avoir su réunir dans un seul ouvrage l'expérience de tant d'hommes distingués. M. Virchow est, du reste, connu par son zèle pour la science, aux progrès de laquelle il a déjà largement contribué dans ses *Archives d'anatomie pathologique et de clinique médicale*. L'école à laquelle il appartient, illustrée par Koelliker, Scanzoni, Scherer, a marqué sa place dans l'Allemagne scientifique moderne. Les travaux de ces professeurs, jeunes encore, mais riches en expérience scientifique et même pratique, méritent assurément d'être connus en France. La *Gazette hebdomadaire*, en contribuant à les populariser, espère contribuer à faire disparaître les tendances exclusives des écoles qui veulent vivre dans un isolement complet, isolement que ne permet plus l'échange de jour en jour plus facile des idées scientifiques.

Le *Traité de pathologie* n'est pas un ouvrage élémentaire; loin de là, le livre s'adresse surtout aux médecins et aux savants. La bibliographie, riche comme dans tous les livres allemands, n'occupe en réalité que peu de place : elle est exposée en quelques lignes en tête de chaque chapitre. Les opinions des auteurs sont autant que possible réunies plutôt par communauté d'idées que par classification de noms ou d'époques. La critique accompagne toujours l'énoncé d'une opinion. La thérapeutique occupe une large place, comme l'indique le titre de l'ouvrage. Les agents thérapeutiques sont groupés sans indication de formule et d'une manière générale. Nous regrettons seulement que, dans le premier volume, les auteurs ne se soient pas peut-être suffisamment attachés à bien préciser la plupart des indications thérapeutiques, si multiples et si variées, que peut présenter chaque maladie. Le volume que nous avons sous les yeux était, peut-être moins que tout autre, propre à faire ressortir cette qualité que nous espérons retrouver dans les volumes suivants. La symptomatologie est traitée avec un soin remarquable; chaque phénomène morbide est rapporté, autant que possible, à sa cause spéciale; l'union des accidents pathologiques, leur enchaînement, leur succession est mise en lumière; enfin, nous n'avons pas besoin d'ajouter que l'anatomie pathologique, aidée de la chimie et de la microscopie, est traitée avec beaucoup de détails. Nous devons, surtout pour les lecteurs français, insister sur la juste limite dans laquelle les auteurs ont maintenu les recherches d'histologie et de chimie; il suffira de lire le chapitre des maladies du sang (de M. Vogel), de l'inflammation (de M. Virchow),

pour s'assurer que ces éléments de la solution des problèmes pathologiques sont appréciés à leur juste valeur, et les *desiderata* de la science dans les problèmes si ardus de l'hématologie parfaitement indiqués. Nous ne pouvons qu'encourager nos confrères d'outre-Rhin dans le travail qu'ils ont entrepris, et que nous pourrons mieux apprécier quand nous connaîtrons la partie purement descriptive de l'ouvrage.

Le premier volume, publié récemment, contient l'histoire de l'inflammation, de la fièvre, des troubles locaux de la circulation, de l'oblitération des vaisseaux, des hémorrhagies, des hydropisies, de la gangrène, de l'atrophie et de la dégénérescence, de l'hétéroplastie, enfin la description des animaux et des végétaux parasites. Ces divers chapitres sont l'œuvre de M. Virchow. M. Vogel a publié dans le même volume l'hématologie pathologique, la description de la goutte et du rhumatisme. Le rachitisme et l'ostéomalacie sont l'œuvre du docteur Stiebel (de Francfort). L'espace nous manque pour analyser ces chapitres différents. Nous devons signaler surtout comme très complète l'histoire de l'inflammation, véritable monographie. L'école française moderne a adopté une opinion opposée à celle que professe M. Virchow sur la dégénérescence. Cette théorie pourra surtout être appréciée, en lisant, d'une part, l'article de M. Virchow sur la spécificité dans les maladies, publié dans ses *Archives d'anatomie pathologique et de clinique médicale;* de l'autre, le *Traité des maladies cancéreuses* de notre savant ami le professeur Lebert (de Zurich). Les arguments pour et contre ne pourraient être discutés dans cette analyse; nous devons nous contenter de dire que M. Virchow, avec la plupart de ses compatriotes, s'élève contre l'idée de la nature spécifique du tubercule et du cancer. On aurait tort d'en conclure que l'histologiste allemand refuse de reconnaître dans la cellule cancéreuse des caractères propres à établir le diagnostic: loin de là, l'examen microscopique lui sert souvent pour admettre la nature cancéreuse d'un produit morbide; c'est donc une discussion plutôt de physiologie pathologique que de pratique. La description des animaux parasites est trop courte, et nous attendions de M. Virchow un exposé plus complet de la conformation des vers intestinaux.

L'hématologie a trouvé dans le professeur Vogel un savant interprète. Les altérations quantitatives et qualitatives des divers éléments du sang, globules rouges et blancs, fibrine, albumine, etc., sont indiquées avec soin. L'auteur insiste avec raison sur les effets de l'introduction de substances étrangères dans la circulation; il rejette d'une manière absolue l'introduction du pus en nature dans le sang. Nous devons noter aussi que Vogel fait jouer un certain rôle, dans la pyémie et le typhus, à une altération des globules du sang, qui perdraient plus ou moins complétement la faculté d'absorber l'oxygène. Ces résultats, obtenus par l'examen clinique du sang et l'expérience chimique, nous rappellent les recherches de notre savant confrère, M. Claude Bernard, qui a prouvé que, dans l'asphyxie par la vapeur de charbon, le sang peut, dans certains cas, perdre également la faculté d'absorber l'oxygène. C'est peut-être là une nouvelle manière de rendre compte de certains empoisonnements. Des recherches ultérieures nous diront sans doute la valeur de ces observations nouvelles.

Dans l'article sur l'ostéomalacie et le rachitisme, on trouve les opinions déjà émises antérieurement par M. Virchow, et presque identiques avec celles que notre ami, le docteur Broca, publiait déjà, antérieurement à M. Virchow, dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris.* Ces résultats identiques, faits sans communication aucune des deux auteurs, ne contribuent pas peu à augmenter leur importance.

Nous regrettons de n'avoir pu, dans une analyse aussi rapide, mentionner que quelques points isolés. Nous avons déjà porté notre jugement sur l'ensemble de l'ouvrage. Nous devons féliciter M. Enke, l'éditeur, du soin avec lequel l'ouvrage est publié. Les livres allemands semblent vouloir nous faire oublier, depuis quelques années, l'ancienne coutume d'une typographie peu soignée et d'un papier gris et détestable. A Vienne, comme à Berlin, Erlangen et Würzbourg, le progrès est général, et la librairie allemande peut rivaliser par son luxe avec la librairie française, et même avec les belles éditions de M. Churchill (de Londres). Docteur LEUDET.

Traité de pathologie interne, par CANSTATT (*Specielle Pathologie und Therapie*), 3e édition, revue et annotée par le docteur HENOCH. Erlangen, 1853, F. Enke, 1re livraison.

Le *Traité de pathologie* de M. Canstatt jouit en Allemagne d'une grande et juste réputation; il se distingue surtout par une clarté malheureusement assez rare dans les publications de nos confrères d'outre-Rhin. Ce livre, qui a déjà eu deux éditions, paraît aujourd'hui de nouveau, avec des additions du docteur Henoch, auteur connu déjà par ses contributions aux *Annales de la Charité*, de Berlin, et surtout par son *Traité des maladies du bas-ventre.* La première livraison, que nous avons sous les yeux, est un volume de près de deux cents pages. L'ouvrage sera complet en 8-10 livraisons semblables. Cette première partie de l'ouvrage contient un exposé de la pathologie générale, pléthore, anémie, inflammation, troubles de la nutrition, hypertrophie, atrophies, productions morbides nouvelles, et enfin névroses. Les additions de M. Henoch sont nombreuses, et quelques chapitres même nous semblent lui appartenir plutôt qu'à M. Canstatt: ainsi, l'article sur les névroses, en général, porte l'empreinte des idées du célèbre professeur de Berlin, Romberg, dont M. Henoch est un des élèves les plus distingués. Nous ne pourrions, sans aucun doute, faire à M. Henoch un reproche du soin qu'il a mis à modifier les parties du texte arriérées, eu égard aux progrès récents de la science; mais il nous semble qu'on éprouve souvent un grand embarras pour distinguer l'opinion de l'auteur de celle de l'annotateur. La bibliographie, rédigée sur un plan à peu près semblable à celui de l'ouvrage de pathologie dont nous rendons compte plus haut, montre dans M. Henoch un homme qui connaît parfaitement les publications allemandes et étrangères. Ces deux ouvrages n'ont pas le même caractère. Le *Traité* de Canstatt, plus élémentaire, est une exposition de l'état actuel de la science sous une forme claire et facile. Le *Traité de pathologie* rédigé par M. Virchow est un ouvrage de plus longue haleine, une œuvre originale, scientifique.

Ces deux traités de pathologie s'adressent, comme on le voit, à des lecteurs un peu différents. Comme ouvrage élémentaire, le *Traité* de Canstatt nous paraît remplir parfaitement son but; et les annotations de M. Henoch contribuent à augmenter notablement sa valeur.

Docteur LEUDET.

VI.

VARIÉTÉS.

La section d'*anatomie pathologique* de l'Académie de médecine a présenté dans l'ordre suivant les candidats à la place vacante dans cette section: 1° M. Barth; 2° M. Beau; 3° M. Moreau, de Tours; 4° M. Sestier; 5° M. Ménière; 6° M. Bayle.

— *Hôpitaux de Lyon.* Par une délibération récente, le conseil d'administration vient d'annexer à l'hospice de l'Antiquaille un vaste bâtiment qui sera occupé jusqu'à ce que les circonstances permettent d'ajouter à l'Antiquaille l'ancien couvent des Chazeaux, affecté actuellement au dépôt de mendicité. A la Croix-Rousse, le conseil fait mieux encore. Les négociations avec la communauté des trinitaires ayant échoué, le conseil a dû porter, quoique à regret, ses vues ailleurs, et il a fait l'acquisition des propriétés Chazal et Guillot, rue de Cuire. Le terrain de ces deux propriétés réunies occupe un espace considérable. Le nouvel hôpital contiendra, dit-on, à peu près six cents lits.

(*Gaz. méd. de Lyon.*)

— La Société de chirurgie de Paris, dans sa séance annuelle, qui a eu lieu le 5 juillet, a entendu la lecture d'un rapport de M. Verneuil, au nom de la commission du prix fondé par M. Verrier, de Bar-sur-Aube.

La question mise au concours était ainsi conçue:

De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des varices et des hémorrhoïdes.

Le prix, d'une valeur de 300 francs, a été décerné à M. le docteur Desgranges, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, auteur du Mémoire n° 4.

Une mention honorable a été accordée à M. le docteur Valette, chirurgien désigné de l'hôpital de la Charité, à Lyon, auteur du Mémoire n° 3.

La parole a ensuite été donnée à M. Marjolin, secrétaire général, qui, après un compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1853-1854, a lu une Notice historique sur Pravaz, de Lyon, membre correspondant de la Société, décédé dans le courant de l'année.

M. Denonvilliers, président sortant, avant d'installer au fauteuil son successeur M. Huguier, a présenté un exposé court et intéressant de l'état actuel de la Société de chirurgie. Nous parlerons dans notre prochain numéro des nouveaux prix fondés par la Société.

CHOLÉRA. — Voici le mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine depuis le 5 juillet :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 6 juillet. .	21	8	29	13	15
7	21	11	32	11	16
8	25	8	33	17	14
9	21	11	32	21	20
10	19	4	23	15	13
11	17	9	26	12	14
12	19	8	27	15	10
Résumé de 7 jours. .	143	59	202	104	102

Sur les cas venus du dehors, une moitié appartient à la banlieue.

Situation au 12 juillet : Cas traités depuis novembre. . . . 3,401

Sorties . . . . . . 1,270 }
Décès . . . . 1,790 } 3,060

Il reste en traitement 341

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ABEILLE MÉDICALE. — N°s 17, 18 et 19. Analyses et revues.

ARCHIVES MÉDICALES. — Juillet. Sur les lésions fonctionnelles qui sont sous la dépendance des névralgies, par *Notta*. — Traitement de la chorée, par *Moynier*. — Sur les fractures de l'extrémité inférieure du fémur, par *U. Trélat*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 juin. Moyens employés dans le lupus, par *Duménil*. — Sur diverses préparations pharmaceutiques. — Effets de l'ammoniaque dans un cas d'ivresse, par *Claeys*. — Extrait de belladone comme succédané du seigle ergoté dans l'accouchement, par *Soma*. — Deux cas de luxation en dehors du calcanéum, par *Dumas*. — Cachexie iodée par *Lebert*.

FRANCE MÉDICALE. — N° 7. Lésion circonscrite de l'urètre dans la blennorrhagie chez l'homme, par *Marchal*.

GAZETTE DES HOPITAUX. — N°s 73, 74. — N° 75. Nouveau pessaire anal, par *Courtillier*. — N° 76. Déviations de l'utérus, par *Saussier*. — N°s 76, 77, 78, 79 et 80. Cliniques.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N° 25. Anémie des nouveau-nés, par *Hervieux*. — Empoisonnement par le venin du serpent, par *Brainard*. — N° 26. Inhalations opiacées, par *Lombard* (de Genève). — Gelure des pieds, double amputation, pansements rares, guérison, par *Coste*.

MONITEUR DES HOPITAUX. N°s 73 et 74. Cliniques. — N° 75. Traitement des écoulements chez l'homme et la femme par le sous-nitrate de bismuth à haute dose, par *Caby*. — N°s 76, 77, 78. Sur une nouvelle doctrine médicale (catholique), par *Renouard*. — Monstres homœadelphes ectophages, par *Ricoigne*. — N° 79. Note sur l'empoisonnement par l'ammoniaque, par *Imbert-Gourbeyre*. — N° 80.

PRESSE MÉDICALE. — N°s 24, 25 et 26. Analyses et revues.

RECUEIL DE MÉD. VÉTÉRINAIRE. — Juin 1854. Essai sur le tournis des bêtes à laine, par *M. Reynal*. — Castration des vaches, par *M.-P. Charlier* (suite). — Inoculation de la péripneumonie contagieuse, par *M. Marret*.

RÉPERTOIRE DE PHARMACIE. — Juin. Extraits et analyses.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 30 juin. Des affections utérines, par *Gibert*. — Affections scrofuleuses chez le vieillard, par *Dumoulin*.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS. — Juin. De la pyélo-néphrite, par *Lamaestre*. — Sur les luxations dites incomplètes de l'extrémité supérieure du radius, par *Bourguet*. — Juillet. Varices et leur traitement, par *Verneuil*. — Rétention des règles, par imperforation du vagin, par *Cabaret*. — Emploi extérieur de l'or divisé, par *Chrestien*. — Action antidiarrhéique de la corne de cerf calcinée, par *Larue*.

UNION MÉDICALE. — N° 75. Recherches sur l'aconit, par *Schroff*. — N° 76. Collodium dans l'orchite, par *Venot*. — N°s 77 et 78. Rétroversion de l'utérus, accidents graves cessant après la réduction, par *Poulet*. — N°s 79 et 80.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 6. Hydrothérapie contre les congestions chroniques, par *Lubanski*. — Salivation mercurielle comme moyen thérapeutique, par *Passot*. — Inoculation lacto-variolique, par *Brachet*. — Emploi intérieur de la teinture d'iode dans certaines affections thoraciques, par *Leriche*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 6. Sur l'éclampsie urémique, par *Wieger*. — Rapport sur l'asile de Stephansfeld, par *Dagonet*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 12. Observation de phthisie scrofuleuse au troisième degré, *guérie en quarante-cinq jours* par l'iodure de potassium, etc., par *Blondin*. — Ophthalmie catarrhale, par *Falot*.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — Mai 1854. Traitement des plaies d'armes à feu, par *Binard*.

GAZETTE MÉDICALE DE LIÉGE. — N° 12. Comptes rendus et analyses.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N°s 27 et 28.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — N° 77. Fracture et excision des extrémités des os, par *J. Russell*. — Mélanges (déchirure du placenta pendant l'accouchement; chloroforme dans l'asthme; imperforation de l'anus, opération), par *L. Ashenheim*. — N° 78. Fonctions de la peau, par *Willis*. — Traitement de la hernie étranglée après l'opération, par *Ed. Morris*. — Moyen de rétablir le cours des matières après l'opération de la hernie, per *J.-S. Gamgee*. — Anévrysme de la carotide externe; ligature de la carotide primitive; succès, par *G. Mitchinson*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 807. Nouveau procédé pour préparer la poudre de fer, par *Arthur Morgan*.

MEDICAL CIRCULAR. — N°s 103 et 104. Analyses et revues.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 208. Rapport sur des cas de blessures mortelles reçues sur le vaisseau l'*Arrogant* dans l'affaire d'Ecknäs, par *J. Gallagher*. — Sur la lithotritie, par *S. Fenwick*. — N° 209. Congestion des poumons pendant l'accouchement, dépendant d'une maladie du cœur, par *F.-H. Ramsbotham*. — Ophthalmoscope, par *E. Williams*. — Sur la chirurgie plastique, par *Spencer Wells*. — Présence de corps gras dans les vomissements du choléra, par *Lauder Lindsay*.

THE LANCET. — N° 25. Rapport du diabète avec les affections cérébrales, par *H. Goolden*. — Comment on envisage et l'on traite les maladies des organes génito-urinaires à Paris, par *W. Acton*. — Nouvelle méthode d'injection pour les préparations anatomiques, par *Ed. Lund*. — Caractères diagnostiques tirés de la langue, par *Th. Newham*. — Cliniques. — N° 26. Sur la saignée, par *Marshall Hall*. — Carcinôme du rectum, rétention d'urine, ponction. — Paraplégie, phlébite, mort. — Cliniques.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N° 25. Application de la méthode anesthésique aux maladies internes, par *L. Berruti*. — Revue obstétricale, par *Olivetti*. — N° 26. Sur les injections iodées répétées, par *Perosino*. — Emploi de l'élixir *Leroy*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N° 25. Méthode d'enseignement de clinique chirurgicale, par *A. Ranzi*. — Nouveau cas de mort par le chloroforme, par *G. Nistri*. — N° 26.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — N° 11. Amas de vers lombricoïdes dans le cœcum, par *Linoli*. — Sur la phlogose des vaisseaux sanguins, par *de Meis*.

IL FILIATRE SEBEZIO. — Juin 1854. Statistique médicale de l'hôpital de la Paix par *del Giudice*. — Fièvre périodique, guérie par l'arséniate de quinine, par *Spadafora*.

IL PROGRESSO. — N° 6. Anévrisme traumatique, ligature de l'iliaque externe, mort, par *G. Rosso*. — Apoplexie; cas de médecine légale, par *Freschi*.

EL HERALDO MEDICO. — N° 106. Arsenic dans les fièvres intermittentes, par *J. Linacero*. — N° 107. Application de l'électricité à la médecine, par *R. Trabanco*. — Sur quelques symptômes et quelques avantages résultant de l'emploi du chloroforme dans les opérations, par *Pablo Wall*. — N° 108. Electricité contre l'asphyxie des nouveau-nés, chaînes de Pulvermacher, par *J. de Alarcon y Salceda*. N°s 109. — N° 110. Sur le choléra épidémique, par *A. Espuig*.

EL PORVENIR MEDICO. — N° 87. De l'intoxication palustre, par *G. Lopez*. — Noix vomique dans la fièvre typhoïde, par *L. Principe*. — N° 88. Observations de fièvre typhoïde, par *F. de Paula Monedero*. — N° 89. Intoxication palustre, par *Lopez*. — N° 90. Introduction dans l'estomac de la tige d'un instrument employé à déterger le fond de la gorge, abcès abdominal, guérison, par *F. Garcia y Garcia*.

EL SIGLO MEDICO. — N° 25. Eaux minérales de Charles III, à Trillo, *anonyme*. — Sur la nature de la chaleur des eaux thermales, par *J. Salgado*. — N° 26. Abcès, suite de petite vérole, *anonyme*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 12. Abus des purgatifs et des saignées, par *Z.-B. Gonzales*. — Hygiène dans ses rapports avec la science administrative et avec la morale, par *F.-R. Vas*.

Livres nouveaux.

DE LA CURABILITÉ DES LUXATIONS FÉMORALES CONGÉNITALES. Faits et documents tendant à établir la réalité des cures opérées par le docteur Pravaz; par le docteur *L.-A. Gillebert-d'Hercourt*. Br. in-8° de 64 pages. Lyon, chez Savy.

THE WATER-CURE IN CONSUMPTION AND SCROFULA; an Exposition of the Question of their Curability, par *J. Balbirnie*. In-8°. Londres, chez Longmann, 21 fr.

THE DISEASES OF THE FŒTUS IN UTERO, not including Malformations; with an Outline of Fœtal Development, par *H. Madge*. In-8°. Londres, chez Renshaw. 7 fr.

PRINCIPLES AND PRACTICE OF THE WATER-CURE, par *J. Wilson*. In-8°. Londres, chez Churchill. 14 fr. 50

ERRATUM. — Dans le compte rendu de l'ouvrage de M. Durand-Fardel (n° 40, page 664, 1re colonne, dernier alinéa, ligne 7), au lieu de : *que les obstacles se multipliant à l'excès*, lisez : *que les obstacles ne se multipliant pas à l'excès*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. — PARIS, 21 JUILLET 1854. — N° 42.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

UNIVERSITÉ DE FRANCE. INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

Circulaire aux recteurs, relative à l'examen de première année dans les Facultés de médecine.

Paris, le 10 juillet 1854.

Monsieur le recteur, le règlement du 7 septembre 1852, relatif au baccalauréat ès sciences, dont les étudiants en médecine doivent justifier dès la première inscription, ayant élevé de beaucoup le niveau des connaissances exigées des candidats, en ce qui concerne la chimie, la physique et l'histoire naturelle, j'ai pensé que l'instruction déjà acquise par les étudiants dans ces diverses branches de sciences accessoires devait faire modifier l'enseignement de la première année d'études médicales, et exigeait des modifications correspondantes dans le programme de l'examen qui termine cette année. En effet, les cours de physique, de chimie et d'histoire naturelle, peuvent désormais prendre, dans ces Facultés, un caractère plus positif d'application à la médecine ; et les étudiants qui les suivent, déjà pénétrés des principes de ces sciences, sont en état d'aborder immédiatement les études les plus importantes pour l'avenir de leur carrière : celles qui concernent l'anatomie et la physiologie. C'est pour rendre ces études obligatoires dès la première année qu'il m'a paru nécessaire de joindre aux matières du premier examen de sortie certaines parties de l'anatomie et les prolégomènes de la physiologie, indépendamment des connaissances de physique, de chimie et d'histoire naturelle, considérées dans leurs applications à la médecine, qui constituaient seules ce premier examen.

Le conseil impérial de l'instruction publique ayant émis un avis favorable sur ce projet, j'ai pris, sous la date du 8 juillet courant, un arrêté dont je vous transmets ampliation, et qui détermine le programme des examens conformément aux observations qui précèdent.

Je vous prie, monsieur le recteur, de notifier à M. le doyen de la Faculté de médecine de votre Académie les dispositions de cet arrêté, dont vous voudrez bien surveiller l'exécution.

Recevez, monsieur le recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

H. FORTOUL.

ARRÊTÉ.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

FEUILLETON.

Démonstration de la rotation de la terre à la Faculté de médecine de Paris.

Un matin de la semaine dernière, des ruisseaux d'étudiants descendaient, clapotants et jaseurs, par tous les affluents de la place de l'École-de-Médecine, et, après avoir formé un remous sous la porte de l'édifice, s'épandaient en large nappe dans la cour. Avant que l'on ouvre au flot certaine issue dont il assiége la porte, un ami nous introduit à la dérobée, et nous nous trouvons transporté dans une vaste salle dont les dispositions semblent promettre un spectacle intéressant. Une boule de cuivre suspendue au plafond par un long fil s'amuse à décrire de petits cercles concentriques, sous prétexte de chercher sa position d'équilibre ; on vous l'attache net avec une ficelle à un clou voisin. Une machine que l'on tourmente avec une manivelle répond par un grincement rauque, aigre, qui tourne peu à peu au ton aigu et finit par un gémissement plaintif, désolé, lamentable. Quand le monstre a cessé de se plaindre, on tire de ses flancs un disque métallique, animé d'un mouvement de rotation d'une rapidité prodigieuse, et qui paraît immobile tant il tourne. Tout près de lui, une sphère terrestre, inclinée sur son axe, regarde par son pôle boréal un autre pendule, plus petit que le premier, qui se balance tristement à une sorte de gibet. Nous nous croyons fermement dans l'atelier de Gérard Dow ; mais une personne obligeante veut bien nous prévenir que nous allons assister à une leçon de physique. Et, en effet, voici une chevelure touffue et crépue, qui va et vient, inspecte de ci et de là, accueille les survenants, interpelle l'appariteur, caresse les instruments, leur parle, les encourage à bien faire. Des banquettes réservées se remplissent d'auditeurs inaccoutumés, de professeurs, d'agrégés, de savants de toute robe ; et un ecclésiastique qui prend place attache ses yeux sur le grand pendule, en songeant à la lampe de Galilée.

Quel est donc le spectacle auquel va nous faire assister l'honorable professeur Gavarret? Un spectacle admirable, le plus curieux et le plus saisissant qu'il soit donné de contempler. Nous allons voir, à ce qu'il paraît, fonctionner un des rouages du système du monde ; nous allons voir tout simplement la terre tourner! Et en effet, pendant une heure, nonchalamment renversé sur une banquette de velours, nous avons suivi d'un regard dédaigneux cette misérable planète, cette vallée de larmes et ces montagnes d'iniquités qui fuyaient devant nous. Dans cette position surnaturelle, nous étions bien près de nous croire au milieu d'une assemblée

Vu l'arrêté du 7 septembre 1846, relatif aux examens de fin d'année dans les Facultés de médecine ;

Le conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Arrête :

ART. 1er. Le premier examen de fin d'année dans les Facultés de médecine aura pour objet : 1° la physique, la chimie et l'histoire naturelle, considérées dans leurs applications à la médecine, conformément aux programmes des leçons professées dans le courant de l'année par les professeurs de la Faculté ; 2° les premières parties de l'anatomie (ostéologie, articulations, myologie) et les prolégomènes de la physiologie. L'anatomie et la physiologie, dans toutes leurs parties, continueront d'être la matière du second examen de fin d'année.

ART. 2. MM. les recteurs des Académies départementales de la Seine, du Bas-Rhin et de l'Hérault sont chargés d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 8 juillet 1854.

H. FORTOUL.

N. B. Les dispositions de cet arrêté ne sont exécutoires qu'à partir du 15 juillet 1855.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 13 au 19 juillet 1854.

N° 159. CESTAN, Nicolas-Jacques-Marie, né le 21 avril 1830 à Gaillac (Tarn). [*Des hématocèles rétro-utérines.*]

N° 160. CHAVANE, Paul-Nicolas-Ernest, né le 27 juin 1829 à Mirecourt (Vosges). [*Essai sur l'hydropisie des villosités choriales.*]

N° 161. DAMOURETTE, François-Basile-Ernest, né le 19 juillet 1828 à Challerange (Ardennes). [*Du lait et de l'influence de ses altérations sur les maladies des enfants.*]

N° 162. LECORNEY, Marie-Édouard, né le 3 avril 1828 à Alençon (Orne). [*Des parotides symptomatiques.*)

N° 164. TARIEL, Pierre-Jules, né le 26 juillet 1828 à Condé-sur-Noireau (Calvados). [*Des déchirures du périnée dans l'accouchement.*

N° 165. BAUCHET, Louis, né le 4 mai 1826 à Violaines (Pas-de-Calais). [*Des tumeurs fibreuses du maxillaire inférieur.*]

N° 166. MISSOL, Noël-Léon, né le 12 août 1830 à Villefranche (Rhône). [*De la compression considérée comme cause d'accidents et comme moyen thérapeutique.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

I.

Paris, ce 20 juillet 1854.

EST-IL UTILE, EST-IL PRUDENT D'EMPLOYER LE MERCURE CONTRE LA SYPHILIS ?

L'appropriation du mercure, comme remède, à la syphilis constitutionnelle, comme maladie, est un des axiomes le plus universellement admis, et, ce semble, le mieux justifiés, de la pratique médicale. On discute encore sur le meilleur mode de préparation de ce médicament ; il subsiste un peu de désaccord relativement aux doses ; la durée de l'administration peut soulever quelques débats. Mais sa vertu reste au-dessus de toute contestation, et le titre de spécifique lui est unanimement conservé par les autorités même les plus dissidentes sur d'autres points de doctrine.

Venir aujourd'hui nier cette qualité de spécifique, c'est donc s'exposer, ainsi que le dit lui-même l'auteur de ce hardi paradoxe, à *soulever contre soi un long cri d'improbation !* C'est pourtant ce que s'est cru en droit de faire M. Noguès, chef des travaux anatomiques à Toulouse. Dans un article que contient le dernier numéro de la *Gazette médicale* de cette ville, il confesse franchement sa foi, et proclame que « le mercure ne guérit la vérole que d'une manière palliative, et que, après plusieurs récidives de cette terrible maladie, l'hydrargyre, toujours administré contre ses diverses formes symptomatiques, détermine des maladies graves dont la mort est la solution. » Cette effrayante conclusion, M. Noguès l'appuie et sur l'expérience clinique et sur la théorie. Pour nous, qui avec le même agent, croyons avoir guéri souvent et sommes du moins persuadé de n'avoir point tué, c'est un devoir, et des plus sérieux, d'examiner de près les bases de ce hardi théorème.

Treize observations recueillies pendant trois ans ont décidé le pessimisme où l'auteur se renferme. Mais attendu, dit-il, qu'elles sont toutes parfaitement semblables, il n'en rapporte que trois. En voici le résumé succinct, mais fidèle :

OBS. I. — Fille de dix-huit ans. Première infection, deux chancres et urétrite. Après l'emploi des délayants, l'irritation étant calmée, on donne les pilules de Dupuytren durant six semaines. Les chancres guérissent. Néanmoins on continue encore un mois les mercuriaux, sauf quelques suspensions. — Près de trois mois après la fin de ce traitement, apparition d'une syphilide et d'ulcères au gosier. Nouveau traitement mercuriel de deux mois environ. Au bout de deux mois, il vient des excroissances à la vulve et à l'anus ; douleurs ostéocopes. On donne du mercure avec des

de dieux, — le professeur faisant Jupiter, — et nous n'aurions pas tardé à prendre en pitié ce globe de boue, si, à force d'explications, nous n'avions fini par comprendre que nous étions dessus, hélas ! et que nous tournions avec lui. Certes, le fait n'a rien de proprement médical ; mais puisqu'il a servi de texte à une leçon de la Faculté, on ne trouvera pas mauvais que nous en entretenions un instant nos lecteurs. Nous défions d'ailleurs tout confrère de prouver qu'il soit étranger au mouvement de la terre.

Le feuilleton se permettra donc de traduire, dans la licence de sa forme, la savante et technique démonstration du professeur. Imaginez, dans les profondeurs du ciel, un point fixe, entièrement soustrait à l'influence du système terrestre ; attaché à ce point fixe, un immense fil ; à l'extrémité de ce fil, un corps pesant suspendu presque au ras de la surface de la terre. Voilà un pendule. Ce pendule colossal se balance d'un pôle à l'autre, en coupant perpendiculairement la ligne équatoriale. Un géant assez haut pour apercevoir ~~un long~~ segment de cette courbe, Encelade échappé de l'Etna ou Og ressuscité, se poste à l'équateur même, un pied de chaque côté de la ligne, le visage tourné vers le *plan vertical d'oscillation* du pendule. Comme la terre tourne d'occident en orient et l'emporte dans son mouvement, s'il s'est placé à l'ouest de ce plan d'oscillation, il s'en rapproche en l'abordant de face, et, s'il s'est placé à l'est, il s'en éloigne à reculons. Mais, dans les deux cas, le plan transversal de son corps et le plan d'oscillation du pendule ne cessent pas d'être parallèles. Seulement, l'observateur, tournant avec tout le système terrestre, croit qu'il n'a pas bougé, et que c'est le pendule qui s'est rapproché ou éloigné de lui.

Cela constaté, le géant change de place. Avec ses bottes de sept lieues, il remonte l'hémisphère boréal et s'arrête, par exemple, au 48e degré de latitude nord, et sur le méridien de Paris. Là il reprend à l'égard du pendule sa première position, c'est-à-dire qu'il fait encore face au plan d'oscillation. Nous supposons qu'il se place à l'est de ce plan. La terre tourne toujours. Mais, loin de l'équateur, là où un plan tangent à la surface du globe n'est plus parallèle à la ligne des pôles, qu'arrive-t-il ? On sait que tous les méridiens terrestres viennent se réunir angulairement aux extrémités de cette ligne. Or le plan transversal du corps de l'observateur exécute précisément le même mouvement que le méridien sur lequel les pieds reposent ; le prolongement de ce plan, qui coïncidait avec le plan d'oscillation du pendule ou lui était parallèle au moment où l'observateur a pris position, forme maintenant avec lui un angle ouvert du côté de l'équateur et dont le sommet est au pôle. Le géant, en d'autres termes,

sudorifiques. Deux hémoptysies ont lieu ; la phthisie pulmonaire se caractérise, et la malade meurt un an après la première invasion du mal.

Obs. II. — Fille de vingt-huit ans, ayant déjà eu une syphilis dont elle est bien guérie. Entrée le 11 mars 1843 pour des chancres à la vulve et au museau de tanche. Un furoncle volumineux siége sur la fesse. Cautérisation ; pansements au vin aromatique ; traitement mercuriel. Les chancres s'agrandissent néanmoins. On remplace momentanément le mercure par des purgatifs ; puis on le recommence. Cette fois, les chancres génitaux s'amendent, mais l'ouverture du furoncle devient chancreuse et s'étend rapidement jusqu'à ce qu'elle ait envahi la fesse tout entière ; on cherche en vain à l'arrêter par diverses cautérisations. Et pendant tout ce temps le mercure est continué. Enfin, au bout de sept mois et demi, une cachexie mercurielle profonde existant, on cesse l'administration de ce métal. On prescrit un changement de salle, l'exercice, le quinquina, le bon vin, l'iodure de potassium. Au bout de trois semaines, tout était guéri.

Obs. III. — Fille de dix-sept ans. Chancres du clitoris et de la grande lèvre, avec bubon très douloureux. Malgré des sangsues et les délayants, le bubon suppure. On donne la liqueur de Van-Swieten, qui, pour cause de salivation, est suspendue douze jours ; mais on en recommence ensuite l'usage. Au bout de deux mois, guérison. — Trois mois et demi après, elle rentre avec une syphilide générale et des pustules humides. Traitement mercuriel de deux mois ; guérison. Sortie le 8 mai, elle rentre à la fin d'août avec des crêtes de coq à la vulve, plus une périostose frontale. Nouveau traitement mercuriel ; mais, au bout de quelques jours, la toux se déclare, suivie d'une légère hémoptysie. Une phthisie pulmonaire s'établit et ne tarde pas à l'enlever.

En possession de faits aussi désastreux, et croyant de bonne foi qu'ils *constituent la règle*, M. Noguès devait sans peine trouver une théorie pour les expliquer. La voici en deux mots : Selon lui, la syphilis est sans doute spécifique dans sa cause, si l'on considère cette cause *en puissance ;* mais si on l'étudie appliquée à l'économie animale, l'affection varie quant à ses symptômes et son pronostic, suivant une foule de conditions d'âge, de sexe, de tempérament, etc. Le traitement doit donc aussi différer. En d'autres termes, la maladie vénérienne n'est pas toujours *une*, et ne doit point répondre dans tous les cas par sa spécificité à la spécificité du mercure.

M. Noguès promet de revenir bientôt sur cet exposé afin de le compléter. Mais nous n'attendrons pas, nous ne devons pas attendre jusque-là, pour opposer à ce dogme dangereux une protestation aussi catégorique que les termes dans lesquels il est lui-même exprimé.

Pour proscrire le mercure, M. Noguès a suivi la même voie qu'ont, à diverses époques, choisie les adversaires de ce spécifique : il a argué d'insuccès réels, mais que le défaut d'indication explique parfaitement, sans emporter le moins du monde un défaut de vertu curative. De même que l'on citait autrefois, pour en nier l'utilité, des blennorrhagies, ainsi que des bubons ou des végétations, dont il n'avait pu arrêter le cours, de même le médecin de Toulouse vient aujourd'hui signaler, comme exemple de son inefficacité, des cas où ce remède, *antidote seulement de la vérole constitutionnelle*, s'est montré impuissant parce qu'il a été donné *alors que la vérole constitutionnelle, ou n'a jamais existé, ou n'existait pas encore.*

En effet, dans la seconde observation, il est évident qu'on l'a prescrit contre *un chancre primitif simple*, accidentellement inoculé à une plaie de furoncle. Il ne pouvait faire nul bien, mais il pouvait faire beaucoup de mal ; et l'événement a montré qu'on ne violait pas impunément les lois si sages que, nous l'avouons, nous croyions être un peu mieux connues par toute la France depuis les beaux travaux de Ricord.

Quant aux deux autres cas, si l'on remarque que le mercure a été donné d'abord, et *largâ manu*, avant que les signes caractéristiques de syphilis constitutionnelle eussent éclaté, on ne s'étonnera ni de son insuffisance à les prévenir, ni des mauvais résultats qu'il a eus ensuite.

Premièrement, en effet, le mercure est le spécifique de la maladie généralisée dans l'économie, mais non de la maladie qui n'est encore qu'à sa première période, à l'état d'incubation, sous forme de chancre primitif. Admirable pour guérir la diathèse, il ne peut rien pour la prévenir ; semblable, du reste, en ceci, à tous les autres spécifiques, copahu, quinquina, qui n'ont de pouvoir que lorsqu'on sait l'exercer à propos, et échoueraient à coup sûr comme prophylactiques, avant une maladie dont ils triompheront pourtant sans peine si on la laisse se déclarer.

Je dis, en second lieu, que le mercure, administré de cette façon, est non seulement impuissant, mais réellement dangereux ; car, étant donné une première fois sans nécessité et sans avantage, pendant la durée du chancre, lorsqu'il devient ensuite indiqué par l'éclosion des symptômes constitutionnels, l'organisme est déjà *blasé* sur son action curative, en même temps qu'il est *prédisposé* à en ressentir plus aisément l'action toxique. Aussi se trouve-t-on, dans ce cas, réduit à en exagérer les doses pour qu'il agisse, alors qu'il serait si utile de les pouvoir réduire, afin qu'il ne nuise pas. De là les inconvénients sérieux que M. Noguès a constatés, mais que les praticiens dont il raconte la conduite auraient évités en réservant l'usage du mercure pour le moment où les accidents généraux viennent à apparaître.

Cette manière de faire, dont le travail de M. Noguès nous offre l'exemple, est, nous le savons, celle d'un grand nombre,

---

exécute une conversion ; d'abord il ne voit plus le plan d'oscillation qu'obliquement ; après un mouvement de 90 degrés, il ne le voit plus du tout ; à 180 degrés, il lui tourne le dos. Dans cette seconde expérience, il s'imagine, non plus seulement que le pendule s'est éloigné, mais encore que le plan vertical suivant lequel il oscille a changé de direction.

Il est facile de s'assurer de toutes ces particularités en remplaçant, sur un globe terrestre, le plan d'oscillation par le plan vertical d'un cercle pivotant sur les deux pôles, et Encelade par une petite figure découpée.

Maintenant, supposez que, pour obtenir l'invariabilité du plan dans lequel se meut le corps suspendu, malgré le déplacement continu des objets environnants, il ne soit pas indispensable d'aller ficher un clou dans le firmament, mais que cette invariabilité appartienne également à un pendule faisant partie du système terrestre, — et la rotation de la planète réalisera pour nous les changements de perspective que nous supposions tout à l'heure ; nous verrons le balancement du pendule changer sa direction par rapport à nous, et son plan vertical d'oscillation semblera tourner sur lui-même. Or c'est ce qui a lieu. On démontre en physique que le plan d'oscillation d'un pendule demeure invariable dans l'espace, alors même que le corps auquel il est attaché exécute un mouvement de rotation. On le démontre à l'aide de cette petite potence qui nous avait fait peur en entrant. Un pendule est fixé à la traverse, et les deux montants latéraux sont portés par une planchette mobile. Quel que soit le sens dans lequel on fasse tourner cette planchette, le pendule ne dévie pas du plan vertical dans lequel il a commencé à se mouvoir. Cela étant, rien de plus simple que de rendre manifeste le mouvement gyratoire de la terre. La ficelle qui retenait la boule du grand pendule, relevée vers le mur voisin dans le but de la priver de toute vitesse acquise au moment de l'expérience, est enflammée à l'aide d'une allumette et se rompt. La boule part comme un navire dont on coupe le câble, et commence ses oscillations du nord au midi et du midi au nord. Une pointe dont elle est munie à sa partie inférieure suit d'abord très exactement la direction d'une arête métallique disposée à cet effet ; mais peu à peu le plan d'oscillation et le plan vertical de cette arête cessent de coïncider. Seulement ici les choses ne se passent plus tout à fait comme dans l'expérience du pendule céleste. Comme cette fois le pendule est emporté, avec la règle métallique et tous les corps voisins, dans le mouvement de la terre, le plan d'oscillation, qui n'a pas cessé d'être parallèle au plan vertical de l'axe polaire, et le méridien terrestre (que représente ici l'arête) ne se disposent plus de manière à se rencontrer angulairement au pôle, mais se croisent en X. Le plan d'oscillation paraît exécuter un mouvement de rotation autour d'une verticale menée par le point de sus-

du plus grand nombre peut-être des médecins. Aussi avons-nous avec empressement saisi, pour appeler leurs méditations, pour provoquer, s'il se peut, la discussion sur ce point important de pratique, une occasion qui ne pouvait être mieux choisie qu'à la publication d'un mémoire intéressant à tant de titres.

Nous ne déchargeons point pour cela absolument le mercure des griefs d'impuissance que M. Noguès lui adresse. En le qualifiant de *palliatif*, le médecin de Toulouse ne fait que répéter une accusation malheureusement trop justifiée. Oui, ainsi que M. Ricord a eu la loyauté de l'avouer le premier, oui, le mercure fait disparaître les manifestations, tout en laissant persister la diathèse. Mais ces récidives possibles, trop fréquentes, qui désolent tant de malades et inspirent aux praticiens novices leurs premiers doutes sur la puissance de l'art, ces récidives cesseront de fournir aux ennemis du mercure une objection solide, s'ils veulent bien réfléchir :

1° Qu'il serait peu logique de compter *comme rechute* la première poussée de symptômes constitutionnels qui s'opère deux ou trois mois après un chancre, bien que celui-ci ait été traité par le mercure ;

2° Que les vraies récidives de symptômes constitutionnels, si elles sont chaque fois soumises à un traitement convenable, deviennent graduellement plus faibles, plus espacées, et en outre curables par une dose de moins en moins forte du spécifique ; de telle sorte qu'il est vrai de dire, pour un certain nombre d'individus, que cette série de reproductions de la maladie constitue plutôt le cours régulier de son évolution, qu'une suite d'accidents méritant véritablement ce nom ;

3° Que, malgré son impuissance trop réelle, le mercure demeure encore le meilleur remède que nous possédions contre la syphilis secondaire, et qu'il est beaucoup plus aisé de lui reprocher son insuffisance que de le remplacer même par un équivalent ;

4° Enfin, qu'il est naturel de prendre le mercure en défaut, si, comme nous regrettons d'avoir à constater que cela a été fait dans les trois observations citées par M. Noguès, on le donne à une période du mal où son pouvoir est notoirement nul, savoir : une fois contre des accidents primitifs, et deux fois contre des accidents bien franchement tertiaires.

C'est cette *erreur de temps* dans l'indication qui explique aussi les dangers que M. Noguès se croit en droit d'attribuer à l'administration du mercure. Nous nous bornerons donc pour le moment, quant à cette dernière accusation, aux quelques lignes qui précèdent, attendant, et non sans impatience, le développement promis d'un sujet auquel nul ne blâmera l'auteur d'avoir voulu attacher l'attrait du paradoxe.

P. DIDAY.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

RECHERCHES SUR LA NÉCROSE, par M. le professeur GERDY.

La nécrose est la mort d'un os ou d'une portion d'os, suivie ordinairement d'une érosion qui sépare la partie morte des parties osseuses vivantes. La portion séparée ou en voie de séparation reçoit, comme dans la carie, le nom de *séquestre ;* mais elle en diffère en ce qu'ici la mort est le phénomène *initial* ou *primitif* de la maladie, et l'érosion disjonctive ou éliminatoire le phénomène *consécutif*, tandis que c'est le contraire dans la carie. Faute de connaître ces caractères et ceux des séquestres, on ne peut pas encore réellement distinguer la carie de la nécrose, les séquestres de l'une de ceux de l'autre, et l'on prend l'une pour l'autre, ou bien la même affection, la carie avec séquestre, pour une affection composée de carie et de nécrose, quoique ce soit une simple carie.

Causes individuelles. L'âge y prédispose-t-il ? On l'a dit, et c'est très douteux ; mais comme les enfants sont bien plus nombreux que les vieillards, ils doivent en être plus souvent affectés en apparence. Le tissu compacte est le siége le plus ordinaire de la nécrose ; on l'observe cependant aussi dans les tissus aréolaire et canaliculaire. Weidmann l'a vue dans le tissu celluleux de l'os coxal ; j'ai deux calcanéums où ce tissu est frappé de mort. Certains os en paraissent plus souvent atteints ; on prétend même que le tibia, le maxillaire inférieur, le fémur, l'humérus, sont dans ce cas ; que les os de l'avant-bras, la clavicule, le péroné, les métatarsiens et méta-

---

pension du pendule ; il semble tourner d'occident en orient du côté du pôle boréal, et d'orient en occident du côté du pôle austral. En réalité, c'est la terre, ce sont les murs de l'édifice, ce sont les spectateurs, qui tournent en sens contraire.

Voilà une manière simple, claire, accessible à tous, de rendre manifeste le mouvement rotatoire de la terre. Mais on comprend que la même démonstration pourra être donnée par tout système susceptible de réaliser un mouvement de direction invariable qui échappe complétement à l'influence de toute action perturbatrice. Or cette condition se rencontre dans un corps solide, symétrique par rapport à son axe, et auquel on a imprimé un mouvement de rotation autour de cet axe. Qui de nous n'a fait courir la toupie sur la terre durcie par la gelée ? Quand la paresseuse se balançait de côté et d'autre comme un promeneur nonchalant, nous la stimulions avec le fouet de peau d'anguille, et alors elle se tenait sur sa pointe de fer comme si elle eût été fixée au sol ; et, prise dans la main, elle y dormait immobile, en faisant entendre un ronflement doux à l'oreille. Si avec cette expérience nous n'avons pas découvert le moyen de démontrer la rotation de la terre, c'est que nous n'avions

Figure 1.

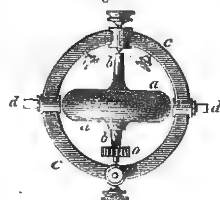
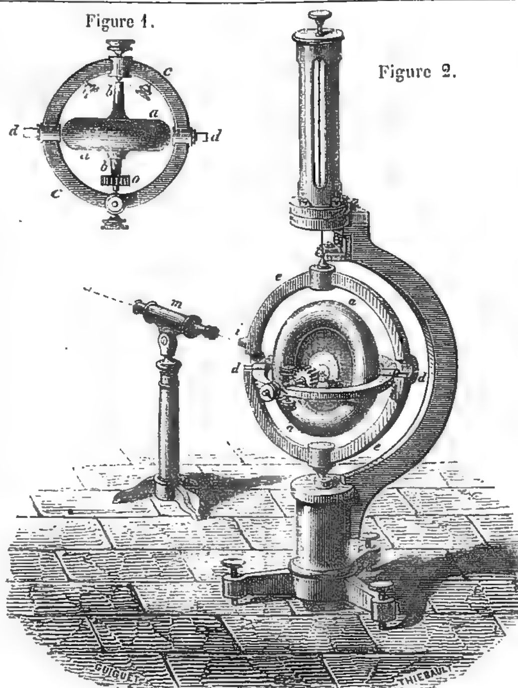


Figure 2.



pas, les uns et les autres, un grain du génie de la mécanique dans la tête. Car c'est une vraie toupie, ce disque de cuivre appelé *gyroscope* qu'on place d'abord dans la machine grinçante de tout à l'heure pour le mettre en rotation, puis dans l'appareil de suspension destiné à l'expérience. M. Ch. Delaunay a bien voulu nous permettre de reproduire ici la gravure du gyroscope qui figure dans son *Cours élémentaire d'astronomie.* Nous lui empruntons à peu près sa description.

Un disque métallique *aa* (fig. 1 et 2) est monté sur un axe *bb* qui est fixé à son centre et perpendiculairement à ses faces latérales. L'axe *bb* est soutenu à ses deux extrémités par deux pivots sur lesquels le disque *aa* peut tourner librement. Ces deux pivots sont portés par un anneau *cc* (qui est *horizontal* dans l'expérience) muni de deux couteaux *dd* analogues au couteau de suspension d'un fléau de balance. Les couteaux *dd* reposent par leurs arêtes dans des échancrures pratiquées en deux points de l'anneau *vertical ee*. Enfin l'anneau *ee* est suspendu à un fil un peu long, ce qui lui permet de tourner facilement autour de la verticale suivant laquelle ce fil se dispose : et pour éviter que cet anneau, avec tout ce

carpiens viennent ensuite. Mais ces faits mêmes ne paraissent pas assez bien prouvés pour insister davantage.

On croit que l'inflammation du tissu osseux la produit, parce qu'il est très commun de rencontrer des fragments d'os morts, isolés ou presque entièrement séparés, dans les ostéites un peu considérables, particulièrement dans celles d'amputation. Mais, chose remarquable ! ces séquestres de nécrose, qu'on appelait, avant Louis, *carie sèche*, parce qu'ils sont secs, restent invasculaires et sans trace d'inflammation au milieu de l'os enflammé. Comment donc la phlegmasie aurait-elle frappé de mort un tissu où elle n'a pas existé, pour respecter celui qu'elle a évidemment attaqué ? J'avoue que je ne le concevrais pas, si cela était ; mais cela n'est pas. Ce qui me paraît avoir abusé les chirurgiens à cet égard, c'est que la nécrose est alors produite par la périostite et la moélite, dont les altérations voisines font croire à l'inflammation du séquestre. Dans la vraie nécrose, le séquestre n'est jamais enflammé ; il me faudrait supposer, pour l'admettre, un accident que je n'ai jamais vu. La périostite, la moélite, au contraire, produisent la nécrose d'autant plus sûrement qu'elles sont plus étendues, et entraînent des suppurations, des décollements et des destructions plus vastes et plus rapides de la moelle et du périoste. Ce sont ces altérations qui, en privant l'os de suc nourricier, produisent réellement les nécroses qu'on attribue à l'ostéite. L'observation de Jacquet, où le décollement du périoste de tout le fémur ne fut pas suivi de nécrose, ne contredit point cette doctrine. J'ai déjà fait observer que le décollement du périoste ne se sera point fait à la fois sur tout le fémur. On a, d'ailleurs, beaucoup exagéré autrefois l'influence du décollement, de la destruction du périoste sur la nécrose. On sait aujourd'hui que le périoste se recolle très bien, et que ses décollements ne sont pas nécessairement suivis de nécrose, surtout s'ils n'ont que 3 centimètres carrés, comme ceux qu'a pratiqués Ténon dans ses expériences, si on les couvre de topiques doux, non irritants, et qu'on ne les laisse pas à l'air qui en dessèche les vaisseaux. Mais on sait aussi que la destruction du périoste cause souvent des nécroses superficielles, par suite du défaut de sucs nourriciers dans l'os qui meurt. Comment se fait le recollement des parties molles avec la surface des os quand l'os ne se nécrose pas ? Il se fait souvent par la sécrétion d'un fluide plastique organisable que versent les parties molles, comme dans les plaies fraîches ou la phlegmasie d'une séreuse. Je m'en suis maintes fois assuré, par des expériences aussi simples qu'innocentes.

Dans des cas de dénudation des os du crâne, où les chairs voisines pouvaient recouvrir les os en totalité ou en partie, et où je les ai recouverts d'une manière continue, excepté au moment où je les écartais légèrement pour examiner ce qui se passait dans leur intervalle, j'ai vu les chairs fournir un *plasma*, une matière formatrice entre leur surface et celle des os ; ce *plasma* se vasculariser ; ses vaisseaux s'unir avec ceux des os et des chairs ; puis des adhérences solides et une cicatrisation immédiate s'établir comme dans les parties molles. Dans d'autres cas, où les chairs, en partie détruites, ne pouvaient recouvrir qu'en partie les os, j'ai vu, en lavant et nettoyant chaque jour l'os dénudé jusqu'aux adhérences voisines, j'ai vu, au bout d'un certain nombre de jours (de vingt à trente jours) apparaître un ou plusieurs points rouges dans l'épaisseur de l'os, qu'on aurait crus à sa surface parce qu'ils en étaient très près et que l'os aminci les laissait voir par transparence ; mais si l'on grattait ces points avec une pointe acérée, on s'apercevait que l'on passait par-dessus sans les toucher, car on n'y changeait rien. Lorsque, au contraire, au bout d'un certain temps, ces points arrivèrent à la surface, on les vit saigner par le grattage, comme un vaisseau blessé, déchiré. Ces points rouges, intra ou extra-osseux, sont formés, en effet, par des vaisseaux, ou, si l'on veut, par des bourgeons charnus très vasculaires. Cependant, ces fongosités plastiques formées versent de la matière organisable à la surface de l'os en même temps que les parties molles, et la cicatrisation commencée par la résorption de l'os s'achève par sécrétion plastique et adhésion des parties, comme dans le premier mécanisme.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi, et la dénudation périostale d'un os est réellement parfois suivie de nécrose. Par quel mécanisme se fait alors la nécrose ? On suppose, avec beaucoup de raison, que la destruction des vaisseaux capillaires qui vont du périoste à l'os en détermine la mort dans les points dénudés, par l'insuffisance des sucs nourriciers, comme je l'ai dit, bien que ces sucs puissent souvent y parvenir indirectement par des vaisseaux collatéraux.

La destruction partielle ou totale de la moelle dans les os longs par la suppuration, cause, par le même mécanisme, des nécroses internes du corps, plus ou moins épaisses ou profondes. J'en possède plusieurs observations pour le tibia. C'est d'ailleurs prouvé par l'expérimentation. Si l'on cautérise fortement la moelle d'un os long en introduisant un fer rouge dans son canal médullaire, l'os meurt, et il s'en forme un nouveau à l'extérieur du premier. Ce fait a été prouvé par les expériences de Troja, de Weidmann, de M. Cruveilhier, etc.

Dans la gangrène spontanée d'un membre, les os meurent avec les parties ; mais ce n'est pas là de la nécrose. Les diathèses syphilitique, scrofuleuse, scorbutique, rhumatismale, arthritique, les fièvres graves, les fièvres éruptives sont des causes réelles de nécrose ; mais, outre ces causes individuelles ou internes de nécrose, il en est d'*externes*.

Citons parmi celles-ci la brûlure, la congélation, les caustiques, le feu, les contusions, les fractures, surtout les fractures par armes à feu, la compression (voy. S. Cooper, t. II, 148, obs. de Bloomfield), les plaies des grands os, notamment les amputations qui causent si souvent la périostite et la moélite, le contact permanent de l'air, les topiques irritants, et non ceux qui sont doux et émollients, comme l'ont prouvé les expériences de Tenon. Il montra, en effet, sur des chiens, que des topiques irritants entraînèrent l'exfoliation, tandis que les topiques émollients n'en furent pas suivis ; que ces derniers, employés sur un malade, furent également suivis

---

qu'il porte, puisse osciller comme un pendule, on l'a muni inférieurement d'une pointe déliée qui pénètre dans un trou assez large pour qu'elle puisse y tourner librement sans éprouver de frottement. L'action de la pesanteur n'a aucune influence — ni sur le mouvement de rotation du disque autour de son axe de symétrie, parce que le centre de gravité du corps est exactement sur cet axe ; — ni sur l'inclinaison de l'axe *bb* du disque, parce que le centre de gravité de l'anneau *cc*, sur lequel repose cet axe, se trouve aussi exactement sur la ligne médiane qui joint les arêtes des deux couteaux *dd*.

Le disque ayant été mis en rotation et placé avec l'anneau *cc* dans la position indiquée figure 2, on voit l'anneau vertical *ee* tourner d'orient en occident autour du fil qui le supporte. Ce mouvement n'est qu'apparent. De même que, dans l'expérience du pendule, le plan d'oscillation conservait sa direction primitive dans l'espace, le plan de rotation du disque garde *invariablement* la même orientation, et le cercle vertical *ee* reste immobile, pendant toute l'expérience, dans le plan où il a été placé au commencement. Son déplacement *apparent* d'orient en occident tient à ce que tous les objets situés autour de lui sont emportés en sens inverse, c'est-à-dire d'occident en orient, par le mouvement gyratoire de la terre sur son axe.

La démonstration du professeur ne s'est pas arrêtée là ; d'autres expériences encore ont été aussi décisives. Mais la course est assez longue pour la poitrine délicate du feuilleton. En vérité, en vérité, rien n'est beau, rien n'est merveilleux comme cette élucidation savante des grands mystères de la nature. Pendant que ce pendule oscillait, que ce disque tournait, que l'un et l'autre, dans leur déplacement apparent, mesuraient les degrés de longitude, avec une précision rigoureuse, sur une courbe graduée, nous ne pouvions chasser de notre mémoire cette magnifique fantaisie du poëte :

Souvent pendant la nuit, au souffle du zéphire,
On sent la terre aussi flotter comme un navire ;
D'une écume brillante on voit les monts couverts
Fendre d'un cours égal le flot grondant des airs ;
Sur ces vagues d'azur où le globe se joue,
On entend l'aquilon se briser sur la proue,
Et du vent dans les mâts les tristes sifflements,
Et de ses flancs battus les sourds gémissements...

A dire vrai, nous n'avons entendu ni l'air gronder, ni les flancs de la terre gémir, ni quoi ou qui que ce soit *siffler*. Bien au contraire, une salve nourrie d'applaudissements s'est fait entendre quand le professeur a dési-

de guérison sans nécrose. Néanmoins, ces faits ont besoin d'être plus multipliés. Il est vrai que d'autres observateurs citent des faits analogues, mais ils manquent souvent de précision, et la science n'a point encore à cet égard la rigoureuse exactitude que je lui voudrais et que je voulais essayer de lui donner, quand j'ai été arrêté cet hiver dans mes recherches par un retour de maladie.

Mais ce qu'il faut surtout bien distinguer, ce sont les cas où la mort est initiale ou primitive, de ceux où elle est consécutive à une érosion disjonctive, parce qu'alors il y a inversion et différence profonde dans les maladies. En effet, outre que le moment de la mortification, sa cause et son mécanisme ne sont pas les mêmes, les phénomènes et la marche ne le sont pas davantage; car, tandis qu'il se fait un travail d'élimination utile, favorable et réparateur en définitive, plus ou moins long et considérable dans la nécrose vraie, l'érosion, qui frappe de mort la partie qu'elle sépare du vif, est une ulcération destructive. Ajoutez enfin que, si vous appelez du nom de *nécrose* ou de *gangrène*, comme le veulent quelques auteurs recommandables, toute mortification d'os, même par ulcération, c'est comme si vous appeliez du nom de gangrène la mortification d'un doigt, d'un nez, d'une oreille par un coup de sabre qui les abat, ou même le cadavre d'un animal, quoique ces parties et le cadavre ne soient pas gangrenés.

Marche et symptômes de la nécrose. — La nécrose est parfois aiguë et bien plus souvent chronique. Elle a plusieurs périodes. La première période consiste dans une douleur ostéocope locale, surtout nocturne, qui est suivie de la mort d'une partie d'os; la deuxième est une inflammation ulcérante ou une érosion éliminatoire; la troisième, souvent simultanée à la précédente, est l'inflammation ostéogène ou reproductive qui n'est pas constante; la quatrième est la chute, l'expulsion du séquestre; la cinquième, la cicatrisation. Il me paraît avantageux de les distinguer, pour plus de netteté, par des noms significatifs.

Dans la *première*, ou *celle de mortification*, la *douleur* n'est pas un fait constant. Elle s'observe, surtout, dans les nécroses invaginées, dans les interstitielles, comme dans toute ostéite suppurante, et peut s'accompagner de fièvre intense, lorsque l'os mort agit comme un corps étranger enfermé dans le tissu de l'os vivant. La douleur se voit aussi assez souvent dans les nécroses syphilitiques, et se lie peut-être plutôt à la syphilis elle-même qu'à la nécrose, puisqu'elle s'observe aussi dans les caries et dans les exostoses vénériennes: la *mortification* d'une partie d'os, qui constitue la nécrose proprement dite, se faisant souvent sans douleur, s'accomplit fréquemment sans qu'on en ait le moindre soupçon.

La *seconde période*, l'*érosion éliminatoire*, l'élimination, est une inflammation qui se développe souvent lentement et sourdement dans l'épaisseur de l'os, entre les parties mortes et les parties vives, ensuite dans les parties molles circonvoisines. Celles-ci sont gonflées et forment à l'extérieur une tuméfaction plus ou moins large, plate, peu douloureuse, peu chaude, dont l'inflammation marche lentement. Cependant cette tuméfaction devient peu à peu pâteuse, fluctuante, puis plus chaude, et donne lieu à un ou plu sieurs abcès qui s'ouvrent au dehors. Le pus de ces abcès varie d nature: il est d'autant plus séreux que la maladie marche plus len tement, d'autant plus jaune et plus épais qu'elle est plus aiguë, qu les parties molles ont plus concouru à sa sécrétion, et que la sant générale est plus forte et meilleure. L'érosion éliminatoire s'ac complit par une résorption osseuse qui sépare la partie mortifié de l'os par une rainure, une sorte de ravin étroit de plus en plu profond où pullulent des bourgeons charnus. Ces fongosités vascu laires viennent de l'os vivant et forment une membrane pyogène d'étendue, de forme, de consistance et de couleur variables. Mai chose singulière! la surface osseuse éliminatoire ne présente souve aucune trace du travail d'inflammation éliminatoire qui s'y est accon pli. On n'y voit que de petites dépressions semi-ovoïdes, des ru gosités sans trous, ni sillons vasculaires, et lorsqu'il y a d sécrétions elles appartiennent au périoste ossifié qui les a produite ou dans l'épaisseur duquel elles se sont formées pendant qu'il éta enflammé. D'autres fois, au contraire, le tissu osseux, dont un s questre s'est détaché, est vasculaire, piqueté, raréfié et éviden ment enflammé.

La *troisième période* est la *réparation*, la reproduction de l'o Elle ne s'observe pas dans toutes les nécroses, ou du moins elle e parfois si imparfaite qu'elle ne mérite plus cette dénomination, n'est plus qu'un mode de cicatrisation osseuse. La reproductic s'observe surtout dans les grands os longs des membres, dans mâchoire inférieure, l'omoplate, et ne se voit pas au contraire da les os du crâne. Lorsqu'elle a réellement lieu, elle s'accompl en même temps que l'élimination. La réparation consiste da l'inflammation reproductive du périoste qui se gonfle, s'épaiss plus ou moins, devient peu à peu dur comme un cartilage ou u fibro-cartilage, puis osseux; dans des phénomènes analogues d'o sification qui s'étendent aux tissus voisins, dans les tissus cell laire, musculaire, dans les tendons, les aponévroses, dans la men brane pyogène qui s'est formée autour de l'os mort. Y a-t-il pa fois primitivement sécrétion sous-périostale liquide, visqueuse transparente, gélatiniforme, albuminiforme? On le dit; mais je n' jamais trouvé qu'une matière fibriniforme, rosée, non visqueus non fluide.

L'érosion éliminatoire et l'inflammation ostéogène ou répar trice se modifient suivant diverses circonstances: 1° *Dans la dén dation des os*, il n'y a pas nécessairement *nécrose*, et *l'exfoliatic insensible* est une chimère, il y a seulement alors *résorption o seuse*. Mais comment a-t-on pu croire à l'exfoliation des os dén dés sans l'avoir réellement observée? C'est que lorsque alors o réapplique les chairs à la surface des os, qu'elles se recollent, le blessé meurt longtemps après et qu'on examine la surface d l'os, on la trouve dépolie, déprimée, comme s'il y eût eu exfoli tion; c'est qu'on voit quelquefois alors la plaie ne se fermer qu' près que la portion d'os dénudée s'est exfoliée visiblement et qu' s'en est détaché une écaille plus ou moins épaisse; voilà comme

---

gné à l'attention de l'assistance un jeune homme, celui-là même qui avait tourné la manivelle de la roue dentée, qui avait frotté l'allumette chimique allemande contre le mur pour lâcher la bride du pendule, qui avait enfin, dans tout le cours de la séance, rempli l'humble rôle de préparateur. C'était M. Foucault, l'inventeur de ces démonstrations, qui conviait naguère la curiosité des savants et des amateurs à sa grande expérience du pendule sous les voûtes du Panthéon.

A. Dechambre.

— M. le docteur Barth vient d'être élu membre de l'Académie de médecine à un seul tour de scrutin et à une majorité dont il n'y a pas beaucoup d'exemples. Il a obtenu 65 voix sur 73 votants. Les huit autres voix se sont partagées entre MM. Beau, Moreau (de Tours) et Ménière.

— La Société d'hydrologie médicale de Montpellier est définitivement constituée. Elle a formé son bureau ainsi qu'il suit : président, M. Boyer: vice-président, M. Dupré; secrétaire général, M. Bourdel; secrétaire des séances, M. Saurel; trésorier, M. Farrat.

— L'Académie des sciences et lettres de Montpellier met au concou pour 1855 la question suivante, proposée par la section de médecine « *Des paralysies qui paraissent indépendantes de toute lésion appréciab* « *des centres nerveux.* » Les concurrents apprécieront la valeur réelle d faits par lesquels on a cherché à établir l'existence de ces maladies. Ils e traceront un historique raisonné, signaleront leurs formes, et déduiro les conclusions diagnostiques et thérapeutiques qui intéressent plus spé cialement la pratique médicale. Le prix consistera en une médaille d' de 500 francs; il pourra être divisé. Les mémoires devront être adress *franco* à M. le docteur Rousset, secrétaire général de l'Académie, Montpellier.

— Nous avons la profonde douleur d'annoncer que le malheur do était menacé notre savant, notre excellent maître, M. Louis, est co sommé. Son fils unique vient de succomber à une phthisie dont toutes l ressources de l'art, dont tout le dévouement paternel et maternel n'o pu arrêter les funestes progrès. (*Moniteur des hôpitaux.*)

on a été conduit par l'analogie à conclure que les portions d'os dénudées de leur périoste, et exposées au contact de l'air, se séparaient toujours, et que, lorsqu'on ne l'apercevait pas, cela tenait à ce que la séparation se faisait par une *exfoliation insensible* de lamelles osseuses imperceptibles.

Cette doctrine ne peut plus se soutenir. Pour nous, nous enseignons et démontrons depuis plus de vingt ans dans nos cliniques que l'exfoliation insensible est un roman; que les exfoliations les plus fines de la surface des os ne sont pas insensibles et produisent une poussière osseuse qu'on reconnaît dans le pus en le palpant avec les doigts; que lorsqu'une surface osseuse dénudée par une blessure se réunit sans exfoliation aux chairs dont on la recouvre, cela est dû, ou bien à ce que les vaisseaux de l'intérieur de l'os résorbent sa surface et s'y réunissent avec ceux des parties molles dans la matière organisable versée par les surfaces de la plaie, ou, ce qui me paraît difficile, à ce que cette réunion s'accomplit même sans aucune résorption osseuse, ainsi que nous l'avons dit plus haut.

2° *Dans la nécrose par dénudation*, l'os mortifié et en contact avec l'air est gris ou jaunâtre, parfois noir, desséché, et entouré par les bourgeons charnus développés sur les bords de la plaie. Ces fongosités s'accroissant se prolongent à la surface de l'os, où elles flottent sans adhérer à l'os mort sur lequel elles se sont prolongées. Mais de quinze à vingt-cinq, trente jours, des bourgeons charnus se développant de l'intérieur à l'extérieur de l'os par le mécanisme expliqué un peu plus haut, la portion nécrosée est circonscrite, parfois percée par places, soulevée et tombe. Alors les fongosités éliminatoires, qui recouvrent l'os sous-jacent, s'unissent les unes avec les autres et à la circonférence avec les bords de la plaie, puis la plaie se couvre peu à peu de tissu cicatriciel et guérit en s'ossifiant irrégulièrement en partie. Il n'y a tout au plus dans cette nécrose qu'un rudiment de reproduction dans la cicatrisation.

3° *Dans la nécrose externe*, le séquestre est extérieur à l'os, et tantôt pulvérulent, tantôt écailleux, lamelleux, rarement épais et irrégulier. De là des nécroses extérieures, superficielles, pulvérulentes, lamelleuses, écailleuses, etc., de formes très variées.

Les séquestres externes ont généralement la surface extérieure convexe, lisse comme les points des os d'où ils viennent, la surface interne rugueuse comme les surfaces érodées de la nécrose, enfin la circonférence irrégulière, terminée souvent par des bords minces, tranchants. Ces séquestres sont plus souvent pulvérulents, écailleux, ou lamelleux et plus minces qu'ils ne sont épais.

Dans cette nécrose, la reproduction osseuse n'est pas très régulière, elle est souvent grossière, rudimentaire et même nulle ou à peu près. A quoi tient ce défaut de reproduction? Serait-il dû à la destruction du périoste au niveau de la nécrose, et, s'il n'était pas détruit, la reproduction pourrait-elle s'accomplir ?

L'expulsion des séquestres dans les nécroses superficielles ou externes se fait ordinairement avec assez de facilité par la suppuration et les abcès qui s'ouvrent au dehors.

Y a-t-il, peut-il y avoir des nécroses superficielles, annulaires aux os longs? Pourquoi pas? L'élimination ne devrait-elle pas en être plus difficile et exiger l'intervention de l'art? C'est probable, mais prenons garde de confondre ce qui paraît possible avec ce qui est à démontrer.

4° *Nécroses invaginées ou intérieures.* — La mort peut frapper un os entier dans tout ou partie de son épaisseur avec conservation du périoste, des parties molles circonvoisines, des parties articulaires ou des cartilages seuls et des apophyses les plus saillantes de l'os. Alors l'érosion éliminatoire sépare les parties mortes de l'os des parties vivantes, le périoste se détache de la surface de l'os mortifié ainsi que les tissus mous voisins enflammés et gonflés, puis, aux dépens de la partie interne de ces tissus, surtout du périoste, se forme par leur ossification un nouvel os qui embrasse exactement la partie morte de l'ancien qu'il doit remplacer; ce nouvel os s'unit intimement aux restes qui vivent encore de manière à ensevelir exactement le séquestre dans une gaîne ou coque osseuse allongée pour les os longs, large pour les os plats, courte, peu régulière, moins complète, et plus rare pour les os courts et surtout pour les os mixtes. Cette reproduction par une sorte de gaîne osseuse qui embrasse le séquestre a mérité à ces nécroses le nom d'*invaginées*.

La gaîne ou coque de l'os long s'unit à ce tissu osseux qui porte les cartilages, les ligaments et les synoviales articulaires. Celle des os larges du scapulum, par exemple, se confond avec les apophyses glénoïde, coracoïde, les angles, l'épine, les bords, et remplace la partie intermédiaire. Celle des os courts me paraît ordinairement moins complète que celle des os longs. C'est une sorte de réseau irrégulier. Mais la science n'est pas achevée sur les reproductions osseuses consécutives à la nécrose.

(*La suite au prochain numéro.*)

INFLUENCE DE L'INOCULATION ET DE LA VACCINE SUR LES POPULATIONS (1), par M. E.-A. ANCELON, médecin de l'hôpital de Dieuze (Meurthe).

Le monde se meurt d'une vaccine constitutionnelle, et nous discutons encore alors qu'il faudrait agir, parce que peu de gens ont spécialement étudié (2) cette grave question et que beaucoup prétendent l'étouffer sans la connaître. Il est temps de rendre justice à l'inoculation, sacrifiée, par la mode, à l'insertion du cow-pox. La vérité, avant tout, sur l'une et l'autre pratique.

§ 1. Dès l'année 1721, l'inoculation fut introduite avec succès en Angleterre. On vit bientôt les épidémies varioliques se restreindre et le small-pox s'user, selon le vœu de la nature (M. Houlès, *Revue médicale*, août 1853), par des transmissions successives. Pourquoi faut-il que ce mouvement providentiel ait été suspendu par la plus décevante des découvertes ! On ne saurait trop le regretter, lorsque l'on étudie ce curieux document, déposé à la Chambre des communes anglaises pendant la session de 1833, document tout en faveur de l'importation de lady Montagu, et qui signale un temps d'arrêt fort remarquable dans la progression décroissante de la mortalité générale de Londres, à partir du refoulement de la variole par le cow-pox et de la plus rapide diminution des accès varioliques.

	Moyenne de la mortal. annuelle.	Mortalité causée par la variole.
De 1720 à 1730. . . .	27,861	2,254
De 1730 à 1740. . . .	26,047	1,978
De 1740 à 1750. . . .	25,060	2,002
De 1750 à 1760. . . .	20,849	1,957
De 1820 à 1830. . . .	20,600	715

De 1720 à 1760, on le voit par ce tableau, la moyenne de la mortalité annuelle de Londres et la mortalité causée par la variole diminuent sensiblement sous l'influence de l'inoculation.

De 1750 à 1830, la moyenne de la mortalité annuelle reste invariablement fixée à 20,600, tandis que le nombre des morts causées par la variole, de 1,957 s'abaisse progressivement jusqu'à 715 ! Avec une mortalité égale, de 1820 à 1830, on compte annuellement 1,242 décès varioleux de moins que dans la seconde moitié du XVIIIe siècle. Honneur au cow-pox ! Mais à quelle maladie, à quel âge ont donc succombé les 1,242 morts non *variolés* et *rentrés, quand même, dans les décès généraux?* Les chiffres l'ont démontré d'une manière péremptoire : ils ont succombé à la *fleur de l'âge*, dans le cours de la *période broussaisienne*, aux *phlegmasies gastro-intestinales*, aux *dothinentéries*, depuis trente ans environ. Il n'y a

(1) Nos lecteurs connaissent notre opinion sur les questions traitées dans le mémoire qu'on va lire; mais nous n'avons pas cru devoir refuser l'insertion d'un travail émané d'un confrère honorable et distingué dont les doctrines et le nom ont été plusieurs fois mis en cause dans la *Gazette hebdomadaire*.

A. D.

(2) Ont étudié sérieusement la question : En France, MM. Carnot, Bayard, Duché, Houlès et Rambaud; en Angleterre, G. Gregory, Th. Brown; en Allemagne, Schreiber, Nittinger, etc.

plus à revenir sur ce point, rendu désormais incontestable par les travaux, si peu compris et pourtant si lucides, de M. Carnot.

N'est-il pas digne de remarque que la vieille et salutaire pratique de l'inoculation, beaucoup trop bénigne entre les mains des frères Sutton, qui inoculèrent plus de 20,000 personnes sans en perdre deux, de Dimsdal, de Lacondamine, de Gandoger, de Dezoteux et Valentin, etc., pour être contestée, suspectée et pour justifier des insinuations avancées aujourd'hui sans preuves; n'est-il pas digne de remarque, dis-je, que cette méthode de prophylaxie toute dépurative, homœopathique peut-être (*similia similibus;* doses infinitésimales), ait été délaissée sans motif au milieu de la plus éclatante prospérité, précisément à l'époque où Hahnemann commençait à répandre ses écrits en Allemagne ?

Mais on vivait alors sous la pression du besoin des nouveautés et des réformes, et la médecine, entraînée dans le courant, attendait les siennes aussi bien que le monde.

§ 2. I. — Jenner, convaincu que la cause mystérieuse de la variole n'est pas aussi éloignée de nous qu'on l'a imaginé, Jenner, en poursuivant cette cause *toujours insaisissable*, trouva le cow-pox, qui n'était certes pas l'objet de ses investigations plus opiniâtres que physiologiques, et l'annonça au monde, sans avoir le courage, comme lady Montagu, d'expérimenter sur son propre fils, *qu'il inocula :* c'est que, comme tous ses prédécesseurs et ses contemporains, doutant avec juste raison de la valeur de sa découverte, il était convaincu que l'inoculation d'un sujet *sain de corps est toujours sans danger*. La découverte faite, on sait jusqu'où les adeptes ont porté, depuis, leur enthousiasme pour ce monstrueux produit du javart équin, modifié par les liquides vitaux de la race bovine, et ce qu'ils ont répandu de fallacieuses et irréalisables promesses dans le public : « La vaccine *était un préservatif infaillible;* la petite » vérole devait être *à jamais exterminée !* » N'y a-t-il plus aujourd'hui d'épidémies varioleuses? Est-il quelqu'un d'entre nous qui, s'il n'a couru déjà les chances d'une variole ou d'une dothinentérie *avérée*, osât se croire hors des atteintes du small-pox toujours *latent*, toujours vivace, toujours menaçant? Mais ce que trop de personnes ignorent ou feignent d'ignorer, c'est que l'exagération des vaccinophiles, leur prétention à avoir sauvé la vie, en France seulement, à plusieurs millions d'individus, ont trouvé fort incrédule M. Villermé (*Dict. de méd.*) et provoqué le malin sourire de J.-B. Say. Comment, en effet, en imposer, sur ce point, à qui sait que le rapport des décès de 20 à 30 ans à la mortalité générale, qui était, au XVIIIe siècle, de 5,25 pour 100, s'est progressivement élevé à 7,33 pour 100 dans l'année 1816, à 10,88 pour 100 de 1820 à 1829, et enfin à 14,53 pour 100 en 1849 (*Annuaire du bureau des longitudes*)? Nous faudra-t-il donc éternellement répéter avec M. Bousquet « que l'épargne faite par la vaccine sur l'enfance ne se retrouve pas(1), » et avec M. Carnot « que cette épargne est gaspillée, dans l'âge adulte, en fièvres continues ? » Il faut en prendre son parti, les chiffres et les faits auront raison du cow-pox.

II. Pour qui connaît la malignité, la ténacité, l'incurabilité des maladies (*charbon*, *morve*, *rage*, *dartres ichoreuses*) des animaux transmises à notre espèce, n'y a-t-il pas de quoi frémir, en songeant avec quelle légèreté ce nouvel agent pathogénique, le cow-pox, triste et précaire préservatif, a été emprunté à l'art vétérinaire pour être jeté dans la pathologie humaine? Conçoit-on que personne ne se mette plus en peine, aujourd'hui, des conséquences (sagement entrevues, il y a quarante-sept ans, par MM. Rowley, Moseley, R. Squirrel, etc.) probables de l'action de ce virus sur la santé des masses, où, en dépit de quelques vues de géographie médicale, fort courtes et surtout fort incomplètes, les scrofules se sont multipliées, en dehors de toute circonstance locale et climatérique, d'une manière fort inquiétante depuis un tiers de siècle environ? Partout où l'on vaccine, on trouvera bon nombre de psidracia (*cow-pox itch*), de psoriasis, surtout aux bras, enfin des scrofules, si l'on veut se donner la peine de tenter ce que j'ai fait naguère pour le crétinisme. Durant une enquête continuée avec soin, tantôt seul, tantôt avec quelques-uns de mes honorables confrères, dans les salles d'asile, dans les écoles et dans tous les lieux de rassemblement, sur plusieurs points de la France, j'ai découvert un nombre de crétins et de scrofuleux dont la géographie médicale, encore à l'état d'embryon, ne soupçonne pas même l'existence. Nous savons à quoi nous en tenir maintenant, *après avoir vu*, sur les prétentieuses négations de certains géographes.

Certes, aujourd'hui que les connaissances médicales, l'hygiène publique, la science sociale sont élevées à leur plus haute puissance, si nos chétives populations vaccinées sont incapables de soutenir une honorable comparaison avec les générations qui nous ont précédés, si les résultats des conseils de révision sont relativement déplorables dans les départements où la vaccine est le plus en honneur (voir MM. Fayet, *Statistique du Haut-Rhin et du Pas-de-Calais;* Raudot, *De la décadence de la France;* Noirot, *Statistique de la ville de Dijon*), c'est que le cow-pox, semé d'une main trop libérale, et transmettant sourdement, par voie d'hérédité, quelques-unes de ses qualités malfaisantes, tend à altérer sans cesse et d'une manière uniforme la constitution des peuples modernes, contrairement à ce qui se passait du temps du libre développement de l'inoculation et de la variole. Celle-ci moissonnant les sujets médiocres dans la première enfance, assurait en quelque sorte, par ce *triage*, l'avenir de l'âge adulte et la validité de ses produits dans toutes les classes de la société. Que l'on ne nous oppose donc plus, dans un but de réfutation telle quelle, les banalités répétées sur la misère, la démoralisation du siècle; car il nous serait trop facile de répondre, en renvoyant nos adversaires à Tacite, à Juvénal, aux chroniqueurs du moyen âge, et jusqu'aux historiographes de nos derniers rois, avant 1789. La pauvreté, les mauvaises passions, le déréglement des mœurs, Sodome et Gomorrhe, sont de toutes les époques.

Donc, pour ceux qui pensent, avec M. Roche, que les virus agissent moins par leur *quantité* que par leur *qualité*, il y a, dans le fait de l'insertion vaccinale soutenue définitivement par une prédisposition héréditaire, une intoxication redoutable pour la société qui s'étiole et court à sa ruine physique.

III. Ce trouble incessant qui, après cinquante ans d'expérience, se révèle jusque dans les profondeurs de l'économie humaine et des agglomérations sociales, avait déjà fait acte de présence dans les premières années de ce siècle, en transformant les caractères et en déplaçant les résultats matériels des maladies aiguës : toute fièvre continue, autrefois, devint une phlegmasie gastro-intestinale. Broussais constata le fait que les retardataires continuèrent à nier. Cependant la révolution médicale, opérée par le Val-de-Grâce, eut pleinement raison, pratiquement et théoriquement, pendant près de vingt ans; et, sans recourir à une argumentation ruinée avec la constitution qui en exigea l'échafaudage, rien n'est plus facile que d'appuyer la réalité de la constitution gastro-intestinale, devenue typhoïde, par des expériences et des faits considérés à notre point de vue.

a. D'une part, en effet, le virus vaccin, en tant que virus, est appelé à jouer à la surface intestinale le rôle de toutes les substances virulentes, vénéneuses, putrides ou autres, qui ont pénétré dans l'économie par voie d'inoculation. Si les évacuations et le sang des cholériques, si des matières putrides inoculées ont constamment répondu, dans les expériences, par une action toute spéciale, sur les fonctions des voies alimentaires (voir le n° 27 de la *Gazette hebdomadaire*, 1854), et ont laissé dans les tuniques gastro-intestinales d'incontestables traces anatomo-pathologiques de leur passage, en vertu de quelle exception serait-il dérogé à cette *loi*, lorsqu'il s'agit du virus vaccin? La vaccination a commencé par mettre en jeu la solidarité du tube digestif qu'elle a compromis dès l'époque de la seconde enfance, et surtout pour le moment de la puberté. De là, tout d'abord, une plus grande fréquence des maladies gastro-intestinales; plus tard, le cow-pox, merveilleusement secondé par des prédispositions vaccinales devenues héréditaires, a dû livrer aux causes morbides les glandes et les follicules intestinaux, et appeler en son temps l'effort du contage variolique sur cet appareil lymphatique du bas-ventre, la peau ayant perdu son aptitude aux maladies éruptives par suite de la double action de l'âge et du vaccin. Étonnez-vous, après cela, de ce que toute ma-

(1) « Il est incontestable que la petite vérole enlevait le dixième des hommes. Que devient ce dixième? Comment se fait-il qu'il ne se retrouve pas? » (Bousquet, *Traité de la vaccine.*)

ladie intestinale fébrile revête le caractère typhoïde ! Étonnez-vous du désordre et de l'anarchie qui ne cessent de ruiner le crédit de la thérapeutique depuis cette large multiplication de la dothinentérie, dont on persiste à vouloir méconnaître l'origine !

Le reproche adressé au vaccin ne saurait l'être au small-pox, puisque l'on ne fait, en inoculant, que solliciter, dans des conditions *choisies d'avance*, l'explosion bénigne du contage latent.

b. D'autre part, comme conséquence de ce qui vient d'être exposé, depuis l'introduction de la vaccine, nous avons été conduits d'Hippocrate à Broussais, Roche et consorts, puis de ces matérialistes organiciens (et par la force des choses) à MM. Petit et Serres, Bretonneau, Louis, Dagincourt, et Rambaud (de Lyon); en d'autres termes, les fièvres essentielles, remaniées, mais conservées par Pinel, ont fait place à des affections gastro-intestinales d'une fréquence, d'une gravité, d'une malignité inconnues jusqu'alors; et ces dernières, de générales qu'elles étaient d'abord, ont fini, depuis 1813, par se localiser de plus en plus dans l'élément glanduleux du mésentère et dans la partie essentiellement folliculeuse de l'iléon et du cœcum, lentement préparés par l'influence vaccinale: enfin, à une combinaison nouvelle d'éléments morbides il a bien fallu donner le nom nouveau de *dothinentérie* (1). Peut-être encore, dans la *psorentérie* du choléra nous faudra-t-il reconnaître, avec MM. Castel et Serres, les résultats de l'effort variolique comprimé; le *trousse-galant* de nos pères, dont il n'est que le représentant fort *aggravé*, n'avait ni sa malignité, ni les lésions folliculeuses du choléra dit *indien*. Il est bien regrettable pour nous que les tableaux de statistique où M. Castel a consigné la fréquence et la mortalité du choléra plus grandes chez les sujets vaccinés que chez les variolés, n'aient pas reçu la sanction de la publicité; ils eussent éclairé d'une vive lumière la question qui nous occupe.

Ce n'est pas tout: ces pyrexies typhoïdes influencent tellement les constitutions médicales aujourd'hui et ont une telle tendance à les absorber toutes, qu'elles passent avec raison, aux yeux du plus grand nombre des praticiens de la capitale (*Gazette des hôpitaux*, du 25 mars 1854) et de la province, pour être endémiques en tous lieux, si ce n'est toutefois en Afrique, où l'armée seule, composée de *sujets vaccinés*, est décimée par des fièvres continues et des maladies intestinales, qui épargnent les indigènes *exempts des pratiques jennériennes*. Pour que nul ne puisse nier sciemment que l'endémie dothinentérique tend, sans cause locale appréciable, à devenir l'état sanitaire normal de la France, au moins je conseille de compulser, outre les statistiques officielles, les *Comptes rendus de l'Académie de médecine*, chaque jour plus encombrés, depuis la création de cette Compagnie, de rapports sur les fièvres typhoïdes, muqueuses, nerveuses, etc., etc. Le procès-verbal du 4 avril dernier, entre autres, en contient quatre rapports venus des points les plus éloignés les uns des autres (2) Notre cause aurait tout à gagner, si l'on faisait le dénombrement exact de ces rapports, et la question pendante vaut bien la peine, ce semble, qu'on en fasse le consciencieux dépouillement.

IV. Si les fièvres continues, à formes bilieuse, muqueuse, nerveuse, etc., n'avaient pas la fréquence que nous leur assignons, notre savant et honorable confrère, M. Tessier (3), eût-il vu passer, en temps ordinaire, dans le court espace d'un service de dix-neuf mois, 170 de ces productions morbides à travers la seule salle Saint-Charles de l'Hôtel-Dieu de Lyon? Quelle autre qualification que celle de *typhoïde* faut-il donc assigner à la constitution médicale du pays où il exerce, si, à n'en pas douter, chacun de ses collègues a été favorisé dans les mêmes proportions? A quelle cause acceptable pourrait-il attribuer une pareille endémie de fièvres malignes, si ce n'est à l'influence substitutrice de l'intoxication jennérienne, répandue sur toute la surface du pays? Cet état, épouvantablement normal, laisse bien loin derrière lui les plus mauvaises constitutions médicales du temps de Pringle (maladies des armées), Tissot (épidémies de Lausanne), et même des premières années de notre siècle (voir le journal de Sédillot).

Nous prenons acte de cette déclaration du savant médecin de Lyon, toute favorable à nos doctrines et à nos calculs, et qui fait ressortir tout ce que renferme de blâmable condescendance l'expression de *magnifique*, appliquée par M. le docteur Tessier à ce rapport de M. Roche où *pas un seul chiffre n'est vrai* (1). (Voir la belle lettre de M. le docteur Duché, *Gaz. des hôp*, 1853, p. 462.)

Que M. le docteur Tessier ait eu occasion de rencontrer quelques fébricitants marqués du cachet variolique, quelque ancien typhoïdien ou se disant tel atteint de variole: rien en cela d'étonnant. Outre les divisions et distinctions établies par Sydenham, Boerhaave, Stoll, Ozanam, etc., nous connaissons tous les récidives varioliques, vaccinales ou autres; nous pourrions même placer, en regard de ces faits exceptionnels, l'immunité dont ont joui tous les variolés de notre pays au milieu de graves épidémies dothinentériques, et surtout ce fait, déjà cité, de trois jeunes séminaristes gravés de petite vérole, qui servirent impunément d'infirmiers dans le séminaire de Langres, où tous leurs condisciples vaccinés se voyaient impitoyablement moissonnés.

A ce propos, cependant, je demanderai la permission à notre honorable confrère de lui faire remarquer deux choses:

Premièrement, il se montre peu rigoureux en matière de statistique; loin d'appuyer ses chiffres, assez vagues d'ailleurs, sur des données anatomo-pathologiques nécessaires dans l'*espèce*, il se garde bien de nous parler des nécropsies qu'il aurait faites d'anciens variolés morts de dothinentérie, et il semble, en parlant de ces derniers, se retrancher dans des approximations entachées de rétrospectivité.

Secondement, nous n'admettons pas avec lui qu'il suffise de se promener dans les salles d'un hôpital pour établir un diagnostic dont tout le monde, M. Serres le premier, confesse la difficulté relative.

N'a-t-on pas pris pour de véritables dothinentéries certaines entérites aiguës, des fièvres paludéennes continues, certaines affections fébriles encore mal déterminées et suivant nous très communes? Des hommes recommandables n'ont-ils pas été induits en erreur par des typhus, alors surtout qu'ils croyaient nous mettre en défaut? Cependant le typhus trouve toujours manifestement sa raison d'être, autour de soi, dans quelque miasme provocant et contagieux; la dothinentérie, jamais! Le premier est endémique ou épidémique, suivant les causes qui le produisent; la seconde, essentiellement sporadique, s'empare trop souvent des constitutions médicales, en trompant toutes les spéculations de l'étiologie. Maladie des camps, des vaisseaux, des prisons, des armées démoralisées, des villes assiégées, malsaines, resserrées, encombrées, à rues étroites et ramassées comme au moyen âge, le typhus, quelque peu soumis à l'influence des saisons, s'attaque aux deux sexes, à tous les tempé-

(1) Disons, en passant, à ceux qui croient la fièvre typhoïde *vieille comme le monde*, que la maladie muqueuse de Rœderer et Wagler, à laquelle ils nous renvoient sans cesse, n'est une dothinentérie ni par les causes, ni par les symptômes, ni par les traces laissées sur les cadavres. C'est un typhus. Voici quelle est l'opinion de Wagler, au point de vue étiologique: « Eâ imprimis periodo, *quâ belli diris calamitatibus* » *premebatur*, largam cognitionis messem præbuit singularis morbus epidemicus cujus » indagandi cupido præ reliquis occupavit Rœdererum (Wagl. præfatio). » Au point de vue symptomatique: « Quidam aliquandiù lævi diarrheâ, plus minus mucosâ, *albâ*, » suâ sponte rursùs cessante quæ interdum redit per intervalla, iterumque cessat, affli- » guntur. » Quant aux désordres anatomiques, ils consistent bien plus dans un état granuleux, tuberculeux du foie, dans une sorte de phlegmasie maligne gastro-duodénale, qu'en toute autre lésion. Dans les autopsies des médecins allemands, la description anatomo-pathologique des follicules muqueux est fort obscure, et des observateurs de la force de Rœderer et de Wagler ne trouvent rien à noter lorsqu'il s'agit de toute la portion iléo-cœcale du tube digestif, là où l'on rencontre ordinairement les perforations dothinentériques!

(2) Ce qui a fait dire au rédacteur en chef de la *Revue médicale*, 30 avril 1854, « que les épidémies de fièvre typhoïde ont supplanté les épidémies de variole. »

(3) *Gazette hebdom. de médecine et de chirurg.*, 1854, n. 13.

(1) 1° « La petite vérole, dit M. Roche dans son rapport, attaque *tous* les hommes. » Mais tout le monde sait qu'elle en oubliait la moitié au XVIII^e siècle. 2° « Les fièvres inflammatoires, putrides, malignes, nerveuses (sans exanthème), comptaient, au XVIII^e siècle, pour un sixième dans les décès généraux, soit 17 pour 0/0. » Mais M. Roche ignore que Sussmilch compte, sur 100 décès à Berlin, 7 morts, en 1746, 1750 et 1757, de ces fièvres qu'il comprend sous la dénomination générale de fièvres *ardentes;* lesquelles sont les mêmes que les *continues, aiguës, graves* de Buchan, Duplanil, et que les *typhoïdes* de M. Dubois! (*Arch. stat.*, t. II, p. 94, 1804). Résultat parfaitement conforme à ceux de Graffnauer, en 1805, à Strasbourg, et à ceux du grand pyrétologiste Pinel, en 1801 et 1802. 3° « Dans les hôpitaux, ajoute M. Roche, on compte 1 mort sur 14, » tandis qu'en fait on en compte, année moyenne, 1 sur 7. 4° « La fièvre typhoïde, continue le même M. Roche, n'enlève que 1 malade sur 7 6/10^{es}; » tandis que l'expérience nous donne une mortalité bien plus considérable.

raments, à toutes les constitutions, à toutes les périodes de la vie, épargnant d'ailleurs les classes privilégiées qui savent le fuir; l'*inévitable* dothinentérie, au contraire, affection propre au jeune âge, prend, sans autre choix, ses victimes dans toutes les conditions hygiéniques et sociales, bonnes et mauvaises, heureuses ou malheureuses, privilégiées ou autres : elle frappe une chaste et pure jeune fille au milieu du salon le plus somptueux et le mieux aéré, devant la table la mieux servie, sur le lit le plus moelleux, non moins impitoyablement que le jeune et robuste campagnard inondé d'air et de lumière au milieu des plus salubres guérets, pourvu que l'un et l'autre soient marqués du cachet de Jenner. Quelle différence encore dans les symptômes de ce typhus toujours contagieux, comme tout état morbide provenant de miasmes animaux, et cette dothinentérie qui ne l'est pas! Que trouvez-vous dans la dernière expression anatomique de celui-là sur le cadavre? Des signes de la putridité la plus avancée pendant la vie, des désordres immenses dans les trois cavités splanchniques et surtout dans les centres nerveux. Dans celle-ci, au contraire? Rien dans les centres nerveux; seulement quelques pustules, quelques ulcérations intestinales, une perforation capillaire peut-être, bien insuffisantes, n'est-ce pas, pour expliquer les terribles désordres fonctionnels exprimés pendant la vie. Pour conclure, ajoutons que la thérapeutique et l'hygiène, toutes-puissantes contre le typhus, restent complétement désarmées devant la persistance de la dothinentérie à poursuivre, quand même, ses périodes naturelles. Que l'on sache donc apprécier les nombreuses affections intestinales partout où on les trouve, que l'on prenne le typhus pour ce qu'il vaut, et la dothiénentérie, variole interne (*variolæ sine variolis*), pour ce qu'elle est.

V. Il m'est impossible de saisir la raison de l'importance attachée par nos contradicteurs en général et par notre honorable confrère, M. Tessier, en particulier, à la simultanéité des épidémies de variole et de dothinentérie, à moins que ces messieurs ne veuillent, plus tard, conclure comme je vais le faire moi-même à la fin de cet alinéa. Comment! M. Tessier nous abandonne toutes les concessions qu'il est possible d'accorder sur le terrain de la similitude et de l'identité des deux pyrexies! Il ne songe même pas à combattre cette remarquable assertion d'un de ses collègues, M. Rambaud, qui voit toute autre chose et tout autrement que lui à l'Hôtel-Dieu de Lyon : « Elle (la dothinentérie) se développe dans les conditions » les plus diverses, les plus opposées; elle atteint *de préférence les* » *jeunes sujets*, *ne frappe jamais deux fois le même individu*, de » façon que l'avoir eue est le plus sûr préservatif de ne la *reprendre* » *jamais*. La fièvre typhoïde présente tous les caractères des fièvres » virulentes, et ne présente que ceux-là! » Comment, dis-je, M. Tessier nous abandonne toute cette série d'analogies, de similitudes, d'identités, et il ne conclut pas comme nous! Je devrais peut-être m'arrêter ici, et me borner à répondre, avec la Sagesse des nations : « Qui se ressemble, s'assemble. » Mais, avant de finir, je tiens d'abord à faire remarquer que la variole et la dothinentérie *naissent spontanément*, sans que l'on puisse jamais retrouver le point de départ des foyers infectieux qu'elles créent; ensuite à signaler le rapprochement suivant : Le tube digestif étant pourvu d'épithélium, comme la peau, il convient d'établir cette seule différence entre les pustules cutanées et les pustules intestinales, que l'élément *pavimenteux*, absent dans les dernières, est toujours présent dans les premières. Ces deux points essentiels du débat étant indiqués, je dis : La variole fait éruption chez les individus peu ou point modifiés par la vaccine, tandis que la dothinentérie se développe chez les sujets dûment préparés par une vaccination normale. C'est le tube digestif qui acquitte, chez ceux-ci, la dette de la peau devenue rebelle. Que peut-il donc y avoir d'étonnant, de contraire à nos doctrines, dans l'évolution simultanée de deux maladies dont la pâture est ainsi préparée et naturellement départie? Tout, étiologie mystérieuse, symptomatologie, marche, durée, terminaison, traitement même, concourt à rapprocher de la manière la plus étroite « *ces deux sœurs jumelles*. »

VI. Il y a des arguments de quelque valeur au premier coup d'œil, qui sont bien peu propres à servir la cause qui les invoque; le suivant est de ce nombre. « L'observation de tous les jours, dit » M. Tessier, prouve que la variole ébranle souvent les meilleures » santés pour toujours. » Qu'est-ce que cela, près des effroyables conséquences de la dothinentérie, qui laisse derrière elle l'aphonie, la gastralgie, la gastrite chronique, la surdi-mutité, qui tue l'intelligence et peuple les asiles d'aliénés d'affections mentales de la pire espèce? (Voir le *Traité théorique et pratique des affections mentales*, par le docteur Morel, p. 140, t. I.)

CONCLUSION. — Pour la société, qui, dans son triste état présent, appréhende : 1° la variole capable de devenir interne; 2° les affections gastro-intestinales plus fréquentes et plus graves, depuis l'usage de la vaccine, je ne vois de salut que dans l'inoculation, attendu : 3° que la variole isolée est toujours bénigne, et je suis heureux d'apprendre que les médecins de Lyon ont repris, à ce sujet, des expériences déjà tentées heureusement par M. le docteur Bayard sur ses propres enfants. Voilà, du moins, une seconde et favorable réponse à la demande d'une enquête que nous ne cessons de réitérer depuis quatre ans.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1854. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

ORGANOGRAPHIE VÉGÉTALE. — *Carpographie anatomique*, par M. *Lestiboudois*. — L'étude anatomique des carpelles a démontré à l'auteur qu'on pouvait les faire servir de base à une classification naturelle des fruits.

ZOOLOGIE. — *Note sur le Dobb, nouvelle espèce de Fouette-queue du désert de Sahara*, par M. *Valenciennes*. —Le Dobb est un petit saurien, long de 0m,28, dont se nourrissent les Arabes des caravanes.

TÉRATOLOGIE VÉGÉTALE. — *Mémoire sur les phénomènes de la divulsion chez les végétaux*, par M. *Germain de Saint-Pierre*. (*Comm.* : MM. Brongniart, Moquin-Tandon, Tulasne.)

BOTANIQUE. — *Mémoire sur la famille des tropéolées*, par M. *Chatin*. — Le plus remarquable des *caractères physiologiques* de cette famille se déduit de la présence d'une huile essentielle sulfo-azotée, semblable à celle des limnanthées et qui se forme dans la plupart des crucifères. Cette huile qui correspond aux propriétés antiscorbutiques communes aux tropéolées, aux crucifères et aux limnanthées, n'établit entre ces plantes qu'un faible lien subordonné aux affinités plus puissantes déduites des caractères organiques. (*Renvoi à l'examen de la section de Botanique*.)

ZOOLOGIE. — *Mémoire sur le développement des Acéphales lamellibranches*, par M. *Lacaze-Duthiers*. (*Comm.* : MM. Milne Edwards, Valenciennes, de Quatrefages.) — L'auteur a cherché par de nouvelles recherches à combler les lacunes laissées par Carus, MM. de Quatrefages, Loven et Davaine, dans l'embryogénie de ce groupe nombreux.

PISCICULTURE. — *Recherches sur les fécondations naturelles et artificielles des œufs de poissons*, par M. *Millet*. L'auteur cite le résultat de ses expériences sur la fraie naturelle; il en compare les résultats avec ceux de la méthode de fécondation artificielle, et il s'applique à rendre les opérations plus simples, plus économiques et plus sûres. (*Comm.* : MM. Milne Edwards, Valenciennes, de Quatrefages.)

ÉCONOMIE RURALE.— *Sur une maladie du blé observée cette année dans le Vexin*, par M. *Bouteille*. — L'auteur attribue cette maladie à la présence d'un parasite, l'*Uredo glumarum*, qui s'empare des glumes et des ovaires qu'il rend stériles. (*Comm.* : MM. Decaisne, Montagne, Tulasne.)

PHYSIOLOGIE APPLIQUÉE. — *Transmission des sons par l'intermédiaire des corps solides; application de ce fait à l'éducation des enfants atteints de surdité complète*, par M. l'abbé *Lecot*, curé de Boulogne-sur-Seine. M. Lecot se sert d'un porte-voix ordinaire, de zinc ou de fer-blanc, dont il fait saisir entre les dents, par le sourd-muet, l'extrémité à petit diamètre; puis il articule les sons distinctement, mais sans effort, en plaçant sa bouche au centre du pavillon. Il a essayé déjà ce procédé sur un assez grand nombre d'enfants, et presque tous ont immédiatement répété les sons qu'on leur faisait entendre; d'autres, après un certain temps, ont entendu des phrases entières sans le secours du porte-voix. (*Comm.* : MM. Rayer, Velpeau, Bernard.)

CHIMIE ORGANIQUE.—*Études sur les éthers salicyliques*, par M. *Drion*. —(*Comm.* : MM. Pelouze, de Gasparin, Peligot.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 19 JUILLET 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture et du commerce communique : *a*. Des rapports d'épidémies de M. le docteur *Sclafer* (de Sarreguemines), et de MM. les docteurs *Allard*, *Godefroy* et *Gaillard* (du département de l'Isère). (*Commission des épidémies.*) — *b*. Trois demandes d'analyses d'eaux minérales. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. La recette des pastilles de *Gallium mollugo* contre l'épilepsie. (*Commission des remèdes secrets.*)

2. Tableaux des vaccinations pratiquées en 1853 dans les départements du Lot, du Gard, de la Corrèze, de la Gironde et des Deux-Sèvres. (*Commission de vaccine.*)

3. Lettre et paquet cacheté de M. *Chevallier*, membre de l'Académie.

4. Communications de : *a*. M. le docteur *Goupil*, correspondant à Nemours, sur le choléra dans cette ville. — *b*. M. *Mandier*, pharmacien, sur l'apparition du choléra à Fayx-Billot (Haute-Marne). (*Commission du choléra.*)—*c*. M. *Leroy*, d'Étiolles (demande d'une nouvelle commission). — *d*. M. le docteur *de Lignerolles* (demande d'un rapport sur une opération césarienne). (*Comm.*: MM. P. Dubois, Cazeaux, Velpeau, et Danyau, *rapporteur.*) — *e*. M. le docteur *Lecouppey* (hommage à l'Académie d'un nouveau plessimètre, dit *tympanoïde*).

Lettre de MM. *Bayle* et *Sestier* qui retirent leur candidature à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

M. *Velpeau* présente au nom de M. *Charcelay*, de Tours, l'observation d'une omphalocèle congénitale, avec imperforation de l'anus et transposition du gros intestin. (*Renvoi au comité de publication.*)

Lectures et Mémoires.

TRAITEMENT DE LA CHORÉE. — M. *Blache*, médecin de l'hôpital des Enfants, donne lecture d'un mémoire intitulé : *Du traitement de la chorée par la gymnastique.*—Après quelques généralités sur l'incertitude de la plupart des médications, M. Blache s'exprime ainsi : Deux médications nous semblent surtout dominer la thérapeutique de la danse de Saint-Guy. Il faut : 1° rendre à la volonté son empire sur les contractions musculaires, ou, autrement dit, régulariser les mouvements ; 2° refaire en quelque sorte la constitution des enfants choréiques. La première de ces indications est d'une extrême simplicité ; quant à la seconde, on ne la saisit pas aussi bien, faute d'avoir réfléchi sur la constitution la plus habituelle des jeunes choréiques, dont la grande majorité est manifestement atteinte d'anémie ou de chloro-anémie. De là les succès obtenus par l'usage des toniques, de quelque nature qu'ils soient. Cependant les purgatifs répétés, aussi bien que les antispasmodiques, les narcotiques et les excitateurs du système musculaire, comptent aussi de bons résultats. C'est que la chorée, comme bon nombre d'autres maladies, guérit souvent dans un temps donné, quel que soit le traitement mis en usage. Mais il n'y a pas lieu néanmoins à renoncer à trouver un moyen d'abréger autant que possible la durée de cette pénible affection, tout en fortifiant la santé générale.

Dès 1834, en terminant l'article CHORÉE du *Dictionnaire de médecine*, nous disions : « les exercices gymnastiques pourraient être utilement conseillés vers la fin de cette affection pour en abréger la durée et pour rompre l'habitude vicieuse contractée par les muscles. »

Les premiers essais du traitement des enfants malades par la gymnastique furent faits en juillet 1847 par M. Napoléon Laisné. Depuis cette époque, des rapports, des mémoires, des thèses sont venus proclamer de nombreux cas de guérison prompte et radicale de la chorée par l'emploi exclusif de la gymnastique. (L'orateur cite les travaux de MM. les docteurs Bouneau, Sée, Becquerel.)

108 cas de chorée ont été soumis au traitement de la gymnastique. Sur ce nombre, 100 étaient de première attaque, 8 seulement en récidive. Les enfants étaient tous (sauf dans quelques cas où la chorée était chronique) au début de l'affection et fortement pris. On peut cependant les diviser en deux catégories, d'après l'intensité de la maladie : 34 cas d'intensité moyenne, 74 où l'agitation était aussi violente que possible. Les 34 cas de la première classe ont tous guéri sans exception dans une moyenne de vingt-six jours et de dix-huit séances. Sur les 74 cas plus graves, 68 ont également guéri en quarante-cinq jours et trente et une séances. Restent donc, sur le total de 108, 6 cas qui peuvent être considérés comme des insuccès, bien qu'il s'agisse de chorées chroniques, dont la guérison a fini par être obtenue, mais en cent-vingt-deux jours et soixante-treize séances. En disposant notre calcul autrement, nous aurions 102 guérisons en trente-neuf jours de traitement, et 6 en cent-vingt-deux jours. L'auteur expose ensuite la série d'exercices par lesquels doit passer un choréique, tellement agité que sa volonté est impuissante, qu'on ne peut en quelque sorte lui rien demander, et que la gymnastique doit être toute *passive*. Le petit malade est fixé sur son lit, dans le décubitus dorsal, et maintenu dans l'immobilité pendant dix à quinze minutes ; massages longtemps répétés sur les membres et sur la poitrine ; frictions énergiques sur les mêmes parties ; ensuite, mêmes manœuvres pratiquées à la partie postérieure du tronc, à la nuque, sur les muscles des gouttières vertébrales. Une séance dure environ une heure, et on la répète pendant trois ou quatre jours de suite. Chaque fois, on constate un amendement dans le désordre des contractions. Les jours suivants, on fait exécuter des mouvements réguliers et parfaitement rhythmés (suivant une mesure à trois temps bien accentués), d'abord aux membres supérieurs, puis aux membres inférieurs.

Le massage excite l'action du système capillaire de la peau et des tissus sous-jacents, et partant les phénomènes intimes de la nutrition. Les mouvements imprimés aux muscles par la main du maître, et d'abord entièrement passifs, sont bientôt exécutés par le malade lui-même, dont les contractions se régularisent sous l'empire tous les jours croissant de la volonté. Souvent au début les articulations sont douloureuses, quand on leur imprime des mouvements un peu forts. Ces arthralgies, que M. Sée considère comme de nature rhumatismale, disparaissent complétement après un certain nombre de séances.

Au bout de huit à dix jours, l'enfant peut parler d'une manière intelligible, manger seul, parcourir une partie de la salle. Dès lors, on le fait descendre au gymnase, où il est soumis à des exercices gradués, qui ont pour but la production régulière et souple des mouvements physiologiques du tronc et des membres, mouvements dans lesquels l'attention et la volonté sont mises en éveil et à contribution, au moins autant que les forces physiques. Pendant les manœuvres qui se font en commun, le maître et les élèves chantent un air, à deux ou trois temps très accentués, suivant que l'exercice lui-même se décompose en deux ou trois temps.

D'autres exercices sont individuels, et exécutés par chaque enfant, suivant sa force. A l'échelle orthopédique, l'enfant reste suspendu par les mains, et fait des efforts pour vaincre les contractions morbides et ne pas lâcher prise. A la balançoire brachiale, les extrémités supérieures, le tronc, les membres abdominaux, sont soumis à des mouvements alternatifs de flexion et d'extension.

Ces exercices amènent promptement les plus heureuses modifications dans le caractère et le moral de l'enfant aussi bien que dans ses fonctions organiques.

A partir du douzième jour, l'amélioration subit un temps d'arrêt ; mais on ne tarde pas à voir un nouvel amendement se montrer ; et l'on peut être sûr que la guérison sera prompte et radicale.

Quelle est la valeur thérapeutique de la gymnastique comparée aux autres modes de traitement, et en particulier aux bains sulfureux? Les statistiques donnent la supériorité à la gymnastique. Elle a, de plus, l'avantage de ne comporter aucune contre-indication, sauf quelques complications rares d'affections du cœur. Les bains sulfureux produisent souvent une surexcitation fâcheuse, tandis que les exercices gymnastiques calment, dès le début, les désordres des mouvements musculaires. Les bons résultats des bains sulfureux sont surtout dignes de remarque après le traitement par la gymnastique. Nous pensons que, dans le plus grand nombre de cas, il serait avantageux de combiner ces deux modes de traitement.

M. Blache aborde ensuite l'étiologie de la chorée. Il considère comme cause prédisposante des désordres choréiques l'état chloro-anémique, que d'autres regardent comme consécutif ou comme une simple coïncidence. Des statistiques ont démontré à l'auteur que l'établissement difficile de la puberté ne mérite pas le rôle important que lui fait jouer Bonteille dans l'étiologie de la chorée.

Quant aux douleurs articulaires qui accompagnent souvent la danse de Saint-Guy, et que M. Sée regarde comme rhumatismales et sur lesquelles il appuie son opinion sur cette affection, M. Blache les rattache simplement à la croissance.

De tout ce qui précède, dit en terminant l'auteur, nous croyons devoir conclure que : 1° Aucun des modes de traitement appliqués à la danse de Saint-Guy n'a donné un nombre de guérisons aussi considérable que la gymnastique, soit seule, soit associée aux bains sulfureux. 2° La gymnastique peut être employée dans presque tous les cas sans qu'on soit arrêté par les contre-indications qui se présentent à chaque pas dans l'usage des autres médications. 3° La guérison est obtenue dans un nombre moyen de jours à peu près égal à celui que réclame l'emploi des bains sulfureux ; mais elle semble plus durable, et la sédation se montre dès les premiers jours. 4° En même temps que le désordre des mouvements disparaît, la constitution des enfants s'améliore d'une manière très sensible, et les malades sortent guéris, non seulement de la chorée, mais encore

de l'anémie qui l'accompagne le plus souvent. 5° Les exercices gymnastiques que l'on pourrait de prime abord croire périlleux, surtout eu égard à l'état des enfants qui s'y livrent, n'offrent aucune espèce de danger, et de plus ils peuvent être mis en œuvre sans inconvénient dans toute saison, avantage que n'ont pas les bains. 6° Il est fort important, pour comprendre le mode d'application, de diviser, comme nous l'avons fait, les exercices en deux catégories : *a*, les exercices dits *passifs*, qui peuvent être seuls employés dans la période de l'affection où la volonté n'a pas de prise sur les puissances musculaires ; *b*, les exercices *actifs* que les enfants exécutent d'eux-mêmes avec ou sans l'aide de machines. (*Commission déjà nommée* : M. Bouvier, *rapporteur*.)

DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS. — (*Discussion*.)

M. *Bonnafont*. Je demande à l'Académie la permission de venir expliquer les motifs qui m'ont valu l'honneur d'une double mention à cette tribune, et de lui soumettre quelques observations qui porteront spécialement sur un point très important qui a été à peine effleuré dans cette discussion ; je veux parler : 1° du redresseur intra-utérin et de son mécanisme ; 2° du changement que subit l'utérus soumis à cette application ; 3° enfin, de la nécessité de modifier la construction de cet instrument afin de rendre son action plus physiologique et plus rationnelle.

Et d'abord, le redresseur, tel qu'il est, est-il construit de manière à en garantir le succès? Je déclare formellement que non.

Avant de faire connaître les changements que j'ai fait subir au redresseur, je vais relater succinctement l'observation qui m'a permis de constater ses défectuosités. Il s'agit d'une dame que j'avais accouchée à Alger en 1840. Depuis plus de cinq ans elle était affectée d'une maladie de matrice pour laquelle on avait employé vainement les médications les plus variées. Je constate une antéversion avec un abaissement considérable de l'utérus : douleurs légères au toucher; induration peu sensible de la lèvre postérieure; douleurs lombaires; miction fréquente, et parfois douloureuse ; menstrues régulières, précédées de souffrances dans le bassin et accompagnées d'un écoulement muqueux. Nulle complication morbide. Application du pessaire de M. Valleix. Quatre applications successives furent faciles et bien supportées, mais les essais suivants présentèrent quelques difficultés et provoquèrent de vives douleurs. L'examen attentif des parties me signala la cause de ces accidents. Depuis la première application, l'utérus était remonté d'un centimètre et demi environ; de sorte que la canule, peu de temps après son introduction, sortait de la cavité du col, et pressait douloureusement, par son extrémité, sur les parois vaginales, ou même sur la courbure du corps de l'utérus.

La canule intra-utérine a donc cet inconvénient, qu'ayant une longueur déterminée, elle ne saurait suivre les différentes évolutions qu'éprouve l'utérus par l'usage répété du redresseur. Dans les modifications que j'ai apportées au pessaire intra-utérin, j'ai surtout cherché à obvier à cette imperfection. (L'orateur met devant les yeux de l'Académie les redresseurs intra-utérins qu'il a imaginés.) Et ici je dois dire que c'est à cette insuffisance du redresseur de M. Valleix que je crois pouvoir rapporter les accidents survenus chez la malade dont M. Cazeaux a communiqué l'observation à l'honorable rapporteur. Je suis convaincu que chez elle, le phlegmon péri-utérin qui a suivi l'application de l'instrument, a été produit uniquement par l'extrémité de la sonde, laquelle, ayant abandonné le col, exerçait des pressions très douloureuses sur la muqueuse du cul-de-sac utéro-vaginal.

Quant à la malade dont j'ai parlé plus haut, et que j'ai traitée par le redresseur qui m'est propre, elle a quitté Paris se trouvant beaucoup mieux : son utérus avait été fort peu redressé, mais il s'était relevé de deux centimètres et demi environ : de sorte que dans ce cas, comme dans les faits cités par M. P. Dubois, l'instrument aurait agi moins comme redresseur que comme releveur.

Il est encore une lacune sur laquelle je désire appeler l'attention de l'Académie ; c'est encore une imperfection du redresseur de MM. Simpson et Valleix. En effet, les deux extrémités de l'instrument reposent sur des parties essentiellement mobiles : d'une part, sur le col utérin ; de l'autre, sur les parois abdominales; de là des oscillations qui peuvent encore devenir une source d'accidents. Il serait donc important que l'appareil destiné à maintenir la sonde utérine à demeure fût, le plus possible, à l'abri des mouvements continuels des parois de l'abdomen.

Je terminerai par deux mots relativement à l'observation de M. Broca. Ce chirurgien a appliqué le redresseur intra-utérin dans un utérus dont le col était gros, granuleux, et qui laissait écouler une quantité notable de matière glaireuse et purulente. Mais si du pus s'échappait par le col, il y avait donc une lésion organique soit dans l'utérus même, soit dans le col, qui aurait dû être une contre-indication absolue à l'emploi du redresseur. En outre, M. Broca ajoute que l'instrument pénétra la première fois jusqu'à une profondeur de six centimètres et quart. L'extrémité de la sonde ainsi enfoncée ne devait-elle pas heurter la paroi supérieure de la cavité utérine? — L'observation de M. Broca me paraît donc trop incomplète pour servir de base aux conclusions si sévères de M. le rapporteur, puisque la lésion qu'on a attribuée à la présence de l'instrument existait avant son introduction, et n'a pu être qu'aggravée et non produite par lui.

Maintenant, s'il m'était permis de formuler une conclusion, je dirais comme M. Velpeau, que l'Académie ne me paraît pas suffisamment édifiée, ni sur les avantages, ni sur les inconvénients du redresseur pour porter un jugement définitif sur l'emploi de cet instrument : de nouvelles expériences deviennent donc nécessaires. Enfin, bien que les modifications que j'ai apportées au redresseur tendent à diminuer sensiblement les inconvénients inhérents à son usage, je suis bien d'avis que le traitement mécanique des déviations utérines devra être réservé pour les cas seulement où les déplacements sont exempts de toute complication.

NOMINATION. — L'Académie procède par voie de scrutin à l'élection d'un membre dans la *section d'Anatomie pathologique*. Au premier tour de scrutin, M. *Barth* est élu (voir aux *Variétés*).

La séance est levée à quatre heures et demie.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Cataracte congénitale opérée avec succès sur un homme de cinquante-cinq ans, par M. GAME.

Les auteurs croient presque unanimement que la cataracte congénitale, si elle persiste plusieurs années, produit une amaurose incurable ; et par conséquent ils professent que l'opération, différée très longtemps, ne pourrait plus alors restituer la vision. Une seconde opinion, tout aussi répandue, est que la cataracte congénitale se résorbe spontanément au bout de quelques années, ne laissant plus en place que les deux lames opaques de la capsule.

Le fait de M. Game dément ces deux croyances. Il a opéré par abaissement une cataracte existant depuis la naissance, chez un homme âgé de cinquante-cinq ans. Une première opération avait déjà été tentée chez lui à seize ans, mais sans succès. Le cristallin était si peu absorbé, que, en portant l'aiguille sur lui, M. Game sentait craquer l'instrument, comme s'il eût eu affaire à un corps composé de grains de sable unis entre eux.

La vue, que ce malade n'avait jamais possédée, lui fut donnée par l'opération. Mais il lui fallut un assez long apprentissage pour faire concorder les notions fournies par ce nouveau sens, avec les impressions du toucher, qui lui avaient suffi jusque-là. Tous les corps sont, pour lui, blancs, rouges ou bleus. Il confond les autres couleurs. (*Moniteur des hôpitaux*, 1er juin 1854, p. 516.)

Un mot sur l'administration du séné, par M. RÉNÉ VAN OYE.

Le séné n'est peut-être pas aussi délaissé en France que le suppose l'auteur ; bien plus, nous pouvons lui donner l'assurance que nous-même, avec beaucoup d'autres praticiens, avons fait depuis longtemps usage du mode d'administration qu'il recommande dans son travail. « Je prends, dit M. Van Oye, 8, 10, 16 grammes de séné ; je les fais infuser, pendant douze à vingt heures, dans une demi-pinte à une pinte d'eau froide ; le lendemain matin, je décante ou filtre, et, avec le liquide filtré, je fais du café à la manière ordinaire. » Nous répétons que cette formule nous paraît être du domaine commun ; mais comme elle est vraiment excellente nous croyons devoir la rappeler ici. Le médicament, ainsi préparé, est facilement accepté des malades les plus difficiles et des enfants (au moins pour quelque temps ; car nous en avons vu s'en dégoûter assez vite).

La formule qu'a donnée récemment M. Neucourt n'est pas plus nouvelle ; car l'addition de la casse au séné et au café ne peut passer pour une invention. En outre, avec M. Van Oye, nous la croyons d'une administration moins commode, parce qu'elle répugne davantage au goût. (*Annales médic. de la Flandre occidentale*, 11e livraison, 1854.)

Rupture extraordinaire de la matrice, par M. Caifassi.

Les antécédents de cette malade justifient effectivement la qualification d'*extraordinaire* que l'auteur donne au dernier accident qu'elle eut à subir. Soumise en 1848 à l'opération césarienne, ayant eu en 1851 une rupture de matrice pour laquelle la gastrotomie fut pratiquée, elle devint enceinte une troisième fois vers le milieu de 1853. M. Caifassi se proposait alors de provoquer l'accouchement prématuré : il se présenta même pour y procéder vers la fin du septième mois. Mais il trouva alors (ce qu'il aurait, ce nous semble, pu constater plus tôt) que le diamètre sacro-pubien n'avait que 6 centimètres 1/4 ; et, considérant que, même avec la réductibilité de la tête à cet âge, elle ne pourrait passer à travers une ouverture aussi étroite qu'au prix de violents efforts, il craignit que la matrice, affaiblie par les opérations précédentes, et d'ailleurs située dans une obliquité antérieure extrême, ne pût supporter ces contractions. Il conclut donc qu'il était préférable de les lui épargner en faisant l'hystérotomie, et choisissant même, pour la pratiquer, le moment où le travail de la parturition ne serait pas encore commencé.

Ce plan ne devait point se réaliser. La malade était arrivée au neuvième mois, lorsqu'un jour, en se penchant pour soulever un vase plein d'urine, elle sentit un désordre subit dans son ventre. Des lipothymies, une hémorrhagie opérée par une rupture survenue à la peau très mince qui couvrait la matrice, annonçaient assez la rupture de ce viscère. Éloignée de tout secours médical, cette femme succomba au bout de douze heures, et l'on ne put même arriver que trop tard pour sauver l'enfant.

L'autopsie montra que, du pubis à l'ombilic et entre les deux muscles droits (séparés l'un de l'autre par un intervalle de 25 centimètres), la matrice n'était recouverte que par la peau et le péritoine. La nouvelle rupture s'était opérée dans la même place que celle survenue en 1851, et qui avait nécessité alors la gastrotomie, sur la moitié droite de la face antérieure de la matrice, à six travers de doigt au-dessus du col.

Jamais dans des circonstances ordinaires un effort aussi léger que celui qui occasionna ici la rupture de la matrice n'aurait suffi pour produire un pareil accident. Mais l'amincissement extrême de la paroi de ce viscère, joint au défaut du soutien que la paroi abdominale lui prête habituellement, explique très plausiblement la gravité du résultat, malgré la légèreté, en apparence disproportionnée de la cause. (*Gazzetta medica Italiana*, *Toscana*, 6 juin 1854, p. 178.)

Extraction traumatique complète du fléchisseur profond des doigts, par M. Moore.

Par la dimension de la partie enlevée, non moins que par la simplicité des suites, ce cas mérite de figurer à côté de ceux, tout semblables, qui sont consignés en grand nombre dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*.

Pour charger des souches sur un char attelé de bœufs, un homme se servait d'une chaîne à l'extrémité de laquelle était adapté un crochet. Les bœufs, partant à l'improviste, tirèrent sur le crochet, qui lui emporta la troisième et une partie de la seconde phalange du médius droit, et en même temps le tendon et la portion charnue du fléchisseur profond, dans une étendue de 15 pouces. Une inflammation considérable de l'avant-bras s'ensuivit ; mais elle donna plus de craintes au médecin que de douleur au patient, et se termina par une guérison complète, sauf l'ankylose, qui persista entre les deux premières phalanges. (*Dublin Medical Press*, 31 mai 1854, p. 338.)

Guérison d'un cas d'hydrophobie déclarée, par M. Ruiz.

L'auteur se borne à donner un sommaire de l'observation, recueillie par M. Guizan, de Mérières. Un jeune homme avait été mordu à la main gauche par un chien offrant tous les signes de l'hydrophobie. Il ne put être cautérisé que le lendemain, et on lui fit en même temps prendre de la racine de belladone. Trois semaines après, il fut atteint d'entéro-péritonite. Un mois après le jour de l'accident, il devint agité, inquiet et irascible ; voix altérée, pouls dur, irrégulier et fréquent. Ces symptômes allèrent en augmentant, et vers le soir il survint un accès de chaleur intérieure violente, avec constriction de la poitrine et du cou, dyspnée, photophobie, soif et refus de prendre des boissons, parce que tout essai dans ce but augmentait le resserrement de la gorge. Les facultés intellectuelles demeuraient intactes.

M. Guisan pratiqua une seconde saignée (la première avait été faite durant le cours de la phlegmasie abdominale), et ordonna du calomel et de l'opium.

La nuit se passa dans une agitation continuelle. Le lendemain, troisième saignée, et une pilule, toutes les quatre heures, de 3 milligrammes d'arséniate de soude. Ce jour-là il eut plusieurs accès, dont un très violent dura plus de quatre heures ; les crampes envahirent le cou ; les membres furent affectés de convulsions. Pendant la nuit l'état empira, et le péril devint extrême.

Le troisième jour les accès continuèrent, mais moins intenses et plus rares.

Le quatrième jour, amélioration notable, qui se changea en une prompte convalescence. (*El Siglo medico*, 21 mai 1854, p. 162.)

Cas d'invagination intestinale avec gangrène et expulsion par l'anus de la portion invaginée; gangrène consécutive de la jambe; guérison, par M. Ch. King.

Cette observation est remarquable sous trois rapports principaux : 1° l'étendue de la portion d'intestin rejetée par les selles ; 2° les circonstances qui ont précédé et suivi l'invagination ; 3° la guérison spontanée d'une gangrène de toute la jambe.

1° La portion d'intestin rendue par l'enfant (car il s'agit d'un petit garçon âgé seulement de six ans) comprenait tout le cœcum muni de son appendice, et une partie du côlon ascendant. Elle avait été rendue sans effort, pendant le sommeil, onze jours après le début des symptômes, cinq jours après la cessation des vomissements, quatre jours après celle des convulsions (qui s'étaient déclarées le sixième jour de la maladie). Cet exemple d'élimination mérite d'autant plus d'être recueilli, que, dans la plupart des cas d'invagination terminés de cette sorte, ce sont des portions d'intestin grêle qui ont été rendues. Aussi l'intussusception de l'intestin grêle passe-t-elle pour moins grave que celle du cœcum et des gros intestins.

2° Le premier phénomène morbide observé chez cet enfant a été le gonflement et la décoloration des deux jambes. Les vomissements et la constipation ne se sont montrés que le lendemain. Puis, le travail d'élimination étant opéré, on s'aperçut (deux jours après) que la jambe gauche devenait froide, et que l'artère fémorale avait cessé de battre au niveau de l'aine. Bientôt la jambe gauche se sphacéla *tout entière* au-dessous du genou. Il paraît évident qu'un dérangement considérable a eu lieu dans la circulation artérielle du bassin, dès le début de la maladie ; et comme les deux jambes ont été d'abord tuméfiées, on peut conjecturer que ce dérangement s'étendait, du moins primitivement, à la bifurcation aortique. Maintenant, quel rapport y a-t-il eu entre l'invagination intestinale et un arrêt de la circulation dans les artères iliaques ? C'est ce qu'il est bien difficile de conjecturer. La difficulté est d'autant plus grande, que c'est surtout du côté gauche que s'est manifestée l'interruption de la circulation, tandis que la portion expulsée d'intestin appartenait au côté droit de l'abdomen. Il nous paraît plus sage de nous en tenir à la constatation du fait.

3° Enfin ce sphacèle de la jambe gauche tout entière s'est limité de lui-même au-dessous du genou. La faiblesse du sujet, la crainte d'une hémorrhagie, dissuadèrent de tenter l'amputation. On se borna à pratiquer une incision dans les chairs mortes, et à scier les os près de leur articulation supérieure. Les eschares tombèrent, la plaie se détergea sous l'influence de lotions toniques, et aujourd'hui le membre a à peu près la même apparence que s'il eût été amputé au-dessous du genou. (*The Lancet*, 1854, 17 juillet.)

Guérison de la laryngite par l'inspiration du nitrate d'argent en poudre, par M. le docteur EBERT.

Les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* doivent se souvenir que que dans le numéro 7 de ce journal, il a déjà été question de cette médication; nous avons même figuré un petit appareil proposé à cet effet par M. le professeur Burow, de Kœnigsberg. M. Ebert signale 12 cas de guérison, sous l'influence du même traitement. La poudre employée par M. Ebert consiste, comme celle employée par M. Burow, en un mélange intime de 15 centig. de nitrate d'argent en poudre, et de 30 grammes de sucre de lait en poudre. Il place dans la partie moyenne d'un tuyau de plume ouvert par les deux bouts une quantité de cette poudre équivalente à celle que peut contenir la gouttière d'une plume métallique. Il introduit le tuyau de plume profondément dans la bouche, de manière que l'ouverture qui regarde au dehors soit pressée par les lèvres du malade; puis il lui recommande de comprimer les narines avec ses doigts, et de faire une profonde inspiration qui entraîne la poudre dans le larynx. Il survient, il est vrai, quelques efforts de toux et un chatouillement laryngien, mais tous les malades, sans exception, ont parfaitement supporté cette administration. Chez les jeunes enfants indociles, seulement, M. Ebert a dû employer l'instrument de M. Burow.

M. Ebert n'a essayé jusqu'ici ce mode de traitement que dans les inflammations aiguës ou chroniques du larynx, mais il ne doute pas que l'on n'en puisse retirer de grands avantages dans l'angine diphthéritique.

L'inspiration du nitrate d'argent a lieu chaque jour. En général, le traitement ne dure guère plus de quatorze ou quinze jours pour la laryngite aiguë; souvent même il a suffi de trois ou quatre inspirations pour amener une guérison complète. Pour la laryngite chronique, il faut persévérer plus longtemps. Un mois ou six semaines sont généralement nécessaires. M. Ebert a ainsi guéri d'une manière éclatante, pour employer ses expressions, des laryngites qui duraient depuis un an, dix-huit mois ou deux ans. (Berlin, *Deutsche Klinik*, n° 22, 3 juin 1854.)

De l'application locale du chloroforme, par M. GONZALEZ CONDE.

Comme l'inventeur, M. Hardy (dont la *Gazette hebdomadaire* a la première (1) fait connaître les essais), le professeur espagnol a appliqué le pouvoir anesthésique local à la sédation des douleurs cancéreuses. Mais le siége différent du mal et l'étroitesse du passage par lequel on pouvait y arriver l'obligèrent de modifier l'appareil instrumental employé par le chirurgien anglais. — Il s'agissait d'ulcérations de l'intérieur du rectum, donnant lieu à d'atroces souffrances que les sédatifs ordinaires étaient devenus impuissants à calmer. M. Conde adapta à une bouteille un bouchon luté à la cire d'Espagne; puis, par un trou fait à ce bouchon, il passa une grosse sonde de gomme élastique; 15 grammes de chloroforme avaient été préalablement versés dans la bouteille.

La sonde fut conduite assez haut pour que ses yeux se trouvassent directement en rapport avec l'ulcération. On commença alors à favoriser la vaporisation du chloroforme, d'abord en appliquant les mains sur la bouteille qui le contenait, puis en en rapprochant à une certaine distance un réchaud chargé de charbons embrasés. Le malade sentit bientôt une piqûre par laquelle les douleurs du cancer furent remplacées, et qui s'étendait dans la direction du côlon descendant. En même temps, s'échappaient à travers le sphincter des bulles gazeuses ayant l'odeur du chloroforme.

Les souffrances furent donc promptement apaisées; mais ce qu'il y eut de plus remarquable, c'est que le pouls qui, au début de l'expérience, s'était un peu accéléré, retomba bientôt au-dessous du rhythme qu'il avait auparavant, et descendit jusqu'à 60 par minute.

Le calme produit par la chloroformisation locale ne fut pas limité à la durée de celle-ci. Pendant toute une semaine, les douleurs manquèrent, de sorte qu'il ne fut point nécessaire de revenir à l'usage de ce moyen sédatif. (*El Heraldo medico*, juin 1854, p. 165.)

(1) C'est par une erreur dont il lui sera facile de s'assurer, que l'*Union médicale*, dans son numéro du 11 juillet, a exprimé pour son compte la même prétention.

De la liqueur iodo-tannique, par M. DESGRANGES.

L'importance méritée qu'ont acquise les préparations susceptibles de coaguler le sang explique le développement que M. Desgranges a donné à l'étude de la plus récente d'entre elles, la liqueur iodo-tannique. L'examinant successivement sous les deux points de vue principaux, il se propose surtout pour but de déterminer à quel degré elle possède, relativement au perchlorure de fer, la propriété hémoplastique et la faculté de s'absorber.

Sous le premier rapport, en expérimentant sur du sang, il a aisément reconnu que l'iodo-tannique n'a guère qu'un tiers de la force coagulante du perchlorure de fer.

Quant à leur manière de se comporter vis-à-vis des véhicules ou des réactifs divers, le caillot produit par le premier est insoluble dans l'eau bouillante, mais soluble à chaud dans une solution alcaline. Le caillot produit par le sel de fer est, au contraire, très soluble à chaud dans l'eau distillée, et beaucoup moins dans une eau alcaline. D'où l'on peut inférer que le caillot iodo-tannique battu par un liquide chaud alcalin, comme le sang en circulation dans ses vaisseaux, ne doit point résister autant que le caillot ferrique, à moins cependant que, par un excès de liqueur tannique, on ne provoque une inflammation qui, en coagulant le sang autour du caillot primitif, le protége et favorise son organisation.

Un point intéressant se présentait à décider: Quel est, dans la liqueur iodo-tannique, l'agent essentiel de coagulation? M. Desgranges a versé dans de la sérosité d'hydrocèle une solution de tannin en quantité telle qu'elle représentait la dose de ce corps contenue dans une quantité de liqueur iodo-tannique qui avait coagulé la sérosité; et il a constaté que le caillot de tannin pur est identique avec celui de la liqueur iodo-tannique, par l'homogénéité, la consistance et la rapidité de sa formation.

La liqueur iodo-tannique n'agit donc comme coagulant que par le tannin. L'iode ne conviendrait, par conséquent, que comme tonifiant la constitution.

Cette donnée conduisait à rechercher expérimentalement si l'iode associé au tannin s'absorbait également. Des recherches cliniques aussi probantes que multipliées ont démontré à M. Desgranges que l'absorption de ce métalloïde s'opère alors aussi promptement que s'il était dissous dans l'alcool. Quant au tannin, son absorption est moins facile, moins complète que celle de l'iode. Elle n'en est pas moins un fait positif.

Sous ce rapport, comme sous le premier, le nouvel hémoplastique diffère donc du perchlorure de fer, dont on connaît les propriétés réfractaires à l'absorption. (*Gazette médicale de Lyon*, 31 mai 1854, p. 138.)

Ophthalmie chronique simulant un cancer de l'œil; extraction du globe oculaire suivant le procédé de M. Bonnet, par M. CRITCHETT.

OBS. — Un enfant de cinq mois présentait les signes d'une iritis chronique. Peu à peu l'œil prit une teinte jaunâtre telle que MM. Critchett, Dixon et Bowman crurent qu'il s'agissait d'un cancer encéphaloïde au début. L'œil fut donc extrait suivant le procédé de M. Bonnet, de Lyon. Après avoir divisé la conjonctive et coupé les tendons des muscles, le chirurgien enleva le globe oculaire en laissant en place la capsule aponévrotique. La pièce anatomique fut examinée par M. Clarke, qui n'y trouva aucune trace de cancer, et qui reconnut que la teinte jaune était due à un épanchement de lymphe plastique, de nature inflammatoire, déposé autour de la capsule cristalline.

L'erreur signalée dans cette observation était d'autant plus facile à commettre, que la maladie qui simulait un cancer de l'œil s'était développée sur un très jeune enfant, à l'âge où il est si fréquent d'observer cette terrible affection. Il ne serait pas impossible de trouver dans la science d'autres exemples analogues, et nous nous souvenons d'avoir vu, il y a peu d'années, à la Société anatomique, une pièce pathologique très semblable à la précédente. On avait cru, sur le vivant, à l'existence d'un cancer de l'œil, et quelques personnes continuèrent même à porter ce diagnostic lorsque l'œil malade eut été enlevé et incisé. L'examen microscopique prouva qu'il n'y avait pourtant dans cet organe aucun tissu accidentel, et

que la lésion était la conséquence d'une inflammation chronique

A cette intéressante observation M. Critchett joint des remarques sur l'utilité du procédé qu'il a suivi pour pratiquer l'extirpation de l'œil ; mais il néglige, par inadvertance sans doute, de rapporter ce procédé à son inventeur, qui est M. Bonnet (de Lyon). (*The Lancet*, 4 mars 1854.)

Énorme calcul biliaire obstruant le jéjunum, par M. Smith.

Ce calcul avait la forme d'un ovoïde très allongé, large de 2 pouces 1/4 et long de 5 pouces, et avait d'abord rempli et distendu la vésicule biliaire. Les parois de cette vésicule étaient devenues adhérentes à la paroi duodénale adjacente, puis les deux parois s'étaient perforées par ulcération, et finalement le calcul était tombé dans l'intestin. L'autopsie, en révélant ces détails, montra que le calcul obstruait le jéjunum, et qu'il s'était arrêté à 30 pouces au-dessous du duodénum. Il s'agissait d'une vieille dame qui était souffrante depuis longtemps ; six jours auparavant, elle avait commencé à éprouver un grand malaise, qui s'était accru, sans apparition d'aucun autre symptôme, jusqu'au moment de la mort. (*Med. Times and Gazette*, n° 206.)

Du développement des entozoaires, par le professeur R. Leuckart.

Pendant longtemps les zoologistes, comme les médecins, reconnaissaient dans les cystiques et les cestoïdes des êtres complétement différents, des espèces séparées, ayant tout au plus quelques points d'analogie dans la conformation de leur tête. Dans ces dernières années, les travaux de MM. de Siebold, Kuechenmeister, Stein, etc., ont eu pour but de renverser cette ancienne théorie, et de faire reconnaître dans les vers vésiculaires une simple modification de forme, de développement, des cestoïdes. Le cysticerque, par exemple, ne serait plus qu'une modification, qu'une altération du tænia, qu'un entozoaire hydropique déformé, comme l'ont voulu quelques auteurs, qu'un ver qui dans certains milieux se développe assez pour devenir cysticerque, et dans d'autres, au contraire, devient entozoaire parfait, tænia.

Cette question n'est pas, comme on pourrait le croire, une question de zoologie pure ; elle touche encore par plus d'un point à la médecine pratique. Ainsi, si cette théorie est vraie, le cysticerque, si fréquent chez le porc, deviendrait, quand il est porté dans le tube digestif de l'homme, la cause première du tænia ; pour l'agriculteur, les partisans de cette théorie montrent le danger des chiens atteints de tænia : les œufs qui sortent du tube digestif de ces animaux, portés dans le canal alimentaire du mouton, seraient la cause du cœnure (tournis du mouton).

Analysant l'ouvrage de M. Kuechenmeister, auquel l'Institut de France a décerné, il y a quelques mois, un encouragement, M. R. Leuckart apporte à l'appui de l'opinion de l'helminthologiste allemand le résultat de sa propre expérimentation. Le professeur de Giessen prit un certain nombre de souris ; la moitié de ces animaux fut tenue enfermée à part, et chez eux on ne trouva pas d'entozoaires ; l'autre moitié reçut dans ses aliments une certaine quantité d'œufs de *Tænia crassicollis*. On sacrifia 6 animaux ; sur 5 on trouva un ou plusieurs tænia ; chez le sixième on trouva dans les parois du tube digestif de petites vésicules que l'on reconnut pour des vers altérés. Par ses expériences, M. R. Leuckart a pu démontrer que chaque variété de tænia correspondait à une autre variété de cysticerque : ainsi le *Cysticercus fasciolaris* au *Tænia crassicollis*, le *Cysticercus pisiformis* au *Tænia serrata*, etc.

Enfin des expériences plus récentes, encore inachevées et entreprises actuellement à Giessen, permettront sans doute à M. Leuckart de jeter une nouvelle lumière sur cette question, qui intéresse la médecine au point de vue de la prophylaxie des entozoaires. (Gœtting. *Gelehrte Anzeig.*, n° 65, 1854.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur les principaux accidents qui peuvent compliquer la taille et la lithotritie, et sur les moyens de les prévenir et d'y remédier, par J.-E. Pétrequin, professeur à l'École de médecine de Lyon. Brochure in-8, de 90 pages. Paris, 1850.

Cette brochure se divise en trois parties : dans la première, l'auteur étudie les principaux accidents qui peuvent compliquer la lithotritie ; dans la seconde, il étudie ceux qui peuvent compliquer la taille ; et dans la troisième, il cherche à prouver qu'il est souvent utile de combiner ces deux opérations.

Dans la première partie, il démontre par des faits comment l'incontinence d'urine, les névralgies, l'irritabilité extrême et le catarrhe de la vessie, les rétrécissements de l'urètre, la fièvre périodique et la multiplicité des calculs, ne sont pas des contre-indications à l'emploi de la lithotritie. Nous ne saurions donner trop d'éloges à cette partie. Le temps n'est certainement pas éloigné où l'on se croira au-dessous de la vérité, en disant que la lithotritie est applicable à dix-neuf cas sur vingt. On a dit que la cystotomie doit être regardée comme la méthode générale, parce qu'elle est applicable à tous les cas : c'est absolument comme si l'on disait que l'amputation de la cuisse est la méthode générale dans le traitement des anévrysmes poplités.

M. Pétrequin commence sa deuxième partie par l'histoire de deux femmes qui s'étaient introduit une épingle à grosse tête dans la vessie, et chez lesquelles l'extraction se fit à l'aide des lithotriteurs ordinaires. Il suffit de rechercher la tête, que l'on reconnut à un son plus métallique et à l'écartement des mors. Ces faits, joints à plusieurs autres du même genre, prouvent qu'avec de la patience et l'habitude de manœuvrer dans la vessie, ces instruments sont préférables à tout autre. Ils nous ont servi à extraire de la vessie d'une jeune fille une épingle double.

Dans les observations suivantes, l'auteur raconte comment l'introduction d'un porte-plume dans la vessie chez un jeune homme, — comment, chez d'autres sujets, l'âge, le volume de la pierre, la débilité générale, l'existence d'une énorme hernie inguinale, la cystite, l'engorgement de la prostate, etc., le forcèrent à recourir à la taille.

Toujours on reconnaît le praticien judicieux, qui ne se décide qu'après mûre réflexion. Néanmoins, pour ne rien dissimuler de notre pensée, nous dirons qu'il nous paraît encore pencher trop facilement vers la taille.

La complication qui paraît avoir le plus souvent déterminé M. Pétrequin, c'est l'irritabilité trop grande, c'est l'inflammation de la vessie. Nous signalerons ici un moyen qui nous a procuré des résultats merveilleux, même dans des cas de calculs : ce sont les injections de nitrate d'argent à la dose de 1 gramme et demi pour 60 grammes d'eau distillée. Nous avons, d'autre part, déjà publié (*Gaz. méd.*, 1850 et 1851) plusieurs cas de calculs broyés malgré une rétention complète d'urine produite par engorgement de la prostate. Il y a un an que nous avons lithotritié, avec le concours de notre ami le docteur Dechambre, un octogénaire de Troyes qui avait à la fois un calcul de 30 millimètres de diamètre, une cystite avec urines puro-sanguinolentes, une rétention d'urine complète datant de neuf années, enfin une hernie inguinale descendant jusqu'au milieu des cuisses et effaçant complétement la verge. Aujourd'hui cet homme se porte parfaitement. Ce fait, résumé, pour ainsi dire, de toutes les circonstances qui contre-indiquent la lithotritie, prouve ce qu'on peut faire avec de la patience.

M. Pétrequin étudie, dans sa troisième partie, la combinaison de la taille avec la lithotritie dans les cas de calculs volumineux. Cette idée n'est pas nouvelle (1) ; mais elle prend presque un caractère de nouveauté sous la plume de l'auteur, par la généralisation qu'il

(1) Nous signalerons en particulier un très bon travail de M. Henry Earle, intitulé : *Remarks on the danger of extracting large calculi, with the description of an instrument intended to facilitate the breaking down stones of considerable magnitude* (*Med.-chir. Transactions*, t. XI, p. 69, 1820). Il y a même cela de remarquable, que

veut lui donner. Il commence par critiquer les chirurgiens qui se sont exposés à recourir à la taille hypogastrique, après avoir fait en vain la taille périnéale ; mais de cette première opération, pratiquée primitivement, il ne dit mot ; et cependant elle donne une ouverture plus large que la seconde, et elle compte de nombreux succès, à ce point que des chirurgiens très expérimentés ont voulu l'établir en méthode générale. M. Pétrequin adopte au contraire la taille latéralisée comme méthode unique, puis voici comment il raisonne : Il est reconnu que cette taille ne peut donner issue à un calcul de plus de vingt lignes ; or, comme, depuis l'invention de la lithotritie, la taille ne se pratique presque toujours que pour des calculs plus volumineux, plutôt que de vous exposer à des infiltrations d'urine, etc., en faisant une ouverture trop étendue, brisez la pierre avant de l'extraire.

On le voit, la généralité des chirurgiens, lorsqu'ils ont affaire à une pierre volumineuse, cherchent, autant que la prudence le permet, à obtenir une ouverture proportionnée, et ne fragmentent la pierre qu'en cas d'absolue nécessité. M. Pétrequin, au contraire, ne s'occupe guère de l'ouverture et presque uniquement de la fragmentation. Voilà la différence.

Mais si les larges ouvertures ont des inconvénients, la fragmentation n'en a-t-elle aucun ?

Et d'abord, pourquoi n'a-t-on pas débuté par la lithotritie ?

C'est, le plus souvent, parce que la pierre est très dure ou très volumineuse, ou parce que la vessie, enflammée, racornie, la coiffe de manière à rendre impossible la manœuvre des instruments. Mais est-ce que ces conditions auront disparu par cela seul que la taille aura été préalablement pratiquée ? Nullement ; la pierre ne sera devenue ni plus friable, ni moins volumineuse, et la vessie n'étreindra que plus fortement la pierre, par suite de l'écoulement de son contenu par l'incision.

M. Pétrequin pense avoir perfectionné grandement la combinaison des deux opérations, en proposant, comme l'a fait Dupuytren, de substituer les instruments lithotriteurs aux fortes tenettes précédemment employées. Mais d'abord, les tenettes ont-elles toujours besoin d'être si fortes ? Combien de pierres ne brise-t-on pas, sans le vouloir, en les extrayant ? Et, de plus, est-il beaucoup plus facile de saisir, par une plaie faite au périnée, un calcul avec le lithotriteur qu'avec une de ces fortes tenettes qu'on ridiculise tant ? Je me permettrai d'en douter. Pour saisir un calcul avec ce dernier instrument, il suffit de passer un de ses mors en dessus et l'autre en dessous. Se sert-on, au contraire, du lithotriteur, il faut d'abord l'introduire fermé dans la vessie que nous supposons remplie par le corps étranger, puis ouvrir largement ses mors, et, en troisième lieu, le tourner en divers sens et refouler violemment les parois vésicales en avant et en arrière pour embrasser le corps étranger. Enfin, si celui-ci est dur, il faut, avec les tenettes, il est vrai, une forte pression pour le rompre ; mais les coups de marteau redoublés qui seront nécessaires avec le lithotriteur seront-ils donc tout à fait inoffensifs dans une vessie qui, je le répète, serre étroitement et la pierre et l'instrument ? Remarquons bien que, dans son travail, l'auteur ne tient nulle part compte de la vacuité de la vessie, circonstance qui, pourtant, est d'une importance capitale.

Quoi qu'il en soit, M. Pétrequin rapporte quatre observations où le succès a couronné ses efforts : dans l'une, le broiement fut fait avec les tenettes, et dans les autres avec le lithotriteur. Ces faits témoignent plutôt de l'habileté de l'auteur que de la solidité de ses principes. Ils ne nous paraissent pas suffisants pour nous faire rejeter la taille hypogastrique, qu'on préfère habituellement dans les cas de calculs volumineux ; pour nous empêcher, si cette ouverture ne suffisait pas, d'essayer, comme par le passé, de rompre le calcul avec les tenettes ordinaires ; enfin, si celles-ci étaient impuissantes, nous choisirions, entre les tenettes spéciales et le lithoclaste, l'instrument qui nous paraîtrait le mieux convenir au cas particulier. C'est dire que, pour nous, la question reste à peu près ce qu'elle était auparavant.

Docteur AUG. MERCIER.

l'instrument proposé a beaucoup d'analogie avec le brise-pierre ; seulement la branche mâle y est représentée par un poinçon qui, à l'aide d'une vis, s'enfonce dans la pierre et la fait éclater.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ALLGEM. MEDICIN. CENTRAL-ZEITUNG. — N° 51. De la cautérisation circulaire des tumeurs hémorrhoïdales, etc., par *Alphonse Amussat* (suite). — N° 52. La source d'iode près Kempten. — N° 53. Contributions à la pathologie et au traitement de la pneumonie, par *Hoppe*. — N° 54.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 26. Sur l'appareil d'accommodation des yeux, etc., par *Eckardt* (suite). — Rapport sur 1500 malades traités dans la Polyclin. méd. de Leipsick, etc., par *Hennig* (suite). — La Clinique chir. du prof. Langenbeck, par *Ohm*. (Suite : 11. Carcinome mélané des ganglions axillaires. 12. Perte partielle du nez. 13. Fracture extracapsulaire des deux cols du fémur (guérison.) — N° 27. Construction et application de l'ophthalmoscope, par *Klaunig*. — Rapport sur l'hôpital des Enfants de Munich (1852-1853), par *Hauner*. — Clinique de Bonn (observations sur le pneumo-thorax), par le professeur *Naumann* (fin). — Rapport sur 1,500 malades traités, etc., par *Hennig*. — Communication sur l'hôpital de la ville de Kœnigsberg (Noma), par *Lange*.

MEDICINISCHE ZEITUNG. — N° 26. Sur l'inflammation rhumatismale du cœur, par *Eulenberg*. — De l'influence de la lumière sur les mouvements de l'iris, par *Strumpf*. — N° 27. Sur l'inflammation rhumatismale du cœur, par *Eulenberg*. — Rupture de l'aorte, par *Lauer*. — Créosote contre la fièvre intermittente.

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSKUNDE U. FRAUEN-KRANKHEITEN, publié par *Busch*, etc. — III° vol., VI° cahier. Amputation spontanée de l'avant-bras gauche chez un enfant nouveau-né, par *Hecker*. — Communications cliniques obstétricales, par *Sturm*. — Reposition du prolapsus du cordon ombilical, par *Seydeler*. — Troisième rapport sur la clinique obstétricale de l'université de Berlin (janvier 1842 à fin 47), par *Busch*.

SCHMIDT'S JAHRBUECHER. Année 1854. N° 7. Analyses et revues.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — N° 21. L'usage des eaux minérales contre la syphilis, par le prof. *Sigmund*. — Lettres iatrochimiques, par *Kletzinsky*. (8° lettre.) — Nouv. méthode du bandage de plâtre, par *Cessner*. — Les bains d'Ischl, par *Moisisovics*. — N° 22. Abcès du foie avec hémorrhagie consécutive, par *Pleischl*. — N° 23. Division du nerf alvéolaire supérieur à la hauteur de la fosse ptérygo-palatine contre la prosopalgie, par le prof. *Schuh*. — N° 24. Quelques remarques critiques relatives à la matière médicale (8° lettre, sur le fromage), par *Kuechenmeister*. — Traitement de la claudication spontanée, par *V. Breunig*. — N° 25. — Relevé officiel de l'état médical de l'Autriche en 1852.

Livres nouveaux.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LA HERNIE ÉTRANGLÉE, par le docteur *A. Bérenguier*. Piq. in-8° de 48 pag. (Extrait du *Journal de méd., chir. et phar. de Toulouse*.)

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES ET THÉORIQUES SUR L'OBLITÉRATION ET L'ABERRATION DE L'ESPRIT, déduites de 300 autopsies faites à l'asile de St.-Athanase à Quimper, de 1833 à 1854. Deuxième compte rendu, par le docteur *Follet*, directeur-méd. de l'asile. Gr. in-8° de 100 pages. Paris, chez Victor Masson. 3 fr. 50

DU PANNUS ET DE SON TRAITEMENT, avec trente observations de la cure radicale de cette affection, par l'inoculation blennorrhagique, par le docteur *E. Warlomont*. In-8° de 100 pages, avec figures. Bruxelles et Paris, chez Victor Masson. 2 fr. 50

BILDLICHE DARSTELLUNG DER KRANKHEITEN DES MENSCHLICHEN AUGES, par *C.-G.-Th. Ruete*. 1re et 2e livr. In-fol. Leipzig, chez Teubner. Cart. 48 fr.

NEUE LEHRE VON DEN PROPORTIONEN DES MENSCHLICHEN KŒRPERS, par *A. Zeising*. In-8°. Leipzig, chez R. Weigel. 12 fr.

PATHOLOGISCH-ANATOM. BEFUNDE IN LEICHEN VON GEISTESKRANKEN, par *R. Fischer*. In-8°. Luzern, chez Kaiser. 3 fr. 50

ANATOMICAL AND PHYSIOLOGICAL OBSERVATIONS, par *J. Struther*. Part. I. In-8°. Edinburgh, chez Simpkin. 7 fr.

CLINICAL HANDBOOK OF AUSCULTATION AND PERCUSSION, par *J. Cockle*. In-8°. Londres, chez Highley. 7 fr.

LETTSOMIAN LECTURES ON INSANITY, par *Forbes Winslow*. In-8°. Londres. 7 fr.

ON SOME DISEASES OF WOMEN ADMITTING OF SURGICAL TREATMENT, par *J.-B. Brown*. In-8°, avec pl. color. et fig. Londres, chez Churchill. 14 fr. 50

ON THE SPECIAL TREATMENT OF PULMONARY CONSUMPTION AND HOOPING COUGH, par *J. Hastings*. In-8°. Londres, chez Highley. 7 fr.

SIX LECTURES ON THE PATHOLOGY OF STRABISMUS AND ITS TREATMENT BY OPERATION, delivered at the Westminster Hospital, par *C. Holthouse*. In-8°. Londres, chez Churchill. 5 fr. 50

SUDDEN DEATH, par *A.-B. Granville*. In-8°. Londres, chez Churchill. 9 fr. 75

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1[er] de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS

A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. PARIS, 28 JUILLET 1854. N° 43.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 20 au 26 juillet 1854.

N° 167. LE BOS, Jean-Marie-Théophile, né le 29 mars 1825 à Saint-Pol-de-Léon (Finistère). [*De la nature et du traitement des fièvres intermittentes.*]

N° 168. SURENNAUD, Pierre, né le 18 février 1818 à Dorat (Haute-Vienne). [*Aperçu sur l'hérédité.*]

N° 169. MARTIN, Guillaume, né le 18 mai 1828 à Saint-Martin-des-Bois (Gironde). [*Des indications de la bronchotomie.*]

N° 170. TUREL, François-Émile, né le 9 décembre 1827 à Bourg (Aisne). [*De l'alimentation des enfants à la mamelle.*]

N° 171. DATIN, Guillaume-Victor-Augustin, né le 26 avril 1827 à Saint-Hilaire-de-Harcourt (Manche). [*De l'exophthalmie séreuse.*]

N° 172. SAVOPOULO, Alexandre, né le 30 décembre 1819 à Bucharest (Valachie). [*De l'étranglement interne et des divers modes de son traitement.*]

N° 173. COURTOIS, Léon-Marcellin-Théodore, né le 24 septembre 1825 à Mantes (Seine-et-Oise). [*De l'hydropisie en général; de son origine; du traitement qui lui convient.*]

N° 174. LAUNAY, Augustin-André, né le 24 juin 1827 à Angers (Maine-et-Loire). [*Le scorbut.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

I.

Paris, ce 27 juillet 1854.

RAVAGES PRODUITS PAR DES VERS INTESTINAUX.

La littérature médicale d'Italie vient de publier coup sur coup, dans les dernières semaines, trois observations susceptibles de jeter quelque jour sur deux points controversés de l'histoire des vers intestinaux, à savoir : 1° si l'obstruction de l'intestin peut résulter d'une agglomération d'ascarides ; 2° si ces helminthes sont capables de perforer les tuniques du tube digestif, sans ramollissement préalable du tissu.

I. En ce qui concerne la première question, tout le monde sait que des masses de lombrics, séjournant dans une portion de l'intestin grêle, peuvent y devenir le point de départ d'un abcès qui vient s'ouvrir le plus souvent à l'aine ou au nombril et donne issue aux vers, en même temps qu'à une certaine quantité de pus mêlé ou non de matières stercorales. Mais ce n'est pas d'un accident de ce genre qu'il s'agit ici. L'abcès résulte uniquement du travail d'inflammation qui s'opère ordinairement au voisinage de la masse vermineuse ; il

FEUILLETON.

Théorie positive des phénomènes étudiés sous la dénomination de magnétisme animal, tables tournantes, esprits frappeurs, etc.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Les observations judicieuses que vous avez faites, dans un des précédents numéros de la *Gazette hebdomadaire*, à l'occasion d'un travail sur le *magnétisme animal*, me décident à vous adresser, sur le même sujet, une courte dissertation, dans laquelle j'ai essayé de soumettre à une analyse physiologique les phénomènes provoqués par les magnétiseurs.

Le mémoire de Mesmer sur la découverte du magnétisme animal, et le mémorable rapport de Bailly, furent pendant longtemps les deux écrits sur lesquels se fondèrent mes opinions personnelles en fait de magnétisme. Ayant observé plus tard une certaine régularité dans la manifestation de quelques-uns des phénomènes qui dépendent de la pratique des magnétiseurs, je dus en chercher la théorie positive ; afin de renoncer à l'état purement négatif dans lequel m'avaient naturellement laissé la médiocre métaphysique de Mesmer et l'admirable critique de Bailly. Dans cette nouvelle disposition mentale, j'étais arrivé à réduire en un certain nombre de principes généraux l'appréciation des phénomènes du magnétisme, mais j'aurais longtemps encore renoncé à les publier, dans la juste crainte d'encourir le ridicule presque inévitable qui s'attache à un sujet dont l'étude a suscité tant d'aberrations.

La lecture de votre article a dissipé à cet égard mes hésitations. Convaincu que dans cette question, comme dans beaucoup d'autres, le charlatanisme ou l'erreur tiennent au défaut de notions vraiment scientifiques, je prends la liberté de recommander à votre bienveillance la publication d'un travail essentiellement inspiré par le désir d'être utile.

J'envisagerai ici le magnétisme animal sous le double point de vue théorique et pratique. Quand on étudie, en effet, les principaux phénomènes résultés de la pratique des magnétiseurs, on est facilement conduit à reconnaître qu'ils sont ou physiologiques ou pathologiques, de telle sorte que l'étude d'une modification organique quelconque, observée dans ces conditions, peut finalement rentrer dans la physiologie ou la pathologie. L'étude positive de ces phénomènes devient alors possible, et leur théorie une fois instituée, on peut apprécier les pratiques mêmes des

ne succède pas à une oblitération du conduit digestif et ne donne pas lieu aux symptômes de l'iléus. Ce qui est encore contesté, malgré l'observation de M. Bretonneau (*Traité de la diphthérite*), c'est précisément l'iléus vermineux, c'est l'interception du cours des matières par un paquet de vers faisant office de corps étranger, indépendamment des altérations de tissu qu'il peut occasionner. M. Grisolle, dans son *Traité élémentaire et pratique de pathologie interne* (5e éd., t. II, p. 481), appelle encore sur ce sujet les lumières de l'observation. Or, voici un fait emprunté au *Giornale delle scienze mediche della reale Accademia medico-chirurgica di Torino* (1er juin 1854), dans lequel l'occlusion intestinale ne paraît pas douteuse. Il est publié par le docteur Linoli.

Obs. I. — Ranieri Bacci, âgé de quarante ans, qui déjà avait rendu, à l'âge de onze ans, 120 lombrics dans l'espace de deux jours, fut pris de vives coliques en septembre 1850. Ces coliques se transformèrent bientôt en une sensation de déchirement intérieur. Ventre tendu, constipation, fièvre. Le 16, on donna de l'huile de ricin, sans résultat. Le 17, 6 grains de gomme-gutte firent rendre 80 vers lombrics; il en sortit encore les jours suivants, sous l'influence du même remède. Le nombre total a été de 160.

Le 24 décembre 1853, nouvelles coliques, se faisant principalement sentir à la région iliaque droite. On sent dans ce point une tumeur, et il semble qu'on y perçoive avec la main des mouvements vermiculaires. Le 25, le bas-ventre est plus gonflé et plus douloureux. Pas de garde-robes depuis trois jours. Fièvre intense. On pratique d'abord une saignée (sang couenneux), puis on administre des pilules de gomme-gutte. Le 26, il n'y a pas encore eu de garderobes. Nausées; tumeur plus volumineuse et plus sensible. Vers le soir, le malade accuse une sorte de révolution dans le bas-ventre, et rend 6 lombrics par la bouche, mais pas d'évacuation par en bas. Le 27, on administre 1 denier (un peu plus de 1 gramme) de santonine par la bouche et autant en lavement. Quatre heures après, la main placée sur la tumeur y sent très bien des mouvements vermiculaires, et bientôt une évacuation amène 84 lombrics, en partie morts, en partie vivants, *de la grosseur du doigt auriculaire*. La continuation du même remède en amena 86 autres. Enfin, il en sortit encore quelques-uns le lendemain. La tumeur avait alors disparu. La santé se rétablit.

Assurément, ce n'est pas seulement de la quantité d'ascarides rendus par les selles qu'on doit inférer ici l'existence d'un iléus. On en a trouvé plusieurs centaines chez des individus dont les garderobes n'étaient pas supprimées. Mais le volume total du corps étranger importe moins que son siége et que la manière dont il se dispose dans la cavité intestinale. Tout fait présumer que, dans le cas cité, la masse était arrêtée à la valvule de Bauhin, c'est-à-dire dans un lieu où l'aire intestinale se rétrécit et prend la forme d'une boutonnière et où les matières commencent à remonter contre leur propre poids. En fait, la constipation s'établit à partir de l'invasion des coliques et en même temps qu'une tumeur se forme à la région iliaque droite. Elle dure cinq jours. Au moment où elle va céder à l'action de purgatifs répétés et d'un vermifuge, on sent la tumeur grouiller sous la main; et quand les ascarides ont été rendus, la tumeur disparaît. Que ce ne soit pas là une occlusion intestinale bien solide, d'accord; mais on cherche comment pourrait être mieux établie la réalité même de l'occlusion.

Nous ferons ressortir en même temps le parti qu'on pourrait tirer, pour le diagnostic, de la sensation particulière qu'on éprouvait en pressant sur la tumeur, si cette sensation était assez caractérisée pour accuser les mouvements confus d'un paquet de vers. Mais cette sensation est-elle autre chose que celle d'une crépitation produite par la présence de l'air, comme on en constate fréquemment dans les tumeurs où l'intestin est engagé. Ce qui nous inspire ce doute, c'est que c'est précisément sous la dénomination de *crépitation emphysémateuse* qu'a été signalée déjà, par d'autres auteurs, la sensation résultant du contact de tumeurs vermineuses, notamment par M. le docteur Ménard (*Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure*, 1836).

II. Les ascarides lombricoïdes ont-ils le pouvoir de perforer avec leur tête les tuniques intestinales, sans que les tissus aient été préalablement altérés et ramollis? La plupart des auteurs répondent par la négative, les anatomistes surtout, MM. Cruveilhier, J. Cloquet, etc., qui ne trouvent pas dans l'organisation de la tête de l'ascaride les dispositions nécessaires à une telle opération. Cette tête se termine, comme on sait, par trois éminences pointues pouvant s'ouvrir et se fermer comme de petites valvules, et au milieu desquelles est l'ouverture de la bouche. M. de Blainville, tout en refusant aux helminthes le pouvoir de perforer des membranes absolument saines, fait pourtant remarquer que les valvules de la bouche sont assez résistantes et même un peu tranchantes sur leur bord (*Appendice à l'ouvrage de Bremser*). Quelques auteurs vont plus loin, et croient que la tête des vers peut s'insinuer à travers les parties molles et les traverser de part en part. C'est, par exemple, l'opinion exprimée par M. Mareschal dans cette même séance de la Société de la Loire-Inférieure où M. Ménard a rappelé ses observations. C'est celle aussi de M. Lepelletier (*Journal hebdom.*, 1831, t. IV), et Guersant a fini par s'y rallier après avoir professé l'opinion contraire (*Dictionn. de méd.*, vol. XXX, p. 680).

---

magnétiseurs, d'abord en physiologie, à titre de procédé expérimental, puis en pathologie, à titre d'agent thérapeutique.

Ce qu'il y a d'essentiel à considérer dans le magnétisme animal se rapporte donc bien à une analyse d'abord scientifique, puis technique.

PREMIÈRE PARTIE.

I. *Théorie positive des phénomènes physiologiques et pathologiques étudiés sous la dénomination de magnétisme animal.*

Pour tous les bons esprits, la théorie du fluide magnétique fut ruinée le jour où la célèbre commission nommée par l'Académie des sciences prouva, par des expériences, que, sans invoquer un fluide magnétique, on pouvait produire les mêmes effets que les magnétiseurs.

Chacun se rappelle l'expérience décisive instituée à Passy sous la direction de Franklin, l'un des commissaires. Deslon voulait démontrer que, lorsqu'un arbre a été touché suivant les principes et la méthode du magnétisme, toute personne qui s'y arrête doit éprouver plus ou moins les effets de cet agent. Le magnétiseur fit lui-même le choix du sujet, c'était un jeune homme d'environ douze ans. Celui-ci resta dans la maison de Franklin, tandis que Deslon accumulait son fluide sur un abricotier bien isolé, choisi dans le verger du jardin. On amène le jeune homme *les yeux bandés;* Deslon dirigeait sa canne, en guise de baguette magique, vers l'arbre magnétisé; on présente successivement le sujet à quatre arbres non magnétisés en les lui faisant embrasser, chacun pendant dix minutes, suivant ce qui avait été réglé par le magnétiseur. Au premier arbre, le jeune homme suait à grosses gouttes; au second il est étourdi; au troisième, il sent qu'il approche, et son étourdissement redouble; au quatrième, il tombe sans connaissance, les membres roidis, à *vingt-quatre pieds de l'arbre magnétisé*.

Deslon fit bien une théorie pour expliquer l'insuccès, mais les faits de ce genre se multiplièrent, et l'on vit bientôt que toutes les manœuvres des magnétiseurs n'avaient pour effet réel que de frapper l'imagination de certains individus, d'ailleurs parfaitement disposés à cela par leur constitution cérébrale.

Imagination ! tel fut le mot très judicieux par lequel on répondit alors à tous les miracles des magnétiseurs.

Les bons observateurs ne pouvaient s'arrêter dans cette nouvelle voie. S'il était démontré que les phénomènes observés n'étaient pas directement liés à la pratique des magnétiseurs, c'est que leur développement tenait à des conditions plus générales.

En présence de ces opinions divergentes, voyons les deux faits publiés par les journaux italiens.

OBS. II. — *Sortie de vers et de matière fécale par l'ombilic.* — Un enfant de dix ans, habituellement bien portant, se plaignit de coliques. M. le docteur Bottini constata les symptômes suivants : Ventre ballonné, douloureux au toucher, principalement au niveau de l'ombilic. Vomissements. Fièvre. *On pratiqua deux saignées le même jour. Fomentations d'eau de camomille tiède sur l'abdomen. Lavements.* — Le lendemain, crampes, grincements de dents. Les vomissements continuent. *Deux autres saignées.* — Le surlendemain, même état. Roideur dans les membres. La sensibilité du ventre est surtout très prononcée vers le nombril. *Vingt-quatre sangsues sur cette région.* Néanmoins, les symptômes s'aggravent ; il survient des convulsions. Pouls petit ; sueur froide, respiration embarrassée et lente. Une *potion antispasmodique* est vomie ; *sinapismes, lavements antispasmodiques.* — Le troisième jour, on constate une légère tuméfaction autour du nombril, et en même temps, une amélioration évidente se manifeste dans l'état général du malade. Ce jour-là, l'ombilic s'ouvre et donne passage à trois lombrics d'abord, puis, le soir, à deux autres. Le jour suivant, il en sort encore un. Un peu de matière fécale est rendue avec les vers. Tous les accidents se dissipent peu à peu. Un bandage compressif est appliqué sur la perforation ombilicale. Moyennant quelques cautérisations sur le trajet fistuleux, la guérison eut lieu dans l'espace d'un mois. (*Gazzetta medica Italiana, Stati Sardi.*)

OBS. III.— *Préparation anatomique opérée par des vers lombrics.* Un enfant de six ans entre à l'hôpital, et expire avant que l'on ait eu le temps de recueillir aucun renseignement sur sa maladie. Le cadavre ayant été ouvert, on trouva la cavité pleurale gauche remplie de sérosité sanguinolente, et les désordres anatomiques suivants :

Plèvre gauche détachée dans toute sa longueur de la colonne vertébrale et largement déchirée. Œsophage comme rongé, déchiré et ouvert longitudinalement dans une longueur de plus d'un pouce. Entre la plèvre et les côtes, était une cavité pleine d'une sérosité sanguinolente où nageait un lombric, et le poumon, dans cet endroit, était rongé dans la longueur de quelques lignes. Il y avait un autre ver dans l'œsophage près de la déchirure, et un troisième au-dessus de ce point, se dirigeant vers la narine postérieure. On en trouva également quelques-uns dans l'estomac et les intestins grêles.

Ces désordres avaient été opérés, dit l'auteur, avec une finesse de dissection qui eût fait envie au plus habile anatomiste. En soulevant avec une pince la plèvre costale et le feuillet du médiastin, et après avoir lavé la partie avec un jet d'eau, on aperçoit tout le nerf grand sympathique admirablement *préparé*, détaché de tous ses liens celluleux, et conservant partout ses rapports naturels. On voit la série des ganglions thoraciques ; leurs rameaux de communication, soit entre eux, soit avec les nerfs spinaux ; les innombrables filets qui forment les plexus œsophagien et pulmonaire ; le réseau fin qui recouvre l'aorte ; les nerfs splanchniques, depuis leur naissance jusqu'à la sortie de la cavité thoracique. Ce n'est pas tout. Le système vasculaire de la région avait été l'objet d'un travail de dissection tout aussi exact et aussi délicat. L'aorte et les artères intercostales, la petite azygos avec ses collatérales, le conduit thoracique, étaient isolés et entièrement dépouillés du tissu cellulaire ambiant. Les veines et les artérioles se détachaient d'autant mieux, qu'elles étaient colorées par le sang contenu dans leurs cavités. (*Gazzetta medica Italiana, Lombardia*, n° 21.) . . . .

Ces deux observations sont remarquables en ceci, que les désordres produits par les ascarides ne paraissent pas avoir été accompagnés de suppuration. Il n'en est pas dit un mot dans la description de ces singuliers désordres qui ressemblaient si exactement à une préparation anatomique ; et dans le cas où les ascarides ont été rendus par le nombril, il ne paraît pas qu'il soit sorti avec eux autre chose qu'un peu de matière fécale. Cette circonstance est très importante, parce qu'on ne peut admettre dès lors qu'il y ait eu, ni dans l'un ni dans l'autre cas, *abcès vermineux*. Sans doute, dans l'observation II, il n'est pas sûr que les parois intestinales n'aient pas été préalablement ramollies par un travail phlegmasique ; mais les helminthes n'ont pas seulement traversé l'intestin, ils ont perforé la paroi abdominale. Or, il n'est pas facile de comprendre qu'une inflammation intestinale se propage de la paroi intestinale à la peau autrement qu'en déterminant dans la région un phlegmon marchant des parties profondes aux parties superficielles, et finissant par s'ouvrir au dehors. Et, en effet, comme nous l'avons dit plus haut, c'est ordinairement au milieu d'un flot de pus que les vers sont rendus par une ouverture de la paroi abdominale. Ici, les lombrics sortent seuls, mêlés seulement à de la matière stercorale dont la présence atteste la perforation de l'intestin. Sous ce rapport, l'observation est donc comme le dernier terme et le complément de ces cas rapportés par MM. Velpeau, Gaultier de Claubry Guersant, Lepelletier, etc., où l'on a trouvé les lombrics en partie engagés dans les parois du tube digestif ou déjà tombés dans le péritoine, sans qu'on pût découvrir nulle part aucune trace de phlegmasie ou de ramollissement. Dans un de ceux qu'a rencontrés Guersant (Becquerel, *Clinique des hôpitaux des enfants*, 1841), deux lombrics étaient engagés à moitié dans l'appendice iléo-cæcale et à moitié dans la cavité péritonéale. Trois autres avaient déjà passé par la même ouverture et avaient pénétré entre les deux feuillets du grand épiploon par l'hiatus de Winslow, sans perforer les membranes et sans déterminer la moindre inflammation.

L'observation III est plus singulière encore. Il ne s'agit plus seulement d'une simple perforation intestinale, mais de la destruction de parties molles de diverse nature dans une grande étendue : le tissu cellulaire de la cavité thoracique détruit, non seulement sans trace de suppuration, mais même sans le moindre vestige de phlegmasie ; les nerfs, les vaisseaux, isolés comme par une dissection minutieuse ; la plèvre déchirée, le poumon entamé, l'œsophage perforé, et rien autre chose, pour expliquer le désordre, que la présence

---

Thouret, avec un esprit distingué et des connaissances variées, rapprocha un grand nombre de faits analogues à ceux du magnétisme ; de Montègre, dans un article remarquable du *Dictionnaire des sciences médicales*, assimila les magnétisés aux fascinés, aux convulsionnaires, aux possédés ; enfin, dans un ouvrage plus moderne, celui de Bertrand, la coordination des phénomènes du magnétisme acquiert encore plus de précision. Mais ce n'était pas assez d'apprécier au même point de vue les sujets de Maxwel, de Faria ou de Mesmer, les convulsionnaires de Saint-Médard, la possession des religieuses de Loudun, les trembleurs de Genève et les effets des exorcismes de Gassner, il fallait concevoir ces phénomènes comme le résultat d'un certain nombre de lois cérébrales, tandis que les procédés employés à les développer n'étaient que de purs artifices qui pouvaient varier sans que, dans aucun cas, ils pussent être considérés comme condition essentielle des phénomènes. On aurait vu, en remontant aux âges, soit fétichiques, soit polythéiques de l'esprit humain, les visions, l'extase, la possession, constituer un état presque habituel pleinement conforme avec les croyances courantes. Ou, sans recourir à ces époques naïves de l'enfance de l'humanité, on aurait pu voir au milieu de nos sociétés les plus cultivées, dans le cours de chaque existence privée, des phénomènes nombreux se rattachant à certaines lois de la nature humaine, et pouvant par conséquent rentrer dans une appréciation, soit physiologique, soit pathologique.

Pour ne pas rester, à l'égard de ces phénomènes, dans un vague préjudiciable, je vais ici en caractériser un certain nombre afin de mieux préciser les diverses théories employées et celles qu'il convient d'y appliquer aujourd'hui. Il faut tout d'abord faire justice d'un certain nombre de faits acceptés comme réels ou comme possibles, et dont l'énoncé seul aurait dû, à tout jamais, aux yeux du simple bon sens, couvrir les magnétiseurs de ridicule. Mais il faut bien le reconnaître, ce n'est pas chose commune que le simple bon sens ; on ne trouverait certainement pas aujourd'hui beaucoup de gens disposés à croire aux effets du *lampas vitæ*, du *sal sanguinis*, à l'*art de nuire par les émanations excrémentitielles*, aux vertus de l'*unguentum armarium* ou de la *poudre de sympathie* du chevalier Digby ; mais en revanche on accepte sans peine qu'un individu magnétisé voit sans le secours des yeux, ou contemple à Paris ce qui se fait à Pékin, ou lit dans l'avenir comme dans un almanach ; ou, ce qui est plus curieux encore, on sait l'anatomie sans avoir jamais touché le cadavre d'un animal, et la médecine sans avoir observé un malade, et pour comble d'inconséquence, on rencontre souvent parmi ces croyants des voltairiens orgueilleux, ou des déistes qui font fi des miracles catholiques.

de trois ascarides lombricoïdes errant dans cette région dévastée. Comment ne pas admettre ici que les vers avaient remonté des intestins et de l'estomac dans l'œsophage; qu'un d'eux avait percé ce conduit de dedans en dehors, puis s'était insinué d'abord dans le médiastin et sous le feuillet costal de la plèvre et avait enfin perforé et déchiré cette membrane? Et — nous insistons sur ce point, — rien, absolument rien, dans l'observation n'indique que l'œsophage ait été antérieurement le siége de quelque ulcération ou lésion quelconque. Le poumon était, en un point, comme *rongé*. Cette circonstance ne rappelle-t-elle pas, et ne contribue-t-elle pas à rendre plus authentique, le fait de *corrosion* du foie par des lombrics, raconté par Laënnec, et qui est en général considéré comme un peu suspect?

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

RECHERCHES SUR LA NÉCROSE, par M. le professeur GERDY.

(Voir le numéro 42.)

L'os nouveau se forme bien certainement aux dépens des fluides que l'inflammation accumule autour de l'os mort, dans l'épaisseur du périoste, des tendons, des aponévroses, des muscles voisins et même de la membrane éliminatoire quand, s'ossifiant à son tour, elle s'unit et se confond avec le nouvel os. Mais, je l'ai dit, ces fluides ne s'y montrent pas à l'état liquide. On y voit d'abord une substance fibriniforme, rosée, une sorte de plasma, de matière organisable, infiltrée dans les tissus gonflés, engorgés, du périoste, du tissu cellulaire et des muscles voisins. Ce nouveau tissu ostéogène acquiert promptement une solidité fibreuse, cartilagineuse, fibro-cartilagineuse. Mais encore une fois, je ne me rappelle pas l'avoir rencontré jamais liquide, soit dans mes expériences sur les animaux vivants, soit dans mes recherches cliniques. Je ne puis donc accepter tout ce qu'en ont dit les auteurs. Quoi qu'il en soit, la solidité augmentant, il devient osseux. Au microscope, il se montre d'abord cartilagineux, fibreux, et enfin plus tard osseux. Alors il forme un os plus gros et surtout plus grossier, souvent sinon toujours plus étendu en longueur que l'os ancien ou primitif, comme l'a remarqué mon honorable collègue le professeur Cloquet. Cela doit être, puisqu'il l'enveloppe et le tient enfermé pendant un certain temps comme un cadavre dans son cercueil et puisqu'il s'interpose parfois aux cartilages articulaires et au séquestre. Mais la maladie ne s'étend pas toujours si loin, ni à toute l'épaisseur de l'os. Dans ce cas, le nouvel os se soude, par la membrane éliminatoire, à ce que la nécrose a épargné de l'ancien. La forme du nouvel os ressemble en général très mal à celle de l'ancien, et elle est plus altérée encore dans les os larges et dans les os courts que dans les longs.

La surface extérieure du nouvel os ou de la coque osseuse qu'il forme est rendue plus ou moins irrégulière par la circonscription inégale de l'ossification qui est en partie l'effet du hasard, et offre tantôt des réseaux, tantôt des circonvolutions intestiniformes, des sillons vasculaires dont elle est labourée, des sécrétions osseuses qui la hérissent, d'innombrables trous vasculaires dont elle est étoilée, des lacunes qui sont restées sous forme de trous, de fistules dans l'épaisseur des parois du nouvel os et que l'on a nommées des *cloaques*, de *grands trous*, etc. Ces fistules sont des pseudo-fistules osseuses, parce qu'elles ont une tendance naturelle à se fermer et se ferment en effet d'ordinaire, quand il n'y a plus de séquestre qui les entretienne. Ces lacunes osseuses de nécrose sont souvent multiples, de grandeur et de formes variées, parfois rondes ou ovalaires et à bords arrondis. D'autres fois elles sont irrégulières et à bords en quelque sorte déchirés, anguleux. Elles forment parfois un canal perpendiculaire aux parois de l'os ou le plus souvent oblique en bas. Elles donnent passage aux fluides qui s'écoulent de l'intérieur de la coque formée par le nouvel os, dans les chairs, et par l'ouverture de celles-ci au dehors quand la suppuration s'y est ouvert une issue. Je possède deux nécroses du calcanéum. La coque du premier os est formée par la couche compacte, un peu de tissu celluleux et canaliculaire de la moitié inférieure de l'os ancien, fortifiée à l'extérieur par des concrétions osseuses. La moitié supérieure et articulaire de l'os est détruite et non réparée, en sorte que la lacune osseuse est aussi étendue que le calcanéum; la coque du second est formée par une couche de concrétions osseuses, guttiformes, irrégulières, et une portion peu épaisse des tissus compacte, celluleux et canaliculeux de l'ancien os, percée d'ouvertures irrégulières, à bords minces, par lesquelles on voit distinctement une grande partie du séquestre non encore mobile dans la coque. Dans une nécrose de phalange, le nouvel os a de grandes lacunes irrégulières, le séquestre est aussi entier que possible puisqu'il comprend, même en partie, la surface articulaire polie de l'extrémité supérieure de la phalange. On voit, au contraire, fréquemment dans la coque de reproduction des os longs, des trous ronds ou ovales, à bords épais et arrondis. On s'est demandé d'où viennent ces lacunes de la nécrose. Après ce que l'on sait de l'action mécanique du pus enfermé dans les parties molles et les os dont il détermine l'ulcération et la perforation inflammatoires, cette question paraît oiseuse. Cependant M. Nélaton (t. I, p. 617) répond que Troja ayant vu les *grands trous* se produire constamment sur des points où le périoste reste adhérent à l'os nécrosé, il croit qu'ils ont pour cause une mortification simultanée de l'os et d'une partie du périoste.

Pour moi, je crois qu'ils sont dus à plusieurs mécanismes :

La vue sans le secours des yeux est une hérésie physiologique dont l'escamoteur Robert Houdin a donné la clef. Quant à la prévision, il faut s'entendre. Il y a dans la connaissance de l'avenir deux parties : celle de la science et celle du destin. De siècle en siècle, la science ravit au destin une partie de son domaine, et celui-ci va toujours s'appauvrissant, tandis que la science fait chaque jour de nouvelles conquêtes. Mais, dans tous les ordres de phénomènes, le progrès a des limites. Le progrès illimité n'a pu être conçu que par des hommes dépourvus de toute culture scientifique.

Avant que la science eût assis les lois sur le trône des dieux, les phénomènes célestes appartenaient au destin, et le chef de la plus pauvre tribu pouvait arrêter le soleil. Les phénomènes de notre planète, les végétaux, les animaux, la société, tout était le jouet du destin, et voilà qu'aujourd'hui la science prévoit, avec une rigueur mathématique, la marche des corps célestes de notre système solaire, la plupart des phénomènes physiques et chimiques de notre planète; elle pénètre dans la physiologie et la pathologie pour y prévoir les actes les plus intimes. Elle fait plus encore : envisageant l'humanité à toutes ses phases, elle éclaire, par les lois du passé, les mystères de l'avenir; en d'autres termes, la mathématique, l'astronomie, la physique, la chimie, la biologie, la sociologie, la morale, ont successivement envahi le vaste domaine du destin auquel il restera toujours quelque chose, car il y aura toujours, dans l'ordre concret, une assez grande quantité de problèmes complexes devant lesquels échoueront nos facultés théoriques. C'est assez dire qu'en fait de prévision, on ne saurait admettre que celle qui caractérise la science, et qu'il est impossible d'en concevoir une autre. Quant à la singulière prétention des magnétiseurs à métamorphoser un butor en fin anatomiste et en judicieux médecin, elle se comprend, quand on réfléchit que les niais ou les fourbes, devant lesquels se passent de telles scènes, sont eux-mêmes fort ignorants en médecine et en anatomie.

Je laisserai donc de côté tous les faits de ce genre comme indignes d'un examen sérieux, pour m'attacher à ceux qui peuvent nous offrir un véritable intérêt.

Les phénomènes les plus constants, résultés de la pratique des magnétiseurs sont : l'engourdissement des membres, la pesanteur des paupières, la tendance à la transpiration. Souvent ces phénomènes sont suivis d'un sommeil profond ou seulement d'un court assoupissement, accompagné d'une rêverie vague. Dans d'autres circonstances, parmi les sujets magnétisés, les uns tombent en syncope, les autres en convulsion. Enfin, chez un petit nombre, les pratiques du magnétiseur amènent un état par-

à la mort locale de toute l'épaisseur des parois du canal de l'os et de son périoste; d'ailleurs, au mécanisme général par lequel se font les ouvertures des abcès, et, dans certains cas où la réparation marche avec plus de lenteur que l'élimination, à des lacunes d'ossification qui produisent surtout les grandes ouvertures irrégulières, comme je l'ai déjà dit. La surface externe est d'ailleurs couverte d'un périoste plus ou moins épais et distinct, en partie au moins, de nouvelle formation, et qui reçoit les attaches des muscles et des ligaments qui se fixaient à l'os ancien.

La surface interne du nouvel os est plus régulière et plus uniforme que la surface correspondante du séquestre; elle est tapissée par la membrane tomenteuse éliminatoire qui s'est formée pendant la séparation de l'os mort, et qui s'ossifie au moins aux points de jonction du nouvel os avec les restes de l'ancien.

Le séquestre invaginé est unique ou divisé en plusieurs parties. Il est généralement étendu en longueur dans les os longs, en largeur dans les larges; il est court dans les courts; il est plus ou moins étendu et complet dans chaque cas. Il peut, en effet, comprendre depuis une partie de l'os jusqu'à l'os entier, moins les cartilages articulaires seulement et quelques portions excentriques ou apophysaires. Il diffère du superficiel, ou extérieur non invaginé, par sa situation intérieure ou profonde. Comme il est intérieur à la coque du nouvel os, il est nécessairement moins étendu que celui-ci. Et ce fait explique très bien pourquoi M. Cloquet a trouvé l'os nouveau des os longs plus long que l'ancien de plusieurs centimètres; on ne doit pas plus s'étonner de le voir plus long que plus gros. Un séquestre d'os long a ordinairement une surface extérieure et une cavité intérieure plus ou moins cylindriques, et deux extrémités. Il est aussi formé par du tissu osseux compacte, lisse dans les points où il a fait partie de la surface extérieure de l'os, au contraire creusé au côté extérieur, d'une multitude de petites dépressions irrégulières non vasculaires, caractéristiques de l'érosion nécrosale, dans les points par où il tenait à l'ancien os. Ces dépressions sont dues, comme l'a très bien remarqué M. Nélaton, à la délimitation irrégulière de la mortification de l'os, qui a infiniment plus de probabilités mathématiques pour être irrégulière qu'unie et polie, comme une surface soumise aux frottements du polissoir. En effet, chaque point d'une surface ayant plus de probabilités pour n'être pas de niveau avec chacun des points qui l'environnent, que pour y être, il en résulte qu'il a beaucoup plus de chances pour n'être pas de niveau avec tous et pour que la surface soit irrégulière. La surface correspondante de l'os vivant devient d'ailleurs de moins en moins rugueuse si le malade survit à la séparation, parce que cette surface continue à être le théâtre d'un travail de résorption, tandis qu'il est douteux que la résorption des aspérités osseuses du séquestre invaginé continue après sa séparation. Cependant, comme des corps étrangers métalliques ont été en partie résorbés dans les intestins, comme des esquilles nécrosées dans des fractures comminutives ont des bords et des pointes émoussés après un long séjour dans les tissus vivants, je ne nie pas absolument la possibilité de toute résorption d'os nécrosé (voy. aussi *Thèse* de M. Lambron, 1842, p. 23). Cependant des auteurs croient à cette résorption et à la dissolution incessante du séquestre. Ils se fondent sur ce que le séquestre remplissait autrefois toute la cavité qu'il occupe, puisqu'il y était intimement uni avec la surface des parties de l'os qui restent vivantes dans la coque de l'os nouveau, tandis qu'aujourd'hui il ne la remplit plus et même y est mobile. Le motif paraît convaincant d'abord; cependant, lorsqu'on y réfléchit un peu, on ne tarde pas à penser que la résorption osseuse qui a séparé le séquestre n'a pu le faire *sans creuser autour une cavité d'une étendue qui dépasse partout les limites de la circonférence du séquestre*. Aussi, quoique la rainure ou cavité éliminatrice soit remplie des bourgeons charnus de la membrane pyogène, ces fongosités ne peuvent suffire à remplir la cavité osseuse morbide de manière à y tenir l'os immobile. L'admission de la résorption du séquestre après sa séparation n'est donc ni prouvée, ni nécessaire à admettre. Cependant je n'ose la nier absolument.

La surface intérieure de l'espèce de cylindre creux que forme le séquestre invaginé des os longs n'offre rien à noter ici. Les extrémités de ce séquestre sont souvent pointues et fortes. Cette circonstance dans l'extrémité inférieure explique comment le séquestre, pressant continuellement par son poids dans l'extrémité inférieure du fémur, par exemple, peut finir par la traverser, pénétrer dans l'articulation du genou, comme on l'a observé, et même dans l'épaisseur du tibia (voy. au Musée Dupuytren les pièces n^{os} 368 A et 368 D). Il arrive d'autres fois que la mortification s'étend jusqu'à une articulation voisine, et que la suppuration y pénètre et produit une nécrose que j'appellerai *articulaire*, pour la distinguer pes autres, parce qu'elle est beaucoup plus grave, exige des soins particuliers et parfois l'amputation.

Un séquestre d'os large présente deux surfaces parallèles: l'une est la surface extérieure de l'os dont il a fait partie, l'autre l'interne, si l'os en ce point n'est formé que d'une lame. Il rappelle, au contraire, par ses cellules ouvertes, le tissu spongieux des os plats, si le séquestre est formé d'une lame interne ou externe et du tissu spongieux. Ces séquestres des os larges, de l'omoplate, par exemple, et la reproduction d'un nouvel os se font par un mécanisme analogue à ce qui se passe dans les os longs. Quand l'os est mortifié dans une partie de son épaisseur, là où il est assez épais pour qu'il en soit ainsi, le périoste du côté correspondant et parfois des deux, s'enflamme, se gonfle, se détache, s'infiltre de matière plastique ostéogène qui s'épanche même au-dessous et s'y ossifie avec le périoste lui-même. Si l'os, dans les points où il est très mince, a été nécrosé dans toute son épaisseur, une seconde couche osseuse nouvelle peut s'y développer aux dépens du périoste opposé. Cependant la suppuration finit par s'ouvrir une issue au dehors à travers ces couches, et le séquestre lui-même par s'échapper spontanément par ces ouvertures, ou par en être retiré par les secours de l'art. Si l'os plat est nécrosé dans toute son épaisseur, les deux périostes opposés peuvent former deux couches osseuses qui enferment le séquestre;

---

ticulier d'extase variant suivant les individus, variant aussi d'un instant à l'autre. Chez les uns, les organes des sens continuent à fonctionner; d'autres ne voient réellement que quelques objets, ne sentent que certaines odeurs, ne sont impressionnés que par certains attouchements. D'autres n'ont que des hallucinations de la vue, de l'ouïe, du goût, du toucher, et ce qu'il y a de plus ordinaire, c'est une absorption intérieure résultée d'une concentration absolue des facultés méditatives sur un certain nombre d'images subjectives. Si parmi les effets que je viens d'indiquer, on prend les moins intenses, il est facile de les rattacher à de saines notions de physiologie, mais pour les autres, il y a lieu d'entrer dans quelques considérations.

Ce n'est pas d'aujourd'hui, ou du temps de Maxwell, qu'on a vu, à la suite de certaines pratiques, se développer l'extase ou les convulsions. En interrogeant des époques reculées, et même en observant actuellement les peuplades dont l'état social répond aux époques initiales du développement de l'humanité, on retrouve des faits analogues. Il devient dès lors indispensable de se demander comment à ces différentes époques on a théorisé sur ces phénomènes. Une telle recherche nous est facilitée par la connaissance de la *loi des trois états* qui éclaire aujourd'hui la vraie philosophie de l'histoire.

L'esprit humain, dans tous les ordres de phénomènes, a passé par trois états théoriques distincts. Dans la naïveté de son enfance, il rattache spontanément à des êtres surnaturels tout ce qui ne se prête pas à une grossière analyse. L'avenir se révèle à lui par le chant et le vol de certains oiseaux, par l'éclat et le mouvement de la flamme qui consume les offrandes faites aux dieux, ou par l'état des entrailles des victimes. Dans son adolescence, l'entité prend la place de l'être surnaturel. Ce n'est plus un dieu qui pour tel ou tel effet se manifeste, demande, récompense, punit; c'est un être métaphysique, insaisissable, vague, subtil; c'est un *fluide*, digne fruit de cet âge orgueilleux et raisonneur, s'émancipant par ce premier artifice, de la tutelle des dieux. Enfin, dans l'âge viril, la raison humaine, renonçant aux hypothèses arbitraires et à la recherche de l'absolu, s'attache fermement à l'étude des lois des phénomènes, et c'est dans la contemplation de l'ordre extérieur que l'homme prend enfin des habitudes de résignation et un juste sentiment du progrès. La fiction chimérique, l'abstraction nuageuse, la loi positive, tels sont les trois phases de tout développement intellectuel. Cette détermination générale va recevoir dans le sujet actuel une application rigoureuse, quoique très spéciale. Je vais montrer en effet que relativement aux phénomènes du magnétisme, on a commencé par employer des hypothèses absolues,

mais plus tard la suppuration s'établit, des abcès s'ouvrent, et le séquestre, réellement invaginé, incarcéré entre les deux nouvelles couches osseuses, sort encore spontanément ou par le secours de l'art. Ces nouvelles couches osseuses s'unissent avec les restes de l'ancien os, comme dans la nécrose invaginée des os longs. Cependant cette reproduction ne se fait point dans les os du crâne, ou y est habituellement si imparfaite, que c'est comme si elle n'y existait pas. Cependant la table externe est quelquefois remplacée par des sécrétions ostéogènes pisiformes, granuleuses, et la table interne par des ossifications irrégulières et lamellaires de la dure-mère, qui sont les représentants d'une reproduction osseuse plus parfaite.

Un séquestre d'os court est généralement formé de tissu celluleux, quoiqu'il puisse être, dans quelques points, recouvert de sa couche compacte. A son aspect aréolaire, criblé d'ouvertures fines et un peu arrondies, on le prendrait facilement pour un séquestre vasculaire de carie molle, si l'on ne remarquait qu'il est dur, ferme, qu'il résiste à la pression des doigts, du stylet, et ne se laisse point écraser ni pénétrer comme le séquestre friable de la carie molle. Depuis que nous avons trouvé cette différence dans les caractères des séquestres, nous n'avons jamais été trompé par un séquestre de carie molle. Mais il peut être difficile ou impossible de distinguer un séquestre de nécrose du tissu spongieux d'un séquestre du tissu spongieux d'ossite érodante et dure ou de carie dure; néanmoins, si le fragment retiré d'une fistule a un volume suffisant pour que l'on puisse bien étudier s'il a des trous et des canalicules bien nets, d'une direction bien appréciable, des lames et des filets osseux bien fins, si surtout, le séquestre retiré, la suppuration diminue, se tarit, la guérison s'accomplit, le séquestre n'appartiendra pas au tissu hypertrophié d'une carie dure, mais à une ossite érodante ou à une nécrose, et l'invascularité, la sécheresse, la dureté du séquestre pourront seules distinguer la vraie nécrose du tissu spongieux, ce qui peut être fort difficile.

5° Il y a une nécrose que je dois séparer des précédentes. Je l'appellerai *nécrose interstitielle*. C'est celle qui résulte de la mortification d'une portion d'os dans l'épaisseur des tissus osseux, et qui ne s'étend ni dans la cavité médullaire, ni à la surface de l'os qui la renferme. Le séquestre, enseveli dans ces tissus y détermine à la longue une inflammation qui engendre une membrane piogénique et une suppuration qui finit par amener la perforation des couches osseuses extérieures, comme dans les abcès des os; puis, plus tard, l'expulsion du séquestre. Ensuite la cavité de l'os se resserre et finit par se combler et se fermer. Après ce que j'ai dit jusqu'ici, je ne me crois pas obligé d'en parler plus longuement.

6° Il n'en est pas de même de la nécrose que je nomme *multiple et profonde*. Elle est si compliquée et si grave, que je suis obligé, pour la faire connaître, d'entrer dans beaucoup plus de détails. Elle s'observe surtout dans les os coupés des malades qui succombent aux amputations. On voit qu'il s'agit d'une nécrose mortelle.

Cette nécrose présente 1° des séquestres superficiels; 2° parfois des séquestres enflammés d'ossite; 3° des séquestres profonds non enflammés et non vascularisés; 4° une destruction plus ou moins complète du périoste; 5° une moélite suppurée; 6° souvent, en même temps, des abcès ouverts à travers les parties molles extérieures plus ou moins enflammées et suppurantes. Comment se sont produites ces diverses altérations? Dans quel ordre se sont-elles produites? Comment se fait-il, surtout, que des séquestres vasculaires évidemment enflammés se trouvent mêlés aux séquestres non enflammés de la vraie nécrose, que ceux-ci soient des séquestres d'ossite et non des séquestres de carie? Voilà un problème des plus compliqués et qui nous a longtemps embarrassé. Pour en donner la solution, il nous faut faire une étude analytique attentive de chacun de ces éléments morbides et en noter scrupuleusement les plus légères différences. Reprenons-les donc, tour à tour.

1° Au moment de la mort du malade, le périoste est détruit ordinairement dans une étendue considérable par une inflammation suppurante, et la suppuration s'est déjà ouvert une issue au dehors. Souvent un chirurgien attentif a senti dans le pus exploré, entre les doigts, de la poussière osseuse, ou remarqué des fragments osseux lamellaires entraînés par le pus. 2° Ces fragments sont des séquestres superficiels; quoique minces, ils sont durs, compacts, lisses sur une de leurs faces, non criblés de trous, ni sillonnés, ni enflammés: par conséquent ce sont des séquestres de nécrose. Lorsqu'ils sont très petits et pulvérulents, leur dureté tend à prouver qu'ils ont la même nature. On trouve, d'ailleurs, à la surface de l'os, quand on peut le voir, la trace de leur séparation, c'est-à-dire des érosions proportionnées à leur étendue, érosions qui ne sont elles-mêmes ni enflammées ni criblées. Ces altérations me paraissent le résultat de l'inflammation, de la suppuration du périoste et d'une nécrose superficielle produite elle-même par le décollement ou la destruction du périoste. Cela me paraît d'autant plus certain, qu'il reste souvent encore à la surface de l'os des séquestres lamellaires en voie d'élimination et qui offrent les mêmes caractères que ceux qui se sont écoulés avec la suppuration. 3° Les *séquestres d'ossite* sont des portions d'os enflammées, souvent même des sécrétions périostales lamellaires très vasculeuses de nouvelle formation, qui sont entraînées par des séquestres de nécrose auxquels elles adhèrent, ou qui, ayant été brisées par un accident, s'écoulent avec la suppuration. Quoique les séquestres d'ossite soient rares sur les séquestres invaginés, j'en ai des exemples. Leur vascularisation est le résultat de la propagation de l'inflammation du périoste à l'os, et elle est par conséquent antérieure à la nécrose superficielle, qui est produite par la destruction du périoste. 4° Les *séquestres profonds*, au contraire, offrent les caractères des séquestres invaginés. Leur surface extérieure est rugueuse, irrégulière, mais non enflammée, quoiqu'ils puissent porter des séquestres d'ossite. A la surface interne est souvent attaché du tissu canaliculeux ou celluleux. Ces séquestres sont durs et invasculaires. Mais pourquoi sont-ils séparés et distincts des superficiels? Pourquoi ne sont-ils pas confondus ensemble, comme l'était leur substance, avant d'être frappés de mort? Pour le savoir, si c'est possible, étudions-les encore; car ce n'est souvent qu'à force d'ob-

---

d'abord fictives, puis abstraites, et que le moment est arrivé d'en faire de relatives. De telle sorte qu'il faut successivement examiner la théorie théologique, puis la théorie métaphysique, enfin, la théorie positive des phénomènes étudiés sous la dénomination de *magnétisme animal*.

Docteur SEGOND,
agrégé et sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Par arrêté de M. le ministre de l'agriculture et du commerce, M. le docteur Mélier, membre de l'Académie impériale de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique, est nommé inspecteur des services sanitaires.

M. Mélier est immédiatement parti pour Marseille. (*Union médicale.*)

— Nous sommes invité à insérer l'avis suivant :

« Le congrès des naturalistes et des médecins allemands tiendra sa trente et unième réunion, à Gœttingue, du 18 au 25 septembre de cette année.

Gœttingue, 12 juillet 1854. *Les secrétaires*, BAUM, LISTING. »

— M. le professeur Lallemand vient de succomber à la longue maladie dont le dénouement n'était que trop prévu. Il est mort le 23 de ce mois, à Marseille, où il était allé demander au climat méridional un soulagement à ses maux.

M. Lallemand était membre de l'Institut, professeur honoraire de la Faculté de Montpellier, officier de la Légion d'honneur, etc. On se rappelle que, ayant échoué une fois dans sa candidature à l'Académie de médecine, il ne jugea plus à propos de se présenter. Sa renommée comme chirurgien a été européenne. Quelques-uns de ses ouvrages ont joui d'une vogue extraordinaire, principalement ses LETTRES SUR L'ENCÉPHALE, bien que les progrès de l'observation dussent donner un démenti aux vues qui en constituaient surtout l'originalité. Son esprit éminemment facile et tourné à la théorie le jetait aisément dans des explications que le tour séduisant de son argumentation et l'agrément de son style faisaient assez généralement accepter, du moins pour un temps. Les mêmes dispositions le portaient aussi quelquefois à prendre parti dans des questions plus ou moins étrangères à la médecine, et sur lesquelles il a composé plusieurs opuscules inutiles à rappeler ici.

A. DECHAMBRE.

server les faits qu'on parvient à les comprendre. Eh bien ! en les étudiant encore, on finit par observer que ces séquestres sont encore très adhérents dans l'os, quand les superficiels sont mobiles ou déjà écoulés ; que, par conséquent, ils ne se produisent qu'après les premiers, quand la moelle elle-même s'affecte, se décolle ou suppure. Il est donc *probable* que ces séquestres secondaires profonds sont le produit de la myélite. 5° La myélite n'a d'ailleurs rien qui doive étonner, puisque la périostite et la myélite s'engendrent réciproquement dans le même os, pour peu qu'elles aient d'intensité et d'étendue. 6° *Quant aux abcès et aux fistules* des parties molles, ils viennent de la suppuration même des os ou de celle des parties molles. Celle des parties molles provient elle-même de la myélite, et surtout de la périostite.

Conclusion. De tous ces faits et des conséquences particulières que nous en avons tirées, nous pouvons, je crois, conclure : 1° que le drame morbide qui s'est passé alors dans l'os malade a commencé par la périostite ; 2° que celle-ci a donné lieu à des sécrétions périostales, à des couches osseuses nouvelles et à une ostéite superficielle ; 3° que la destruction ultérieure du périoste par la suppuration a déterminé la nécrose superficielle ou première dont les séquestres minces s'écoulent les premiers avec la suppuration ; 4° que la suppuration de la moelle, causée par la périostite et même probablement par l'ossite superficielle qui accompagne la périostite, cause à son tour l'ossification de la moelle, dans d'autres cas sa destruction ; que la destruction de la moelle cause les nécroses profondes ; 5° que la suppuration des parties molles est directement déterminée par l'inflammation du périoste et indirectement par l'inflammation du tissu osseux et de la moelle.

La quatrième période des phénomènes de la nécrose, ou l'*expulsion du séquestre*, consiste dans la continuation de la suppuration et de l'ulcération des parties molles enflammées par la présence de l'os nécrosé, qui agit comme un corps étranger au sein des parties vives, et dans l'expulsion de l'os entraîné par la suppuration. Cette suppuration, qui a donné lieu à un ou plusieurs abcès plus ou moins nombreux et considérables, est plus ou moins compliquée de clapiers, d'embranchements et d'étranglements dans les parties molles circonvoisines, et coule par les ouvertures pseudo-fistuleuses de l'os et des parties molles, par un trajet plus ou moins oblique, ou perpendiculaire à l'axe de l'os.

Plus ou moins promptement après l'ouverture du foyer se présentent un ou plusieurs séquestres de nécrose, reconnaissables aux caractères normaux de l'os sain, quand ils ont un volume suffisant pour qu'on puisse les apprécier, c'est-à-dire à leur sonorité de faïence, à leur dureté qui ne se laisse pas pénétrer par la pression du stylet dans le sondage, ni écraser entre les doigts comme la carie molle ; à leur structure invasculaire non inflammatoire, semblable à celle de l'état sain et sans aucune espèce d'hypertrophie. Ils sont encore reconnaissables pour des séquestres externes ou internes, pulvérulents, de tissu compacte ou de tissu canaliculeux et spongieux. Ces séquestres s'écoulent d'autant plus vite et plus librement qu'ils sont plus petits et moins irréguliers. Cependant ils sont retenus entièrement ou en partie, dans l'ancien et dans l'os nouveau, tantôt par suite de leur forme irrégulière, de leurs embranchements, tantôt par suite de l'étroitesse des fistules osseuses, tantôt par suite de leur direction plus ou moins parallèle à l'axe des pseudo-fistules osseuses, comme on le voit dans les séquestres invaginés des os longs, parallèles ou obliques à l'axe de l'os. D'autres fois ils ont déjà marché vers l'extérieur et se sont arrêtés dans les fistules de l'os ou dans celles des chairs par les mêmes causes. Quelquefois alors ils se brisent et s'échappent par fragments ; d'autres fois, par une de ces propriétés intelligentes et providentielles si communes dans la nature, la gaîne osseuse de l'os long, où un séquestre invaginé est arrêté et retenu, se ramollit, se plie plus ou moins au niveau de l'extrémité inférieure du séquestre, qui peut alors s'y engager et s'échapper. Peut-être aussi la présence de l'extrémité inférieure de ces séquestres détermine-t-elle la situation abaissée des pseudo-fistules osseuses à son niveau. Très rarement un séquestre invaginé d'os long du fémur, par exemple, marche dans les os comme une aiguille dans les chairs. On voit néanmoins l'extrémité inférieure plus ou moins aiguë s'ouvrir une issue à travers l'extrémité inférieure du fémur, comme nous l'avons dit, traverser l'articulation du genou et pénétrer dans l'extrémité supérieure du tibia, en déterminant probablement, par sa dureté et le poids du séquestre, une ulcération progressive. Après cela, comment méconnaître l'influence de la pression excentrique des fluides interosseux sur la formation des pseudo-fistules osseuses de la nécrose, comme sur les ouvertures des os dans leurs abcès intérieurs. Enfin, l'expulsion d'un séquestre est quelquefois impossible par les seuls efforts de la nature, et l'art est obligé de venir à son secours, ou le malade, épuisé par la suppuration, maigrit incessamment, tombe dans la fièvre hectique, le marasme, et meurt.

Telles sont néanmoins les ressources de la nature, que l'on a vu quelquefois alors la suppuration diminuer et se perpétuer par une vraie fistule intra-osseuse sans épuiser le malade, comme il arrive dans un exutoire que l'on entretient indéfiniment (Boyer, p. 348, t. III).

Cinquième période, *cicatrisation.* Dans la *nécrose externe* ou superficielle, les chairs se cicatrisent souvent avec l'os sans réparation exacte, mais avec réparation imparfaite, avec une espèce de cicatrice osseuse. Parfois la surface érodée se couvre d'une lame osseuse, dure, d'une épaisseur souvent inégale, ou, comme on le voit surtout au crâne, de concrétions osseuses, d'ossifications irrégulières des tissus voisins, sans que les os offrent d'ailleurs rien de particulier. Les dispositions générales du canal médullaire et de la moelle, consécutives aux nécroses invaginées ou intérieures des os longs, sont si mal connues que je n'ose en rien dire. Quelques-uns croient, d'après des os longs sans trace de canal (et j'en ai de semblables dans ma collection), que le canal peut se fermer ; d'autres, d'après M. Cruveilhier, que le canal peut se remplir d'une moelle nouvelle ; d'autres, d'après une observation de Blandin (Nélaton, p. 621, t. Ier), que le contraire a lieu. La science est à faire ici, comme en beaucoup d'autres points. On a quelques notions de faits de détail, incertains, et pas de notions générales. Je n'y suppléerai point par mon imagination. Quant aux parties molles, elles se cicatrisent, ici comme partout, par suppuration, mais en restant plus ou moins adhérentes à l'os, et plus ou moins enfoncées au niveau de la cicatrice.

La *durée* de la nécrose est longue relativement aux autres maladies. Elle s'étend toujours au moins à quelques semaines, quelques mois, et souvent à une ou même plusieurs années. On prévoit qu'elle n'existe pas à l'état aigu pendant tout ce temps. Elle n'est même à cet état que lorsque les séquestres sont tout à fait emprisonnés par le tissu osseux vivant et qu'ils l'irritent et le font suppurer, comme le font ordinairement les corps étrangers enfermés dans le sein de nos tissus.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Des écoles et des doctrines en dermatologie, leçon d'ouverture du cours professé à l'hôpital Saint-Louis par M. Alph. Devergie.

Messieurs, en vous livrant à l'étude des maladies de la peau, vous allez vous trouver, à l'hôpital Saint-Louis, en présence de doctrines sinon opposées, au moins ayant entre elles des points de départ tout à fait différents et qui sont loin de conduire aux mêmes résultats pratiques.

Ces doctrines constituent deux écoles.

Il est de notre devoir de vous les faire connaître tout d'abord, afin que vous puissiez en apprécier la portée, et de vous prémunir contre certaines tendances que nous regardons comme très fâcheuses pour l'avenir de notre pratique médicale.

Sachez d'abord que l'histoire des maladies cutanées, quoique remontant aux siècles les plus reculés, ne date réellement, comme étude d'ensemble, que du commencement de ce siècle.

Les descriptions que nous ont laissées les anciens sont empreintes d'une confusion de mots qui n'a jamais permis de tracer une pathologie des dermatoses ; aussi, avant Alibert, tous les médecins, en général, ne se servaient-ils que de deux expressions pour établir le

diagnostic de ces maladies : les mots *herpès* ou *dartre* les comprenaient toutes.

Certes, bon nombre d'affections cutanées avaient été plus ou moins imparfaitement décrites sous les dénominations anciennes de *psoriasis*, *sycosis*, *impetigo*, *ecthyma*, etc. ; mais de liaison entre ces affections sous le rapport des causes, du mode de développement, des formes, du traitement, rien, absolument rien ! Tout était empirisme alors, ou livré à des doctrines humorales plus ou moins spéculatives.

Vers la fin du siècle dernier, en Allemagne et en Angleterre d'une part, en France de l'autre, de puissants efforts étaient tentés pour faire sortir ces maladies du chaos où elles se trouvaient depuis longtemps. Plenck d'abord, Willan et Bateman ensuite, s'efforçaient de ranger anatomiquement les maladies de la peau.

En France, Alibert, dans l'ignorance où il était de ces travaux déjà entrepris à l'étranger, suivait une autre marche, quoique dans le même but; et lorsqu'en 1814 et 1815 les rapports scientifiques s'établirent entre les divers pays de l'Europe, alors Biett, l'un des médecins les plus distingués de l'hôpital Saint-Louis, s'emparant des idées de Willan et de Bateman, propagea avec ardeur leur méthode ; il le fit avec d'autant plus de succès, qu'à cette époque, Dupuytren, et plus tard Lallemand et Cruveilhier, avaient fait revivre l'anatomie pathologique abandonnée depuis Morgagni.

Alibert avait pris pour but de ses classifications la thérapeutique, c'est-à-dire les analogies de conditions dans les causes et dans le développement de ces maladies ; méthode, sans contredit, plus complexe, d'une étude plus difficile, exigeant des connaissances et une aptitude pratique beaucoup plus larges et plus étendues.

Willan et Bateman, au contraire, après Plenck, étaient partis d'un autre ordre d'idées, l'étude de l'élément, non pas anatomique, mais anatomo-pathologique primitif de la maladie cutanée ; de là une méthode nette, lucide, une sûreté de diagnostic inconnue jusqu'alors, et partant une heureuse condition de pratique pour celui qui entreprend le traitement d'une maladie. Qu'est, en effet, la thérapeutique sans diagnostic exact?

Cette méthode conduisait d'ailleurs à une classification si simple (maladies vésiculeuses, papuleuses, pustuleuses, tuberculeuses, etc.), et chacun de se rattacher à ces éléments, de les rechercher avec avidité pour arriver à une dénomination morbide exacte.

Aussi avec quel succès prodigieux la méthode de Willan fut-elle accueillie ! Elle avait d'ailleurs le patronage d'un médecin savant, éclairé, homme judicieux, exact, et praticien aussi instruit qu'habile.

Par une singulière coïncidence, Alibert aidait en partie à cette innovation, à cette importation anglaise, non pas en détruisant son œuvre primitive, car il la rendait beaucoup plus logique, mais en lui donnant un coloris nouveau qui la défigurait entièrement par la création de noms tirés du grec, autre manie de l'époque née avec Chaussier ; mais Alibert, chez qui tout était poétique, était devenu enthousiaste des idées de de Candolle : il avait conçu la pensée de ranger par familles, ordres, genres, espèces, les maladies de la peau, à l'instar des végétaux. Il avait alors créé son arbre des dermatoses ; en un mot, il avait presque ridiculisé par la forme ce qui était le mieux quant au fond, et ce à quoi on tend à revenir peu à peu aujourd'hui.

La méthode de Willan avait fait des pas de géant après la mort d'Alibert. MM. Gibert, Rayer, Cazenave, Schedel et Baumès s'y rattachèrent plus ou moins, quoique plusieurs d'entre eux eussent des idées opposées sur la nature des maladies cutanées ; et telle est aujourd'hui la généralisation de cette méthode, que nous-même nous n'avons pas cru devoir nous en affranchir entièrement.

Ainsi, oubli complet des idées d'Alibert, méthode anglaise adoptée à l'exclusion de toute autre, telle est la position actuelle des choses.

Jetons donc un coup d'œil rapide, impartial et sévère sur la méthode de Willan ; voyons quels services elle peut rendre, quels inconvénients sa propagation, dans des conditions aussi exagérées, peut avoir pour la science et pour le médecin praticien ; sachons restreindre au besoin son importance ; en un mot jugeons-la.

Et d'abord, proclamons bien haut l'heureuse idée que Plenck a eue, et à son imitation Willan, en établissant des divisions de maladies de la peau basées sur leurs éléments anatomo-pathologiques. Jusqu'alors, les formes élémentaires de ces maladies avaient été fort imparfaitement énoncées. Personne n'avait conçu la pensée de rapprocher entre elles les affections cutanées par leur anatomie pathologique. Or, l'anatomie pathologique est le cachet capital d'une maladie. C'est le moyen le plus sûr de la distinguer d'une autre, et de faire ainsi des catégories invariables d'affections ; l'analyse, le microscope ou toute autre méthode peuvent ensuite porter plus loin que le scalpel ces différences et servir à les mieux préciser.

Plenck et Willan ont étudié chaque forme morbide à son début, c'est-à-dire au moment de son développement ; ils en ont observé *la forme élémentaire*. Ne perdez pas ce fait de vue.

Or, la forme élémentaire morbide, vésicule, bulle, papule, etc., peut n'avoir qu'une durée très limitée, durée de quelques heures, durée de quelques jours. Il n'en est pas de même des produits de sécrétion : ils sont beaucoup plus persistants ; ils se montrent pendant des jours, quelquefois des mois et même des années.

Il est vrai qu'un produit de sécrétion n'a jamais, aux yeux de tout le monde, la certitude d'une forme élémentaire, et c'est à tort ; car le produit des sécrétions étant lui-même une conséquence forcée de la forme morbide élémentaire, il a une valeur tout aussi grande ; ainsi, la forme vésiculeuse ne donnera jamais que de la sérosité concrétée ou non concrétée. La forme purulente ne produira que du pus. Le produit morbide est donc, en général, suffisant pour le diagnostic ; aussi l'avons-nous pris pour un des éléments de la méthode de diagnostic qui nous est propre.

On peut donc tirer la conséquence qu'envisagée au point de vue du diagnostic des maladies, la méthode de Plenck, modifiée par Willan, ou la méthode anglaise, est celle qui conduit au diagnostic le plus précis, le plus exact, le plus rigoureux. Mais, comme la durée de l'élément morbide est souvent éphémère, de quelques heures, de quelques jours, et que les malades viennent rarement trouver le médecin dans la période d'invasion, il en résulte que, même sous le rapport du diagnostic, cette méthode fait souvent défaut, au moins pour les maladies sécrétantes.

Mais d'une méthode de diagnostic, Plenck, Willan et Bateman en ont fait une classification, et c'est à ce titre que Biett l'a surtout propagée, que ses élèves continuent à la répandre. Il y a plus, on en a fait une école. Ce sont ces tendances que je tiens à combattre, c'est là un échafaudage que je cherche à renverser, comme étant tout à fait préjudiciables à la pratique médicale. Si, dans mon ouvrage, je n'ai pas heurté de front cette école, c'est qu'il est des choses qu'il ne faut détruire que peu à peu, dans la crainte de ne pas réussir à reconstruire.

Savez-vous bien que ce mot *classification* a une grande portée. Une classification, c'est la clef de toute une science, c'est le point de départ de son étude, c'est celui de ses tendances, et les tendances d'une branche de l'art de guérir deviennent bientôt les jalons de la pratique médicale.

Eh bien ! la classification de Willan est une *lettre morte* qui ne conduit le médecin à aucune indication thérapeutique, qui ne lui apprend, en un mot, qu'à reconnaître l'espèce de maladie à laquelle il peut avoir affaire, quand il est appelé à temps pour retrouver l'élément morbide. C'est beaucoup, direz-vous. Cela est vrai, c'est beaucoup pour une méthode de diagnostic ; mais pour une classification ce n'est rien.

Prenez, au contraire, la classification d'Alibert, même avec ses dénominations au moins inutiles, et vous y verrez un arrangement méthodique qui conduit directement à la pratique de la médecine. Rien de plus facile, d'ailleurs, à vous démontrer la différence qui existe entre la classification de Willan et celle d'Alibert : il suffit de les passer rapidement en revue.

Willan n'ose pas heurter de front une première catégorie d'affections généralement acceptée par tous les médecins : c'est la classe des affections exanthémateuses. Je dis qu'il n'a pas osé le faire ; car il pouvait ranger la plupart de ces maladies dans les sections de papules, de vésicules, de bulles, de pustules, de tubercules, etc. ; il a compris qu'une telle scission serait par trop antimédicale : l'érythème papuleux, noueux, vésiculeux, pustuleux, la variole, la

varicelle, la vaccine, la roséole, etc., auraient parfaitement pu rentrer dans les divers cadres anatomiques qu'il a tracés. Mais il a senti que pour ces affections il y avait à faire valoir, en dehors de la forme morbide, des considérations bien autrement puissantes, pour se permettre d'opérer une pareille séparation. Cette circonstance pourrait à elle seule faire rejeter sa méthode de diagnostic à titre de classification et surtout à titre d'école.

Or, si des considérations de causes, de mode, de développement, de marche, de terminaison, de traitement des maladies exanthémateuses a pu amener Willan à mettre obstacle à la réalisation complète de son idée mère, c'est que sa méthode détruit tout ce qui constitue l'harmonie, les rapprochements pratiques à faire dans des maladies plus ou moins similaires.

Pénétrons plus avant dans cette méthode et voyons quelles affinités existent entre les maladies qui constituent chacune de ses classes. Dans les affections vésiculeuses nous trouvons réunis l'eczéma, l'herpès et la gale. Y a-t-il entre ces trois affections le moindre rapport? Dans les bulles, y en a-t-il entre le rupia et le pemphigus, deux maladies qui, par hasard, ont des affinités de causes. L'impétigo, l'acné, l'ecthyma n'offrent entre elles d'autres coïncidences que les pustules qui les réunissent dans une même catégorie. Il en est de même du strophulus, du lichen, et du prurigo, autre catégorie de maladies papuleuses. Y a-t-il la moindre analogie entre le lupus, la mentagre, la lèpre tuberculeuse, le molluscum? pas même dans la forme plus ou moins tuberculeuse de ces affections. Reste donc la catégorie des maladies squameuses, qui seule offre quelque homogénéité.

Mettez en regard de cette méthode la classification d'Alibert. Prenons les mots pour ce qu'ils expriment. Alibert comprend dans un premier groupe, maladies érythémateuses, tout ce qui fait éruption au dehors, sans apporter de troubles bien appréciables dans la santé générale, tout ce qui paraît avec une forme aiguë, tout ce qui admet, par conséquent, à son début au moins, la médication antiphlogistique : érythème, érysipèle, pemphigus, zona, ecthyma, urticaire, etc. Dans le second groupe se trouvent les affections *exanthémateuses*, qui semblent être, comme elles nous l'indiquent, une conséquence d'un état inflammatoire général et spécial de l'économie, dont l'éruption n'est pour ainsi dire que le reflet; éruptions qu'il faut par conséquent respecter. Dans la classe des dermatoses *teigneuses* il réunit les affections du cuir chevelu qui ont une foule de rapports d'âge, de causes, de traitement, et se relient naturellement entre elles. Si cette classe présente des lacunes c'est moins la faute d'Alibert que celle de l'état de la science à l'époque où il écrivait. La quatrième classe, affections dartreuses, comprend des maladies de peau, qui sont réunies sans que l'on puisse faire valoir en leur faveur les mêmes motifs; mais nous sommes loin de prétendre que la classification d'Alibert soit parfaite; nous voulons seulement démontrer que l'idée d'après laquelle elle a été fondée répond plus à la pratique médicale. Les dénominations des 5e, 6e, 7e, 8e, 9e, 10e, 11e et 12e classes, dermatoses cancéreuses, lépreuses, véroleuses, strumeuses, scabieuses, hémateuses, dyschromateuses, hétéromorphes, justifient suffisamment par leur titre les maladies qu'elles embrassent, de sorte qu'en définitive, toutes les idées qui ont dirigé Alibert dans sa classification ont été celles d'un praticien laissant de côté la forme pour s'occuper plus spécialement de tout ce qui pouvait tendre à diriger les élèves vers le but de leurs études, c'est-à-dire vers une thérapeutique rationnelle des maladies de la peau. Alibert n'a rien fait pour le diagnostic des maladies de la peau, envisagées dans leur ensemble, car il a merveilleusement décrit la forme de chacune d'elles, mais il a pris la science de plus haut, il s'est attaché à produire une classification, un ordre d'exposition de matières qui pût devenir non seulement un ordre logique d'étude, mais encore qui pût faire embrasser dans son ensemble toutes les affections cutanées sous un point de vue essentiellement médical.

Or qu'est-il advenu? Alibert et Willan ont fait école. L'école d'Alibert a été abandonnée; l'école de Willan a prévalu. De plus en plus on s'est attaché à créer des formes morbides, ou plutôt des variétés de formes morbides. On a donné à chacune d'elles des dénominations particulières, la plupart inutiles ou oiseuses, et l'on s'est éloigné peu à peu des études qui doivent essentiellement former le médecin praticien. Quel progrès y a-t-il, en effet, à distinguer des variétés de formes morbides comme celles du psoriasis, de l'érythème, de l'acné, si ce n'est de préciser un peu mieux une espèce? Et, par exemple, quel intérêt y a-t-il à dire qu'un impétigo soit larvalis, figurata ou sparsa? n'est-ce pas toujours un impétigo qui réclame le même traitement? Que nous importe que le psoriasis soit *guttata*, *diffusa?* et pourquoi faire une variété du psoriasis *inveterata*? N'est-ce pas alors une maladie chronique comme une autre? J'insiste sur ces tendances fâcheuses de l'époque auxquelles conduit l'école de Willan et Battman, parce qu'elles n'apprennent rien, et qu'elles ne conduisent à rien.

Il faut donc en résumé accepter de l'école anglaise ce qu'elle nous a donné de bon, c'est-à-dire des éléments de diagnostic; mais il faut abandonner les tendances qu'elle a fait naître et qui se propagent encore aujourd'hui. S'ensuit-il qu'il faille prendre pour base de votre étude la classification d'Alibert? Nous répondrons négativement à cet égard. La dermatologie a fait depuis cette époque de tels progrès qu'elle n'est plus applicable, mais jusqu'à ce qu'il y ait plus d'homogénéité dans les idées des dermatologistes, il faut adopter une classification qui rentre dans les idées d'Alibert, c'est-à-dire qui rapproche entre elles des maladies similaires ou plus ou moins analogues, afin de formuler des principes de thérapeutique qui leur soient communs. C'est là ce qui surtout m'a servi de guide dans l'ordre d'exposition des maladies de mon *Traité des maladies de la peau* et c'est ce que nous serons en mesure de vous démontrer très prochainement. Voilà pour ce qui concerne les classifications.

Mais sans prétendre faire école, nous croyons avoir été au delà des vues d'Alibert. A notre arrivée à cet hôpital, il y a quatorze ans, nous avons trouvé la science encore imprégnée de la pensée de virus dartreux, d'invasion des dartres, du principe caché, occulte, qui les fait naître, et qui les entretient, principe qu'il faut combattre au risque de guérir à la surface sans mettre le malade à l'abri des récidives, et M. Baumès, qui en 1842 a publié un traité des maladies de la peau, a encore nettement formulé cette pensée. Il est vrai que la nature de ce principe n'a jamais été déterminée par personne, et par conséquent jamais un médecin n'a été amené à dire : voici l'antidote du principe dartreux. A cet égard, l'empirisme seul a dirigé tous les praticiens partisans de ces virus.

Eh bien, nous avons rompu en visière avec ces idées; nous n'avons eu en fait de doctrines qu'une seule pensée, celle de faire rentrer dans la pathologie générale les affections de la peau, au point de vue de leur étude, de leurs causes et de leur traitement. Et de même que les maladies des autres organes peuvent tenir à une cause générale, qui n'est pas assez souvent appréciée par les médecins, de même les maladies de la peau peuvent être rattachées dans un certain nombre de cas à une cause de ce genre.

Mais alors avec ce cercle d'idées la pathologie cutanée prend un tout autre aspect à nos yeux. Les connaissances acquises et acceptées en pathologie générale viennent naturellement s'appliquer aux maladies de la peau; ce sont les mêmes doctrines à l'égard des causes, de la forme morbide pathologique, de la marche, de la terminaison et de la thérapeutique. Seulement à l'égard de la thérapeutique les affections cutanées vont avoir leurs spécifiques, comme les maladies des autres organes ont les leurs : l'émétique, contre certaines formes de pneumonie; la strychnine, contre certaines paralysies; le sous-nitrate de bismuth, contre certaines gastralgies, etc. Pour certaines affections cutanées, ce sera l'arsenic, le soufre, l'orme pyramidal ou tout autre.

Il ne s'agit plus ici de méthodes ou de classifications conduisant, ou ne conduisant pas, à des idées plus ou moins pratiques; il s'agit de doctrines détruisant toutes les vieilles idées sur les maladies de la peau, et tendant à une étude de rapports entre les maladies cutanées qui conduisent à des applications spéciales.

Ainsi, non content de grouper d'une manière plus intime encore les maladies de la peau qui ont entre elles quelque analogie de nature, qui naissent sous l'influence des mêmes causes, et qui exigent le même traitement, comme avait cherché à le faire Alibert, nous nous sommes demandé pourquoi la pathologie cutanée ferait-elle

une pathologie à part ; en quoi le tissu de la peau, devenant malade, pourrait-il donner lieu à des maladies de causes, d'évolution, de marche, de terminaison différentes, et exigeant une thérapeutique tout exceptionnelle ? Est-ce que la peau n'appartient pas à toute l'économie comme les autres tissus, et qu'elle ne vit pas de la même vie? Est-ce qu'elle n'est pas sous les mêmes dépendances de forces vitales? n'a-t-elle pas des sympathies nombreuses avec toutes les autres fonctions ? ne reflète-t-elle pas à chaque instant au dehors les souffrances comme le bien-être au dedans, au point de devenir malade quand un organe interne est malade, ou de constituer une sorte d'émanation au dehors quand la masse du sang est viciée ?

En quoi donc la pathologie de la peau peut-elle différer de celle des autres tissus, si ce n'est en raison de sa texture anatomique, beaucoup plus composée qui devient alors la source de formes morbides variées, suivant que tel ou tel élément de la peau est atteint? Mais la forme morbide constitue seule la différence, comme dans le tissu muqueux, ou dans tel autre, les altérations morbides donnent lieu à des nuances dans les maladies de ces tissus. Toutes les doctrines qui ont eu cours en pathologie pouvaient parfaitement rendre compte des maladies de la peau, et la thérapeutique qui est adoptée aujourd'hui est très rationnellement applicable aux affections cutanées.

Aussi, messieurs, en vous livrant à l'étude de la pathologie cutatanée vous allez combler une lacune de la pathologie générale, et pas autre chose. Nous tracerons donc l'histoire de ces maladies comme on trace l'histoire des autres affections ; et dans tout le cours de ces descriptions nous ferons l'application des préceptes et des doctrines que vous avez pu recueillir ailleurs.

III.

REVUE CLINIQUE.

Fistule salivaire se déchargeant par le nez.

Au n° 30 de la salle Saint-Augustin, hôpital Saint-Louis, service de M. le professeur Denonvilliers, est couché un malade qui a présenté l'exemple, peut-être unique dans la science, d'une fistule salivaire ouverte dans un des sinus maxillaires, et se déchargeant par la narine du côté correspondant. Voici les détails de cette observation :

OBS. — Il y a environ deux ans que cet homme s'était présenté dans le service de M. Malgaigne pour y être traité d'un abcès fistuleux situé vers la partie inférieure de la joue gauche. Après une opération sur laquelle les détails manquent, il fut guéri pendant plusieurs mois ; mais, dans le courant du mois d'avril 1854, la fistule se reproduisit à la même place, et c'est alors que le malade vint consulter M. Denonvilliers.

Un stylet introduit par la fistule pénètre dans le sinus maxillaire, à travers une ouverture dont le contour paraît formé par des os dénudés et nécrosés; — et par cette même ouverture s'écoule, avec du pus, une certaine quantité d'un liquide clair et transparent, dont l'abondance augmente au moment des repas.

Dans l'hypothèse qu'il s'agissait là d'un abcès symptomatique d'une affection de l'os maxillaire supérieur, abcès devenu fistuleux et compliqué de l'ouverture du conduit de Sténon dans son trajet, M. Denonvilliers mit à découvert, au moyen d'une incision verticale, les os malades, les reséqua avec une forte serpette, enleva également tout le trajet fistuleux, et réunit ensuite les parties molles à l'aide de la suture entortillée. Il se flattait d'attaquer ainsi le mal dans sa source, de supprimer le trajet fistuleux, et de fermer le sinus maxillaire, enfin de rejeter le conduit de Sténon vers l'intérieur de la bouche, c'est-à-dire de restituer à la salive son cours naturel.

L'espoir de l'opérateur ne fut qu'en partie réalisé; car, si la fistule extérieure fut guérie, d'un autre côté le sinus maxillaire resta ouvert au fond du sillon gingivo-labial, et le conduit de Sténon fut dirigé du côté de ce sinus, de telle sorte que les larmes, après l'avoir traversé, vinrent tomber dans la fosse nasale du côté correspondant. Comment a pu avoir lieu un semblable résultat? Pourquoi la salive, au lieu de s'échapper par l'ouverture buccale du sinus placé sur un plan déclive, va-t-elle tomber dans la fosse nasale en traversant un orifice beaucoup plus élevé relativement ? Il peut sembler embarrassant d'expliquer ce fait, mais il n'en est pas moins certain. En effet, chaque fois que le malade mange, il s'écoule pas la narine gauche un liquide clair, transparent, que l'analyse chimique, faite par M. Leconte, a démontré être de la salive. La quantité de liquide est d'environ 30 grammes par repas. Il tombe goutte à goutte, assez rapidement, et d'autant plus facilement que la tête est plus inclinée en avant ou plus penchée vers le côté droit. Lorsqu'elle est rejetée en arrière, le liquide cesse de couler par la narine, et le malade sent le fond de la gorge mouillé. M. Denonvilliers ayant introduit une canule déliée par l'orifice buccal du sinus, la salive s'est écoulée par cette voie et a cessé de tomber par la narine ; et, au contraire, du lait étendu d'eau, poussé par ce même orifice, s'est échappé à la fois par le fond de la bouche et par la narine. Ajoutons enfin qu'à chaque repas il se passe quelques minutes avant que la salive commence à couler par le nez, comme s'il fallait d'abord que le sinus maxillaire se remplît et que le liquide montât jusqu'au niveau de l'ouverture par laquelle cette cavité communique avec le méat moyen de la fosse nasale.

Depuis quelques semaines que M. Denonvilliers est à même d'observer ce singulier phénomène, il remarque que la quantité de salive diminue notablement ; ce qui permet d'espérer que l'écoulement anormal pourra cesser entièrement. C'est d'ailleurs une bien petite infirmité, dont il est facile au malade d'éviter les inconvénients, en observant de tenir la tête bien droite ou un peu renversée en arrière au moment où il prend ses repas.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

MÉDECINE. — *Mémoire sur l'emploi de l'arséniate de fer dans le traitement des dartres furfuracées et squameuses*, par M. *Duchesne-Duparc.* — L'auteur résume les faits et les opinions contenus dans son mémoire dans les six propositions suivantes : *a.* L'arséniate de fer possède, à l'instar des autres préparations arsenicales, d'incontestables propriétés curatives applicables au traitement et à la guérison des affections furfuracées et squameuses de la peau. — *b.* Cette substance présente en outre le précieux avantage de pouvoir être administrée à doses suffisantes sans provoquer aucun des accidents justement reprochés aux liqueur de Pearson, teinture de Fowler, pilules asiatiques, etc. — *c.* L'arséniate de fer, donné seul ou combiné avec d'autres substances, doit toujours être administré à doses graduées, en débutant par 2, 3 ou 4 milligrammes, selon l'âge, la constitution et surtout l'état des voies digestives. — *d.* Des faits nombreux et rigoureusement observés autorisent à conclure qu'une dose quotidienne de 20 centigrammes d'arséniate de fer, répétée sans interruption pendant le temps nécessaire, suffit, chez l'adulte, à la guérison d'une dartre furfuracée ou squameuse, quelles que soient son étendue ou son ancienneté. — *e.* La durée du traitement antiherpétique par l'arséniate de fer n'a rien d'absolu, et varie en raison de l'âge, de la constitution, de l'étendue et de la gravité du mal ; plus encore, peut-être, du degré de tolérance que présentent les organes digestifs pour ce médicament. — *f.* Un traitement par l'arséniate de fer n'exclut l'emploi d'aucun des topiques reconnus utiles contre les dartres, et trouve un adjuvant précieux dans l'usage interne et externe de certaines eaux minérales sulfureuses thermales. (*Comm.*, MM. Serres, Andral et Rayer.)

M. *Duchaussoy* rend compte d'observations qui ont été faites récemment sur des cholériques admis à l'hôpital Necker.

M. Vernois, médecin de cet hôpital, ayant administré à un assez grand nombre de malades atteints du choléra les médicaments dont l'absorption peut être le plus facilement constatée, les résultats ont conduit M. Duchaussoy, qui a suivi ces malades, à conclure que « dans le choléra intense il existe une période pendant laquelle l'absorption par l'estomac, le gros intestin et la peau, est, ou absolument nulle, ou tellement faible, qu'on ne peut compter sur elle pour obtenir une action thérapeutique. Cette perte de la propriété d'absorber persiste dans les derniers temps de la vie, alors même que les évacuations ont cessé. »

Ces faits, ajoute l'auteur de la lettre, rendent compte à la fois, et des prétendus succès obtenus par des remèdes doués de propriétés différentes ou même opposées, et de l'inefficacité si tristement avérée des médications les plus énergiques dirigées contre le choléra à cette période. Dans l'un et l'autre cas, il n'y a pas eu d'absorption réelle.

CHIRURGIE. — *Note sur les plaies pénétrantes de poitrine par coups*

de feu ; par M. *Guyon.* — L'auteur cherche à établir l'innocuité de ce genre de blessures ; son opinion est fondée sur 39 cas de parfaite guérison. Il cite des autopsies qui lui ont permis d'observer l'état des parties lésées et les moyens que la nature emploie pour leur cicatrisation. (*Comm.*, MM. Duméril, Velpeau.)

A propos de ces derniers faits, M. *Duméril* cite le cas d'un militaire qui, ayant reçu un coup de feu dans le sommet du crâne, éprouvait de très vives douleurs dans les moindres mouvements de tête. Il mourut quinze ans après ; et l'on trouva dans le lobe moyen du cerveau une poche membraneuse suspendue par un très faible pédicule, produit de la méninge, qui soutenait, comme dans une sorte de hamac, une poche fibreuse et solide contenant et enveloppant une balle de plomb d'un assez gros calibre.

Dans une autre circonstance, M. Duméril faisait, au Muséum, avec G. Cuvier, l'anatomie d'une autruche : ils trouvèrent à la partie inférieure du cou, dans un sac fibreux adhérant au tissu de l'œsophage, mais dans une cavité cernée de toutes parts, une masse de graisse noire, une sorte de cambouis, qui recouvrait un très long clou de charrette, dont la surface, rongée par de profonds sillons, était attaquée et dissoute en partie par la matière graisseuse, qui aurait très probablement favorisé ensuite l'absorption complète de ce gros morceau de fer.

M. *Velpeau* fait observer que les annales de la science renferment un grand nombre de cas analogues aux faits cités par M. Guyon ; qu'il n'y a peut-être pas de viscère, de région, d'organe où des projectiles n'aient été trouvés après y avoir séjourné, sans inconvénient sérieux, pendant de longues années.

PHYSIOLOGIE COMPARÉE. — *Développement de la moule comestible, et, en particulier, formation des branchies ;* par M. *Lacaze-Duthiers.* — De ses recherches, l'auteur conclut : que l'œuf des acéphales se fractionne d'une manière spéciale, qu'il se divise en une partie centrale et en une partie périphérique ; que de la première sortiront le foie et l'intestin, tandis que de la seconde naîtront le manteau, la coquille, le disque rotateur, les branchies ; que l'ordre suivant lequel apparaissent les organes est sensiblement le même que celui observé par M. Vogt dans quelques gastéropodes. (*Comm.*, MM. Milne Edwards, Valenciennes, de Quatrefages.)

ÉCONOMIE RURALE. — *Note sur un insecte qui détruit les betteraves pendant leur premier âge ;* par M. *Bazin.* — C'est un coléoptère, l'*Atomaria linearis.*

Note sur une maladie du lin, observée dans le département du Nord ; par M. *Loisel.* — Cette maladie serait due, d'après l'auteur, à la présence d'un grand nombre de cryptogames de l'espèce du *Phoma exiguum.* (*Commission pour les maladies des plantes usuelles.*)

NOMINATIONS. L'Académie présente deux candidats pour la place vacante au bureau des longitudes, par suite du décès de M. l'amiral *Roussin* : 1° M. *Duperrey ;* 2° M. *Deloffre.*

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 25 JUILLET 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture et du commerce communique à l'Académie : *a.* Trois rapports d'épidémies de MM. les docteurs *Penant, Fuzellier, Jacquez.* (*Commission des épidémies.*)—*b.* Six pièces relatives au choléra, à sa nature et à son traitement, de MM. *Lecadre* (du Havre), *Wittmack* (de Hambourg), *Tourrette* (de Chambly), *Thouvenot*, pharmacien à Chatenois ; M. *Blin* (de Caen). (*Commission du choléra.*) — M. le docteur *Caron* (de Paris) (bons résultats anticholériques du vin de Colombo). — *c.* Diverses recettes contre les fièvres intermittentes, l'hydrophobie, l'épilepsie, les ophthalmies, etc. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Tableau des vaccinations pratiquées en 1853 dans les départements de la Meurthe, du Cher et de Maine-et-Loire. (*Commission de vaccine.*)

3. Communications de : *a.* MM. le docteur *Foucart* (épidémie de choléra à Fayx-Billot). — *b.* Le docteur *Gaspard* (concrétion de nature cornée dans le tissu cellulaire sous-cutané). (*Comité de publication.*) — *c.* M. le docteur *Bach*, de Strasbourg (lettre relative à un travail sur le goître). (*Renvoyée à M. Laugier, et ultérieurement au comité de publication.*) — *d.* M. le docteur *Langlebert* (nouvelle méthode de traitement du choléra).

DÉVIATIONS UTÉRINES (*discussion*). — M. *Ricord.* Je ne veux pas entretenir longuement l'Académie ; je viens seulement dire mon opinion, et insister sur un point important de la pathologie utérine qui a été signalé ici et bien décrit par M. P. Dubois, je veux parler de l'*hypéresthésie*, localisée sur un point du vagin ou s'étendant jusqu'à l'utérus.

Ces hypéresthésies peuvent exister comme conséquence des déviations utérines ou comme complication des déplacements. On les trouve dans les déviations simples et dans celles qui se compliquent d'autres lésions. Elles peuvent occasionner les plus cruelles souffrances, et amener des troubles graves dans la santé des femmes.

Il n'est pas toujours aussi facile d'en établir le diagnostic que l'a prétendu M. Malgaigne ; car le décubitus, qui, d'après notre honorable collègue, fait seulement disparaître les douleurs purement mécaniques, a souvent aussi procuré du soulagement aux femmes affectées de névralgie utérine, tandis que, dans d'autres cas, je l'ai vu ne point soulager du tout des malades atteintes de simples déviations. C'est qu'alors la douleur était due à la pression d'un point de l'utérus sur une partie voisine du bassin, et le décubitus était insuffisant pour déplacer la matrice, et laissait persister la pression d'où venait tout le mal. Dans ces circonstances, la ceinture hypogastrique, loin d'être efficace, exalte souvent les douleurs en exagérant cette pression anormale. Donc, ni le décubitus ni la tolérance de la ceinture hypogastrique ne peuvent fournir de bons signes diagnostiques.

Les pessaires peuvent avoir les mêmes inconvénients que la ceinture ; ils peuvent accroître les douleurs en augmentant aussi la pression de l'utérus contre les tissus voisins. Cependant je dois avouer qu'on peut quelquefois soulager les malades en immobilisant l'utérus par la ceinture et les pessaires réunis.

Mais le plus souvent l'immobilité ne suffit pas. MM. Malgaigne, P. Dubois et d'autres orateurs ont accordé que le pessaire intra-utérin avait produit des soulagements et même dissipé les douleurs ; seulement ils ont reproché à M. Valleix d'avoir agi empiriquement sans savoir ce qu'il faisait, et chacun a expliqué à sa manière le mode d'action du redresseur dans les cas où il a été efficace. Pour moi, je pense que le redresseur a réussi en suspendant l'utérus et en l'empêchant de presser sur les parties ambiantes.

Je ne suis pas de ceux qui croient qu'il n'existe pas de déviations sans douleurs ou sans troubles fonctionnels. Je sais que beaucoup de femmes ont l'utérus déplacé, abaissé, dévié, sans même le soupçonner. Mais comment reconnaître la déviation? Savons-nous quelle était la direction de l'utérus avant d'avoir pratiqué le toucher ? Comment donc serons-nous autorisés à conclure que l'utérus est pathologiquement dévié ? N'est-il pas des femmes qui souffriraient énormément si l'on voulait ramener leur utérus dans l'axe normal des anatomistes ? A mon avis, la direction normale de l'utérus est celle où la femme ne souffre point.

Une portion d'organe qui souffre a besoin d'être isolée des tissus voisins, dont le contact ou la pression pourrait exagérer les douleurs. C'est dans ce but que j'ai imaginé un instrument propre à soulever l'utérus et à lui servir de support. (L'orateur présente cet instrument à l'Académie et en explique le mécanisme.) Ce releveur, appliqué à une dame qui n'avait été soulagée par aucun autre traitement, a produit une prompte sédation et une presque guérison. Le même instrument, en serrant le col de l'utérus par ses mors, peut être utilement employé dans les cas d'hémorrhagies rebelles. Pour son application, il est utile de se servir du spéculum, que j'ai entendu avec tant de regret proscrire par M. Malgaigne. Sans doute, on a abusé du spéculum comme des meilleures choses. Méritait-il pour cela le dédaigneux anathème de notre savant collègue ? Je suis convaincu qu'il s'en est servi lui-même plus d'une fois pour corriger le toucher par la vue. Et comment sans le spéculum aurait-on constaté les érosions superficielles du col utérin dans les deux cas cités dernièrement par M. Malgaigne ?

J'arrive au redresseur de MM. Simpson et Valleix, et je termine. Je pense que cette méthode a rendu de véritables services, procuré des soulagements, probablement même des guérisons et des redressements durables ; car pourquoi l'utérus qu'on a vu se redresser seul, spontanément, ne pourrait-il pas être redressé par le pessaire intra-utérin ?

Je conclurai donc avec MM. Velpeau, P. Dubois, Huguier et le premier discours de M. Malgaigne, que le traitement par le redresseur pourra être utile quand il sera convenablement appliqué, et qu'il ne faut pas le proscrire de la pratique.

M. *Robert.* Bien que je fasse partie de la commission dont M. Depaul est rapporteur, je demande à l'Académie la permission de venir exposer devant elle quelques opinions un peu différentes de celles qui sont exprimées dans le rapport.

M. Depaul a dit qu'on avait singulièrement exagéré l'influence des déviations sur la santé des femmes. C'est là une proposition capitale ; car c'est dire aussi qu'on a non moins singulièrement exagéré l'importance du traitement des déviations. M. Depaul a donc adopté la doctrine de Lisfranc et celle de M. P. Dubois, qui considèrent les déviations comme presque toujours inoffensives. Je ne puis me ranger à cette opinion. A

mon avis, il existe deux classes de déviations : les unes sont primitives, les autres secondaires.

Une femme est dans un état de santé parfaite. Après un effort violent ou une chute sur le siége, elle a la sensation d'un craquement dans le bassin ; elle éprouve de vives douleurs ; ses menstrues se dérangent ; l'utérus devient bientôt tuméfié, sensible au toucher ; il s'établit de la leucorrhée. On trouve une déviation. N'est-il pas évident qu'ici la déviation est *primitive*, qu'elle a précédé tous les autres symptômes, qu'elle leur a donné naissance? Je puis citer l'exemple d'une femme que je traite maintenant à Beaujon : elle est affectée d'une rétroversion primitive, considérable, qui est devenue l'origine d'un engorgement de l'utérus, de métrite chronique et de dysménorrhée.

Je crois donc qu'il est des déviations primitives qui peuvent amener des troubles fonctionnels et des lésions consécutives dans les tissus.

Ce sont donc de véritables maladies qu'on ne doit point négliger, et qui même, dans quelques cas, réclament une intervention puissante de la part du chirurgien.

A l'appui de cette proposition, je pourrais citer encore l'observation d'une dame affectée de rétroversion avec une inflammation subaiguë des tissus. Les antiphlogistiques furent employés inutilement pendant plusieurs mois. Je tente la réduction de l'organe avec la curette de Récamier. La manœuvre fut douloureuse, mais au bout de quelques instants, l'utérus avait repris sa direction normale ; la malade était soulagée. Le déplacement ne se reproduisit pas.

Les déviations peuvent être *secondaires*, et alors elles sont consécutives à une métrite, à un engorgement de l'utérus, à des ulcérations du col, à des phlegmons péri-utérins, à des accouchements laborieux, etc.

J'ai observé un cas de rétroversion produit par un épaississement considérable de la paroi postérieure de la matrice, dont le poids entraînait l'organe en arrière. (L'orateur montre un dessin qui représente cette lésion.)

Sans doute, dans les cas de ce genre, les affections primitives doivent être traitées avant la déviation qu'elles ont engendrée ; mais est-ce à dire pour cela qu'il faudra négliger la déviation ? Non, certainement : car la déviation réagit à son tour sur les lésions premières : elle modifie les rapports de l'utérus ; elle apporte un obstacle ou au moins une gêne notable à la circulation ; elle comprime douloureusement les viscères voisins ; elle éveille des douleurs névralgiques, etc.

M. P. Dubois n'a-t-il pas cité des cas où le pessaire intra-utérin, malgré la coexistence d'autres lésions appréciables, avait procuré un amendement réel et un assez prompt soulagement, en fixant l'utérus, en le soutenant, en prévenant les frottements douloureux et les pressions irritantes, aussi bien qu'en donnant à l'organe une direction qui favorisait la circulation des liquides et la résolution des tissus enflammés ?

Il ne faut donc pas abandonner les déviations, même quand elles sont secondaires.

Ce qu'il importe donc avant tout, c'est d'établir un diagnostic certain.

Mais est-ce toujours une chose facile? M. Velpeau affirme qu'on ne saurait se méprendre sur les symptômes de la déviation, et il s'étonne que M. Depaul ait avancé que la plupart des signes attribués aux déplacements sont souvent dus à d'autres causes.

Je pense, quant à moi, que le diagnostic différentiel est toujours très difficile, très obscur. Je ne puis pas partager la confiance que M. Malgaigne accorde au décubitus et à la ceinture hypogastrique pour reconnaître les déviations simples. Ces deux moyens peuvent faire cesser les douleurs de l'antéversion et de l'abaissement ; mais ils me paraissent impuissants dans la rétroversion. Quant aux douleurs lombaires, aux points névralgiques des membres, à la constipation, aux troubles de la miction, ce sont des signes que l'on trouve dans presque toutes les affections utérines, et qu'il n'est pas possible de rattacher seulement à certaines formes de déplacements. Et ce qui accroît encore la difficulté du diagnostic des déviations, c'est qu'elles sont rarement simples et qu'elles s'accompagnent le plus souvent de quelques complications. Comment faire la part exacte du déplacement, dans les cas où il existe des lésions concomitantes ? MM. Depaul et Velpeau ont indiqué une méthode de pratiquer le toucher qui permettrait, d'après eux, de saisir, pour ainsi dire, l'utérus entre les doigts et d'en apprécier sûrement la forme, le volume, le poids et la direction. J'ai eu souvent recours à ces deux procédés, et souvent aussi je n'ai obtenu que des résultats négatifs ; l'utérus échappait à mon exploration comme par les autres modes de toucher. Quel serait donc, dans ces cas douteux, difficiles, le meilleur moyen d'arriver à un diagnostic précis ? Si les procédés ordinaires font défaut, je crois qu'il n'en sera pas de plus opportun, de plus rationnel, que le cathétérisme de l'utérus. On objectera les dangers qui peuvent résulter de ces manœuvres ; mais le cathétérisme de l'urètre, que l'on pratique tous les jours, n'est-il pas aussi environné de périls ? Il faudra donc sonder l'utérus avec ménagement, avec précaution, explorer attentivement sa cavité. L'hystéromètre, plus que tout autre moyen, indiquera la direction précise de l'axe utérin, la forme de la déviation, le degré de flexion, de même qu'il mettra le praticien à l'abri d'une erreur de diagnostic, dans le cas où une tumeur rétro-utérine pourrait en imposer pour une déviation en arrière. La matrice est-elle appliquée par des brides contre la vessie ou contre le rectum ; c'est encore au cathétérisme qu'il faudra demander une réponse certaine : car le toucher ne saurait nous le dire positivement. Souvent le tissu de l'utérus est le siége d'altérations importantes : sa cavité est agrandie ou rétrécie. Qui pourra nous fournir des données sur ces lésions, sur ces modifications de forme ou de volume, si ce n'est l'hystéromètre? Par suite de métrite chronique, il n'est pas rare de rencontrer une dilatation considérable de la cavité ; j'ai fait dessiner ici un utérus qui présentait sept centimètres et demi de longueur (l'orateur soumet le dessin à l'Académie). Dans d'autres cas, ce sont les trompes qui offrent une dilatation anormale, qui les rend semblables à de petites circonvolutions intestinales, comme il arrive dans certaines formes de kystes. C'est encore au cathétérisme qu'il sera utile de recourir pour éclairer ici le diagnostic.

Je pourrais parler longuement encore du diagnostic ; mais j'ai hâte d'arriver au traitement. Je reconnais que M. Depaul a tracé sagement la conduite que devait tenir le praticien dans les cas de déviations. Cependant ne pourrais-je pas lui reprocher d'avoir été trop optimiste quand il a dit qu'un traitement ainsi institué obtenait presque toujours les résultats les plus avantageux et les plus complets ? Quant à moi, j'avoue qu'avec les moyens qu'il indique, j'ai presque toujours soulagé, mais très rarement guéri mes malades.

En présence de l'insuffisance des moyens ordinaires, il était donc tout naturel de chercher des procédés nouveaux, des moyens plus énergiques, un traitement plus hardi.

Avant l'arrivée en France du pessaire intra-utérin de M. Simpson, j'avais déjà introduit des bougies dilatantes dans l'utérus, et j'avais tenté de redresser cet organe avec des instruments analogues à ceux qu'a imaginés M. Velpeau.

C'est en février 1849 que j'ai fait les premiers essais du redresseur de M. Simpson. Encouragé par une première tentative assez heureuse, je l'appliquai encore deux fois sur des femmes affectées de rétroversion ; mais les accidents qui suivirent ces nouveaux essais me découragèrent si bien que j'abandonnai pour longtemps la nouvelle méthode.

Je suis donc forcé de reconnaître par ma propre expérience que le pessaire intra-utérin peut entraîner de graves dangers ; mais puisque d'autres praticiens affirment en avoir retiré de bons effets, je crois qu'il ne faut pas proscrire cet instrument, mais chercher au contraire par de nouvelles études les cas où son emploi peut être utile, ceux où son application est inopportune ou nuisible ; il faut, en un mot, poser d'une manière précise les indications et les contre-indications.

M. *Depaul* commence la lecture de sa réplique générale : nous la reproduirons dans le compte rendu de la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'emploi de la teinture d'iode dans certaines affections thoraciques, par M. LERICHE.

Phthisie scrofuleuse au troisième degré, guérie en quarante-cinq jours par l'iodure de potassium, etc., par M. BLONDIN.

Moyen très simple d'administrer les vapeurs d'iode, par M. BARRÈRE.

Ce que propose M. le docteur Leriche dans le premier de ces trois mémoires, au sujet de l'emploi de l'iode, est assez analogue à ce qu'ont tenté, dans ces dernières années, MM. Duparcque et J. Guérin, relativement à l'administration du tartre stibié. M. Leriche a pensé qu'on pourrait agir efficacement sur diverses maladies des poumons et des plèvres, en provoquant l'absorption d'une certaine quantité d'iode par la peau. Dans ce but, il fait pratiquer matin et soir, sur toute la surface du corps, une friction avec un mélange de 60 grammes d'alcoolat de mélisse et de 30 grammes de teinture d'iode. Il semble toutefois qu'il n'ait expérimenté cette médication que dans l'observation unique qu'il rapporte.

OBS. — Une religieuse de vingt-huit ans toussait depuis le mois de septembre 1853, et avait maigri sensiblement, quand M. Leriche la vit le 3 novembre. Les symptômes étaient les suivants : un peu de sueur

nocturne; oppression; douleurs entre les épaules; sonorité obscure à droite, surtout à la région sous-claviculaire; dans le poumon droit, respiration rude, expiration plus longue que l'inspiration; quelques craquements humides à la partie supérieure; diarrhée par intervalles. On commence l'usage des frictions iodées. En même temps, nourriture saine, vin de Bordeaux, habitation au midi, tisane de lichen, et, de plus, 1/6e de grain d'émétique tous les deux jours. Le 5 janvier, tous les symptômes et signes physiques avaient disparu. Revue dans les premiers jours d'avril, la malade se portait bien. (*Gaz. méd. de Lyon*, 1851, n° 6.)

L'observation de M. Blondin, en raison du titre dont elle est décorée, mérite d'être rapportée plus longuement. L'auteur affirme, en effet, *avoir guéri*, *en quarante-cinq jours*, une phthisie au troisième degré; et c'est, dit-il, d'un *agonisant* qu'il a entrepris la guérison.

Obs. — Le nommé J. Thomas, âgé de trente-cinq ans, ayant eu le carreau jusqu'à sept ans et demi, ainsi que des engorgements ganglionnaires à l'aine, à l'aisselle et à la région cervicale du côté gauche, eut un catarrhe pulmonaire en 1845. A la suite de l'application d'un large vésicatoire au-dessus du sein gauche, les ganglions cervicaux de ce côté s'enflammèrent, et il se forma dans cette région un abcès qui donna une très grande quantité de matière ayant le caractère du pus scrofuleux. L'affection catarrhale paraît avoir guéri radicalement; mais vers le mois d'octobre 1850, il en survint une autre, qui acquit beaucoup d'intensité et résista aux controstimulants, aux dérivatifs de toute espèce, aux calmants, aux altérants, et aux balsamiques. C'est alors, le 30 mars 1851, que M. Blondin fut appelé; et voici comment il décrit l'état du malade: « L'auscultation me fit connaître l'état réel des poumons.... le droit n'était que très peu lésé; la respiration y était stertoreuse et un peu sibilante, tandis que le poumon gauche, profondément atteint dans son organisation, ne laissait passer que quelques bulles d'air qui y développaient un râle *difficile à décrire, mais qui indique à une oreille un peu exercée une désorganisation presque complète*. Le pouls était petit, concentré, et parfois formicant. Le désordre vital correspondait à la désorganisation matérielle qui s'élaborait; la toux était humide, saccadée, et se terminait par des crachats nombreux, et d'une odeur infecte *sui generis*. La maigreur était extrême, et le facies alarmant. Il y avait chaque nuit des sueurs abondantes vers quatre heures du matin. Les selles étaient nombreuses, liquides, parfois séreuses, et très puantes. Les urines, enfin, très limpides, laissaient flotter, dans leur partie médiane, un énéorème livide assez épais. »

Le *traitement* consista dans les moyens suivants: 1° Tisane faite avec un mélange de houblon, de laitue, et d'une pincée de suie, demi-litre par jour. 2° Chaque matin, à jeun, une cuillerée d'une potion ainsi composée:

Iodure de potassium.	5	grammes.
Eau distillée.	50	—
Sirop de Portal.	100	—
Teinture thébaïque.	2	—

3° Le soir, une cuillerée de sirop de baume de Tolu, avec une goutte de teinture éthérée d'iode.

L'état du malade s'amenda rapidement. Les crachats perdirent leur mauvaise odeur en huit jours. Au bout de quarante-cinq jours, tous les symptômes avaient disparu. L'embonpoint devint même remarquable. Vers le quarantième jour, les ganglions cervicaux et axillaires du côté gauche s'étaient engorgés, et quelques croûtes teigneuses s'étaient montrées au cuir chevelu. Ces petits accidents disparurent après l'application d'un vésicatoire à la nuque et au bras gauche. (*Revue thérapeutique du Midi*, 2e série, t. III, p. 357.)

— Considérons successivement, dans ces deux observations, la méthode thérapeutique et le résultat obtenu.

1° Les frictions avec la teinture d'iode, dans le but exprès d'obtenir l'absorption du médicament, ont été souvent pratiquées: c'est un des modes d'emploi préconisés par M. Piorry; mais personne, que nous sachions, n'a encore eu recours à des frictions *générales*. On s'est toujours borné, au contraire, à les pratiquer sur les parois thoraciques, et plus spécialement sous les aisselles. Il est clair que, si l'on veut porter l'action médicamenteuse sur le poumon, il importe peu que l'absorption se fasse par la peau du thorax ou par celle de toute autre région. Mais s'il s'agissait de résoudre un épanchement pleural, des frictions sur la poitrine nous paraîtraient préférables, parce qu'il n'est pas impossible que l'absorption interstitielle et les communications anastomotiques portent le médicament jusque sur le feuillet costal de la plèvre. C'est, du reste, ainsi que l'entend très probablement M. Leriche lui-même. Nous ajouterons que ce n'est pas toujours, comme il le croit, un avantage de ne point porter l'action du médicament sur les organes respiratoires. Quand ces organes sont quelque peu tolérants, on parvient souvent à les plonger, pour ainsi dire continuellement, dans une atmosphère iodée, sans les irriter outre mesure, pourvu que le dégagement des vapeurs d'iode soit très faible. C'est ce qu'on obtient, par exemple, en plaçant quelques grumeaux d'iode sur une soucoupe qu'on laisse dans la chambre du malade. Et alors, à l'avantage d'obtenir l'absorption du médicament et son passage dans le torrent circulatoire, on joint celui de produire une action locale qui ne saurait être moins indiquée dans le poumon qu'elle ne le serait sur une plaie scrofuleuse. Ces réserves faites, les frictions générales avec la teinture d'iode étendue constituent certainement un mode d'emploi fort rationnel et digne d'entrer dans la pratique.

Quant à la médication employée par M. Blondin, elle est excellente aussi; mais nous ne saurions admettre qu'elle n'ait pu être inspirée que par l'*analyse clinique* à laquelle il s'est livré, et nous ne découvrons pas en quoi elle diffère de celle que la plupart des praticiens ont coutume d'employer en pareil cas. Même en l'absence de traces manifestes de scrofules, l'usage de l'iode et de l'iodure de potassium dans les catarrhes chroniques qui paraissent entretenus par un état de lymphatisme ou d'atonie est aujourd'hui vulgaire. M. Blondin a eu le mérite d'y songer, quand d'autres praticiens avaient cherché ailleurs leurs moyens de traitement; mais nous n'en conclurons pas que ses confrères aient méconnu plus que lui l'*essence morbifique* de cette affection.

2° Maintenant, les observations de MM. Leriche et Blondin apportent-elles un résultat thérapeutique nouveau? M. Leriche ne manifeste pas cette prétention. Le fait qu'il rapporte est néanmoins assez remarquable, parce que le siége de la matité et des craquements humides, les sueurs, la diarrhée, chez un sujet de vingt-huit ans, pouvaient faire craindre une phthisie tuberculeuse. La rapidité de la guérison, si celle-ci s'est maintenue, est ce qui peut jeter le plus de doute sur l'existence de cette affection. On remarquera, de plus, quant à ce qui concerne l'efficacité particulière des frictions générales, qu'on ne pourrait guère l'affirmer d'après le fait rapporté plus haut, puisqu'on a employé concurremment l'émétique à petites doses, sans compter l'usage de la décoction de lichen et l'amélioration des conditions hygiéniques. L'émétique, à doses réfractées, a été, on le sait, fort vanté contre les catarrhes chroniques et la phthisie, particulièrement par M. Bricheteau.

Ce que nous disons de l'observation de M. Leriche s'applique bien plus encore à celle de M. Blondin, qui a peut-être le tort d'exagérer l'importance, très réelle assurément, du résultat obtenu. On a pu voir que ce n'est pas tout à fait un *agonisant* qu'il a eu à traiter. Il ne s'est agi, dans ce cas, que d'un catarrhe chronique, rendu plus rebelle par le tempérament scrofuleux du sujet. Le peu de temps qu'ont mis les accidents à disparaître, et les données même de l'auscultation, ne peuvent laisser aucun doute à cet égard. C'est une remarque faite avec beaucoup de raison par le rédacteur en chef de la *Revue thérapeutique*, l'honorable M. Saurel. Nous ajouterons que la description des signes stéthoscopiques est un peu négligée. Le siége précis des râles n'est même pas indiqué: leur caractère n'est pas clairement défini. Tout porte à croire qu'il s'agissait de râles muqueux serrés et à grosses bulles, qui sont loin d'indiquer, comme le dit l'auteur, une *désorganisation complète*, et n'accusent qu'une grande quantité de mucus épais dans les petites bronches. La percussion, qui eût pu fournir ici des indications précieuses, ne paraît pas avoir été pratiquée; du moins n'en est-il dit mot dans l'observation.

— Enfin, sur ce même sujet de la médication iodée, M. Barrère propose un mode d'administration des vapeurs d'iode, qui a, dit-il, l'avantage de porter les vapeurs dans les voies respiratoires sans produire l'astriction et le sentiment de brûlure que détermine l'inhalation par les procédés ordinaires. Ce moyen consiste *à faire priser aux malades de la poudre de camphre imprégnée de vapeurs iodées*. « On obtient le *camphre iodé* en plaçant dans une tabatière (ou *camphriodière*) la poudre de camphre et un sachet de mousseline ou de fine toile, contenant la centième partie, en volume, d'iode offi-

cinal. En agitant de temps en temps, on obtient au bout de quelques heures, surtout si le dégagement des vapeurs d'iode est activé par la chaleur de la main, une saturation du camphre dont la couleur se rapprochera de celle de l'iode. » (*Gazette médicale de Toulouse*, juin 1854.)

Comme nous l'avons dit plus haut, il ne peut être indifférent que les vapeurs iodées soient portées ou non sur la surface respiratoire et jusqu'aux cellules pulmonaires. Le procédé que propose M. Barrère satisfait à cette indication comme les inhalations proprement dites ; mais ce qui le caractérise, c'est que les vapeurs iodées ne passent dans les bronches que d'une manière insensible et, pour ainsi dire, de seconde main. En effet, portées d'abord dans les narines avec le camphre qui les retient, elles sont peu à peu attirées dans le poumon par les mouvements d'inspiration ; et comme le camphre n'en contient lui-même qu'une très faible quantité, chaque inspiration n'en emporte qu'une dose presque imperceptible. Aussi l'auteur note-t-il que, lors même que le camphre iodé produit une cuisson dans les narines, le passage des vapeurs dans les voies aériennes cause une sensation de fraîcheur bienfaisante, agréable, qui engage le malade à respirer largement.

Ce mode d'emploi ne vaut pas beaucoup mieux, sans doute, qu'un faible dégagement de vapeurs dans la chambre du malade ; mais il transforme le traitement en une distraction ; il permet, d'ailleurs, de rendre l'administration du remède intermittente et de l'espacer suivant le degré de sensibilité des organes.

Deux cas d'empyème, opération à l'aide du trocart, par M. SPENCER WELLS.

Les observations de thoracentèse pratiquée avec succès, même pour des épanchements purulents, commencent à n'être plus très rares, et il devient maintenant inutile de reproduire toutes celles qu'enregistre la presse médicale. Mais l'une de celles que renferme le travail de M. Spencer Wells est particulièrement remarquable par la gravité des accidents auxquels le malade a échappé. Le sujet *paraissait mourant*. L'épanchement, datant de plusieurs semaines, était très considérable. La ponction donna immédiatement issue à trois pintes d'un pus louable ; trois autres pintes sortirent le même jour, dès qu'on enleva la cheville de bois qu'on avait placée dans la canule laissée à demeure. Le lendemain, même quantité de pus ou à peu près. Le surlendemain, l'écoulement diminue. La canule, étant difficile à maintenir, est retirée. Ce jour-là apparaissent les symptômes les plus évidents d'une perforation pulmonaire. Le malade rend sans effort par la bouche une grande quantité d'un pus tout à fait semblable à celui qui était sorti par la canule, mais devenu fétide. Hydrothorax, tintement métallique, etc. Cet accident fut suivi d'une diarrhée colliquative. Néanmoins les symptômes s'amoindrirent peu à peu ; l'expectoration diminua, et, huit mois après l'opération, le sujet put reprendre ses travaux. On entendait un faible murmure respiratoire dans tout le côté gauche du thorax, et la sonorité y était assez claire.

Comme on l'a vu, aucune précaution n'a été prise pour empêcher l'entrée de l'air dans le foyer. Il en a été de même dans la seconde observation, rapportée trop brièvement, mais où il n'est fait mention d'aucun accident imputable à la présence de l'air. L'auteur exprime d'ailleurs formellement l'opinion que cette circonstance n'est aucunement nuisible et peut même être utile. Ce que nous avons vu dans des cas analogues ne nous permet pas de partager cette sécurité. Tout en reconnaissant que l'influence de la pénétration de l'air dans les cavités suppurantes a été exagérée, nous devons constater que, chez plusieurs sujets à qui nous avions pratiqué maintes fois, sans le moindre accident consécutif, la paracentèse abdominale pour un épanchement purulent, l'emploi d'une canule à demeure, dans le but d'éviter de nouvelles ponctions, a été rapidement suivi de vives douleurs péritonéales, de fièvre hectique et de diarrhée. Ces accidents se montrent même quand on se sert d'une canule à robinet, parce que, au bout de quelques jours, l'instrument cesse d'être serré par les chairs et laisse passer l'air entre lui et les parois du trajet. Dans le fait rappelé plus haut, pourquoi le pus ne s'est-il pas altéré pendant les trois jours où l'instrument est resté fixé dans la poitrine ? Nous n'en savons rien ; mais il ne faut pas oublier que l'expectoration est devenue fétide dès qu'une large communication a été établie entre la cavité de la plèvre et les bronches. (*Medical Times and Gazette*, 8 juillet 1854.)

Guérison du cancer par les applications locales de la vapeur d'iode, par M. EICHMANN, de Flatow.

Louons les efforts des chirurgiens qui continuent à chercher le spécifique anticancéreux, et qui ne se laissent pas décourager par les déceptions que leurs prédécesseurs ont éprouvées. — L'iode aura-t-il le même sort que les lézards crus et écorchés, dont l'emploi est assez généralement abandonné aujourd'hui ? Nous le craignons, et nous ne sommes même pas éloigné de croire que cette nouvelle illusion thérapeutique a été la conséquence d'une erreur de diagnostic. En tous cas, voici l'observation de M. Eichmann :

OBS. — Une femme de quarante-sept ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, et dont la famille n'offre aucun antécédent de cancer, reçut, il y a un an et demi, un petit coup sur le sein. Une grosseur dure, arrondie, mobile, se forma à ce niveau. Il y a dix-sept mois, ses règles disparurent ; sa tumeur devint alors douloureuse, inégale ; en même temps plusieurs autres petites grosseurs, unies entre elles par des cordes indurées, se formèrent autour de la première. Bientôt elles s'unirent toutes ensemble, et la tumeur unique qui résulta de leur fusion s'accrut en s'étendant vers le creux de l'aisselle. Dans les trois dernières semaines, des douleurs lancinantes s'y sont montrées ; ces douleurs ne redoublent pas à la pression. La peau est adhérente à la tumeur, et ses follicules sébacés sont distendus par une matière noirâtre.

Quoique la tumeur s'accrût de jour en jour et que la douleur redoublât, la malade refusa de se soumettre à l'extirpation. C'est pourquoi M. Eichmann prescrivit, sans y compter en aucune façon, l'application d'un sachet de toile pleine de ouate, et renfermant aussi de l'iode. Un emplâtre agglutinatif fut appliqué par-dessus le sachet, et l'on eut soin de changer l'iode tous les quatorze jours.

Au bout de quatre semaines, l'état de la malade était grandement amélioré, et au bout de dix-sept semaines encore, le squirrhe avait entièrement disparu. (*Allgemeine medicinische Central Zeitung*, 10 juin 1854.)

Anévrysmes de l'artère ophthalmique. Ligature de la carotide, par M. CURLING.

OBS. — Un homme de quarante-neuf ans est entré, le 24 mars 1854, à London Hospital, par suite d'une chute qui avait produit une commotion cérébrale et une fracture de la clavicule. Cet homme avait depuis dix ans déjà une cataracte de l'œil gauche.

On le conduisit à l'hôpital immédiatement après sa chute. Cinq semaines après son entrée, on s'aperçut que l'œil droit commençait à faire saillie ; une tumeur pulsatile parut dans l'orbite, et la vue baissa peu à peu. Le stéthoscope révélait un bruit de souffle distinct. On diagnostiqua un anévrysme de l'artère ophthalmique.

Le 2 juin 1855, M. Curling lia l'artère carotide primitive. Immédiatement après l'opération, la vue fut entièrement abolie ; mais depuis lors elle s'est graduellement rétablie.

Le malade va très bien aujourd'hui 17 juin.

Nous remarquerons toutefois que, suivant un usage trop répandu dans la métropole anglaise, l'observation a été publiée avant que le résultat de l'opération fût connu. Il est à désirer que la suite de l'observation soit publiée, car dans le cas contraire on serait autorisé à supposer que le malade a succombé. (*The Lancet*, 17 juin 1854.)

Opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et pour l'enfant, par M. JOSÉ ANGULO.

L'observation que l'on va lire est une nouvelle confirmation de l'heureuse aptitude que possèdent certains individus qui peuvent supporter les lésions les plus graves sans réaction traumatique marquée, et qui montrent peu de prédisposition aux accidents consécutifs aux grandes plaies. C'est aussi la confirmation, si souvent donnée par la presse médicale, du danger moindre des grandes opérations, et en particulier de l'opération césarienne, dans les campagnes que dans les villes, surtout que dans les établissements hospitaliers. La proposition faite par quelques praticiens de ne pas

pratiquer l'opération césarienne dans les hôpitaux, et d'envoyer à la campagne les femmes qui doivent la subir, est parfaitement fondée; et comme cette proposition n'offre rien d'impraticable ni de chimérique, il est du devoir de la presse d'insister pour qu'elle soit mise à exécution.

Obs. — Le docteur José Angulo fut appelé, le 11 janvier dernier, à visiter, à 3 lieues de Navia, la nommée Giovanna Ardunna, à terme, primipare, âgée de trente-sept ans, d'une constitution faible, grande de 3 pieds. La déformation du bassin était très manifeste, et le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne mesurait que 2 pouces. Cette femme, affectée de leucorrhée pendant sa grossesse, était en travail depuis quatre jours, et les membranes étaient rompues depuis le jour précédent. La tête, qui se présentait, était élevée et très tuméfiée; les douleurs étaient fréquentes et soutenues. La patiente sentait les mouvements du fœtus, et l'oreille entendait les battements du cœur. Convaincu qu'elle ne pouvait être délivrée que par l'opération césarienne, le docteur José Angulo en fit la proposition, qui fut acceptée. L'éloignement du lieu et la confiance absolue que la malade lui témoigna ne lui permirent pas de s'aider du concours d'un confrère. Elle se refusa à l'emploi du chloroforme. L'incision de la ligne blanche n'offrit rien de particulier, et le placenta se trouva en dehors de l'incision. L'enfant, tiré par les pieds, fut extrait facilement. C'était une fille, de grosseur et de force moyennes, qui respira librement après sa naissance. Après l'extraction du délivre, l'utérus se contracta convenablement. La plaie abdominale fut réunie par quelques points de suture et par des bandelettes agglutinatives; des compresses et un bandage de corps complétèrent le pansement.

L'éloignement du lieu ne permit pas à l'opérateur de visiter sa malade aussi souvent qu'il l'aurait voulu. Le huitième jour, il la trouva sans fièvre, les lochies coulaient bien, la sécrétion laiteuse était assez abondante pour satisfaire l'enfant, ce qui lui fit supposer que la réaction traumatique des jours précédents avait été modérée. Le treizième jour, il n'y avait qu'un point limité de la plaie extérieure qui ne fût pas cicatrisé. Les points de suture furent enlevés; quelques cautérisations sur des végétations développées sur la partie non cicatrisée de la plaie ne tardèrent pas à amener une cicatrisation complète, et, dès le 25 février, l'opérée remplissait sans peine ses fonctions de nourrice et de femme de ménage. (*El Porvenir medico*, 5 avril 1854.)

Apoplexie cérébrale consécutive à des violences commises par des malfaiteurs sur un octogénaire; absence d'indices extérieurs. Consultation médico-légale, par le professeur Freschi.

La médecine légale offre quelquefois des cas équivoques. Tel est, en particulier, celui sur lequel porte le rapport de M. Freschi.

Obs. — Il s'agit d'un vieillard de quatre-vingts ans, qui, à part la privation de la vue, jouissait d'une santé parfaite et de la plénitude de ses facultés. Dans la nuit du 8 avril 1853, ce malheureux est assailli par une bande de brigands, qui, l'ayant saisi à la gorge, une heure durant, le tinrent sur son lit en le menaçant de mort et lui faisant sentir sur l'épaule la pointe d'un poignard, pour le contraindre à leur livrer la clef de son secrétaire.

Peu après, dans la matinée, interrogé par le juge d'instruction, il fit quelques réponses sensées, puis il se plaignit de ne pouvoir continuer, sentant ses idées s'embrouiller et sa tête s'alourdir.

Le surlendemain, il fut pris d'une attaque apoplectique dont il s'était remis un peu, lorsque le 25 avril, c'est-à-dire au dix-septième jour, il succomba inopinément à un nouveau choc de même nature. L'autopsie n'eut pas lieu.

Des médecins, consultés, déclarèrent que le désordre cérébral et la mort provenaient de l'effroi causé par les mauvais traitements.

Ce jugement était-il fondé? Ne pourrait-on pas lui opposer l'absence d'ouverture cadavérique? C'est ce qu'eut à examiner, devant la cour d'appel de Casal, le professeur Freschi. Sans doute on doit, suivant ce médecin, tenir en considération la prédisposition bien connue des vieillards à l'apoplexie. Mais, en cette circonstance, la victime de l'agression n'en présentait aucun symptôme prochain. Tout au plus l'âge et le tempérament sanguin eussent-ils pu favoriser l'action d'influences plus directes.

A l'égard de celles-ci, l'hésitation serait difficile, les signes de lésion encéphalique ayant suivi de trop près les violences commises.

Du reste, l'impression morale, d'une part, et, de l'autre, la gêne circulatoire occasionnée par le renversement prolongé de la tête et l'application des mains autour du cou, expliquent suffisamment le résultat funeste; et si, par suite d'une regrettable omission, l'inspection des organes n'a pu être faite, il est probable qu'elle n'eût enlevé au cas en question rien de sa signification judiciaire. (*Il Progresso*, par les docteurs Massone et Freschi, juin 1854.)

Observations sur les eaux minérales du Mont-Dore, par M. Deschamps.

La récente communication faite par M. Thenard à l'Institut, au sujet des eaux minérales du Mont-Dore, a donné lieu, dans la presse médicale, à plusieurs observations intéressantes. Ainsi, il a été rappelé que la présence de l'arsenic avait déjà été constatée dans ces eaux par plusieurs hydrologistes. En outre, M. Deschamps fait observer qu'il est nécessaire de ne pas placer parmi les principes essentiels des eaux minérales les sels inorganiques qui se trouvent dans toutes les eaux quelconques, ou bien les sels que l'on rencontre dans les eaux potables des localités où sourdent les eaux dites *minérales*, surtout lorsque ces sels ne dépassent pas un certain poids. L'analyse qualitative des eaux dont l'action ne peut être expliquée par ses réactions devrait être, dans ce cas, recommencée d'une manière sérieuse et scrupuleuse. (*Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, p. 544.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Du rhumatisme goutteux chez la femme. — Thèse pour le doctorat en médecine, par M. Trastour.

Cette Thèse est un bon travail, et propre à donner une idée aussi nette que possible d'une affection fort difficile encore à définir et à séparer des affections voisines. M. Trastour a fait cette étude exclusivement avec des observations recueillies par lui, à la Salpêtrière, sur de vieilles rhumatisantes. Anatomiquement, il a rencontré les cartilages ramollis, tomenteux, quelquefois érodés et comme ulcérés; les extrémités articulaires tuméfiées, déformées par des saillies osseuses, ostéophytes, sans concrétions tophacées; le tissu osseux ramolli, friable.

Ces malades étaient des femmes qui, à une époque quelconque de leur vie, et presque toutes sous l'influence manifeste d'un refroidissement, avaient été prises de rhumatisme articulaire, et ne s'en étaient plus débarrassées. Alors les articulations, plus souvent les mains que les pieds, s'étaient tuméfiées, déformées, sous l'influence tant du gonflement des os et des cartilages que des déplacements consécutifs à ces gonflements eux-mêmes, à l'accumulation de la synovie; la rétraction passive et consécutive des muscles était encore venue y prendre sa part, et les articulations, immobiles et déjetées, étaient devenues le siége d'ankyloses, apparentes au moins, dans le plus grand nombre des cas.

En outre, et c'est là un des caractères de la maladie, des exacerbations douloureuses venaient d'époque en époque rappeler l'origine de la maladie, et faire un long supplice de l'existence de ces malheureuses créatures, impotentes et difformes au plus haut degré.

Mais ces manifestations douloureuses finissent quelquefois par s'user; du moins, M. Trastour a vu qu'il en était ainsi chez les femmes qui avaient été prises du rhumatisme dès leur jeunesse. Mais pour celles qui n'en avaient été atteintes qu'après l'âge critique, les douleurs se reproduisaient encore à un âge très avancé.

Qu'est-ce que c'est que cette maladie? C'est un rhumatisme chronique, auquel l'apparence déformée des jointures et la participation des petites articulations ont fait donner le nom de *goutteux*. Cette dernière dénomination n'aurait donc trait qu'à une ressemblance extérieure.

M. Trastour n'admet que deux différences essentielles entre le rhumatisme et la goutte : l'une empruntée à l'étiologie, le rhumatisme seul reconnaissant presque toujours pour cause le froid et l'humidité, sans que la transmission héréditaire joue un rôle dans son développement; l'autre, basée sur la lésion matérielle et caractéristique de la goutte, le dépôt de matières tophacées. Mais voici l'objection qui se présente naturellement à cette dernière propo-

sition, dont on fait généralement le caractère capital de la goutte : c'est que la part que l'*acide urique* peut prendre à la détermination des phénomènes de la goutte est toute théorique, et que les matières tophacées manquent dans la grande majorité des cas de goutte. Que l'on prenne, si l'on veut, pour une opinion la première partie de l'objection; la seconde est un fait.

Quant au traitement, la description seule que fait M. Trastour montre que, dans bien des cas au moins, l'art n'a pu même ralentir la marche de la maladie. Ce n'est pas, du reste, à l'époque des altérations profondes qu'il faut songer à l'enrayer, c'est avant que celles-ci se soient produites. M. Trastour signale cependant quelques bons résultats dus à l'hydrothérapie. Nous-mêmes avons obtenu à Vichy d'importantes palliations. Il ne nous paraît pas douteux, du reste, que ce ne soit du côté de ces sortes de médications qu'il faille se tourner, pour trouver de réelles ressources contre cette cruelle maladie. DURAND-FARDEL.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 15 juillet. Teinture de fleurs de colchique dans le rhumatisme simple et goutteux, et les névralgies, par *Forget* (de Strasbourg). — Émulsion des gommes-résines, par *Constantin*. — Sur l'axonge officinale, par *Deschamps*. — Sur l'angine couenneuse, par *Duclos*.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — N^os 81 à 85. Cliniques et revues.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — N° 27. Dilatation variqueuse du réseau lymphatique superficiel du derme, par *Gubler*. — Principaux fébrifuges actuellement employés, par *Strohl*. — N° 28. Histoire médicale du corps d'occupation des États-Romains, en 1851, par *Jacquot*.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — Juillet. Pommade et alcoolat de concombre, par *Mouchon*. — Analyse de l'urine des diabétiques, par *Esprit*.

JOURNAL DE PHARMACIE. — Juillet. Examen des produits de mouture fournis par les meules coniques de M. Westrup, par *Bouchardat*. — Analyses et revues.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES. — Juillet. Revues et analyses.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 15 juillet. Sur quelques affections scrofuleuses observées chez le vieillard, par *Dumoulin*.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — N° 14. Varices et leur traitement, par *Verneuil*. — Kopiopie, par *Tavignot*. — Emploi thérapeutique du chlorhydrate d'ammoniaque, par *Smith*.

MONITEUR DES HÔPITAUX. — N° 81. Du pannus et de son traitement par l'inoculation blenorrhagique (résumé critique d'une brochure de M. *Warlomont*). — N^os 82, 83, 84 et 85. Analyses et revues.

UNION MÉDICALE. — N° 81. Réflexions sur la trachéotomie, par *Archambault*. — N° 82. *Idem*. — N° 83. Recherches sur l'aconit, par *Schroff*. — N° 84. Vésicatoires dans les affections cutanées, par *Musset*. — N° 85. Antéversion utérine guérie par le pessaire intra-utérin, par *Maher*.

GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER. — N° 4. Étude sur Platon, par *Girbal*. — Du degré de force dans le taxis, par *Cam. Bernard*. — Médecine arabe, par *Leclerc*.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE. — Juin. Observations de syphilis, par *Noguès*. — Hydropisie de l'amnios, par *Facieu*. — Moyen simple d'administrer les vapeurs d'iode, par *Barrère*. — Abcès par congestion traités par les injections iodées, par *Collongue*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — 15 juillet 1854. N° 1. Sur les effets du sulfate de quinine, par *Jaumes*. — Sur un cas de paralysie musculaire atrophique, par *Saurel*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Juin. Collodium contre l'orchite, par *Venot*, avec une note de M. *Costes*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 12^e livraison. Paraplégies essentielles, par *Macario*. — Fièvre cholérique ou choléra modifié et d'essence périodique, par *Liégey*.

GAZETTE MÉDICALE DE LIÉGE. — N° 13. Croup suivi de trachéotomie, par *Snyers*. — Traitement de la variole par des frictions avec une pommade sulfureuse, par *Midavaine*.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — N° 55. Remarques sur la phthisie pulmonaire, par *Schnitzer*. — Sur la géologie médicale, par *Upmann*. — N° 56. Les eaux minérales de l'île d'Ischia. — N° 57. Mœurs, coutumes et maladies des habitants de la Nouvelle-Zélande. — 58. Traitement des affections cancéreuses et des glandules de Landolfi, par *Valentini*.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 28. Un vieux praticien sur la pneumonie et la pleurésie, par *Bernstein*. — Construction et application de mon ophthalmoscope, par *Klaunig* (Fin). — Le bain de mer contre les scrofules, par *Engelmann*. — La clinique chirurgicale du professeur Langenbeck, par *Ohm*. — N° 29. Les bains de mer contre les scrofules, par *Engelmann* (Fin). — Cas de tumeur villeuse simple de la matrice, par *Stein*. — Cas de pyromanie, par *L. Meyer*. — Rapport sur la clinique chirurgicale de Greifswalde, par *Berger*. — Appareil pour produire des hémorrhagies artificielles dans les cours d'opérations sur les cadavres, par *Naranovicz*. — Invitation au congrès des médecins et naturalistes allemands à Gœttingue (18-25 septembre). — Landolfi et son traitement du cancer, par *Frettenbacher* (Fin).

MEDICIN. ZEITUNG. — N° 28. L'inflammation rhumatismale du cœur, par *Eulenberg* (Suite). — Mort subite dans une maladie du cœur, par *Bock*. — N° 29. L'inflammation rhumatismale du cœur, par *Eulenburg* (Fin). — Intoxication par les racines de jusquiame. — Relevé des naissances et décès de Berlin pour le mois de mai.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — N° 79. Corrélation de la psychologie et de la pathologie, par *D. Noble*. — Pathologie et traitement de l'inflammation laryngo-trachéale, par *R. Turner*. — Influence de la position horizontale du corps sur la syncope, par *W. Richardson*. — Des changements atmosphériques dans leurs rapports avec le choléra, par *A. Hingeston*. — N° 80. Psychologie et physiologie, par *Noble*. — Inflammation laryngo-trachéale, par *Turner*. — Cas d'anévrysme abdominal, par *Durrant*. — Névrôme du nerf médian gauche, par *E. Image*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 808. Cas d'anévrysme fémoral, par *J. Miller*. — Gangrène spontanée chez un enfant de huit mois, par *J. Sidey*. — N° 809. Effets de la syphilis sur les organes utérins, par *Mackensie*. — N° 810. Du bec de lièvre, et division de la voûte palatine, par *John Fergusson*. — Cas de choléra asiatique, par *J. Edmundson*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 210. De la ménorrhagie, par *Ed. Rigby*. — Ophthalmoscope, par *E. Williams*. — Essai pratique sur la chirurgie plastique, par *Spencer Wells*. — Cas d'empyème, par *A. Freer*. — Blessure de l'artère fémorale superficielle; ligature; par *S.-S. Dyer*. — N° 211. Ménorrhagie, suite d'un déplacement de l'utérus, par *Ed. Rigby*. — Anesthésie faciale coïncidant avec une destruction du globe oculaire, par *R. Taylor*. — Chirurgie plastique, par *S. Walls*.

THE LANCET. — 1854. Vol. II. — N° 1. Zoonomie ou lois de la vie animale, par *Marshall Hall*. — Consomption pulmonaire comme maladie locale, par *T. Thompson*. — Comment on traite les maladies des voies urinaires à Paris, par *W. Acton*. — N° 2. Usage et abus de la potasse caustique et du caustique de Vienne dans le traitement des maladies de l'utérus, par *H. Bennet*. — Nouvelle méthode d'injections pour préparations anatomiques, par *E. Lund*. — Diabète dans ses rapports avec les affections cérébrales, par *H. Goolden*.

NEW-YORK MEDICAL TIMES. — N° 8. Cas de fistule vésico-vaginale, par *Sims*. — Cas de trachéotomie pour le croup, par *James-W. Minor*. — Observation d'eczéma, par *Bulkley*. — N° 9. Pyélite calculeuse, par *Swett*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — N° 25. Sur la pellagre, par *Lussana*. — N° 26. *Idem*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N° 27. Méthode anesthésique dans les maladies internes, par *Berruti*. — Revue ophthalmologique, *anonyme*. — N° 28. Suite de l'article de *Berruti*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N° 28. Constitution épidémique de Poggibonsi (fièvre miliaire), par *P. Burresi*. — Vues étiologiques sur le choléra, par *G. Cassiano*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — N° 12. Collodium dans l'orchite, par *Pertusio*. — Phlogose des vaisseaux sanguins, par *de Meis*.

IL FILIATRE SEBEZIO. — Juillet. Sur les os humains découverts à Pompéia, par *delle Chiaje*. — Principes de bionomie, par *Piccirilli*.

IL SEVERINO. — 1853. — Mai. — Observation d'un vaste abcès hépatique, par *G. Manfredonia*. — Sur le favus, par *Covelli*. — Sur l'antimoniate de morphine, par *Falciani*. — Juin. — Hernie étranglée, emploi avantageux de la belladone, par *Meola*.

EL HERALDO MEDICO. — N° 111. Pleurésie et gastrite, suite de la non-observance des règles hygiéniques dans la convalescence d'une fièvre tierce, par *A. Puigdeball Rodriguez*. — N° 112. Instrument pour la ligature des polypes de la matrice, par *A. Romero y Linares*. — N° 113. Arsenic dans les fièvres intermittentes, par *M. Maté y Renedo*.

EL SIGLO MEDICO. — N° 27. Abcès suite de petite vérole, par *Garcia Caballero*. — Traitement du choléra, par *Pascual Pastor*. — N° 28. Conflit de l'action électrique et de l'action vitale, par *Nieto*. — Sur le choléra, par *P. Pastor*. — Empyème du côté droit, guérison, par *B.-M. Gomez*. — Guérison de la gale en une nuit, par *J. Moupon*.

EL PORVENIR MEDICO. — N° 91. Caractère contagieux et épidémique des maladies palustres, par *Garcia Lopez*. — N° 92. Irido-choroïdite des deux yeux, par *Ortega Yague*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 13. Hygiène dans ses rapports avec la science administrative et la morale, par *F. Ramirez*.

Livres nouveaux.

DE L'APPLICATION DE L'ÉLECTRICITÉ A LA THÉRAPEUTIQUE, par le docteur *A. Marié*. In-8° de 78 pages. Paris, chez Victor Masson. 2 fr.

SUR L'EMPLOI CHIRURGICAL DU BANDAGE PLATRÉ, de MM. *Mathyssen* et *Van de Loo*. Rapport à l'Académie de médecine de Belgique, par le docteur *A. Didot*. In-8° de 122 pages. Paris, chez Victor Masson. 2 fr. 50.

TRAITÉ D'ANATOMIE DESCRIPTIVE ET D'HISTOLOGIE SPÉCIALE, par le professeur *E.-M. van Kempen*. 1 vol in-8° de 968 pages, avec 37 figures. Louvain, imprimerie de Van Linthout et Compagnie. Paris, chez Victor Masson. 17 fr.

UEBER DEN AMMONIAKGEHALT DER EXSPIRIRTEN LUFT UND SEIN VERHALTEN IN KRANKHEITEN (Sur la quantité d'ammoniaque dans l'air expiré, et son rôle dans les maladies), par *W. Reuling*. In-8°. Giessen, chez Heyer. 1 fr.

DIE BERGKRANKREIT oder der Einfluss grosser Hœhen auf den thierischen Organismus (La maladie de montagne, ou l'influence de grandes hauteurs sur l'organisation animale), par *Meyer Ahrens*. In-8°, Leipzig, chez Brockhaus. 3 fr. 25

UEBER DIE BAND-UND BLASENWUERMER, nebst einer Einleitung ueber die Entstehung der Eingeweidewuermer (Sur les vers intestinaux). In-8°. Leipzig, chez Engelmann. 3 fr.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. — PARIS, 4 AOUT 1854. — N° 44.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 27 juillet au 2 août 1854.

N° 175. HUBIN, Xavier-Stanislas, né le 8 avril 1815 à Dammartin (Seine-et-Marne). [*De la pustule maligne.*]

N° 176. PRÉVOST, Gustave-Edmond-Eugène, né le 26 septembre 1831 à Hazebrouck (Nord). [*Du traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius.*]

N° 177. DELATTE, Dominique-Jules, né le 9 juillet 1828 à Beaumont (Moselle). [*Essai sur l'anatomie pathologique et sur l'étiologie de l'emphysème du poumon.*]

N° 178. PETIT, Louis-Hippolyte, né le 5 octobre 1828 à Rebais (Seine-et-Marne). [*Des outrages à la pudeur.*]

N° 179. ARTHAUD, Auguste-Germain, né le 20 novembre 1828 à La Mure (Isère). [*De la cautérisation des tumeurs hémorrhoïdales par le fer rouge.*]

N° 180. MOUTON, Cécilia-Célestin, né le 6 avril 1830 à Cheu (Yonne). [*De la scarlatine.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

I.

Paris, ce 3 août 1854.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DES DÉVIATIONS UTÉRINES ; CONCLUSIONS. — ILÉUS VERMINEUX. — DÉCHIRURE DE L'ANNEAU INGUINAL AVEC LE DOIGT POUR RÉDUIRE LA HERNIE ÉTRANGLÉE.

La discussion relative aux déviations utérines, qui se poursuit depuis plus de deux mois à l'Académie de médecine, a été close mardi dernier. Le temps nous manquerait pour donner aujourd'hui le résumé critique auquel nous nous sommes engagé : ce sera pour le numéro prochain. Pour le moment, nous nous bornerons à appeler l'attention sur les conclusions adoptées par l'Académie.

Ces conclusions sont telles que nous aurions pu les déduire nous-même des articles que nous avons publiés sur la matière. La première déclare que le pessaire intra-utérin peut déterminer des accidents sérieux, voire même la mort; et en même temps elle atténue sur ce point, par une simple suppression d'adverbe, ce que la rédaction primitive de la commission avait d'un peu trop rigoureux. La seconde dénie au pessaire la faculté de redresser l'utérus d'une manière permanente; mais elle reconnaît ce fait, dont nous avons reproché au rapport de ne s'être pas assez préoccupé, à savoir, que, dans quelques cas, n'importe par quel mode d'action, l'emploi de l'instrument a paru produire des résultats avantageux. En sorte que, des deux conclusions élaborées par la commission depuis l'avant-dernière séance seulement, et votées par l'Académie, l'une découle naturellement et logiquement du rapport, l'autre est sortie du débat comme l'expression consciencieuse d'une vérité pratique.

C'est, nous aimons à le croire, un sentiment de ce genre qui a inspiré à deux membres de la commission de proposer, en leurs propres noms, une conclusion additionnelle tendant à sauver le pessaire de l'humiliation d'une proscription absolue. Mais, il faut bien le dire, cette troisième conclusion n'était heureuse ni dans le fond ni dans la forme. Dans le fond, elle ne consacre aucun principe, aucun fait; elle ne signifie rien de précis. Dans les cas où tout échoue, dit-elle, *on peut* tenter l'application du redresseur. Mais, en l'état des choses, c'est là une pure affaire de conscience et non un précepte de thérapeutique. Vous venez de dire au praticien : Le pessaire est très dangereux; il peut tuer; il a tué bon nombre de femmes (on en compte, si nous ne nous trompons, jusqu'à *onze*) ; s'il *a paru* soulager, c'est par un mécanisme dont nous n'avons pas la moindre notion. Et puis, quand le praticien a bien vu le précipice, quand vous lui en avez fait mesurer la profondeur, quand vous lui avez bien fait peur des roches aiguës, des broussailles, des éboulements subits, vous ajoutez tranquillement : Vous êtes libre de vous promener sur le bord! Qu'on y réfléchisse donc ; dans une question de pratique ainsi posée, tout précepte est impossible et tout conseil aveugle, par cette raison péremptoire que l'indication scientifique fait défaut. En présence d'une de ces déviations considérables qui amènent des incommodités de plusieurs sortes, le médecin est averti que le pessaire ne redressera pas l'utérus et pourra produire de

graves accidents; mais le hasard peut aussi le servir, et le contact de l'instrument, l'immobilité donnée à l'utérus, apaiseront peut-être, *quomodocumque*, les douleurs du bassin. C'est de la thérapeutique aléatoire. Nous ne voulons pas anathématiser ceux qui y recourent par intervalles, mais ce n'est pas à une Académie impériale de la prôner; c'est au praticien à en peser toutes les chances dans l'honnêteté de sa conscience, et, s'il l'entreprend, que ce soit à ses risques et périls, et non sous l'autorité d'un corps savant. Comment l'esprit droit et clairvoyant de M. Velpeau n'a-t-il pas été frappé de ce qu'ont si bien senti et exprimé MM. Cazeaux et Gibert? Ou, mieux encore, comment, quand il s'est plu pour la seconde fois à avertir l'Académie du peu de poids de ses décisions en matière de pratique, M. Velpeau n'a-t-il pas compris tout de suite que c'était un excellent argument à invoquer contre les conclusions qu'il défendait avec tant de chaleur?

Nous avons ajouté que la conclusion n'était pas heureuse dans sa forme. Et, en effet, elle commence par déclarer que le pessaire intra-utérin ne peut trouver son emploi que dans *quelques cas exceptionnels*, et puis elle recommande de n'y avoir recours qu'après avoir essayé *tous les moyens thérapeutiques connus et comme dernière ressource*. Vraiment, voilà une manière de protection à inspirer la plus grande défiance contre le protégé! Cette imprudente conclusion, en laissant voir dans quelle mesure et à quelles petites fins le redresseur avait des défenseurs à l'Académie, lui a fait plus de tort, sans contredit, que n'eût fait une résignation silencieuse.

— Un mot encore sur un incident. Le rapporteur ayant cru devoir diriger une allusion ironique contre un journal de médecine, M. Larrey a trouvé le procédé peu séant, et s'est constitué l'avocat de la presse. En ce qui nous concerne personnellement, nous ne saurions accepter ce secours, quelque honorable qu'il soit. La presse est plus libérale que ne le suppose M. Larrey. Elle se laisse discuter parce qu'elle discute; elle souffre l'épigramme parce qu'elle s'en sert. On ne gêne en aucune façon « la liberté de ses allures » en s'attaquant à elle, n'importe avec quelle arme, pourvu qu'elle soit loyale. Si nous étions le journal mis en cause, nous remercierions l'honorable M. Larrey de ses intentions, et nous reconnaîtrions tout haut le droit de M. Depaul.

Parmi les questions dont nous nous sommes occupé dans notre dernier numéro, relativement aux désordres que peuvent occasionner les entozoaires, il en est une qui concernait spécialement l'iléus vermineux. Nous avons rappelé que cette espèce d'oblitération intestinale était mise en doute par des pathologistes très accrédités, et nous avons rapporté une observation du docteur Linoli, très propre, suivant nous, à en démontrer l'existence. Nous n'en connaissions aucune autre qui eût une signification analogue; mais, depuis lors, nous en avons découvert une où l'iléus helminthique est, pour ainsi dire, flagrant, puisqu'il a pour lui le double témoignage de la symptomatologie et de l'anatomie pathologique. Ce fait appartient au professeur Requin, qui l'a publié en 1852 dans le tome III de ses *Éléments de pathologie médicale*. Nous copions textuellement.

Obs. — Prochassain (Pierre-François), cordonnier, âgé de cinquante ans, entre à l'Hôtel-Dieu (annexe), salle Saint-Augustin, n° 12, le 14 décembre 1839 (internat de M. Altham), pour y être traité d'une maladie abdominale dont les principaux symptômes étaient une constipation opiniâtre, un sentiment de gêne et de vive douleur au fond des entrailles, avec un degré excessif de rétraction et d'aplatissement des parois du ventre. Cet homme, qui était bègue et d'une intelligence bornée, et dont les dires, si fatigants à suivre, ne pouvaient être accueillis avec une entière confiance, assurait que c'étaient des vers qu'il avait dans le corps; il en avait, disait-il, rendu autrefois à plusieurs reprises. Je ne fis aucun cas, je l'avoue, de l'opinion de ce malade sur son mal; je la jugeai même, alors, inadmissible et presque ridicule. En palpant le ventre avec le plus grand soin, on n'y sentait de tumeur nulle part. L'huile de ricin n'ayant point produit d'effet (15 décembre), celle de croton tiglium fut administrée et détermina quelques selles (16 décembre). Le 18, à l'apparition des vomissements stercoraux, nous ne pûmes pas ne pas songer à l'occlusion intestinale : mais, plutôt que d'imaginer que des vers fussent la cause d'une semblable occlusion, nous admettions volontiers dans nos conjectures, dans nos peut-être, — à défaut de quelque vice matériel, tel qu'un étranglement interne, une invagination, etc., — l'hypothèse d'un iléus nerveux, cette maladie si problématique. Le 19, il survint une diarrhée assez abondante, mais sans que pour cela les vomissements se suspendissent ni cessassent d'être d'une nature stercorale. Les évacuations par haut et par bas continuèrent d'une façon désespérante, malgré tous les remèdes que l'on mit en œuvre (glace, potion de Rivière, opiacés, etc.). Le malade, déjà excessivement amaigri lors de son entrée à l'hôpital, dépérit encore à vue d'œil, et enfin expira le 21. — A l'autopsie, qui fut faite avec tout le soin nécessaire, nous ne trouvâmes dans le canal digestif rien autre chose, pour nous rendre raison de cette terrible maladie, de cette sorte d'iléus imparfait, mais néanmoins mortel, rien autre chose, dis-je, que deux paquets d'ascarides lombricoïdes, l'un dans l'endroit où l'intestin grêle peut indifféremment s'appeler jejunum ou bien iléon, l'autre vers le milieu du côlon transverse. Sur l'un et l'autre point, les helminthes, enchevêtrés les uns avec les autres et comme pelotonnés d'une façon inextricable, avaient évidemment formé une espèce de barrière qui mettait obstacle au cours des matières, sinon absolument et invinciblement, du moins assez pour produire la maladie ci-dessus relatée; d'autant plus que l'intestin se trouvait considérablement rétréci, par suite sans doute de l'abstinence forcée à laquelle la nature même des accidents morbides avait réduit depuis longtemps le pauvre malade.

Cette observation est plus concluante que celle du docteur Linoli, en ce que les symptômes les plus caractéristiques de l'iléus, notamment les vomissements stercoraux, se sont montrés pendant plusieurs jours. Le malade a eu néanmoins des évacuations liquides par l'anus, sous l'influence des purgatifs, ce qui n'est pas ordinaire dans l'obstruction mécanique du tube digestif. Il semble que les vides nécessairement laissés par l'entrelacement des helminthes aient permis une sorte de filtration du produit de la sécrétion intestinale. Mais la persistance des vomissements contenant de la matière fécale n'en accuse pas moins la réalité de l'obstruction. On remarquera que, dans ce cas comme dans celui dont nous avons donné la relation, le sujet avait déjà rendu des vers par l'anus, et attribuait même, avec trop de raison, sa maladie à une reproduction de ces parasites. Cette circonstance d'une certaine aptitude à ce que M. Requin appelle l'*helminthiase* doit donc être prise en grande considération dans le diagnostic.

Une prudence assez justifiée nous a empêché jusqu'ici de contribuer à la divulgation d'un nouveau moyen de réduire la hernie inguinale étranglée, imaginé par M. le professeur Seutin (de Bruxelles). Le chirurgien de l'hôpital Saint-Pierre propose d'agrandir l'anneau en le déchirant sous la peau avec le doigt indicateur. Il nous semblait d'abord difficile qu'on pût déchirer à son gré le pilier externe de l'anneau avec l'index recourbé et agissant à travers l'épaisseur des téguments. Puis nous nous demandions comment le doigt pouvait s'engager entre le bord du pilier et le paquet intestinal, alors que celui-ci était distendu et bridé à sa partie supérieure. Nous n'avions garde, enfin, d'oublier que, selon une doctrine généralement acceptée, ce n'est pas l'anneau qui le plus souvent étrangle la hernie, mais bien le collet du sac ou l'orifice supérieur du canal.

Toutes ces objections sont théoriquement excellentes; et, pourtant, nous ne pouvons nous abstenir de rapporter ce que

des circonstances particulières nous ont permis de recueillir sur cette pratique, en dehors des récits de la presse et des confiantes affirmations du principal intéressé.

En Belgique comme en France, on a douté de la possibilité de déchirer l'anneau avec le doigt, et des paris ont été ouverts entre M. Seutin et les incrédules, au profit des internes de Saint-Pierre. On devine par là qu'il s'agissait de vin de Champagne. Les internes ont bu ou boiront à la santé des opérés; car le pilier de l'anneau a été aisément déchiré sur le premier cadavre venu, non par M. Seutin, mais par les Thomas du lieu. Voilà un premier fait hors de contestation. L'anneau peut être agrandi sans opération, sans section de la peau, par une simple traction exercée avec le doigt, c'est-à-dire sans chance aucune de phlegmasie ou de suppuration consécutive.

Le second fait, c'est-à-dire la réduction de hernies étranglées, immédiatement après la déchirure de l'anneau, ne paraît pas plus douteux. Dans une dizaine de cas où le taxis méthodique avait échoué, le pilier externe a été rompu par M. Seutin, et aussitôt le paquet intestinal a pu être repoussé dans le ventre. La déchirure se prolonge-t-elle dans la longueur du canal? Nous n'en savons rien. Ce qui est certain, c'est que la résistance offerte par la hernie n'avait pas empêché l'extrémité de l'index de s'insinuer quelque peu dans le canal, et que la déchirure avait suffi pour rendre la réduction possible. En présence de ces documents, que nous donnons pour incontestables, il nous est impossible de passer la méthode sous silence. La prôner serait aller au delà de ce qui nous semble permis quant à présent. Il est évident, en tout état de cause, qu'elle ne saurait être applicable à tous les degrés et à toutes les périodes de la hernie, qu'elle exposerait parfois à rompre un intestin très enflammé ou voisin de la gangrène. Mais elle peut avoir aussi son cercle d'application, et les chirurgiens feront bien, peut-être, de ne pas la proscrire *à priori*. A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

RECHERCHES SUR LA NÉCROSE, par M. le professeur GERDY.

Suite et fin. — Voir les numéros 42 et 43.

Des modes de la nécrose. Sous le rapport des causes, il y a des nécroses produites par la périostite, par la moelite, qui paraissent dues à la privation de sucs nourriciers dans le décollement, la suppuration, la destruction du périoste et de la moelle, dans la gangrène des membres. Dans les plaies, les fractures avec esquilles, est-ce encore par privation de sucs nourriciers, par décollement du périoste, de la moelle? Sous le rapport anatomique, elles sont superficielles, externes, interstitielles, invaginées, ou multiples et profondes, grandes, granuleuses, lamelleuses ou pulvérulentes par leur séquestre. Sous le rapport de la marche et de l'ensemble des caractères, la nécrose est occulte ou tangible, ou à nu et visible, sèche ou suppurante, à séquestre immobile ou mobile, vraie ou apparente et fausse. La vraie a tous les caractères de la maladie : 1° mort initiale de l'os; 2° élimination consécutive de l'os devenu corps étranger; 3° réparation osseuse plus ou moins complète, qui peut être remplacée par la cicatrisation des chairs avec la surface de l'os; 4° expulsion d'un séquestre dur invasculaire non phlogosé; 5° enfin, cicatrisation et guérison. La fausse nécrose est, au contraire, celle où il y a : 1° inflammation érodante ou ulcérante initiale; 2° mortification consécutive d'une portion d'os par sa séparation de l'os vivant; 3° réparation osseuse très imparfaite; 4° expulsion d'un séquestre enflammé; 5° cicatrisation enfoncée de la peau. Celle-ci n'est pas plus une vraie nécrose qu'un doigt abattu par un coup de sabre, le prépuce ou la luette par un chancre, ne sont de la gangrène. Il ne suffit pas qu'il y ait mort d'une partie pour qu'il y ait nécrose ou gangrène; autrement le cadavre serait de la nécrose et de la gangrène. Il suit de là que les séquestres d'ossite érodante, d'ossite ulcérante ou carie, étant toujours enflammés, cette affection ne peut être regardée comme une affection semblable à la vraie nécrose, dont les séquestres ne le sont jamais, et que l'ossite érodante et la carie ne sont que de fausses nécroses. Mais comme elles présentent des phases et des phénomènes analogues, une érosion disjonctive, de la suppuration, une expulsion de séquestres, des sécrétions ou ossifications périostales qui peuvent fortifier l'os en dehors des pertes de substance causées par les séquestres, puis une cicatrisation enfoncée de la peau, lorsque les caractères inflammatoires ou non inflammatoires des séquestres ne sont pas évidents, la nature de ces maladies peut rester impénétrable, et son diagnostic impossible, quoiqu'elle soit au fond très différente, puisqu'elle est toujours inflammatoire et vasculaire, ou, au contraire, non vasculaire et non inflammatoire.

Diagnostic de la nécrose. Impossible, dans la période où l'os est frappé de mort sans douleur; mais s'il y a des douleurs ostéocopes, surtout avec des symptômes de syphilis constitutionnelle, si déjà plusieurs nécroses se sont produites avec le même caractère, la nécrose est extrêmement probable. S'il survient un gonflement pâteux, indolent ou non, qu'il se ramollisse et devienne fluctuant, il y a suppuration et il peut y avoir abcès froid, périostite, ossite simple ou ossite avec carie, ou nécrose. Si cette suppuration s'ouvre une issue au dehors, ou que l'art la lui ouvre; qu'en sondant le trajet de cette ouverture on trouve un os dénudé au fond du foyer, ce que l'on reconnaît au moyen d'un stylet qui rencontre un corps dur; si le stylet glisse facilement à la surface de cet os, parce qu'elle est unie, ce n'est ni sa surface interne ni une surface érodée de carie; si, en même temps la percussion de l'os par le stylet donne un son clair de faïence et résiste à une pression forte, si le stylet ne rencontre pas de rainure éliminatoire, l'existence de la nécrose n'est que probable et non certaine.

Si la dénudation de l'os est large, si le stylet pénètre dans une rainure qui paraît circonscrire cette portion d'os dénudée, ce peut être un séquestre en voie d'élimination; si, sous la pression du stylet, le séquestre devient essentiellement mobile et qu'il en résulte de la douleur et un peu d'écoulement de sang, par suite de la compression des bourgeons charnus sous-jacents au séquestre, le séquestre est détaché; s'il s'écoule au dehors avec la suppuration, et qu'il soit assez considérable pour qu'on en distingue positivement les caractères, on peut arriver à reconnaître la maladie qui l'a produit. Ces lumières sont si importantes pour le diagnostic des inflammations osseuses et de la nécrose qui n'est jamais le résultat de l'ossite de l'os mort, que je crois devoir résumer ici les caractères des différentes espèces de séquestre, jusqu'à présent confondues les unes avec les autres.

Parallèle des divers séquestres. Les séquestres sont vasculaires et enflammés, ou invasculaires et non enflammés. Les vasculaires sont piquetés de rous vasculaires ronds qui manquent dans les autres et qu'il ne faut pas confondre avec des ouvertures aréolaires non arrondies. Les séquestres vasculaires sont ceux de l'ossite érodante simple ou momentanée, qui tend à la guérison et guérit promptement, et ceux de l'ossite ulcérante ou carie, qui a peu ou point de tendance à la guérison. Les séquestres enflammés sont, les uns raréfiés, mous, friables ou fragiles, se laissant traverser par un stylet : ce sont ceux de l'ossite raréfiante et de la carie molle; les autres sont plus denses et plus durs que les premiers, en sorte qu'ils résistent sans céder à la pression d'un stylet ou même d'une épingle à cheveux : ce sont ceux de l'ossite condensante et de la carie dure qui se distinguent l'une de l'autre, la première par sa tendance à guérir, la deuxième par la tendance contraire.

Les séquestres non vasculaires et non enflammés sont ceux de la nécrose. Comme ils meurent sans être enflammés (quoique, à la rigueur, ils puissent quelquefois mourir après l'avoir été), ils ont tous les caractères de l'os dans l'état sain. Ainsi, pour plus de clarté encore, en voici le tableau. Les séquestres sont :

1° Enflammés, et viennent de l'ossite momentanée et érodante, raréfiante ou condensante ; de l'ossite ulcérante, de la carie molle ou dure ;

2° Non enflammés, et proviennent de la nécrose, qui est toujours dure, sèche et invasculaire.

A ces caractères, que j'ai opposés les uns aux autres, pour rendre le diagnostic plus simple et plus clair, je dois en joindre quelques autres pour le rendre plus certain.

Les séquestres durs des tissus spongieux et canaliculaire de l'ossite condensante, de la carie dure et de la nécrose, sont parfois très difficiles ou impossibles à distinguer, parce que ces tissus étant normalement criblés de trous vasculaires nombreux, il est très difficile d'apprécier si, dans ces séquestres, il s'en trouve réellement plus que dans l'état sain. Parfois, dans l'ossite condensante et la carie dure, les parois des canalicules et des aréoles osseuses sont évidemment plus épaisses, hypertrophiées, et, par suite, les trous et canalicules vasculaires sont plus rétrécis, tandis que, dans la nécrose, ils sont tout à fait à l'état normal ; alors la distinction est possible. Mais il faut toujours beaucoup d'habitude et d'attention pour ne pas se méprendre à cet égard. Ai-je besoin d'ajouter que, pour bien observer tous ces séquestres, on doit les laver jusqu'à les dépouiller entièrement du sang et du pus qui les salissent, puis les sécher proprement.

Lorsque les séquestres sont pulvérulents, ou si petits qu'on ne peut y trouver, même à la loupe, les caractères visibles de la carie et de la nécrose, on peut quelquefois y parvenir par d'autres caractères, par exemple, par la consistance ou la dureté des séquestres, par la durée de la maladie. En effet, les séquestres pulvérulents ou granulés sont friables ou durs. Les friables se brisent, s'écrasent entre les doigts et appartiennent à la carie molle et jamais à la nécrose. Ceux qui sont durs peuvent venir de la carie dure ou de la nécrose ; mais la première affection dure bien plus longtemps que la seconde, parce qu'elle a bien moins de tendance à la guérison, et que l'érosion osseuse continue après l'expulsion des séquestres.

Lorsque les séquestres sont encore emprisonnés dans l'os qui les enveloppe, on peut encore en reconnaître certains caractères, par exemple, leur pluralité, leur étendue, leur direction, leur poli, leur consistance, leur mobilité, leur primarité ou secondarité, qu'on me passe ces expressions. On reconnaît qu'il n'y en a qu'un, lorsqu'il y a plusieurs ouvertures naturelles ou artificielles très écartées dans un os, que le moindre mouvement imprimé au séquestre se manifeste ou se répète exactement à toutes les ouvertures, et qu'on peut en constater directement l'existence par la vue ou par l'intermédiaire d'un stylet et du toucher, ou d'un stylet et de l'œil qui en constate les mouvements communiqués. Il y en a plusieurs, au contraire, quand on peut les mouvoir chacun en particulier et non l'un par l'autre. Ils sont très étendus, quand ils s'étendent d'un orifice à une ouverture osseuse très écartée. Ils sont parallèles aux surfaces d'un os, lorsqu'ils se montrent à des profondeurs sensiblement égales dans un os, ou obliques, quand ils font un angle avec ces surfaces et tendent à sortir de l'os. Ils sont polis, quand le stylet glisse facilement à leur surface ; rugueux dans le cas contraire ; friables, fragiles, raréfiés, quand ils se laissent traverser par le stylet qui les presse ; mobiles, quand il y a possibilité de leur communiquer des mouvements ; primaires, quand, après qu'ils sont sortis les premiers, on en trouve un second rugueux, invasculaire, inenflammé, qui est mort secondairement et se séparera plus tard, comme on le voit dans les nécroses multiples et profondes.

Le *pronostic* de la nécrose est, sous le rapport des causes, moins grave pour celle qui est produite par la syphilis, par des périostites, des moélites de même nature, ou par des destructions du périoste peu étendues, que pour celle qui tient à une autre cause ou est très étendue. Il est beaucoup plus grave pour les nécroses déterminées par des violences extérieures considérables, comme celles des amputations, des plaies d'armes à feu, des fractures compliquées et comminutives.

Le pronostic de la nécrose vraie n'est point grave à la première période, période de mortification ; il peut être très grave aux deuxième et troisième périodes d'élimination et de reproduction, suivant l'étendue, l'intensité de l'inflammation éliminatoire, l'abondance de la suppuration, la vivacité de la fièvre. La nécrose peut entraîner la mort par le même mécanisme, à la période d'expulsion du séquestre, si celui-ci, n'étant pas entraîné par la suppuration, ne peut être extrait sans de grands dangers par le secours de l'art, et détermine une suppuration épuisante avec une fièvre hectique colliquative. Quelquefois alors, cependant, la suppuration prolongée et modérée n'affaiblit pas plus le malade qu'un ulcère ou un exutoire, et n'en compromet pas plus la vie.

Le pronostic dépendant des caractères matériels de la nécrose est aggravé par la grosseur, la profondeur, l'étendue, la complication ou l'irrégularité, la solidité des séquestres, par leur invagination, et surtout par leur multiplicité et leur profondeur à la fois, comme dans les nécroses multiples, compliquées et profondes. Il est, au contraire, de moins en moins grave dans les circonstances opposées. Le voisinage d'un organe important et délicat l'aggrave encore.

Traitement préventif de la nécrose. Lorsqu'un malade est affecté de nécrose syphilitique, s'il éprouve des douleurs et un gonflement local analogues à ceux qu'il a déjà éprouvés, on peut craindre une nouvelle nécrose, et si l'on n'avait pas eu recours déjà au traitement antisyphilitique, on devrait se hâter de le faire. Dans un cas semblable, un traitement préventif est possible et raisonnable. Mais cette possibilité pour toute autre nécrose est bien douteuse, à moins qu'il ne s'agisse d'une nécrose scorbutique. On peut appeler aussi, à la rigueur, du nom de *traitement préventif* le soin qu'on prend de conserver le périoste dans les opérations faites sur les os, des chairs en quantité suffisante pour le recouvrir, le pansement par lequel on revêt de parties molles un os dénudé, après l'avoir nettoyé de la poussière et des corps irritants qui pourraient s'être attachés à sa surface, ou le pansement qu'on y fait avec des topiques doux, du linge cératé, par exemple, si les chairs font défaut. Lorsque la périostite ou la moélite, qui causent si souvent la nécrose, sont vives, c'est assurément faire un traitement préservatif rationnel de la nécrose, que de recourir activement aux antiphlogistiques locaux et surtout aux sangsues, car, si l'on prévient le décollement et la suppuration étendues du périoste ou de la moelle, on pourra prévenir les nécroses externes et internes, si communes dans les os des amputés après la périosso-moélite, ou du moins en diminuer l'étendue. On devrait cependant ne pas abuser de ce traitement, si la nécrose menaçait d'être considérable et longue à s'accomplir, parce qu'elle entraînerait une suppuration épuisante dangereuse. Dans un os sous-cutané, comme le tibia, je ferais volontiers des incisions cutanées qui iraient jusqu'à l'os et du haut en bas, pour dégorger immédiatement le périoste. Lorsque les douleurs et le gonflement local sont modérés, qu'il n'y a pas de fièvre prononcée, les topiques émollients, gras, onctueux et calmants suffisent (Tenon, *Ac. des sc.*, 1758) ; mais les topiques irritants ne conviennent jamais : ils ne font qu'étendre la nécrose, soit parce qu'ils augmentent la périostite, la moélite, soit par un autre mécanisme. C'est ce qu'ont prouvé les expériences directes de Tenon, qui a dénudé et nécrosé des os en les pansant avec des topiques irritants, tandis qu'ils ne se nécrosaient pas pansés avec des topiques doux.

Traitement curatif. Lorsqu'il y a suppuration locale, fluctuation évidente, hâtez-vous de donner issue à la suppuration, pour qu'elle n'augmente pas les désordres locaux, les décollements et la suppuration du périoste et parfois de la moelle, puis dilatez l'ouverture que vous avez faite pour favoriser l'écoulement des séquestres qui peuvent être détachés.

Lorsque des parties d'os dénudées restent indéfiniment à la place qu'elles occupent, sans se séparer ni devenir mobiles, que leur mort est incertaine, qu'elles entretiennent la suppuration et empêchent la cicatrisation, comme dans les périossites ulcérées ou les ulcères osseux décrits plus haut, après un ou deux mois d'efforts inutiles pour y développer un commencement de guérison, on peut cautériser la partie dénudée avec le fer rouge, pour en amener la mort et l'élimination. Suivant l'épaisseur de l'os, on le cautérise une, deux ou trois fois de suite, en refroidissant l'os à chaque fois, au moyen d'éponges mouillées, pour éviter d'enflammer la molle ou

tout organe qui pourrait en souffrir par voisinage. Mais il est inutile de perforer l'os à une certaine profondeur pour y développer l'inflammation éliminatoire; cette antique opération n'a jamais eu de succès, tandis que la cautérisation, faite avec les précautions ordinaires, m'a très bien réussi. Lorsqu'un os dénudé et extérieur est en partie séparé des parties vivantes par une rainure éliminatoire, la cautérisation n'est indiquée que lorsque la séparation entraîne une suppuration épuisante dangereuse par sa longueur, et que l'on peut pratiquer cette opération.

Lorsqu'un séquestre est mobile, et qu'il est trop considérable pour s'écouler, entraîné par la suppuration, il faut l'extraire. S'il n'est retenu que par les parties molles extérieures, il suffit d'agrandir convenablement l'ouverture trop étroite qui le retient, de le tirer un peu avec une pince ou les doigts, ou bien de le briser avec une ou deux pinces pour l'extraire par partie. Lorsque ce séquestre mobile est arrêté dans une ouverture osseuse trop étroite, découvrez-la par une incision cruciale, ellipsoïde, ou en T, des parties molles; puis agrandissez l'ouverture osseuse au moyen d'une scie appropriée, comme celles de Heyne ou de Charrière, ou au moyen d'une ou plusieurs couronnes de trépan qui permettent de couper l'intervalle, soit avec le ciseau et le maillet de plomb, soit avec des scies petites et fines. On pratique parfois l'opération plus simplement : on applique plusieurs couronnes à la suite les unes des autres, et en les faisant empiéter les unes sur les autres. Ce procédé est un des meilleurs. Pendant l'opération, ménagez le nouvel os et sa membrane interne avec le plus grand soin, car, en la déchirant, on expose le malade à de nouvelles nécroses. S'il y a dans le nouvel os plusieurs ouvertures peu distantes les unes des autres, on peut encore souvent, en faisant sauter le pont qui les sépare, ouvrir une large et commode issue au séquestre. En général, il faut n'enlever dans ces opérations que ce qui est absolument nécessaire de peur de trop affaiblir l'os et de l'exposer à se fracturer ensuite, car l'os ne répare pas ces lacunes.

Lorsque l'os, affaibli par une grande ouverture et plus ou moins ramolli au niveau de cette ouverture, vient à se courber de manière à favoriser l'issue du séquestre, l'opération peut être plus facile et n'exiger qu'une simple extraction.

Si la gravité d'une nécrose était telle qu'on ne pût ni enlever le séquestre, ni arrêter une suppuration épuisante, qui amènerait la fièvre hectique et exposerait le malade à la mort, il y aurait alors nécessité d'amputer, dans le cas, bien entendu, où la nécrose appartiendrait à un os amputable.

Lorsqu'un séquestre est sorti spontanément ou par extraction, que la cavité qu'il laisse est étroite et profonde, on doit donner à la partie une situation qui favorise l'écoulement du pus, et, au besoin même, y faire des injections d'eau tiède et un pansement préservatif avec du linge cératé, de la charpie, des compresses et une bande. Lorsque l'habitation du séquestre est à nu et plus ou moins largement ouverte, préférez un pansement avec bandelette cératée sur les bords de la plaie, charpie dans la cavité et par-dessus, puis avec compresses et bandes. Si l'os de réparation était faible, on pourrait même y appliquer un appareil contentif, pour prévenir une fracture. Dans tous les cas, le régime diététique et médical sera subordonné à l'état général du malade.

DE L'INFLUENCE DE L'ÉLECTRISATION LOCALISÉE SUR L'HÉMIPLÉGIE RHUMATISMALE DE LA FACE. — DE LA CONTRACTURE MUSCULAIRE COMME TERMINAISON FRÉQUENTE DE CETTE AFFECTION. Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, par le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE.

(Voir les numéros 40 et 41.)

B. *Signes diagnostiques de la contracture des muscles dans l'hémiplégie rhumatismale de la face.* S'il est une maladie à laquelle on doive appliquer cette maxime : *Principiis obsta*, c'est certainement la contracture des muscles de la face ; car, à un certain degré, elle est incurable et peut être aggravée, comme je l'ai déjà dit, par certaines médications. Pour la prévenir, il faut la diagnostiquer à temps, et ce n'est pas toujours facile. C'est dans quelques-uns de ses symptômes précurseurs qu'il faut chercher les signes qui annoncent le début de cette affection musculaire.

1° *Un spasme qui survient dans un muscle paralysé de la face sous l'influence d'une excitation artificielle, est un signe précurseur de la contracture de ce muscle.* Cette proposition m'a été démontrée par des faits nombreux. J'en vais rapporter plusieurs.

OBS. VII. — Mademoiselle X, voyageant sur un chemin de fer, reçoit, les glaces de son wagon étant entr'ouvertes, un courant d'air sur le côté droit de la face. — Elle est immédiatement frappée d'hémiplégie faciale de ce côté. Un médecin, croyant à l'existence d'un affection cérébrale, la saigne presque immédiatement. — D'autres moyens (sangsues, vésicatoires, strychnine) sont employés sans résultat pendant plusieurs semaines, après lesquelles je suis appelé à lui donner des soins. Je trouvai la paralysie aussi complète que possible; la contractilité électro-musculaire était profondément altérée. Je jugeai opportun le traitement par l'électrisation localisée.

A la première application que j'en fis, le muscle pinnal radié se contractura ; le nez resta pincé de ce côté, et en même temps la naissance du sillon naso-labial, qui n'était plus apparent depuis la paralysie, se creusa profondément; mais quelques secondes après l'excitation, tout avait disparu, c'est-à-dire que, par la perte ou tonicité du pinnal radié paralysé, l'enfoncement qui, à l'état normal, se voit derrière l'aile du nez, était soulevé à droite, et que le sillon naso-labial était, comme auparavant, entièrement effacé. Le spasme momentané du pinnal radié fut pour moi le signe certain de la contracture prochaine de ce muscle, dont la contractilité tonique était cependant alors abolie, et je dirigeai mon traitement dans cette prévision, comme je le dirai plus tard. Je prévins la famille de ce qui devait arriver, ou plutôt de ce qui arriva; en effet, ce muscle s'est contracturé, chez cette demoiselle, avec une portion de l'élévateur de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, ce qui vieillit ce côté de la face et le fait grimacer.

Il suffit quelquefois d'une légère friction ou d'un massage pratiqué sur les muscles paralysés, pour provoquer ce spasme précurseur de la contracture.

OBS. VIII. — Madame Varmot, rue d'Ulm, n° 7, est frappée d'hémiplégie faciale droite à la suite d'un courant d'air. — Distorsion de la face du côté droit et perte complète des mouvements annonçant une lésion de la septième paire, confirmée par la perte de la contractilité électrique des muscles paralysés. — Une légère friction pratiquée sur la face interne de la joue droite détermine la contracture du petit zygomatique et du faisceau du buccinateur qui s'attache au bord alvéolaire supérieur, laquelle a pour effet d'accentuer davantage le sillon naso-labial et le sillon de la commissure.

Après trois mois de traitement, les mouvements volontaires sont à peu près revenus. L'expression habituelle est égale de chaque côté pendant le repos musculaire, mais le petit zygomatique et le faisceau du buccinateur sont légèrement contracturés.

2° *Le retour rapide de la force tonique dans un muscle de la face paralysé et privé de sa contractilité électrique, annonce généralement sa contracture prochaine.* Le spasme précurseur de la contracture musculaire n'existe malheureusement pas toujours; de sorte qu'on ne reconnaît cette affection que lorsqu'elle a déjà déformé les traits. Cependant, j'ai remarqué que les sujets chez lesquels la contracture s'est déclarée, avaient recouvré la tonicité de leurs muscles paralysés plus rapidement que ceux qui n'avaient pas eu de contracture. Ainsi, j'ai dit précédemment que les muscles dont la contractilité électrique était abolie recouvraient leur tonicité bien avant les mouvements volontaires. Cette première période de retour de la tonicité à l'état normal a lieu ordinairement dans un certain ordre. Il faut, en général, deux à trois semaines dans la paralysie de la septième paire au deuxième degré pour que le premier mouvement tonique se manifeste. C'est d'abord le buccinateur qui paraît avoir le plus de tendance à recouvrer sa puissance tonique; après lui viennent le grand zygomatique, le petit zygomatique, l'élévateur commun de l'aile du nez et de la lèvre supérieure, le pinnal radié, le carré, le triangulaire des lèvres, le releveur de la houppe du menton, l'orbiculaire des lèvres, l'orbiculaire des paupières, le frontal et le sourcilier, le triangulaire du nez et le dilatateur de l'aile du nez. Ces détails ont une importance réelle, car j'ai remarqué que si un de ces muscles paralysés de la face reprend plus rapidement que d'ordinaire sa tonicité (dans le

premier septénaire), et surtout quand ce muscle retrouve cette propriété, pour ainsi dire avant son tour, j'ai remarqué, dis-je, que ce phénomène, heureux en apparence, était le commencement d'une contracture qui ne tardait pas à accentuer les traits davantage qu'à l'état normal, puis à s'aggraver progressivement. J'indique donc ce retour rapide et insolite de la puissance tonique dans un muscle paralysé de la face comme un signe probable de la contracture prochaine de ce muscle, signe précieux de diagnostic dans l'absence du spasme musculaire.

Quelques malades ont éprouvé des douleurs névralgiques siégeant dans les divisions de la cinquième paire. Chez d'autres sujets les muscles étaient sensibles à la pression ; mais ce n'était qu'une complication dont on ne pourrait faire un signe diagnostique, car la plupart des malades affectés de contracture n'ont pas éprouvé la moindre souffrance.

On verra bientôt combien il importe au médecin de reconnaître les signes précurseurs de la contracture musculaire, quand il est appelé à juger l'opportunité de l'emploi de l'électrisation localisée ou à indiquer le mode d'application qu'il convient de choisir dans le traitement de l'hémiplégie rhumatismale de la face.

3° *Symptômes de la contracture musculaire consécutive à la paralysie de la septième paire.* J'ai dit ci-dessus, en exposant les signes précurseurs de la contracture qui survient dans le cours d'une paralysie de la septième paire, que les traits ou quelques-uns des traits primitivement affaissés reprennent progressivement leur expression naturelle par le retour de la contractilité tonique dans les muscles paralysés, et que ces traits se prononcent de plus en plus.

Si la contracture se déclarait à la fois dans tous les muscles paralysés de la face, la physionomie prendrait une expression tellement étrange, que l'attention en serait immédiatement frappée ; mais c'est toujours partiellement que les muscles sont frappés au début de cette affection, alors même qu'elle doit se généraliser par la suite ; il faut une assez grande attention pour la diagnostiquer quand elle se fixe dans certains muscles. On la reconnaît facilement si elle se montre dans le grand ou le petit zygomatique. Dans le premier cas, la commissure est plus élevée, pendant le repos musculaire, du côté malade que du côté sain ; dans le second cas, la ligne naso-labiale est plus creuse et plus arrondie ; mais quand la contracture établit son siége dans d'autres petits muscles, comme le pinnal radié, le transverse du nez, le releveur de la houppe du menton, etc., le diagnostic exact de cette affection devient difficile si l'on ne connaît pas exactement l'action individuelle des muscles. Je me trouvais dans d'excellentes conditions pour observer ces contractures partielles des muscles de la face ; car ayant produit par l'électrisation localisée chacune des contractions individuelles de ces muscles, je connaissais parfaitement l'expression qui leur est propre, depuis le premier degré jusqu'au degré le plus avancé de la contraction. Ces expressions, ou plutôt ces signes caractéristiques de la contraction individuelle des muscles sont, on le conçoit, ceux de la contracture. Pour la description de ces signes de la contraction ou de la contracture individuelle des muscles, je renvoie le lecteur au mémoire dans lequel j'ai exposé l'étude de l'action individuelle et des fonctions des muscles de la face par l'électrisation localisée (1).

En même temps ou après que les muscles paralysés de la face se sont contracturés, on les voit ordinairement recouvrer leurs mouvements volontaires.

Une fois seulement, j'ai observé une paralysie rhumatismale de la septième paire, qui, après quatre ans, était encore complète, et dans laquelle quelques-uns des muscles paralysés étaient contracturés. En voici la relation abrégée.

Obs. IX. — M. X..., horloger, après avoir été exposé à un courant d'air, eut le côté droit de la face immédiatement paralysé. Après quatre ou cinq semaines de traitement, M. X..., dont les traits avaient été complétement affaissés du côté paralysé, vit sa commissure droite remonter progressivement au niveau de celle du côté sain. Il crut alors à sa guérison prochaine ; mais il attendit en vain le retour de ses mouvements volontaires. Il renonça, trois mois après, à toute espèce de traitement. Sa commissure droite, qui était restée d'abord quelques jours au niveau de la commissure gauche, continua à s'élever, quoique lentement, en se portant en dehors.

Quatre ans après son accident, je constatai chez M. X... une contracture du grand zygomatique droit. En effet, pendant le repos musculaire, la commissure droite des lèvres est tellement tirée en dehors et en haut, que M. X... semblait s'abandonner à une gaieté folle. Mais si on le regardait en face, on remarquait que la commissure gauche n'était pas plus élevée qu'à l'état normal, et qu'elle était un peu attirée vers la ligne médiane avec toute la joue gauche (côté sain). Malgré cet état de contracture, les muscles du côté droit étaient restés privés de tous mouvements volontaires. Ainsi, lorsqu'il rit la commissure droite, qui auparavant était très élevée et tirée en dehors, et qui avait attiré de son côté la commissure gauche, était entraînée à son tour vers la ligne médiane par la contraction du grand zygomatique sain. Il en résultait que le côté droit de la face, qui, chez M. X..., avait une expression de gaîté folle, même quand il était sous l'influence d'une impression triste, devenait très sérieux quand il éprouvait de la joie, laquelle était seulement exprimée du côté gauche. Ce contraste entre les deux côtés de la face, que l'on voit toujours comme animés par des sentiments contraires, exprimant la gaieté à gauche et la tristesse à droite, et *vice versâ*, donne à la figure de M. X... la physionomie la plus singulière. Enfin j'ai constaté que la contractilité électrique était très notablement diminuée dans ses muscles paralysés.

Le fait que je viens de rapporter a, sous un certain rapport, quelque analogie avec l'observation de Vaneuille (obs. V), qui aussi avait une contracture du grand zygomatique et offrait le même contraste entre les deux côtés dans l'expression de la face à l'état de repos. Mais ce dernier, on se le rappelle, avait recouvré une grande partie de ses mouvements volontaires du côté contracturé ; de sorte qu'il riait des deux côtés à peu près également.

Les muscles contracturés se rétractent quelquefois à la longue, et alors ce n'est plus une simple difformité de la face qui tourmente les malades, c'est une gêne considérable dans les mouvements.

Obs. X. — En 1851, un confrère me présenta un de ses clients, M. X..., demeurant rue d'Alger, n° 5, qui avait été affecté, deux ans auparavant, d'une hémiplégie faciale gauche, occasionnée par un courant d'air. Ses mouvements étaient revenus incomplétement ; sa joue, primitivement flasque et gonflée, était devenue roide et s'était aplatie progressivement. Cette roideur lui occasionnait une gène continuelle pour tous les mouvements de la face ; l'écartement des mâchoires était plus limité. En portant le doigt dans la bouche, je sentis une sorte de corde dure formée évidemment par le buccinateur rétracté, et tellement saillante en dedans que le malade se mordait la joue quand il rapprochait les mâchoires, ce qui lui causait une grande gêne pendant la mastication.

On se rappelle aussi que mademoiselle X... (observation VI) éprouvait également une très grande gêne de la rétraction de son buccinateur, et que de plus son orbiculaire des paupières était rétracté au point que la cornée en était en partie couverte.

Je ne crois pas devoir décrire les signes de rétraction de chacun des muscles de la face, puisqu'ils sont ceux de la contracture arrivée à ses dernières limites, et qu'elle en diffère seulement par l'impossibilité où l'on est de la faire disparaître par des tractions exercées sur les muscles dans le sens de leur longueur. Si je me suis arrêté aussi longtemps à la contracture consécutive à la paralysie rhumatismale de la septième paire, alors que j'ai à exposer uniquement l'influence thérapeutique de l'électrisation localisée sur cette paralysie, c'est que l'étude de l'une est inséparable de l'autre, qui en est une des terminaisons ordinaires, ainsi que je viens de le démontrer ; c'est que l'histoire de la contracture consécutive à la paralysie de la septième paire n'ayant pas encore été écrite, que je sache, je devais prouver son existence et sa fréquence, en faire connaître les symptômes et la marche, en même temps que j'en posais le diagnostic. Je l'ai fait incidemment et aussi rapidement que possible, sans perdre de vue la question de thérapeutique qui est le sujet principal de cet article, et que je puis maintenant traiter plus complétement, comme on le verra bientôt.

(La suite au prochain numéro.)

(1) Ce travail sera publié dans mon *Traité sur l'électrisation localisée*. En attendant le lecteur trouvera ces faits exposés dans la dernière édition du *Traité d'anatomie descriptive* de M. le professeur Cruveilhier.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

ANATOMIE COMPARÉE. — *Mémoire sur les organes génitaux des mollusques acéphales lamellibranches*, par M. *Lacaze-Duthiers*. — L'auteur a reconnu que chez ces animaux la séparation des sexes est la condition la plus fréquente ; l'hermaphrodisme est la plus rare. Il distingue les lamellibranches en deux groupes : les *dioïques* et les *monoïques*.

Dans les dioïques, l'appareil femelle, réduit à la glande seule, se compose de deux ovaires, ayant chacun son orifice, ses canaux excréteurs et ses culs-de-sac sécréteurs. L'œuf se développe dans les cellules des parois de ces derniers ; il renferme les mêmes parties que ceux des autres animaux.—L'appareil mâle se compose de deux testicules, qui sont, comme les ovaires, des glandes acineuses.

Dans les lamellibranches monoïques, certaines espèces ont les glandes des deux sexes bien séparées les unes des autres, tandis qu'il en est d'autres où le mélange et la confusion sont complets. Dans le premier cas, il existe deux glandes de chaque côté ; dans le second cas, le mélange est tel qu'il est bien difficile de pouvoir affirmer si un même tube sécréteur produit à la fois les œufs et le sperme.

Dans les lamellibranches dioïques, la fécondation doit se faire par l'intermédiaire de l'eau. Les mollusques monoïques doivent se féconder eux-mêmes.

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Observations sur les matières colorantes des fleurs*, par M. *Filhol*.

CHIMIE LÉGALE. — *Nouvelles recherches sur l'arsenic dit normal*, par M. *Filhol*. — Les recherches de l'auteur le conduisent aux résultats annoncés par MM. Danger et Flandin, c'est-à-dire à nier une nouvelle fois l'existence de l'arsenic dit *normal*. (*Comm.*, MM. Pelouze, Regnault, Balard.)

NOMINATIONS.—Au premier tour de scrutin, M. *Schimper*, ayant obtenu la majorité des suffrages, est déclaré élu membre correspondant pour la section de Botanique, en remplacement de M. *Moquin-Tandon*, nommé membre titulaire.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 25 JUILLET 1854.

M. *Depaul*. Avant de chercher à résumer la discussion soulevée par mon rapport sur le *traitement des déviations utérines par les redresseurs internes*, avant de répondre à quelques-unes des objections qui m'ont été adressées par plusieurs des orateurs qui ont pris la parole, j'ai besoin de constater que, dans la circonstance actuelle, on a bien plus parlé à propos de la question que sur la question elle-même.

Après avoir ramené le débat à ses véritables termes, l'orateur établit qu'il est resté dans les limites de son mandat. On m'a reproché, dit-il, de n'avoir pas fait l'histoire complète de chacun des déplacements, de n'avoir pas tracé leur diagnostic différentiel, de n'avoir pas suffisamment décrit les névralgies de la matrice ou de ses annexes, etc. Mais pouvais-je étendre indéfiniment le cadre de mon travail, et vous apporter ici un traité complet sur la pathologie utérine ?

On m'a reproché encore, sinon dans cette enceinte, au moins dans certain organe de la presse, d'avoir fait intervenir la pratique et les doctrines d'un confrère qui n'avait pas demandé à être jugé par vous. Mais n'est-ce pas volontairement que M. Valleix, au contraire, est intervenu dans le débat, et qu'il est venu réfuter ici les faits de MM. Cruveilhier et Broca ? Comment ose-t-on dire ensuite que nous n'étions pas saisis de la pratique de M. Valleix, et par M. Valleix lui-même ?

Notre collègue, M. Huguier, partage à peu près mes opinions touchant les redresseurs intra-utérins. Cependant il admet qu'on pourra se servir de ces instruments contre les déviations qui auront résisté aux autres moyens curatifs ; mais il veut que l'on s'arrête devant le plus léger malaise. Je soutiens qu'avec ces deux conditions, on ne rencontrera jamais d'occasion favorable. Je n'en veux pour preuve, d'ailleurs, que la pratique de notre collègue lui-même, qui, depuis longtemps déjà, a complétement abandonné la méthode, soit à cause de ses dangers, soit à cause de son impuissance à produire un redressement définitif.

Quant à l'emploi du pessaire intra-utérin que M. Huguier conseille encore pour certains cas d'aménorrhée, je ne puis l'approuver ; car ces suppressions de règles qui compromettent la santé et la vie des femmes sont des faits extrêmement rares, et il en est peu qui résistent à une médication convenable. Puis le redresseur provoque, dans un grand nombre de cas, des écoulements sanguins et même des pertes graves, qu'il faut bien se garder d'assimiler à de véritables règles.

J'accepte la plupart des choses qui ont été énoncées par M. Huguier sur l'étiologie, la symptomatologie et le traitement des déviations utérines. Mais bien qu'il admette que la vérité est entre ceux qui ont exagéré l'influence des déplacements sur la santé et ceux qui ont trop restreint leur importance en pathologie, je demeure convaincu qu'il y a eu, dans l'opinion des partisans des redresseurs, une grande exagération, et c'est avec leurs propres observations que je crois l'avoir établi.

Je n'avais dit nulle part que les déviations n'étaient jamais une cause de stérilité. J'ai pensé, au contraire, que les flexions surtout pouvaient opposer un obstacle à la fécondation.

Mais les déviations utérines sont-elles incurables ? Personne ne l'a soutenu d'une manière absolue. S'il est vrai qu'il y en a un bon nombre contre lesquelles toutes les tentatives viennent échouer, il en est d'autres qui disparaissent avec une grande facilité, par cela seul qu'on a triomphé de la cause qui les avait engendrées.

Quant à la thérapeutique de ces différentes lésions, envisagée d'une manière générale, si l'on constate une lésion quelconque, avec ou sans déplacement, c'est elle d'abord qu'il faut chercher à faire disparaître. Dans quelques cas, on peut s'aider utilement de certains moyens mécaniques, et recourir à des médications générales qui constituent des auxiliaires puissants. Si, au contraire, on reconnaît une déviation simple, c'est à elle qu'il faut s'adresser exclusivement, après s'être assuré toutefois qu'un état névralgique ne donnait pas l'explication des accidents observés.

J'ai peu de remarques à faire sur le discours si éminemment pratique de M. Hervez de Chégoin. Cependant je lui ferai observer que je n'ai pas écrit : *Que les déplacements de l'utérus ne méritaient aucune importance, et qu'ils ne produisaient aucun accident.* J'ai déjà vu assez de malades pour savoir qu'il n'en était pas ainsi. Personne ici, que je sache, n'a déclaré non plus *que les déplacements de la matrice n'étaient que la conséquence d'un état pathologique de cet organe, dont la guérison faisait disparaître la déviation*.

Je diffère d'opinion avec M. Hervez, en ce que, tandis qu'il considère les déviations utérines exemptes de toute autre complication, et produisant cependant des symptômes fâcheux, comme des conditions qui se rencontrent assez fréquemment, je les crois assez rares.

M. Hervez a été encore plus sévère que moi dans le jugement qu'il a porté sur les pessaires intra-utérins, et il frappe la méthode d'une réprobation définitive.

Relativement au traitement, je ne saurais qu'approuver la plupart des conseils éminemment pratiques donnés par l'orateur.

J'arrive à l'argumentation de l'honorable M. Cazeaux. Il a débuté en déclarant qu'il était complétement édifié sur les dangers très sérieux de l'emploi des redresseurs intra-utérins. Je n'accepte pas le reproche qu'il m'a fait de n'avoir dirigé mon enquête que sur les faits malheureux. J'ai frappé à toutes les portes, et je n'ai pu recueillir que des témoignages de l'impuissance ou des dangers de la nouvelle méthode. J'ai parlé dans mon rapport des abaissements de l'utérus ; c'est donc à tort que M. Cazeaux m'a reproché de n'en avoir rien dit.

Après avoir rappelé la partie de son rapport où l'orateur cherche à prouver qu'on a singulièrement exagéré l'influence des déviations sur la santé des femmes, M. Depaul s'attache à réfuter l'objection contradictoire de M. Cazeaux, fondée sur l'innocuité apparente de certaines lésions graves, qui n'éveillent pas même l'attention des malades. Les *écoulements* qui accompagnent ces altérations, et dont M. Cazeaux paraît faire si bon marché, ne doivent pas être considérés comme une circonstance insignifiante par un médecin attentif, pas plus qu'un écoulement insolite de la muqueuse nasale, oculaire, rectale, etc. On n'est donc pas fondé à dire que beaucoup d'affections utérines existent sans donner lieu à aucune manifestation, tandis que mes observations, celles de M. Gosselin et beaucoup d'autres, prouvent sans réplique qu'il y a un très grand nombre de femmes qui ont des déviations de toute sorte, et des plus prononcées, sans souffrances, sans symptômes, sans accidents pathologiques. Le déplacement alors est une simple difformité sans importance.

Quand j'ai dit que dans les cas où il existait simultanément une déviation et une autre altération de l'organe, il était rationnel de négliger, au moins provisoirement, la déviation, pour ne diriger une thérapeutique active que contre la lésion inflammatoire ou névralgique, M. Cazeaux ne m'a opposé que des dénégations dont quelques-unes pèchent par l'exagération. Il a trop oublié que j'appuyais mon assertion, non seulement des faits de ma pratique, mais encore de l'expérience de MM. Gosselin, Malgaigne, Notta, Aran, Huguier, Nonat, Hervez de Chégoin, etc.

La pratique de M. Cazeaux lui-même est en désaccord avec la théorie qu'il défend. Car dans l'observation qu'il a bien voulu me communiquer, il s'est trouvé en présence d'un engorgement du col avec ulcération, le tout compliqué d'abaissement et de rétroversion de la matrice ; et c'est

de la maladie du col qu'il s'est occupé avant de se servir du pessaire Gariel pour combattre le déplacement.

M. Cazeaux m'accorde que les partisans du redresseur ont beaucoup exagéré l'importance des déviations, mais il me conteste le droit d'en tirer une déduction qui m'a paru légitime.

Je n'ai pas, d'ailleurs, été aussi absolu qu'il a bien voulu le dire ; j'ai accordé aux divers déplacements une part d'influence dans un certain nombre de cas : j'ai même indiqué les moyens qui pouvaient convenir dans ces circonstances variées.

J'ai combattu les idées nouvelles émises par MM. Boullard et Verneuil sur la direction normale de l'utérus. M. Cazeaux, qui accepte ces résultats pour la période fœtale et pour les premières années de la vie, s'appuie sur le raisonnement plus que sur des faits. M. Boullard, dans sa thèse, n'admet que deux exceptions sur le fait anatomique, et toutes deux sont relatives à des *fœtus* chez lesquels existait une rétroflexion. Dans sept autres cas, l'antéflexion était peu marquée, mais elle existait cinq fois sur des *fœtus* et deux fois sur des petites filles. Comment, après cela, M. Cazeaux a-t-il pu nous dire, pour donner plus de force à sa manière de voir, que *le nombre des faits exceptionnels était d'autant plus considérable que les sujets se rapprochaient davantage de la puberté?*

Quant à moi, sur douze cadavres d'enfants mort-nés ou qui avaient succombé peu de jours après la naissance, j'en ai rencontré cinq dont l'utérus était parfaitement droit, un où il y avait une rétroflexion, et six dans lesquels la matrice était plus ou moins *courbée* en avant. Je dis courbée, parce qu'ordinairement il y a plutôt une courbure légère qu'une véritable flexion.

Je me suis encore donné beaucoup de peine pour démontrer sans réplique que la direction de l'utérus, constatée à l'autopsie, n'était plus, dans beaucoup de cas, celle qui avait été reconnue quelques heures avant la mort! Aucune de mes preuves n'a obtenu l'assentiment de M. Cazeaux : il prétend que j'ai dû me tromper. Jusqu'à ce qu'il le prouve par des faits, je persisterai dans ma manière de voir.

J'ai beaucoup regretté que notre confrère, qui a trouvé que j'avais été trop sévère à l'égard du cathétérisme utérin, ne nous ait pas fait connaître les précautions à l'aide desquelles, selon lui, on aurait évité les accidents dont j'ai parlé.

Quant à l'hystéromètre, je persiste à croire qu'il faut réserver ce mode d'exploration pour les cas où il est indispensable, et ce ne sont pas les plus nombreux.

M. Cazeaux a terminé son discours par un défi : il est venu proclamer que l'inflammation du tissu propre de l'utérus qu'on décrivait partout n'existait pas, et, de son autorité privée, il a rayé la métrite aiguë et chronique du cadre nosologique. L'expérience des autres, les faits de MM. Velpeau, Chomel, Dance, Fréd. Bird, Broca, ceux que je lui ai fournis moi-même, n'ont pu le convaincre. Il ne croit pas, parce qu'il n'a jamais vu.

Toutefois, je dois à la vérité de dire que, dans l'édition imprimée de son discours, qui a subi de si nombreuses additions, quelques concessions restreintes nous ont été faites : notre collègue n'ose plus dire *jamais*. Encore un peu de patience, et il en sera de son défi à propos de la métrite comme de celui tout aussi malheureux qu'il avait porté à propos de l'albuminurie des femmes éclamptiques.

SÉANCE DU 1er AOUT 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture et du commerce adresse des échantillons d'une source minérale à Seutein (Ariége) et une demande d'analyse. (*Commission des eaux minérales.*)

2. Tableau des vaccinations pratiquées en 1853 dans les départements de la Sarthe, de la Côte-d'Or, des Hautes-Pyrénées. (*Commission de vaccine.*)

3. Communication de : *a.* M. le docteur *Boyer* (anesthésie locale). — *b.* M. le docteur *Baude* (de Contrexeville (préservation du choléra par l'eau minérale de Contrexeville). (*Commission des eaux minérales.*) — *c.* M. le docteur *Bédor* (note sur la marche du choléra à Troyes). — *d.* M. le docteur *Priou* (de Nantes) (quelques réflexions sur le choléra-morbus). — *e.* M. le docteur *Mérier* (sur la marche du choléra dans l'asile d'aliénés de Saint-Dizier). — *f.* M. le docteur *Abeille* (du traitement du choléra par la strychnine). (*Commission du choléra.*). — *g.* M. le docteur *Boulu* (envoi de divers instruments propres à faire l'application du fluide électrique au traitement des engorgements ganglionnaires). (*Commission nommée pour M. Duchenne* (de Boulogne), M. Bouvier, *rapporteur.*) — *h.* M. le professeur *Tigri* (de Florence) (anomalie du muscle tibial postérieur avec dégénérescence graisseuse).—*i.* M. le docteur *Peixoto* (de Rio-Janeiro) (table de la mortalité de cette ville depuis octobre 1852 jusqu'à juin 1854, diminution progressive de la fièvre jaune). (*Renvoyé à M. Gérardin.*) — *j.* M. le docteur *Fayet* (de Bayonne) (réclamation à propos des renseignements sur les bains de mer et les eaux minérales adressés par lui à l'Académie, et faussement attribués à M. Vidal père, décédé). — (*A mentionner au Bulletin.*)

M. le *Président* annonce la mort de M. le professeur *Lallemand*, membre correspondant de l'Académie.

DÉVIATIONS UTÉRINES (*discussion*). — M. *Depaul.* Il faut être peu difficile et se contenter de quelques apparences pour trouver que le discours de M. P. Dubois est favorable au redresseur. A-t-on donc oublié cette déclaration nette et radicale : « Jamais l'utérus infléchi n'est redressé ; jamais l'utérus déplacé n'est remis dans la situation que l'on considère comme normale. » Les assertions et les faits apportés par M. P. Dubois, ceux consignés dans mon rapport, ne laissent pas la moindre incertitude sur ce point : les redresseurs ne redressent pas !

A quoi servent-ils donc ? Dans les faits cités par M. Valleix, où d'autres moyens ont été employés concurremment avec le pessaire intra-utérin, M. P. Dubois ne dissimule pas qu'il attribue aux premiers une grande part dans le succès. Abordant ensuite un point presque entièrement neuf, celui des névralgies utérines, il a cru que peut-être on pourrait tirer parti du pessaire intra-utérin, et l'appliquer comme modificateur de la sensibilité. Il a même supposé que M. Valleix s'en était probablement servi plusieurs fois avec une pareille intention. Je dois dire que cette supposition ne me paraît pas justifiée par les écrits de notre confrère.

M. Paul Dubois proscrit donc les pessaires intra-utérins comme redresseurs. Il les conseille comme modificateurs dans les cas seulement où les autres moyens auront échoué; et encore leur a-t-il donné de nombreux concurrents, les cautérisations, les douches, les bougies emplastiques, la curette de Récamier. Il n'hésite pas à dire qu'une saine et impartiale appréciation des faits engage à exclure le pessaire intra-utérin du traitement de toute phlegmasie utérine un peu étendue.

M. Malgaigne a tellement illustré les descriptions qu'il a faites de ma visite à l'hôpital Saint-Louis que j'ai eu beaucoup de peine à reconnaître mes deux observations et l'enseignement qui en découle. Je raconterai simplement les choses telles qu'elles se sont passées, mais avant je veux reprocher à M. Malgaigne l'importance qu'il accorde à la position horizontale dans le diagnostic des déviations, et à la ceinture hypogastrique dans leur traitement.

Sa confiance dans le critérium qu'il propose est si absolue, que pour lui tout autre moyen d'investigation devient inutile.

Mais voyons où il se trouve conduit par ce système destructeur de ce que j'ai la faiblesse de considérer, avec bien d'autres, comme un guide sûr dans le traitement d'un grand nombre d'affections utérines.

L'orateur raconte sa visite dans le service de M. Malgaigne. Chez la première femme, que M. Malgaigne croyait seulement atteinte d'une antéversion, M. Depaul constate qu'il existait aussi un degré notable d'abaissement : en effet, le col était très près de la vulve et appuyait contre le périnée. L'examen au spéculum, que M. Malgaigne traite d'*instrument barbare*, montre un col rouge, ulcéré, granuleux, recouvert d'un liquide jaunâtre et puriforme. M. Malgaigne n'en persiste pas moins à faire bon marché de l'abaissement et de l'ulcération du col.

La seconde malade devait n'avoir qu'une rétroflexion. D'abord je ne trouvai pas le déplacement indiqué. Mais, en revanche, il y avait un écoulement abondant et jaunâtre, un col utérin volumineux, entr'ouvert, inégal et granuleux; le corps de la matrice était également augmenté de volume, et le spéculum me fit encore découvrir une ulcération plus considérable que chez la première femme.

M. Malgaigne voulut aussi me montrer un exemple de ce qu'il appelle la névralgie des annexes ; c'était un cas où le chatouillement de la face interne du col avait fait merveille.

La malade, qui était accouchée depuis deux mois, éprouvait une douleur vive entre la fosse iliaque droite et le foie, d'où elle s'irradiait dans le bassin et la cuisse du même côté. En appliquant la main sur la région douloureuse, je découvris en ce point une tumeur arrondie, du volume d'une petite orange, mobile, mais évidemment le point de départ de la sensibilité. Pour moi, c'était certainement une tumeur inflammatoire. Cependant la malade se disait très soulagée par le chatouillement du col, comme les deux premières par la ceinture hypogastrique.

Je sortis néanmoins de Saint-Louis avec le regret de n'avoir pu être de l'avis de M. Malgaigne pour aucune des trois malades.

Envisagé d'une manière générale le discours de M. Velpeau peut être divisé en deux parties. Dans l'une, il s'est occupé du pessaire intra-utérin; dans l'autre, il a reproduit ses idées au sujet des déviations utérines.

A voir le zèle que M. Velpeau a mis à défendre la probité scientifique de M. Valleix, son mérite et sa capacité, on aurait pu croire que quelqu'un ici avait cherché à porter atteinte à l'honorabilité de notre confrère ou à

rabaisser sa valeur. De si haut que viennent les certificats de moralité et de capacité, il est des hommes qui n'en ont pas besoin, et M. Valleix est de ce nombre.

En suivant les différentes phases par lesquelles a passé le nouveau traitement mécanique des déviations de la matrice, il est impossible que vous n'ayez pas été vivement impressionnés par le fait suivant : à savoir, que les deux hommes qui les premiers ont eu la pensée d'introduire et de laisser à demeure une tige dans la cavité utérine se sont hâtés, après leur première tentative, d'abandonner complétement une pareille médication.

M. Amussat renonça au pessaire intra-utérin, qu'il avait imaginé le premier, en 1846, après une seconde tentative suivie d'accidents mortels.

Quatre premiers essais réussissent *assez bien* à M. Velpeau. Plus tard il voit survenir des menaces de métrite ou de péritonite, d'ulcérations, de perforations du tissu utérin ; il abandonne aussi le redresseur ; et depuis bientôt sept ans que le nouveau traitement mécanique a été ressuscité en Angleterre et puis en France, M. Velpeau est resté simple spectateur. Il s'est contenté d'employer et de conseiller encore les autres moyens que possède la science.

Comment se fait-il donc qu'aujourd'hui le savant professeur se soit institué le défenseur du même moyen qu'il avait proscrit?

Depuis cette époque, les accidents se sont multipliés avec les tentatives. Bon gré, mal gré, il faut bien que l'on consente à tenir compte de la deuxième partie de mon rapport, où sont consignés les désastres de la nouvelle méthode, métrites, péritonites, abcès pelviens, hémorrhagies, avortements, etc.

Je le déclare, malgré tout le respect que je professe pour mon illustre maître, je ne puis partager son avis.

D'ailleurs l'argumentation de M. Velpeau manquait de cette force pressante qui est si familière à notre savant collègue.

Ainsi M. Velpeau me fait un tort de dire que le pessaire intra-utérin était inutile, parce qu'il trouve que les autres procédés laissent beaucoup à désirer, et qu'il y a lieu de rechercher quelque chose de mieux.

Personne n'a nié que la matrice ne fût maintenue redressée par l'instrument mesurant toute la longueur de sa cavité. Ce qui a été contesté, c'est la persistance du redressement après le retrait de l'instrument. Car il est aujourd'hui bien avéré que, au bout d'un certain temps, la déviation, de quelque nature qu'elle soit, a de la tendance à se reproduire, et se reproduit en effet presque toujours.

Si, comme le dit M. Velpeau, M. Valleix possède une infinité de faits qui prouvent le contraire, je suis étonné qu'il ne les ait pas publiés.

Tout en reconnaissant que les observations que j'ai recueillies dans mon rapport ont démontré que le pessaire intra-utérin pouvait causer des accidents graves, même la mort, M. Velpeau cherche à en faire retomber la faute sur des erreurs de pratique ou de diagnostic, sur un défaut d'habitude ou de précaution. Mais est-il admissible que MM. Valleix, Nélaton, Huguier, Aran, etc., n'aient pas agi en s'entourant de toutes les précautions désirables pour le manuel opératoire? Non. Si quelque chose doit surprendre, c'est que l'utérus ait été si tolérant, lui qui est si prompt à se débarrasser du plus petit corps étranger qui irrite ses parois sans les distendre, d'un caillot, d'un polype, etc. On a paru oublier encore que la matrice n'avait pas, à proprement parler, de cavité, et qu'une tige, quelque courte qu'elle soit, agira sur quelques points de la face interne de l'organe. J'ai donc eu raison de dire qu'une pareille méthode n'était pas rationnelle. Et si M. Velpeau convient que le redresseur n'est pas le *nec plus ultrà* de la thérapeutique des déviations, qu'il n'agira tout au plus que comme *palliatif*, comprend-on qu'il fasse des efforts pour le maintenir dans la pratique ordinaire?

Quand M. Velpeau a exprimé le vœu que l'Académie s'en rapporte à la pratique, au jugement et aux observations de M. Valleix, il a donc oublié que M. Valleix avait déjà beaucoup écrit, et qu'il était venu lui-même exposer sa doctrine à cette tribune? Mais malgré toute sa valeur et sa probité bien reconnues, est-ce une raison pour que chacun de nous décline sa compétence et accepte les yeux fermés? Non, ce sont là les principes d'une philosophie médicale dangereuse. J'ai dû contrôler les opinions de M. Valleix. Or c'est avec ses propres observations et avec celles de plusieurs autres praticiens que je crois avoir démontré qu'il s'était fait une illusion complète sur le mérite et l'innocuité du nouvel agent thérapeutique.

L'orateur réfute ensuite les assertions qui tendent à faire croire que ses analyses des observations ne sont pas complètes et conformes à la pure vérité. Il reproduit textuellement l'observation 19e, qui a été citée par M. Velpeau comme ayant été mal interprétée par le rapporteur. Puis M. Depaul ajoute : En attribuant tout l'appareil des symptômes généraux et locaux à une déviation utérine, n'est-il pas évident que M. Valleix est dans l'erreur, et que tous les phénomènes qu'éprouve la malade appartiennent en propre à la gestation? L'anéantissement des forces, la maigreur considérable, ne sont-ils pas le résultat de l'allaitement uni à une misère profonde, plutôt que les accidents d'une rétroversion?

Comment admettre qu'il eût suffi de porter trois jours un redresseur pour voir revenir les forces à la malade, pour qu'elle pût vaquer à ses occupations, et fournir même d'assez longues courses? Je soutiens donc que les accidents rapportés dans cette 19e observation au renversement utérin ne peuvent avoir eu une telle origine ; cela est matériellement impossible. Je ne doute pas qu'après avoir ainsi fait passer le fait sous les yeux de M. Velpeau, notre éminent collègue ne soit de mon avis.

L'*Union médicale*, dans le numéro du 18 juillet, cite l'exemple d'une femme qui depuis dix ans au moins se servait de lunettes, et qui n'en a plus besoin depuis qu'elle a fait usage du pessaire intra-utérin. Espérons que les bienfaits de cet instrument s'étendront encore, et qu'on pourra bientôt l'appliquer au redressement de certaines déviations de l'esprit.

En terminant, M. *Depaul* ajoute que M. Guéneau de Mussy l'a chargé de faire trois rectifications relatives à son observation :

1° L'hémorrhagie qui survint chez la femme qui fait le sujet de l'observation de M. Guéneau de Mussy, serait, d'après ce médecin, moins le résultat de l'introduction de l'hystéromètre que d'une exploration longtemps prolongée qui aurait été pratiquée consécutivement par un élève du service. 2° L'épanchement sanguin se serait fait non point dans les trompes, mais dans les ovaires. 3° Lors du cathétérisme, la femme sortait d'une période menstruelle.

M. *Rostan*, *président*, annonce la clôture de la discussion, et donne lecture des *conclusions* de la commission.

Après une vive discussion à laquelle prennent part MM. *Gibert*, *Velpeau*, *Cazeaux*, *Bouvier*, *Requin*, *Huguier*, *Robert* et *Depaul*, l'Académie rejette la *troisième conclusion* proposée par MM. Robert et Huguier, et qui réservait l'emploi du pessaire intra-utérin aux cas où tous les autres moyens connus auraient échoué.

Les quatre conclusions suivantes sont adoptées :

1° Les observations communiquées à l'Académie par MM. Broca et Cruveilhier, jointes à celles plus nombreuses que possède la science, prouvent que l'application du pessaire intra-utérin peut donner lieu à des accidents sérieux, et même quelquefois à la mort. (Le mot *souvent*, qui suivait le mot *peut* dans la rédaction de la commission, est ainsi supprimé.)

2° Dans les cas, rares d'ailleurs, où cet instrument a paru produire des résultats avantageux, il n'est pas prouvé qu'il ait toujours agi en redressant l'utérus.

3° La commission, en outre, a l'honneur de vous proposer d'adresser des remercîments à M. Broca pour l'intéressante communication qui a été le point de départ des débats.

M. *Velpeau* propose aussi d'adresser des remercîments à M. Valleix. — M. *Depaul* veut que le nom de M. Gaussail soit ajouté à celui de M. Valleix.

4° L'Académie décide que des remercîments seront également adressés à MM. *Valleix* et *Gaussail* pour les travaux qu'ils ont communiqués dans le cours de la discussion.

CURE RADICALE DES HERNIES. — M. *Jobert*, de Lamballe, présente un jeune malade de vingt ans qui a été guéri d'une hernie inguinale gauche par une injection iodée. La ponction du sac a été opérée par un trocart : 5 grammes de teinture d'iode ont été injectés dans la poche herniaire. *Nous publierons intégralement cette observation.*

M. *Velpeau* fait observer qu'il est prudent d'exercer encore quelque temps après l'opération une compression légère et continue, au niveau du canal inguinal, pour mieux assurer l'adhésion des parties et l'oblitération su sac.

La séance est levée à cinq heures un quart.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

De la présence de certains corps gras cristallins dans les matières vomies provenant de cholériques, par le docteur LAUDER LINDSAY.

Dans un article sur le suc pancréatique considéré dans ses rapports avec la digestion de la graisse, article publié par le docteur Leared dans le numéro du 3 juin du *Medical Times*, cet auteur fait quelques remarques intéressantes sur certains corps de nature graisseuse que l'on rencontre dans les vomissements des malades atteints d'affections du pancréas ; il ne décrit pas minutieusement ces corps, mais il les représente comme de petites masses granuleuses, entou-

rées d'un réseau cristallin formé par de fines aiguilles. Le docteur Lauder Lindsay rappelle qu'il avait déjà antérieurement constaté la présence de corps semblables dans les vomissements des cholériques. A la vérité il n'avait pas décrit complétement l'apparence cristalline de ces matières grasses, mais déjà, dans le *Association Medical Journal* du 21 avril et du 12 mai de la présente année, il avait signalé la présence de ces petits corps granuleux, qu'il avait pris d'abord, de même que le docteur Leared, pour des insectes microscopiques. Du reste, la présence de ces corps dans les vomissements et les fèces des cholériques ne semble avoir aucune relation avec la durée et l'intensité de la maladie. (*Medical Times and Gazette*, 1er juillet 1854.)

De la salivation mercurielle provoquée comme moyen thérapeutique, par M. Passot (de Lyon).

Si la salivation pouvait être considérée comme un signe de l'action mercurielle, on n'aurait point à s'étonner que son apparition coïncidât souvent avec les changements favorables survenus dans les maladies. Ce fait a été signalé par beaucoup d'auteurs, notamment par M. Velpeau, pour les affections des yeux. Nous l'avons constaté nous-même bien des fois. On a vu également le flux provoqué par le vif-argent amener, par sa prolongation et son abondance, la solution inespérée des cas les plus graves. En 1840, nous fûmes appelé en consultation près d'une dame atteinte, depuis dix-neuf jours, d'une métro-péritonite compliquée d'abcès dans la fosse iliaque droite. Le pouls était petit, misérable, la prostration extrême. On s'attendait à une prompte issue funeste ; néanmoins, sous l'influence de frictions réitérées, une large salivation se déclare. Pendant environ un mois la malade remplit plusieurs cuvettes par jour. Dès lors la fièvre tombe, le pus se résorbe, et la convalescence, tardive il est vrai, finit par aboutir à une guérison complète.

Divers faits consignés dans le mémoire de M. Passot viennent à l'appui de ces résultats. Chez une dame affectée d'une kératite interstitielle intense, le calomel à la dose d'un gramme, et uni d'ailleurs à la saignée et au collyre de nitrate d'argent, suscite, au bout de quatre jours, un écoulement salivaire abondant suivi d'une rapide diminution de l'ophthalmie. Dans une seconde observation, relative à une péritonite suraiguë datant de six jours, la mort semblait inévitable. La respiration était anxieuse, la miction nulle. Quatre frictions suffirent pour déterminer immédiatement l'excrétion salivaire, et avec elle la chute progressive des symptômes. Même promptitude d'effet salutaire dans un cas d'orchite intense.

Pour M. Passot, la salivation hydrargyrique exerce une action révulsive et spoliative. Si elle n'est pas toujours indispensable, elle crée, fréquemment du moins, une excellente condition pour le salut du patient. MM. Dubois et Nonat ont nié son efficacité dans la péritonite épidémique ; toutefois, en ce cas, M. Voillemier lui dut deux guérisons.

On remarquera la rapidité avec laquelle le flux s'est établi dans deux des observations de M. Passot. Lisfranc, Stisser, Jos. Frank, M. Trousseau ont cité des exemples semblables produits par les plus minimes quantités de mercure. Une seule dose de calomel causa, par suite de stomatorrhée, un tel ébranlement dentaire à une de nos clientes, que nous faillîmes perdre sa confiance. Aussi doit-on réfléchir sérieusement avant de choisir une médication susceptible de tels inconvénients.

Par contre, certaines natures sont complétement réfractaires à l'agression hydrargyrique. Le protochlorure, les frictions d'onguent napolitain sont les préparations les plus actives. On réussit mieux par la méthode de Law (doses fractionnées).

Le ptyalisme mercuriel conviendrait dans une foule d'affections. Aux précédentes variétés morbides on pourrait ajouter l'arthrite blennorrhagique douloureuse (Baumès), l'amaurose inflammatoire ; le croup, dont Guersant père mentionne trois guérisons ; les engorgements, surtout de l'ovaire (M. Bouchacourt). Les faits avancés par Percival, Delpech, Mayor, Liégard prouveraient même qu'il ne serait pas sans action sur la méningite simple.

Il est parfois nécessaire d'obvier aux désordres buccaux engendrés par le mercure. M. Velpeau emploie à cet effet les frictions aluminées sur les gencives. M. Ricord lotionne les parties avec un pinceau chargé d'acide chlorhydrique. On peut aussi, comme M. Bouchacourt, utiliser de la même façon la solution de nitrate d'argent. (*Gazette méd. de Lyon*, juin 1854.)

Cas d'hémorrhagie intestinale mortelle survenue trente-cinq heures après la naissance.

Obs. — Le 24 février 1854, le docteur Richard Neale était appelé à assister une dame en travail de son second enfant. Après un travail de trois ou quatre heures, cette dame accoucha naturellement et facilement d'une belle fille en bonne santé, qui cria avec force aussitôt après sa naissance. Le cordon ne fut lié qu'après la cessation de ses battements, et l'enfant, présenté peu après au sein de sa mère, le prit librement. Le lendemain, à midi, il continuait d'aller bien, et l'intestin s'était débarrassé de son méconium sans l'aide d'huile de castor. A quatre heures après midi, la mère fut effrayée par l'apparition brusque d'une hémorrhagie abondante par l'anus, qui continua, mais avec moins de force, jusqu'aux approches de la mort, qui arriva dix heures après la première apparition de l'hémorrhagie. Aucun traitement ne fut employé ; l'intention d'administrer de petites doses d'acide gallique ne put être réalisée, l'enfant étant trop affaibli pour en prendre lorsqu'on s'en fut procuré. Outre le sein de la mère, l'enfant n'avait pris qu'une cuillerée d'eau de gruau pour calmer un état d'agitation que l'on avait cru remarquer deux ou trois heures avant la manifestation de l'hémorrhagie.

Autopsie trente-six heures après la mort. Corps bien développé et bien conformé ; décoloration très prononcée, rigidité cadavérique médiocre. Il ne s'écoule pas une goutte de sang de l'incision des parois thoraciques et abdominales. Les viscères sont sains, mais complétement décolorés. En séparant le cœur des artères et veines pulmonaires, il s'échappe une petite quantité de sang liquide et peu coloré. Le cœur et les gros vaisseaux sont sains et bien conformés. Poumons sains et décolorés. Foie également décoloré, et pas une goutte de sang ne s'échappe de l'incision de son parenchyme. L'estomac, qui contient un peu d'eau de gruau et de lait coagulé, n'est pas décoloré, et ses parois sont saines. L'intestin grêle et le gros intestin, assez fortement rétractés, de manière à n'offrir qu'un très petit calibre, contiennent dans toute leur étendue du sang liquide et coagulé. La muqueuse est teinte en rose ; mais l'examen le plus attentif du canal intestinal dans toute son étendue ne fait pas découvrir de traces de lésion.

— Cette observation offre un des exemples les plus remarquables d'une espèce d'hémorrhagie très incomplétement étudiée jusqu'à ce jour, et dont les causes et le mode de production restent fort obscurs malgré les explications données par quelques auteurs. Les faits observés par Billard (*Traité des mal. des enf.*, p. 386, 3e édit.), par M. Rahn-Escher (*Gaz. méd. de Paris*, 1835, p. 401), par Kiwisch (*Gaz. méd. de Paris*, 1841, p. 635), par M. Gendrin (*Traité phil. de méd. prat.*, t. I, p. 189), par M. Hughes Willshere (*British and Foreign Med.-Chir. Review*, 1853, p. 114) et par quelques autres, prouvent d'une manière incontestable que cet accident grave, bien qu'il ne soit pas toujours mortel, constitue une espèce d'hémorrhagie assez rare à la vérité, mais propre néanmoins au nouveau-né. (*Association Medical Journal*, 16 juin 1854.)

Sur la cataracte noire, par M. Frachon. — **Observation de cataracte noire,** par M. Alessi.

La cataracte noire est une affection tellement rare, que beaucoup de grands praticiens ont pu affirmer qu'ils n'en avaient jamais vu d'exemple. Tels ont été Scarpa, Dupuytren, Delpech, Demours. — Il en est résulté que l'existence même de cette cataracte a été mise en doute. Il suffit pourtant de consulter l'histoire de l'art pour acquérir la conviction que cette variété de cataracte existe réellement. Depuis la première observation de Maître-Jan, un très grand nombre d'auteurs ont publié des faits dont l'authenticité ne peut être révoquée en doute. Mais ces faits ne sont pas présents au souvenir de tout le monde. C'est ce qui donne quelque intérêt à un article que M. Frachon vient de publier sur ce sujet dans les *Annales d'oculistique*. Cet intérêt, toutefois, aurait été beaucoup plus grand si l'auteur avait daigné citer ses sources. Quant à la partie didactique et descriptive du travail de M. Frachon, elle aurait beaucoup gagné à être accompagnée de preuves tirées de l'observation ;

et nous ne pouvons nous empêcher de regretter que l'auteur, qui semble pourtant avoir vu par lui-même la cataracte noire, n'ait pas cru devoir publier l'histoire de ses malades.

Pour combler cette lacune, nous empruntons l'observation suivante à un article de M. Alessi, publié dans le même numéro des *Archives d'ophthalmologie*.

Obs. — Madame de Santis, soixante-seize ans, demeurant à Rome, fit appeler M. Alessi en mai 1851. Elle raconta que sa vue avait baissé depuis six ans, surtout à gauche. Voici dans quel état était ce dernier œil :

La pupille obéit bien à la lumière. Lorsque l'œil droit est fermé, la malade distingue bien la lumière des ténèbres, mais ne voit ni les objets ni leur couleur. Toutefois, dans une demi-obscurité, elle reconnaît la couleur blanche du linge. Le champ de la pupille est noir, mais cette noirceur n'est pas absolue, comme cela a lieu dans l'amaurose ; elle a « quelque » chose de ferrugineux » (*sic*). L'épreuve des lumières ne montre qu'une seule image au lieu de trois. Enfin, en dilatant la pupille avec la belladone, on aperçoit sur la surface de la cataracte deux petits points moins « noirs, comme deux petites taches d'un jaune rougeâtre, situées presque à la périphérie du cristallin. »

On avait diagnostiqué jusqu'alors une amaurose. M. Alessi, se basant sur les signes précédents, diagnostiqua une cataracte noire, et se décida à pratiquer l'opération. Le 11 mai 1851, il fit l'extraction du cristallin; vingt-huit jours après, la malade était guérie et avait recouvré une vision très nette. Voici maintenant l'état du cristallin extrait. Nous reproduisons la description malheureusement incomplète donnée par l'auteur : « Les » lambeaux de la capsule, extraits après la sortie du cristallin, étaient d'un » noir bien plus foncé que le cristallin lui-même, qui avait une couleur » tirant sur le rouge. Le même cristallin, dépouillé de sa capsule et placé » dans l'alcool, a perdu un peu de sa couleur noire, et semble une de ces » cataractes noires et rougeâtres décrites par Janin; mais quand il était » encore enveloppé de sa capsule, avant d'avoir été plongé dans l'alcool, il » ressemblait au petit fruit du laurier-cerise, et, à présent même, on voit » sur ce cristallin de petits points plus noirs, qui ne sont que des détritus » de la capsule qui y sont adhérents. »

Il y aurait à discuter peut-être sur l'état de la capsule cristalline dans le cas qui précède ; mais nous n'insisterons pas sur ce détail. Nous n'avons rapporté ce fait qu'au point de vue de la couleur noire de la cataracte. Regrettons, en terminant, que la nature de la matière colorante n'ait été recherchée ni par la chimie ni par l'analyse microscopique. (*Archives d'ophthalmologie*, 1854, nos 10 et 11.)

Cas de gangrène spontanée chez un enfant de huit mois, par M. James Sidey.

Cette observation, communiquée à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg, offre assez d'intérêt pour que nous regrettions de la voir rapportée si sommairement par les journaux anglais. Nous empruntons au *Dublin Medical Press* le récit suivant :

Obs. — Chez un enfant de huit mois, habituellement très bien portant, la gangrène se montra tout à coup à la main, à la face et à la tête. L'oreille droite et tout le cuir chevelu étaient de couleur noir foncé, et sur les deux joues se voyaient des plaques noires de la grandeur d'une demi-couronne (à peu près la grandeur des anciens écus de 3 francs). Même coloration du pouce droit et de la face dorsale des deux mains.

Cet enfant avait été agité et fébricitant le 22 mai, et dès le 23 on avait aperçu un cercle noir autour du pouce, vers le milieu de la première phalange. Il n'a fallu que peu d'heures pour que le pouce entier et le dos des mains fussent envahis. La gangrène de l'oreille a débuté par un point rouge comme celui que produit une morsure de puce, mais s'est étendue rapidement à la tête, en prenant une forme régulière qui donnait au petit malade l'air de porter un bonnet noir. La bouche n'était pas affectée. Le pouls était très faible. La mort eut lieu douze heures après l'apparition du cercle noir du pouce. L'enfant avait gardé toute sa connaissance, et il tetait encore très bien quelques minutes avant de succomber.

A l'époque du développement de ces accidents, l'enfant était convalescent de la coqueluche ; il avait été traité par le vin d'ipécacuanha et le carbonate de soude, le tout à petite dose.

On a vu quelquefois la coqueluche se compliquer de taches rouges à la peau, d'aphthes dans la bouche (épidémie de Gênes en 1806, — voy. Ozanam, *Hist. des épid.*, etc.). Jadelot l'a vue s'accompagner de pemphigus (*Dissert. sur la toux convuls. des enfants*, par Gallerand, Paris, 1812). Jamais, que nous sachions, on n'a noté, pendant le cours ou à la suite de cette affection, un état morbide pareil à celui dont on vient de lire la description. Pourtant, nous sommes très disposé à admettre une corrélation entre la coqueluche dont l'enfant était convalescent et la gangrène qui l'a frappé. Il est fâcheux que l'auteur de l'observation — ou le rédacteur du *Compte rendu de la Société d'Édimbourg* — ne dise pas depuis quel temps la coqueluche avait disparu, si même elle avait cessé entièrement. La coqueluche est, comme certaines éruptions cutanées, une maladie insidieuse qui peut donner lieu tout à coup, ou tout au moins s'associer, aux accidents les plus graves, sans que l'on puisse saisir le lien de ce rapport. Il est évident que, dans le cas cité, la gangrène ne peut être attribuée à quelque arrêt de la circulation, et accuse plutôt un état morbide du sang lui-même, une sorte d'intoxication. C'est l'idée qu'a exprimée avec raison M. Wood à la suite de la communication.

Nous donnons, avec l'auteur, le nom de *gangrène* à l'état de la peau indiqué dans l'observation. A vrai dire, la description de la lésion est loin d'être suffisante; mais, personne dans la Société n'ayant élevé de doutes à cet égard; bien plus, quelques membres, MM. Begbie, T. Gairdner, M. Duncan, ayant rapproché de ce fait d'autres cas singuliers de gangrène tombés sous leur observation, il est sans doute juste d'accuser la brièveté du récit plutôt que le diagnostic de M. Sidey. (*Dublin Medical Press*, 28 juin 1854.)

Grossesse développée dans un utérus bicorne, avec migration probable de l'ovule de l'ovaire droit dans la corne gauche, par M. Scanzoni.

Obs. — Élisabeth Furhrmann, âgée de trente-cinq ans, femme d'un tisserand de Vurzbourg, d'une bonne santé, bien réglée, éprouva quelques troubles menstruels à l'âge de vingt-huit ans.

Cinq mois après elle fit une fausse couche, et depuis cette époque elle accoucha de trois enfants qui vivent encore.

D'après le dire de son mari, elle fit tout ce qu'elle put pour se faire avorter pendant le cours des deux dernières grossesses.

Vers la fin du mois de juillet 1852, elle conçoit pour la cinquième fois, et répète les mêmes manœuvres.

Le 21 novembre, parvenue au quatrième mois, à la suite d'une querelle de ménage dans laquelle cependant elle ne reçut pas de coups, elle éprouva de violentes coliques, surtout à gauche. Ces douleurs ne l'empêchèrent pas néanmoins, le 22 au matin, d'aller à l'église et de s'occuper des soins de son intérieur.

En travaillant, elle éprouva une violente syncope, revint à elle au bout d'un certain temps, mais fut obligée de se coucher. Cela se passait vers dix heures du matin, et depuis cet instant les forces faiblirent de plus en plus. On envoya chercher M. Scanzoni à midi. Il trouva la malade répondant à peine, d'une pâleur extrême, la peau froide, le pouls filiforme ; tintements d'oreilles, violentes douleurs siégeant à l'hypogastre.

A l'examen de l'abdomen, on sentit une tumeur donnant à la percussion un son mat qui s'étendait du nombril à la région lombaire.

On pouvait, en palpant, sentir les différentes parties d'un fœtus, telles que la tête, les extrémités, qui se laissaient facilement déplacer.

Le toucher rencontre le segment inférieur plus élevé que d'habitude, tuméfié ; l'orifice dilaté et permettant l'introduction de la première phalange. Les doigts sont tachés d'un sang rouge, sans que la malade en ait rendu.

Une demi-heure après, la malade mourut.

Autopsie, quarante-huit heures après. — Épanchement considérable de sang dans le péritoine.

A 3 pouces du nombril, on aperçoit la tête d'un fœtus de quatre mois.

Au-dessous de cette tête, on trouve une tumeur grosse comme le poing, qui est adhérente, au moyen de sang coagulé, d'une part au produit, de l'autre aux intestins. Cette tumeur forme la corne gauche, ou sac, ou kyste fœtal déchiré.

A droite de cette première tumeur, s'en trouve une seconde de la grosseur d'une tête d'enfant, moins élevée : c'est la corne droite, ou utérus complet, qui probablement a été le siége de toutes les grossesses antérieures.

L'organe gestateur est donc comme composé de deux utérus, portant chacun une trompe, un ovaire, un ligament rond, réunis dans leur partie moyenne, par un cordon long de deux travers de doigt.

La portion d'utérus gauche, ou kyste fœtal, est déchirée à sa circonférence extérieure, et présente un diamètre de 2 pouces 1/2. Les bords sont déchiquetés, et dans son intérieur on rencontre du sang coagulé, les membranes et le placenta.

Ses parois présentent différents degrés d'épaisseur. La partie externe du sac est gorgée de sang et sillonnée de vaisseaux. Le cordon s'insère à 3 lignes de la déchirure du sac. 4 lignes en dedans du bord antérieur de la déchirure, on rencontre la trompe gauche libre d'adhérence aux parties voisines, qui mesure du pavillon jusqu'au sac 4 pouces.

Par l'orifice supérieur de la trompe, on peut introduire un très mince stylet jusqu'à 2 pouces 5 lignes; mais à cette distance il est arrêté dans sa marche. En pratiquant un peu au-dessous de ce point une incision, on arrive à pouvoir l'introduire jusque dans la cavité du sac.

Le ligament rond gauche s'insère à la paroi antérieure du sac, à 2 pouces 1/2 de la déchirure.

Un cordon assez consistant et légèrement arrondi, creusé d'un canal qui permet facilement l'introduction d'une sonde, réunit les deux utérus.

L'ovaire gauche, placé derrière la trompe, est fixé par son ligament à la paroi postérieure du sac; il présente à sa surface plusieurs vésicules de Graef, mais nulle part de trace récente de cicatrice.

L'utérus, qui communiquait avec le vagin, mesure du museau de tanche, y compris la substance, 5 pouces 3 lignes.

Diamètre transverse, 4 pouces; la cavité utérine, 3 pouces; celle du col, 2 pouces; l'épaisseur du fond, 3 lignes; le milieu du corps, 8 lignes.

La cavité utérine est remplie d'une matière jaune, floconneuse. La cavité du col présente un tampon muqueux.

La trompe droite, libre comme la gauche, a une longueur de 5 pouces. L'ovaire droit a 2 pouces 1/2, et laisse parfaitement voir à sa surface postérieure une cicatrice triangulaire de 4 lignes.

M. Scanzoni entre dans des détails de physiologie comparée, pour démontrer la probabilité de la migration de l'ovule de l'ovaire droit dans l'utérus gauche.

Cette migration paraît d'autant plus probable, que la trompe qui aboutissait au kyste fœtal était oblitérée sur un point rapproché de l'utérus, et qu'aucune cicatrice récente n'avait pu être trouvée, comme dans l'ovaire droit. Elle pourrait encore trouver sa raison d'être dans les expériences de Bischoff sur les animaux à utérus bicornes.

Toujours est-il que cette observation présente aux accoucheurs et aux physiologistes une nouvelle variété de grossesse qui rentre difficilement dans les divisions établies. (*Beitraege der Geburtskunde und Gynaekologie*, 1re partie. Wurzbourg, 1853, 2 planches.)

Du traitement de la chorée, par M. Eugène Moynier, interne des hôpitaux.

Que de moyens n'a-t-on pas mis en usage contre la chorée! Tous les sédatifs y ont passé; l'électricité n'a pas été oubliée. On se rappelle encore les larges affusions froides de Dupuytren et les émissions sanguines locales de Lisfranc, qui croyait combattre par des sangsues ou des ventouses à la nuque une phlegmasie de la partie supérieure de la moelle. Ici, comme en beaucoup d'autres circonstances où l'empirisme joue le principal rôle, l'abondance n'est pas un signe de richesse.

Suivant M. Moynier, l'opium ne convient que lorsque la maladie s'accompagne d'agitation violente et de délire. Procurer le sommeil pendant quelques nuits est alors un excellent résultat. Il faut agir à des doses suffisantes. Une fille publique, en proie à des spasmes épouvantables, est amenée à Necker. M. Trousseau lui fait administrer, toutes les heures, 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine. A la quatorzième prise, la malade s'endort. Après un sommeil assez prolongé, elle continue le traitement, qui modère les mouvements irréguliers. La strychnine achève de les faire disparaître.

M. Moynier cite, en outre, trois faits de rapide guérison obtenue par M. Gassier, au moyen de frictions sur la colonne vertébrale, avec un mélange, par parties égales, de chloroforme et d'huile d'amandes douces. La médication dura de cinq à dix jours. Un autre succès est dû à Marsh, qui substitua avantageusement les inhalations chloroformiques à l'opium, chez un garçon de douze ans violemment atteint. Dans un cas dont les détails ont été fournis à l'auteur par M. Axenfeld, interne à la Charité, M. Andral aurait échoué avec le même agent, dont le mode d'influence paraît se rapprocher de celui de l'opium.

Mais c'est surtout sur deux méthodes nouvellement accréditées, d'une part la strychnine, de l'autre la gymnastique et les bains sulfureux, que l'auteur s'est proposé d'insister, ayant, dit-il, été témoin de faits assez nombreux pour autoriser dès à présent quelques conclusions. Nos lecteurs savent que M. Blache a lu tout récemment à l'Académie de médecine un travail sur l'emploi de la gymnastique dans la chorée (N° 42).

Comment fut-on conduit à employer la strychnine, ce remède si énergique qui, par les contractions qu'il détermine, semble opérer dans le sens de la névrose? MM. le Jeune, Cazenave, Rougier, Fouilloux, Trousseau, qui, les premiers, y eurent recours, comptaient sans doute vaguement sur l'effet substitutif de ce puissant modificateur.

M. Trousseau se sert d'un sirop contenant un grain de sulfate de strychnine pour 10 grammes. Il en porte graduellement la dose de 2 à 10 et 12 cuillerées, suivant la sensibilité des malades, soumise elle-même aux vicissitudes quotidiennes.

La quantité doit être assez élevée pour produire des roideurs dès les premiers moments. Si celles-ci dépassent certaines limites, il suffit, pour les calmer, de maintenir les convulsés en parfait repos.

Il ne faudrait pas s'effrayer d'une aggravation momentanée, indice fréquent d'une amélioration prochaine.

En moyenne, sur 45 cas, la cure a nécessité trente-quatre jours. L'auteur mentionne spécialement trois observations dans lesquelles l'efficacité de la strychnine ne peut être contestée. Le changement favorable se montra immédiat, et les symptômes furent complétement supprimés du dix-huitième au vingtième jour.

On doit aux prêtres et aux moines l'intervention de la gymnastique dans le traitement de la chorée. Ils faisaient danser en rond les malades, en chantant des noëls. Recamier, qui se distinguait par l'originalité de ses prescriptions, forçait les choréiques de sa clientèle à se réunir le soir sur la place Vendôme, pour marcher au bruit du tambour, à l'heure de la retraite. Sur 22 enfants traités par les seuls exercices à l'hôpital de la rue de Sèvres, 16 auraient guéri en vingt-neuf jours. M. Moynier cite un cas où la gymnastique avait secondé l'action de la strychnine. Son association avec les bains sulfureux, telle que la pratiquent MM. Blache et Bouneau, aurait été moins profitable, quoique, isolément, chacun de ces agents ait des avantages marqués.

Le bain sulfureux, dit M. Sée, doit être pris sans interruption; il n'opère sensiblement qu'au bout de douze à quinze jours; 52 fois sur 57 la guérison a eu lieu.

M. Moynier termine par un tableau comparatif d'où l'on peut induire que, si la strychnine l'emporte sur la méthode contraire, cette supériorité est bien faible. Par la gymnastique et les bains sulfureux, le traitement a duré, en effet, chez 49 filles, 37 jours, et chez 25 garçons, 81 jours, tandis que la strychnine aurait amené la guérison, chez 32 filles, en 33 jours, et chez 11 garçons, en 74 jours.

On voit aussi que, beaucoup plus fréquente chez les filles, la chorée, en revanche, est moins rebelle que chez les garçons. (*Arch. gén. de médecine*, juillet 1854.)

Traitement de la pneumonie par l'expectation, abaissement remarquable du pouls, par M. Duhamel.

Il y a longtemps que l'expectation dans la pneumonie a été expérimentée. Le nouveau fait rapporté par l'auteur ne dépose pas en faveur de cette méthode, puisque, au bout de sept jours, pendant lesquels on s'était abstenu de tout moyen thérapeutique, il a fallu recourir à la saignée, à l'émétique, aux ventouses scarifiées, et que ce traitement énergique a amené un changement subit dans la marche de la maladie. Mais ce fait, observé dans le service de M. Valleix, fournit à l'auteur l'occasion de rappeler des expériences curieuses que le lecteur ne sera pas fâché de trouver ici.

Biett et M. Magendie ont autrefois abandonné à elles-mêmes les pneumonies de leurs services; mais ces faits n'ont jamais été publiés. Il n'en a pas été de même d'expériences nombreuses faites en Allemagne par Skoda et par son élève M. Dietl. En 1849, M. Dietl a publié un relevé de 380 cas de pneumonies traitées au

grand hôpital de Vienne (*Arch. gén. de médecine*, juillet 1852). Sur ce nombre, 385 cas, traités par la saignée, ont donné 17 morts, ou 20,4 pour 100 ; 106 cas traités par l'émétique à haute dose ont donné 22 morts, ou 20,7 pour 100 ; 189 cas traités par les moyens diététiques seulement, et surtout par le régime lacté, n'ont donné que 14 morts, ou 7,4 pour 100. En 1852, le même auteur a publié un nouveau relevé de 750 pneumonies (chiffre énorme) traitées par le simple régime de 1847 à 1850 (*Archives*, etc., janvier 1853). Sur ce nombre, on n'a compté que 69 décès, soit 9,2 pour 100.

Sans nous appesantir sur ces expériences qui n'ont pas été contrôlées en grand dans notre pays, nous rappellerons ce fait singulier, que le travail de résolution des pneumonies traitées par la seule diététique paraît être marqué par un abaissement remarquable du pouls. On le voit tomber à 40, 35, 30 pulsations, pour ne remonter que sous l'influence de l'alimentation. M. Duhamel nous apprend que c'est lui qui a signalé ce fait à M. Valleix, lequel l'a ensuite vérifié et s'en est servi contre les prôneurs de la bryone. Le 29 septembre 1852, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, M. Vigla a lu un rapport sur un travail de M. Laboulbène, contenant cinq observations de pneumonie aiguë traitée par le régime. Dans toutes, la chute du pouls a marqué d'une façon singulière le mouvement de résolution.

Tels sont les faits. Quelque multipliées que soient les observations de M. Dietl, et avec tout le respect possible pour la statistique, il est impossible de méconnaître les cas si nombreux où les effets de la thérapeutique sur la marche de la pneumonie sont si manifestes et parfois si rapides. Et quant à ce fait que le ralentissement de la circulation est plus grand dans les cas où l'on s'est abstenu de traitement actif que dans les autres, s'il est confirmé par l'expérience ultérieure, il trouvera peut-être une explication. C'est l'effet commun des grandes soustractions de sang de précipiter les battements du cœur, et le traitement par le tartre stibié à haute dose laisse dans l'organisme, après le début de la résolution, une certaine quantité de substance toxique dont l'élimination peut provoquer l'élévation du pouls. Le ralentissement de la circulation au début de la convalescence pourrait donc bien être la règle. Il va sans dire que nous n'entendons pas présenter ici autre chose qu'une hypothèse. (*Bulletin des travaux de la Société médicale de Boulogne-sur-mer*, pour 1853.)

Remarques sur une série de cas de tétanos.

Cette intéressante analyse porte sur 43 cas, dont 11 se terminèrent par la guérison.

Les hommes fournissent dans ce relevé une proportion beaucoup plus considérable que les femmes. Est-ce à dire, pour cela, que le sexe masculin prédispose au tétanos ? Non : la différence vient seulement de ce que les grandes opérations chirurgicales et les lésions traumatiques accidentelles se rencontrent plutôt chez les hommes. Une considération bien simple démontre la justesse de cette explication. Dans la statistique que nous avons sous les yeux, on ne trouve que 13 femmes atteintes de tétanos traumatique. Or, sur 13 sujets chez qui la cause du tétanos fut une brûlure, 11 sont des femmes. On sait, en effet, que, par la nature de leurs occupations habituelles, elles sont plus exposées que les hommes à ce genre d'accidents.

L'influence de la température, appréciée par le nombre proportionnel de cas observés chaque mois, a donné aux auteurs des résultats nuls, c'est-à-dire l'égalité la plus parfaite entre ceux d'hiver et ceux d'été. Il semblerait que le tétanos sévit de préférence dans la saison tempérée. Les subites variations atmosphériques, l'humidité le déterminent plus aisément que la chaleur ou le froid continus.

Quant au genre de lésions les plus capables de déterminer le tétanos, on sait que les blessures du pied et de la main sont rangées parmi les principales. Mais cela tient probablement à ce que ces parties sont le siége de préférence des lésions accidentelles. Toute espèce de plaie y donne lieu. Cependant on remarque que les contusions, les déchirures suivies de gangrène en sont plus souvent cause que les sections nettes avec les instruments tranchants.

C'est une règle de pronostic, que plus l'intervalle entre le moment de l'accident et l'invasion des symptômes spasmodiques est long, et plus la maladie est bénigne. Partant de cette idée, considérant aussi la gravité relativement moindre de l'espèce de tétanos appelé *idiopathique*, plusieurs auteurs prétendent que cette forme n'existe réellement pas, et que les cas cités comme exemples de son existence ne sont que des tétanos traumatiques à incubation prolongée, et où la blessure, extrêmement légère, avait eu le temps de s'effacer de la mémoire des malades.

La classification des cas en aigus, subaigus et chroniques n'a aucun fondement clinique solide. Elle ne peut presque jamais s'établir avec justesse qu'après que le cas est terminé, et elle n'a aucune influence sur le traitement. Comme Boyer, les auteurs du relevé estiment qu'un tétanos avec lequel le malade a pu vivre un certain temps n'offre désormais plus de danger. Seulement ils portent, eux, à une semaine le laps de temps nécessaire pour donner cette sécurité. L'organisme semble alors s'être accoutumé à l'action du mal. Une telle notion, on va le voir, n'est pas indifférente, lorsqu'on veut apprécier les effets comparatifs des diverses méthodes de traitement.

L'indication de la chloroformisation est seule examinée dans cet article. Les auteurs ne conservent guère d'illusion sur sa vertu curative. On chloroformisa 12 sujets sur 43. De ces 12, 8 sont morts et 4 guéris. Encore n'est-il aucun de ces derniers chez qui, disent-ils, il paraisse raisonnable de rapporter exclusivement ou même principalement à l'influence anesthésique la terminaison heureuse; et plus d'un était déjà arrivé, au moment où l'on employa cet agent, dans la classe des cas à évolution lente (*protracted cases*), où des chances favorables existaient spontanément. En dehors de la statistique qu'ils présentent, il semble aux auteurs que, dans cet ordre de faits, on ne s'est attaché à publier que les exemples de guérison.

Ils n'accordent, en somme, au chloroforme que la valeur d'un agent palliatif, calmant à coup sûr les spasmes actuels, mais n'adoucissant et n'éloignant point ceux qui doivent suivre. Ils ne le recommandent que dans deux buts, bien accessoires : c'est, lorsque l'affection traîne en longueur, afin de procurer au patient quelques heures de sommeil, ou un intervalle de calme pour lui permettre de prendre des aliments.

Dans les 11 cas terminés par guérison, le retour à la santé complète n'a pas eu lieu avant un mois. Dans plusieurs, quelques légers phénomènes convulsifs ont persisté un peu plus longtemps. (*Medical Times and Gazette*, 17 juin 1854, p. 619.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

L'Algérie médicale ; topographie, pathogénie, pathologie, prophylaxie, hygiène, acclimatement et colonisation, par le docteur A. Armand, médecin militaire.

Les caractères particuliers que les différentes contrées assignent aux produits de la terre, aux espèces animales qui les hantent, aux hommes même qui s'y sont perpétués par la suite des générations, se retrouvent non moins tranchés dans la médecine, c'est-à-dire dans les causes, dans les formes, dans les modes de terminaison des maladies, dans les moyens de les prévenir comme dans ceux de les traiter, dans l'hygiène comme dans la thérapeutique.

Voilà ce que ne savent pas assez les jeunes médecins, parce qu'on ne le dit pas assez dans les écoles. Cette dépendance où se trouve la pathologie, — ce mot étant pris dans sa plus large acception, — des contrées et des climats divers, dépendance que nous retrouvons en petit dans les constitutions annuelles, dans les maladies des saisons, dans les maladies comparées des villes et des campagnes, des artisans et des gens du monde, est un des traits les plus oubliés dans l'enseignement et dans l'exposition de la médecine moderne, et cependant un de ceux dont l'intelligence est le plus fertile

en notions sur la véritable nature des maladies et sur la meilleure méthode pour les traiter.

Nous devons, sous le rapport de ce genre spécial d'études, beaucoup à l'annexion de l'Algérie à la France ; nous devons surtout aux médecins militaires qui, depuis vingt ans, ont puisé dans cette mine précieuse d'observation et de progrès, mais dont les travaux sont malheureusement, par un vice particulier d'organisation, presque tous enfouis, sans véritable publicité, dans les *Annales de la médecine militaire*. M. Armand appartient à cette pléiade laborieuse qui a sacrifié tant d'existences déjà aux plus humbles devoirs de notre profession, comme aux plus ardentes conquêtes scientifiques.

L'ouvrage dont nous avons à rendre compte offre un caractère spécial de généralité. Il embrasse la médecine tout entière ; non pas qu'il traite de toutes les maladies, mais il expose l'influence du climat algérien sur toutes les conditions de la santé, sur tous les modes de l'organisme ; et, partant des notions topographiques les plus essentielles, il arrive à l'examen de la question complexe de colonisation, à travers toutes les considérations qui sont relatives à la pathogénie, à la pathologie, à la prophylaxie, à l'hygiène, à l'acclimatement.

La première partie du livre est consacrée à la topographie de l'Algérie, et complétée par une carte qui donne une excellente idée de la configuration générale du pays. Coupée transversalement par deux chaînes de l'Atlas qui la parcourent de l'ouest à l'est, à peu près parallèles à la Méditerranée, l'Algérie présente une succession de plaines et zones montagneuses, de versants exposés au nord et au midi, qui annonce des conditions fort variées au point de vue de la climatologie et des constitutions habituelles. Un coup d'œil sur l'histoire naturelle et une étude météorologique complètent cette exposition, qui est comme la préface naturelle de l'*Algérie médicale*.

C'est d'après l'analyse des influences météorologiques que M. Armand aborde la première question médicale que son livre nous présente. C'est une question de pathogénie, la question de l'influence du climat, mais étudiée exclusivement au point de vue de la fièvre intermittente. Elle est étudiée avec beaucoup de soin et de détails, du reste, et aboutit à cette conclusion :

« Que les miasmes paludéens n'existent que dans l'imagination des personnes qui en parlent ; »

Et à cette formule étiologique :

« Les phénomènes thermo-électro-hygrométriques de l'atmosphère, par l'ensemble, l'intensité et la variabilité de leur action, sont les causes fébrigènes que nous appellerons *causes éloignées de la fièvre* ;

» Les perturbations physiologiques qui, sous leur influence, se produisent dans tout l'organisme, et notamment la perversion fonctionnelle du système nerveux, sont les causes prochaines de l'état fébrile...... »

Nous n'aimons pas beaucoup, à propos d'une analyse bibliographique, nous arrêter sur une proposition qui nous paraît mal sonnante, ou sur une opinion qui n'est point nôtre, pour l'argumenter et surtout la critiquer. Le lecteur ne gagne pas grand'chose à cette substitution d'une affirmation par une autre, et il est peut-être peu digne d'un auteur sérieux de rayer ainsi d'une ligne, par l'autorité de la critique, ce qui ne doit pas avoir été écrit sans beaucoup d'étude et de réflexion. Aussi nous bornerons-nous à une seule remarque sur ce sujet.

Le grand argument de M. Armand *contre* le miasme paludéen, c'est que ce miasme n'a été vu, touché, senti, isolé enfin par personne. Mais ces phénomènes thermo-électro-hygrométriques de l'atmosphère nous paraissent pour le moins aussi hypothétiques, au point de vue de la pathologie générale de la fièvre intermittente, que le miasme incriminé. En effet, si le baromètre, le thermomètre et l'hygromètre permettent de mesurer avec une apparente certitude ces phénomènes qu'on nous donne pour la cause formelle de la fièvre intermittente, ces mêmes instruments ne nous disent rien de leur nature fébrigène elle-même, et l'auteur dont nous parlons, nous allions dire le critique, est obligé d'en *supposer* l'existence et l'intervention active partout où naît la fièvre, en Sologne comme aux marais Pontins, sur les marais de la Dombe comme autour des marais salants abandonnés (1), le long des canaux qu'on dessèche, des étangs qui se retirent, autour des terrains qu'on bouleverse.

Un mot encore, que nous nous permettrons d'adresser plus personnellement à l'auteur qu'à l'observateur. Nier le miasme paludéen, rien de mieux, si l'on n'y croit pas. Mais à quoi bon poursuivre ce malheureux miasme, et les *intoxicationnistes*, de cette discussion légère et ironique qui n'ajoute rien à la valeur des arguments? L'auteur de cette analyse ne se croyait pas si plaisant, lorsque, pratiquant la médecine dans un pays où la fièvre intermittente diminuait chaque année, à mesure que se développaient les travaux de culture et d'assainissement, il attribuait l'amélioration de la santé publique à la diminution incessante des miasmes produits, et non pas à une modification des phénomènes météorologiques, qu'aujourd'hui encore, après avoir lu M. Armand avec une vive attention, il ne saurait comment formuler.

Cette question des fièvres paraît dominer entièrement la pathogénie de l'Algérie. Aussi l'auteur passe-t-il successivement en revue les fièvres d'accès, sous leurs types classiques, sous leurs formes céphalique, abdominale, broncho-pneumonique, formes souvent trompeuses; les fièvres larvées, plus trompeuses encore ; puis les fièvres pétéchiales et à masque typhoïde ; la fièvre typhoïde elle-même, qui, suivant M. Armand, décèlerait plus souvent l'opportunité du sulfate de quinine, si celui-ci était généralement manié avec plus d'empressement et de décision ; puis la gastro-céphalite, la méningite, dont le seul traitement efficace semble devoir être emprunté, simultanément peut-être, aux inhalations éthérées, à l'opium, au sulfate de quinine surtout ; enfin, les affections abdominales, la diarrhée, la dysentérie.

Adoptant les idées de Pringle, de Sydenham, de Rœderer et Wagler, de Franck et de ses collègues MM. Haspel, Cambay, etc., M. Armand ne voit dans la dysentérie qu'une des formes de la constitution générale algérienne, dont la fièvre intermittente serait l'expression essentielle.

La dysentérie, cette plaie de l'Algérie, reconnaît pour principale cause les influences thermo-électro-hygrométriques qui ont détrôné le miasme paludéen ; c'est le refroidissement, principalement ressenti dans les grandes chaleurs, qui détermine surtout la dysentérie.

Eh bien ! nous le déclarons à M. Armand, en abolissant le miasme paludéen, en le rangeant parmi les rêves de bonne femme, il ne nous paraît nullement avoir éclairci la pathogénie africaine. En effet, cette étiologie identique, empruntée aux influences thermo-électro-hygrométriques, et particulièrement au refroidissement, planant sur tant de formes pathologiques diverses, que nous explique-t-elle ? Les dispositions individuelles ne sont plus en jeu ici, puisque c'est par constitutions, par épidémies, peut-on dire souvent, et par régions aussi, que règnent les fièvres intermittentes ou la dysentérie. Oui, la filiation déjà aperçue entre ces divers états morbides, et réellement démontrée par les observateurs modernes, doit être exacte ; et nous-même qui rencontrons en France, auprès de nous, beaucoup d'exemples, non plus de ces diathèses, mais de ces cachexies africaines, nous sommes frappé du même fait. Mais il faut pousser plus avant l'étiologie ou la pathogénie de ces diverses maladies, et c'est ce qui reste encore à faire, et c'est ce que l'on peut reprocher à M. Armand de ne pas vouloir admettre et par conséquent rechercher.

L'hépatite fournit encore un chapitre intéressant. La conclusion de ce chapitre, que nous croyons très exacte du reste, sera peut-être un peu inattendue : c'est que ce n'est point dans les pays chauds, en Algérie du moins, qu'il faut aller étudier les maladies du foie; sur 157 décès survenus dans le service de M. Catteloup pendant un espace de dix-huit mois, l'autopsie a révélé dans 65 cas des altérations hépatiques, de valeur fort diverse; mais on n'acquerrait pas sur ce terrain de notions bien intéressantes sur la pathologie du foie.

(1) Notre savant confrère M. Mêlier a tracé d'une manière saisissante le tableau des marais salants abandonnés dans la Charente-Inférieure, et de leur voisinage dépeuplé.

Ce qu'il y a de vrai, c'est qu'en Algérie les maladies du foie sont presque toujours secondaires et consécutives, soit aux fièvres, soit à la dysentérie. Hors le cas de l'hépatite traumatique, dit M. Armand, rien n'est si rare que de rencontrer la phlegmasie du foie. Nous ajouterons, comme corollaire à cette proposition, que, dans nos climats tempérés, les maladies du foie, et même l'hépatite, sont beaucoup plus communes qu'on ne le croit, et qu'elles y sont précisément primitives dans le plus grand nombre des cas.

Quelques pages sont consacrées à la phthisie pulmonaire. L'auteur ne pense pas qu'il soit permis de rien décider aujourd'hui au sujet de l'action curative ou préventive du climat algérien dans la phthisie ; mais il ne doute pas qu'on ne doive rabattre beaucoup des espérances que l'on avait fondées à ce sujet. La phthisie pulmonaire paraît vivre, au pied de l'Atlas, en fort bonne intelligence avec la fièvre intermittente, et nous ne possédons pas même une île de Madère.

Nous avons indiqué la plupart des points de pathologie touchés par M. Armand. Notre très distingué confrère a parfaitement compris qu'il n'était pas besoin d'intercaler de monographies dans son livre : il ne dit de chaque maladie que ce qui intéresse son sujet, et doit supposer le reste connu de son lecteur.

Un bon tiers du volume est consacré à des considérations pratiques, la plupart hygiéniques, d'hygiène individuelle ou d'hygiène militaire, nous pouvons même dire d'hygiène coloniale, d'un grand intérêt. Les mœurs des Arabes, leurs habitudes, leur médecine, y tiennent également une place que personne ne trouvera trop considérable.

La question de l'acclimatement, conclusion nécessaire d'un ouvrage de ce genre, n'est point traitée par M. Armand dans le sens pessimiste qu'y ont attaché certains hommes d'État et certains statisticiens. Exiger que les populations européennes qui vont s'établir en Algérie ne subissent pas l'influence du climat, tandis que, chez elles elles n'échappent pas même aux constitutions qui s'y succèdent, et que les indigènes paient les premiers leur tribut aux maladies prédominantes, ce serait vouloir l'impossible. « Mais si par acclimatement en Algérie on entend la possibilité d'y vivre en colonisant, de façon que la population émigrante et créole, malgré les fatigues et les maladies du climat auxquelles elle sera plus ou moins exposée, y prenne néanmoins un essor progressivement prospère, en raison de l'amélioration des conditions matérielles d'existence, la question ne nous paraît pas douteuse. » Et montrant les traces des populations diverses qui sont venues s'implanter et s'acclimater dans le nord de l'Afrique, romaines, juives ou vandales, l'auteur se demande avec raison pourquoi les populations européennes ne pourraient aujourd'hui se fixer, à l'ombre de l'hygiène et de la colonisation modernes, dans cette contrée dont Sénèque disait qu'on n'y mourait que de vieillesse ou d'accident.

L'ouvrage de M. Armand renferme, comme nous avons essayé de le faire apercevoir, une foule de choses fort instructives et fort intéressantes ; et, si l'on veut bien se reporter aux considérations par lesquelles nous avons commencé cet article, on comprendra que son intérêt n'est pas moindre pour le médecin de France que pour les médecins de l'Algérie. D'ailleurs l'ouvrage est bien écrit, et, tout intolérant qu'il est envers les *intoxicationnistes*, nous estimons beaucoup la verve et l'accent de conviction avec lesquels l'auteur y soutient ses idées. DURAND-FARDEL.

Du pannus et de son traitement, avec trente observations de la cure radicale de cette affection par l'inoculation blennorrhagique, par M. EV. WARLOMONT. Bruxelles, 1854.

Dans cette intéressante brochure, M. Warlomont nous donne d'abord une monographie complète du *pannus*. C'est, à part quelques thèses allemandes à peu près inconnues en littérature médicale, le premier travail de ce genre, et, à ce titre, il offre déjà une grande utilité. Les jeunes médecins français surtout en devront profiter ; car si, dans tous nos traités de chirurgie et d'oculistique, il est question de granulations palpébrales et de pannus cornéen, il n'en est pas moins vrai de dire que l'observation clinique de cette maladie, si commune et si cruelle, est négligée parmi nous et souvent méconnue. Il y a des chirurgiens très habiles et très célèbres qui n'ont jamais retourné une paupière supérieure, tombant ainsi dans de perpétuelles erreurs de diagnostic au grand détriment des malades.

La monographie du médecin belge commence par une très bonne anatomie de la cornée, où sont en grande partie reproduites les descriptions de Bowmann. — L'anatomie pathologique laisse une lacune qu'il faut connaître, pour que l'occasion de la combler ne soit pas perdue : « Nous n'avons jamais eu, dit l'auteur, pas plus qu'aucun autre médecin, l'occasion d'examiner sur le cadavre des yeux présentant cette affection. »

— Quel rôle jouent les granulations de la cornée dans la production du pannus? On en peut juger par le chiffre suivant : sur 79 cas cités par de Hassner, 61 reconnaissent pour cause l'existence de granulations. — Après les granulations viennent, dans l'ordre des causes, l'entropion, le trichiasis, ou même la présence de corps étrangers dans la conjonctive de la paupière supérieure. Dans tous ces cas, le pannus se produit traumatiquement par l'irritation incessante de la cornée. Les vaisseaux qui finissent par la recouvrir sont sans doute un produit morbide ; mais en même temps, suivant les heureuses remarques de Bowmann, ils protégent le miroir de l'œil, leur action vivante s'oppose à la destruction de la cornée, et ce sont encore eux qui plus tard président à la guérison. Le vrai pannus est donc celui qui se lie à l'existence de granulations ou de kystes de la paupière, de cils renversés, de corps étrangers de la conjonctive ; c'est, en somme, le seul que M. Warlomont ait en vue quand il va s'agir du traitement par l'inoculation. L'auteur aurait peut-être bien fait de saisir cette occasion de retrancher du pannus proprement dit la tumeur cornéo-scléroticale vasculaire panniforme que provoque l'inflammation localisée du corps ciliaire. C'est là une maladie qui n'a aucun rapport avec la vascularisation traumatique de la cornée, et ce qui convient à l'une ne siérait aucunement à l'autre.

Le point capital du travail que nous analysons ici brièvement est le traitement du pannus par l'inoculation blennorrhagique. Cette méthode hardie n'est sans doute pas nouvelle : elle a même été assez fréquemment employée depuis Jaeger, son inventeur ; mais des faits isolés ou mal connus ne pouvaient établir dans la pratique médicale un traitement aussi propre que celui-là à exciter les craintes et les préventions. Aujourd'hui, M. Warlomont nous arrive avec le chiffre imposant de trente inoculations toutes suivies d'un résultat heureux ; et c'est ainsi qu'à défaut de l'invention il aura le mérite d'avoir définitivement installé cette conquête thérapeutique. Résumons ici les règles à suivre :

Indications. L'inoculation convient quand le pannus affecte les deux yeux et qu'il est général. S'il est partiel, c'est-à-dire s'il n'affecte qu'un segment de la cornée, ou quand, en ayant envahi toute la surface, il laisse apercevoir des espaces respectés par la maladie, ou bien lorsqu'il existe sur quelques points de la cornée des ulcérations de cette membrane, l'opération est contre-indiquée. — *Matière à inoculer.* Jaeger employait le pus de l'ophthalmie des nouveau-nés. M. Warlomont, suivant M. Van Roosbroeck, se sert du pus de la blennorrhagie urétrale ou de celui de l'ophthalmie blennorrhagique. Pour procéder à l'inoculation, on recueille au moyen d'un pinceau la matière virulente, et on l'essuie sur la conjonctive palpébrale ; on peut aussi la conserver entre deux lames de verre, comme on fait pour le vaccin. Vingt-quatre heures après l'inoculation, les symptômes initiaux de la blennorrhagie oculaire se déclarent ; vingt-quatre heures plus tard, la purulence est établie. La marche est celle que chacun connaît à l'ophthalmie blennorrhagique. Quand tout se passe régulièrement, il faut se contenter de laver fréquemment l'œil pour le nettoyer du pus. Il ne faut agir que dans un cas : celui où le malade accuse *tout à coup* une douleur atroce, qui indique que la cornée se prend et va s'ulcérer ; dans ce cas, on doit recourir à l'application du nitrate d'argent en crayon ou en solution concentrée. Plus tard, si la résorption est lente, on l'active par des topiques appropriés. A. RICHARD,

Agrégé à la Faculté de médecine.

VI.

VARIÉTÉS.

CHOLÉRA.

Quelques correspondants nous demandent pourquoi nous ne donnons aucune nouvelle de la marche du choléra dans les départements. Notre motif est simple : c'est que nous ne voyons aucun intérêt scientifique à signaler la présence du fléau dans telle ou telle localité, sans aucun détail précis sur la direction qu'il suit dans sa course ou sur son mode de transmission, sans aucune donnée positive, ni sur le chiffre brut de la mortalité, ni sur la proportion des décès avec le nombre des malades ou avec celui des habitants. Nous donnons un journal très exact des entrées et des décès dans les hôpitaux, parce qu'il y a là un document certain, officiel, dont la science peut s'emparer à tel usage qu'il lui plaira ; par exemple, pour l'étude des influences météorologiques. Mais nous ne voyons pas qu'il soit bien intéressant de savoir purement et simplement que le choléra sévit au nord ou au midi. Si nous en apprenons davantage, nous ne manquerons pas d'en faire part à nos lecteurs.

— Voici le mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine depuis le 12 juillet :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 13 juillet. .	8	5	13	9	10
14	16	6	22	22	8
15	9	4	13	27	11
16	8	5	13	23	9
17	6	5	11	15	9
18	10	6	16	14	11
19	3	6	9	10	5
20.	9	7	16	13	10
21	7	4	11	13	5
22	12	5	17	9	12
23	11	14	25	16	15
24	10	9	19	22	11
25	24	11	35	10	19
26	25	11	36	7	15
27	38	20	58	15	28
28	38	26	64	17	22
29	52	21	73	11	31
30	36	14	50	8	36
31	53	12	65	8	27
Le 1 août . .	36	15	51	10	20
2	57	20	77	19	25
Résumé de 21 jours. .	468	226	694	298	339

Situation au 2 août : Cas traités depuis novembre. . . . 4,095

Sorties 1,568
Décès . . . . 2,129 } 3,697

Il reste en traitement 398

— La Société médico-psychologique a élu dans sa dernière séance les membres qui doivent composer le bureau pour l'année 1854-55. Ont été élus ou réélus MM. Buchez, *président;* Parchappe, *vice-président;* Dechambre, *secrétaire général;* Brierre de Boismont, *secrétaire;* Michéa, *trésorier.*

— Nous recevons la communication suivante :

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS.

La Société adopte pour sujets de prix à décerner dans les années 1855 et 1856 les deux questions qui suivent :

Prix de 1855. — Déterminer les meilleurs modes de traitement applicables aux abcès par congestion symptomatiques d'une lésion de la colonne vertébrale.

Prix de 1856. — Faire connaître les résultats ultérieurs des amputations des membres abdominaux, au point de vue de l'anatomie, de la physiologie pathologique et de la prothèse.

Chaque prix, dont la valeur est de 400 francs, sera décerné dans les séances annuelles de 1855 et 1856.

Les mémoires devront être écrits en français ou en latin, suivant les formes académiques ; ils porteront en tête une devise se rapportant à celle écrite sur l'enveloppe renfermant le nom de l'auteur. Ils devront être adressés au secrétaire général de la Société avant le 15 mai 1855 et le 15 mai 1856.

Prix J.-R. Duval. — La Société de chirurgie de Paris fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, à décerner à l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul objet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Tous les auteurs anciens ou modernes qui ont traité le même sujet devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

Sont admis seuls à concourir les docteurs qui ont rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux civils, ou ayant eu un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

Les auteurs qui voudront concourir devront adresser franco, avant le 15 mai 1855, deux exemplaires de leur thèse au secrétaire général de la Société, et indiquer dans la lettre d'envoi les hôpitaux de France où ils ont fait leurs études.

Le secrétaire général de la Société, MARJOLIN.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — N°s 59, 60. Remarques sur la phthisie pulmonaire, par *Schnitzler*. — Nouveau procédé de traitement radical de l'hydrocèle par des injections de chloroforme, communiqué à la Société de Hufeland, par *Langenbeck*. — État de la médecine anglaise.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 30. L'ostéotomie sous-cutanée, par *Langenbeck*. — Contribution à l'urétrotomie périnéale, par *Adelmann*. — L'emploi de l'opium dans l'aliénation mentale, par le prof. *J.-F.-H. Albers*. — Rapport clinique sur l'hôpital des enfants de Munich, par *Hauner* (suite).

MEDICIN. ZEITUNG. — N° 30. La méthode antiphlogistique, par *Latz*. — La thérapeutique de la scarlatine, par *Kirschstein*. — Tumeur squirrheuse au cou, par *Bock*. — Calcul salivaire, par *Philipp*.

ZEITSCHRIFT F. WISSENSCHAFTLICHE ZOOLOGIE HERAUSGEG., v. Siebold et Koelliker. — VI° vol., 1er cah., 1854. Développement de l'os des dents et de l'émail, par *E. Lent*. — La régénération des nerfs disséqués, par *C. Bruch*. — Sur le développement du cristallin, par *Koelliker*.

Livres nouveaux.

EAUX MINÉRALES FERRUGINEUSES DE SAINT-DENIS-LEZ-BLOIS. Rapport fait à la commission administrative des eaux, par le docteur *Blau*, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Blois. In-8 de 12 pages.

RECHERCHES SUR LA NATURE ET LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE. Observations recueillies au Havre-Graville, 1848-1849-1853, par le docteur *F.-V. Beauregard*. In-8 de 60 pages. Havre, 1854, imp. de Carpentier.

RÉSUMÉ DE RECHERCHES CLINIQUES SUR LA FIÈVRE CONTINUE, la dysentérie, la pleurésie chronique, et sur les variations du ton dans les sons fournis par la percussion et par l'auscultation, par le docteur *Austin Flint* de Louisville (États-Unis). In-8° de 112 pages. Paris, chez MM. Hers Bossange et Ce.

TRAITÉ DE DIAGNOSTIC MÉDICAL, ou Guide clinique pour l'étude des signes caractéristiques des maladies, par le docteur *V.-A. Racle*. Ouvrage dédié à M. le prof. Bouillaud. 1 vol. gr. in-18 de 250 pages. Paris, chez J.-B. Baillière. 5 fr.

COMPENDIUM DER PATHOLOGISCHEN ANATOMIE. 1re partie, Anatomie pathologique générale, par le docteur *R. Heschl*. In-8 de 195 pages. Vienne, 1854, chez Braumüller.

NEUE BEOBACHTUNGEN UEBER PLOETZLICHEN Tod aus inneren Ursachen aus dem Nachlasse K. Herrich's bearbeitet. (*Nouvelles observations sur la mort subite par des causes internes*), par *K. Popp*. In-8, Ratisbonne. 2 fr 50.

UEBER DAS VERHAELTNISS DER GEKROESDRUESEN IM KINDLICHEN ALTER, und ihre Beziehung zur Atrophie im ersten Lebensjahre. (*Sur le rôle des glandes mésentériques chez les enfants, et leur rapport avec l'atrophie dans la première année de la vie*), par *F. Stiebel*, In-4. Francfort. 2 fr. 50.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. — PARIS, 11 AOUT 1854. — N° 45.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 3 au 9 août 1854.

N° 181. ALGAY, Jean-Baptiste, né le 15 juin 1827 à Issandon (Corrèze). [*Des injections iodées, comme méthode générale de traitement dans les maladies chirurgicales et quelques affections internes.*]

N° 182. HERLAND, Jean-François, né le 29 avril 1822 à Guerlesquin (Finistère). [*Du traitement de la dysentérie à l'île Bourbon.*]

N° 183. CAPETTE, Nicolas-Isidore, né le 20 février 1815 à Blaise (Ardennes). [*Des fièvres périodiques.*]

N° 184. LAMBERT, Louis-Augustin, né le 14 novembre 1827 à Mastelly (Orne). [*Considérations sur quelques complications et terminaisons de la fièvre typhoïde chez les enfants.*]

N° 185. LEGRIP, Charles, né le 2 mars 1825 à Paris (Seine). [*De quelques complications de la fièvre typhoïde.*]

N° 186. MOREL, Auguste-Armand, né le 15 juillet 1829 à Gacé (Orne). [*De la phthisie laryngée.*]

N° 187. BRODU, Samuel-Jean-Baptiste, né le 17 janvier 1827 à Brouzils (Vendée). [*Du delirium tremens.*]

N° 188. DURUT, Édouard-François, né le 11 octobre 1824 à Douai (Nord). [*De la méningite cérébro-spinale épidémique.*]

N° 189. GLATIGNY, Camille-Philibert, né le 19 septembre 1829 à Paris (Seine). [*De l'ictère.*]

N° 190. MARCIGUEY, Jacques-Théophile, né le 14 octobre 1828 à Sainte-Gauburge (Orne). [*De la bronchite, en particulier de sa marche et de ses accidents.*]

N° 191. LAGREULA, André-Jean-Baptiste, né le 10 avril 1826 à Thèze (Basses-Pyrénées). [*Essai sur la fièvre typhoïde.*]

N° 192. PETIT, Camille-Victor-Josse, né le 23 décembre 1829 à Dunkerque (Nord). [*Quelques mots sur l'écume bronchique.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

I.

Paris, ce 10 août 1854.

RÉSUMÉ CRITIQUE DE LA DISCUSSION SUR LES DÉVIATIONS UTÉRINES.

On sait que l'Académie de médecine a terminé son intéressante discussion sur les déviations utérines, en adoptant les deux premières conclusions présentées par la commission tout entière, et en rejetant la troisième, à laquelle l'honorable rapporteur M. Depaul n'avait pas adhéré. Il ne sera pas inutile de revenir encore une fois sur ce débat, pour

FEUILLETON.

Théorie positive des phénomènes étudiés sous la dénomination de magnétisme animal, tables tournantes, esprits frappeurs, etc.

(Voir le numéro 44.)

II. *Théorie théologique.*

Ce serait entreprendre une trop longue tâche, que de retracer ici tout ce qui se rapporte à cette première partie de notre examen. Mais un certain nombre de bons exemples permettra d'apprécier nettement cette phase théorique.

Lorsque la pythie du temple d'Apollon à Delphes devait rendre ses oracles, on sait qu'elle s'y disposait par certaines pratiques. Elle jeûnait trois jours, et, avant de monter sur le trépied, elle se baignait dans la fontaine de Castalie. Elle avalait même une certaine quantité d'eau de cette fontaine, à laquelle Apollon avait communiqué une partie de sa vertu. Elle mâchait ensuite des feuilles de laurier cueillies auprès de la même fontaine. Ainsi préparée, elle se plaçait sur le trépied, et dès que la vapeur divine commençait à l'agiter, on voyait ses cheveux se dresser, son regard devenir farouche, sa bouche écumer, puis un tremblement subit et violent s'emparait de tout son corps; elle poussait des cris et des hurlements. Enfin, s'abandonnant au dieu qui l'agitait, elle proférait par intervalles quelques paroles mal articulées que les prêtres recueillaient avec soin, en leur donnant une forme poétique. L'oracle prononcé, on la retirait du trépied pour la conduire dans une cellule, où elle était plusieurs jours à se remettre. D'après le rapport de Lucain, souvent une mort prompte était le prix de son enthousiasme. Il est impossible de ne pas reconnaître dans cette exaltation de la pythie antique un état analogue à celui que l'on rencontre chez certains sujets magnétisés. Seulement, pour la pythie, au lieu d'un fluide, la cause est une exhalaison prophétique essentiellement attribuée à un dieu; et pour mieux comprendre les désordres qu'éprouvait la prêtresse, il est bon de rappeler que pendant longtemps les pythies furent choisies parmi les jeunes vierges appartenant aux maisons les plus pauvres et ayant vécu dans une ignorance entière de toutes choses.

Si à côté de la pythie nous plaçons la sibylle errante d'Érythrée, de Delphes, de Babylone, de Cumes, nous avons également un sujet prophétisant au milieu d'une sainte fureur, sous l'action immédiate d'un être surnaturel. L'importance politique qu'ont eue pendant longtemps les livres sibyllins montre tout le crédit de ces sortes d'oracles, et combien un tel

mettre sous les yeux du lecteur les points qui en sont sortis clairs, montrer ceux qui sont encore obscurs, et indiquer à tous la voie dans laquelle on devra désormais marcher, si l'on veut éclaircir davantage ce difficile sujet de la pathologie utérine.

1° Un premier point, et c'est celui qui faisait l'objet fondamental du rapport de M. Depaul, a été très nettement posé : Les déviations de la matrice et sous ce nom (on a paru comprendre les déplacements généraux ou inclinaisons et les inflexions) peuvent-elles donner lieu à ces douleurs qu'un grand nombre de femmes accusent dans les régions hypogastrique, lombaire, abdominale, périnéale et anale? Les réponses ont été très variées. Pour MM. Velpeau, Huguier et Hervez de Chégoin, comme pour M. Valleix, oui, les déviations sont fréquemment cause de douleurs. Pour MM. Depaul, Gibert, P. Dubois, non, les déviations utérines ne sont pas, ou elles ne sont que très exceptionnellement cause des souffrances qu'éprouvent les femmes. Pour M. Malgaigne, oui, la déviation explique la souffrance, lorsque la douleur n'existe que dans la station verticale et disparaît dans la station horizontale; non, lorsque les malades souffrent debout et au lit. Pour M. Piorry, les déviations sont douloureuses, lorsqu'elles s'accompagnent de certains états organopathiques. Pour M. Robert, elles le deviennent surtout lorsqu'une métrite arrive. Pour M. Cazeaux, les inclinaisons peuvent être le point de départ des douleurs, les inflexions le sont beaucoup plus rarement, et l'on aurait tort de confondre ces deux états organiques.

Il y a, dans ces réponses si différentes les unes des autres, une source d'embarras et d'incertitudes qui a frappé tout le monde; car quelle opinion adopter au milieu d'opinions si dissidentes émises par des hommes dont personne ne conteste la compétence? Ces dissidences s'expliquent, selon nous, par un fait qui n'a peut-être pas été suffisamment mis en relief dans la discussion, et qui cependant en découle naturellement : c'est que l'utérus est un organe dont la pathologie est toute spéciale, et auquel il ne faut pas appliquer trop vite les principes anatomiques qui nous guident dans l'appréciation des états morbides de beaucoup d'autres. Sa situation dans le vagin et dans l'excavation pelvienne le rend accessible à la vue et au toucher dans une partie de son étendue, d'où il résulte que nous sommes portés à expliquer les symptômes par les lésions ou les produits morbides dont nous pouvons, grâce à cette disposition, constater l'existence. Mais on doit se souvenir que certaines parties de la matrice restent inaccessibles à nos sens, et que leurs lésions pourraient bien avoir plus d'importance que celles qu'il nous est donné de reconnaître; et c'est peut-être pour l'avoir trop oublié que tant de changements ont eu lieu, depuis un certain nombre d'années, dans l'interprétation que l'on a donnée aux phénomènes morbides dont cet organe est le siége. Du temps de Récamier et de Lisfranc, les ulcérations étaient regardées comme la source de la plupart des douleurs utérines. Pour Lisfranc, les engorgements y prenaient également part. M. Chomel trouve des granulations sur le col, et leur attribue ce que l'on attribuait jusque-là aux ulcérations. M. Velpeau fait connaître les inflexions, et met sur leur compte les accidents que l'on rapportait aux ulcérations et aux engorgements. MM. Ricord et Mêlier appellent l'attention sur la phlegmasie de la muqueuse utérine ou catarrhe, caractérisée par l'écoulement mucoso-purulent que l'on voit sortir du col; et plusieurs observateurs attachent, avec eux, plus d'importance à cette phlegmasie qu'aux ulcérations, granulations, engorgements et déviations. Arrive en dernier lieu M. Nonat, qui nous signale comme cause principale des douleurs utérines une autre lésion à peu près méconnue jusqu'à lui, le phlegmon péri-utérin. Il faut bien, pour que les idées changent ainsi, que nos tendances anatomiques habituelles soient parfois en défaut lorsqu'il s'agit de l'utérus, et qu'il y ait, dans beaucoup de cas, autre chose à considérer que la lésion appréciée avec les doigts ou avec les yeux. C'est là ce que l'on doit chercher désormais; et nous allons voir que la discussion académique a fourni les éléments de cette investigation.

Quant à ce qu'il faut penser de l'influence des déviations sur la douleur, nous avons eu l'occasion de nous en expliquer déjà devant la Société de chirurgie. Nous sommes de l'avis de MM. Depaul, Gibert et Dubois; nous maintenons cette opinion, fermement soutenue par le rédacteur en chef de ce journal, que les déviations ne sont pas la cause principale des douleurs utérines. Nous avons vu tant de femmes atteintes de déviation ne pas souffrir, tant d'autres souffrir sans aucune déviation, et tant d'autres chez lesquelles, la déviation existant de tout temps, la douleur n'était que passagère, ou chez lesquelles, la douleur disparaissant, la déviation persistait, que nous ne pouvons adopter sur ce point les opinions exclusives de MM. Velpeau, Valleix et Malgaigne. Est-ce à dire cependant que nous refusions dans tous les cas une certaine importance aux déviations? Nous n'allons pas aussi loin; et il est des doutes que la discussion n'a pas dissipés et que nous laissons à l'avenir le soin d'éclaircir. D'abord il est incontestable, ainsi que

---

mode de prophétiser était conforme avec les croyances courantes d'une époque où même, sans recourir aux prophètes, chacun avait, à propos de tout événement de quelque importance, des avertissements en songe, des apparitions, des visions.

Quelques esprits, trop spéciaux et peu préparés à la conception du passé, ont jugé d'une étrange façon les phénomènes de ce genre. On a dit, par exemple, que le démon de Socrate n'était que le fruit d'un cerveau malade, et que ce philosophe grec était un halluciné. Si Socrate et nos plus illustres ancêtres païens vivaient aujourd'hui au milieu de nous comme ils vivaient jadis à Athènes et à Rome, nous les jugerions avec raison tous dignes de Charenton. Mais une telle manière d'interroger le passé peut, avec plus de raison encore, être taxée de manie. Le démon de Socrate, la nymphe Égérie, nous sont mieux connus à cause de la célébrité des personnages qui s'y rattachent; mais rien n'est plus commun, dans la théologie païenne, que les bons et les mauvais génies qui dirigent la vie publique et la vie privée. En somme, ce qu'il y a d'important à noter, c'est que les sorciers, les magiciens, les enchanteurs, produisaient les mêmes effets que nos magnétiseurs modernes : au lieu d'un fluide ils employaient les démons. A défaut de documents fournis par la lecture de Tacite, de Suétone, d'Ammien-Marcellin, rien ne saurait mieux établir la profonde influence des sorciers et sorcières de l'antiquité que le grand nombre de lois sévères promulguées par le sénat et les empereurs romains contre les sortiléges des magiciens. Dans le monothéisme catholique, le crédit des sorciers fut tout aussi considérable : les magiciens de Pharaon, tous les faits relatifs à la magie attestés par les pères, les décisions des conciles, les ordonnances de nos rois, tout ce que nous savons sur les exorcismes, forment une longue trace de ces croyances. Ce n'est, hélas! qu'en 1672 que Louis XIV défendit à tous les tribunaux de son royaume d'admettre les simples accusations de sorcellerie. On sait que sous le règne de Louis XIII la maréchale d'Ancre avait été brûlée en place de Grève comme sorcière.

Pendant longtemps, ce fut donc une chose courante que de rapporter certains états, soit physiologiques, soit pathologiques, à l'influence des démons. Dans les sortiléges et la magie, comme dans le magnétisme, il suffisait de bien choisir les sujets pour provoquer les cris, les convulsions, le sommeil, l'extase. Seulement ces pratiques étaient bien autrement dangereuses que celles des magnétiseurs, car elles aboutissaient souvent à développer la démonomanie. On conçoit, en effet, que les croyances aux bons et aux mauvais génies étaient de nature à ébranler plus vivement les esprits faibles.

On sait, du reste, quels déplorables progrès firent certaines épidémies

l'ont dit plusieurs orateurs, que dans beaucoup de cas les inclinaisons et les flexions coïncident avec un abaissement; or peut-on être sûr qu'alors la déviation n'ajoute rien aux inconvénients de l'abaissement? Ensuite, quand une métrite chronique envahit une matrice déviée, ne se peut-il pas, comme l'admettent MM. Robert et Hervez de Chégoin, que, par suite de sa position, le corps de l'utérus ait plus de disposition à se tuméfier et à rester engorgé et douloureux que dans les cas où il conserve sa situation normale? La chose est difficile à démontrer rigoureusement et ne l'a pas été jusqu'à ce jour, mais elle est admissible. Pour nous, il y a là matière à de nouvelles investigations, et il est bon d'en prévenir les observateurs.

2° Une question inhérente à la précédente, et qui mérite d'être examinée parce que de sa solution peuvent découler des indications thérapeutiques, est celle du mécanisme de la douleur dans les affections utérines, et en particulier dans les déviations. Comment expliquer cette douleur? Les uns, et en particulier MM. Velpeau et Hervez de Chégoin, semblent adopter pour les déviations la théorie indiquée dans la plupart des auteurs pour les autres déplacements, à savoir, le tiraillement des ligaments ronds et larges; ils y ajoutent la pression exercée par l'utérus dévié sur les viscères et le plancher de l'excavation pelvienne. Ainsi considérée, la douleur est mécanique, pour nous servir de l'expression de M. Malgaigne, qui paraît avoir adopté, sans s'en être expliqué bien catégoriquement, la même opinion pour un certain nombre de cas. On voit tout de suite la conséquence de cette théorie : les ligaments sont tiraillés douloureusement, certaines parties sont comprimées par l'utérus dévié; donc il faut tâcher de redresser cet organe. La théorie est-elle exacte? Il est permis d'en douter, et nous recommandons à la méditation des praticiens les objections qui lui ont été adressées par M. P. Dubois. On n'a jamais donné la démonstration de ce tiraillement et de ses effets, et il serait nécessaire de la donner, si l'on voulait convaincre les médecins de l'utilité du redressement.

Mais si l'on doute du caractère mécanique de la douleur, quelle autre explication peut-on en donner? Plusieurs ont été présentées incidemment dans la discussion, et comme elles s'appliquent aussi bien aux utérus non déviés qu'aux utérus déviés, elles se trouvent n'être pas aussi favorables que la première à l'emploi du redresseur. Deux surtout ont été spécialement signalées, l'inflammation et la névralgie.

L'inflammation a été invoquée, avec raison, par presque tous les orateurs de l'Académie; ils ont approuvé sur ce sujet les opinions du rapporteur, qui avait mis sur le compte de lésions inflammatoires le plus grand nombre des affections douloureuses attribuées exclusivement à la déviation par M. Valleix. Nous venons de voir cependant que quelques-uns réservaient une part aux déviations, et que d'autres les signalaient comme exerçant peut-être une certaine influence sur la marche et les symptômes de la métrite concomitante.

Qu'il nous soit permis de signaler, relativement à cette inflammation, deux points sur lesquels la discussion n'a pas porté, et qui sont dignes d'une certaine attention. Le premier est relatif au siége de la phlegmasie, source de douleurs. Peut-elle occuper indifféremment le col et le corps de l'organe, comme beaucoup d'auteurs paraissent le croire? Ou bien occupe-t-elle de préférence le corps et la portion sus-vaginale du col? Cette dernière opinion, qui a été présentée par M. Bennett, est celle à laquelle nous conduisent aussi nos observations. Le second est relatif à la ressemblance qui existe sous le rapport de la douleur entre la métrite chronique proprement dite et certains phlegmons péri-utérins, et à la facilité avec laquelle on confond encore journellement dans la pratique ces deux sortes d'affections. Elles méritent cependant d'être distinguées, et c'est parce qu'on ne l'a pas fait que l'on a pris quelquefois un phlegmon pour une déviation, et que l'on a cru guérir la dernière quand on voyait tout simplement disparaître le premier.

La névralgie, dont il avait été à peine question dans la discussion de 1849, joue un rôle assez important dans celle de 1854. M. Depaul n'avait pas cru devoir s'expliquer longuement sur cet élément des maladies utérines, dont on voit bien cependant qu'il admet l'existence. MM. Malgaigne et P. Dubois s'en sont, au contraire, très spécialement occupés. Le premier a positivement établi que certaines femmes souffraient de l'utérus sans aucune lésion appréciable, et que plusieurs de celles qui avaient des déviations éprouvaient, comme celles qui n'en avaient pas, des souffrances qu'il était rationnel d'attribuer à une névralgie utérine. On pourrait adresser des objections à la manière dont cet auteur a localisé les points névralgiques dans le col, et au moyen de diagnostic qu'il a emprunté aux effets différents de la station verticale et de la station horizontale. Mais ceci n'est que secondaire. Ce qui est fondamental, c'est l'intervention de l'élément nerveux, dont on avait fait jusqu'à présent trop peu de cas dans l'appréciation des symptômes utérins. M. P. Dubois, de son côté, est entré, sur la névralgie utérine, sur l'hyperesthésie des organes génitaux externes et internes, sur la chloro-anémie et l'hystérie

de démonomanie. Les possédées de Loudun, les convulsionnaires de Saint-Médard, rentrent pleinement dans un tel mode d'appréciation, et fournissent des cas précis de la théorie théologique employée spontanément à expliquer un certain nombre de phénomènes physiologiques et pathologiques. Quant aux fables racontées sur les possédés, elles ressemblent textuellement à toutes celles que l'on a débitées sur le magnétisme animal.

Il doit rester évident qu'entre le magnétisé moderne, le possédé du moyen âge et le visionnaire antique, il y a de profondes analogies quant au fond des phénomènes observés. Seulement, la théorie antique et du moyen âge a le caractère spontané de toute hypothèse initiale : elle est théologique. A défaut de notions positives, l'esprit humain y envisage les phénomènes comme assujettis à des volontés surnaturelles.

En poursuivant actuellement un tel examen, je vais démontrer que le fluide magnétique moderne n'est qu'une théorie métaphysique substituée à une théorie fictive, d'après la loi d'évolution intellectuelle que j'ai rappelée au début de ce travail.

III. *Théorie métaphysique.*

Il ne faut pas s'attendre à rencontrer dans cette seconde phase théorique des exemples piquants de ces hypothèses hardies que certains chefs vitalistes manièrent avec tant de talent. Nous serons bien loin de l'archée de Van Helmont, de l'âme de Stahl, et de ces brillants systèmes de physiologie qui accompagnèrent les belles découvertes de Galvani. Nous aurons affaire ici à des idéologues de bas étage, dont toute la science consiste à raisonner vaguement sur le plus subtil des fluides. Quand vous arrachez l'âme à Stahl ou la nature à Sydenham, il vous reste de ces grands hommes une imposante collection d'observations précieuses qui les feront vivre à jamais dans la science positive. Mais que tirer de ces magnétiseurs ridicules, dont la persistance prolongée à maintenir le plus fabuleux des fluides ne peut s'excuser que par une grande imperfection cérébrale.

Le fluide magnétique administré de nos jours n'est qu'une fraction très minime d'un fluide universel au moyen duquel il s'établit (suivant la théorie des magnétiseurs) une influence mutuelle entre les corps célestes, la terre et les corps animés. En remontant au berceau des théories abstraites, on retrouve des entités semblables, qui, sous le même nom ou sous celui d'âme du monde, servent à relier obscurément les connaissances humaines, et surtout à contenter le désir de tout expliquer, à des âges où l'orgueil dogmatique se payait facilement de mots vides de sens. Du reste, partout où les notions positives se trouvaient refoulées par la complexité des phénomènes, les fluides étaient pris pour arbitres, et nous les voyons,

concomitantes, dans des développements dont l'exactitude frappera tous ceux qui auront étudié avec attention les faits du genre de ceux auxquels il a fait allusion.

Nous considérons comme un progrès cette part faite à la névralgie dans les souffrances de l'utérus. Des cas assez nombreux observés depuis les premières publications de M. Malgaigne et depuis celles de M. Beau sur ce sujet, nous ont convaincu que là était la source principale de la douleur dans les affections de l'utérus, que là se trouvait cet élément mystérieux et spécial sur lequel le spéculum et le toucher ne nous donnent que des notions insuffisantes. Il nous semble cependant que, pour faire accepter ces idées nouvelles, on ne doit pas séparer autant la névralgie utérine de l'inflammation que nous ont paru disposés à le faire MM. Dubois et Malgaigne.

Dans les névralgies considérées en général, on distingue deux variétés : l'une occupe d'emblée et exclusivement les troncs, les rameaux ou les filets nerveux ; l'autre ne les occupe que consécutivement à l'irradiation ou à la propagation vers eux d'une douleur inflammatoire qui s'est développée dans l'organe ou les organes voisins. La névralgie sus-orbitaire d'origine rhumatismale est un exemple de la première ; la névralgie faciale causée par une carie dentaire est l'exemple le plus frappant de la dernière. Quelques-unes des névralgies utérines appartiennent à la première de ces variétés, mais le plus grand nombre rentrent dans la seconde. Elles se développent pendant le cours d'une métrite, d'une métrite du corps surtout, ou pendant le cours d'un phlegmon péri-utérin, se prolongent tant que durent ces maladies, et continuent souvent d'exister lorsque celles-ci sont devenues si faibles, que les lésions, d'abord appréciables, ont cessé de l'être, et même après qu'elles ont disparu. Sous ces rapports, elles ressemblent aux névralgies de la cinquième paire causées par les maux de dents, à celles qui accompagnent les inflammations oculaires profondes, et qui souvent persistent longtemps après elles; aux névralgies intercostales qui tourmentent les malades dans la convalescence de la pleurésie; aux douleurs du testicule que l'on voit subsister après l'orchite, et surtout à ces gastralgies rebelles qui sont consécutives aux irritations passagères, mais souvent répétées, de la muqueuse stomacale. L'utérus est peut-être, après l'estomac, celui de tous nos organes dont les phlegmasies donnent le plus souvent lieu à des douleurs de ce genre ; et, comme pour l'estomac, il n'est pas nécessaire que l'inflammation soit violente. Quand les femmes y sont prédisposées, les métrites les plus légères, comme celles qui arrivent souvent à l'époque menstruelle, après des excès de coït, après l'avortement ou l'accouchement, peuvent leur donner naissance, aussi bien que les métrites mieux caractérisées, comme sont celles que nous nommons *parenchymateuse*, *catarrhale*, *hémorrhagique*, *hypertrophiante*.

Les douleurs nerveuses de l'utérus sont d'ailleurs remarquables par leur situation, les unes s'irradiant dans les nerfs qui aboutissent à l'utérus lui-même, les autres se montrant en même temps dans les nerfs éloignés, et en particulier dans les branches du plexus lombaire, comme l'a si bien indiqué M. Beau.

Elles ont un autre caractère des plus importants, et qu'elles doivent peut-être à leur coïncidence habituelle avec un état phlegmasique : c'est qu'elles se réveillent ou augmentent par les mouvements de la matrice, soit que ces mouvements lui soient communiqués de haut en bas par la masse intestinale, comme cela a lieu dans les efforts, la marche, la course, soit qu'ils lui soient communiqués de bas en haut, comme dans le coït ou dans l'exploration avec le doigt. On n'a pas, jusqu'à ce jour, assez tenu compte de cette cause d'aggravation de la souffrance utérine, que M. Chassaignac a, selon nous, très exactement indiquée dans son article récent sur le ballottement utérin.

3° Le traitement n'a pas été l'objet de dissidences nombreuses parmi les orateurs. Ils avaient surtout à juger la valeur et l'opportunité du redressement. Or, aucun des membres qui ont pris la parole n'a été partisan bien prononcé de ce moyen. M. Velpeau lui-même, qui en est presque l'inventeur et qui l'a le plus soutenu, M. Velpeau, qui croit plus que tous les autres aux inconvénients des déviations, en reconnaît les dangers et ne s'en sert pas habituellement. M. Malgaigne, qui croit aux douleurs mécaniques, dans certains cas, n'en veut aussi que très exceptionnellement. Il en est de même de MM. Huguier et Robert. Personne, enfin, ne paraît disposé à faire des redresseurs un usage aussi fréquent que l'a fait dans ces derniers temps M. Valleix ; et le rapport de M. Depaul, la discussion qui l'a suivi, auront eu l'avantage de montrer qu'il y avait eu des illusions de la part de ceux qui ont cru redresser l'utérus dévié, et qu'entre des mains inexpérimentées la méthode pouvait être dangereuse.

Mais faut-il cependant s'associer à la proscription à peu près absolue qui découlait du rapport de M. Depaul ? Tel n'est pas le sentiment de MM. Dubois, Malgaigne, Huguier et Robert. En présence des faits incontestables de guérisons obtenues par M. Valleix dans des cas qui avaient résisté à tous les

au XVI^e et au XVII^e siècle, former la base théorique de la médecine. A mesure que l'esprit humain frayait plus nettement sa route dans les différentes parties du domaine scientifique, les fluides se sont spécialisés. Nous avons eu le fluide *calorifique*, le fluide *lumineux*, le fluide *électrique*. Un des biologistes les plus distingués du commencement de notre siècle, trop empreint des habitudes du siècle précédent, avait proposé le fluide *résonnant*, et était même parvenu à faire admettre le *fluide nerveux*. Au milieu de tous ces êtres de raison que les bons esprits n'emploient plus aujourd'hui qu'à titre d'artifices logiques, le fluide magnétique a seul gardé un semblant de réalité. Il est vrai que ce fluide était d'une subtilité à nulle autre comparable.

Aujourd'hui le fluide universel de Paracelse, de Van Helmont, de Maxwel, de Wirdig, n'est plus qu'un petit fluide sécrété et accumulé dans le cerveau, et auquel les nerfs servent de conducteur. Ce fluide préside au mouvement et est soumis à la volonté. Il peut être lancé au dehors et accumulé sur tel ou tel corps vivant ou inerte. D'après cela, on voit que toute action magnétique est subordonnée à la condition d'une volonté qui lui donne le mouvement. Cette action directe de la volonté peut même s'exercer à distance. Reproduirai-je ici les considérations bouffonnes dans lesquelles Mesmer ou les *Sociétés de l'harmonie* ont résolu les plus hauts problèmes sur la formation des astres, la création des animaux, la santé, la maladie? Il faudrait recommencer ici les réfutations entreprises dans le dernier siècle avec tant de patience et de bon sens. Nous devons plutôt nous réserver pour la partie positive de ce travail. Je me contenterai donc de rappeler ici cette conclusion si vraie du rapport de la commission nommée en 1784 dans le sein de la Société royale de médecine de Paris : « Le magnétisme n'est qu'une hypothèse dénuée de preuves. » C'est là, en effet, tout ce que l'on peut dire d'une théorie absolue comme le sont toutes les théories métaphysiques, dans lesquelles on procède toujours par des hypothèses arbitraires et indémontrables.

Comment, en effet, parvenir à prouver l'existence d'un être invisible, impalpable, impondérable, et qui ne se prête à aucun genre d'observation directe ? Tel est le fluide magnétique ; il n'a pas plus de réalité que les autres fluides, et n'a jamais été vu que par des extatiques ou des gens qui dorment.

IV. *Théorie positive.*

Depuis que l'illustre Gall a inauguré l'étude positive des fonctions intérieures du cerveau, et surtout depuis les importantes améliorations apportées à la théorie cérébrale par M. Auguste Comte, l'obscure conception des idéologues sur l'âme humaine a été remplacée par la notion de plura-

autres moyens, ces orateurs pensent qu'il faut conserver le pessaire intra-utérin comme une ressource extrême ; et c'est l'opinion à laquelle nous croyons que le public médical se ralliera, sans qu'il soit besoin, pour cela, de la recommandation expresse qu'avaient voulu faire voter MM. Huguier et Robert. Quand on aura tout épuisé, si les femmes continuent à souffrir, on sera parfaitement autorisé à introduire le pessaire dans la cavité utérine. On se souviendra seulement que, s'il réussit, ce n'est pas en redressant, comme on l'a cru, mais en changeant la manière d'être de l'utérus, modifiant sa vitalité et surtout sa sensibilité. On se souviendra, d'autre part, que le principal moyen de prévenir les accidents est de surveiller, et de retirer l'instrument aussitôt qu'un symptôme sérieux apparaît.

Les orateurs qui rejettent absolument ou qui ne veulent qu'exceptionnellement le pessaire intra-utérin, ont insisté avec raison sur la nécessité de combattre toutes les lésions appréciables, et de s'adresser surtout à l'état phlegmasique et à l'état névralgique. Tous ont reconnu en même temps l'utilité des moyens mécaniques placés à l'extérieur de l'utérus, dans les cas où la situation de la malade est telle que le repos au lit n'est plus indispensable, et que cependant la station verticale et la marche ne peuvent avoir lieu sans douleurs. Les uns, à l'exemple de M. Hervez de Chégoin, donnent la préférence aux pessaires ; les autres, à l'exemple de MM. Velpeau et Malgaigne, conseillent plus volontiers la ceinture hypogastrique. Mais nous aurions voulu plus de détails sur la manière dont on comprend le mode d'action de ces moyens. La pensée qui a introduit les pessaires dans la pratique est de relever l'utérus quand il est abaissé. Est-ce à cette indication que l'on veut satisfaire, lorsqu'on place un pessaire pour une déviation sans abaissement? La ceinture hypogastrique est conseillée dans un autre but, celui de soutenir les viscères abdominaux et d'empêcher qu'ils pèsent autant sur l'utérus. La voie nouvelle dans laquelle nous paraît entrer la pathologie utérine modifiera sans doute ces idées sur le mode d'action des pessaires et des ceintures ; pour nous, ils agissent les uns et les autres, en diminuant ces mouvements de la matrice, qui, lorsque l'organe est sensible, occasionnent et entretiennent les souffrances. Les pessaires, quels qu'ils soient, ceux de M. Gariel mieux encore que les autres, dilatent et tendent le vagin, et affaiblissent ainsi les ballottements que l'utérus doit à la laxité de ce conduit. La ceinture hypogastrique refoule les viscères, non pas seulement en haut, comme on le dit généralement, mais dans tous les sens, dans l'excavation pelvienne comme ailleurs ; elle oblige les intestins à s'accumuler davantage en avant, en arrière et sur les côtés de la matrice, et diminue ainsi la mobilité de cet organe.

Il est des femmes qui sont mieux soulagées par un pessaire que par une ceinture ; d'autres pour lesquelles la ceinture vaut mieux, et nous en connaissons qui ne peuvent marcher qu'à la condition de porter l'un et l'autre en même temps. Il en est que l'usage momentané de ces moyens guérit pour toujours; il en est qui ne peuvent plus s'en passer dès que leurs organes y sont habitués. Il en est enfin chez lesquelles la névralgie résiste à leur emploi ; et c'est dans ces cas, dont M. Valleix a incontestablement observé des exemples, que les moyens les plus singuliers et en apparence les moins rationnels peuvent être essayés avec succès.

En résumé, la dernière discussion a montré que les chirurgiens de l'époque actuelle s'occupaient trop exclusivement des déviations, comme ceux des années antérieures s'étaient trop exclusivement occupés des ulcérations et des engorgements. Elle a laissé entrevoir que les souffrances de la matrice sont dues fréquemment à une sensibilité spéciale qui se développe à la suite des phlegmasies les plus légères et s'entretient par les mouvements de l'organe. Elle appelle l'attention des observateurs sur cette vue nouvelle, autour de laquelle peuvent se grouper les moyens thérapeutiques médicaux et chirurgicaux employés jusqu'à ce jour, et qui peut servir de point de départ pour en imaginer de nouveaux.

L. Gosselin,

Agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

EMPLOI CHIRURGICAL DE L'APPAREIL PLATRÉ, par M. le docteur Didot (de Liége). — Rapport fait à l'Académie de médecine de Belgique, dans la séance du 27 mai 1854 (1).

L'emploi du plâtre comme moyen de contention date d'assez loin. M. Lacroix (Emile) décrivait, dès 1837, dans sa thèse inaugurale, *un procédé consistant en un véritable moulage du membre avec le plâtre coulé. Ce procédé, appliqué d'abord aux fractures, a été étendu plus tard par Dieffenbach aux déviations des membres. On imagine aisément ce qu'avait de lourd, de difficilement maniable, un appareil de ce genre, et combien peu, surtout, il convenait aux fractures compliquées d'inflammation ou de déchirure*

(1) Brochure in-8 de 122 pages. Librairie de Victor Masson. Prix : 2 fr. 50 c.

lité dans les organes intellectuels ; et la dispersion viscérale des passions, de Cabanis, a fait place à leur réunion nécessaire dans un seul appareil, le cerveau, dont les masses lobulaires ne sont plus désormais qu'une réunion d'organes reliés entre eux par des commissures, et rattachés par des pédoncules au centre commun de réaction. Si dans cet appareil toute détermination spéciale est encore prématurée, on y peut néanmoins, à l'égard des principales masses, faire des inductions que l'ensemble des données fournies par l'observation directe, l'expérimentation et la comparaison, tend de plus en plus à confirmer.

Le sujet que nous avons à éclaircir dépend entièrement de la théorie des fonctions intellectuelles et morales, et c'est ainsi que l'on s'explique le crédit prolongé d'une grossière erreur qui se maintient par cela seul que le terrain sur lequel on pourrait définitivement la juger est hérissé lui-même des plus grandes difficultés. C'est là, du reste, un principe général d'après lequel le charlatanisme, dans les sciences, est en raison directe de la complexité des phénomènes. Quoi qu'il en soit, en nous servant ici du dernier système proposé, nous pourrons au moins déterminer la vraie nature des phénomènes du magnétisme animal, et leur ôter tout le prestige métaphysique qui les voile si bien encore aux yeux de tant de personnes.

Suivant la judicieuse observation de Gall, pleinement conforme avec la sagesse vulgaire, ce qu'il y a de prépondérant dans la nature humaine, c'est le cœur ; et, d'après la rectification essentielle de M. Auguste Comte, nos moteurs affectifs sont des penchants dans l'état actif, et des sentiments dans l'état passif. Le cœur, suivant la théorie de ce dernier philosophe, comprend dix facultés irréductibles, sept personnelles et trois sociales. Parmi les premières, l'une est relative à la conservation individuelle : c'est l'instinct *nutritif*. Deux se rapportent à la conservation de l'espèce : l'instinct *sexuel* et l'instinct *maternel*. Deux autres sont relatives à l'instinct du perfectionnement : l'instinct *militaire* et l'instinct *industriel*.

Vient ensuite l'ambition, qui est temporelle ou spirituelle, et se manifeste dans le premier cas par l'*orgueil*, ou besoin de domination, dans le second par la *vanité*, ou besoin d'approbation.

Quant aux trois instincts sociaux, deux sont spéciaux : l'*attachement* et la *vénération*. Le troisième est général : c'est la *bonté*, ou amour universel.

Ainsi, dans l'ordre de dignité croissante, ces dix moteurs affectifs que je viens d'énumérer constituent le cœur humain, source de toute impulsion.

des parties molles. Plus tard, M. Lafargue imagina d'enduire des bandes de linge d'un mélange de colle d'amidon et de plâtre. C'était un premier pas vers le progrès que viennent de réaliser MM. Mathijssen et Van de Loo. Par ce moyen on obtenait déjà un bandage doué, comme le plâtre coulé, de l'avantage de se solidifier presque immédiatement, et n'ayant pas comme lui l'inconvénient d'un poids insupportable. Ce sont ces dernières conditions que réalise au plus haut degré le mode de déligation que nous faisons connaître aujourd'hui.

C'est en août 1852 que M. Mathijssen donna les premières indications relatives à la confection et à l'emploi de son appareil, dans une brochure dont il fit hommage à l'Académie de médecine de Belgique, et qui a pour titre : Nieuwe wijze van aanwending van het gips-verband bij beenbreucken (*Nouveau mode d'application des bandages au plâtre dans les fractures. Harlem, 1852). A la fin de la même année, M. le docteur Lacoste, médecin de garnison à Louvain, donna, dans les* Archives belges de médecine militaire, *une traduction du mémoire de M. Mathijssen (octobre et novembre), et bientôt après (décembre), un* Essai sur l'emploi chirurgical du bandage plâtré. *Depuis cette époque, MM. Mathijssen et Van de Loo (de Venlo) ont associé leurs efforts pour perfectionner les appareils et pour en multiplier les applications. Au commencement de l'année 1853, des essais ont été faits en Belgique d'abord; puis à Paris, dans les services de MM. Roux, Velpeau, Malgaigne, Nélaton, Larrey, Gerdy, Michon, etc.; puis à Berlin et à Vienne, où nous devons dire qu'ils ont provoqué des rapports très favorables de la part de MM. les docteurs Cessner, Grimm, Langenbeck, etc. Enfin, en ce moment même, la présence de M. Van de Loo à Paris y a donné lieu à de nouvelles expériences.*

Le rapport de M. Didot, que nous publions ci-après, renferme : 1° des détails précis sur la préparation et l'emploi des appareils; 2° un assez grand nombre d'expériences cliniques; 3° une partie critique, destinée surtout à réfuter les objections adressées au bandage plâtré. Nous donnons seulement les deux premières parties du rapport, qui contiennent toutes les notions nécessaires sur le nouveau mode de déligation. A. D.

I. PRÉPARATION ET EMPLOI DES APPAREILS.

Différents appareils plâtrés sont proposés par MM. Mathijssen et Van de Loo; nous devons les faire connaître, et exposer rapidement les procédés employés pour leur application.

Appareils plâtrés généraux. — Le bandage plâtré peut être appliqué sous quatre modes principaux, qui sont :

1° L'appareil à bandes roulées;
2° L'appareil à bandelettes ou de Scultet;
3° L'appareil bivalve;
4° L'appareil à cataplasme.

Appareil a bandes roulées. — « On étend sur une table, dit M. Van de Loo, un morceau de coton exempt d'amidon, de toile à demi usée ou de flanelle, de la longueur d'un mètre et demi, sur un demi-mètre de largeur; sur ce morceau d'étoffe, on répand au moins un demi-kilogramme de plâtre bien sec en poudre, dont on fait entrer autant que possible en frottant à pleine main; puis après avoir écarté le superflu, on retourne le morceau, et l'on agit de la même manière de ce côté. Les deux côtés de l'étoffe étant bien imprégnés de plâtre, on la coupe, étant encore sur la table, en bandes de 4 à 5 mètres de largeur, ce qui se fait nettement, en y faisant auparavant, à distances égales, une rainure au moyen d'une corde mince que l'on tend sur l'étoffe, et qu'on laisse, en l'élevant un peu vers le milieu, frapper dessus; puis on les roule sur la table en les serrant beaucoup moins que des bandes ordinaires.

» Ces bandes roulées se conservent très bien, pourvu qu'on les place dans une boîte fermée.

» Pour en faire usage, on prend, s'il s'agit d'une fracture de la jambe, le membre étant auparavant entouré d'une bande ordinaire ou d'ouate, une de ces bandes au plâtre roulées, que l'on mouille bien avec de l'eau, à l'aide d'une éponge (on fait entrer l'eau par les deux côtés de la bande), et on l'applique comme une bande ordinaire, avec cette différence que les tours doivent se couvrir pour les trois quarts ou les quatre cinquièmes; de la même manière, on mouille et l'on applique une seconde, une troisième bande, et ainsi de suite, en ayant soin de placer le chef de la suivante au-dessous de celle que l'on a précédemment appliquée. De cette manière, l'appareil se laisse mieux dérouler.

» Si l'on ne veut pas faire de renversés, on coupe la bande chaque fois qu'un changement de direction devient indispensable.

» Pour donner au bandage l'égalité et l'élégance désirables, il suffit de passer légèrement sur sa surface une éponge peu mouillée, chaque fois que l'on a appliqué deux ou trois bandes roulées.

» Pour le fenêtrer *d'emblée*, on s'y prend de la manière suivante : arrivé près d'une plaie, par exemple, on coupe la bande, pour recommencer de l'autre côté, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'on ait dépassé la plaie.

» Veut-on rendre le bandage *amovible*, on le coupe au moyen des ciseaux Seutin; et l'on obtient des *valves mobiles* en se conformant aux indications spéciales qui seront posées plus loin.

» Veut-on l'enlever, il est bon de le mouiller un peu, pour empêcher le dégagement de la poussière de plâtre. »

Appareil a bandelettes ou de Scultet. — Deux modes de confection, d'une valeur bien différente, ont été proposés pour l'établissement de ce bandage.

« Pour le premier, on arrange en bandage de Scultet vingt-cinq à trente bandelettes plâtrées sur un coussin garni d'une alèze; elles doivent se couvrir dans les trois quarts de leur largeur. Sur celle-ci, on met une couche de bandelettes ordinaires, et sur cet appareil ainsi préparé on place le membre fracturé.

» Après avoir appliqué les bandelettes ordinaires, on mouille, à l'aide d'une éponge, une ou deux bandelettes plâtrées que l'on applique immédiatement, et l'on continue jusqu'à ce que toutes les bandelettes plâtrées soient appliquées.

» Pour fenêtrer ce bandage, ou pour le rendre *amovible*, on s'y prend comme pour l'appareil à bandes roulées. »

Pour confectionner le deuxième bandage de Scultet, voici comment on procède :

L'esprit comprend cinq facultés.

Gall a parfaitement démontré l'inanité des explications logiques des idéologues sur les prétendus attributs élémentaires d'*attention*, de *mémoire*, de *volonté*, que M. Auguste Comte considère également comme résultés du concours des diverses opérations mentales, et il distingue dans les fonctions intellectuelles celles relatives à la *conception* et celles relatives à l'*expression*, qui, pour être normalement subordonnées aux premières, n'en ont pas moins une existence distincte.

Il y a deux sortes de conception : l'une passive, la contemplation; l'autre active, la méditation.

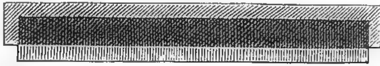
Par la contemplation, l'esprit reçoit les matériaux du dehors, les images, les *idées*. Par la méditation, il forme des combinaisons plus ou moins générales pour éclairer la conduite habituelle, il produit des *pensées*.

Mais ce ne sont pas encore là des fonctions vraiment élémentaires. La contemplation peut affecter deux modes, selon qu'elle se rapporte aux êtres ou aux événements. Dans le premier cas, elle est concrète et procure des notions réelles, elle est *synthétique;* dans le second, elle est *analytique* et abstraite.

La contemplation concrète est bien plus liée aux impressions extérieures que l'abstraite : c'est d'elle qu'émanent les idées. Pour la méditation, qui découvre les lois, nous sommes conduits à une division aussi nette que pour la contemplation, qui observe les faits. On médite, en effet, de deux manières bien distinctes, mais également nécessaires. Dans l'une, inductive, on pose les principes, d'où la *généralisation;* dans l'autre, déductive, on tire des conséquences, on coordonne, d'où la *systématisation*. La conception comprend donc quatre opérations distinctes : l'observation des êtres, puis celle des événements, l'élaboration des principes, puis celle des conséquences.

Quant à la communication, elle résulte de l'expression mimique, orale ou écrite. Enfin, reste le dernier groupe de fonctions constituant le caractère, d'où dépend la réalisation immédiate de chaque résultat voulu par le cœur et préparé par l'esprit. Il se décompose naturellement en trois fonctions essentielles qu'il suffit d'indiquer : le *courage* pour l'entreprise, la *prudence* pour l'exécution, et la *fermeté* pour l'accomplissement. Ainsi se complète la théorie cérébrale sur laquelle je vais m'appuyer pour l'analyse des phénomènes du magnétisme animal. Elle se résume d'une manière plus systématique par le tableau suivant, annexé au premier volume de la *Politique positive* de M. Auguste Comte :

« Sur un coussin garni d'une alèze, on place d'abord une *bandelette plâtrée*, sur laquelle on étend une bandelette *non plâtrée* de même largeur, mais plus longue de deux travers de doigt, de façon à dépasser la première d'un travers de doigt de chaque côté, et avec la précaution de lui faire également dépasser la bandelette plâtrée dans le sens de sa *largeur* d'un autre travers de doigt. La bandelette *plâtrée*, qui a les mêmes dimensions en ce sens que la



non plâtrée, offrira donc un liséré plâtré pour s'agglutiner avec les autres pièces de l'appareil. Ces deux premières bandelettes étant ainsi disposées, on étend une bandelette *plâtrée* sur la *non plâtrée*, en allongeant l'appareil d'un travers de doigt à chaque addition ; sur cette nouvelle bandelette, une autre *non plâtrée*, et ainsi successivement jusqu'à ce que tout le bandage soit disposé.

» Alors, on place le membre sur cet appareil, on le mouille avec une éponge dont on exprime l'eau, et l'on applique *premièrement une bandelette non plâtrée, et une plâtrée, du même côté*, et aussitôt on ajuste de la même façon les chefs opposés. On continue ainsi, jusqu'à ce que tout l'appareil soit établi.

» De cette manière, il y a toujours une bandelette *non plâtrée* entre deux bandelettes *plâtrées*, et *vice versâ*. »

Appareil bivalve. — MM. Mathijssen et Van de Loo construisent ce bandage de deux façons différentes :

« 1° On coupe six bandelettes plâtrées, d'une largeur de 6 à 7 centimètres, et suffisamment longues pour qu'elles puissent s'étendre depuis la partie supérieure de l'appareil que l'on se propose d'appliquer, jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de la plante du pied, en supposant toujours que l'on opère sur le membre inférieur.

» Puis on arrange à bandelettes séparées, sur un coussin revêtu d'une alèze, vingt-cinq à trente bandelettes plâtrées aussi de la largeur de 6 à 7 centimètres, dont les plus longues doivent être de 26, et les plus courtes de 16 centimètres environ, pour une jambe d'homme. Sur ces bandelettes plâtrées, on met des bandelettes ordinaires (non plâtrées) ; ensuite on place la jambe fracturée sur l'appareil ; on applique les bandelettes ordinaires ; puis on prend une des six bandelettes longues dont il a été parlé d'abord, on la mouille bien, et on l'applique sur le côté externe du membre, depuis la partie supérieure de l'appareil jusqu'au-dessous de la plante du pied. On en place une de la même manière du côté interne, en laissant entre celle-ci et la précédente un intervalle d'un ou deux travers de doigt. Ceci fait, on mouille et l'on applique les vingt-cinq à trente bandelettes plâtrées qui sont rangées sur l'alèze. On finit le bandage en mouillant et en appliquant successivement les quatre dernières bandelettes longues au plâtre, savoir : deux du côté externe, et deux du côté interne, ayant soin de couvrir les deux premières. »

Il est entendu que dans le cas où les bandelettes plâtrées qui composent l'appareil de Scultet présenteraient plus de longueur qu'il n'en faut pour s'appliquer sur la marge des valves, on devrait les couper à mesure de leur application, afin qu'elles ne pussent empiéter sur l'espace resté libre entre les deux moitiés du bandage.

« Pour rendre cet appareil inamovible, on comble l'espace resté libre entre les deux valves avec un peu d'ouate, et l'on applique trois ou quatre bandettes plâtrées *en travers*, ou bien une ou deux bandes de largeur convenable suivant la longueur de cet intervalle, en le masquant complétement. Pour rétablir l'amovibilité du bandage, il suffit d'enlever ces bandelettes.

» Si l'appareil doit envelopper tout le membre inférieur, il faut de plus une vingtaine de bandelettes, dont les plus longues auront 42, et les plus courtes 26 centimètres, ainsi que six bandelettes longues, s'étendant depuis le genou jusqu'à la partie supérieure de l'appareil. »

2° L'autre bandage *bivalve*, préparé à l'aide du plâtre, est le suivant :

« On dispose deux couches de bandelettes de Scultet *non plâtrées* et superposées. On place sur celles-ci un morceau de vieille couverture de laine ou de flanelle, coupé suivant la longueur de la jambe, de manière à embrasser la moitié ou les deux tiers postérieurs de la circonférence du membre. Cette pièce a été préalablement imprégnée de plâtre sur ses deux faces ; et sur celle qui doit être en rapport avec la jambe, on a disposé une couche d'ouate fine. L'appareil étant ainsi préparé, on y dépose le membre *après* avoir mouillé convenablement les pièces plâtrées, et l'on applique le tout au moyen de la rangée superficielle de bandelettes séparées.

» Ce premier bandage complété, on applique sur la partie antérieure de la jambe une nouvelle couche d'ouate, ou une compresse sans pliures, et par-dessus une autre pièce de couverture ou de flanelle, également imprégée de plâtre sur ses deux faces et convenablement mouillée, qui vient recouvrir la partie antérieure de la jambe, et empiète de deux travers de doigt de chaque côté sur la coque postérieure. Le tout est ensuite assujetti au moyen de la rangée de bandelettes qui est restée sans emploi.

» Veut-on maintenant inspecter la partie antérieure de la jambe, on n'a qu'à détacher les bandelettes, et l'on peut enlever la pièce de laine plâtrée qui protége cette région pour la réappliquer ensuite, quand on a inspecté le membre et pratiqué les pansements réclamés par l'état des parties. »

Appareil a cataplasme. — « D'une vieille couverture de laine, on coupe un modèle suivant la longueur et la circonférence du membre.

» On y fait entrer d'un côté seulement, et en frottant à pleine main, autant de poudre de plâtre que l'étoffe peut en recevoir, puis on écarte le surplus, sans cependant chercher à entraîner tout ce qui n'a pas pénétré dans la trame du tissu. On mouille ensuite de manière que le plâtre soit bien pénétré d'eau, et aussitôt on étend sur l'appareil une couche d'ouate suffisante pour protéger le membre.

(AIMER, PENSER, AGIR.)

AGIR PAR AFFECTION, ET PENSER POUR AGIR.

PRINCIPE.

					N°			
10 moteurs affectifs. (Penchants, dans l'état actif, et sentiments, dans l'état passif.)	7 personnels.	Intérêt.	Instincts de la conservation	de l'individu, ou *instinct nutritif*	(1).	Égoïsme.	Décroissement d'énergie, et accroissement de dignité, d'arrière en avant, de bas en haut, et des bords au milieu.	IMPULSION. (Le cœur.)
				de l'espèce : *instinct sexuel*	(2).			
				de l'espèce : *instinct maternel*	(3).			
			Instincts du perfectionnement	par destruction, ou *instinct militaire*	(4).			
				par construction, ou *instinct industriel*.	(5).			
		Ambition.	Temporelle, ou Orgueil, besoin de domination		(6).			
			Spirituelle, ou Vanité, besoin d'approbation		(7).			
	3 sociaux.	Spéciaux.	Attachement		(8).	Altruisme.		
			Vénération		(9).			
		Général.	Bonté, ou Amour universel (sympathie), *humanité*		(10).			

MOYEN.

				N°	
5 fonctions intellectuelles.	Conception	Passive, ou Contemplation, d'où matériaux objectifs,	Concrète, ou relative aux êtres, essentiellement *synthétique*.	(11).	CONSEIL. (L'esprit.) Savoir pour prévoir, afin de pourvoir.
			Abstraite, ou relative aux événements, essentiellement *analytique*	(12).	
		Active, ou Méditation, d'où constructions subjectives.	Inductive, ou par comparaison, d'où *Généralisation*.	(13).	
			Déductive, ou par coordination, d'où *Systématisation*	(14).	
	Expression.	Mimique, orale, écrite, d'où *Communication*.		(15).	

RÉSULTAT.

			N°	
3 qualités pratiques	Activité.	Courage	(16).	EXÉCUTION. (Le caractère.)
		Prudence	(17).	
	Fermeté	d'où *Persévérance*.	(18).	

» Le bandage ainsi préparé est placé sur un coussin garn d'une couche de bandelettes de Scultet, et aussitôt on y dépose le membre fracturé, qui est bientôt entouré d'un moule exact, soutenu au moyen de la série de bandelettes qui s'appliquent comme dans la bandage ordinaire.

» Au lieu d'une pièce de couverture de laine, on peut employer deux modèles semblables de flanelle poreuse, offrant des dimensions égales à la longueur et à la circonférence du membre. Ces deux pièces doivent être bien imprégnées de plâtre sur une de leurs faces, et mouillées séparément, afin que tout le plâtre soit convenablement humecté. On les réunit ensuite, en faisant adhérer les deux surfaces plâtrées, et l'on étend l'appareil ainsi disposé sur un coussin. Alors, on y place le membre fracturé, et aussitôt on forme le moule du membre en appliquant successivement les deux doubles de flanelle, de façon que leurs bords se croisent et se recouvrent alternativement, en empiétant l'un sur l'autre d'un travers de doigt environ. De cette manière, on n'a besoin ni de bandelettes ordinaires pour couvrir d'abord le membre, ni d'ouate pour matelasser l'appareil, ni enfin de bandes pour assujettir la coque plâtrée. Si, dans certains cas, on voulait obtenir un appareil plus solide et plus résistant, il suffirait d'ajouter au bandage une pièce intercalaire, fortement imprégnée de plâtre sur ses deux faces, et convenablement mouillée avant l'application. Alors, on obtiendrait un moule qui défierait tout choc extérieur, ou tout déplacement intérieur. »

Appareils spéciaux. — Indépendamment des appareils *généraux* que l'on peut construire d'après les différents modes qui viennent d'être décrits, il en est de *spéciaux*, dont l'importance est telle, que la découverte de MM. Mathijssen et Van de Loo aurait perdu beaucoup de sa valeur, si elle n'avait pu se prêter au traitement des affections diverses que M. Seutin a rattachées à sa méthode, et pour lesquelles il emploie les bandages amidonnés.

Ce sont particulièrement les spicas de l'aine et de l'épaule.

Spicas de l'aine. — « On arrange sur un matelas dur et bien uni, préalablement garni d'une alèze, vingt-quatre à trente bandelettes plâtrées de 6 à 7 centimètres de largeur.

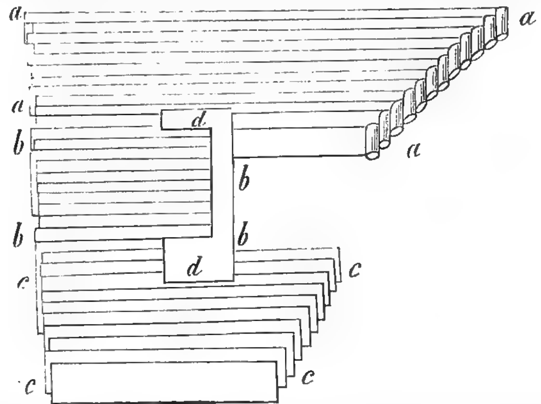
» Les huit à dix premières bandelettes doivent envelopper le bassin ; elles forment le haut du bandage, et sont en partie roulées du côté opposé à la maladie. (a, a.)

» Les huit à dix suivantes sont destinées à protéger l'article coxo-fémoral, et doivent couvrir tout l'espace compris entre la rainure fessière et le pubis. (b, b.)

» Les huit à dix dernières envelopperont la partie supérieure de la cuisse. (c, c.)

» Pour soutenir toutes les bandelettes qui correspondent à la fesse, et les empêcher de se disjoindre, il suffit d'étendre perpendiculairement sous leurs chefs libres, une ou deux bandes plâtrées, plus larges que celles qui entrent dans la composition du reste de l'appareil, et sur lesquelles ces chefs viennent se fixer. (d, d.)

» Toutes les bandelettes doivent se recouvrir dans la proportion des trois quarts ou des quatre cinquièmes de leur largeur.

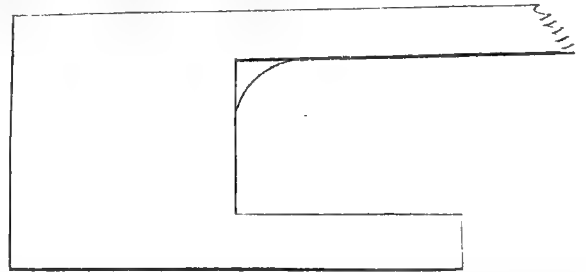


» Sur l'appareil ainsi disposé, on étend des bandelettes non plâtrées, ou une simple compresse de linge vieux, et aussitôt on place le malade, en évitant de déranger les pièces du pansement.

» On applique d'abord les bandelettes simples ou la compresse, puis on mouille largement les bandelettes plâtrées que l'on ajuste rapidement, et l'on n'a point à s'occuper de la partie de l'appareil sur laquelle le patient repose ; car l'eau l'a bientôt pénétrée en quantité suffisante pour souder le tout et constituer immédiatement un moule inflexible.

» On peut encore appliquer cet appareil de la manière suivante :

» On prend deux pièces de flanelle, coupées suivant la forme des parties à protéger, c'est-à-dire assez longues pour embrasser le bassin, l'articulation coxo-fémorale, et le haut de la cuisse. Ces



deux pièces doivent être largement imprégnées de plâtre sur une de leurs faces, de façon à pouvoir être collées l'une sur l'autre. Après les avoir bien mouillées et les avoir réunies, on les étend sur un matelas garni d'une alèze, et aussitôt on y place le malade. L'application de l'appareil a lieu instantanément, car il suffit d'établir et de fixer la ceinture pelvienne en croisant et recouvrant successivement les quatre doubles de flanelle ; puis on termine par le bandage crural qui est assujetti de la même manière.

Dans l'état de la plus parfaite harmonie mentale, nos images intérieures sont dépendantes de nos sensations extérieures ; il y a subordination complète de la contemplation abstraite à la contemplation concrète, et, pour employer ici une locution vulgaire très juste, *nous voyons les choses comme elles sont.*

Cet état, pour être le plus normal, est loin d'être le plus habituel ; et d'abord il suffit de considérer l'esprit humain dans son évolution, ainsi que nous l'avons déjà fait dans un autre but.

Chez le fétichiste, l'ordre est renversé, les images intérieures sont toujours plus intenses que les sensations extérieures, et celles-ci, loin de déterminer les premières, n'en sont pour ainsi dire que le prolongement. Au lieu de la subordination du dedans au dehors, on a celle du dehors au dedans. Dans cet état initial, à défaut de données extérieures bien nettes, l'homme, dans une naïve spontanéité, transporte au dehors ses émotions intérieures, et s'harmonise étroitement avec tous les êtres que son esprit a animés sous l'impulsion énergique et dominante du cœur. Pendant toute la période théologique, une telle subordination se maintient, quoiqu'elle soit décroissante. Déjà chez le païen l'abstraction complète de la divinité, du corps où elle ne fait que résider, permet de considérer celui-ci avec plus de netteté. Dans l'âge métaphysique, les images intérieures, sans dominer entièrement les impressions extérieures, leur font au moins, dans beaucoup de cas, une concurrence assez énergique, de telle sorte que cet état, sous tous les rapports, est un intermédiaire dans lequel il s'établit encore bien des luttes entre l'esprit et le cœur. Vient enfin l'état scientifique, dans lequel le dedans se subordonne entièrement au dehors, source permanente et inaltérable de toute notion positive. Notre histoire révèle donc cette tendance naturelle des empiétements de la contemplation abstraite sur la contemplation concrète ; et même, au milieu des faibles portions de l'humanité qui sont arrivées à *voir les choses comme elles sont,* on rencontre un grand nombre de cerveaux dont l'économie générale répond soit aux époques théologiques, soit à l'état métaphysique.

En suivant, du reste, les époques du développement individuel, on retrouve les phases correspondantes au développement de l'espèce. Mais ce qu'il y a de plus caractéristique à établir, c'est que, dans l'état de pleine maturité, les plus saines intelligences peuvent, sous l'influence d'un grand nombre de circonstances, s'aliéner accidentellement.

Les états dans lesquels nous plongent les liqueurs spiritueuses, le café, l'opium, le haschisch, les inhalations d'éther, le chloroforme, ne sont que des degrés plus ou moins marqués d'aliénation mentale.

» Ici encore, pour obtenir plus de solidité, il suffit d'ajouter à l'appareil une pièce intercalaire plâtrée des deux côtés, et par cela seul le bandage acquiert une puissance remarquable. »

SPICA DE L'ÉPAULE. — « Après avoir appliqué le spica de l'épaule ordinaire, on applique une bande ou quelques bandelettes plâtrées autour des bras, jusqu'à l'aisselle, puis on donne au membre supérieur la position qu'il doit garder par rapport au tronc. On continue ensuite le bandage, en passant au-dessous de l'aisselle opposée, pour revenir sur l'épaule malade, mais on s'arrête au-devant de l'aisselle sans faire passer les bandes plâtrées sous cette région. De cette façon, au lieu de faire un ∞ de chiffre *fermé*, on le laisse ouvert en un point ∞ qui correspond à l'aisselle. On superpose ainsi plusieurs couches de bandelettes plâtrées qui se recouvrent et s'imbriquent jusqu'à ce que l'on ait construit un moule convenable. »

COMMENT ON S'Y PREND POUR RENDRE LES BANDAGES PLATRÉS AMOVO-INAMOVIBLES. — L'amovo-inamovibilité étant l'un des avantages les plus précieux de la méthode de M. Seutin, il était indispensable que tous les appareils plâtrés pussent se prêter à cette condition, et c'est à quoi MM. Mathijssen et Van de Loo sont parvenus par deux moyens, dont l'un se recommande surtout par une simplicité merveilleuse.

La section des appareils à l'aide des ciseaux Seutin suffit, sans doute, dans la généralité des cas, pour permettre de visiter le membre quand on n'est pas obligé d'en mettre à nu toute la surface; mais quand le bandage doit être ouvert chaque jour, et principalement quand l'écartement des valves doit être complet, il est nécessaire qu'une sorte de *charnière* réponde à la section opérée par les ciseaux, afin de ne point diminuer la solidité de l'appareil par des efforts qui feraient éclater le plâtre et altéreraient la forme primitive du moule.

Pour obvier à ce double inconvénient, voici comment MM. Mathijssen et Van de Loo se comportent avec les appareils plâtrés construits au moyen de bandes ou de bandelettes.

« Supposons que la section du bandage doive être pratiquée au côté externe de la jambe, par exemple, en avant ou en arrière du péroné; la *charnière* devra par conséquent se trouver au côté interne, et s'étendre sur toute la hauteur du bandage. Tout étant disposé, et la jambe posée sur l'appareil, on commence par appliquer la couche de bandelettes simples comme cela se pratique ordinairement. On ajuste ensuite les trois premières bandelettes plâtrées qui embrassent toute la circonférence du bas de la jambe. Pour les trois bandelettes suivantes, on se comporte différemment, afin d'obtenir d'emblée une charnière, c'est-à-dire une ligne qui serve de pivot aux valves et permette ainsi de les ouvrir sans jamais compromettre la forme de la coque plâtrée. Au moment où on les applique, on a la précaution de les couper à leur passage sur cette charnière. Un intervalle d'un millimètre est laissé entre les *deux chefs* produits par cette section, et l'on continue l'application de ces bandelettes sur le reste de la circonférence du membre. Les deux bandelettes qui viennent ensuite sont placées *entières*, c'est-à-dire sans être coupées, de sorte qu'elles feront plus tard l'office de *pentures*. Enfin on continue ainsi l'application alternée de *trois* bandelettes *coupées* et de *deux* bandelettes *entières*, de façon qu'après la section on obtient un appareil à charnière parfaitement amovo-inamovible, s'appliquant exactement à tout le membre, et n'étant point exposé à se déformer par suite des différents pansements ou des visites que réclame l'état du membre. »

Ce mode d'application des appareils plâtrés donne de bons résultats sans doute; mais il est assez compliqué, et réclame une dextérité que l'on ne trouvera point chez la généralité des praticiens.

Le procédé suivant est, au contraire, d'une admirable simplicité, et se trouve à la portée de tous.

« Pour rendre les bandages plâtrés parfaitement *amovibles*, dit M. Van de Loo, il suffit de tracer une rainure dans le plâtre encore mouillé, immédiatement après l'application de chaque appareil, et cela à l'aide du bord d'une spatule, du dos d'un couteau, ou même d'une petite pièce de monnaie. Le sillon ainsi tracé suffit pour constituer une charnière qui permettra les mouvements les plus étendus aux valves que l'on déterminera ultérieurement par la section du bandage. Pour le membre inférieur on peut, si l'on veut, tracer deux rainures latérales pour obtenir deux valves, tandis qu'une seule suffira généralement pour le membre supérieur. »

AVANTAGES ATTRIBUÉS AUX APPAREILS PLATRÉS, PAR MM. MATHIJSSEN ET VAN DE LOO. — Pour donner une idée exacte des appareils plâtrés tels qu'ils sont proposés par MM. Mathijssen et Van de Loo, il a fallu puiser dans la correspondance et dans les communications partielles que ces messieurs ont adressées soit à l'Académie, soit à la commission, afin d'y trouver la description du procédé et du mode d'application de chaque bandage. Il n'existait point de travail complet émanant de ces honorables praticiens : le rapport a donc dû en tenir lieu, afin qu'un jugement suffisamment motivé pût être porté sur une innovation qui inspire déjà tant d'intérêt à tous les chirurgiens.

Comme cela s'observe chez la plupart des promoteurs d'idées nouvelles, MM. Mathijssen et Van de Loo se montrent enthousiastes de leur découverte, et déclarent les appareils plâtrés supérieurs à tous ceux que l'on a employés jusqu'à ce jour, soit dans les différentes conditions d'amovibilité, soit comme agents d'inamovibilité.

Voici en peu de mots quels sont les avantages qu'ils leur attribuent :

1° *Solidification instantanée.* Cette condition, longtemps cherchée par l'honorable M. Seutin, est trop précieuse pour qu'on ne comprenne pas immédiatement l'importance qu'elle acquiert dans les cas de fractures accompagnées d'agitation, de délire, ou dans les accidents de ce genre survenant chez des enfants indociles.

Les appareils plâtrés sont complétement solidifiables en quelques minutes, quand ils sont bien établis. Dès lors, tout déplacement devient impossible, et le patient peut se livrer sans crainte au sommeil, dont il a si grand besoin, ou peut être contenu plus facilement, s'il est en proie à une excitation momentanée.

Mais les remarques sont bien plus nettes quand au lieu d'une action médicamenteuse on envisage les cas où une forte impulsion affective tend à dominer dans l'économie cérébrale. Qu'il me suffise de citer la domination de celui de nos penchants qui est à la fois un des plus nobles et des plus intenses, l'amour, pour rappeler toutes les hallucinations dont notre contemplation concrète peut être le jouet; et, sans invoquer des causes aussi immédiates, on peut encore rappeler les excitations artificielles résultées d'une lecture émouvante ou d'un drame pathétique pour mieux démontrer cette facilité que nous avons à voir les choses suivant notre cœur plutôt que suivant notre esprit. Que de fois, dans ces théâtres où nos prolétaires parisiens viennent chercher des émotions d'autant plus impérieuses qu'ils ont moins de consolations domestiques, n'ai-je pas vu les spectateurs prendre fait et cause pour la vertu opprimée, et s'indigner hautement contre le crime triomphant! De tels mouvements spontanés ne peuvent être servis et encouragés que par une aliénation passagère de la contemplation concrète.

Il n'y aurait plus d'illusion possible au spectacle si nous avions la froideur de ne pas prendre jusqu'à un certain point les personnages au sérieux. Le meilleur artiste est celui qui développe le mieux chez nous cette disposition subjective indispensable pour tout effet dramatique. Sans recourir à d'autres exemples, il doit être démontré que, même chez les personnes douées du meilleur jugement, on peut, par des moyens purement artificiels, développer un état cérébral dans lequel le dedans prend le dessus sur le dehors, et nous fait voir les choses autrement qu'elles ne sont. L'aliénation mentale confirmée n'est que la persistance de cet état dans lequel nous faisons sur les phénomènes observés des hypothèses trop compliquées. On peut, du reste, pour bien déterminer cet état pathologique, rappeler un cas poétique qui, bien mieux que les savantes considérations de ceux qui croient avoir découvert la monomanie, peut servir de type dans la démonstration actuelle : c'est la conception si profonde du *Don Quichotte* de Cervantes.

Toute personne qui a suivi la succession des raisonnements précédents doit sentir que nous touchons enfin à l'interprétation des singuliers phénomènes du magnétisme animal, et que nous allons en même temps nous rendre compte du fait bien plus singulier encore des magnétiseurs de bonne foi.

En effet, une personne étant déclarée propre à exercer l'influence magnétique, et étant du reste disposée par son éducation aux croyances correspondantes, se familiarise avec l'administration du fluide magnétique. Une fois son apprentissage technique fait, il s'en va magnétisant, et bien-

La chirurgie militaire trouvera surtout, dans cette condition, des avantages qu'elle demandait en vain à tous les modes de déligation en usage, et la prompte solidification des appareils plâtrés permettra désormais de transporter les blessés au moyen de tout véhicule, même à cheval, sans les exposer aux terribles dangers qui aujourd'hui encore menacent les soldats évacués d'un champ de bataille.

2° *Simplicité*. Pour tout l'appareil on n'a besoin que d'un tissu de coton ou de laine et de plâtre. Il ne faut ni carton, ni attelles, ni amidon, ni autre chose. *Quò simplicius*, dit M. Van de Loo, *eò melius!*

3° *Facilité extrême d'application*. Pour bien appliquer le bandage plâtré, il ne faut ni apprentissage ni habitude; le plus modeste praticien de campagne le confectionnera d'emblée sans avoir à craindre les accidents produits par l'inexpérience des autres modes de déligation. La bandelette plâtrée s'applique sur le membre et s'y moule immédiatement sans qu'il soit besoin de la tirailler en tous sens.

4° *Pour l'application on n'a besoin d'aucun aide intelligent.* — Il suffit que le membre soit tenu dans la position assignée par le chirurgien, et seul il confectionne l'appareil.

5° *Aucun bandage n'est aussi rapidement appliqué.*

6° Suivant les circonstances, *on peut employer* avec le même avantage *l'eau froide ou chaude*, et même l'*urine*.

7° *Son inamovibilité* peut être telle qu'il défiera les chocs et les coups les plus violents. Pour cela il suffit d'ajouter quelques couches de bandelettes plâtrées.

8° *Son amovibilité* est facultative et complète au besoin. En le construisant d'emblée *bivalve*, il est *amovible* aussitôt après l'application, et l'on évite ainsi la section au moyen des ciseaux.

9° Il remplit immédiatement les conditions de l'*extension* et de la *contre-extension* sans avoir besoin de recourir à des forces opposées pour maintenir la coaptation dans les cas de fractures obliques, ou pour conserver les rapports normaux de tous les organes d'une région, comme dans les lésions de l'épaule, de la hanche, etc.

10° *Contention exacte et immuable*. Les appareils plâtrés maintiennent les parties dans les rapports établis sans exercer aucune compression nuisible, parce qu'ils restent tels qu'ils ont été appliqués sans subir ni dilatation, ni rétrécissement au moment de la dessiccation. C'est pour cela que jamais un bandage plâtré ne fatigue les patients, et que jamais on ne voit les orteils se tuméfier, comme cela arrive généralement à la suite de l'application des autres appareils.

« Arrêtons-nous sur cette propriété, dit M. Van de Loo, car elle est de la plus haute importance. Je lui attribue autant, sinon plus de valeur qu'à la prompte solidification.

» Le bandage plâtré est contentif au plus haut degré de perfectionnement possible, et comme le dit M. Seutin, *compressif circulairement* de la manière la plus douce, la plus uniforme, la plus régulière. C'est ce que je puis démontrer avec autant d'évidence que je mets d'assurance à défier que l'on réfute mes assertions.

» Pour vous en convaincre, messieurs, appliquez un appareil, quel qu'il soit, à la jambe du premier venu, pourvu que le bandage s'étende de l'articulation du pied jusqu'au genou; et si cet appareil est appliqué de manière à contenir exactement le membre, vous verrez bientôt le pied se gonfler. Appliquez même une simple bande roulée, et la tuméfaction du pied paraîtra encore. Au contraire, emprisonnez le membre dans un appareil plâtré, et vous n'observerez pas le moindre gonflement.

» Pourquoi cette différence?

» Cela vient de ce que les autres appareils, tels que le bandage amidonné, exigent l'emploi d'attelles de carton ou de toute autre substance : l'application ne peut donc être aussi régulière, aussi parfaite. En outre, le carton mouillé s'élargit, s'allonge sous la pression de la bande, et se rétrécit d'une manière sensible par la dessiccation. La bande roulée elle-même ne peut non plus s'appliquer aussi régulièrement, parce que, en vertu de son élasticité, de sa souplesse, elle fait trop souvent l'effet d'une corde que l'on applique autour du membre, de sorte qu'en certains endroits elle serre plus que dans d'autres, et entrave la circulation.

» Les bandelettes plâtrées, au contraire, ne s'élargissent ni ne s'étendent, en aucune façon, après l'application, et la dessiccation ne leur fait subir aucun retrait. Appliquées sur un membre, sans effort ni tension maladroite, elles en dessinent la forme exacte, et constituent immédiatement un moule parfait. Il est donc impossible de produire une compression nuisible, si l'on se borne à la simple application des appareils plâtrés. »

11° *Porosité du plâtre*. Non seulement la transpiration cutanée peut se dégager à travers les appareils plâtrés, mais quand il existe des plaies, des ulcères, ou quand il survient des eschares gangréneuses, les liquides produits par ces lésions transsudent immédiatement sans nuire à la solidité des appareils, et donnent l'éveil sur l'existence de toute complication.

12° Le plâtre permet, selon les cas, de recourir aux applications de glace, à l'aide de vessies fraîches. Une petite compresse imbibée d'éther et appliquée sur l'appareil fait baisser sensiblement la température du membre en quelques minutes.

13° *Facilité extraordinaire* avec laquelle les bandages plâtrés sont supportés dans tous les cas de fracture.

14° *Déambulation immédiate* par suite de la prompte solidification.

15° *Modicité du prix* du bandage plâtré.

16° Étant extrêmement facile à appliquer, il peut être renouvelé en quelques minutes, quand la diminution du gonflement produit trop de vide, ou quand sa forme est altérée.

17° *Elégance et régularité parfaites*. La beauté extérieure d'un appareil n'est pas à dédaigner, sans doute; mais les bandages plâtrés ont cet autre avantage que s'ils dessinent extérieurement toutes les formes du membre et présentent même le relief des saillies musculaires, ils permettent par cela seul de s'assurer si la

---

tôt il n'a plus qu'à paraître pour que telle personne éprouve une émotion profonde, une autre des syncopes, une autre des convulsions; enfin les effets se multiplient tellement, qu'un magnétiseur qui n'aurait que des demi-croyances sur l'existence du fluide magnétique se trouve convaincu par ses propres résultats. En toute chose, c'est beaucoup qu'une personne qui a de fortes convictions, et pour peu qu'un petit nombre d'individus les partagent, ils entraînent bientôt tous ceux qui sont indécis. Or, je le demande, cette attitude, ce geste, ces mouvements du magnétiseur, sont-ils autre chose qu'un pur artifice au moyen duquel on développe chez une personne convenablement préparée un état subjectif plus ou moins prononcé, et qui peut aller jusqu'à l'extase caractérisant le sommeil magnétique? Dans cet état, d'ailleurs beaucoup moins fréquent à observer que le simple assoupissement, la croyance ou demi-croyance à un pouvoir tout-puissant, développe dans l'esprit du patient des images abstraites d'une intensité telle que toute contemplation concrète est abolie. La sensibilité générale peut même être anéantie par suite de cette profonde absorption intérieure, et comme les organes méditatifs viennent encore s'exercer sur les produits de la contemplation abstraite, l'extatique peut effectuer une série de raisonnements assez cohérents; si, de plus, les impressions auditives continuent à s'opérer, il peut s'établir entre le magnétiseur et le magnétisé des rapports assez suivis; mais dans les cas réels d'extase, les réponses du sujet sont aussi vagues que celles de la sibylle, et au milieu des croyants le magnétiseur les interprète toujours à la grande admiration de tout le monde.

Les phénomènes convulsifs s'expliquent encore plus facilement que les phénomènes du somnambulisme. Quand on suivait encore les procédés de Mesmer, on sait combien il y avait de causes naturelles de développement des convulsions. Pour les personnes qui pourraient à cet égard conserver encore des doutes, je vais ici reproduire quelques observations particulières.

A quelques lieues de la frontière du Var, au fond d'une riante vallée portant à la crête de chacun de ses ravins deux villages des plus pittoresques, on trouve une modeste chapelle consacrée à saint Donat. Le martyrologue ne renferme rien d'extraordinaire sur ce saint personnage; toujours est-il qu'il a, dans tous les villages environnants, la réputation de guérir les épileptiques. Chaque année, au mois d'août, pendant que le soir, dans le grand pré, au son du tambourin, se croisent les fanaux des joyeuses farandoles, la chapelle présente l'aspect le plus inattendu : des paysans, venus en pèlerinage de toutes les parties du département, forment des petits groupes dispersés, dans chacun desquels on chante un can-

coaptation est bien faite, ou se maintient exactement, sans qu'il soit nécessaire d'en venir à une exploration directe des parties lésées.

Tels sont les principaux avantages que MM. Mathijssen et Van de Loo attribuent aux appareils plâtrés.....

Dans un autre endroit de son rapport, M. Didot propose plusieurs modifications à l'appareil plâtré de MM. Mathijssen et Van de Loo. Ce sont les suivantes :

Modifications proposées. — Dans l'examen qui précède, nous avons discuté la valeur thérapeutique des appareils plâtrés, comme *procédé* généralement applicable aux indications de la *méthode* amovo-inamovible ; mais nous n'avons ajouté aucune réflexion critique sur la construction même de ces appareils. Le moment est venu d'en dire quelques mots.

Pour préparer leurs appareils *roulés* ou *à bandelettes*, MM. Mathijssen et Van de Loo conseillent d'étendre sur une table un morceau de coton exempt d'amidon, ou de linge à demi-usé, sur lequel on étale le plâtre en poudre sèche, pour le faire pénétrer ensuite dans la trame en frottant à pleine main. L'une des faces du tissu étant ainsi plâtrée, on le retourne et l'on agit de la même façon pour l'autre côté ; puis, sans désemparer, on taille les bandes et bandelettes que l'on enroule légèrement et que l'on peut conserver pour l'usage.

Cette manière de procéder est bonne sans doute ; mais elle a l'inconvénient de faire perdre au tissu une partie du plâtre qui s'y est attaché, et qui adhère trop peu pour résister aux secousses qu'on lui imprime d'abord en le retournant tout d'une pièce, et en second lieu en découpant les bandes. Il en résulte donc que si le plâtre est parfaitement sec, il est en partie secoué, et l'on n'obtient que des bandes maigres.

Nous agissons différemment, et nous croyons que l'on fera bien de nous imiter.

Dans une pièce de calicot à trame peu serrée, et préalablement dépouillé de tout apprêt par le lavage, nous taillons des bandes ou des bandelettes appropriées à l'usage auquel nous les destinons.

Nous les étendons ensuite sur une table, ou sur une simple planche, en les superposant de façon qu'elles se couvrent exactement.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que ces bandes doivent être parfaitement sèches, pour recevoir une quantité suffisante de plâtre.

Alors, prenant le plâtre à pleine main, nous en saupoudrons la première bande, et le faisons pénétrer dans le tissu en frottant largement, et toujours dans le même sens.

Ce côté étant ainsi préparé, nous retournons doucement la bande et agissons de même sur l'autre face ; puis la bande est roulée mollement, au fur et à mesure que le plâtrage a lieu, et on la dépose dans une boîte.

En agissant ainsi, nous avons l'avantage d'obtenir des appareils mieux plâtrés, d'opérer plus promptement et plus proprement, de pouvoir confier la préparation de ces bandes à des mains étrangères, et enfin de les disposer à volonté suivant toutes les longueurs.

Le mode de préparation adopté par MM. Mathijssen et Van de Loo exige au contraire une adresse spéciale, et, dans tous les cas, ne permet point de préparer des bandes de plusieurs mètres de longueur, puisqu'il serait impossible de manier une pièce d'étoffe de cette dimension sans en secouer presque toute la poudre minérale, et par conséquent sans lui faire perdre les propriétés qu'on voulait lui donner. Il sera donc préférable, dans tous les cas, de tailler les bandes ou bandelettes d'abord, et de les plâtrer ensuite.

Il est une autre observation que nous avons également faite en suite des communications de MM. Mathijssen et Van de Loo, et qui pourrait fournir un argument de certaine valeur aux adversaires du bandage plâtré. La voici. Tous les appareils que ces honorables chirurgiens nous ont adressés dessinent admirablement la forme de la jambe ; mais le pied n'y figure que par les contours de quelques bandelettes en guise de *sous-pieds*, de sorte qu'on pourrait supposer que les auteurs de ce procédé de déligation se contentent de ces bandelettes pour fixer et immobiliser la puissante articulation qui répond au fragment inférieur. Il n'en est rien, cependant ; car, sur le vivant, M. le docteur Van de Loo emprisonne le pied jusqu'à la racine des orteils, de sorte que la coque plâtrée entoure et immobilise tout le membre, comme cela se pratique quand on a recours au bandage amidonné. C'eût été une imprudence grave d'agir autrement, parce que le pied eût infailliblement fait l'office d'un levier, qui eut compromis la coaptation et entraîné le fragment inférieur. M. Van de Loo n'a point commis cette faute et, avec la réserve qui précède, on peut prendre pour modèles les bandages déposés dans les collections de l'Académie.

Nous avons dit précédemment que le bandage plâtré pouvait se prêter à toutes les fantaisies du chirurgien. Cela est parfaitement vrai, et en voici une nouvelle preuve. M. le docteur Williame, médecin de bataillon au 8e de ligne, a eu l'heureuse idée de modifier le *bandage à cataplasme* de MM. Mathijssen et Van de Loo, en faisant une vraie *étoupade* plâtrée.

Ayant coupé un drap-fanon hors d'une pièce de calicot sans apprêt, il le tailla de façon qu'il pût s'adapter aux formes de la jambe et du pied, puis il le recouvrit d'une couche égale et peu épaisse d'étoupe bien peignée. Sur cette étoupe il sema quantité suffisante de plâtre en poudre, et le fit pénétrer en percutant légèrement l'appareil avec une petite baguette. L'étoupade, convenablement mouillée, fut recouverte d'un deuxième morceau de calicot destiné à protéger les téguments, et aussitôt étalée sous le membre. Pour ajuster le tout, il suffit d'étendre les deux pièces de tissu, de les mouler sur la jambe et sur le pied, puis de les fixer à l'aide de quelques épingles. Le moule était parfait, et quelques minutes avaient été à peine nécessaires pour obtenir une consolidation entière.

---

tique particulier et souvent sur un ton différent par chaque groupe, et c'est au milieu de ce concert de dissonances que les épileptiques viennent demander leur guérison au grand saint Donat, dont le portrait en pied, quoique d'une exécution médiocre, exerce sur eux une profonde influence. En effet, à peine ces malheureux sont-ils agenouillés devant cette grande figure au regard fixe, qu'un accès terrible les frappe, et pendant que les groupes de chanteurs croisent leurs discordantes mélodies, les dalles de la chapelle, devant la grande effigie, sont jonchées d'épileptiques en convulsion. Tel est l'effet d'un portrait ! A moins de se rabattre sur une influence surnaturelle, il serait bien difficile de faire intervenir là un fluide entre le portrait et le convulsionnaire.

Mais pour ne pas recourir à des cas pathologiques, je veux rappeler des circonstances dans lesquelles une croyance suffisante nous place dans la situation de don Quichotte, et nous fait voir au dehors ce que nous voyons au dedans. Je choisirai au hasard deux exemples : l'un antique, l'autre moderne.

Camille, devant Véies, implore Apollon pythien, et lui promet la dixième partie du butin. Il promet ensuite à Junon, qui habite encore cette ville, de la conduire à Rome, qui lui ouvrira un temple digne de sa majesté. Après une glorieuse bataille, les Romains s'emparent des richesses des dieux. Des jeunes gens, choisis dans l'armée entière, le corps lavé et parfumé, vêtus de blanc, ayant été désignés pour transporter la reine Junon à Rome, l'un d'eux lui dit : « *Veux-tu aller à Rome, Junon?* » Tous s'écrièrent que la déesse avait par un *signe de tête* exprimé son consentement, et quelques-uns assurèrent même qu'ils l'avaient entendue parler et dire : « Je le veux. »

Les personnes qui ne comprennent pas l'antiquité diront que ceci n'est qu'une fable de Tite-Live ; mais alors que répondra-t-on pour le cas moderne du *miracle de Rimini?*

Les personnes qui ont assuré que la Vierge de Rimini avait remué les yeux étaient-elles de bonne foi ? Sans aucun doute. Elles l'ont vu parce que, d'après leurs croyances, elles le désiraient ardemment ; elles ont transformé, sous l'impulsion du cœur, une image abstraite intérieure en une image concrète ; elles ont mis le dedans à la place du dehors. Et nous tous, qui avons commencé par rire d'une pareille simplicité, que de fois, sous d'autres impulsions, n'avons-nous pas éprouvé des hallucinations semblables ? Qui peut se flatter de n'avoir été souvent, surtout pendant l'heureux âge des *illusions*, trompé par des images subjectives ? Quelle est l'existence dans laquelle on ne retrouve pas un peu du Don Quichotte ?

Je le répète, c'est dans une telle disposition cérébrale que se trouve

Pour obtenir toutes les conditions de l'amovo-inamovibilité, M. Williame se borne à passer un fil sur toute la hauteur de l'appareil, de façon à rapprocher les deux pièces de coton sur un point quelconque destiné à servir de charnière. La constriction exercée par la couture écartant nécessairement et l'étoupe et le plâtre, ce point est affaibli et se prête à la mobilité des valves.

Ce que M. le docteur Williame a fait avec l'étoupe, d'autres le feront d'une autre manière; nous ne pouvons en douter, parce que le procédé hollandais se prête à toutes les combinaisons. Mais une chose est indispensable, si l'on veut que le bandage plâtré tienne toujours ce qu'il promet aujourd'hui: c'est de ne point oublier que ce bandage n'est qu'un *moyen*, et non une *méthode*; c'est de se rappeler sans cesse que MM. Mathijssen et Van de Loo nous ont fait connaître un *procédé matériel* préférable à beaucoup d'autres peut-être, mais impuissant par lui-même et sans valeur thérapeutique, si on l'isole des principes si rationuels de la méthode amovo-inamovible.

(La suite à un prochain numéro.)

DE L'INFLUENCE DE L'ÉLECTRISATION LOCALISÉE SUR L'HÉMIPLÉGIE RHUMATISMALE DE LA FACE. — DE LA CONTRACTURE MUSCULAIRE COMME TERMINAISON FRÉQUENTE DE CETTE AFFECTION. Mémoire lu à la Société de médecine de Paris, par le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE.

Suite et fin. — Voir les numéros 40, 41 et 44.

§ IV. *A quelle époque de la maladie convient-il d'appliquer l'électrisation localisée au traitement de la paralysie rhumatismale de la septième paire? — Comment la faradisation doit-elle être alors pratiquée? — Quelles sont les modifications à apporter au traitement lorsque se manifestent les signes précurseurs de la contracture dans les muscles paralysés, ou lorsque cette complication existe à un degré plus ou moins avancé?*

A. Est-il plus rationnel de traiter, dès le début, une paralysie rhumatismale de la septième paire par l'électrisation localisée? Plusieurs des observations précédentes (observations I et II) démontrent que l'électrisation localisée appliquée à une époque très rapprochée du début peut guérir rapidement certaines paralysies rhumatismales de la septième paire. Mais je ferai observer que, chez les sujets de ces observations, les muscles paralysés n'avaient perdu qu'une faible partie de leur contractilité électrique, ce qui est pour moi, comme je crois l'avoir établi, le signe du premier degré de la paralysie de la septième paire. C'est seulement dans les cas semblables que je crois que l'application immédiate de l'électrisation a souvent des chances de succès.

Mais je ne conseillerai pas la même méthode de traitement dans l'hémiplégie rhumatismale de la face au second degré. La perte complète de la contractilité électrique, qui caractérise ce degré de la maladie, annonce en effet qu'il existe un trouble profond dans l'innervation, trouble occasionné sans doute par la compression du nerf facial. Or si cette compression est exercée, comme on l'a supposé dans ce cas, par le névrilème sur la fibre nerveuse enflammée et tuméfiée, il me paraît rationnel de combattre cette inflammation par les seuls moyens qui puissent la faire tomber: les sangsues appliquées derrière l'oreille, des vésicatoires promenés sur la région malade, des purgatifs, etc., etc. C'est seulement quand l'inflammation a dû cesser, quand la force nerveuse centrale peut revenir dans les muscles (après deux ou trois semaines d'un traitement antiphlogistique et révulsif), qu'il me semble indiqué de recourir à l'électrisation localisée, qui constitue le traitement principal de la paralysie.

Bien que j'aie agi jusqu'à présent d'après ces principes et d'après l'hypothèse de l'existence d'une inflammation de la fibre nerveuse, je dois cependant faire mes réserves à cet égard; car jusqu'à présent l'expérience ne m'a pas démontré que ce soit la meilleure manière d'agir, et rien ne prouve qu'en appliquant immédiatement le traitement électrique dans la seconde comme dans la première période, on n'obtiendrait pas plus facilement la guérison. C'est ce que je me propose d'expérimenter.

B. On sait que l'électrisation musculaire de la face peut être pratiquée, ou en opérant les recompositions des courants dans le nerf de la septième paire, ou en localisant l'excitation dans chacun des muscles paralysés (voyez, pour le manuel opératoire de chacun de ces modes d'électrisation, mon livre sur l'électrisation localisée).

I. Le premier mode d'électrisation (l'électrisation musculaire indirecte) ne m'a pas donné de résultats aussi satisfaisants que le second (l'électrisation musculaire directe), dans le traitement de la paralysie de la septième paire. En voici la cause: tantôt les muscles sont partiellement ou irrégulièrement paralysés; tantôt la paralysie, primitivement uniforme, est modifiée d'une manière irrégulière pendant le cours du traitement. Ainsi l'on voit, par exemple (et c'est ce qui arrive ordinairement), le grand zygomatique recouvrer plus ou moins sa contractilité, alors que les autres muscles restent paralysés. Plus tard ces derniers recouvrent aussi très inégalement leur contractilité tonique et volontaire. Il est alors nécessaire d'exciter plus spécialement les muscles dans lesquels la maladie présente le plus de ténacité, sous peine de laisser une difformité ou une irrégularité choquante dans les traits de la face. Or il est impossible, on le conçoit, d'atteindre ce résultat par l'électrisation musculaire indirecte, qui porte l'excitation d'une manière égale dans tous les muscles animés par la septième paire. — Il peut arriver aussi que certains muscles venant à se contracturer pendant le cours du traitement, il faille alors ou modifier ou éviter leur excitation. Dans ces cas, l'électrisation indirecte est plus nuisible qu'utile, car elle ne permet pas d'isoler l'excitation électrique. — Enfin j'ai établi d'une manière générale, dans un autre travail, que

---

l'explication de tous les effets singuliers du magnétisme, abstraction faite de toutes les jongleries dont on l'a entouré, effets variables suivant les pratiques du magnétiseur, suivant la crédulité et la disposition cérébrale des magnétisés. S'il s'agissait d'un agent aussi puissant qu'on le dit, personne ne pourrait s'y soustraire. Évite-t-on l'effet de la lumière, de la chaleur, du galvanisme? Non, sans doute; tandis que l'on ne magnétise pas qui l'on veut. Ceux qui résistent le mieux sont ceux qui ont le gros bon sens ou de vraies connaissances positives. Les plus sensibles sont les esprits métaphysiques; il n'est peut-être pas un idéologue en mesure de se soustraire à l'émotion humiliante que peut faire éprouver le plus grotesque des magnétiseurs.

Le profit qui revient à la science dans une telle discussion, c'est l'observation d'une masse de faits propres à éclairer la nature humaine. Et pendant que les grands problèmes de la vie végétative cèdent chaque jour quelque chose à l'expérimentation, tandis que la physiologie éclaire déjà les questions complexes de l'action des nerfs, nous voyons autour de nous de purs empiriques provoquer les phénomènes les plus intéressants pour l'établissement des fonctions cérébrales et pour la théorie d'un grand nombre de maladies du cerveau. En un mot, les personnes les moins faites pour apprécier l'action du moral sur le physique sont celles qui ont aujourd'hui le monopole des expériences les plus propres à le dévoiler. Que la physiologie et la pathologie interviennent donc pour ravir aux charlatans des artifices dont ils apprécieront mieux la valeur et dont ils tireront de vrais résultats scientifiques. On le voit donc, du milieu de cette masse d'erreurs débitées à propos du magnétisme animal, ressortent des enseignements utiles pour la physiologie et la pathologie. Ces deux parties de la biologie viennent, d'après une théorie positive, puiser dans les phénomènes du magnétisme des données intéressantes pour l'étude des fonctions soit normales, soit anormales, de l'encéphale.

Le point de vue théorique de la question étant ainsi examiné, il me reste à envisager le degré d'utilité des pratiques du magnétisme, objet propre de la seconde partie de ce travail.

L.-A. SEGOND,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

(La suite au prochain numéro.)

les paralysies sont plus heureusement influencées par l'excitation directe de la fibre musculaire que par l'intermédiaire de l'excitation du nerf qui l'anime.

Les considérations qui précèdent démontrent donc l'importance de l'électrisation musculaire directe dans le traitement de l'hémiplégie faciale.

II. Rappeler la tonicité musculaire et la contractilité volontaire, tel est le but qu'on se propose d'atteindre dans l'hémiplégie rhumatismale de la face. Or, je l'ai déjà démontré, les intermittences rapides répondent à cette double indication.

Le retour de la tonicité musculaire, ai-je dit, précède ordinairement l'apparition des mouvements volontaires, de sorte que l'on est forcé de prolonger le traitement électrique quelquefois longtemps encore après que les traits ont repris leur expression naturelle. Il serait imprudent alors de continuer à pratiquer l'électrisation localisée avec un courant à intermittences rapides, car on doit se tenir en garde contre la terminaison ordinaire de la paralysie de la septième paire, la contracture, que l'on peut provoquer par l'abus de ces intermittences rapides, puisqu'elles ont la propriété de contracturer artificiellement la fibre musculaire, même à l'état normal. Il faut donc éloigner les intermittences (une à quatre par seconde), qui de cette façon agissent sur la contractilité volontaire sans surexciter la contractilité tonique, comme cela ressort de mes recherches, et comme j'aurai bientôt une nouvelle occasion de le démontrer (voyez l'observation XIV). La contractilité tonique revient dans les muscles paralysés d'une manière inégale, de sorte qu'il est des muscles sur lesquels on doit continuer à diriger un courant rapide, tandis que d'autres ne doivent plus être excités que par des intermittences éloignées.

Il faut apporter une grande attention dans ce genre d'opération, car on peut donner plus ou moins de force tonique à chacun des muscles et fausser la physionomie, si l'on n'y prend garde. J'ai dit, dans un autre travail, que les muscles qui sont le plus souvent mis en jeu pour l'expression des pensées habituelles, des passions individuelles, conservent pendant le repos musculaire une prédominance de force tonique, et impriment à la physionomie son cachet distinctif. Eh bien, cette physionomie, qui est l'ouvrage du temps, est détruite souvent à tout jamais par la paralysie de la septième paire. L'opérateur peut, avec de l'habileté, rétablir l'harmonie entre les deux côtés du visage, en prenant le côté sain pour modèle ; mais je ne saurais dire tout ce qu'il faut de temps pour obtenir une régularité parfaite. Il est peu de malades qui aient la patience de suivre le traitement jusqu'à la complète guérison.

C. — I. Lorsqu'on voit se manifester dans un muscle paralysé les symptômes précurseurs de la contracture, on doit cesser à l'instant de l'exciter avec des intermittences rapides, quand bien même les traits seraient encore affaissés, et ralentir ces intermittences autant que possible.

Mais la contracture une fois déclarée, convient-il d'abandonner le traitement par l'électrisation localisée? J'ai étudié cette question avec le plus grand soin, et je suis arrivé à conclure de mes recherches, qu'en agissant de la sorte on laisse aux malades deux infirmités au lieu d'une. Le sujet de l'observation X en est un exemple frappant : on a vu, en effet, que pendant le repos musculaire son grand zygomatique droit est contracturé, et que, s'il vient à rire, le grand zygomatique gauche se contracte seul, et entraîne de son côté son homologue, qui se laisse distendre. Si ce malade avait été traité par l'électrisation, il eût très probablement recouvré ses mouvements volontaires du côté paralysé aujourd'hui, comme tous ceux qui se trouvaient dans le même cas, entre autres le sujet de l'observation V, et il aurait eu une expression égale de chaque côté, ou à peu près égale pendant les mouvements expressifs ou volontaires. Je suis convaincu par l'expérience qu'en agissant prudemment, c'est-à-dire en éloignant les intermittences, en ne rapprochant pas trop et en ne prolongeant pas démesurément les séances, on n'aggrave pas la contracture, et qu'on réussit à rappeler les mouvements volontaires; mais on arrive plus lentement au but. Ici encore je suis forcé de citer des faits à l'appui de ce que j'avance.

Obs. XI. — Mademoiselle X... s'exposa à un courant d'air qui lui paralysa immédiatement le côté gauche de la face. Après plusieurs traitements inutiles, elle fut soumise à l'action d'un petit appareil d'induction à intermittences rapides. Les excitations furent répétées fréquemment, agissant toujours sur les muscles animés par le rameau maxillaire de la septième paire, de sorte que quelques-uns de ces derniers ne tardèrent pas à se contracturer. Ainsi le sillon naso-labial gauche était beaucoup plus creusé et plus arrondi que du côté opposé ; à la naissance et au-dessous de ce sillon existait un enfoncement qui se continuait avec une dépression située derrière l'aile du nez de ce côté. Cette difformité, qui était causée par la contracture du pinnal radié et du petit zygomatique, vieillissait et attristait singulièrement ce côté de la face. Les mouvements volontaires commençaient à reparaître dans le grand zygomatique, l'orbiculaire des paupières et le buccinateur. Enfin les muscles animés par la septième paire du côté gauche n'entraient pas en contraction sous l'influence de l'excitation électrique. J'essayai, dans l'espoir de rétablir l'harmonie des deux côtés de la face, de diriger un courant rapide sur les muscles paralysés, et j'eus la satisfaction de voir le résultat du traitement dépasser mon attente. Je n'entrerai pas dans les détails de ce traitement, qui fut très long et exigea des précautions infinies. Je dirai, toutefois, que les muscles contracturés furent excités rarement et avec des intermittences éloignées, et que je pus diriger un courant rapide sur les autres muscles, et principalement sur le carré des lèvres, le triangulaire et le peaucier, qui restèrent les derniers paralysés. Pendant que mademoiselle X... était soumise à ce traitement, je lui faisais exercer des tractions sur les muscles contracturés, fréquemment et d'une manière aussi continue que possible. Aujourd'hui il reste à peine des traces de la contracture ; les traits se sont régularisés progressivement ; les mouvements volontaires sont revenus en grande partie, enfin il y a lieu d'espérer, sinon une parfaite régularité des traits, du moins une amélioration qui équivaudra à une guérison.

Obs. XII. — Chez M. D..., notaire, atteint en juin 1853 d'une hémiplégie faciale gauche, et chez lequel les muscles paralysés avaient perdu leur contractilité électrique, j'observai qu'après avoir massé un peu fortement les muscles paralysés, quelques-uns de ces derniers se contracturaient pendant une ou deux secondes. Dès lors, je ne les excitai qu'avec un courant à intermittences lentes et sans vibration, et je suspendis le traitement de temps à autre pendant une ou deux semaines. Les mouvements volontaires revinrent progressivement, mais lentement, et la force tonique fut maintenue à peu près dans ses limites normales. Aujourd'hui, il n'existe plus de difformité apparente quand la face n'est pas en mouvement ; M. X.. éprouve seulement de la roideur dans la joue gauche, qui est un peu crispée.

Obs. XIII. — Chez mademoiselle Grapin, cuisinière, âgée de trente ans, rue Notre-Dame-de-Lorette, 19, atteinte d'une hémiplégie rhumatismale de la face, rebelle depuis six semaines à un traitement énergique, je constate une distorsion extrême du côté droit au repos et pendant les mouvements. Les muscles paralysés ont perdu leur contractilité électrique ; mais quand l'excitation est portée avec un courant rapide sur les fibres du buccinateur qui se continuent dans la lèvre inférieure, je vois ces fibres, qui ne se contractaient pas pendant l'excitation électrique, se contracter pendant quelques secondes spasmodiquement après l'excitation. Ce fut pour moi un signe précurseur de la contracture, et en conséquence je n'excitai ces muscles qu'avec un courant à intermittences éloignées et deux fois par semaine. Après quatre mois de traitement, les mouvements volontaires sont revenus, et la régularité des traits est à peu près normale aujourd'hui.

Les faits que je viens d'exposer, et auxquels je pourrais, au besoin, en ajouter quelques autres analogues, démontrent que, dans l'hémiplégie rhumatismale de la face, on peut soumettre à l'électrisation localisée les muscles menacés de contracture et même déjà contracturés, sans aggraver la contracture, pourvu que les intermittences du courant soient suffisamment éloignées.

M'appuyant sur mes recherches, je crois pouvoir affirmer que si, dans les cas rapportés ci-dessus, j'avais dirigé un courant à intermittences rapides sur les muscles qui ne sont que faiblement contracturés, j'aurais aggravé les accidents de contracture, comme cela m'est arrivé chez le sujet de la cinquième observation, dont j'ai électrisé si longtemps les muscles contracturés avec un courant à intermittences rapides. A l'époque où je traitais ce malade, j'ignorais cette propriété spéciale des intermittences rapides des courants d'induction; je n'avais pas encore découvert qu'il est possible d'augmenter la puissance tonique d'un muscle à l'état normal jusqu'à le mettre dans une sorte de contracture (j'en rapporterai un exemple à la fin de cet article). La contracture générale et si grave

du côté de la face, qui a été la terminaison de l'hémiplégie rhumatismale de mademoiselle X... (obs. IV), me paraît avoir été augmentée sinon provoquée par les longues et fréquentes séances de galvano-puncture et d'électrisation à intermittences rapides, auxquelles elle a été imprudemment soumise. Ce n'est pas un blâme que je veux déverser sur les confrères qui lui ont donné des soins, puisque les mêmes malheurs me sont arrivés, et que ce sont ces malheurs qui m'ont mis sur la voie des faits que je publie aujourd'hui.

II. Lorsque, pendant le cours de la maladie, la contracture s'est manifestée dans un muscle paralysé, je n'ai pas négligé de la combattre par l'élongation du muscle contracturé, tout en continuant de l'électriser de la manière que je viens d'indiquer. Pour pratiquer cette élongation, tantôt les malades exercent eux-mêmes des tractions sur les lèvres, les joues, les paupières, dans le sens des fibres musculaires contracturées; tantôt je leur fais placer, entre la joue et les mâchoires, une bille aussi grosse que possible, de manière à distendre fortement la joue et conséquemment les muscles qui menacent de se contracturer. Il faut que cette élongation soit pratiquée d'une manière continue et plusieurs heures par jour.

III. La contracture d'un des muscles de la face n'occasionne souvent une difformité que par le contraste choquant qui existe alors entre les deux côtés du visage. Dans un cas de paralysie de la septième paire, où je n'avais pu empêcher la contracture du petit zygomatique, qui, ainsi que je l'ai démontré, donne une expression de chagrin, j'ai essayé avec succès de rétablir l'harmonie entre les deux côtés de la face, en contracturant le petit zygomatique du côté sain. Ce fait m'a engagé dans une voie de recherches nouvelles dont j'ai communiqué les résultats à la Société de médecine de Paris (1). Il a trop d'importance pour être passé sous silence.

Obs. XIV. — *Paralysie faciale guérie par la faradisation localisée; contracture consécutive du petit zygomatique du côté antérieurement paralysé; rétablissement de l'harmonie des traits de la face par la contracture artificielle du petit zygomatique du côté opposé, au moyen de la faradisation localisée.*

M. C..., âgé de trente-huit ans, sous-lieutenant au 28e de ligne, après s'être exposé à un courant d'air, s'aperçut, un matin, que sa bouche était tirée à gauche, et que la commissure droite de sa lèvre tombait; qu'il ne pouvait fermer l'œil droit; qu'il ne riait que du côté gauche, etc.

Après plusieurs traitements, la paralysie se montrant rebelle, je constatai chez ce malade une distorsion considérable des traits : du côté droit de la face, la commissure des lèvres était abaissée au moins de 1 centimètre; le sillon médian de la lèvre supérieure avait une direction oblique à droite: la joue, abaissée en masse, paraissait gonflée au niveau de l'os maxillaire inférieur; la paupière inférieure, tirée en bas, laissait à découvert une grande partie du globe oculaire, qui paraissait près de sortir de l'orbite; la narine gauche, plus basse que celle du côté opposé, était à demi close; le nez était dévié à droite; du côté gauche, la commissure était plus tirée vers l'oreille qu'à l'état normal; mais si le malade venait à rire, cette commissure était tirée encore davantage vers l'oreille, et semblait entraîner en masse et de son côté tout le côté opposé du visage; les paupières supérieure et inférieure du côté gauche étaient entièrement privées de mouvements.

Le traitement électrique, commencé le 8 juin 1852, et consistant en quatre à cinq séances par semaine et durant huit à dix minutes chacune, n'eut un commencement de résultat que vers le 15 septembre. Alors je constatai, pour la première fois, que la commissure droite se relevait un peu, et que le malade se mordait un peu moins la joue du côté paralysé en mangeant. A partir de ce moment, le traitement étant continué avec la même persévérance, l'affaissement des traits diminua de jour en jour, et la naissance du sillon naso-labial commença à se dessiner; l'aile du nez s'ouvrit mieux, et le nez se redressa. Vers la fin d'octobre, on voyait, quand le malade souriait, un petit mouvement dans la commissure gauche. M. C... disait aussi qu'il ramassait mieux les aliments qui s'accumulaient entre les joues et l'arcade dentaire, ce qui annonçait que son buccinateur se contractait un peu. Enfin, il commençait à mieux rapprocher les paupières paralysées.

La force de la contractilité tonique et de la contractilité volontaire continua à progresser ainsi lentement, sous l'influence de la faradisation localisée. Il arriva un moment où la tonicité des muscles paralysés était revenue à son état normal, et les deux côtés de la face étaient devenus parfaitement symétriques pendant le repos musculaire. Il eût été à désirer, pour la régularité des traits de son visage, que le mouvement tonique de ces muscles s'arrêtât là. Il n'en fut malheureusement pas ainsi, pour certains muscles du moins. En effet, le petit zygomatique se contracturant, le sillon naso-labial droit se creusa et se releva en s'arrondissant, au point de relever la lèvre supérieure de ce côté et de découvrir un peu les dents. Il en résulta un changement d'expression dans la moitié droite de la face, qui faisait un contraste singulier avec la moitié gauche, où la ligne naso-labiale était à peine indiquée. Ainsi lorsqu'on regardait alternativement chaque moitié du visage en cachant l'autre moitié avec la main, on trouvait du côté droit (côté malade) une expression très prononcée de chagrin, tandis que le côté opposé paraissait froid, impassible; mais si l'on regardait les deux côtés à la fois, la physionomie était des plus disgracieuses.

Les contractures que j'avais vues se développer, dans certains cas, sous l'influence de la faradisation à intermittences rapides, me suggérèrent une idée singulière, mais dont je prévoyais l'importance si cette idée était juste. Puisque, me disais-je, l'excitation électrique avait pu, jusqu'à un certain point, produire la contracture dans les muscles paralysés qui avaient même perdu leur tonicité, n'était-il pas possible de produire artificiellement cette contracture dans un muscle dont la puissance tonique était à l'état normal?

Passant immédiatement de l'idée à l'application, j'essayai de mettre le petit zygomatique du côté sain en état de contracture artificielle, en dirigeant sur lui un courant à intermittences rapides. — J'espérais, en agissant sur ce muscle, le mettre dans le même état que du côté malade, et rétablir ainsi l'harmonie dans l'expression des deux côtés du visage. — Cette expérience, qui exigea un assez grand nombre de séances, fut couronnée d'un plein succès.

(1) Voir le compte rendu de la séance dans la *Revue médicale* de 1852.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 31 JUILLET 1854. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

M. *le Président* fait part à l'Académie de la mort de M. *Lallemand*, membre titulaire, décédé le 23 de ce mois.

Organographie végétale. — *Carpologie anatomique*, par M. *Lestiboudois*. — L'auteur pose les principes d'une nouvelle classification des fruits.

Chimie organique. *Recherches de chimie organique*, par M. *Cahours*.— En distillant l'huile de ricin avec une dissolution concentrée de potasse caustique, M. Bouis a découvert un alcool particulier qui est à l'acide caprylique ce que l'alcool vinique est à l'acide acétique. Or M. Cahours a découvert une nouvelle base, qu'il nomme *caprilique*, représentée par la formule $C^{16}H^{19}Az$, et qui correspond à l'alcool de M. Bouis.

Nominations. — MM. Flourens, Élie de Beaumont, Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Milne Edwards et Duméril sont nommés membres de la commission qui aura à décerner le prix *Cuvier* pour l'année 1851.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 8 AOUT 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie une ampliation du décret impérial en date du 2 août, qui approuve l'élection faite de M. *Barth* à une place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

M. *Barth* vient prendre place parmi ses nouveaux collègues.

2. Le même ministre adresse à M. le président de l'Académie une lettre d'invitation à la séance solennelle de distribution des prix du Grand concours.

3. M. le ministre de l'agriculture et des travaux publics transmet : *a*. Quatre recettes contre le choléra. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *b*. Les rapports d'épidémies de MM. *Schaeken* (de Château-Salins), *Billot* (de Poligny), *Démoncheaux* (de Saint-Quentin), *Degen* (de Rorbach). (*Commission des épidémies.*) — *c*. Rapport de M. le docteur *Sentein*, inspecteur des eaux d'Audinac (Ariége), sur les effets thérapeutiques de ces eaux. — *d*. Rapport de M. le docteur *Buissard*, inspecteur des eaux de la Motte (Isère), sur les résultats thérapeutiques de ces eaux. — *e*. Échantillons et demande d'analyse d'une source minérale située à Wildegg (Suisse). (*Commission des eaux minérales.*)

4. Communications de : *a*. M. *Jules Roux*, de Toulon (apparition du choléra dans cette ville). — *b*. M. le docteur *Danvin*, de Saint-Pol (observations sur le service et les rapports des médecins des épidémies ; — lettre pour solliciter le titre de correspondant de l'Académie. (*Future commission des correspondants nationaux.*) — *c*. M. le docteur *Bonnafont*, membre correspondant (réclamation de priorité pour le traitement du choléra par la strychnine). — *d*. M. le docteur *Dutrouleau*, de la Guadeloupe (demande d'une commission pour deux mémoires antérieurs). (*Renvoyé à M. Gérardin.*) — *e*. M. le docteur *Pons*, de Bez (de la nature et du traitement de la fièvre typhoïde). (*Commission des épidémies.*) — *f*. M. le docteur *Macloughlin*, de Londres (sur l'apparition du choléra à Londres, à Liverpool, à Durham, en Irlande et en Écosse). — *g*. M. le docteur *Vergne* (note sur la marche du choléra dans le département de la Haute-Marne). — *h*. M. *Duval*, pharmacien (remède contre le choléra). (*Commission du choléra.*) — *i*. M. *Falconi* (note sur un nouvel appareil à injections cadavériques). (*Comm.* : M. Poiseuille, *rapporteur.*) — *j*. M. *Eric-Bernard* (note sur un *appareil électrique* applicable à la médecine). (*Commission déjà nommée*, M. Bouvier, *rapporteur.*) — *k*. M. le docteur *Delfrayssé*, de Pradines (mémoire sur les morts apparentes). (*Comm.* : MM. Desportes, Poiseuille.)

5. M. *Rancure*, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Douéra (Algérie), réclame la priorité de la découverte de l'empoisonnement par l'*Atractylis gummifera*, sur M. *Commaille*, un de ses internes, qui a récemment envoyé à l'Académie un mémoire relatif à la mort de deux enfants par cette substance vénéneuse. C'est M. Rancure qui a pratiqué l'autopsie des deux victimes, et qui a signalé dans l'estomac la présence d'un corps étranger végétal et toxique. Déjà en 1847 M. le docteur Tabouret avait découvert ce principe délétère. M. Rancure doit envoyer plus tard des échantillons de l'atractylis, avec une note relative à ses effets toxiques, à ses vertus thérapeutiques, à son usage comme purgatif, emménagogue et abortif. (*Comm.* : MM. Adelon, Caventou, Chatin.)

— M. *Rostan*, président, annonce que la séance de mardi prochain n'aura pas lieu, à l'occasion de la fête du 15 août, et qu'elle sera remise au lendemain mercredi 16.

Lectures et Mémoires.

Eaux minérales. — M. *O. Henry* donne lecture de quatre rapports relatifs à des analyses de sources minérales.

1. L'*eau de Désaignes* (Ardèche) est de la nature des eaux minérales *acidules carbonatées, alcalines ;* elle est riche en bicarbonate alcalin et aussi en acide carbonique libre ; elle est d'une saveur aigrelette fort agréable ; elle sort des roches granitiques de l'Auvergne, et elle possède les propriétés médicales des autres sources du bassin de la Loire et de l'Allier.

La commission ne voit rien qui s'oppose à l'exploitation des eaux de Désaignes au point de vue thérapeutique. (*Adopté.*)

2. Les *eaux d'Euzet* ou *d'Yeuzet* (Gard), signalées autrefois par Lefèvre, Astruc et de Sauvages pour leurs propriétés thérapeutiques, négligées depuis longues années, viennent d'être soumises à l'analyse chimique dans le laboratoire de l'Académie. Elles sont fournies par deux sources principales, la source de *Lavalette* et la source de *la Marquise ;* elles paraissent sortir de terrains tertiaires, dans lesquels on remarque des assises de calcaire et des silex imprégnés d'un bitume noirâtre. Elles dégagent l'une et l'autre une odeur d'hydrogène sulfuré et de bitume très franche.

L'analyse chimique y a fait découvrir de l'acide sulfhydrique libre, des bicarbonates de chaux et de magnésie, des sulfates de chaux, de soude, de magnésie, des chlorures alcalins, un principe bitumineux, etc. Ces eaux peuvent donc mériter la dénomination de *bitumino-sulfureuses*, qu'on leur a données dans plusieurs ouvrages. Si l'on consulte les médecins, tant anciens que modernes, qui ont écrit sur ces eaux, on verra qu'elles possèdent toutes les propriétés de l'eau de goudron, et qu'elles peuvent être employées aux mêmes usages internes et externes que cette dernière.

La commission propose de faire une réponse favorable à M. le ministre de l'agriculture et du commerce. (*Adopté.*)

3. Les *eaux d'Auzon, des Fumades* ou *de Fontbelle* (Gard), déjà citées par Sauvages en 1736, nommées dans le pays *Fontaine puante*, à cause de leurs émanations fortement sulfureuses, viennent de deux sources principales, dites *Delbos supérieure* et *Delbos inférieure*. Elles renferment de l'acide sulfhydrique libre, de l'azote, de l'acide carbonique libre, et, contre l'opinion de MM. Roch et Despeyroux, de l'acide sulfhydrique à l'état de sulfhydrate de chaux ; des sulfures alcalins, des sulfates anhydres alcalins, des bicarbonates terreux, de chaux et de magnésie, etc.

L'eau d'Auzon appartient donc à la classe des *eaux sulfureuses froides sulfhydratées calcaires sulfhydriquées ;* analogue à celles d'Enghien, de Pierrefonds, etc., mais plus riche en éléments sulfureux.

Ces eaux sont faciles à conserver et à transporter au loin. Leurs propriétés thérapeutiques sont incontestables. Il est à propos d'encourager leur exploitation et les projets de M. Delbos, leur propriétaire. (*Adopté.*)

4. La source récemment découverte à *Sotteville-lez-Rouen* jaillit à 1 mètre au-dessus du sol, avec une température de + 24°,49 ; elle exhale une odeur d'hydrogène sulfuré presque éphémère ; sa saveur est analogue à celle de l'eau de mer. Le chlorure de sodium en fait la base, avec les sulfates de chaux et de magnésie associés à quelques carbonates terreux, à un peu de fer, et à des quantités non douteuses de bromure et surtout d'iodure. Cette eau peut être assimilée à beaucoup d'eaux minérales salées, telles que les eaux de Bourbonne, de Hombourg, de Nanheim, etc.

La commission propose encore une réponse favorable pour l'exploitation des eaux de Sotteville. (*Adopté.*)

Remèdes secrets et nouveaux. — M. *Robinet* donne successivement lecture de plusieurs rapports sur divers remèdes secrets et nouveaux, dont les inventeurs sont presque tous étrangers à l'art de guérir. L'Académie adopte sans discussion les conclusions toutes négatives de ces différents rapports.

Hygiène. — M. *Londe*, rapporteur d'une commission nommée pour l'examen du mémoire de M. *Beyran*, ayant pour titre : *Climatologie et pathologie, ressources, approvisionnements, prophylaxie et hygiène de l'acclimatement, au point de vue des armées expéditionnaires et des voyageurs*, donne lecture d'un rapport concernant ce travail. Après quelques éloges adressés aux sentiments qui ont inspiré ce mémoire, M. Londe analyse les différentes questions traitées par l'auteur. Le rapporteur partage les idées émises dans le mémoire de M. Beyran, et termine son rapport par les conclusions suivantes :

a. Adresser des remercîments à M. Beyran ; — *b*. donner communication de son mémoire à M. le ministre de la guerre ; — *c*. inscrire le nom de l'auteur sur la liste des candidats à une place vacante parmi les correspondants étrangers.

Après une remarque de M. *Ségalas* concernant la rareté des affections calculeuses à Constantinople, et une observation de M. *Larrey* touchant une anecdote de la vie de Napoléon Ier rapportée par M. Londe, l'Académie adopte les conclusions du rapport.

Médecine opératoire. — M. *Maisonneuve* présente à l'Académie une jeune femme à laquelle il a pratiqué, le 20 juin dernier, l'extirpation d'une énorme tumeur fibreuse de la région cervicale profonde par le procédé du *morcellement*. Cette tumeur, étendue verticalement depuis l'apophyse mastoïde jusqu'au-dessous de la clavicule, et transversalement depuis les apophyses épineuses jusqu'au milieu de la face antérieure du rachis, refoulait en avant et à droite le larynx, la trachée et l'œsophage, en dehors l'artère carotide, la veine jugulaire interne et le pneumogastrique, les muscles superficiels et les branches du plexus nerveux cervical.

La malade fut chloroformisée pendant toute l'opération, qui dura quarante-cinq minutes.

Par une dissection minutieuse, M. Maisonneuve dégagea la tumeur du milieu des vaisseaux et des nerfs importants dans lesquels elle se trouvait comme enveloppée. Il la divisa ensuite en plusieurs parties, qu'il enleva séparément. Un mois a suffi pour compléter la guérison ; et aujourd'hui tous les organes ont repris leurs fonctions et leur situation normale.

Fistule œsophago-trachéale. — M. *Houel* présente à l'Académie, au nom de MM. les docteurs *Saussier* et *Carteron* (de Troyes), une altération cancéreuse de l'œsophage, occupant la face antérieure de cet organe au niveau de la bifurcation de la trachée, qui, envahie à son tour par sa face postérieure, communiquait avec le conduit œsophagien par une assez large fistule résultant de l'ulcération cancéreuse.

La séance est levée à cinq heures.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Du diabète dans ses rapports avec les affections cérébrales, par M. R.-H. Goolden.

Ce travail fait suite à celui dont nous avons rendu compte tout récemment (n° 41). Nous croyons devoir l'indiquer au lecteur, afin de ne lui soustraire aucun des documents relatifs à cette importante question. Mais ce complément n'ajoute pas beaucoup à la démonstration que poursuit l'auteur, c'est-à-dire à celle d'un rapport de cause à effet entre quelques affections cérébrales et le diabète. Ce que l'auteur dit de la coïncidence fréquente de la glucosurie et de certaines maladies nerveuses, comme les névralgies, la chorée, l'épilepsie, est beaucoup trop vague. Il semble ignorer d'ailleurs complétement les expériences déjà faites sur ce sujet, en France,

par MM. Alvaro Reynoso, Michéa, etc., et ne songe pas à rechercher jusqu'à quel point, dans l'épilepsie, les troubles de la respiration peuvent influer sur la glucosurie. Dans l'observation détaillée qu'il rapporte, à l'époque où la présence du sucre fut constatée au moyen du sulfate de cuivre, les attaques d'épilepsie étaient très fréquentes : elles avaient lieu même plusieurs fois par jour. Les purgatifs parurent plutôt augmenter que diminuer le nombre et l'intensité des accès, et les urines ne subirent pas de modification. On eut recours à des applications froides sur la tête : les accès devinrent moins fréquents, et *le sucre disparut des urines*. Nous devons dire que la preuve chimique de ce fait ne nous paraît pas acquise, à en juger, du moins, par les termes de l'observation. (*The Lancet*, 1854, n° 2.)

Calcul formé dans la vessie d'une femme, autour d'une épingle à cheveux; lithotritie, guérison, par M. Ferguson.

La formation si ordinaire d'un dépôt calcaire à la surface d'un corps qui a séjourné dans la vessie ne peut s'expliquer par des qualités particulières qu'acquerrait alors la sécrétion rénale ; car l'urine continue de couler avec les mêmes propriétés chimiques qu'elle offrait avant l'introduction du corps étranger. Et cependant cette manière de voir semble en opposition avec la rareté des incrustations secondaires autour des fragments que la lithotritie laisse souvent en place dans le réservoir urinaire. Si, en effet, une sonde, un cheveu, un simple caillot de sang s'entourent presque toujours à la longue d'un dépôt, pourquoi un débris de pierre ne devient-il pas plus habituellement le noyau d'une concrétion de ce genre? Pour expliquer cette sorte de contradiction, il faut, selon M. Ferguson, admettre, ou que la vessie gagne, à la suite du broiement, un pouvoir expulsif suffisant pour chasser au dehors tous les fragments, ou que cette opération réussit plus fréquemment qu'on ne croit à réduire les calculs en poussière fine.

A la suite de ces considérations, l'auteur rapporte l'histoire d'une femme qui portait depuis deux mois une épingle à cheveux dans la vessie. Conséquent avec les données précédentes, l'auteur conclut que ce corps devait avoir déjà subi l'incrustation calcaire. Il commença donc l'opération en le saisissant entre les deux branches d'un instrument de lithotritie, afin d'écraser préalablement la concrétion formée à sa surface. Puis, dans un second temps, il le retira (après avoir d'abord dilaté l'urètre au moyen d'une double incision) avec un instrument analogue de plus petit volume. Enfin il introduisit une *sonde-écope*, et évacua par ce moyen une grande quantité du détritus calcaire dont il avait avec raison supposé la présence et qu'il avait eu soin de fragmenter avant d'extraire le corps étranger.

L'issue de l'opération fut heureuse et prompte. (*The Lancet*, 24 juin 1854, p. 662.)

Note sur les inhalations ou fumigations opiacées, par le docteur Lombard (de Genève).

On sait que le coryza s'accompagne souvent, au début, d'une violente céphalalgie frontale. M. Lombard cite divers cas dans lesquels il aurait combattu cette douleur avec avantage par les inhalations d'opium. Une ou deux applications auraient généralement suffi pour rendre le calme au malade et lui procurer même une sorte de bien-être.

Son procédé est fort simple. Il consiste à projeter sur une plaque rougie, et par petites pincées, une poudre composée d'opium brut, de sucre et de benjoin, et d'en aspirer largement les vapeurs par la bouche et les narines. La quantité d'agent narcotique varie de 5 à 15 centigrammes. M. Lombard s'arrête habituellement à 10.

Il a également réussi en incorporant une solution opiacée dans de l'agaric qu'on allume.

La céphalalgie du coryza n'est pas, du reste, le seul cas auquel le moyen dont il s'agit serait applicable. Par suite de quelques essais heureux, le praticien de Genève n'hésite pas à le recommander dans toutes les névralgies, continuelles ou périodiques, occupant les régions frontales temporales ou zygomatiques.

Assurément, l'exemple de M. Lombard est à suivre. Il ne faut pas, toutefois, s'exagérer l'importance des douleurs céphaliques du coryza, qui, la plupart du temps, cèdent spontanément du jour au lendemain, et quelquefois se dissipent en quelques heures.

Quant aux effets des inhalations opiacées, il n'y a point à s'étonner qu'elles aient été exemptes des inconvénients attribués à l'usage abusif de l'opium en Chine et dans les autres contrées de l'Asie. On opère avec des quantités trop minimes, d'une façon trop transitoire, et par un mode où la majeure partie de la fumée ne se rend point à son adresse.

D'après une description consignée dans la *Gazette médicale*, les opiophages de l'île de Sumatra seraient communément en proie à une exaltation furieuse. Cette folie brutale et dangereuse, dit M. Lombard, ne semble point se produire en Chine. Elle peut tenir à des conditions locales. En tout cas, les scènes tragiques qu'elle engendre dépendent, selon toute vraisemblance, de fausses sensations qui sont le propre de tous les états analogues, et dont la nature, parfois sinistre, est une cause fréquente d'homicide ou de suicide. (*Gazette médicale*, juillet 1854.)

Des indications de l'amputation de la cuisse, par M. Binard.

Le monde chirurgical est encore sous l'impression de la sentence portée par Ribes, que les grandes plaies, avec fracture, des deux tiers supérieurs de la cuisse, exigent impérieusement l'amputation, puisque toute tentative faite pour conserver le membre est toujours suivie d'une terminaison fatale.

Cependant la mortalité considérable qui suit les amputations faites dans de telles circonstances est bien faite pour susciter de nouvelles réflexions sur l'opportunité d'une révision de cet arrêt. Cette considération, M. Binard la fait valoir avec toute la force que peuvent lui donner des relevés cliniques consciencieux et émanant de sources diverses. Il a compulsé, à cet effet, les documents communiqués par les chirurgiens militaires qui ont exercé durant les guerres du Schleswig et du Holstein, en 1848, 49, 50 et 51. Ainsi M. Clemmensen a vu, sur 15 amputés de cuisse, 10 morts. M. Djorüx, sur 90 amputés, compte 51 morts. D'après M. Esmarch, sur 128 amputés, il y eut 77 morts. Enfin M. Goetz n'a pas compté un seul succès sur 9 amputations.

On ne sera donc pas étonné d'apprendre, d'après M. Binard, que les médecins danois, instruits par cet exemple, pratiquèrent beaucoup moins souvent l'amputation de la cuisse vers la fin de la guerre qu'ils ne l'avaient fait au commencement. Il est d'ailleurs si aisé, à l'aide du bandage inamovible, d'immobiliser le membre blessé pour faciliter le transport, que le parti de la temporisation doit y puiser et plus de confiance et plus de chances de réussite.

Les considérations précédentes sont spécialement applicables aux coups de feu qui ont atteint les deux tiers supérieurs du membre ; car les fractures comminutives de son tiers inférieur (surtout lorsqu'il y a dilacération du genou) indiquent l'amputation immédiate, puisque, d'une part, la lésion traumatique est plus grave, et que, de l'autre, l'opération destinée à y remédier est beaucoup moins souvent mortelle qu'à une hauteur supérieure. (*Arch. de médecine militaire belge*, mai 1854, p. 425.)

— Le nombre des cholériques dans les hôpitaux de Paris a décru sensiblement depuis notre dernier bulletin. — Nous donnerons les chiffres exacts dans le prochain numéro.

— La Société de chirurgie de Paris a procédé, le 9 de ce mois, à l'élection d'un membre titulaire. Les suffrages se sont ainsi répartis :

Nombre des votants, 27; majorité, 14.

1er tour de scrutin. M. Richard, 12 voix ; M. Blot, 10 voix ; M. Fano, 3 voix ; 2 billets blancs.

2e tour. M. Richard, 15 voix ; M. Blot, 11 voix ; 1 billet blanc.

M. *Richard* est nommé membre titulaire de la Société.

Dans la même séance, M. le professeur *Nélaton* a été nommé membre honoraire de la Société.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS

A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. PARIS, 18 AOUT 1854. N° 46.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 11 au 16 août 1854.

N° 193. ICERY, Paul-Laurent-Edmond, né le 21 mai 1824 à l'île Maurice (Colonies anglaises). [*Des différentes méthodes de traitement des fractures du fémur.*] — Thèse de chirurgie.

N° 194. MAINGAULT, Victor-Pierre-Alfred, né le 13 juillet 1823 à Paris (Seine). [*De la paralysie du voile du palais à la suite d'angine.*]

N° 195. HUNT, Jonathan, né à Brattlebon (États-Unis). [*Étude sur le diagnostic et la symptomatologie des maladies des poumons.*]

N° 196. RIEGÉ, Charles-Auguste, né à Munster (Haut-Rhin), le 4 janvier 1824. [*Du caoutchouc vulcanisé et de son emploi médico-chirurgical.*]

N° 197. BERNARD, Henri, né le 7 août 1824 à Toulouse (Haute-Garonne). [*Des maladies simulées.*]

N° 198. DUPAU, Alexis-Victor-Louis, né le 28 mai 1830 à Carbonne (Haute-Garonne). [*De l'ictère considéré comme symptôme.*]

N° 199. ALBY, Alfred-Géraud, né le 11 avril 1824 à Figeac (Lot). [*Étude sur l'hystérie.*]

N° 200. LACROIX, Claude-Élie-Marie, né le 3 avril 1827 à Monsols (Rhône). [*Des ulcérations du col utérin en général, et de leurs rapports avec divers points névralgiques.*]

N° 201. CARRÈRE, Marie-Louis-Justin-Gervais. [*Des classifications des maladies de la peau.*]

N° 202. CLÉMENT, François-Marie, né le 8 avril 1829 à Troyes (Aube). [*Considérations générales sur la prophylaxie et le traitement de la variole.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

Un grand nombre de médecins s'adressent au doyen ou au secrétaire de la *Faculté de médecine de Paris* pour avoir du vaccin.

Nous croyons utile de rappeler ou de faire savoir à ces médecins que ce n'est pas la Faculté, mais bien l'*Académie impériale de médecine* qui délivre, suivant les besoins, les plaques de vaccin.

C'est donc à M. le secrétaire perpétuel de l'*Académie* que les demandes doivent être adressées, et non pas à la *Faculté*.

Cet avis tiendra lieu de réponse à toutes les demandes de cette nature qui seraient desormais faites à ce dernier établissement.

Le secrétaire de la Faculté de médecine,

AMETTE.

FEUILLETON.

Théorie positive des phénomènes étudiés sous la dénomination de magnétisme animal, tables tournantes, esprits frappeurs, etc.

Suite et fin. — Voir les numéros 43 et 45.

SECONDE PARTIE.

Du degré d'utilité pratique du magnétisme animal.

Deux questions techniques se rattachent directement à l'étude du magnétisme animal.

Elles sont relatives, l'une à l'emploi du magnétisme comme procédé expérimental, l'autre à son administration comme agent thérapeutique. Je me débarrasserai tout d'abord de cette dernière question, afin de me consacrer, en terminant, à la première qui me paraît offrir un véritable intérêt.

Pour bien juger le remède, il faut ici rappeler quelques particularités sur son administration. J'emprunterai les prescriptions suivantes à diverses écoles.

En 1786, la Société de l'harmonie d'Ostende traçait de la manière suivante l'emploi des moyens magnétiques :

L'homme est un aimant, son côté gauche est le pôle nord, et son côté droit le pôle sud.

Les bras et les doigts servent de conducteurs.

Pour bien établir le rapport, il faut opposer le côté droit au côté gauche du sujet.

Debout, le magnétiseur se place dans la direction du courant magnétique à l'aspect du sud ; le magnétisé en face de lui, les pieds se touchant par les extrémités. Le magnétiseur impose les mains sur le sommet de la tête et le front de son malade ; il y incube un instant ; de là il conduit ses mains sur les clavicules, s'y repose encore quelques moments ; ensuite, prolongeant son mouvement sur les bras, il suit avec le pouce la direction des nerfs. Arrivé à l'extrémité des pouces, il y fait avec les siens plusieurs pulsations, comme pour contenir et refouler le fluide, ce qu'il répète trois fois. Passant ensuite les mains sous les bras pour gagner la colonne vertébrale, *il la suit jusqu'aux reins ; là, il les ramène sur les hanches et les conduit le long des cuisses*, toujours en suivant la direction des nerfs jusque près des genoux, et il recommence le procédé trois fois.

Dans le rapport assis, les acteurs se mettent sur deux chaises en face

I.

Paris, ce 17 août 1854.

COUP D'ŒIL SUR LA CONSTITUTION MÉDICALE ET L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA. — HERNIE INGUINALE. GUÉRISON RADICALE PAR L'INJECTION DE TEINTURE D'IODE DANS LE SAC.

Comme nous le disions peu de temps après le début de la présente épidémie, il nous paraît parfaitement oiseux de recommencer l'histoire d'une maladie chaque fois qu'elle vient à éclater au milieu d'une population. Le seul parti raisonnable à tirer de ces grandes occasions d'étude est de rechercher si ces diverses épidémies se distinguent les unes des autres par quelque caractère particulier, et de constater les éléments nouveaux que peut apporter chacune d'elles à l'étiologie, à la symptomatologie et à la thérapeutique. Ainsi avons-nous fait pour la manifestation actuelle vers la fin de l'année. Depuis cette époque, nous en avons suivi avec attention les phases successives, les décroissances et les retours, les conditions de développement, les expressions phénoménales, etc.; et, après huit mois, nous n'avons encore recueilli qu'un très petit nombre de données qui soient dignes de l'attention du lecteur. Nous avons la conviction que ceux qui trouvent moyen d'exécuter, si l'on nous passe ce souvenir musical, de nombreuses *variations* sur ce thème, se permettent une fantaisie ou travaillent sur des documents insuffisants. Pour ne pas tomber dans la même faute, nous avons fait appel à l'expérience de plusieurs confrères excellemment placés pour bien voir et pour tout voir, particulièrement de MM. Briquet, Grisolle, Legroux et Requin; et c'est le résultat collectif de leur observation et de la nôtre qui se trouve consigné dans ce qui va suivre.

I. Nous commençons par nous occuper des *maladies régnantes, autres que le choléra, et qui règnent en même temps que lui.*

Les affections intestinales n'ont pas quitté la scène depuis le mois de novembre dernier. Seulement, elles étaient devenues beaucoup moins fréquentes vers le mois de janvier, lors de la première période décroissante de l'épidémie; mais, depuis le milieu de mars, elles sont de nouveau devenues plus nombreuses, et aujourd'hui elles jouent le rôle principal dans la constitution régnante. Dans tout cet espace de temps, elles ont continué cette diversité de forme que nous signalions dès le début, et que nous présentions comme un signe de favorable augure; tantôt indolentes et donnant lieu à la diarrhée séreuse; tantôt bilieuses et accompagnées de vives tranchées; ici dysentériques; là nettement inflammatoires et caractérisées par une douleur continue qui s'exaspérait à la pression. La forme bilieuse et la forme phlegmasique nous paraissent tendre, depuis un mois surtout, à devenir prédominantes : il est certain, du moins, qu'elles ont augmenté et augmentent encore de fréquence. On est souvent consulté pour des diarrhées accompagnées de douleurs abdominales. Chez certains sujets, ces douleurs ont le caractère de coliques dans le vrai sens du mot, c'est-à-dire qu'elles viennent par accès, avec le sentiment d'une contraction interne, et résultent, en effet, d'un effort de l'intestin contre des matières irritantes. Dans l'intervalle des coliques, le ventre supporte aisément une pression même assez forte. Ordinairement alors les garderobes sont bilieuses. Chez d'autres malades, la masse gastro-intestinale, dans une de ses parties ou en totalité, est le siége d'une douleur constante, que des tranchées peuvent bien traverser, mais qui persistent dans les intervalles et que le toucher augmente invariablement. Les selles peuvent encore être bilieuses; mais le plus souvent elles sont muqueuses et mêlées d'écume.

Le lecteur se rappellera peut-être que nous appelions, il y a quelques mois (voir nº 31), son attention sur une singulière et profonde prostration des forces qu'on rencontrait chez quelques malades concurremment avec les troubles intestinaux les plus légers et les plus insignifiants. M. le docteur Legroux nous signale la persistance de cet état pathologique comme un des caractères de la constitution médicale, et nous-même en avons rencontré tout récemment plusieurs exemples. Il est des sujets chez lesquels le plus simple embarras gastrique, la plus légère indigestion, provoquent des frissons intenses, avec claquement de dents, horripilations tout le long de la colonne vertébrale, sensation de froid dans le ventre, à la région de l'estomac et jusque dans la poitrine; refroidissement des jambes appréciable à la main; douleurs le long des trajets musculaires, ou crampes caractérisées, etc. D'autres n'accusent qu'une sensibilité plus grande au froid, quelques frissonnements dans le dos, des tiraillements dans les membres, des défaillances subites qui les obligent à s'asseoir, et une indolence invincible. Chez tous, le commémoratif et l'observation attentive des phénomènes apprennent de la manière la moins douteuse que le point de départ des accidents appréciables est dans un trouble de l'appareil digestif. Mais ce qui est surtout à noter, ce que nous enregistrons avec un soin particulier, c'est que tous ces signes d'une défaillance

---

l'un de l'autre, dans la direction indiquée. Le magnétisé a ses genoux entre les cuisses du magnétiseur, sur lesquelles il tient constamment les mains.

Pour *charger* un organe malade, on emploie des pressions légères, de telle sorte que le fluide soit lancé et retenu. Si l'on charge en tournant sur l'organe, on opère le *chargement de rotation;* dans d'autres cas, on lance le fluide.

Pour *masser*, il faut serrer les muscles avec les mains, en donnant avec les pouces des impulsions subites et fréquentes sur le trajet des cordons nerveux.

D'après Barbarin, élève de Mesmer, on peut agir simplement par le désir violent d'agir; on se pénètre de son objet dans un profond recueillement, tout en invoquant l'aide de la divinité, et l'on agit alors sur le malade par une simple volonté. De cette manière, on peut magnétiser à distance, à *heure convenue* entre le sujet et le magnétiseur.

Le puiségurisme n'est que la réunion des méthodes de Mesmer et de celles de Barbarin.

Dans tous les cas, le magnétiseur ne doit pas pousser trop loin ses questions; sans cela, il risque d'aliéner l'esprit du malade, ce qui n'est arrivé que trop souvent, comme on le sait.

La méthode de l'abbé Faria est plus magique. Le sujet étant placé dans un fauteuil, il l'engageait à fermer les yeux en se recueillant; puis il prononçait d'une voix forte et impérative le mot : *Dormez!* qui faisait sur le patient une impression assez vive pour produire une secousse générale, de la chaleur, de la transpiration, et quelquefois le somnambulisme.

Lorsque après plusieurs expériences il ne réussissait pas, il déclarait le sujet incapable d'entrer dans le sommeil lucide.

Telles sont les principales méthodes, plus ou moins modifiées par nos magnétiseurs modernes.

Voyons maintenant quels sont les effets curatifs.

Déplacement des douleurs par la main du magnétiseur.

Valentin Greatreack, qui tenait de Dieu le don des miracles, pratiquait en Angleterre, à la fin du XVIIᵉ siècle, la médecine d'attouchement, et il déplaçait ainsi les douleurs. De nombreuses expériences nous ont depuis longtemps édifiés sur cette propriété.

J'extrais d'un mémoire de Deslon, docteur régent de la Faculté de médecine de Paris, l'indication de quelques maladies contre lesquelles le magnétisme avait fait merveille :

de la vitalité peuvent se lier à la phlegmasie gastro-intestinale la mieux dessinée ; et l'on a alors sous les yeux le singulier spectacle de deux états morbides à certains égards opposés : d'un côté, une sorte d'enrayement et, de l'autre, la précipitation des mouvements organiques. L'ingestion de certains toxiques peut seule donner lieu à un contraste analogue, et ce n'est pas, peut-être, le moindre des arguments qu'on puisse invoquer en faveur d'un poison cholérigène ; car il est impossible de ne pas voir, dans un tel ensemble de phénomènes, une forme spéciale et réduite de la terrible affection pour laquelle la science, toujours un peu factice dans ses divisions, a réservé le nom de *choléra ;* et l'hypothèse d'un toxique à plusieurs degrés de puissance, qui tantôt se donnerait le loisir d'opérer une dégradation locale, sans porter une trop rude atteinte à la machine, et tantôt vicierait, ébranlerait, détruirait tout à la fois, est encore la plus raisonnable de celles qu'on puisse se permettre.

Quant au traitement de ces diverses formes d'affections gastro-intestinales, nous ne voyons à y signaler spécialement que deux points essentiels.

En premier lieu, il importe de distinguer avec soin la forme bilieuse et la forme inflammatoire; et on le fera aisément, du moins dans les cas simples, à l'aide des caractères indiqués plus haut. Si les douleurs ne viennent que par tranchées, si le ventre reste souple et plus ou moins indolent dans les intervalles, si la palpation y découvre des amas de fèces, si les évacuations amènent des matières noirâtres et mêlées de bile, tout en ayant recours aux bains, aux cataplasmes, aux lavements, il est indiqué de purger. On y apportera seulement quelque prudence. Si le ventre est le siége d'une douleur persistante, si cette douleur augmente beaucoup à la pression, et principalement si elle augmente dans un endroit déterminé plus qu'ailleurs, c'est le cas d'employer énergiquement les antiphlogistiques sous toutes les formes. L'application de sangsues vient en première ligne, et il n'y a guère que ceux qui en ont peur qui ne savent pas l'immense bénéfice qu'elle procure dans les cas de ce genre.

Nous supposons ici l'affection intestinale exempte de complications. Quand il s'y joint des symptômes sérieux de dépression vitale, si l'affection ne consiste qu'en un embarras gastrique, une indigestion, une diarrhée simple, une diarrhée bilieuse, l'indication thérapeutique n'est pas embarrassante. L'ipécacuanha, les laxatifs, l'opium, sont de mise comme si les accidents locaux existaient seuls. Mais quand les symptômes généraux ci-dessus décrits se lient à une phlegmasie de la muqueuse digestive, un problème extrêmement délicat se pose devant le praticien, par la raison toute naturelle que les moyens dits antiphlogistiques ne conviennent guère à un état général caractérisé par la dépression vitale. Interroge-t-on la théorie, elle répond, par celui-ci, que les accidents généraux sont engendrés par la lésion locale, et qu'il faut s'en prendre d'abord à cette lésion ; par celui-là, que le principe cholérique introduit dans l'organisme par les voies circulatoires produit les accidents généraux par une action directe, et n'attaque le tube digestif que consécutivement, comme fait l'émétique injecté dans les veines. Quant à nous, considérant que, même dans cette dernière supposition, il peut y avoir avantage à faire disparaître l'effet local de la cause morbide ; que d'ailleurs, en fait, les désordres gastro-intestinaux marquent le début de la maladie, nous n'hésitons pas à diriger contre ces désordres une médication topique vigoureuse. Malgré les frissons, malgré les refroidissements passagers des extrémités, malgré une certaine dépression du pouls, nous appliquons encore des sangsues *loco dolenti*. Cela n'implique pas que nous recommandions les mêmes moyens dans le choléra confirmé. La pratique a souvent pour seule règle d'aller, comme on dit, au plus pressé. Nous tentons de dégager un viscère important par une évacuation sanguine, parce que le moyen ne nous paraît pas au-dessus des forces de l'organisme, et que ces forces peuvent être soutenues en même temps par certaines médications externes, telles que les frictions alcooliques et aromatiques. Au contraire, quand il y a cyanose, chute du pouls, voix flûtée, etc., nous luttons d'abord contre cette grande perturbation, au risque même d'aggraver le mal local. Ces nécessités ne sont pas propres au traitement du choléra. Nous ajouterons maintenant que la question de pratique agitée ici est vidée à nos yeux. Dans les cas que nous spécifions, un traitement antiphlogistique dirigé contre l'estomac et l'intestin ranime le pouls et fait cesser le frisson, loin d'augmenter la dépression. Il est alors très certainement le meilleur prophylactique du choléra.

Relativement aux autres maladies régnantes, nous n'avons qu'une remarque à présenter : c'est que les maladies propres aux diverses saisons n'ont guère été moins nombreuses cette année qu'elles le sont d'ordinaire. Aujourd'hui encore, fièvre typhoïde, fièvres éruptives, notamment la variole, occupent passablement le praticien. Cette circonstance, jointe au caractère inflammatoire de bon nombre d'affections intestinales, ajoute à l'espoir que nous avons toujours gardé

Marasme,
Cancer occulte,
Obstructions compliquées,
Jaunisse et pâles couleurs,
Flux hépatique,
Paralysie commençante,
Rhumatisme à la tête,
Contre-coup à la tête.

Ces titres seuls sont assez significatifs pour que je sois dispensé ici de tout commentaire. Mais voyons l'extrait de la correspondance de la Société royale de médecine relativement au magnétisme animal, donné en 1785 par Thouret.

On sait que la méthode magnétique s'était répandue dans toutes les provinces. Or les différents corps de médecine qui en surveillaient les effets *s'élevèrent unanimement* contre le prestige, et surtout contre les inconvénients de ces pratiques ; ils s'appuyaient en cela sur un grand nombre d'observations dans lesquelles il y avait eu aggravation de maladie, et surtout beaucoup de cas d'aliénation mentale développée par ces procédés. Aussi Thouret conclut-il, d'après une grande quantité de documents :

« Qu'il n'y a en France aucunes Compagnies de médecine qui aient adopté la doctrine du magnétisme animal ; qu'elles ont fait, au contraire, tous leurs efforts pour combattre cette erreur ; que les Facultés, les colléges, les corps de médecine, même dans les petites villes, sont d'accord à ce sujet, et la Société de Paris étant la seule Compagnie qui entretienne une correspondance très étendue avec tous les médecins de ce royaume, c'était à elle à apprendre le résultat au public.

» Et, ajoute-t-il, nous savons par notre correspondance que la doctrine du magnétisme n'est adoptée dans aucune des universités des villes étrangères. »

En résumé : Si l'on veut considérer sérieusement les véritables guérisons opérées par les magnétiseurs, on verra qu'elles ont la même valeur que les guérisons de la médecine sympathique, et que l'on guérit avec le fluide magnétique comme Pyrrhus guérissait les maladies de la rate par des frictions opérées avec l'orteil de son pied droit, propriété qu'il partagea avec Achille et Vespasien.

L'action curative des magnétiseurs est donc une pure illusion, et en cela on peut confronter ici deux catégories de thérapeutes qui ont les plus grandes affinités. Tandis que le magnétiseur guérit un fluide avec un autre fluide, nous avons les homœopathes qui guérissent l'idéal de la maladie avec l'idéal du remède.

et exprimé dans ce journal, de ne pas voir l'épidémie actuelle arriver à ce degré de violence dont deux fois déjà nous avons été témoin. (*La suite prochainement.*)

A. Dechambre.

Nous laissons passer d'ordinaire sans mot dire cette procession de remèdes qui, chaque jour, dans la presse médicale, dans la presse politique, devant les académies et sociétés savantes, réclament l'honneur de guérir le choléra. Le plus souvent, leur insignifiance est ce qui les recommande le plus. Nous ne pouvons avoir cette indulgence pour le *sulfate de strychnine*, qui fait tant de bruit depuis quelque temps. Certes, nous ne trouvons pas mauvais qu'on essaie, dans une maladie telle que le choléra, l'influence d'un excitant du système nerveux, et il n'est pas impossible que la strychnine ait sa sphère limitée d'application. Mais qu'elle soit présentée comme un spécifique, *comme le sulfate de quinine du choléra*, voilà ce qui dépasse toutes les bornes. Théoriquement, les effets connus de ce remède sur l'organisme n'ont rien, absolument rien, qui réponde aux indications fondamentales du traitement ; on sait, notamment, qu'il n'exerce aucune action sur la circulation, et que, s'il influence les nerfs respiratoires, c'est pour provoquer dans le thorax des secousses tétaniques dont le résultat le plus clair est de déterminer l'asphyxie. Expérimentalement, il n'a encore rien produit de décisif. C'est un devoir pour nous d'en prévenir le praticien, surtout en présence des allégations chaque jour plus affirmatives du promoteur de ces tentatives.

Nous ne pouvons taire non plus combien il est regrettable que les journaux politiques aient été entretenus, en termes lyriques, d'une médication aussi périlleuse et aussi difficile à manier. Dans des feuilles qui s'abstiennent de mentionner les progrès de l'épidémie, de peur d'effrayer la population, on n'hésite pas à lui vanter des remèdes qui peuvent l'empoisonner. Qu'arrive-t-il en ce moment? Des familles, en partant pour la campagne, font provision de pilules et de sirop de strychnine en même temps que de sucre et de chocolat, et il se trouve des pharmaciens assez imprudents pour leur en délivrer. Nous engageons formellement nos confrères à démolir, au sein de leur clientèle, de fallacieuses espérances qui peuvent conduire aux plus grands malheurs.

A. D.

Elle vient encore de se présenter à la barre de l'Académie, cette éternelle question de la cure radicale des hernies, que vingt fois déjà on nous avait donnée pour résolue; question forcément placée sur un terrain mixte entre la chirurgie de complaisance et la chirurgie conservatrice, empruntant par conséquent à chacune d'elles ses indications, mais aussi ses difficultés spéciales; question qui a inspiré tant de travaux, mais sur laquelle il est remarquable que nul auteur n'a écrit plus d'une fois, tant l'expérience en cette matière apporte de déceptions, même aux inventeurs les plus enthousiastes.

Cette fois, du moins, le procès s'annonce sous de favorables auspices. Celui qui, après tant de promesses vaines, assume à son tour la responsabilité d'une promesse nouvelle, est un praticien de renom, un professeur de la Faculté. M. Jobert, appliquant à la chirurgie herniaire une idée dont la fécondité en thérapeutique ne doit peut-être donner tous ses fruits qu'à nos descendants, se flatte d'avoir réalisé la guérison définitive de plusieurs hernies inguinales, en oblitérant le conduit qui leur livre passage au moyen d'une injection iodée faite dans le sac. Le manuel opératoire est, dit-on, facile, les suites simples; la cure a été constatée en séance de l'Académie de médecine. Tout annonce donc dans les espérances de l'auteur, sinon dans les résultats actuels de la méthode, quelque chose de sérieux; tout, en conséquence, nous fait un devoir d'examiner dès à présent ce qu'il y a de fondé dans les considérations soit théoriques, soit cliniques, qu'elle invoque en sa faveur.

Premier point essentiel : la méthode est innocente. En ceci, d'ailleurs, elle ne fait que participer aux caractères les plus précieux de la médication iodée généralisée dans ses applications topiques. Petite ponction, réaction immédiate et consécutive peu intense, absence d'accidents locaux ou constitutionnels, tel est, d'après les observations mêmes, le bilan rassurant du nouveau procédé. L'analogie le faisait prévoir, l'expérience le confirme; la critique se fait un devoir de le reconnaître.

Ne pas nuire est quelque chose, sans doute; c'est même beaucoup, en pareille matière. Mais cela ne saurait suffire. L'injection iodée offre-t-elle des garanties d'efficacité en rapport avec les gages de sécurité qu'elle donne? Là est la question.

L'apparente simplicité du manuel, tel que M. Jobert le décrit, jette un premier doute dans l'esprit du lecteur. Ponctionner le sac de façon que la canule parvienne dans sa cavité, est-ce donc là une manœuvre si aisée? Lorsqu'on voit, dans la

---

Ce n'est pas assez d'établir qu'un magnétiseur ne guérit rien; il faut établir qu'il rend malades ceux qui ne le sont pas, et plus malades ceux qui le sont.

Les affections nerveuses sont celles pour lesquelles on consulte le plus souvent les magnétiseurs. Or l'histoire des épidémies de convulsionnaires, le tableau des séances publiques dirigées par Mesmer, plusieurs documents fournis par le maréchal de Villars, par Nicole, ont établi depuis longtemps l'influence désastreuse que de telles pratiques ont sur le développement et la propagation de ces maladies. Enfin, dira-t-on, bien des maladies mentales accidentelles ont été guéries par de purs artifices, qui consistent, le plus souvent, à tromper les croyances du malade; mais, dans tous les cas, l'artifice est dirigé d'après les conditions du patient et la sagacité du médecin.

Rien d'ailleurs ne saurait excuser un système général de traitement qui, en entretenant chez des personnes d'un esprit faible des croyances chimériques, met, pour me servir d'une expression de Rabelais, *la peste dans l'âme*. Je me résume donc en disant, avec tous les bons observateurs, que les procédés des magnétiseurs doivent être proscrits en thérapeutique comme étant à la fois inutiles et nuisibles. J'arrive maintenant à l'application du magnétisme comme procédé expérimental en *physiologie*.

L'étude des fonctions cérébrales est si complexe, que le nombre de nos moyens d'investigation est bien loin de compenser les difficultés d'un tel sujet. On peut d'ailleurs reconnaître cette disparate, en songeant qu'aucune conception positive et systématique n'a surgi avant la fondation de Gall. L'anatomie spéciale du cerveau chez l'homme et les vertébrés s'est épuisée en minutieux détails, sans même établir une vraie notion anatomique des moyens de relation entre toutes les parties du cerveau ; des études insuffisantes sur les derniers animaux pourvus de nerfs n'ont pas encore permis d'instituer une théorie générale de la vie animale, bien que l'embryologie, la physiologie expérimentale, l'observation des mœurs des animaux, aient fourni une grande richesse de documents. — Une prolongation inévitable des habitudes métaphysiques a également contribué à entretenir l'obscurité du sujet, tandis que, chez la plupart des adeptes de Gall, la grande impulsion de ce philosophe a dégénéré en une phrénologie étroite, dans laquelle on raisonne sur le cerveau dans une parfaite ignorance du reste de l'organisme.

En attendant que l'observation directe, l'expérimentation et la comparaison, aient fourni de nouveaux matériaux sous la direction d'une meilleure philosophie, on doit multiplier encore, s'il est possible, nos moyens d'investigation.

herniotomie, la dissection attentive, poursuivie au fond d'une large plaie, laisser souvent l'opérateur le plus habile incertain s'il a, oui ou non, ouvert le sac, malgré la sérosité qui le remplit habituellement alors et facilite la recherche, comment admettre que, dans une hernie petite, non enflammée, après la réduction de l'intestin, un trocart arrive toujours entre les feuillets du sac, sans s'arrêter en deçà ni pénétrer au delà? M. Velpeau, loyalement cité dans le travail que nous analysons, avait explicitement reconnu cette difficulté. « Un sac herniaire vide, dit-il, n'est pas comme un kyste quelconque rempli de liquide, facile à ouvrir au moyen du trois-quarts. »

Pour M. Jobert, de tels obstacles paraissent être comme non avenus; et nous demeurons vraiment émerveillé de la dextérité avec laquelle il réussit à piquer le sac et rien que le sac. Faut-il y porter un trocart? Souvent il néglige de s'aider de l'incision préalable des couches extérieures, et enfonce directement l'instrument. S'agit-il de l'accrocher avec un ténaculum? Il est tellement sûr de ne saisir que la séreuse, que volontairement il fait, par la toux, saillir sous elle l'intestin hernié, afin de la mieux distendre, et ne réduit les viscères qu'après avoir piqué le sac.

Mais, dira M. Jobert, la preuve que mon trocart est réellement dans le sac, c'est que la canule se meut librement, c'est que je puis ensuite pousser par là mon injection. — Loin de nous l'intention d'insinuer que, par cela que la manœuvre est malaisée, l'honorable professeur ne puisse l'avoir exécutée régulièrement. Mais, sans plus contester la valeur du critérium qu'il invoque que son habileté personnelle, nous devons faire observer que, vu la laxité des couches qui enveloppent le sac, une tige métallique peut s'y mouvoir à l'aise, tout comme *cinq grammes* (1[re] obs.) et même plus de liquide peuvent y être injectés aisément, sans qu'il soit par là le moins du monde prouvé que l'on était en réalité dans le sac.

Une seconde réflexion fortifie ces doutes : c'est le fait même que M. Jobert fait ressortir avec tant d'insistance, de cet épanchement plastique, de ce produit dur et résistant épanché au lieu de l'injection. De pareilles suites ne s'observent guère lorsqu'on a versé de l'iode dans une poche séreuse. Pour choisir un exemple aussi frappant que possible par la ressemblance et le voisinage, on ne voit point ces résultats locaux après l'injection iodée des kystes du cordon spermatique. De même, et bien évidemment, il n'est question de rien de semblable dans les phénomènes qui suivent l'irritation curative du péritoine par la teinture d'iode, dans l'ascite.— Tout au contraire, ce cordon dense, présentant la consistance du bois, nous rappellerait plutôt ce qui se passe quand on a porté le liquide iodé, non à la surface d'une séreuse, mais dans un trajet creusé au milieu des tissus normaux; lorsque, par exemple, on a enflammé, à l'aide d'injections réitérées, le foyer sinueux d'une fistule anale.

Mais admettons ces objections mal fondées pour la grande majorité des cas. Accordons à M. Jobert qu'il a réellement injecté, que ses imitateurs réussiront toujours à injecter le sac lui-même. Les chances de cure véritablement radicale prendront-elles par là des proportions beaucoup plus encourageantes? Sincèrement, nous le désirerions; et nous ne dissimulerons pas plus ici notre sympathie que tout à l'heure notre défiance envers un procédé qui contribuera du moins à détourner la chirurgie des voies hasardeuses et meurtrières où elle s'était plus d'une fois engagée à la poursuite de ce même but. Mais tant de précédents analogues nous ont déjà conduits à un désappointement, qu'il nous est, jusqu'à plus ample informé, interdit, de par la raison, d'accepter pour probantes les données expérimentales que l'on nous présente. Que de fois, avant M. Jobert, le sac, saturé, épinglé, à nu ou à travers la peau, dans les hernies simples ou après l'étranglement, n'a-t-il pas, cédant ensuite à la propulsion incessante des viscères, montré que l'on n'a obtenu qu'une guérison momentanée tant que l'on s'est borné à rendre le sac imperméable, tant que l'on n'a point fermé le canal herniaire même! Sous ce rapport, il est triste de l'avouer, le pouvoir curatif des divers procédés semble en rapport direct avec les dangers qu'ils recèlent; et le plus innocent ne réalise, en général, ce précieux caractère qu'en vertu d'un impuissance radicale que l'avenir se charge tôt ou tard de révéler.

En sera-t-il de même ici? Ce tampon plastique que M. Jobert fait déposer dans le sac, ou à côté, et qu'il compare, pour son effet curatif, à un lambeau autoplastique, persistera-t-il? Rendra-t-il l'oblitération du sac capable de soutenir l'effort des viscères mieux que ne l'avait fait jusqu'ici la simple occlusion de ce sac par la suture? Espérons; mais, en l'état, il n'y a vraiment encore qu'à espérer. Ce débat, que nous avons été obligé d'instruire avec des présomptions, nous aurions aimé que l'on nous mît à même de le vider par des faits. Malheureusement, ceux que M. Jobert cite n'ont ni la quantité ni la qualité nécessaires pour remplir un tel desideratum. (Voir ces observations au compte rendu de l'Académie.)

Dans le premier, il s'agit d'un très jeune homme, porteur

C'est à ce point de vue que je crois devoir attirer l'attention sur les secours que pourront rendre, entre des mains positives, les artifices pratiques des magnétiseurs.

Je me suis efforcé, dans le cours de ce mémoire, de montrer la grande généralité des phénomènes provoqués par les magnétiseurs et leur subordination nécessaire à des lois de notre constitution cérébrale. Or les modifications quelquefois si profondes qu'éprouvent les personnes soumises à l'influence supposée d'un prétendu fluide me semblent très propres à révéler beaucoup de relations capitales du physique et du moral.

Beaucoup de médecins, faute de connaître les effets réciproques de la vie végétative et de la vie animale, en sont trop souvent réduits à ne traiter que le physique, sans tenir compte du moral.

C'est pour combler le plus tôt possible un telle lacune, que je conseillerais de joindre aux moyens d'investigation les artifices des magnétiseurs, employés, bien entendu, par des gens pleinement édifiés sur le néant du fluide magnétique et préparés d'ailleurs à l'étude de ces phénomènes par un ensemble de connaissances physiologiques. Je sens que l'on va naturellement m'adresser le reproche d'employer à titre d'expérimentation un moyen que j'ai déclaré nuisible à titre de médicament; mais il suffira de faire un bon choix des sujets parmi les personnes d'une bonne santé générale, et toute expérience aurait toujours un double but : celui de faire saisir au physiologiste quelque relation cérébrale cachée, et celui de préserver des croyances chimériques le sujet même de l'expérience, en lui dévoilant par des explications convenables l'artifice dont il aurait été le jouet.

C'est donc encore pour la fondation de la physiologie, que le magnétisme animal peut offrir une utilité d'un nouveau genre.

Arrivé à ce point de mon travail, je sens qu'il me serait impossible d'entamer de nouveaux développements sans tomber dans des discussions déjà établies par un grand nombre d'écrits.

Je préfère donc clore ici cette courte exposition, dans laquelle je crois avoir établi quelle est la vraie nature des phénomènes étudiés sous la dénomination de magnétisme animal.

Dans la première partie, j'ai montré comment, en adaptant une théorie positive aux phénomènes du magnétisme, on peut immédiatement enrichir la physiologie et la pathologie d'un certain nombre d'enseignements utiles.

Dans la seconde partie, appréciant strictement la valeur pratique du magnétisme, j'ai reconnu qu'il pouvait rendre service à la physiologie expérimentale, tout en proscrivant son emploi thérapeutique comme étant tout à la fois inutile et nuisible.

d'une hernie du volume d'une noix. Dans de telles conditions, le succès obtenu n'a rien de bien méritoire.

Le second malade, âgé de trente-quatre ans, offrait, au contraire, une tumeur du volume du poing. Mais rien, à la lecture de l'observation, ne nous a démontré qu'il y eût là une hernie. Les symptômes exposés ne prouvent absolument que l'existence d'une hydrocèle congénitale dont le liquide pouvait être refoulé dans l'abdomen. Nous ne nions pas qu'il n'y eût hernie; mais rien, à part l'assertion de l'auteur, ne nous force d'y croire. Deux signes auraient pu éclairer ce point. Si la tumeur, en rentrant, avait fait entendre un gargouillement; si, au moment de l'opération, après avoir évacué le liquide, on avait vu cette tumeur se reproduire encore sous l'influence de la toux, on aurait été en droit de conclure que l'intestin entrait pour une part dans sa composition. Mais, ces éléments d'un diagnostic rigoureux n'ayant point été donnés dans le texte de l'observation (dont la rédaction n'est sans doute pas de la main du maître), nous devons maintenir notre réserve.

La troisième observation est, au contraire, pleinement démonstrative, du moins quant aux circonstances dont nous avons signalé dans les deux précédentes l'absence ou la mention insuffisante.

Mais un fâcheux caractère, commun à toutes les trois, et qui, à lui seul, les frappe de nullité, c'est le court, très court, laps de temps écoulé entre le jour de l'opération et celui où l'on a pour la dernière fois constaté le bon état des sujets. Ce temps, en effet, a été, pour deux, de quatre mois et, pour le troisième, de vingt-quatre jours seulement. Or combien de guérisons n'a-t-on pas vues se démentir même après une durée beaucoup plus longue de cette période décevante où malades et médecins sont également, et avec une égale bonne foi, trompés et par la persistance des conditions anatomiques favorables que l'opération vient de créer si récemment, et par les précautions et ménagements de toute nature qu'ils savent observer à ce moment pour consolider un succès si ardemment désiré.

En conséquence, et pour satisfaire aux légitimes exigences que M. Jobert connaît mieux que nous, que, le premier sans doute, il imposerait à tout novateur venant solliciter son approbation, il nous paraît raisonnable d'attendre que des résultats plus anciens viennent corroborer les heureuses présomptions que ceux-ci font naître. Aussi ne croyons-nous faillir ni aux intérêts de l'humanité, ni aux droits rigoureux de la science, ni aux égards dus à l'honorable personnalité qui se trouve en cause, en ajournant ici à une année entière le prononcé d'un arrêt à qui le temps seul peut donner l'autorité nécessaire.

P. Diday.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION, par le docteur Paul Broca, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

Suite. — Voir les numéros 12, 13, 16, 21, 22 et 33.

§ 4. Étude clinique du traitement des anévrysmes par la compression indirecte.

Les longs développements historiques dans lesquels nous venons d'entrer montrent quel degré d'importance nous attachons à la méthode de la compression indirecte. Nous pensons, en effet, que cette méthode est appelée à remplacer dans le plus grand nombre des cas la ligature, comme la ligature a remplacé l'opération par l'ouverture du sac. Le temps n'est pas éloigné où la plupart des malades atteints d'anévrysmes des membres échapperont à l'instrument tranchant, et guériront sans encourir les graves dangers attachés à la ligature des grosses artères. Désormais, tout chirurgien sage et instruit voudra, avant d'en venir à une opération sanglante, faire l'essai de la méthode compressive; la ligature sera réservée, comme une sorte de pis-aller, pour les cas où il ne sera pas possible d'employer la compression, et pour les cas, toujours de plus en plus rares, où l'application méthodique et persévérante des pelotes sera demeurée sans résultat.

Telle est du moins notre conviction. Pour la faire passer dans l'esprit du lecteur, il faudrait pouvoir reproduire l'histoire de tous les malades qui ont été traités depuis dix ans par la méthode compressive. Mais cela nous entraînerait trop loin; ces faits sont trop nombreux pour qu'il soit possible de les analyser ici, et j'ai dû me contenter d'indiquer dans des tableaux synoptiques les traits les plus importants, et surtout les résultats des observations qu'il m'a été possible de rassembler.

J'ai réuni dans un premier tableau les faits, au nombre de 47, qui sont antérieurs à la période irlandaise, et qui ont, pour la plupart, été mentionnés dans le paragraphe précédent; le second tableau, qui est de beaucoup le plus important, se compose de 163 observations plus ou moins complètes d'anévrysmes traités par la compression indirecte depuis 1842. Cela constitue un total de 210 faits. Un pareil ensemble de matériaux suffit, je pense, pour permettre d'apprécier à sa juste valeur une méthode thérapeutique.

P.-S. Pendant la composition de ce mémoire, deux aberrations caractéristiques, l'une sous le nom de *tables tournantes*, la plus récente sous celui d'*esprits frappeurs*, sont venues révéler d'une façon déplorable cette propriété que nous avons de tomber en état de don quichottisme. Je dis déplorable, parce que la facilité que l'on a à tromper les esprits ne tient pas seulement à la propriété que nous avons de transporter au dehors nos émotions intérieures sous une influence suffisante quelconque; elle se fonde encore sur la profonde ignorance scientifique dans laquelle la masse des individus est encore plongée. Dans le phénomène des tables tournantes, on croit que la table peut tourner sans muscles, sans nerfs; qu'elle peut parler sans organes de la voix, de la parole. Mais tout cela n'est rien à côté des esprits frappeurs, au moyen desquels toute notion scientifique, même dans l'ordre des phénomènes mathématiques, se trouve ébranlée.

Ce qui contribue encore, vis-à-vis d'un grand nombre de personnes, au succès, heureusement passager, de ces exhibitions fantastiques, c'est qu'il n'est pas rare de rencontrer, parmi les croyants et les propagateurs, des académiciens appartenant soit à la section des lettres, soit à celle des sciences. Mais cela ne saurait prouver qu'une chose, c'est que le jugement et le bon sens sont indépendants des acquisitions littéraires et scientifiques. Walter Scott et Molière ont suffisamment idéalisé de tels exemples pour qu'il soit inutile d'expliquer comment un profond géomètre peut croire à toute espèce de sornettes. Enfin, disons que, pour la plupart des meneurs, les miracles du magnétisme, des tables tournantes, des esprits frappeurs, ne sont qu'un triste aliment donné à la plus sotte vanité. Je crois leur faire encore trop d'honneur en leur appliquant ce que Dezeimeris disait des animistes : « Comment espérer d'obtenir par des discussions l'abandon d'un système dans lequel *on se complaît*, dans lequel *on s'admire*, dans lequel *on se sent fier* de posséder un génie capable de pénétrer les mystères de notre existence et d'expliquer les merveilles de l'univers ! »

L.-A. Segond,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Ont été promus dans l'ordre impérial de la légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Émery, Auberge et Constantin, docteurs en médecine; et M. Thiriaux, pharmacien.

Au grade de chevalier : MM. Jarjavay, Renaud, Broussonnet, Baschet, Thiberge, Davet de Beaurepaire, Guillier, Fabas, Isnard, Méry, Barby, Radot, Rodes, Darolles, Collin, Beylot, Tabouret, Clavey, Moreau, Poupeau, Laure, Gaigneron, Duprat, Dureau, Huet, médecins; et MM. Fontaine, Garon et Gillot, pharmaciens.

Je pourrais, à la rigueur, me contenter de compter le nombre des morts, de le comparer à celui des guérisons, et de rapprocher ces chiffres de ceux qui expriment les résultats des autres méthodes. Pour montrer la prééminence de la méthode compressive, il me suffirait de dire que, sur les 163 faits mentionnés dans le deuxième tableau, la guérison a été obtenue 112 fois par la seule compression ; que, dans la plupart des autres cas, la ligature pratiquée après l'emploi infructueux de la compression a été couronnée de succès, et que la mortalité totale n'a pas dépassé le chiffre de 13. — 13 morts sur 163 cas d'anévrysmes, cela donne une moyenne qui ne s'élève pas tout à fait à 8 pour 100 ; et ce résultat aurait été bien autrement avantageux, si l'on avait toujours employé la compression avec la prudence et la persévérance convenables. Mais, en mettant les choses au pire et en acceptant le chiffre de 8 pour 100 comme l'expression définitive des chances de mort que courent les malades soumis à la nouvelle méthode, quelle différence entre ces résultats et ceux qu'a fournis jusqu'ici la ligature ! Qu'on veuille bien relire les relevés que j'ai consignés au commencement de ce travail ; qu'on jette les yeux sur les statistiques de Lisfranc, de Benj. Phillips, de Porta, de Roux, de Norris, où l'on voit flotter la mortalité entre 24 et 31 pour 100 ; et, quelque attaché qu'on soit à la brillante méthode de la ligature, quelque prévenu qu'on soit contre les causes d'erreur qui ont si souvent faussé les statistiques, on sera obligé de reconnaître qu'aucune de ces causes ne peut rendre compte d'une aussi énorme différence, et que la mortalité a été jusqu'ici trois ou quatre fois plus considérable pour les malades traités par la seule ligature, que pour les malades bien ou mal traités par la compression.

Mais il ne suffit pas de savoir que la compression guérit la plupart des anévrysmes externes et qu'elle est supérieure aux autres méthodes : il importe de savoir comment elle agit et par quel mécanisme elle amène la guérison. La solution de ce problème est indispensable ; elle domine, pour ainsi dire, toute la question pratique. Elle seule peut nous permettre de choisir avec discernement parmi les divers modes de compression qui ont été proposés et exécutés.

Cette étude a été faite avec beaucoup de soin par M. Bellingham, dont les publications ont exercé une si heureuse influence sur les récents développements de la méthode compressive. Examinant d'abord les effets de la ligature, puis ceux de la compression, et rapprochant les phénomènes qui se succèdent alors dans le sac anévrysmal de ceux qui ont été constatés dans les cas malheureusement trop rares où les anévrysmes guérissent spontanément, le professeur de Dublin a été conduit à déclarer que le mécanisme de la guérison était exactement le même dans ces diverses conditions. Bien que soumise à quelques exceptions, cette proposition nous semble vraie d'une manière très générale. L'observation clinique et l'anatomie pathologique le démontrent également.

Afin d'établir sur des bases solides la théorie et la pratique de la méthode qui fait l'objet de ce travail, je chercherai d'abord quel est, au point de vue de l'anatomie général pathologique, le meilleur mode de guérison des tumeurs anévrysmales ; cela me permettra de mettre en présence les principales méthodes qui ont été employées jusqu'à ce jour, et de démontrer la supériorité de la compression indirecte. J'étudierai ensuite les divers procédés de compression, et je m'efforcerai d'en apprécier la valeur relative. Passant alors à la clinique proprement dite, je dirai les phénomènes qui accompagnent ou suivent l'application de la méthode compressive, les accidents qu'elle peut provoquer et les résultats qu'elle fournit. Je terminerai enfin par une description précise du manuel opératoire, et des précautions minutieuses qui sont indispensables pour éviter les accidents et arriver à la guérison.

1° DU MEILLEUR MODE DE GUÉRISON DES ANÉVRYSMES.

Lorsque, par une cause quelconque, une tumeur anévrysmale s'achemine vers la guérison, elle durcit et cesse de battre. Ces deux phénomènes, chacun le sait, résultent de ce que la cavité du sac s'oblitère par la solidification graduelle de son contenu. Plus tard, la tumeur diminue de volume en devenant de plus en plus ferme, et il ne reste qu'une petite masse dure située sur le trajet de l'artère, qui est presque toujours rendue imperméable à ce niveau.

Voilà ce que l'on constate le plus souvent au lit du malade. Voici maintenant ce qu'on reconnaît à l'autopsie, lorsque, par une cause quelconque, la mort survient pendant les diverses périodes du travail curatif.

On trouve dans la poche anévrysmale une masse solide plus ou moins ferme, plus ou moins décolorée, déposée sous forme de couches stratifiées à la face interne des parois du sac. A mesure que le dépôt solide forme une couche plus épaisse, la cavité perméable au sang se rétrécit ; bientôt il ne reste plus au centre de la poche qu'un petit canal plein de sang liquide. Ce canal finit enfin par se combler. Le plus souvent, alors, la substance solide qui a oblitéré l'anévrysme continue à se déposer au niveau de l'orifice du sac, et envahit la cavité même de l'artère, sous la forme d'un bouchon obturateur d'une longueur variable.

Grâce à cette oblitération de l'artère au niveau de l'anévrysme, la tumeur se trouve désormais soustraite à toute action des courants sanguins. Lorsqu'il en est ainsi, la guérison est permanente et la récidive impossible. Malheureusement, il arrive quelquefois que la poche anévrysmale s'oblitère seule, que l'artère reste perméable, et que plus tard, sous l'influence d'un effort, ou même sous la seule influence des forces circulatoires, le sang se fraie de nouveau un passage à travers la substance trop peu résistante déposée dans la poche anévrysmale. Les battements peuvent donc reparaître ; et c'est ainsi que certaines récidives se produisent. On voit, d'après cela, que ces récidives sont toujours exceptionnelles, mais qu'elles sont possibles aussi bien dans les cas où la guérison a été spontanée que dans ceux où elle a été obtenue soit par la ligature, soit par la compression indirecte.

Cela posé, quelle est la nature du dépôt solide qui efface graduellement la cavité de l'anévrysme, et devient ainsi l'agent direct de la guérison? On dit généralement qu'il est dû à la coagulation du sang contenu dans le sac. Cela est exact jusqu'à un certain point, mais jusqu'à un certain point seulement. Si on donne le nom de caillot à tout dépôt formé par l'agglomération, ou, pour mieux dire, par la précipitation de certaines particules solides du sang, il est juste de dire que l'oblitération des anévrysmes est due à la formation graduelle de caillots dans leur intérieur ; mais il devient nécessaire alors d'établir une distinction importante : il y a caillots et caillots.

Il y a d'abord les caillots ordinaires, que j'appellerai volontiers les *caillots passifs*, ceux qui se forment, par exemple, lorsque le sang est extrait des vaisseaux par une saignée : ceux-là sont constitués par la somme de toutes les particules solides du sang ; la fibrine, en se précipitant à l'état solide, forme une sorte de réseau qui emprisonne les globules, et il en résulte une masse friable, d'un rouge noirâtre, qui se sépare *instantanément* du sérum. Cette première variété de caillots se forme fréquemment pendant la vie. On la trouve, le plus souvent, dans les épanchements, dans les foyers sanguins, partout où le sang, par une cause quelconque, est condamné à un repos plus ou moins complet, au-dessus des ligatures artérielles récentes, au-dessous des ligatures ou des oblitérations veineuses, jusqu'au niveau du point où la circulation recommence à s'effectuer avec quelque énergie. Enfin les caillots passifs se forment encore après la mort dans le cœur droit, dans les grosses veines, et même dans celles des grosses artères où il est resté une quantité suffisante de sang.

La deuxième espèce de caillots, qu'on pourrait appeler les *caillots actifs*, parce que leur formation, *toujours graduelle*, suppose l'intervention d'un travail vital, est généralement connue sous le nom de *caillots fibrineux*. Plus fermes, en général, que les caillots de la première espèce, ils s'en distinguent encore par leur couleur, et surtout par leur composition. Ils sont constitués par la fibrine du sang, et ne renferment que très peu ou point du tout de globules. La présence de ces derniers y est tout éventuelle, de sorte que la couleur des caillots actifs est, en général, peu foncée. Leur teinte est d'un jaune rougeâtre ou d'un jaune grisâtre, suivant qu'ils renferment ou non quelques globules ; en tous cas, elle se distingue tout à fait de celle des caillots passifs. Ces caillots actifs ont quelque

analogie avec la masse solide qu'on obtient en fouettant le sang avec une baguette de verre à mesure qu'il s'écoule de la veine ; ils ressemblent plus encore à la concrétion polypiforme qui se produit dans le cœur gauche pendant l'agonie. Plusieurs causes peuvent en déterminer la formation pendant la vie. Ce sont eux qui se déposent peu à peu autour des corps étrangers introduits dans la cavité de l'appareil circulatoire; ce sont eux qui se forment lentement sous l'influence de l'inflammation de la séreuse vasculaire ; qui, dans l'endocardite, viennent s'appliquer sur les valvules ou sur la paroi ventriculaire, et qui, dans la phlébite, déterminent l'oblitération de la veine au niveau du point où elle est enflammée ; ce sont eux enfin qui se déposent successivement, sous forme de couches concentriques, de feuillets stratifiés, sur les parois des poches anévrysmales, et qu'on retrouve dans la plupart des anévrysmes un peu anciens. Le contact d'une membrane anormale est, sans doute, pour beaucoup dans la production de ce dernier phénomène ; mais la cause principale, la cause déterminante, c'est le peu de rapidité du courant sanguin. Quelque large, en effet, que soit l'ouverture du sac, elle est, en général, plus étroite que le sac lui-même, et le renouvellement du sang ne s'effectue jamais avec autant d'activité dans l'intérieur de l'anévrysme que dans la cavité de l'artère adjacente.

Ainsi les caillots actifs comme les caillots passifs peuvent reconnaître pour cause la stagnation du sang ; mais il y a entre eux cette différence, que ceux-ci sont dûs à une stagnation complète ou presque complète, tandis que ceux-là n'ont besoin, pour se former, que d'une simple diminution dans la rapidité du mouvement du sang.

Pouvant dépendre d'une même cause, qui ne diffère des uns aux autres que par son degré d'intensité, les caillots actifs et les caillots passifs ont quelquefois de la tendance à se produire dans des conditions très analogues. C'est ce qu'on voit, en particulier, dans certains cas d'anévrysme, lorsque la tumeur s'oblitère spontanément ou sous l'influence d'une action thérapeutique. Cette oblitération, en effet, peut être due au dépôt de caillots actifs ou à la formation de caillots passifs, ou enfin à la présence simultanée des deux variétés de caillots. Dans ce dernier cas, la poche renferme une masse de caillots fibrineux, denses, jaunâtres, et disposés en feuillets concentriques, masse au centre de laquelle existe une quantité variable de caillots passifs noirs et friables.

Quelle que soit la nature des caillots obturateurs, la tumeur cesse de battre dès qu'elle en est entièrement remplie ; mais le malade, pour cela, n'est pas encore guéri, et les phénomènes qui surviennent ultérieurement varient suivant que la tumeur est pleine de caillots actifs ou de caillots passifs.

Dans le premier cas, la tumeur, déjà très dure dès le premier jour, durcit encore les jours suivants en diminuant de volume. Cette décroissance, d'abord très rapide, s'effectue ensuite avec plus de lenteur. Elle est due à la rétraction de la masse fibrineuse, qui se condense de plus en plus en perdant la sérosité dont elle était imbibée, qui finit par se réduire à un très petit volume, et qui alors reste en général stationnaire sans disparaître entièrement. Réduite à un très petit volume, cette masse fibrineuse peut persister indéfiniment ; quelquefois elle se résorbe lentement, et il ne reste d'autre trace de l'anévrysme qu'une transformation de l'artère en un cordon ligamenteux. Quoi qu'il en soit, aucun accident ne vient troubler la marche de la guérison. L'artère reste imperméable, et la récidive est impossible.

Dans le deuxième cas, au contraire, c'est-à-dire quand l'oblitération est due à la formation de caillots passifs, les phénomènes diffèrent notablement des précédents. Ces caillots sont loin, en effet, de présenter la stabilité des caillots actifs. Peu consistants, peu adhérents, ils se laissent aisément dissocier et entraîner par le choc des courants sanguins. Plus aisément encore, peut-être, ils se laissent dissoudre et résorber d'une manière complète. Qui ne sait la facilité avec laquelle les veines oblitérées par de semblables caillots recouvrent leur perméabilité? Et combien ce phénomène ne doit-il pas être plus rapide et plus marqué dans les artères, où l'impulsion mécanique est bien plus considérable que dans les veines! C'est là la cause de la plupart des hémorrhagies secondaires, et c'est la cause aussi des difficultés qu'on rencontre lorsqu'on cherche à coaguler le sang, dans les anévrysmes, par une action directe. Il arrive souvent que cette coagulation est obtenue ; la tumeur alors devient solide et immobile, et quelques heures plus tard néanmoins elle a recouvré sa fluidité et ses pulsations premières.

Ainsi l'oblitération des anévrysmes par des caillots passifs expose à une récidive presque immédiate, si on peut donner le nom de récidive à la continuation d'un mal qui n'a jamais été guéri. Il peut se faire, il est vrai, que les choses se passent autrement, et que la coagulation persiste, au moins pendant quelque temps. Il y a alors des chances de guérison ; mais il y a aussi des chances d'accidents plus ou moins fâcheux. La tumeur, au lieu de devenir dure dès le premier jour, conserve une certaine mollesse ; au lieu de durcir les jours suivants, elle a, au contraire, de la tendance à se ramollir de plus en plus. Entièrement privés de vie, incapables de s'organiser, les caillots passifs contenus dans la poche anévrysmale se dissocient bientôt, et finissent par constituer une sorte de bouillie qui donne à travers les téguments la sensation d'une fluctuation plus ou moins nette. Dès lors, tous les changements que les foyers sanguins sont susceptibles d'éprouver peuvent se manifester dans la tumeur de l'anévrysme. Tantôt la résolution s'effectue graduellement, et alors il n'est pas rare de voir ultérieurement l'anévrysme récidiver ; cette résolution, en tous cas, n'a lieu qu'avec une certaine lenteur. D'autres fois, et c'est le cas le plus ordinaire, la masse sanguine ne se résorbe pas et détermine autour d'elle, en sa qualité de corps étranger, une irritation plus ou moins vive. En général, lorsqu'il en est ainsi, une certaine quantité de sérosité est exhalée dans le sac, et se mêle aux caillots qui se ramollissent de plus en plus. Il n'est pas impossible de voir encore la résolution s'opérer. Mais le plus souvent la poche, de plus en plus distendue, refoule les tissus voisins et amincit la peau. Alors l'inflammation redouble d'intensité, la partie devient chaude, rouge, douloureuse, la peau se rompt ou s'ulcère, et le contenu de la poche anévrysmale, mêlé ou non de matière purulente, s'échappe à l'extérieur. Cet accident fâcheux est suivi d'une suppuration abondante, à laquelle les malades succombent fréquemment. Pour comble de malheur, il arrive parfois que les caillots contenus dans l'artère se ramollissent à leur tour et que le sang, faisant de nouveau irruption dans la cavité du sac, s'écoule aussitôt à travers la plaie : le sujet de la 39e observation d'Hodgson succomba ainsi à la suite d'hémorrhagies répétées, dix-huit jours après la rupture de la poche anévrysmale, et cinquante-un jours après la ligature, qui avait été pratiquée suivant la méthode d'Anel (1). Sous tous les rapports, par conséquent, on doit désirer, dans le traitement de l'anévrysme, que l'oblitération du sac s'effectue à l'aide de caillots actifs ou fibrineux, et l'on doit craindre, au contraire, de graves accidents lorsque cette oblitération est produite par des caillots passifs.

Mais est-il possible de déterminer les conditions à la faveur desquelles surviennent ces deux modes d'oblitération des poches anévrysmales? Je déclare tout de suite que cette question, dont personne, à ma connaissance, ne s'est occupé, est encore environnée d'une grande obscurité. Je m'y arrêterai toutefois, parce qu'elle me semble fort importante, et parce qu'elle est de nature à exercer une haute influence sur le choix des méthodes et des procédés dans le traitement des anévrysmes.

J'ai dit plus haut que les caillots actifs ne se formaient jamais qu'avec une certaine lenteur. Toute coagulation instantanée ou très rapide a donc pour résultat la formation de caillots purement passifs. De là résulte une première conséquence : c'est que les méthodes susceptibles d'oblitérer brusquement ou très rapidement les anévrysmes sont inférieures aux méthodes qui n'atteignent ce but que d'une manière graduelle.

C'est ce qui constitue, à mes yeux, la plus grande imperfection de l'électro-puncture et des injections coagulantes. Ces méthodes, dont l'effet est immédiat, ne produisent, au moment où on les applique, que des caillots passifs. Ceux-ci sont facilement entraînés ensuite par le courant sanguin : l'anévrysme alors recouvre prom-

(1) Hodgson, *Traité des maladies des artères et des veines*, trad. franç. par Breschel, Paris, 1819, in-8°, t. I, p. 362.

ptement ses premiers caractères, et le traitement se trouve sans efficacité. Faut-il en conclure que l'électricité et les agents chimiques soient incapables de guérir définitivement les anévrysmes? Une pareille négation serait contraire à l'évidence des faits : j'ai dit plus haut que l'oblitération par des caillots passifs pouvait aboutir à la guérison; mais j'ai ajouté que cette guérison était incertaine, et qu'elle était souvent traversée par des accidents fâcheux. Du reste, je ne conteste pas que les deux méthodes en question ne puissent déterminer quelquefois l'oblitération de l'anévrysme par des caillots actifs. Mais je dis que, lorsqu'il en est ainsi, le chirurgien n'a pas atteint son but, il l'a dépassé. Il ne voulait agir que sur le sang; il est allé plus loin, il a agi sur la poche anévrysmale. L'action irritante de l'électricité, le contact plus irritant encore du perchlorure de fer, ont déterminé sur les parois du sac une modification permanente qui a provoqué consécutivement le dépôt graduel des caillots fibrineux. C'est-à-dire que ces deux méthodes doivent leurs principaux succès à un mécanisme tout différent de celui qu'on attendait d'elles. Mais ne voit-on pas qu'ainsi envisagées elles perdent tous leurs avantages? Qui peut dire où s'arrêteront les effets de cette action irritante, exercée sur les parois de l'anévrysme? D'une part, si l'action est peu énergique, on manque la guérison; d'autre part, si elle l'est davantage, on s'expose à des accidents formidables. Comment sortir de cette incertitude, en présence surtout des grandes différences qui existent entre les divers individus, sous le rapport de la susceptibilité locale de leurs tissus?

Je n'ai aucunement la prétention de juger ici au point de vue clinique, ni de condamner le traitement par l'électricité ou par les injections coagulantes. Ce sont des ressources précieuses, pour les cas surtout où les autres méthodes sont inapplicables, et il n'est même pas certain que leurs inconvénients, quelque réels qu'ils soient, l'emportent sur les inconvénients d'un autre genre attachés à la ligature. Mais, je le répète, je ne m'occupe pas ici des résultats cliniques; j'envisage la question au point de vue de la physiologie pathologique pure. Sous ce rapport, je n'hésite pas à dire que ces deux méthodes, comme celle de la réfrigération, comme toutes celles qui s'adressent à la poche anévrysmale dans le but d'y coaguler le sang par une action directe, sont inférieures de beaucoup à celles qui se proposent, par une action éloignée, de faire déposer dans le sac des caillots actifs ou fibrineux, et de l'oblitérer ainsi graduellement.

Ces dernières méthodes sont au nombre de trois : ce sont la ligature, la compression indirecte, et la méthode de Valsalva. Je commence par annoncer, sauf à le démontrer plus loin, que chacune d'elles, lorsqu'elle réussit pleinement, ne fait que favoriser la guérison spontanée de l'anévrysme, et cela me conduit à dire quelques mots de cette guérison spontanée qui va me servir de terme de comparaison.

Personne n'ignore que la plupart des poches anévrysmales un peu anciennes sont tapissées d'une couche plus ou moins épaisse de caillots fibrineux disposés en feuillets concentriques. Le sang, agité dans le sac d'un mouvement moins rapide que dans l'artère, laisse déposer graduellement des particules fibrineuses qui deviennent ensuite de plus en plus denses. Or, chez certains individus, sous des influences locales ou générales, ce dépôt s'effectue en grande abondance, et la capacité de l'anévrysme diminue ainsi peu à peu. La tumeur est rendue plus dure, les battements y sont plus obscurs, et finalement l'oblitération peut devenir complète.

L'anatomie pathologique démontre alors : 1° que cette oblitération est entièrement due à des caillots *actifs* et fibrineux, d'autant plus denses, d'autant plus anciens, qu'ils sont plus rapprochés de la paroi du sac; 2° que ces caillots fibrineux se prolongent ordinairement, à travers l'orifice de l'anévrysme, jusque dans le canal même de l'artère; 3° que celle-ci s'oblitère au niveau de l'anévrysme dans une longueur variable, et, en général, jusqu'au niveau de la première collatérale supérieure et de la première collatérale inférieure.

A la faveur de quelles conditions heureuses s'effectue ce travail de guérison naturelle? C'est ce qu'il est souvent très difficile de déterminer. Quelquefois le peu de largeur de l'orifice du sac permet de penser que la lenteur de la circulation dans la poche anévrysmale a été la cause du dépôt graduel de la fibrine. Mais cette condition peut manquer; et d'ailleurs combien ne voit-on pas d'anévrysmes dont le goulot est étroit, et dans lesquels pourtant la cure spontanée n'a pas lieu! Il y a donc ici autre chose que des influences locales. Il faut bien le reconnaître, il y a des individus dont le sang est plus plastique que d'autres. Il y a des idiosyncrasies inconnues : l'étude des hémorrhagies traumatiques le montre suffisamment. Ce n'est pas sur la tendance à la coagulation passive que portent surtout ces idiosyncrasies, mais bien sur la facilité plus ou moins grande avec laquelle la fibrine du sang abandonne le plasma et se dépose en masses solides. Il n'est aucun malade sur lequel on ne puisse provoquer la formation de caillots passifs; il en est, au contraire, sur lesquels on ne peut, par aucun moyen, obtenir des caillots actifs. Chez eux les anévrysmes peuvent résister à toutes les méthodes. La compression échoue, la ligature échoue, ou, si elles réussissent, ce n'est qu'en obturant le sac par des caillots passifs, mode d'oblitération dont les inconvénients ont été indiqués plus haut. J'en pourrais citer plus d'un exemple. Le malade de M. Curling (n° 41) (1) avait un anévrysme de la fémorale. On essaie méthodiquement la compression; des caillots passifs se forment assez promptement dans le sac, mais ils se dissipent bientôt d'eux-mêmes. A plusieurs reprises la tumeur devient ainsi tantôt plus dure et tantôt plus molle. Enfin on renonce à la compression; on se décide à lier la fémorale. La plaie de l'opération guérit sans accidents; mais la tumeur ne se solidifie pas; les battements y reparaissent et y persistent indéfiniment. Dira-t-on qu'ici la compression préalable avait dilaté les collatérales et entravé l'action de la ligature? On se tromperait fort : témoins les malades de MM. Fleming, Hey, Lloyd, Luke et Robinson (n^os 56, 68, 100, 101 et 131). Dans tous ces cas, comme dans le précédent, la compression commença d'abord par échouer. On en vint à la ligature, et aussitôt les battements disparurent pour toujours. L'application des pelotes n'avait donc pas nui à l'efficacité de la ligature; celle-ci avait atteint son but, puisque les anévrysmes ne battaient plus. Qu'arriva-t-il cependant? Les tumeurs anévrysmales, devenues immobiles, restèrent molles; puis elles se ramollirent davantage encore, et devinrent fluctuantes. Après quoi, dans les trois premiers cas, elles entrèrent en résolution, et se résorbèrent avec une extrême lenteur. Dans le quatrième cas, la tumeur, redevenue liquide, suivit une marche moins favorable : elle s'accrut de plus en plus, s'enflamma, s'ouvrit dans le genou, puis à l'extérieur, et fit périr le malade. Dans le cinquième cas, enfin, le sac s'ouvrit encore, mais le malade eut le bonheur d'échapper à ce grave accident. A quoi attribuer cette absence de solidification des anévrysmes au milieu des conditions locales les plus favorables? Si l'on ne s'était servi que de la seule compression, ou de la ligature seule, on pourrait être tenté de s'en prendre à la méthode employée. Mais on a eu recours successivement aux deux méthodes : la ligature a été aussi impuissante que la compression à provoquer le dépôt de fibrine dans le sac, et l'on ne peut vraiment en accuser que l'idiosyncrasie des malades.

Il y a donc des prédispositions individuelles qui exercent une influence considérable sur le sort des anévrysmes. Certains malades ont le sang tellement plastique qu'il laisse déposer spontanément des couches fibrineuses jusqu'à complète oblitération du sac. Chez certains autres, au contraire, aucun moyen ne réussit à obtenir la formation des caillots actifs. Ces deux dispositions opposées sont aussi rares l'une que l'autre. Chez la plupart des malades le sang est assez plastique pour être susceptible de fournir des caillots fibrineux, mais il ne l'est pas assez pour les fournir spontanément, et il est nécessaire, pour que la tumeur s'oblitère, qu'une intervention de l'art vienne ajouter de nouvelles chances en faveur de cette coagulation bienfaisante.

Pour atteindre ce but, nous ne possédons aucun moyen direct. Il ne dépend pas de nous de changer la constitution du sang, ni de lutter contre une idiosyncrasie inconnue. Mais nous pouvons,

(1) Voy. le deuxième tableau. — Je préviens une fois pour toutes que les chiffres arabes renvoient aux observations du deuxième tableau; les chiffres romains renvoient au premier tableau.

par des voies indirectes, placer la poche anévrysmale dans des conditions plus favorables à la solidification spontanée de la fibrine que ne le sont les conditions naturelles. Il nous suffit, pour cela, de *diminuer* l'énergie de la circulation dans l'artère malade. Alors, en effet, le renouvellement et l'agitation du sang dans l'anévrysme deviennent moins considérables, et, à la faveur de cette stagnation incomplète, chaque nouvelle ondée sanguine qui traverse lentement le sac y laisse quelques molécules fibrineuses dont l'accumulation graduelle en couches stratifiées finit par oblitérer complétement la cavité de la tumeur.

Diminuer l'abord du sang dans l'anévrysme, telle est donc l'indication, et trois méthodes semblables dans leur action, mais inégales dans leur efficacité, se présentent à nous pour la remplir : ce sont la ligature, la compression et la méthode de Valsalva.

Cette dernière méthode est la plus incertaine des trois. La diète, l'absence de boisson, les saignées, le repos, la digitale, etc., ont pour résultat de diminuer la masse du sang et l'énergie du cœur, d'amoindrir la tension intérieure des vaisseaux, et de rendre partout la circulation moins active et moins rapide. Cette influence se fait sentir surtout dans la poche anévrysmale, où déjà, à l'avance, le mouvement du sang était moins vif que dans l'artère adjacente. Des couches fibrineuses se déposent donc dans le sac, et l'on voit s'y succéder des phénomènes exactement semblables à ceux de la cure spontanée. Nombreux sont les malades qui ont dû leur guérison à cette méthode. Elle a l'avantage d'être applicable au traitement de beaucoup d'anévrysmes que les autres méthodes ne peuvent atteindre. Mais elle est toujours lente, toujours incertaine, toujours dangereuse. Combien ne vaut-il pas mieux, au lieu d'agir sur la circulation générale, et d'attaquer ainsi l'économie tout entière, concentrer les moyens d'action sur la circulation de la région malade ! C'est ce que font la compression indirecte et la ligature. L'une et l'autre, de quelque façon qu'on les applique et quel que soit le but de ceux qui les emploient, n'agissent pas autrement que la méthode de Valsalva. Elles sont seulement plus énergiques dans leur action sur l'anévrysme, et par conséquent plus efficaces qu'elle.

La ligature, en effet, quoi qu'on puisse croire, ne supprime pas le passage du sang dans la poche anévrysmale : elle ne fait que le *diminuer*. C'est par centaines qu'on compte les autopsies des individus qui ont succombé quelques jours, quelques semaines ou quelques années après l'application d'une ligature sur une artère anévrysmatique. Or, voici ce qu'on trouve en pareil cas. Au niveau de la ligature, l'artère est imperméable dans une longueur de 1, 2 ou même 3 centimètres ; au niveau de l'anévrysme elle est oblitérée encore dans une longueur variable ; mais, entre ces deux points, elle a le plus souvent conservé toute sa perméabilité. Par exemple, s'il s'agit d'un anévrysme de la partie inférieure de la poplitée opéré suivant le procédé de Scarpa, il peut rester entre les deux oblitérations un segment artériel perméable et long de plus de 20 centimètres. Des collatérales volumineuses viennent aboutir à ce tronc ; d'autres s'en séparent, et la circulation s'y fait très bien. Or, si la ligature avait supprimé le cours du sang au niveau de l'anévrysme, elle l'aurait à plus forte raison supprimé au-dessus ; et si cette suppression, au niveau de la tumeur, avait été la cause de l'oblitération, celle-ci aurait dû se faire tout aussi bien entre l'anévrysme et la ligature. Considérons maintenant la poche anévrysmale. Qu'y trouvons-nous ? Sont-ce des caillots noirs, friables comme ceux qui se séparent du sang par le simple repos ? Non. Nous y trouvons une masse fibrineuse, dense, jaunâtre, disposée en couches stratifiées. Il est impossible qu'une pareille quantité de fibrine provienne du sang que contenait le sac au moment de la ligature. N'oublions pas, en effet, que le sang renferme seulement 3 millièmes de fibrine, et que, pour fournir un caillot actif, capable d'oblitérer la poche, il a fallu qu'après l'opération une énorme quantité de sang vînt peu à peu s'y dépouiller d'une partie de sa fibrine. La circulation n'a donc pas été anéantie par la ligature, et la meilleure preuve que le dépôt des caillots fibrineux s'est opéré graduellement, c'est sa disposition en feuillets concentriques dont la densité va en diminuant de la circonférence au centre. Il suffit d'ailleurs d'étudier sur le vivant les phénomènes qui suivent l'application de la ligature, pour arriver à une conclusion analogue. Aussitôt après l'opération, la tumeur s'affaisse, ou même s'efface presque entièrement. Mais, quelques heures après, elle a repris sinon la totalité, du moins une partie de son volume. Elle est ferme, et durcit encore les jours suivants. N'est-ce pas la preuve que le sang y est revenu et y a peu à peu déposé la substance solide qui lui donne sa dureté ? D'ailleurs, combien de fois n'a-t-on pas constaté, le lendemain de l'opération, le retour des battements dans la tumeur? Souvent même on s'en est inquiété ; on a cru que ces battements allaient persister et l'anévrysme reprendre tous ses caractères. Il en est quelquefois ainsi, en effet ; mais cela est heureusement assez rare. Généralement, ce n'est point par ce mécanisme que se produisent les récidives après la ligature : presque toujours, ces battements, après avoir duré un jour ou deux, s'éteignent graduellement et spontanément. L'étude des deux systèmes de collatérales et de leur développement successif, pourrait nous fournir encore, s'il le fallait, de nouveaux arguments. Mais cela n'est vraiment pas nécessaire, et il me paraît suffisamment établi que la ligature agit sur les anévrysmes, non en supprimant, mais en diminuant la circulation dans l'artère anévrysmatique.

J'ai supposé, jusqu'ici, la ligature placée suivant la méthode d'Anel : la méthode de Brasdor n'agit pas autrement. Les beaux travaux de Wardrop ne laissent à cet égard aucun doute. Une étude approfondie du mode de guérison des anévrysmes a montré à Wardrop que, pour faire oblitérer le sac par des caillots fibrineux, il suffisait de diminuer la quantité de sang qui, dans un temps donné, traverse l'artère malade. Il en a conclu, contrairement à l'opinion générale, que la méthode de Brasdor pouvait réussir, même lorsqu'il y avait des collatérales volumineuses entre la poche anévrysmale et le point d'application de la ligature. C'est ainsi que, pour guérir les anévrysmes du tronc brachio-céphalique, il a été conduit à lier seulement la carotide ou seulement l'artère sous-clavière (1). On lira avec intérêt les judicieuses remarques de M. Laugier sur ce point de physiologie pathologique, et les hardies conséquences qu'il en a tirées pour le traitement des anévrysmes de l'aorte abdominale (2). Je n'ai pas à me prononcer ici sur la valeur de la méthode de Brasdor, ni à étudier les accidents qui peuvent en être la suite. Je tiens seulement à établir que, lorsqu'elle est couronnée de succès, elle agit en général comme la méthode d'Anel et comme la méthode de Valsalva, en diminuant et non en supprimant le mouvement du sang dans l'anévrysme.

La ligature, de quelque manière qu'on la pratique, atteint ce but bien mieux que la méthode de Valsalva. Au lieu d'être lents, faibles et incertains, ses effets sont prompts, certains et aussi complets que possible. Sa supériorité est donc bien établie ; mais, malgré tous ces avantages, la ligature laisse beaucoup à désirer. Je ne parle pas des hémorrhagies consécutives, des phlébites, des érysipèles, etc., parce que, malgré leur fréquence et leur gravité, ces accidents sont éventuels et ne font pas partie intégrante de la méthode. Mais il y a une circonstance fâcheuse qui est inséparable de la ligature et qui ne se présente pas dans les autres modes de traitement de l'anévrysme : c'est l'existence d'une double oblitération de l'artère, d'une part au niveau du fil, et d'autre part au niveau de la tumeur. De ces deux obstacles au cours du sang, l'un est l'effet direct et immédiat de la ligature ; l'autre survient les jours suivants, par suite de la solidification du sac anévrysmal. Or, ne voit-on pas combien ces conditions sont défavorables, au point de vue de la gangrène ? A elle seule, et en dehors des cas d'anévrysme, la ligature des artères produit quelquefois le sphacèle ; à elle seule encore, et sans l'intervention de la ligature, l'oblitération spontanée des anévrysmes est quelquefois suivie du même accident. N'est-il pas évident que les chances de mortification sont plus que doublées, lorsque ces deux conditions existent simultanément ? Alors, en effet, il faut que deux circulations collatérales superposées s'établissent, l'une qui ramène le sang dans le tronc artériel, entre la ligature et l'anévrysme ; l'autre, qui reprend le sang au-dessus de l'anévrysme, pour le transmettre aux artères inférieures.

(1) J. Wardrop, *Mémoire sur le traitement des anévrysmes par une opération nouvelle*, traduit dans les *Transactions médicales* de Gendrin, t. I, p. 355 (1830).

(2) Laugier, *Bulletin chirurgical*, t. II, n° 3, p. 89 (octobre 1840).

De ces deux circulations collatérales, la première, la supérieure, s'établit sans aucune difficulté particulière ; mais il n'en est pas de même de l'autre : la force d'impulsion du sang, considérablement diminuée par la première oblitération, ne triomphe que difficilement de l'obstacle que lui présente la seconde, et ainsi se trouvent accrues les chances de la gangrène. Il y a longtemps déjà que ce danger a frappé les chirurgiens. Bien des tentatives ont été faites pour le conjurer ou l'atténuer. L'occlusion graduelle de l'artère, proposée et pratiquée par Ant. Dubois à l'aide d'une sorte de serre-nœud (1); la ligature temporaire, appliquée suivant le procédé de M. Phil. Crampton (compression immédiate), dans le but de rendre à l'artère sa perméabilité au niveau de l'opération, lorsqu'elle commence à s'oblitérer au niveau de la tumeur anévrysmale (2), tels ont été les moyens auxquels on a eu recours pour éviter les dangers de ces deux oblitérations superposées. On a reconnu ou on a cru reconnaître à ces procédés des inconvénients qui les ont fait rejeter de la pratique ; il est clair, toutefois, que chacun d'eux remplissait une indication utile, et si nous démontrons plus loin que la compression indirecte remplit mieux qu'eux ces deux indications, sans offrir les mêmes inconvénients, nous aurons fourni un bon argument en faveur de cette méthode.

La ligature a un autre désavantage, moins grave sans doute que le précédent, mais digne pourtant d'attention, c'est d'exposer les malades aux accidents qui peuvent résulter de l'oblitération des anévrysmes par des caillots passifs. Ces accidents, que j'ai décrits plus haut, sont d'une part la récidive, et d'autre part la fonte des caillots avec tendance à la suppuration, à la rupture du sac, et même aux hémorrhagies ultérieures. De toutes les méthodes indirectes, en effet, la ligature est celle qui est le plus apte à produire ce mode défectueux d'occlusion dans les anévrysmes. Sans jamais supprimer totalement la circulation dans l'artère anévrysmatique, elle la diminue à tel point, que chez certains individus dont les collatérales ne se développent pas assez vite, la stagnation du sang dans la poche anévrysmale est presque complète : une coagulation purement passive en est alors la conséquence. En d'autres termes, la ligature porte une atteinte trop brusque à la circulation dans le membre malade, si brusque même que quelquefois les caillots actifs n'ont pas le temps de se former. C'est un inconvénient inverse de celui qu'on reproche à la méthode de Valsalva. Celle-ci ne diminue pas assez le passage du sang ; la ligature le diminue trop. S'il y avait une méthode intermédiaire entre ces deux méthodes extrêmes, elle devrait recevoir la préférence. Or, cette méthode existe : c'est la compression indirecte.

Au point de vue de la physiologie pathologique, la compression indirecte est la plus parfaite de toutes les méthodes qu'on a dirigées jusqu'ici contre les anévrysmes. Elle seule permet au chirurgien de modérer à son gré la circulation dans l'anévrysme, d'en affaiblir, d'en éteindre les battements, ou de leur rendre, si l'indication s'en présente, toute leur intensité, de provoquer graduellement et méthodiquement la dilatation des collatérales, de respecter enfin la perméabilité de l'artère au niveau du point où l'on agit sur elle, et par conséquent de diminuer autant que possible les chances de la gangrène. Elle n'est ni infidèle comme la méthode de Valsalva, ni brutale et aveugle comme la ligature. Possédant les avantages de l'une et de l'autre, elle permet d'en éviter les principaux inconvénients. Du reste, elle procure comme elles l'oblitération du sac par le dépôt graduel de la fibrine. Plusieurs autopsies ont montré que des caillots fibrineux stratifiés, résultat d'une coagulation active, effaçaient peu à peu la cavité de l'anévrysme et celle de l'artère adjacente. Les mêmes autopsies ont démontré encore, qu'au niveau des points soumis à la compression, les artères avaient *constamment* conservé leur calibre et l'intégrité de leurs parois. La compression a donc sur les deux autres méthodes l'avantage de restreindre autant que possible ses effets, puisqu'elle ne modifie en réalité que la région malade. En outre, elle a sur la ligature cet autre avantage d'éviter presque certainement, lorsqu'elle est convenablement pratiquée, les inconvénients attachés à l'oblitération du sac par des caillots passifs.

Mais sur une question aussi récente et aussi peu connue, je ne puis me contenter d'émettre des assertions purement dogmatiques, comme je l'ai fait tout à l'heure en parlant de la guérison des anévrysmes traités suivant les anciennes méthodes. C'est pourquoi je vais citer en abrégé les résultats fournis par l'anatomie pathologique dans les cas, assez rares du reste, où il a été possible de l'interroger.

2° ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES ANÉVRYSMES TRAITÉS PAR LA COMPRESSION.

Je ne connais jusqu'ici que treize dissections d'anévrysmes traités par la méthode de la compression indirecte. Il y a bien un quatorzième fait, celui de M. G.-A. Hutton (n° 80), et j'y reviendrai plus loin. Mais dans ce cas il s'agissait d'un anévrysme diffus ; le malade, avant de mourir, avait eu le jarret ravagé par une vaste suppuration, et l'autopsie, fort mal faite du reste, n'apprit rien sur les résultats anatomiques de la compression.

Ces treize dissections ont été faites sur dix individus seulement, attendu que trois d'entre eux étaient atteints d'un double anévrysme. Malgré leur petit nombre, elles nous fournissent des renseignements sur presque toutes les périodes du travail curatif.

Deux fois la mort est survenue pendant la durée du traitement ; la guérison était presque achevée, et on a pris, pour ainsi dire, la nature sur le fait.

Première autopsie (n° 18 du deuxième tableau). Le malade, atteint d'une dilatation de cœur avec anasarque, subissait depuis plus de deux mois une compression double et alternative pour un anévrysme poplité. La peau, froissée par une pelote trop serrée, devint le point de départ d'un érysipèle, qui détermina la mort six mois plus tard.

La tumeur, qui offrait au début du traitement le volume d'un œuf de poule, était réduite au volume d'une noix. Elle était dure, et presque entièrement remplie de feuillets fibrineux, disposés en couches concentriques. Les feuillets les plus externes étaient les moins colorés et les plus résistants. Au centre de cette masse solide était une cavité pleine de sang liquide, à peine capable de recevoir le petit doigt, et communiquant avec l'artère poplitée. Celle-ci était perméable. L'artère fémorale n'avait subi aucune modification au niveau des points comprimés.

Deuxième autopsie (n° 49). Déjà guéri par la compression, dix-huit mois auparavant, d'un anévrysme du jarret *gauche*, le malade subissait depuis six semaines une nouvelle compression pour un anévrysme du jarret *droit*, lorsqu'il succomba subitement à une hémoptysie foudroyante. Indépendamment des deux anévrysmes précédents, on trouva quatre petits anévrysmes sur les artères des membres. Trois autres anévrysmes occupaient la crosse de l'aorte, et l'un d'eux s'ouvrant dans la trachée, avait déterminé la mort. En tout neuf anévrysmes, développés évidemment sous l'influence d'une diathèse. Malgré cette condition si défavorable, la compression avait eu les résultats les plus avantageux.

La dissection fut faite par M. Prescott Hewett. L'anévrysme poplité *droit*, soumis à la compression depuis six semaines, avait le volume d'une paume à jouer. Le sac, placé au-devant de l'artère, était presque entièrement rempli de caillots fibrineux stratifiés ; il restait seulement, à sa partie postérieure, un petit canal encore perméable au sang. La poplitée n'était pas oblitérée, mais, au niveau de l'anévrysme, elle se rétrécissait brusquement, et dans la fin de son trajet elle n'était pas plus grosse que la tibiale antérieure. La fémorale n'avait pas été modifiée par l'action des pelotes.

On verra tout à l'heure dans quel état était l'anévrysme du jarret *gauche*. (Voyez la *quatrième autopsie*.)

(1) Duret, *Sur la compression immédiate de l'artère dans l'opération de l'anévrysme*. Th. inaug., Paris, 1810, p. 13.—Ristelhueber, *Mémoire sur la ligature*, etc., dans *Mémoires de la Soc. méd. d'émulation*, Paris, 1817, t. VIII, p. 706.

(2) Phil. Crampton, *A New Method of operating for the Cure of Aneurism* (*Med. Chir. Transactions*, vol. VII, 1819, p. 336), Voy. surtout (p. 363) l'observation de Smith, malade opéré par Dease en présence de M. Crampton (ligature enlevée au bout de vingt-quatre heures). Voy. encore l'observation du caporal Coulson, opéré en 1830 par M. Crampton lui-même (*Dublin Quarterly Journal*, 1826, vol. II, p. 115). Dans ce dernier cas, il s'agissait d'un anévrysme volumineux du tiers supérieur de la fémorale. L'artère, mise à nu sur le pubis, fut comprimée pendant quarante heures seulement à l'aide d'un instrument mu par une vis. L'anévrysme cessa de battre le sixième jour. Le malade étant mort quelque temps après d'un anévrysme de l'aorte, qui s'était ouvert dans la trachée, l'autopsie démontra que l'artère fémorale était oblitérée au niveau du sac, seulement dans une longueur d'un demi-pouce, et qu'elle avait conservé toute sa perméabilité dans le point où l'on avait agi sur elle.

Dans les deux cas précédents, l'oblitération était presque achevée, et il est très probable qu'elle n'eût pas tardé à devenir complète. Peut-être même la continuation de l'action des pelotes n'eût-elle pas été nécessaire pour cela. Il est arrivé plus d'une fois que des malades, lassés par la longueur du traitement, ont repris leurs occupations dans des conditions analogues, et que, néanmoins, le dépôt de la fibrine a continué à s'effectuer jusqu'à guérison complète. Il n'en est pas toujours ainsi, il est vrai, et l'on ne doit pas ignorer que de pareilles imprudences exposent à la récidive. Il n'est pas impossible, toutefois, que les anévrysmes parvenus à cet état de demi-oblitération restent définitivement stationnaires. C'est ce qui est arrivé sur un malade de M. Bellingham.

Troisième autopsie (n° 21). Cet homme avait été guéri, par la compression, d'un premier anévrysme situé dans le jarret *droit*. Un deuxième anévrysme, situé dans le jarret *gauche*, fut traité l'année suivante par M. Bellingham. Au bout de vingt et un jours, la tumeur était réduite à un moindre volume ; elle était devenue ferme, et ne battait que faiblement. Le malade, indocile, ne voulut pas attendre une guérison complète. Il reprit sa pénible profession d'ouvrier boucher. Loin de s'accroître, comme on devait le craindre, sa tumeur diminua un peu de volume, puis elle resta définitivement stationnaire, continuant à battre très modérément. Au bout de quatre ans, les progrès d'un troisième anévrysme, qui occupait cette fois l'aorte thoracique, mirent fin aux jours du malade.

A l'autopsie, on trouva que le sac de l'anévrysme poplité *gauche*, réduit à un petit volume, avait des parois fort épaisses et était presque entièrement rempli de fibrine. A ce niveau, la poplitée n'était pas entièrement oblitérée, mais elle était très rétrécie. La fémorale était perméable dans toute sa longueur.

L'anévrysme du jarret *droit* fut disséqué aussi. J'en parlerai tout à l'heure. (Voyez *treizième autopsie*.)

Ce n'est pas le seul exemple d'anévrysme rendu définitivement stationnaire par la compression ; j'en connais un autre plus remarquable encore, et par une coïncidence heureuse pour la science, dans ce cas encore, l'autopsie a pu être pratiquée.

Quatrième autopsie (n° 13). Le malade dont j'ai parlé tout à l'heure, et qui mourut avec neuf tumeurs anévrysmales (voyez *deuxième autopsie*), avait été traité par la compression, dix-neuf mois avant sa mort, d'un premier anévrysme situé dans le jarret *gauche*. La compression de l'artère fémorale avait été faite pendant dix-sept semaines, à Wexford Infirmary, par un chirurgien dont le nom n'est pas indiqué. Réduite à un volume moindre, la tumeur continua à battre, mais avec beaucoup moins de force qu'auparavant. Le membre, qui était fort œdémateux, revint à ses dimensions naturelles, et recouvra toutes ses fonctions. Le malade reprit ses occupations. Son anévrysme resta dès lors stationnaire et cessa de l'incommoder.

A l'autopsie, pratiquée environ seize mois plus tard, M. Prescott Hewett trouva derrière l'artère poplitée une tumeur piriforme, grosse environ comme un œuf, dure, et paraissant tout à fait solide. Il l'incisa et trouva qu'elle communiquait encore avec l'artère. Une couche fibrineuse, épaisse, décolorée, très dense, et disposée en feuillets concentriques, remplissait environ la moitié du sac. La surface interne de cette couche paraissait tapissée par une membrane continue avec la membrane interne de l'artère. Il y avait ainsi, au centre de l'anévrysme, une cavité nettement circonscrite qui renfermait des caillots passifs mous et tout récents. Au-dessous de l'anévrysme, la poplitée se rétrécissait brusquement et admettait seulement un stylet de volume ordinaire. Au-dessus de l'anévrysme l'artère fémorale et l'artère poplitée n'étaient ni oblitérées, ni rétrécies ; loin de là, elles présentaient, au contraire, trois petites dilatations grosses comme des noisettes.

Il est probable qu'ici, comme dans le cas qui précède, l'insuffisance du résultat a été la conséquence d'un traitement insuffisant. Nous n'avons que des renseignements très incomplets sur le mode de compression employé, et nous ne savons pas davantage pourquoi le traitement fut suspendu avant la guérison. En tous cas, ces deux faits sont loin d'être défavorables à la méthode compressive. Ils sont très instructifs par eux-mêmes en ce sens qu'ils établissent la possibilité d'une sorte de guérison palliative des anévrysmes ; mais nous y trouvons un autre enseignement. Il me paraît probable, en effet, qu'un certain nombre de récidives ont eu lieu à la faveur de ces oblitérations incomplètes. On devra donc, à la fin du traitement, prendre certaines précautions pour se mettre en garde contre cette éventualité. Mais ce n'est pas ici le lieu d'y insister ; je reviens à l'anatomie pathologique.

J'ai parlé jusqu'ici des cas où la mort est survenue avant l'oblitération définitive. Les autopsies faites après la guérison sont plus nombreuses que les précédentes.

Cinquième autopsie, faite quarante-huit heures après la cessation des battements (n° 44). La compression avait été commencée environ un mois auparavant pour un anévrysme poplité. Le malade, atteint en outre d'insuffisance mitrale et aortique, avec hypertrophie considérable du ventricule gauche, mourut subitement quarante-huit heures après la cessation des battements.

Au niveau du point comprimé, la gaîne de l'artère fémorale est légèrement épaissie ; mais l'artère elle-même est parfaitement saine. La poplitée est perméable jusqu'à un quart de pouce au-dessus du sac. A ce niveau, elle est oblitérée par un caillot *solide*, qui se prolonge dans le sac et le remplit en totalité. La couleur de ce caillot n'est pas indiquée. La tumeur est beaucoup plus petite qu'au début du traitement.

Dans le cas suivant, l'artère n'était pas encore oblitérée, quoique la guérison fût plus ancienne de deux jours.

Sixième autopsie, faite quatre jours après la cessation des battements (n° 128). La compression avait été faite pendant cinq mois pour un anévrysme poplité. Le malade succomba quatre jours après la cessation des battements, par suite d'une insuffisance aortique compliquée d'hypertrophie du cœur. Les deux poumons étaient remplis de tubercules ; le cœur pesait 21 onces.

L'artère et la veine fémorale sont parfaitement saines au niveau des points comprimés ; mais le tissu cellulaire qui les entoure est un peu plus dense que d'habitude. L'artère poplitée, encore perméable, passe au-devant de la tumeur. En l'incisant, on trouve que l'orifice de l'anévrysme est large comme un haricot. La tumeur anévrysmale, réduite au volume d'un pois, ferme et élastique, est presque entièrement comblée par des feuillets fibrineux. Il ne reste qu'une toute petite cavité, ou plutôt qu'une dépression légère, correspondant à l'orifice de l'anévrysme. Cette dépression est remplie par un petit caillot mou, récent, et coloré, bien différent des caillots fibrineux.

Voici maintenant un cas où l'artère était tout à fait oblitérée.

Septième autopsie, faite cinq jours après la guérison (n° 52). L'anévrysme occupait l'artère poplitée ; il fut guéri en six jours par la compression. Cinq jours plus tard, le malade mourut par suite de la rupture d'un anévrysme du ventre. On trouva un troisième anévrysme sur la crosse de l'aorte.

La fémorale était perméable. Un bouchon de *fibrine* oblitérait la poplitée au niveau de l'anévrysme dans une longueur d'un demi-pouce. Le sac était complétement rempli par une substance solide. De dehors en dedans, on y trouvait d'abord une couche épaisse de trois quarts de pouce, formée par des caillots fibrineux ; au centre existait un petit caillot coloré et beaucoup moins dense.

Il semble résulter du fait précédent que la partie la plus centrale des anévrysmes guéris par la compression peut rester creusée d'une petite cavité où se forme un caillot purement passif ; celui-ci, comme on le prévoit, se résorbe ensuite bien plus aisément et bien plus promptement que ne peuvent le faire les caillots fibrineux. C'est ce que démontre l'autopsie suivante.

Huitième autopsie, deux mois après la guérison (n° 28). Un anévrysme poplité fut guéri en quarante heures par la compression. Vingt jours après, la tumeur, réduite du volume d'une orange à celui d'un œuf, était très dure, indolente, et sans pulsations. Le lendemain, l'artère poplitée se rompit brusquement *au-dessus* de la tumeur. Un vaste épanchement diffus se produisit aussitôt. Il survint une arthrite aiguë du genou, et l'on pratiqua l'amputation de la cuisse trente-trois jours après cet accident.

Les muscles du jarret étaient disséqués par le sang ; le tibia et le fémur étaient à nu au fond du foyer sanguin ; l'articulation du genou ne communiquait pas avec ce foyer, mais elle était très enflammée et renfermait des fausses membranes. En enlevant les caillots de cet anévrysme diffus, on trouva, au fond de la cavité, un corps dur, solide, régulier, adhérant à l'artère poplitée, à l'union du tiers moyen de cette artère avec son tiers inférieur, immédiatement au-dessous du point où elle s'était rompue. C'était le sac du premier anévrysme, que la compression avait guéri. Il

renfermait une masse de fibrine dense, et disposée en feuillets concentriques. A son centre existait une petite cavité vide, du volume d'un haricot.

Tout portait à croire, avant l'autopsie, que l'anévrysme avait récidivé. La dissection prouva cependant qu'il n'en était rien, et que les accidents étaient dus à la formation d'un nouvel anévrysme situé immédiatement au-dessus du premier.

Je ne citerai qu'en passant le fait suivant dont les détails laissent beaucoup à désirer.

Neuvième autopsie, six semaines après la guérison (n° 23). Anévrysme poplité, guéri en onze jours par la compression. Six semaines plus tard, le malade succombe à une pneumonie tuberculeuse. On injecte le membre. L'injection ne pénètre pas dans le sac, qui est entièrement solide, et dont le volume est considérablement diminué. La fémorale est normale. La poplitée est perméable dans toute sa longueur, mais au niveau de l'anévrysme, elle est réduite à un canal très étroit.

L'oblitération de la poplitée serait-elle devenue complète ultérieurement? Cela n'est pas impossible. Cette oblitération, du reste, a été constatée dans tous les cas où l'autopsie a été plus tardive.

Dixième autopsie, cinq mois après la guérison (n° 110). Anévrysme poplité guéri en dix-neuf jours par la compression. Mort cinq mois après par rupture d'un anévrysme de l'aorte abdominale. La fémorale est perméable dans toute sa longueur; la poplitée l'est jusqu'à sa partie moyenne. A partir de ce point et jusqu'au niveau de l'origine de la tibiale antérieure, elle est transformée en un cordon ligamenteux. Il ne reste d'autre trace du sac anévrysmal qu'un épaississement peu considérable de ce cordon ligamenteux.

La veine fémorale est oblitérée au même niveau, par suite de la compression que lui a fait subir dans le temps la tumeur anévrysmale.

Onzième et douzième autopsies, seize mois et trente mois après la guérison (nos 16 et 17). Le nommé James Hayden, dont j'ai plus haut cité l'histoire (1), mourut d'un anévrysme de l'aorte après avoir été successivement guéri par la compression d'un anévrysme poplité droit et d'un anévrysme fémoral gauche. Des deux côtés, on trouva que les vaisseaux avaient conservé toute leur intégrité dans les points soumis à la pression; les deux artères, au niveau des anciennes tumeurs anévrysmales, étaient oblitérées et transformées en une bande fibreuse, solide, épaisse et aplatie. Il ne restait aucun vestige des sacs anévrysmaux. Les veines adjacentes n'étaient pas oblitérées, mais elles adhéraient intimement aux cordes fibreuses qui avaient pris la place des artères.

On vient de voir que le sac anévrysmal peut se résorber à peu près complétement, et que quelques mois suffisent pour cela. Il n'en est pourtant pas toujours ainsi. Le sac, transformé en une masse solide, peut conserver pendant de longues années un volume à peu près stationnaire.

Treizième autopsie, cinq ans après la guérison (n° 114). J'ai déjà parlé de ce malade (voy. *troisième autopsie*), qui eut successivement un anévrysme dans chaque jarret, et qui fut chaque fois traité par la compression. L'anévrysme du côté *gauche* parut le premier, et fut guéri par M. O'Bryen, de Adelaïde Hospital. Celui du côté *droit* fut traité l'année suivante par M. O'Bryen Bellingham, de Saint-Vincent's Hospital, et ne fut guéri, comme on l'a vu, que d'une manière incomplète.

Quoi qu'il en soit, cinq ans après la guérison de son premier anévrysme, le malade mourut d'un anévrysme de l'aorte. Les deux jarrets furent disséqués. J'ai parlé plus haut de l'autopsie du jarret *droit*.

Du côté *gauche*, où la guérison était parfaite, on trouva l'artère fémorale perméable dans toute son étendue. L'artère poplitée, au niveau de l'anévrysme, était transformée en une corde ligamenteuse, et supportait une tumeur très dure, entièrement solide, et grosse comme une balle de raquette.

Tels sont les résultats fournis jusqu'ici par l'anatomie pathologique. Quelque insuffisants qu'ils soient, j'ai cru utile de les rassembler. J'ai à dessein passé sous silence tous les détails relatifs à la circulation collatérale, parce qu'ils n'offrent rien qui appartienne spécialement à la méthode compressive. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les faits qui précèdent, pour reconnaître que *constamment* l'artère conserve sa perméabilité au niveau du point où on la comprime. Cette circonstance est propre à favoriser le rétablissement de la circulation, et diminue à tel point les chances de la gangrène, que, sur 114 malades chez lesquels l'oblitération des anévrysmes a été obtenue par la seule compression, la gangrène n'a eu lieu que deux fois (nos 10 et 26). Non-seulement l'artère comprimée reste perméable, mais encore ses parois gardent toute leur intégrité. Ainsi s'évanouissent diverses objections théoriques qu'on avait d'abord dirigées contre la méthode compressive. On disait que l'action des pelotes devait modifier les tuniques artérielles, les rendre friables et impropres à supporter la ligature ultérieure, qui devient nécessaire lorsque la compression reste sans efficacité. On ajoutait que l'inflammation du tissu cellulaire, l'hypertrophie de la gaîne, l'adhérence de l'artère avec la veine, devaient rendre cette ligature presque impraticable. L'anatomie pathologique montre que cette crainte n'est pas fondée; et, en outre, l'expérience a plusieurs fois déjà répondu victorieusement. Deux fois seulement (nos 30 et 97), les chirurgiens ont cru que la ligature était un peu plus difficile que d'habitude; mais ils ont bientôt triomphé de ce léger obstacle. Les cas où la ligature ultérieure n'a offert aucune difficulté sont, au contraire, très nombreux (nos 29, 31, 32, 64, 68, 87, etc.) Quant aux hémorrhagies secondaires, l'expérience a prouvé encore qu'elles n'étaient pas rendues plus fréquentes par une compression préalable. Sur 41 malades de mon second tableau qui ont subi la ligature après avoir été soumis à la compression, 3 seulement ont présenté des hémorrhagies secondaires (nos 8, 22 et 68). On peut même dire que, dans un de ces trois cas (n° 22), l'hémorrhagie secondaire a été provoquée par le procédé vicieux de ligature qui a été mis en usage. Le chirurgien appliqua d'abord une grosse ligature double; puis trouvant que ce cordon était trop volumineux pour étreindre exactement le vaisseau, et que les pulsations continuaient, il appliqua une ligature fine au-dessus de la précédente. La ligature fine tomba le neuvième jour. Le onzième jour, la grosse ligature étant encore en place, une hémorrhagie se déclara; néanmoins, le malade finit par guérir.

En résumé, la compression indirecte guérit les anévrysmes par le mécanisme le plus favorable, c'est-à-dire par le dépôt graduel de caillots actifs qui oblitèrent peu à peu le sac. Elle n'exerce aucune action fâcheuse sur le vaisseau au niveau des points comprimés, elle ne l'oblitère jamais, et elle ne porte aucune entrave à l'exécution d'une ligature ultérieure.

Nous donnons ci-après le tableau de toutes les observations qui ont servi de base à ce travail.

(1) Voyez plus haut, pages 538 et 540.

Ier Tableau. *Anévrysmes traités par la compression indirecte avant la période irlandaise.*

Nos d'ordre.	Chirurgiens.	Malades	Age.	Date.	Espèce d'anévrysme.	Résultat.	Remarques.	Sources bibliographiques.
I	Adrian.	Smith.	26	1815	poplité.	intolérable.	Simple essai pendant quelques instants.	Voyez plus haut, p. 314, obs. XVI.
II	Anonyme de *Prov. Med. Gaz.*	homme.	?	vers 1829	poplité.	guéri.	. . . .	Bellingham, *On Treatment of Aneurism*, London, 1847, p. 64.
III	Anony. cité par Hodgson.	?	?	avant 1815	?	intolérable.	Abandonnée au bout de 1 heure.	Hodgson, *Maladies des art. et des veines*, trad. fr., 1819, t. I, p. 248.
IV	Anon. par un ami d'Hogdson.	homme.	?	avant 1815	poplité.	intolérable.	Abandonnée au bout de 2 h.	*Id. ibid.*, p. 248 et note.
V	*Id. id.*	?	?	avant 1815	huméral.	intolérable.	Abandonnée au bout de 24 h.	*Id. ibid.*, p. 248 et note.
VI	Assalini.	homme.	51	1811	poplité.	inefficace.	Ligature. Guérison.	*Id. ibid.*, t. II, p. 283, dans une note de Breschet.
VII	Bélivier.	sur lui-même.	?	vers 1825	poplité.	guéri.	. . . .	Voy. plus haut, p. 348.
VIII	Blizard.	Powell.	27	1802	poplité.	intolérable.	Abandonnée au bout de 9 h.	Voy. plus haut, obs. XIV, p. 312.
IX	Boyer.	Michaud.	44	1805	poplité.	guéri.	. . . .	Voy. plus haut, obs. XVIII, p. 315.
X	*Id.*	Jeanne Lavigne.	45	1805	poplité.	inefficace.	Ligature. Guérison.	Boyer, *Maladies chirurg.*, 1re éd., t. II, p. 219.
XI	*Id.*	Paternot.	49	1809	poplité.	inefficace.	Opér. par l'ouv. du sac. Mort.	*Loc. cit.*, p. 236.
XII	*Id.*	homme.	?	1811	poplité.	mort.	Eschares sous la pelote, hémorrhagie mortelle à la chute de l'eschare.	Roux, *Méd. opératoire*, 1813, t. II, p. 717.
XIII	Brückner.	Uhrlau.	41	1793	poplité.	guéri.	. . . .	Voy. plus haut, obs. I, p. 187.
XIV	Cailliot.	homme.	?	1797	fémoral.	inefficace.	. . . .	Voy. obs. XI, p. 236.
XV	Chopart.	?	?	avant 1795	poplité ou fémoral.	intolérable.	. . . .	Roux, *Méd. opératoire*, t. II, p. 547.
XVI	Clément.	Reynaud.	26	1803	crural traumatique.	inefficace.	Opérat. ancienne. Guérison.	*Journ. de Corvisart*, *Leroux et Boyer*, t. VI, p. 403, an XI.
XVII	Cumano.	homme.	48	1829	poplité.	guéri.	En 5 jours.	*Annali universali di medicina.* — Milan, 1829, vol. LI, p. 74.
XVIII	Cusack.	homme.	?	1826	poplité.	intolérable.	. . . .	Bellingham, *loc. cit.*, p. 51.
XIX	Desault.	homme.	?	avant 1768	axillaire.	intolérable.	Simple essai de quelques instants.	Voy. plus haut, obs. VIII, p. 236.
XX	Dubois (Ant.).	Breton.	27	1810	poplité.	guéri.	. . . .	Voy. obs. XIX, p. 316.
XXI	Duggan.	Scarlett.	33	1824	fémoral.	guéri.	. . . .	Voy. obs. XXVIII, p. 345.
XXII	Dupuytren.	Lancelin.	36	1816	poplité.	guéri.	. . . .	Voy. obs. XXIV, p. 318.
XXIII	*Id.*	Ivanowitz.	30	1818	poplité.	guéri.	. . . .	Voy. obs. XXV, p. 318.
XXIV	*Id.*	Broyard.	37	1819	fémoral.	intolérable.	. . . .	E. Arnoult, thèse inaug. *Sur les anévr. externes*, 1820, p. 48.
XXV	*Id.*	?	?	1819	poplité.	intolérable.		Indiqué avec le précédent, dans *Bull. Fac. de méd.*, 1819, n° 7, t. VI, p. 433.
XXVI	*Id.*	David.	16	1819	fémoral traumatiq.	guéri.	. . . .	Voy. plus haut, p. 318, col. II, notes 5 et 6.
XXVII	Eschards.	homme.	38	1801	poplité.	guéri.	. . . .	Voy. plus haut, obs. XIII, p. 237.
XXVIII	Faucon.	M. V.	32	1836	inguinal.	. . . .	Guéris. spontanée attribuée à la compression de l'aorte.	*Gaz. médicale* (1837), p. 313.
XXIX	Ford.	Robson.	30	1785	fémoral.	intolérable.	Guéris. spontanée 6 mois après.	Voy. plus haut, obs. VI, p. 235.
XXX	Gama.	un soldat.	?	1825	poplité.	intolérable.	. . . .	Voy. obs. XXXI, p. 348.
XXXI	Hunter (John).	un postill.	35	?	poplité.	intolérable.	. . . .	Voy. obs. VII, p. 235.
XXXII	Lassus.	homme.	30	1789	poplité.	guéri.	Obs. très importante.	Voy. obs. XII, p. 237.
XXXIII	Lynn.	jardinier.	34	1832	poplité.	guéri.	. . . .	Crisp, *A Treatise of Diseases of Blood-Vessels*, p. 181.
XXXIV	Monteggia.	?	?	avant 1813	poplité.	intolérable.	Simple essai.	Monteggia, *Istituzioni chirurgiche*, Milano, 1813, vol. II, p. 83, § 193.
XXXV	Railliard.	homme.	?	1810	poplité.	guéri.		Monteggia, *loc. cit.*, p. 83. Voy. plus haut, p. 347, col. II, note 2.
XXXVI	Robertson.	Mancy.	38	1817	crural.	inefficace.	. . . .	Voy. obs. XVII, p. 314.
XXXVII	Thillaye.	Morel.	?	1793	poplité.	intolérable.	Guéris. spont. un an plus tard.	Voy. plus haut, obs. X, p. 236.
XXXVIII	Todd (Ch.).	Mackay.	30	1820	poplité.	inefficace.	. . . .	Voy. p. 344, obs. XXVI.
XXXIX	*Id.*	M'Owen.	27	1820	poplité.	inefficace.	. . . .	Voy. p. 344, obs. XXVII.
XL	*Id.*	Murtagh.	36	1825	poplité.	guéri.	. . . .	Voy. p. 345, obs. XXIX.
XLI	Vernet.	?	?	avant 1798	inguinal.	inefficace.	On avait essayé de comprimer *au-dessous* de la tumeur.	Voy. p. 236, obs. IX.
XLII	Verdier.	Choult.	33	1817	inguinal.	guérison presque complète.	Compression de l'iliaque externe.	Voy. p. 346, obs. XXX.
XLIII	Viricel.	Antoine D.	46	de 1810 à 1811	poplité.	guéri.	. . . .	Voy. p. 317, obs. XX.
XLIV	*Id.*	Vincent.	38	de 1810 à 1811	fémoral.	guéri.	. . . .	Voy. p. 317, obs. XXI.
XLV	*Id.*	Delphin.	64	de 1810 à 1811	poplité.	guéri.	. . . .	Voy. p. 317, obs. XXII.
XLVI	*Id.*	Fayard.	61	1812	poplité.	guéri.	. . . .	René Morel, *Thèse de Strasbourg*, 25 mars 1812, p. 38.
XLVII	White.	?	?	avant 1830	poplité.	guéri.	. . . .	Guthrie, *On Diseases of Arteries*, London, 1830, in-8, p. 142.

Nota. — Nous n'avons mentionné, dans le tableau précédent, que les observations d'anévrysmes proprement dits, dans lesquelles la compression indirecte a joué le principal rôle. Nous avons négligé les anévrysmes guéris par la méthode de Guattani, et les applications de la compression indirecte au traitement des plaies artérielles. Les faits de ces deux dernières catégories sont intéressants au point de vue historique, et nous en avons parlé plus haut, mais ils n'ont qu'une valeur très secondaire au point de vue clinique; voilà pourquoi nous ne les avons pas fait entrer dans ce tableau.

Nous profitons toutefois de cette occasion pour combler une lacune. Si nous l'avions connue plutôt, nous aurions fait figurer dans notre historique une observation de Kretschmer, précieuse surtout par sa date, puisqu'elle remonte environ à l'an 1761. Un coup de feu avait fracassé le bras et ouvert l'artère humérale. Une tumeur sanguine s'était produite aussitôt. Un tourniquet fut appliqué sur la partie inférieure de l'axillaire, et tenu en place *pendant trois mois*. La tumeur sanguine s'affaissa et se résorba; et le malade guérit complétement. Une compression directe avait été exercée sur la tumeur pendant toute la durée du traitement (1).

(1) Bilguer, *De l'inutilité de l'amputation des membres*, trad. par Tissot, Paris, 1764, in-12, p. 122.

II^e^ TABLEAU. *Anévrysmes traités par la compression indirecte depuis 1842.*

N^os^ D'ORDRE.	CHIRURGIENS.	MALADES.	AGE.	DATE.	ESPÈCE D'ANÉVRYSME.	ESPÈCE de COMPRESSION.	DURÉE de la COMPRESSION.	RÉSULTAT.	REMARQUES.	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES.
1	Adams	Flood	50	1849	poplité	?	2 jours	inefficace.	On avait tenté la compression sans y compter ; amputation. L'anévrysme communiquait avec le genou.	*Dublin Medical Press*, 1849, vol. XXI, p. 114.
2	Alexander (James)	Gordon	?	1848	traumatiq. de la tibiale antérieure	double	53 jours	guéri.	. . . .	*Monthly Journ. of Med. Sc.* Édimbourg, 1849, vol. IX, p. 452.
3	Allan (James)	un marin	32	1844	poplité droit	?	57 jours	guéri.	. . . .	*The Lancet*, 1844, vol. II. —Bellingham, *Observ. on Aneurism*, etc., London, 1847, in-12, p. 72, case 9
4	*Id.*	?	?	?	?	?	?	guéri.	. . . .	Simplement indiqué en même temps que le précédent dans *The Lancet*, 1851, vol. II, p. 411.
5	*Id.*	William J.	27	1848	poplité droit volumineux	triple, partielle	24 jours	guéri.	. . . .	*The Lancet*, 1851, vol. II, p. 411.
6	Anonyme de Saint-George's Hospital, cité par Prescott Hewett	?	?	avant juin 1851	traumatiq. et diffus de la cubitale	simple	15 jours	guéri.	. . . .	*The London Journal of Medicine*, 1851, vol. III, p. 763.
7	*Id. id. id.*	?	?	*id.*	?	?	?	guéri ; récidive au bout de 3 mois.	Ligature. Guérison.	*Idem, ibid.*
8	Anonyme, cité par Crisp	homme	?	avant 1847	fémoral	?	?	compression abandonnée malgré le chirurgien.	Ligature ; hémorrhagie secondaire. Mort.	Crisp, *On Diseases of Blood-Vessels*, London, 1847, p. 185.
9	Anonyme de London Hospital, cité par Adams	?	?	avant 1848	?	?	?	rupture du sac et gangrène.	Amputation.	*The Lancet*, 1850, vol. I, p. 366.
10	Autre anonyme cité par Adams	?	?	avant 1850	?	?	?	anévr. guéri, mais gangr.	Mort.	*Idem.*
11	Anonyme d'un hôpital de province	?	?	avant nov. 1853	poplité	?	?	compression intolérable.	Ligature ; gangrène des orteils. Guérison.	*Med. Times and Gazette*, 1853, p. 501, case 25.
12	Anonyme d'un hôpital de province	?	?	avant 1853	poplité	?	quelque temps	compression intolérable.	Ligature ; on ouvre la veine fémorale, hémorrhagie, gangr. Mort.	*Med. Times and Gazette*, 1853, p. 501, case 24.
13	Anonyme de Wexford Infirmary	F. V.	37	1847	poplité gauche	simple	17 semaines	guérison presque complèt. – Anévrisme rendu stationnaire.	Mort 18 mois après, sans récidive de ce côté, avec huit autres anévrysmes. (Voy. n° 49.)	*Med.-Chir. Transact.* Lond., 1851, vol. 34, p. 161.
14	Anonym. de King's College Hospital, cité par Partridge	un homme robuste	?	1851	poplité	?	?	gangrène sous la pelote.	Le malade, croyant guérir plus vite, avait lui-même serré trop fort son appareil jusqu'au point de le casser ; ligature, gangrène des orteils. Guérison.	*The Lancet*, 1851, vol. I p. 12, et *London Journ. of Med.*, 1851, vol. III, p. 762.
15	Banon	homme	27	1849	poplit. gauche	simple, interrompue une fois	5 jours	guéri.	. . . .	*Dublin Medical Press*, nov. 28th, 1849, vol. XXII, p. 338.
16	Bellingham (O'Bryen)	James Hayden	32	mars 1843	poplité droit	simple, interrompue un jour	4 jours	guéri.	Ce même malade étant mort en décembre 1845, d'un anévrysme de l'aorte, les deux membres inférieurs furent disséqués.	*Dublin Journ. of Med. Sc.*, 1843, vol. XXIII, p. 454, et *Gazette hebdomadaire*, 19 mai 1854, p. 538.
17	*Id.*	le même James Hayden	33	juin 1844	fémoral gauche	simple pendant 42 jours puis double pend. 9 heures	43 jours	guéri.		*Dublin Journal*, 1844, vol. XXVI, p. 248 ; *Gaz. hebdom.*, 19 mai 1854, p. 540. (Pour l'autopsie, voyez Bellingham, *Observ. on Aneurism*, p. 132.)
18	*Id.*	un boucher	38	1846	poplit. gauche	double	2 mois 1/2	mort.	Mort d'un érysipèle développé sous la pelote ; on avait, 7 jours avant l'érysipèle, appliqué la galvanopuncture. Autopsie.	Bellingham, *Obs. on Aneurism*, p. 81, case 24, et p. 130 pour l'autopsie.
19	*Id.*	Ch. Maher	42	1850	poplité droit	doub. et complète	23 heures	guéri.	Le traitement précédé de 4 jours de diète et d'abstinence de boissons.	*Med. Chir. Transact.*, vol. 34, Lond., 1851, p. 143.
20	*Id.*	Mathieu Daly	33	1843	secondaire de l'iliaque externe	compres. *au-dessous de la tumeur*, puis compres. directe	1 mois 1/2	guéri.	Seul cas de succès de la compression au-dessous de la tumeur.	*Dublin Journal*, 1845, t. XXVI, p. 243.
21	*Id.*	un ouvr. boucher.	34	févr. 1847	poplit. gauche	?	qq. temps.	demi-succès : l'anévr. devient stationnaire. — Le malade reprend sa pénible profes. sans inconv.	C'est le même malade que le n° 114. Le docteur O'Bryen (ne pas confondre avec O'Bryen Bellingham) l'avait déjà guéri d'un premier anévrysme. Le malade étant mort 4 ans après, d'un anévrysme de l'aorte, ses deux jarrets furent disséqués.	Tufnell, *On Treatment of Aneurism by Compression*, p. 112. Pour l'autopsie, *Dublin Med. Press*, 3 déc. 1851, vol. XXVI, p. 354, et *The Lancet*, 1851, vol. II, p. 597.

Nos d'ordre.	CHIRURGIENS.	MALADES.	AGE.	DATE.	ESPÈCE d'anévrysme	ESPÈCE de compression.	DURÉE de la compression.	RÉSULTAT.	REMARQUES.	SOURCES bibliographiques.
22	Bergin (D)	Isaac Brien	27	1850	poplité droit	double (très mal faite)	6 jours	intolérable.	Ligature très mal faite ; hémorrhagie secondaire. Guérison.	*British American Med. and Phys. Journ.*, sept. 1850. *Monthly Journal*, 1851, vol. XI, p. 579.
23	Boeck (de Norwége)	?	?	1852	poplité	double	12 jours	guéri.	Mort de tubercules pulmonaires 6 semaines après. Autopsie.	*Norse Magazine for Medical Sc.*, Christiania, 1852, n° 3, et *Dubl. Med. Press*, 1853, vol. 30, p. 390.
24	Briscoe (H.)	John Wardle	22	1850	fémoral droit	simple et graduelle	11 jours	guéri.	. . . .	*The Lancet*, 1851, vol. I, p. 14.
25	Buck (de New-York)	?	?	1848	fémoral	?	?	inefficace.	On fit la ligature. Résultat non indiqué.	*The Transact. of the American Med. Association*, vol. I, 1848, p. 166.
26	Busk, chirurgien à bord du *Dreadnought*	?	?	1851	poplité	?	?	mort de gangrène.	L'anévrysme fut d'abord oblitéré, puis la gangrène s'empara du membre.	*The Lancet*, 1851, vol. I, p. 641.
27	Clark (Legros)	Wrigten	41	1853	poplit. gauche	double	36 jours	la tumeur continue à s'accroître.	Ligature. Guérison.	*Med. Times and Gazette*, 1853, vol. II, p. 477.
28	Clayton	un soldat	25	1850	poplité droit	?	40 heures.	guéri d'abord, mais rupture de l'art. au-dessus de la tumeur 21 jours après.	Amputation, dissection. Guérison.	Tufnell, *On Treatment of Aneurism*, etc., p. 125.
29	Cock	?	?	avant juin 1851	poplité	?	4 jours	compr. abandonnée par refus du malade.	Ligature. Guérison.	*London Journ. of Medicine*, 1851, vol. III, p. 763.
30	*Id.*	?	?	avant juin 1851	poplité	?	6 jours	*Id.*	*Idem.*	*Idem, ibid.*
31	*Id.*	J. E., charpentier	29	sept. 1851	poplit. gauche	double	5 jours	abandonnée à cause de la douleur.	Ligature ; inflammation du sac ; phlébite fémorale. Mort.	*The Lancet*, 1851, vol. II, p. 596.
32	*Id.*	Wil. Gilbert	57	1852	poplité droit	double	11 jours	guéri.	. . . .	*Med. Times and Gazette*, 1853, vol. II, p. 451.
33	Colles	homme	29	1851	fémoral droit.	?	37 jours	guéri.	. . . .	Tufnell, *On Treatment of Aneur.*, p. 110, n° 39.
34	*Id.*	P. Donohue	36	1854	poplit. gauche	intermittente, faite par le malade avec ses propres mains	7 jours	guéri.	(Le malade imagina lui-même de comprimer la fémorale).	*The Dublin Hospital Gazet.*, vol. I, may 1st, 1854, p. 97.
35	Cooper (Bransby)	un porteur d'oranges	?	1843	poplit. gauche	compres. avec une bande, sans tourniquet	?	guéri, mais récidive 14 mois après ; ligature.	Le même malade avait eu un premier anévrysme du jarret droit, traité et guéri par la ligature.	*The Dublin Journal*, 1845, t. XXVII, p. 145.
36	*Id.*	?	?	après le précédent, et av. 1845	poplité	?	6 mois	guéri, mais récidive 4 mois après ; ligat. Guérison.	Avait été traité déjà par la ligature d'un anévrysme de l'autre jarret.	*Idem, ibid.*
37	Coulson	?	?	janv. 1854	poplité.	?	plus d'un mois	inefficace.	Ligature. Résultat non indiqué.	*Med. Times and Gazette*, 1854, vol, I, p. 59 et p. 289.
38	Crampton (Phil.)	garçon	11	1849	traumatique de la radiale gauche	?	16 heures	guéri.	. . . .	*Dublin Med. Press*, 12 septembre 1849, vol. XXII, p. 161 ; Tufnell, *loco cit.*, p. 110, n° 30.
39	Crawford (du Canada)	F.R., fondeur en fer.	36	1853	fémoro-poplité énorme	d'abord simple et intermittente puis double	21 jours	guéri.	. . . .	*Dublin Med. Press.*, 1853, vol. XXIX, p. 340, et vol. XXX, p. 54.
40	Critchett	un marchand de sel	32	1852	énorme de la fémor. gauche.	doub. et quelquefois interrompue	8 jours	guéri	. . . .	*Med. Times and Gazette*, 1852, vol. II, p. 362.
41	Curling	J. Davidson	43	1853	traumat. très ancien de la fémorale.	double	26 jours	inefficace.	Ligature. Guérison de la plaie, mais le sac continua à battre.	*Med. Times and Gazette*, 1853, vol. II, p. 478.
42	Cusack	John Lynch	55	janv. 1843	poplit. gauche	simple et partielle	mal faite pend. 24 jours, puis bien faite pendant 6 jours	guéri.	La compression directe avait échoué.	*Dublin Journal*, vol. XXIII, p. 366, et *Gaz. hebdom.*, p. 538.
43	*Id.*	un monsieur de la campag.	26	1844	poplit. gauche	double	7 jours	guéri.	. . . .	*Dublin Journal*, 1845, vol. XXVII, p. 155.
44	*Id.*	un homme	30	1845	poplité	? interrompue 10 jours et reprise	28 jours en tout	guéri.	Mort subitement d'une maladie du cœur 48 heures après.	*Dublin Med. Press*, 30 avril 1845.— Bellingham, *loc. cit.*, p. 74 et p. 131.

Nos D'ORDRE.	CHIRURGIENS.	MALADES.	AGE.	DATE.	ESPÈCE D'ANÉVRYSME	ESPÈCE de COMPRESSION.	DURÉE de la COMPRESSION.	RÉSULTAT	REMARQUES.	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES.
45	Cusack	femme	40	1845	brachial droit traumatique	?	10 jours	guérie.	La malade s'enfuit de peur d'amputation apr. 10 jours. L'anévrysme guérit néanmoins.	Tufnell, *loc. cit.*, p. 92.
46	*Id.*	le dr W. Molloy	33	1846	poplité droit	souvent interrompue, et double	2 mois	guéri.	Le malade impatient retourne à ses affaires avant guérison. Imprudence suivie de guérison en peu d'heures.	*Dublin Quarterly Journal*, 1846, vol. II, p. 123.
47	*Id.*	John Brady	30	1847	poplité droit traumatique	?	4 jours	guéri.	. . . .	*Dublin Quarterly Journal* 1847, vol. IV, p. 239.
48	*Id.*	un magistrat	30	1853	poplité	double intermittente et interrompue	14 jours	guéri.	Le cas était très défavorable. La compression fut faite pendant 7 jours, puis interrompue 5 jours; elle fut reprise et suivie de guérison en 48 heures.	*Dublin Med. Press*, 1853, vol. XXX, p. 385.
49	Cutler	F. V.	38	1848	poplit. gauche	simple, intermittente	6 semaines	presq. guéri.	Mort avant guérison; diathèse anévrysmale. Neuf anévrysmes, dont un ouvert dans la trachée. Déjà guéri par la compression d'un premier anévrysme. (Voyez n° 13.)	*Medico-Chirurg. Transact.*, 1851, vol. 34, p. 161.
50	Dartnell	soldat du 68e d'infanterie	38	1846	poplit. gauche	double	5 jours	guéri.	. . . .	*Lond. Med. Gaz.* march 13th, 1846; Skey, *Operative Surgery*, London, 1850, p. 197.
51	*Id.*	un soldat	35	av. 1850	fémoral	simple	29 heures	guéri.	. . . .	Skey, *loc. cit.*, p. 197.
52	Davidson	le caporal Beustead	32	1850	poplité droit	double	6 jours	guéri.	Mort 5 jours après la guérison par rupture d'un anévrysme interne.	*Dubl. Med. Press.*, 1850, vol. XXIII, p. 81.
53	Desprez (de Franklin, États-Unis)	jeune dame	17	1845	traumatiq. du coude, suite de saignée	double	environ un mois	guérie.	. . . .	*New Orleans Med. and Surg. Journal*, dans *Americ. Journal of Med. Sc.*, 1846, sér. 2e, vol. XI, p. 549.
54	Edye	James Cook	36	1853	traumatiq. de la tibiale antérieure.	simple	3 semaines	guéri.	Anévrysme consécutif à un coup de croc reçu un mois auparavant.	*Med. Times and Gaz.*, 1853, vol. II, p. 500.
55	Erichsen	George Hale	42	1853	poplit. gauche	double, intermittente.	6 semaines	guéri.	. . . .	*Med. Times and Gazette*, 1853, vol. II, p. 499.
56	Fleming	Mat. Comfort	25	1853	poplit. gauche	irrégulièr. par la faute du malade	5 jours	inefficace.	Ligature. Guérison. Le sang reste fluide dans le sac et se résorbe graduellement.	*Dublin Med. Press*, 1853, vol. XXX, p. 388.
57	Fox (de Dublin)	soldat du 13e d'infanterie	30	1848	fémor. gauche diffus	double	?	inefficace.	Amputation. Guérison.	Tufnell, *loc. cit.*, p. 115.— *Dublin Med. Press*, 20 décembre 1848.
58	Fox (George), de Pennsylvanie	J. Sparks	24	1848	inguinal très volumineux	simpl., exercée sur l'iliaque externe	12 jours	inefficace.	Amélioration puis eschare sous la pelote. Ligature de l'iliaque externe. Le sac est ouvert par la chute de l'eschare. Guérison.	*Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1849, sér. 2e, vol. XVIII, p. 377.
59	Greatrex	John Hedley, soldat	27	1844	poplité droit	double	24 heures	guéri.	La compres., commencée 21 jours avant, avait été interrompue par une varioloïde.	*Medico-Chirurg. Transactions*, 1845, vol. XXVIII, p. 39.
60	Hargrave	Henriette L.	23	1850	poplité diffus et énorme	intermittente	134 heures de compr. en 20 jrs	guérie.	Traitement très douloureux à cause d'une cicatrice inguinale.	*The Edinb. Med. and Surg. Journ.*, 1851, v. LXXVI, p. 506.
61	Harrison, de Bristol	W. Wood	42	septembre 1843	poplité droit	simple	15 jours	amélioré.	On fait la ligature à la demande du malade, au moment où il allait guérir.	*Lond. Med. Gaz.*, 3 octobre 1845, vol. XXXVI, p. 966.
62	*Id.*	Joseph Healey	23	1845	traumatiq. du coude, suite de saignée	simple, partielle	48 jours	guéri.	La compression directe avait échoué.	*Idem, ibid.*, p. 967.
63	Harrison, de Dubl.	le charpentier Robert Hoey	29	mai 1843	poplité	d'abord simpl. puis double	2 mois	guéri.	. . . .	*Dublin Quarterly Journal*, 1846, vol. II, p. 121. — *Gaz. hebdomad.*, p. 539.
64	Hawkin (Cæsar)	?	?	avant juin 1851	poplité	double	?	inefficace.	Ligature. Guérison.	*The London Journ. of Med.*, 1851, vol. III, p. 763.
65	Heath	E. O., ouvrier verrier	?	1848	poplit. gauche énorme	simple	3 semaines	guéri.	. . . .	*Med. Times and Gazette*, 1852, vol. I, p. 566.
66	Hewett (Prescott)	Jane B.	31	1852	poplité droit	double, interrompue plusieurs fois	5 mois	guérie.	Peau souvent excoriée. Guérison après 48 heures de compression totale.	*The Lancet*, 1853, vol. II, p. 476.
67	*Id.*	Henry Jarman	32	1853	poplité droit	intermittente	10 semaines	guéri.	On complète la guérison par une compression directe.	*Med. Times and Gazette*, 1853, vol. II, p. 475.
68	Hey (Samuel)	Sheldon	39	1853	fémoral diffus très volumineux	simple	15 jours	inefficace.	Ligature; hémorrhagie secondaire. Guérison.	*Med. Times and Gazette*, 1853, vol. II, p. 454.
69	Hilton	John Kitchner	67	1852	double anév. de la fémorale droite	simple entre les deux tumeurs	8 jours	inefficace.	Renvoyé sans opération (cas inopérable). Mort quelque temps après.	*Med. Times and Gazette*, 1853, vol. II, p. 452.
70	*Id.*	Thomas Allen	28	1853	poplité droit	double, souvent interrompue	8 mois	guéri.	On complète la guérison en exerçant une compression directe.	*Med. Times and Gazette*, 1853, vol. II, p. 500; 1854, vol. I, p. 541. — *The Lancet*, 1854, vol. I, p. 568.
71	*Id.*	Will. Duckworth	37	1853	poplité.	double, intermittente	32 jours	guéri.	. . . .	*Med. Times and Gazette*, 1853, vol. II, p. 453.

Nos D'ORDRE.	CHIRURGIENS.	MALADES.	AGE.	DATE.	ESPÈCE D'ANÉVRYSME.	ESPÈCE de COMPRESSION.	DURÉE de la COMPRESSION.	RÉSULTAT.	REMARQUES.	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES.
72	Hilton	Will. B.	36	1850	faux consécutif de l'humérale gauche	simple	2 jours	compression abandonnée.	Le malade exige la ligature ; abcès du sac. Mort. On avait d'abord employé la glace pend. 15 jours.	*The Lancet*, 1851, vol. I, p. 453.
73	*Id.*	Hugh. Moro	43	1850	poplité	double	8 jours	compr. abandonnée pour cause d'artérite.	Ligature ; putréfaction de l'anévrysme ; gangrène ; abcès multiples. Mort.	*The Lancet*, 1851, vol. I, p. 641. — *Dublin Med. Press*, 1851, vol. XXVI, p. 405.
74	*Id.*	Robert S. tonnelier	35	1852	poplité (récidive)	?	3 jours	guéris. complète.	Ce même malade avait été traité un an avant par Poland. (V. n° 123).	*Med. Times and Gazette*, 1853, vol. II, p. 450.
75	Holt.	J. Taylor	30	1853	du coude droit (art. radiale?)	double (mais jam. exacte)	10 jours	inefficace.	Ligature. Guérison.	*Loc. cit.*, p. 479.
76	Hosack (New York)	homme de couleur	50 à 60	1847	poplité	simple	5 jours	guéri.	Cet anévrysme, traité un an avant par la ligature, avait recommencé à battre et à s'accroître quelques mois plus tard.	*Amer. Journ. of Med. Sc.*, Philadelp., 1848, sér. 2e, vol. XVI, p. 527.
77	Humphrey (G.-M), de Cambridge	Will. Mitchel	24	1849	poplité droit	double complète	15 heures	guéri.	La tumeur reste fluctuante et ne se résorbe que très lentement.	*The Edinburg Med. and Surg. Journal*, 1852, vol. LXXVII, p. 241.
78	Humphrey (de Dublin)	un soldat du 7e fusiliers	43	1846	poplité droit gros comme un œuf d'oie	double, complète	10 heures	guéri.	Un autre chirurgien avait déjà comprimé la fémorale pendant près d'un mois.	Bellingham, *On Aneur.*, etc., p. 80, case 23. — *Dublin Medical Press*, oct. 14th 1846.
79	*Id.*	un soldat	31	1847	fémoral droit	?	33 heures	guéri.	. . . .	*Dublin Med. Press*, dec. 1st 1847.—Tufnell, *loc. cit.*, p. 110, n° 22.
80	Hutton (G.-A), de Newcastle	J. B., forgeron.	48	1850	poplité droit diffus et énorme	double	67 jours	mort 2 mois 1/2 après.	Les battements s'étaient arrêtés, mais la tumeur s'était ramollie et ouverte un mois plus tard. Le malade, presque guéri, mourut d'un érysipèle, 70 jours après la cessation de la compression.	*Medical Times and Gazette*, 1852, vol. I, p. 566.
81	Hutton (Edward), de Dublin	Michel Duncan	30	1842	poplité droit	simple, intermittente	16 jours	guéri.	C'est la première observation de la période irlandaise.	*Dublin Journal*, may 1843, vol. 23, p. 364. — *Gaz. hebdom.*, t. I, p. 537.
82	*Id.*	?	30	1845	poplité droit	. . . . .	21 jours	inefficace.	Ligature. Guérison.	*Dubl. Med. Press*, feb. 6th, 1850, vol. XXIII, p. 84.
83	*Id.*	James Collin	34	1848	brachial gauche, suite de saignée	simple, intermittente	12 jours	guéri.	Compression inexacte pendant 12 jours ; puis compression exacte suivi de guérison en 6 heures.	*Dublin Med. Press*, 1849, vol. XXI, p. 310.
84	*Id.*	Philippe Digman	32	1849	poplit. gauche	simple	7 heur. 1/2	guéri.	. . . .	*Dublin Med. Press*, 1849, vol. XXI, p. 310.
85	Jacob.	Peter Beale	24	1852	poplité droit énorme et diffus	intermittente	34 jours	guéri.	La compression avait déjà échoué deux fois en 2 ans ; le cas était très peu favorable. Après la cessation des battements, la tumeur resta liquide ; elle s'enflamma, il fallut l'ouvrir. Guérison.	*Dublin Med. Press*, 1853, vol. XXIX, p. 338.
86	Jameson (Wil.)	John Kelly	45	1854	poplit. gauche	simple, intermittente	6 jours	guéri.	Sujet rebelle et irritable.	*The Dublin Hospital Gaz.*, april 1st 1854, vol. I, n° 5, p. 72.
87	Johnson (H.-C.)	?	?	avant juin 1851	poplité	double	?	inefficace.	Ligature. Guérison.	*The Lond. Journ. of Med.* 1851, vol. III, p. 763 (cas cité par Pr. Hewett).
88	Johnston	un forgeron	?	avant nov. 1851	traumatiq. du coude, suite de saignée	?	?	guéri.	. . . .	*Dublin Med. Press*, 1851, vol. 26, p. 360 (n° 3 du tableau des anév. du bras).
89	Jolley	un ouvrier	38	1844	poplité droit	simple	40 jours	guéri.	Compression directe surajoutée à la fin.	*The Prov. Journal*, 1845. — Dans Bellingham, *On Aneurism*, etc., p. 76.
90	*Id*	Wil. Lawrence.	36	1847	poplité	graduelle	4 jours	Rupture du sac	Ligature ; gangrène ; amputation. Guérison.	*Monthly Journal of Med. Sc.*, 1847, vol. VII, p. 903.
91	Key (Aston)	A. B., maçon	36	1846	poplité	double ; mal faite	?	compr. abandonnée faute d'un bon appareil	Ligature. Guérison.	Crisp, *A Treatise on Diseases of Blood-Vessels.* Lond., 1847, in-8, p. 185.
92	Kirby	un boulanger	28	1844	poplit. gauche	simp. d'abord puis double.	53 jours	guéri.	. . . .	*Dublin Med. Press*, 25 septembre 1844.—Dans Bellingham, *loc. cit.*, p. 72, case 8.
93	Knight	un mulâtre	48	1848	poplité	simple, continue	40 heures	guéri.	On avait, pendant dix jours, essayé divers appareils ; tous avaient été intolérables ; la compression fut faite alors avec les doigts des aides, pendant 40 heures.	*The Transac. of the American Medic. Association.* Philadel., 1848, vol. I, p. 169.
94	Lawrence	William J.	31	1851	poplité droit	double, alternative	2 heures	intolérable et abandonnée.	Ligature. Guérison.	*The Lancet*, 1851, vol. II, p. 58.
95	Liston	un ferblantier	30	1843	fémoral gauche	simple	56 jours	guéri.	. . . .	*The Lancet*, 1843, vol. II. — Dans Bellingham, *On Aneurism*, etc., p. 69.
96	*Id.*	W. D.	53	1844	fémoral gauche	simple, totale et interrompue plusieurs fois.	36 jours au moins.	guéri.	Plusieurs eschares formées sous les pelotes ont rendu le traitement plus long et plus difficile. — Très mauvaise observation.	*The Lancet*, 23 mars 1844, vol. I, p. 24.

N°s D'ORDRE.	CHIRURGIENS.	MALADES.	AGE.	DATE.	ESPÈCE D'ANÉVRYSME.	ESPÈCE de COMPRESSION.	DURÉE de la COMPRESSION.	RÉSULTAT.	REMARQUES.	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES.
97	Liston	?	?	avant 1851	traumatiq. de la main	compress. de l'humérale	?	inefficace.	Ligature. Guérison.	*The London Journ. of Med.* 1851, vol. III, p. 762.
98	Little (de Lifford)	James Kerr	7	1852	traumatiq. de l'humérale, suite de saignée	simple et graduelle	moins de 48 heures	guéri.	. . . .	*Dublin Med. Press*, 1853, vol. XXX, p. 388.
99	Lloyd	G. Edwards	24	1848	poplit. gauche	simple, graduelle	8 jours	guéri.	Guéri au bout de 12 heures de compression totale.	*Med. Times and Gaz.*, 1853, vol. II, p. 476.
100	*Id.*	Will. Fradd	34	1853	poplit. gauche	double	14 jours	inefficace.	Ligature. La tumeur reste molle, puis se liquéfie et se résorbe peu à peu.	*The Lancet*, 1853, vol. II, p. 498.
101	Luke	James Haggetts.	60	1852	poplit. gauche	double	14 jours	inefficace.	Ligature 4 jours après; la tumeur reste liquide, puis s'ouvre. Mort. L'anévrysme communiquait avec le genou.	*Med. Times and Gaz*, 1853, vol. II, p. 477.
102	Macdonnel	un homme	32	1846	poplité droit	double	2 jours	guéri.	Avait déjà eu un premier anévrysme dans l'autre jarret, et avait été guéri par la ligature.	*Dublin Med. Press*, 1846. — Bellingham, *loc. cit.*, p. 77. — Tufnell, *loc. cit.*, p. 108, n° 14.
103	Mackenzie	?	?	avant 1853	poplité	simple	5 minutes !	intolérable.	Ligature. Guérison.	*Dublin Med. Press*, 1853, vol. XXIX, p. 374.
104	Mackern	Philippe M.	30	1845	fémoral droit	partielle et intermittente	1 mois	guéri.	. . . .	*The Lancet*, 1846, vol. I, p. 492.
105	Maclachlan	?	?	avant 1846	membre inférieur.	?	?	inefficace.	Ligature. Résultat non indiqué.	*The Lancet*, 1846, vol. I, p. 576, col. 1.
106	Miller	?	?	avant 1850	poplité	double.	quelq. jours	intolérable.	Ligature. Guérison.	Miller, *Principles of Surgery*, Edinburg, in-8, 1850, p. 584.
107	*Id.*	?	?	*Id.*	fémoral	une seule tentative en désespoir de cause.	?	inefficace.	Diathèse anévrysmale; la ligature n'était pas applicable; la tumeur devint diffuse; gangrène; amputation. Mort.	*Idem, ibidem*, p. 585.
108	*Id.*	?	?	avant 1853	axillaire	simple	?	inefficace.	Simple essai de compression de la sous-clavière; ligature. Guérison.	*Dublin Med. Press*, 1853, vol. XXIX, p. 374.
109	Mitchel, chirurgien militaire	Thomas Barnes	32	1853	fémoro-poplité gauche diffus	double, complète	6 jours	inefficace.	Ligature. Guérison. — Observation absurde.	*Med. Times and Gazette*, 1853, vol. II, p. 648.
110	Monro (J.)	W. Keyness	23	1852	poplit. gauche	simple, d'abord intermittente puis continue	19 jours	guéri.	Mort 7 mois après, d'un anévrysme de l'aorte. Dissection du jarret.	*The Lancet*, 1853, vol. I, p. 117, et *Archiv. générales de médecine*, 1854, sér. 5e, t. III, p. 601.
111	Moore	?	?	1854	poplité	?	30 jours	guéri.	. . . .	*Med. Times and Gazette*, 1854, vol. I, p. 541.
112	Müller	un libraire	41	1847	poplité	double	12 jours	guéri.	. . . .	*The Transact. of the American Med. Association*, Philadelp., 1848, vol. I, p. 168.
113	Norgate	B. W.	34	1851	poplit. gauche	simple	6 jours	inefficace.	On n'avait que de mauvais compresseurs; ligature; gangrène; amputation. Guérison.	*Dubl. Med. Press*, 1852, vol. XXVII, p. 247.
114	O'Bryen.	un ouvr. boucher.	34	oct. 1846	poplité droit	interrompue par intervalles	72 jours	guéri.	Le même malade ayant eu plus tard un autre anévrysme dans le jarret *gauche*, fut traité par Bellingham. (Voy. n° 21.)	*Dublin Medical Press*, may 12th, 1847. — Tufnell, *loc. cit.*, p. 112 et p. 108, n° 19.
115	O'Ferral	Cullen	32	1845	poplit. gauche	simple, intermittente	33 jours	guéri.	. . . .	*Dublin Quarterly Journal*, 1846, vol. II, p. 372.
116	*Id.*	Chr. Delany	37	1846	poplité droit	simple	11 jours	guéri.	. . . .	*Idem, ibidem*, p. 375.
117	Orr	homme	27	1847	brachial droit.	simple	1 mois	inefficace.	Ligature. On trouve une anomalie artérielle; deux humérales à lier, le sac ayant continué à battre après la ligature de la première.	*Dubl. Med. Press*, vol. XIX, p. 144 (1848).
118	Paget	Mr B. C., chirurgien	27	1851	poplité	double	11 semaines	guéri.	La guérison n'a eu lieu que 2 mois après l'ablation de la compression.	*London Med. Gazette*, april 1851. — *The Lancet*, 1851, vol. II, p. 83.
119	Parker	?	?	1848	fémoral consécutif à une ligature	simple	5 jours	guéri.	Le malade avait subi sa ligature pour un anévrysme poplité.	*Transact. of Amer. Med. Assoc.*, 1849, vol. II, p. 228.
120	Parrat	Mart. Duncan, canonnier.	?	1850	fémoral	double	7 jours	guéri.	. . . .	*The Lancet*, 1851, vol. I, p. 14.
121	Phillips (Benj.)	George S.	31	1851	poplité	totale	3 jours	guéri.	Le même malade avait déjà subi, dans un autre hôpital, une compression mal dirigée et inefficace.	*The Lancet*, 1851, vol. II, p. 396, et 1853, vol. I, p. 94.
122	*Id.*	Catherine C.	39	1851	poplit. double; on ne traite que le droit	simple, intermittente	20 jours	inefficace.	Ligature. Mort; il y avait un troisième anévrysme de l'aorte. Anévrysme poplité droit ouvert dans le genou.	*The Lancet*, 1853, vol. I, p. 93. — 1852, vol. II, p. 325. — 1851, vol. II, p. 596.
123	Poland	Robert S., tonnelier	34	1851	poplit. gauche	double, partielle et continue	3 mois 1/2	demi-succès.	La tumeur, réduite à un très petit volume, reste stationnaire pendant un an, et récidive dans un effort. (Voy. n° 74.)	*Dublin Med. Press*, 1853, vol. XXIX, p. 20.
124	Porter	Will. Devereux	29	1844	poplité droit	double, partielle et continue	24 jours	guéri.	. . . .	*Dublin Quarterly Journal*, 1846, vol. I, p. 277.

Nos D'ORDRE.	CHIRURGIENS.	MALADES.	AGE.	DATE.	ESPÈCE D'ANÉVRYSME.	ESPÈCE de COMPRESSION.	DURÉE de la COMPRESSION.	RÉSULTAT.	REMARQUES.	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES.
125	Porter	le dr Murray	20	1845	poplité	simple, partielle	20 jours	guéri.	La guérison n'est devenue complète qu'un mois après la cessation de la compression.	*Idem, ibidem*, p. 282.
126	*Id.*	un fermier	?	1849	fémoral énorme, traumatiq. et diffus	simple	quelq. heures	inefficace.	Ligature. Guérison.	Tufnell, *On the Treatment of Aneur.*, etc., p. 105 et 106.
127	Quigley	un canonnier	32	1850	poplité droit énorme	?	?	inefficace.	Amputation; le tibia et le fémur étaient érodés; le genou était malade. Guérison.	Tufnell, *loc. cit.*, p. 120.
128	Read	Rich. Fitzpatrick	28	1849	poplit. gauche	?	cinq mois	guéri.	Mort d'affection ancienne du cœur 4 jours après l'oblitération du sac. Autopsie.	*Dublin Med. Press*, 1851, vol. XXV, p. 177.
129	Reeves	T. G., imprimeur sur toile	30	1851	poplité	double	4 jours	guéri.	. . . .	*The Lancet*, 1852, vol. I, p. 5. — Traduit dans *Archives générales*, 1852, t. XXX, p. 473.
130	*Id.*	W. C., relieur	?	1852	fémoro-poplité	double, intermittente	3 jours	guéri.	. . . .	*The Lancet*, 1853, vol. I, p. 152.
131	Robinson	J. L., boxeur	?	1851	poplit. gauche	simple, intermittent.	45 jours	inefficace.	Malade très indocile; ligature; le sac s'enflamme et s'ouvre. Guérison.	*Dublin Med. Press*, 1853, vol. XXX, p. 387.
132	*Id.*	même malade	?	1852	fémoral droit	simple	très peu de jours	guéri.	Cette fois, la compression fut faite avec un meilleur appareil.	*Idem, ibidem*, p. 387.
133	Rodgers, de New-York	un marin nègre	47	1847	poplité	triple	environ un mois	guéri.	La compression ne fut faite exactement que pendant les trois derniers jours.	*The Transac. of the American Med. Association*, 1848, vol. I, p. 166.
134	Sargint	Mic. Costello	30	1853	poplité	simple	20 jours	guéri.	. . . .	*Dublin Med. Press*, 1853, vol. XXIX, p. 337.
135	Smyly	Patrik O'Gorman	48	1847	fémoral droit	double	70 jours	guéri.	Guérison obtenue quelque temps seulement après la cessation de la compression.	*Dublin Med. Press*, 1850, vol. XXIV, p. 372.
136	Stanley	John Donovan	29	1844	poplit. gauche	simple, partielle, continue	4 jours	guéri.	. . . .	*The Lancet*, 1853, vol. II, p. 498.
137	*Id.*	même malade	*Id.*	*Id.*	poplité droit	simple, partielle, intermittente	7 jours	guéri.	Les deux anévrysmes ont été guéris à 10 jours d'intervalle.	*Idem, ibidem.*
138	Stephens	Will. Pott	50	1851	poplité	double, partielle, interrompue une fois	15 jours	guéri.	. . . .	*Med. Times and Gazette*, 1852, vol. I, p. 352.
139	Storks	John R	32	1845	poplit. gauche	double, partielle, intermittente	2 mois	guéri.	. . . .	*The Lancet*, 1846, vol. I, p. 574.
140	*Id.*	W. D., brasseur	24	1846	poplit. gauche	double, partielle	23 jours	guéri.	. . . .	*Idem, ibidem*, p. 574-5.
141	Sunter	homme	38	avant oct. 1849	poplité	?	plusieurs jours	guéri.	Fait simplement indiqué.	*Americ. Journ. of Med. Sc.*, 1849, vol. XVIII, sér. 2e, p. 335, n° 23.
142	Swettenham	Henry S.	32	1852	poplit. gauche	double, partielle, intermittente	3 jours	guéri.	. . . .	*The Lancet*, 1852, vol. II, p. 214.
143	Syme	homme	30	1851	de la radiale au poignet	simple, continue	24 heures	guéri.	. . . .	*Monthly Journ. of Med. Sc.*, 1851, vol. XII, p. 369-370.
144	Teale	Wil. Stuart	30	1853	poplit. gauche	simple, partielle, intermittente	14 jours	inefficace.	Grande amélioration pendant les quatre premiers jours, puis la tumeur s'accrut de nouveau; ligature pratiquée à la demande du malade. Guérison.	*Med. Times.* 1853, vol. II, p. 453.
145	Thompson	un batelier	30	avant nov. 1851	poplité	?	?	guéri.	Fait simplement indiqué.	*Dublin Med. Press*, 1851, vol. XXVI, p. 359, n° 33 du tableau de Bellingham.
146	Tufnell	Hercule Atkins	27	1847	poplité droit très volumineux	doubl., totale, interrompue une fois	7 jours	guéri.	. . . .	*Dublin Med. Press*, 1849, vol. XXI, p. 305. — Tufnell, *On Treatment of Aneurism*, etc., p. 11.
147	*Id.*	le même malade	28	1848	part. moyenne de la poplitée gauche	simple, interrompue toutes les nuits	42 jours	guéri.	Les pulsations avaient cessé le seizième jour, mais, la compression n'ayant pas été maintenue, elles avaient reparu le lendemain.	*Dubl. Med. Press, loc. cit.*— Tufnell, *loc. cit.*, p. 17.
148	*Id.*	le même malade	29	1850	partie supérieure de la popl. gauche	double, totale	14 jours	guéri.	Guérison, malgré une diathèse anévrysmale évidente.	Tufnell, *loc. cit.*, p. 20.
149 à 153	Tyrrel	cinq malades (âges divers)		avant 1847	anévr. traumatiques du pli du bras	un seul tourniquet sur l'artère humérale	non indiquée	guérison dans les cinq cas.	La compression était en même temps exercée sur la tumeur avec une bande roulée et des compresses.	Crisp, *Diseases of Blood-Vessels*, Lond., 1847, in-8, p. 143.
154	Walton (Haynes)	?	?	1854	anévrysm. poplité	?	?	inefficace.	Ligature. Guérison. Simple indication sans observation.	*Med. Times and Gaz.*, 1854, vol. I, p. 59 et p. 289.

Nos D'ORDRE.	CHIRURGIENS.	MALADES.	AGE.	DATE.	ESPÈCE D'ANÉVRYSME.	ESPÈCE de COMPRESSION.	DURÉE de la COMPRESSION.	RÉSULTAT.	REMARQUES.	SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES.
155	Ward (Nath.), de Londres	un débardeur irlandais	45	1851	poplité droit	d'abord simp. et mal faite, puis double	29 jours	guéri.	La compression ne fut faite exactement que pendant les deux derniers jours.	*The Lancet*, 1851, vol. II, p. 83.
156	Ward, de Huntigdonshire	un valet d'écurie	36	avant nov. 1851	poplité	?	?	guéri.	Fait simplement indiqué.	*Dublin Med. Press*, 1851, vol. XXVI, p. 359, n° 40 du tableau de Bellingham.
157	Watson, de New-York	femme irlandaise	38	1847	fémoral diffus et énorme	double	68 heures	guérie.	La tumeur s'est ramollie, mais s'est résorbée ensuite sans accident.	*Transact. of the American Med. Association*, vol. I, 1848, p. 167.
158	*Id.*	Daniel Feeks	30	1851	fémoral droit	double, continue	12 heures	guéri.	. . . .	*Dublin Med. Press*, 1851, vol. XXV, p. 312.
159	Wilmot	J. Robinson	40	1853	poplit. gauche	double, continue et totale	11 heures	guéri.	La tumeur a cessé de battre, mais elle est restée fluctuante.	*Dubl. Med. Press*, 1853, vol. XXX, p. 386.
160	Wood (I.-R.), de New-York	John Morgan	30	1849	poplit. gauche	double et continue	2 jours	guéri.	. . . .	*Dublin Med. Press*, 1851, vol. XXVI, p. 150.
161	*Id.*	A. B.	33	1850	poplit. gauche volumineux	double, continue et totale	16 heures	guéri.	. . . .	*Idem, ibidem*, p. 151.
162	Wright (J.-D), chirurgien militaire	John Maiden	37	1848	poplité	simple, d'abord totale, puis partielle	8 jours	inefficace.	Grande amélioration en commençant; mais, le huitième jour, l'anévrysme devint diffus; ligature. Guérison; mais la tumeur, un an après, n'était pas encore résorbée.	*Lond. Journ. of Med.*, 1849, vol. I, p. 687. — *Med. Chir. Transact.*, 1849, vol. XXXII, p. 167.
163	Wright (Thomas), de Nothingham	Will. Pressgrove	36	1853	poplité droit	double, interrompue pendant une nuit	moins de 3 jours	guéri.	. . . .	*Med. Times and Gaz.*, 5 novembre 1853. — *Dubl. Med. Press*, 16 novembre 1853, p. 309.

(La fin à un prochain numéro.)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

L'abondance des matières nous force à renvoyer au prochain numéro les séances des Académies.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 1er AOUT 1854.

Voici dans tous ces détails l'observation du malade présenté par M. Jobert. Nous y ajoutons un court résumé de deux autres cas auxquels il a fait allusion dans sa communication.

Obs. I. — Paly (Edmond), commis, âgé de dix-huit ans, est entré le 8 mai 1854 à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Côme, n° 24, service de M. Jobert). Il est porteur d'une hernie inguinale gauche, du volume d'une noix environ, qui ne le gêne point dans ses occupations, mais qui l'a fait juger impropre au service militaire, dans lequel Paly désirait s'engager comme volontaire.

C'est un jeune homme blond, d'une taille au-dessous de la moyenne, d'un tempérament lymphatique, d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle. Il ne sait pas à quelle époque est survenue sa hernie; il se souvient d'avoir porté un bandage dans son enfance. A cette époque, il éprouvait quelquefois de légères douleurs dans le ventre pendant les exercices auxquels il se livrait; mais depuis longtemps sa hernie n'a plus été contenue, si ce n'est dans les quinze jours qui viennent de s'écouler.

La tumeur ne descend pas jusqu'au fond des bourses; sa limite inférieure est séparée du testicule par un étranglement en forme de collet. Elle rentre facilement dans le ventre par le taxis, et en sort immédiatement lorsque le malade tousse ou se tient sur ses pieds.

Paly désirant vivement être débarrassé d'une lésion qui lui ferme l'entrée de la carrière militaire, M. Jobert se décide à tenter la guérison radicale par l'injection iodée.

12 mai. Une incision de 2 centimètres environ est pratiquée sur le trajet du canal inguinal, et intéresse la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Au moyen d'un ténaculum implanté dans la paroi antérieure du canal, un aide soulève cette paroi, tandis qu'un autre le comprime sur le détroit supérieur du bassin, afin d'empêcher que le liquide injecté ne pénètre dans l'abdomen. Une ponction avec un trocart fin est alors pratiquée; l'instrument, dirigé obliquement en haut et en dehors, pénètre sans difficulté dans le canal inguinal, ce que l'on reconnaît avoir lieu par la liberté avec laquelle se meut l'extrémité de la canule; on injecte alors 5 grammes environ de teinture d'iode pure. Le relief qui, pendant cette opération, s'est montré sur le trajet du canal inguinal, est une preuve que le liquide a pénétré dans le conduit. Le malade a peu souffert pendant tout ce temps.

Un point de suture entortillée réunit les deux lèvres de la plaie, que l'on recouvre d'un petit linge cératé.

Le soir, il y a un peu de gonflement de la région malade, et la toux provoque des douleurs assez vives. L'abdomen est indolent; il n'y a point de fièvre.

14 mai. Le gonflement et la rougeur sont assez considérables. L'épingle de la suture a été retirée hier; la réunion est incomplète. L'exploration avec le doigt fait constater l'existence, au-dessous des téguments tuméfiés, d'un cordon cylindrique, dense, solide, dont la direction indique évidemment qu'il est constitué par de la lymphe plastique épanchée dans le canal inguinal.

Les changements ultérieurs qui se firent peu à peu furent les suivants : la petite plaie extérieure se cicatrisa en quelques jours; l'engorgement superficiel disparut; alors le cordon profond s'isola nettement, et apparut comme un pédicule très dur, du volume du petit doigt, supportant le testicule et parcourant le trajet inguinal.

5 juin. Le malade se lève et se promène dans la salle, sans que la hernie reparaisse; lorsqu'il tousse, on ne sent aucune impulsion des viscères abdominaux.

Par mesure de précaution, il portera un suspensoir pendant quelque temps. Le testicule gauche a le même volume que celui du côté opposé.

Obs. II. — Michelot (Auguste), âgé de trente-quatre ans, est entré à l'Hôtel-Dieu, le 18 novembre 1853, pour y être traité de la maladie qui fait le sujet de cette observation. Jusqu'à l'âge de sept ans, il a eu, dit-il, la bourse du côté gauche dans l'état normal, un peu moins volumineuse cependant que celle du côté opposé. A l'âge de seize ans, à la suite d'un violent effort, il vit apparaître, dans le trajet inguinal, jusqu'au fond de la bourse correspondante, une tumeur dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans.

Il est dit dans l'observation qu'à cette époque, c'est-à-dire il y a dix-huit ans, la tumeur était divisée en deux parties par une sorte d'étranglement; que la partie inférieure, pressée entre les doigts, donnait la sensation que produit le froissement du testicule; que la partie supérieure, pâteuse et molle, augmentait après les repas, pendant la toux, et disparaissait dans le décubitus dorsal pour reparaître dans la station debout.

L'état actuel des parties est décrit de la manière suivante :

Dans le pli de l'aine du côté gauche se trouve une tumeur du volume du poing, obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans, sans changement de coloration à la peau. Un étranglement circulaire, très sensible à la vue, sépare la tumeur en deux moitiés : l'une supérieure et externe, qui suit le trajet du canal inguinal jusque dans la cavité abdominale; l'autre inférieure et interne, plongeant dans la bourse correspon-

dante. Le doigt, promené sur la partie inférieure de la tumeur, rencontre le testicule : il est plus petit que celui du côté opposé. Si l'on presse sur lui, le malade accuse une vive sensibilité ; la tumeur, malgré sa distension et sa rénitence, présente, à sa partie inférieure, une fluctuation évidente. La pression qu'on exerce sur elle la fait disparaître, mais elle reparaît dès que la pression a cessé. Enfin, dans sa partie inférieure, elle laisse apercevoir, par transparence, la lumière d'une bougie.

On diagnostique une hydrocèle et une hernie inguinale congénitales séparées par un anneau, lequel était dû probablement à un rétrécissement embryonnaire de la tunique vaginale.

L'opération fut pratiquée le 5 novembre. Le trocart fut enfoncé dans l'épaisseur des tuniques du scrotum, en le faisant marcher lentement par un double mouvement de pression et de rotation, de manière à piquer le feuillet pariétal de la tunique vaginale. La pénétration du trocart dans la tunique fut annoncée par l'absence de résistance, et bientôt par la facilité avec laquelle la canule pouvait librement circuler dans son intérieur. C'est alors qu'une injection de teinture iodée pure fut faite dans la tunique vaginale et le sac herniaire. Le liquide remonta jusqu'à l'endroit où la pression était exercée par un aide sur le point de communication du sac herniaire et du ventre.

Le malade est sorti de l'hôpital le 12 décembre ; la tumeur supérieure ne s'était pas reproduite ; le testicule gauche était resté atrophié.

Le 28 mars, la guérison s'était maintenue.

Obs. III. — M. de F... contracta en 1837 une hernie inguinale gauche que, jusqu'en 1847, il n'a jamais pu contenir avec un bandage. Les viscères ressortaient, quelque précaution qu'on prît. En 1847, il trouva un bandage qui opéra assez bien la contention. M. Jobert constata les signes les plus évidents de la hernie, et pratiqua l'opération le 8 mars 1854. Les intestins réduits, le trocart fut enfoncé par un mouvement de vrille dans l'épaisseur du cordon, et le dirigeant de bas en haut et d'avant en arrière afin de parvenir au sac herniaire ; alors la canule put jouer librement. Une tuméfaction se forma dans la direction du sac ; quinze jours après elle avait le volume de la hernie ; puis elle diminua et prit peu à peu la consistance d'*un morceau de bois*. Le vingt-cinquième jour, le trajet du cordon était occupé par un cylindre dur et compacte.

La guérison persiste.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Emploi des émissions sanguines dans le traitement de la variole, par M. Dalbin.

« Ayant eu, dit l'auteur, à traiter ensemble ou séparément, avec mon confrère et ami le docteur Monjoly, de nombreux cas de variole, nous avons cru devoir, *dans la majorité des cas*, insister sur l'emploi des émissions sanguines... Dans cette épidémie, le traitement a été des plus favorables à nos malades, puisque quelquefois il a suffi pour enrayer complétement tous les symptômes ; très souvent il a rendu la marche de la maladie régulière, évité les complications... Sur les malades confiés à nos soins, il n'y a eu aucun cas de mort, bien qu'il y ait eu trois cas de variole confluente. »

L'absence de renseignements sur le nombre des malades traités par MM. Dalbin et Monjoly (dans l'arrondissement de Mauriac), le chiffre si bas des varioles confluentes soumises à leur traitement, ne permettraient pas de tirer d'inductions sérieuses de la note qu'on vient de lire. Mais elle n'est, pour l'auteur lui-même, qu'une occasion de rappeler que, en maintes autres circonstances, la saignée pratiquée au début de la variole ne lui a paru produire que des résultats avantageux.

Nous aussi nous prenons volontiers texte de ce travail pour nous élever contre le préjugé (car ce n'est pas autre chose) qui exclut absolument les évacuations sanguines du traitement des exanthèmes fébriles en général, et de la variole en particulier. Il est réellement de ces exanthèmes que la violence du mouvement inflammatoire général, ou quelque phlegmasie viscérale, empêchent seuls de se développer régulièrement. Si l'on osait alors recourir à une saignée, on serait étonné de ses effets avantageux. Il y a peu de jours, un des premiers médecins de la Belgique, M. Lombard (de Liége), à qui nous faisions part de nos convictions sur ce point, nous répondait par le récit d'une expérience remarquable. Un de ses confrères lui écrivait que, placé au milieu d'une épidémie de scarlatine, il perdait un très grand nombre de malades à la suite d'irrégularités singulières dans le développement de l'exanthème. M. Lombard lui écrivit de saigner *systématiquement* tous les malades dès le début. Le conseil fut suivi, et, à partir de ce moment, presque toutes les scarlatines suivirent une marche beaucoup plus régulière, et la mortalité diminua considérablement. Il suffit d'ailleurs de songer un instant à la vogue dont a joui, auprès des praticiens les plus renommés, la saignée appliquée au traitement de la rougeole et de la variole, pour se défier un peu du mal qu'on en dit aujourd'hui. (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1854, n° 15.)

Anesthésie faciale avec destruction de l'œil, par M. Taylor, chirurgien de l'Hôpital ophthalmique de Londres.

La sensibilité faciale est, on le sait, depuis les belles expériences de Ch. Bell et de Magendie, sous la dépendance du rameau ganglionnaire de la cinquième paire. Le nerf facial préside au mouvement. Suivant la nature des symptômes, il est donc, en général, possible d'établir le diagnostic des lésions ayant leur siége dans l'un ou l'autre de ces organes.

Parmi les causes susceptibles d'anesthésier la face, l'exemple suivant, relaté par M. Taylor, est, sans contredit, un des plus remarquables.

Obs. — Élisa Martin, quarante-six ans, entre le 17 mars 1853 à l'Hôpital ophthalmique. Atteinte six mois auparavant d'un violent catarrhe qui la retint alitée pendant quinze jours, elle s'éveille un matin avec une vive douleur dans l'œil gauche. Elle s'aperçoit en même temps que, de ce côté, le visage est insensible et grimaçant, la conjonctive injectée, la vue trouble.

Ces accidents ayant acquis une intensité rapide par la propagation des douleurs dans toute la tête et la cécité partielle, la malade est admise à l'hospice Saint-Bartholomé, où l'on croit reconnaître un abcès du globe oculaire.

Néanmoins, après un séjour de six semaines, quelque amélioration s'était déclarée. Plus de douleur ni d'exophthalmie. La vision seule reste confuse ; mais cette rémission n'eut qu'une durée éphémère.

Vers le commencement de mars, l'œil sort de nouveau de son orbite, la tumeur s'ouvre et donne issue à une grande abondance de matière.

En examinant les parties, voici ce que M. Taylor constata : La pupille, considérablement dilatée, faisait une saillie énorme. La moitié inférieure de la cornée était effacée, et la supérieure, comme frangée, masquait les débris de l'iris. Il y avait un fort gonflement des paupières et des conjonctives, ecchymosées, livides. Une croûte épaisse recouvrait l'entrée du foyer, d'où la pression faisait couler une humeur vitreuse et où l'on pouvait impunément introduire une sonde et l'agiter dans toutes les directions.

Quant à l'anesthésie, elle était complète, soit que l'on touchât, pinçât ou piquât la malade ; elle existait au front, aux joues, aux narines, aux gencives, au palais, à la moitié de la langue ; celle-ci, dans la portion atteinte, avait perdu beaucoup de son volume. Le goût et l'odorat étaient notablement affaiblis. Les traits n'étaient que légèrement modifiés, mais l'œil droit ne pouvait se fermer ; de la commissure gauche des lèvres, s'entr'ouvrant pendant la contraction des muscles, s'échappait constamment un filet salivaire ; l'inertie des masséters et du temporal, rendant la mastication impossible, favorisait l'accumulation des aliments dans cette partie de la bouche ; l'articulation était embarrassée.

Enfin des signes d'un autre ordre furent également remarqués.

Élisa Martin quitta prématurément l'Hôpital ophthalmique. Assez longtemps après, M. Taylor ayant eu occasion de la revoir, il s'était opéré quelques changements favorables. L'œil, à la vérité, était perdu et la pupille réduite à un point imperceptible ; mais graduellement la sensibilité avait reparu en divers points, à la partie inférieure de la joue, à la paupière, aux narines. L'odorat différait peu de l'état normal. La bouche n'avait point subi d'amendement.

Suivant M. Taylor, l'origine du mal doit être dans l'intérieur du crâne. On ne s'expliquerait point sans cela la simultanéité des accidents nerveux des deux côtés. Leur rapide manifestation laisse présumer un épanchement sanguin. Les nerfs compromis sont évidemment la septième paire droite, la cinquième paire et l'hypoglosse gauches.

Plusieurs physiologistes ont observé, en des cas analogues, la phlegmasie et la dégénération oculaires, qu'ils ont regardées comme

un résultat du vice de fonction et de nutrition de l'organe. Les expériences de M. Magendie viendraient à l'appui de cette opinion. En considérant, du reste, la marche du mal, la solution est difficile ; car, dans la supposition d'un abcès primitif, on ne s'expliquerait guère comment l'anesthésie a coïncidé immédiatement avec l'apparition de la douleur, et, dans celle d'une anesthésie antérieure, comment l'altération oculaire a suivi elle-même de si près la diminution de la sensibilité. (*Medical Times and Gazette*, 15 juillet 1854.)

Utilité de la chaîne électrique pour combattre l'asphyxie du nouveau-né.

La naissance de l'enfant dans un état de mort apparente étant l'accident le plus commun de la parturition et celui qui exige les secours les plus prompts, on a dû, de tout temps, s'attacher à le combattre par des moyens pratiques, c'est-à-dire à la fois efficaces et en quelque sorte sous la main de l'accoucheur. C'est sans doute à cette dernière circonstance qu'il faut attribuer le demi-oubli dans lequel on a laissé le galvanisme, qui, comparable au fluide nerveux, semble l'excitant artificiel par excellence du système musculaire, et est, par conséquent, supérieur aux moyens ordinaires pour porter une incitation efficace aux muscles inspirateurs du nouveau-né qui offre un état de mort apparente. Mais ce ne pourrait être que par un hasard peu commun qu'on aurait à sa disposition, au moment désiré, un des appareils électriques destinés à l'organisme humain. Il faut en excepter, toutefois, la *chaîne électrique de Pulvermacher*, qui est presque aussi facilement portative qu'un des objets qui composent la trousse du chirurgien. C'est ainsi que le docteur José de Alarcon y Salcedo, pénétré d'ailleurs des avantages de l'électricité, s'est trouvé en position de faire un essai couronné d'un succès qui tient en quelque sorte du merveilleux, mais qui ne prouve que ce qu'un fait isolé peut prouver, la nécessité d'épreuves nouvelles répétées.

Dans un accouchement par l'extrémité pelvienne, où les parties tardaient à descendre, malgré des douleurs vives et soutenues, l'accoucheur espagnol jugea nécessaire de dégager les pieds et de terminer le travail, ce qui ne put se faire sans quelques difficultés et lentement. L'enfant, fort et bien conformé, était dans un état de mort apparente. Le corps était décoloré, à l'exception des lèvres qui étaient bleues ; il n'offrait ni indices de respiration, ni battements appréciables du cœur ; il ne s'écoulait pas une goutte de sang du cordon coupé et non lié. Les bains chauds et excitants, les affusions d'eau froide, les frictions stimulantes, les pressions alternatives de la poitrine et de l'abdomen simulant le mouvement respiratoire, l'insufflation bouche à bouche, etc., tout restait sans effet. C'est dans cette situation critique qu'il vint à la pensée de M. José de Alarcon y Salcedo de faire usage de la chaîne électrique qu'il avait sur lui. Cette chaîne était composée de huit éléments. Il plaça le pôle zinc à la nuque et le pôle cuivre à l'épigastre. A l'instant, les pulsations du cœur devinrent perceptibles, et l'enfant commença à crier. Croyant à une coïncidence fortuite plutôt qu'à l'effet de son petit appareil, il le retira, et aussitôt l'enfant retomba dans son premier état d'asphyxie. Il renouvela trois fois l'épreuve avec les mêmes phénomènes. Enfin, au bout de quinze minutes environ, la respiration étant pleinement établie, tous les symptômes de l'asphyxie se dissipèrent. (*El Heraldo medico*, 24 juin 1854.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Du système cutané, au point de vue de ses fonctions; de la mort aiguë par la peau, et de la pathogénie chez l'homme, thèse inaugurale du 27 mai 1854 (Paris), par M. A. Berne, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Exposé intelligent et méthodique des attributions dévolues, chez les animaux supérieurs, au tégument externe, ce travail vise moins à en présenter la description complète qu'à élucider quelques points encore litigieux de leur histoire physiologique. Tout le monde sait que la peau est à la fois un organe de respiration et de transpiration. Personne n'ignore non plus, depuis les belles recherches de M. Fourcault, que si le fonctionnement de notre enveloppe cutanée est empêché par un enduit imperméable, la mort a lieu au bout de peu de temps.

Il paraissait naturel, — et cela a pu sembler démontré — de rapporter cette conséquence fatale à la suppression des fonctions éliminatrices de la peau. Selon M. Fourcault, elle est due « à l'arrêt de la transpiration et au refoulement dans les vaisseaux des éléments liquides et gazeux superflus qui sont éliminés par l'organe cutané. » Sa pensée, on le voit, est formulée très explicitement.

Reprenant cet intéressant problème, M. Berne appelle d'abord l'attention sur la propriété que la peau possède de procéder à l'équilibration de température de notre corps avec le milieu ambiant. Non-seulement, en effet, elle est une source directe de calorification par les actions organiques, si diverses et si nombreuses, qui s'opèrent dans son tissu ; mais encore, grâce à l'évaporation sudorale qui se fait à sa surface, elle nous met à même de résister aux causes qui solliciteraient notre corps à s'échauffer au delà du degré de température compatible avec la vie.

Rappeler l'importance de cet usage capital, c'était déjà faire sentir qu'il n'aurait pas dû être négligé dans l'interprétation du mécanisme selon lequel la mort survient à la suite de l'abolition artificielle des propriétés de la peau. C'est non exclusivement, mais principalement à la suppression de la calorification cutanée qu'il faut, selon M. Berne, attribuer la mort dans ce cas.

Ce théorème est établi par M. Berne sur deux ordres de faits. D'abord, il nie l'explication de M. Fourcault ; car si elle était juste, si c'était par rétention dans le sang des liquides qui auraient dû en être chassés, que l'animal fût tué si promptement, l'ablation des reins devrait produire bien plus vite un tel résultat. Or, c'est ce que MM. Prévost et Dumas n'ont point vérifié. En second lieu, l'auteur, ayant répété les expériences de M. Fourcault, n'a point trouvé, comme lui, dans le sang des animaux *vernis*, de l'acide lactique en excès.

Cette critique, procédant par les mêmes expériences sur lesquelles la théorie se fondait, autorise bien, ce nous semble, M. Berne à déclarer celle-ci sinon fausse, du moins trop exclusive. Ce n'est donc point en supprimant les sécrétions excrémentitielles que le *vernissement* agit, mais en abolissant, par cela même, les sources de calorification et les conditions d'équilibration de température qui résultent de l'ensemble des fonctions cutanées. M. Berne, pour le prouver, s'appuie sur ce fait, qu'il a pu produire la mort de la même manière, en tenant un animal immergé dans un courant d'eau froide continu. Cette déperdition de calorique entraînait les mêmes lésions consécutives que le *vernissement*, c'est-à-dire une forte congestion du parenchyme pulmonaire. Enfin, l'animal, dans l'un comme dans l'autre cas, est immédiatement pris de frisson, et ses extrémités deviennent glacées. D'ailleurs, n'observe-t-on pas les mêmes symptômes et les mêmes altérations anatomiques à la suite des brûlures étendues qui troublent ou détruisent aussi les fonctions cutanées sur une large surface ?

Dans les pays chauds, la peau est un organe de *décalorification*. Aussi, lorsqu'elle est entravée dans son office, les lésions affectent d'autres appareils. On voit alors survenir, par suite de leur excès d'activité, des maladies des intestins et du foie, chargés physiologiquement de veiller également à l'abaissement de température, en soustrayant, par une biliation plus considérable ou par des flux diarrhéiques, une partie du calorique de l'organisme.

M. Berne ne laisse pas ces données physiologiques stériles. La mort, prompte ou lente, peut résulter de la destruction de ces fonctions cutanées ou des obstacles qu'elles éprouveraient à s'exercer librement. Dans le premier cas, la théorie indique qu'une affection thoracique aiguë éclatera de préférence ; et notre auteur éclaire, par d'ingénieuses recherches et une discussion pleine de logique, le mécanisme de la production de cet effet. Dans le second, des lésions chroniques apparaissent, et M. Berne montre avec une clarté saisissante le résultat des diverses causes qui, à l'état de civilisation, troublent les attributions si importantes dévolues à la peau.

Si la phthisie sévit principalement sur les animaux transportés dans un climat plus froid ou condamnés à l'immobilité des étables ou des ménageries, l'homme ne doit-il pas subir de même l'influence des conditions analogues qui l'attendent, pour ainsi dire, à chaque pas? Une statistique dressée sur une vaste échelle, d'après le mouvement des hôpitaux de Lyon, prouve, entre les mains de M. Berne, l'effet trop réel que les professions qui créent de semblables éléments de perturbation physiologique ont sur la tuberculisation pulmonaire.

Toute une hygiénique, tout un système préservatif reposent sur ces intéressantes recherches. En le déduisant très explicitement, M. Berne a donné son complément le plus naturel et le plus précieux à l'une des meilleures thèses par lesquelles, depuis longtemps, se soit révélé à nous le premier essor d'un talent plein d'avenir.

P. Diday.

VI.

VARIÉTÉS.

— Voici le mouvement quotidien du choléra dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine depuis le 2 août:

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 3 août . .	53	15	68	12	44
4	45	25	70	16	22
5	47	21	68	13	27
6	50	20	70	16	24
7	40	22	62	21	32
8	42	14	56	23	25
9	34	13	47	26	19
10.	19	22	41	18	22
11	31	13	44	12	21
12	37	9	46	38	38
13	40	21	61	19	24
14	46	14	60	20	31
15	35	12	47	32	24
16	42	7	49	28	26
Résumé de 15 jours. .	561	228	789	294	379

Situation au 16 août : Cas traités depuis novembre. . . . 4,884

Sorties . . . . . . 1,862 }
Décès . . . . 2,508 } 4,370

Il reste en traitement 514

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Annales médico-psychologiques. — 2e série, 6e année, juillet. De la folie générale et partielle, par *Ott*. — Nouvelles observations sur le goître et le crétinisme, par Mgr *A. Billiet*, avec des réflexions du docteur *Morel*. — De la folie à double forme, par *Baillarger*. — Des prodromes de la folie au point de vue médico-légal, par *Boileau de Castelnau*. — Divers rapports médico-légaux, par *Rousselin* et *Chevallier*.

Archives d'ophthalmologie. — Juin. Des granulations conjonctivales, par *Thiry*. — Extraits et analyses.

Archives générales de médecine. — Août. Souffle amphorique dans la pleurésie purulente simple, par *Béhier*. — De la non-existence de la monomanie, par *Falret*. — Fracture de l'extrémité inférieure du radius, par *U. Trélat*. — Emphysème pulmonaire dans ses rapports avec les autres affections des poumons, par *Gallart*.

Bulletin général de thérapeutique. — 30 juillet. Médicaments ténifuges importés d'Abyssinie (suite). — Traitement du bubon par les ponctions sous-cutanées, par *Milton*. — Gélatinisation de l'éther, par *Grimault*. — Quelques notes de pharmacologie. — Traitement du choléra, par *Gaudin de la Coffinière*. — Cas de perforation de la cloison vésico-vaginale, suivie de guérison, par *Aubinais*. — Accidents toxiques produits par 10 grammes de nitre, par *Hériat*.

Gazette des Hôpitaux. — Nos 86 à 91. Cliniques et revues.

Gazette médicale de Paris. — N° 29. Histoire médicale du corps d'occupation des États romains en 1851, par *Jacquot*. — Influence des fractures sur le développement des os, par *Baizeau*. — N° 30. Dilatation variqueuse du réseau lymphatique du derme, par *Desjardins* et *Gubler*.

Moniteur des Hôpitaux. — Nos 86 et 87. Sulf. de strychnine dans le choléra, par *Abeille*. — N° 88. Emploi du sous-nitrate de bismuth à haute dose, par *Maillot*. — Nos 89, 90 et 91. Cancer de la langue, amputation, par *Goyrand*.

Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. — N° 15. Emploi du chlorhydrate d'ammoniaque, par *Smith*. — Préjugés relatifs à l'emploi de la saignée dans la variole, par *Dalbin*. — Traitement de la montagre, par *Richart*.

Revue médicale française et étrangère. — 31 juillet. Fistule recto-urétrale, par *Faget*. — Affections scrofuleuses chez le vieillard, par *Dumoulin*.

Revue médico-chirurgicale de Paris. — Juillet. Valeur des traditions de l'école de Montpellier (*Anonyme*).

Union médicale. — Nos 86 et 87. Angine maligne, par *Cabanellas*. — Non-contagion du choléra, par *Martinenq*. — Nos 88, 89 et 90. Non-contagion du choléra, par *le même*. — N° 91.

Gazette médicale de Strasbourg. — N° 7. Du goître à Strasbourg, par *Tourdes*. Rapport sur l'asile de Stephansfeld (fin), par *Dagonet*.

Gazette médicale de Toulouse. — *Observation de purpura febrilis*, par *Delahaye*. — Applications électro-médicales, par *Guitard*.

Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Toulouse. — Juillet. De la prétendue action de l'iodure de potassium sur l'éther sulfurique, par *Magnes-Lahens*. — Influence de la lumière et du calorique sur l'éther, par *le même*.

Journal de Médecine de Bordeaux. — Juillet. Application du forceps au détroit supérieur, par *Ch. Dubreuil*. — Occlusion de l'orifice interne de la matrice au moment de l'accouchement, par *Sauvé*. — Phénomènes pathologiques nombreux et graves chez un enfant, par *Laforêt*.

Annales et Archives de Médecine belge et étrangère. — Juin. Extraits d'un grand nombre de journaux.

Annales de la Société de médecine d'Anvers. — Juin. Études statistiques sur la fièvre typhoïde, par *Ed. Cornaz*.

Presse médicale belge. — N° 30. Questions professionnelles.—Analyses et Revues. — N° 32. Préparation hémostatique nouvelle, par *Hannon*.—Ascite idiopathique, grossesse supposée, par *Andrews*.

Livres nouveaux.

Deux jours a Hasselt. Essai sur l'inoculation de la pleuro-pneumonie exsudative des bêtes bovines, d'après la méthode du docteur Willems de Hasselt, par le docteur *A. Didot*. In-8° de 240 pages, imprimé à Bruxelles, 1853. Paris, Victor Masson. 3 fr. 50

Etude pratique, rétrospective et comparée sur le traitement des épidémies au xviiie siècle, appréciation des travaux et éloge de Lepecq de la Clôture, médecin épidémiographe de la Normandie, par le docteur *Max Simon*. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de Rouen. In-8 de xvi-332 pages, avec portrait de Lepecq de la Clôture. Paris, J.-B. Baillière. 5 fr.

L'Art de formuler, contenant les principes élémentaires de pharmacie, etc., par *M. Deschamps* (d'Avallon). Gr. in-8° de 478 pages. Paris, chez Germer Baillière. 4 fr. 50

L'inefficacité des quarantaines contre le choléra-morbus asiatique est-elle un fait tellement démontré qu'on puisse l'admettre sans réplique? par *M.-A. Pezzoni*. In-8 de 48 pages. Paris, chez H. Bossange et fils. 2 fr. 50

Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien, traduites sur les textes imprimés et manuscrits, accompagnées de sommaires, de notes, de planches et d'une table des matières, précédées d'une introduction ou étude biographique littéraire et scientifique sur Galien, par le docteur *Daremberg*. Tome Ier, in-8 de xvi-708 pages. Paris, J.-B. Baillière. 10 fr.
L'ouvrage formera 4 volumes.

Rapport sur le service médical de l'asile public de femmes aliénées de Bordeaux, par le docteur *Bazin*. In-8 de 48 pages. Bordeaux, impr. de Ve Crugy.

Traité d'anatomie générale, théorie de la structure, embrassant les substances organiques et les éléments, les tissus, les membranes et les parenchymes, par *L.-A. Segond*, prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8 de 400 p. 7 fr.

Die Cornification und die Lues cornificativa (*Plica polonica*), par *F. de Studzieniecki*. In-8, Vienne, chez Gerold. 5 fr.

Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Geschwuelste im Verlaufe der Nerven (*Sur l'anatomie pathologique des tumeurs dans le parcours des nerfs*), par *F. Kupferberg*. In-4°, Mayence. 2 fr. 75

Entwickelungsgeschichte des Rehes (*Histoire du développement du chevreuil*), par *Th.-L.-W. Bischoff*. In-4°, Giessen, chez Ricker. 13 fr. 50

Handbuch der speciellen Therapie, einschliesslich der Behandlung der Vergiftungen. (Traité de thérapeutique spéciale, y compris le traitement des empoisonnements), par *R. Kœhler*. 1re moitié. In-8°. Tubingue, chez Laupp. 9 fr.

Zur vergleichenden Anatomie des Schultergeruestes und der Schultermuskeln bei Saeugethieren, Voegeln und Amphibien (*Contributions à l'anatomie pathologique du squelette et des muscles des épaules chez les mammifères, oiseaux et amphibies*), par *H. Pfeiffer*. In-4°, Giessen, chez Ricker. 2 fr. 75

Result of an inquiry into the invariable existence of a premonitory Diarrhœa in Cholera, par le doct. *Macloughlin*. 2e édition. In-8 de 64 pages, Londres, Churchill. 2 fr.

Erratum. Dans le n° 44, au *Bulletin des livres nouveaux*, le Traité du diagnostic médical du docteur *Racle* a été annoncé par erreur en 250 pages. Le volume contient xij-iv-580 pages.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. — PARIS, 25 AOUT 1854. — N° 47.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 17 au 23 août 1854.

N° 203. DIMULLE, Jean-Baptiste, né le 21 janvier 1818 à Poyartin (Landes). [*Des fièvres intermittentes.*]

N° 204. PARMENTIER, Louis-Eugène, né le 6 novembre 1823 à Paris (Seine). [*Quelques recherches sur la cicatrisation des plaies exposées au contact de l'air.*]

N° 205. QUENTIN, Louis, né le 19 septembre 1827 à Cambrai (Nord). [*Du principe mucilagineux et de ses usages en thérapeutique.*]

N° 206. REMY, Eugène, né le 6 novembre 1831 à Verdun (Meuse). [*Essai sur la nature et le traitement de la maladie appelée méningite cérébro-spinale épidémique.*]

N° 207. BÉZINE, Pierre, né le 23 mars 1824 à Brienon (Yonne). [*Quelques considérations sur les épanchements pleurétiques en général, leur diagnostic et les indications de la thoracentèse.*]

N° 208. DELBECQ, Charles-Alexis, né le 18 octobre 1828 à Hazebrouck (Nord). [*De l'influence des boissons alcooliques sur la santé.*]

N° 209. BÉHIER, Charles-Aimé, né le 23 novembre 1826 à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine). [*Étude sur quelques-uns des phénomènes qui accompagnent et compliquent la grossesse. Déductions hygiéniques résultant de cette étude.*]

N° 163. LEYDIER, Auguste-Antoine, né le 26 juin 1823 à Chateauneuf (Var). [*Considérations sur divers cas de croup observés dans le service des enfants de la Charité de Lyon.*]

N° 210. DE FORESTA, Théophile, né le 11 juin 1831 à Nice-Maritime (États sardes). [*Des orbitocèles enkystées.*]

N° 211. LENORMANT, Étienne-Constant, né le 25 août 1828 à Quimper (Finistère). [*De la pustule maligne.*]

N° 212. DUPUY, Benoît, né le 3 mai 1826 à Saint-Genis-Laval (Rhône). [*Étude sur le perchlorure de fer.*]

N° 213. FOUBERT, Henri-Eugène, né le 30 novembre 1827 au Havre (Seine-Inférieure). [*De l'anesthésie locale.*]

N° 214. BATAILLER, André-Alphonse, né le 16 février 1828 à Tarascon (Bouches-du-Rhône). [*De l'adénopathie vénérienne.*]

N° 215. CALVO, Dominique-Henri-Joseph, né le 17 septembre 1826 à Marseille (Bouches-du-Rhône). [*De l'albuginite syphilitique et du diagnostic, du pronostic et du traitement des sarcocèles cancéreux, tuberculeux.*]

N° 216. GUIFFART, Frédéric-Auguste, né le 13 octobre 1825 à Cherbourg (Manche). [*Essai sur l'aménorrhée idiopathique et les affections secondaires qui peuvent en être la conséquence.*]

N° 217. THÈZE, Jean-Baptiste-Auguste, né le 5 mars 1824 à Rochefort (Charente-Inférieure). [*Des causes, des symptômes et du traitement des fièvres intermittentes simples.*]

N° 218. GUILLON-KÉRÉDAN, Amédée-Casimir-Étienne, né le 24 novembre 1826 à Carhaix (Finistère). [*Des services rendus au diagnostic des maladies par l'anatomie pathologique.*]

N° 219. ROUBINET, Antoine, né le 22 novembre 1828 à Sainte-Mère-la-Breuille (Creuse). [*Des amygdales et de leurs maladies.*]

N° 220. BRIDE, François-Désiré, né le 2 février 1829 à Orgelet (Jura). [*Hygiène appliquée à la seconde enfance.*]

N° 221. GUYOT, Charles-Thérèse-Philibert-Timothée, né le 20 août 1828 à Cugney (Haute-Saône). [*De l'importance de l'appétit et de la considération des fonctions digestives dans le traitement des maladies chroniques.*]

N° 222. LENOIR, César-Ferdinand, né le 28 novembre 1827 à Léonville (Manche). [*De la pleurésie aiguë.*]

N° 223. VALENTIN, Charles-Ernest, né à Nantes (Loire-Inférieure), le 24 juillet 1828. [*Des effluves.*]

N° 224. LAMBERT, Claude-François, né le 15 octobre 1821 à Orgeval (Seine-et-Oise). [*De la phlébite et de l'infection purulente en général.*]

N° 225. VIORNERY, Pierre, né le 7 décembre 1826 à Saint-Pierre-de-Bœuf (Loire). [*Du traitement des fièvres intermittentes.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

I.

Paris, ce 24 août 1854.

HÔTEL-DIEU DE LYON. — NOUVEAU PROCÉDÉ POUR LA CURE DE LA HERNIE INGUINALE.

Nous exprimions dans notre dernier numéro des doutes sur l'efficacité du procédé appliqué par M. le professeur Jobert à la cure radicale de la hernie inguinale. Nous devrions dire *réappliqué*, car le procédé appartient à M. Velpeau ; et il n'est pas inutile de faire remarquer que ce chirurgien, au lieu de ponctionner le sac à l'aveuglette, à travers la peau, le découvre par une incision préalable, pour être bien sûr d'y faire pénétrer l'injection, et que néanmoins il paraît médiocrement satisfait du résultat (voy. *Médecine opératoire*, t. IV, p. 150). Que ce soit notre excuse auprès de M. Jobert ! Or, parmi nos motifs de réserve était celui-ci : L'action de la liqueur iodée sur la face interne du sac ne peut toujours aboutir, en mettant tout au mieux, qu'à l'oblitération du sac lui-même,

et non à celle du canal inguinal ; et l'oblitération du canal est la condition essentielle, indispensable, d'une cure radicale. En effet, un sac oblitéré peut bien former tampon pendant quelque temps à l'orifice externe du canal ; mais, pour peu que la hernie soit ancienne et ait acquis droit de domicile, elle repoussera cette faible barrière en abaissant le péritoine. A supposer même que les parois du sac restent solidement accolées jusque dans l'intérieur du canal, rien ne s'opposera encore au refoulement du péritoine par les viscères. En un mot, la suppression de la poche herniaire, de quelque manière qu'on l'obtienne, par la ligature, par la suture, par l'introduction de filaments de gélatine et de lanières de baudruche, par l'injection iodée, etc., ne peut prétendre à autre chose qu'à neutraliser plus ou moins l'effet *actuel* de la descente du péritoine ; elle est incapable d'empêcher un nouveau glissement. Le succès pourra être définitif, si les viscères n'exercent pas de nouveaux efforts ; dans le cas contraire, il ne sera que temporaire. Et voilà pourquoi il est si important de ne juger des résultats d'un procédé de cure radicale qu'après un temps assez long.

Ce qu'il faut donc, c'est ou une adhérence entre la paroi antérieure et la paroi postérieure du canal, le sac disparaissant dans la fusion ; ou un bouchon engagé dans le canal et n'en pouvant plus sortir. Et, de plus, il est essentiel que l'oblitération ait lieu jusqu'au niveau de l'orifice interne ; sans quoi, une hernie interstitielle pourrait encore se former. M. Gerdy a l'honneur d'avoir imaginé le premier procédé qui réponde rationnellement à ces indications fondamentales. Ce procédé est connu de tout le monde. Il consiste à invaginer la peau du scrotum dans l'anneau inguinal aussi loin que possible ; à fixer le fond de cette sorte de doigt de gant à la peau de l'abdomen, par la suture enchevillée ; à cautériser enfin avec l'ammoniaque toute la surface interne du manchon cutané, pour provoquer l'adhésion mutuelle de ses parois et le convertir en un bouchon plein. Malheureusement, ce bouchon, qui n'a pas, par sa surface externe, d'autre moyen d'attache que le tissu cellulaire sous-cutané, finit, dans beaucoup de cas, par fuir devant le paquet intestinal, et la hernie se reproduit plus ou moins complétement.

C'est un perfectionnement de ce procédé qu'a imaginé récemment un de ces cliniciens savants, modestes, laborieux, que renferment les hôpitaux de Lyon, et à qui il ne manque que le rayonnement de Paris pour acquérir l'éclat des grands noms. M. Valette s'est proposé de donner des attaches fixes à la peau invaginée, en la faisant adhérer aux parties voisines en haut et en avant, sans préjudice de l'oblitération de l'infundibulum (1). Sans entrer dans le détail des essais auxquels il s'est livré depuis 1849, nous donnerons immédiatement la description succincte du procédé qu'il suit aujourd'hui.

L'appareil instrumental se compose :

1° D'un *invaginateur ab* (figure 1), sorte de cheville d'ébène ou de buis, longue de 12 à 14 centimètres, de grosseur variable, arrondie à son extrémité *a*, garnie à l'extrémité *b* d'une virole métallique. Cette virole supporte la tige *bh* tournée en pas de vis pour recevoir deux écrous qui peuvent ainsi s'éloigner ou se rapprocher l'un de l'autre une fois qu'ils ont été vissés sur la tige. L'invaginateur est creusé d'un canal courbe *c*, *d*, dont l'ouverture d'entrée est en *c*, centre de l'invaginateur, et l'ouverture de sortie en *d*, sur la face antérieure de l'instrument et à 2 centimètres environ de l'extrémité *a*.

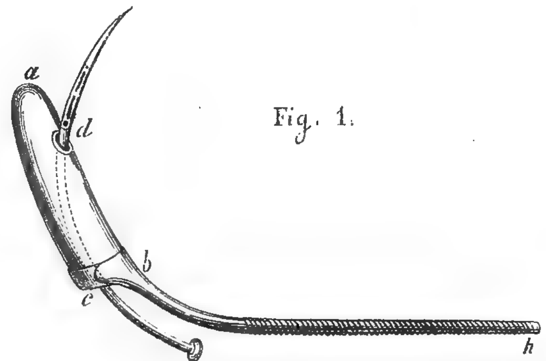
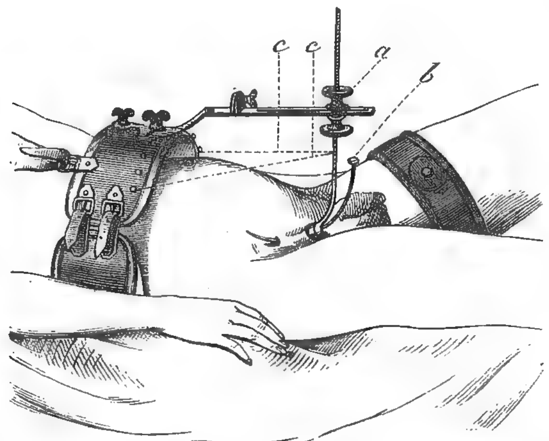


Fig. 1.

2° D'une grosse aiguille courbe (figure 1), pouvant glisser aisément dans le canal de l'invaginateur. A 3 ou 4 centimètres de la pointe de l'aiguille, est une fenêtre destinée à recevoir une petite quantité de pâte de chlorure de zinc (le chlorure de zinc joue un grand rôle dans la chirurgie lyonnaise). A chaque extrémité de la fenêtre, l'aiguille présente une petite ouverture pour laisser passer un fil, à l'aide duquel on fixe la petite bandelette de pâte caustique dans sa loge. Quant à la traverse qui sépare cette ouverture en deux parties, c'est tout simplement un petit morceau d'acier qui n'est là que pour donner plus de solidité à la portion fenêtrée.

Fig. 2.



3° D'une ceinture destinée à maintenir l'invaginateur immobile, et que nous représentons en place dans la figure 2.

De la partie antérieure de cette ceinture part une lame d'acier présentant, dans son segment externe, une fenêtre pour le passage de la longue tige perpendiculaire fixée à l'extrémité libre de l'invaginateur. Des articulations permettent à cette lame de se porter à gauche, à droite, d'exercer un mouvement de torsion sur elle-même. Des écrous à poulet sont destinés à la maintenir dans la position que le chirurgien veut lui donner.

Voici maintenant, en négligeant les détails, comment se pratique l'opération.

La peau ayant été refoulée dans le canal avec l'indicateur de la main gauche, on fait glisser le long de ce doigt un gorgeret, puis l'invaginateur dans la gouttière du gorgeret. On a soin de ne pas placer l'invaginateur trop obliquement, de peur que son extrémité externe ne vienne comprimer l'urètre et gêner la sortie de l'urine. Un aide saisit l'instrument et le maintient en place L'écrou inférieur de la tige de l'invaginateur est abandonné ; la lame de la ceinture est mise en place, puis dirigée à l'aide des articulations placées vers son attache à la ceinture et vers le milieu de sa longueur, de manière à ne pas gêner la tige de l'invaginateur, et enfin fixée dans cette position au moyen des écrous correspondants aux arti-

(1) C'est dans un but analogue que M. Maisonneuve a apporté récemment au procédé de M. Gerdy la modification que nous avons fait connaître dans notre n° 36, page 592.

culations. On place alors l'écrou supérieur *a* de la tige de l'invaginateur, et on le fait marcher en même temps que l'écrou inférieur. L'instrument est ainsi rendu immobile. Pour plus de sûreté, deux fils très forts *c c* sont attachés à la tige, d'une part, et, de l'autre, à l'un des boutons placés sur la partie latérale et antérieure de la ceinture.

« Ceci fait, écrit M. Valette, on pousse l'aiguille *b*, qui, après avoir traversé la peau refoulée par l'invaginateur et la paroi antérieure du canal, vient se montrer. On la fait saillir jusqu'à ce que la portion *b* tout entière ait traversé les chairs : l'opération est alors complétement terminée ; il n'y a plus à s'occuper de la cautérisation. En effet, les parties traversées se trouvent en contact avec le chlorure de zinc, qui agit immédiatement sur elles. Lorsque la cautérisation sera assez étendue, ce dont on pourra juger en regardant ce qui se passe autour de l'aiguille (l'effet est obtenu en général au bout de dix à douze heures), on pousse de nouveau l'aiguille jusqu'à ce que la portion inférieure de la fenêtre soit dégagée. Tout autour du point traversé par cette aiguille se trouve une petite eschare. Si par hasard on jugeait que la cautérisation n'a pas été assez loin, rien ne serait plus facile que de charger de nouveau la fenêtre de l'aiguille de caustique, que l'on mettrait en contact avec les parties sur lesquelles on veut agir en faisant rentrer l'aiguille dans son canal ; dans le cas contraire, on laisse les choses en place. L'invagination est maintenue par la position de l'invaginateur et les différentes pièces qui le contiennent. D'un autre côté, la portion de l'aiguille située en arrière de la portion fenêtrée traverse le centre de l'eschare et contribue à empêcher les parties de se déplacer.

» Il est facile de se rendre compte de ce qui va se produire. L'inflammation, qui doit nécessairement se développer dans la partie vivante contiguë à la portion mortifiée, provoque des adhérences entre toutes les parties touchées par le caustique ; et ces adhérences seront toujours formées à la chute de l'eschare, parce que ces deux phénomènes, formation d'adhérences et chute de l'eschare, sont solidaires l'un de l'autre, et que le même travail qui produit le second produit le premier.

» Lorsque l'effet est obtenu, rien de plus simple que d'enlever l'appareil. On ôte d'abord l'aiguille, puis l'invaginateur. »

C'est alors que l'on excorie la cavité de l'infundibulum, si déjà le contact continu de l'invaginateur n'a pas produit cet effet.

La conception rationnelle de ce procédé prévient en sa faveur. Mais c'est ici surtout qu'il faut demander son jugement à l'expérience. Or quels sont, jusqu'à présent, les résultats ?

M. Valette a pratiqué huit fois l'opération que nous venons de décrire. Il ne publie avec détails que deux observations. Dans l'une d'elles, le sujet portait deux hernies inguinales très volumineuses et datant de la naissance. Il est sorti guéri cinq mois après l'opération de l'une des hernies et trois mois après l'opération de l'autre. Près d'un an après sa sortie le sujet a été examiné avec soin par M. le docteur Lhermier des Plantes, qui a constaté le maintien de la guérison. Dans le second cas, il s'agissait d'une hernie inguinale ayant le volume des deux poings réunis. Le sujet est sorti trois mois après l'opération et n'a pas été revu ; mais quatre mois après sa sortie, il a écrit que la guérison se maintenait parfaitement.

Restent cinq opérations dont M. Valette donne seulement le résultat. Il s'agit toujours de hernies très volumineuses. Quatre fois, dit-il, la guérison a été complète ; mais la durée du temps pendant lequel les sujets ont pu être observés n'est pas spécifiée. Une fois, un commencement de récidive a été constaté un mois après la sortie de l'hôpital.

M. Valette comprendra que ces faits ne suffisent pas à établir irréfragablement l'efficacité de son procédé. Dans une question où les déceptions ont été si nombreuses, exigence n'est que sagesse. On ne saura bien si le procédé guérit, c'est-à-dire si tout à la fois il fait disparaître la hernie et prévient les récidives, que quand le public aura devant les yeux une série de sujets dont on pourra affirmer qu'ils sont et restent depuis longtemps débarrassés de leur infirmité. Nous ajouterons que l'honorable chirurgien de Lyon aurait agi sans doute dans l'intérêt de sa cause, s'il avait publié toutes ses observations. Pour juger la valeur d'une opération nouvelle, on aime à la suivre dans un assez grand nombre d'applications ; et certainement, ce qui pourrait être oiseux ailleurs, n'eût fait ici que remplir l'attente des chirurgiens.

Encore un mot, sans lequel nous n'aurions pas rendu justice au procédé de M. Valette. Dans aucun cas il n'a amené d'accidents sérieux ; jamais il n'a produit la péritonite, même au plus faible degré. Or on sait que c'est là l'écueil de la plupart des autres procédés et ce qui a discrédité, aux yeux de beaucoup d'esprits, toutes les tentatives de cure radicale des hernies.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA, ET SPÉCIALEMENT SUR L'EMPLOI DE LA CHALEUR ET DU FROID, par le docteur Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu.

En décembre 1848, j'ai publié dans le *Bulletin de thérapeutique* un mémoire sur les indications curatives du choléra asiatique, basé sur les observations que j'avais faites durant l'épidémie de 1832.

Je disais, en commençant, que nous *n'avions aucune action directe contre la cause inconnue du choléra, aucun remède contre cette maladie déclarée ; que pour la combattre nous n'avions d'autres armes que celles fournies par la thérapeutique générale, et que son traitement devait être basé sur les indications déduites des phénomènes principaux et des altérations anatomiques.*

Cette proposition me paraît être encore aujourd'hui l'expression de la vérité.

Je signalais, dans ce travail, les bons effets que j'avais retirés de la saignée pratiquée au début de la maladie, quand le pouls avait conservé un certain volume.

Dans le cours de l'épidémie de 1849 et de l'épidémie actuelle, soit que j'aie été plus timoré, soit que le choléra ait subi des modifications, ou que je n'aie pas été appelé, comme alors, à voir l'affection débutante, je n'ai plus trouvé la même indication pour la saignée.

Je notais déjà les inconvénients d'une caléfaction trop rapide ; je comparais les effets d'une chaleur trop élevée sur les cholériques, à ceux qu'elle produit sur des fruits congelés.

Parmi les moyens de caléfaction, je donnais la préférence à l'application répétée de serviettes chaudes promenées sur tout le corps. Leur légèreté, la facilité avec laquelle elles cèdent le calorique, la propriété qu'elles ont d'absorber la sueur, l'excitation résultant de ces applications répétées, me semblaient offrir des avantages ; et c'est encore le moyen auquel j'aurais recours si je croyais devoir employer la chaleur.

Après l'épidémie de 1849, je présentai à la Société de médecine des hôpitaux un travail inséré depuis dans le recueil de ses actes, et dans lequel j'attaquais plus franchement l'emploi de la chaleur exagérée dans le traitement du choléra.

C'est avec l'expérience acquise dans le cours de l'épidémie actuelle, que je viens de nouveau signaler les inconvénients, les dangers du chauffage exagéré des cholériques, comme cela se pratique vulgairement sous l'empire des instructions populaires éditées en 1832.

Je fais toutefois mes réserves sur l'emploi d'une chaleur modérée, au début de la maladie, et sur les bains de vapeur ou d'air chaud, qui sont restés dans la pratique de quelques médecins, malgré la crainte que m'inspire toujours le chauffage des cholériques.

Le but de cette caléfaction, quels qu'en soient le degré, la durée, c'est la *réaction*.

Comme l'indique l'étymologie du mot, la réaction suppose un mouvement opposé à la concentration algide ; c'est-à-dire, l'expansion extérieure, le retour de la chaleur, le rétablissement et l'ampliation du pouls, une excitation fébrile.

Si une médication avait la propriété de provoquer cette perturbation salutaire, elle devrait être immédiatement adoptée ; car avec le rétablissement de la circulation se trouveraient rétablis les actes organiques, dont le but est la nutrition, un des principaux effets, la calorification.

Il s'en faut de beaucoup qu'il en soit ainsi, même dans la minorité des cas.

Une réaction véritable, avec expansion fébrile, est un fait exceptionnel.

Un certain degré d'expansion extérieure avec retour de la chaleur, mais sans relèvement du pouls, rapidement suivie de dépression, de flétrissure, avec augmentation de cyanose et de réfrigération, effet assez ordinaire d'une caléfaction momentanée, ne peut être considéré que comme une *fausse réaction*, plus nuisible qu'utile à la guérison.

Il est une troisième forme de réaction, lente, progressive, insensible, caractérisée par la disparition graduelle des symptômes cholériques et le retour des phénomènes physiologiques : c'est celle que j'ai observée chez les cholériques livrés à eux-mêmes, ou qui n'ont pas été soumis à l'action de la chaleur. Rarement, dans ce cas, voit-on survenir une excitation fébrile secondaire.

L'action de la chaleur sur les cholériques est variable suivant sa durée, son intensité.

Si modérée qu'elle soit, portée intérieurement avec les boissons ou appliquée extérieurement, la chaleur augmente le malaise, l'anxiété cholériques. Il est peu de malades qui s'en trouvent bien.

Mais lorsqu'elle est exagérée et produite par le repassage avec des fers, l'entourage du malade avec des bouteilles, des briques, des sachets chauds, auxquels on joint d'épaisses couvertures, des oreillers, des édredons, l'anxiété devient inexprimable, la dyspnée est extrême; le malade s'agite vainement, bridé qu'il est par ses enveloppes, pour sentir, respirer de l'air frais; le feu épigastrique s'accroît, les crampes s'exaspèrent en raison directe de la chaleur. C'est une véritable torture, un supplice affreux.

C'est dans ces cas que l'on voit s'établir une fausse réaction. La dilatation des liquides et des solides par la chaleur amène une expansion trompeuse que l'on peut prendre pour de la réaction. Mais le pouls faiblit, la cyanose augmente, et bientôt les applications extérieures deviennent insuffisantes pour empêcher le retour de l'algidité.

Il se passe alors un phénomène important, sur lequel je crois devoir insister.

La dilatation des solides et des liquides par le calorique provoque une élimination extraordinaire de sérosité ; la peau en est inondée : c'est le morceau de bois vert jeté au feu et qui perd toute son eau par l'action de la chaleur. Tous les malades que j'ai vus ainsi traités ont succombé dans un espace de temps très court, un seul excepté. C'était en 1852 ; c'était bien un choléra bleu, algide, mais sporadique. Je le trouvai en proie au surchauffage, dans l'état que je viens de décrire. Je le fis transporter dans une chambre spacieuse, sur un lit fraîchement fait, après l'avoir fait essuyer et couvrir de linges secs, je le laissai s'agiter dans son lit, en lui prescrivant des boissons glacées et des sinapismes. *Dès ce moment, les accidents se calmèrent*, et la guérison s'opéra avec facilité. Nul doute que la mort n'eût été la conséquence du traitement commencé, s'il avait été continué.

La chaleur exagérée, c'est un fait incontestable et contre lequel il faudrait prémunir les populations, *est fatale aux cholériques*.

Dans certaines localités la suette marche de pair avec le choléra. Dans un voyage que je fis à Noyon, en 1849, je me trouvai en rapport avec mon ancien condisciple le docteur Colson. Il me dit, à propos de ces deux affections, que la suette se changeait facilement en choléra. Des malades de la campagne, en proie à la première, se lèvent, inondés de sueurs, pour donner des soins à leurs bestiaux ; ils sont saisis de froid, la sueur s'arrête, le choléra se déclare. *Le choléra est une suette retournée* : expression non moins juste qu'énergique.

Eh bien ! la suette que l'on provoque chez les cholériques par une chaleur exagérée est un *choléra retourné*.

Dans un certain nombre de cas, et des plus graves, j'ai vu, depuis quelque temps, cette sueur excessive se joindre aux autres phénomènes cholériques, et les dominer à tel point, qu'elle amenait en peu d'heures, et sans être provoquée, l'atrophie générale des malades. Aussi, quand à l'algidité se joint une sueur froide et visqueuse, qui donne au toucher la sensation que procure le contact des animaux à sang froid, peut-on considérer le choléra comme mortel ou à peu près; tandis qu'un pronostic plus favorable est naturellement déduit de l'absence d'élimination sudorale.

Ma répulsion pour la chaleur appliquée aux cholériques n'est pas fondée exclusivement sur l'expérience : elle l'est également sur une induction rationnelle.

Le cholérique refroidi se trouve dans des conditions analogues à l'asphyxié par submersion ou par congélation.

L'expérience nous apprend que ce serait donner la mort à ces derniers que de les soumettre brusquement à une température élevée. C'est par une douce transition et lentement que l'on cherche à rétablir la chaleur. N'y a-t-il pas un égal danger à chauffer brusquement les cholériques ? Dans ces diverses circonstances, le passage immédiat d'une température algide à une chaleur élevée n'a-t-elle pas sur l'économie la même influence que sur les tissus congelés dans les climats froids ? C'est en frictionnant ces tissus avec de la glace ou de la neige qu'on les rappelle à la vie. La chaleur les frappe de sphacèle. Dans la caléfaction, sans transition, d'un cholérique, ne se passe-t-il pas quelque chose d'analogue ?

La déperdition de la sérosité, la pénétration des globules colorés du sang dans des vaisseaux normalement trop petits pour les admettre, suffiraient pour justifier cette supposition.

Il y a d'ailleurs une raison péremptoire qui doit nous engager à éloigner des malades une chaleur trop vive : c'est que le froid cholérique n'est qu'un *phénomène*, saillant, il est vrai, mais effet complexe de la perturbation introduite dans l'innervation, les actes respiratoires et nutritifs.

S'adresser à ce phénomène, à peu près exclusivement, comme c'est le fait de la médication calorifique, c'est vouloir éteindre un incendie en s'adressant à la fumée.

En éliminant la chaleur du traitement des cholériques, nous ne sommes pas néanmoins désarmés contre le froid. Nous avons à notre disposition des moyens d'action qui s'adressent plus directement aux sources de la chaleur vitale.

Avant d'exposer ces moyens, je demande au lecteur la permission de dire quelques mots sur la marche naturelle du choléra non traité.

Tout le monde sait que, dans les campagnes, bon nombre de cholériques, privés de secours, et n'ayant, pour apaiser leur soif, que l'eau de leur seau, ont parfaitement guéri.

Durant l'épidémie de 1849, dans mon service de l'hôpital Beaujon, j'ai vu des malades, que je croyais voués à une mort certaine, refusant tout moyen de traitement autre que des boissons froides et glacées et la liberté de s'agiter dans leur lit, guérir, cependant, malgré mes prévisions, et cela par la cessation graduelle des symptômes cholériques, sans perturbation réactionnelle.

C'est en suivant ces indications, fournies par la nature, que je fis alors supprimer la chaleur, intérieurement et extérieurement, du traitement de mes cholériques.

Ne pas faire de mal était la première indication de la thérapeutique. La chaleur me paraissait généralement nuisible, souvent funeste : la nature m'ouvrait une voie nouvelle.

J'instituai alors le traitement suivant, que je suis encore aujour-

d'hui, sans idée préconçue, et prêt à saluer toute découverte qui augmenterait la puissance de la médecine dans le traitement de cette terrible maladie.

Le cholérique a besoin d'air, d'agitation et de mouvement; il trouve du soulagement dans la respiration d'un air frais, dans son agitation instinctive.

La première indication m'a paru être celle-ci :

Entourer le cholérique d'un air frais et libre ;

Le laisser se rouler, se débattre dans son lit.

Une soif dévorante, une chaleur brûlante à l'estomac, torturent les malades.

Ils demandent de l'eau froide, de la glace; ils l'absorbent avec avidité, souvent même avec une indicible volupté.

Des boissons froides sont à peu près généralement admises, et par ceux-là même qui débutent par les boissons chaudes.

Elles ont donc pour elles la sanction incontestée de l'expérience de tous.

Elles ont pour avantage de calmer la soif, de modérer l'ardeur épigastrique et les vomissements.

Ce n'est peut-être pas une pure hypothèse, que leur attribuer une action sédative sur les exhalations gastro-intestinales.

L'effet secondaire de la glace est tonique. Un certain degré de réaction suit généralement son ingestion.

Les boissons chaudes ont des effets opposés : elles répugnent aux malades, augmentent les vomissements et la chaleur épigastrique; favorisent la déperdition sudorale, qui est la conséquence de la dilatation des tissus par l'exagération du calorique.

La seconde indication consistait donc à calmer la soif, à modérer la chaleur centrale.

Les boissons froides remplissent ce but. Elles soulagent les malades, et aucun mauvais effet ne leur a été attribué jusqu'ici.

La nature de ces boissons peut varier. Des malades ne veulent que de l'eau. On peut animer ces boissons avec des spiritueux, leur associer de l'eau de Seltz, etc.

De la limonade ou de l'eau vineuse m'ont paru parfaitement convenir aux malades : c'est la boisson que j'emploie de préférence.

Une *troisième indication* naît de la *dépression cholérique*.

Relever la chaleur générale, non par équilibration de température, mais par la stimulation des sources naturelles de la chaleur du corps : telle est l'indication.

Je ne connais aucun moyen qui remplisse ce but mieux que le sinapisme répété.

Voici dans quel ordre l'application en est faite :

1° Sur la base de la poitrine et le haut du ventre ;

2° Peu après, sur le dos, et largement ;

3° Puis sur différents points des membres supérieurs et inférieurs, en procédant du centre aux extrémités.

Cette application successive est quelquefois répétée deux fois le jour, et au moins plusieurs jours de suite ; mais, dans ce cas, comme les accidents abdominaux sont presque toujours calmés dès le premier ou le second jour, on se borne à des applications partielles sur les extrémités, afin d'entretenir un certain degré de stimulation.

L'effet du sinapisme est toujours favorable.

Il calme promptement la douleur, l'oppression épigastrique, les douleurs lombaires et les crampes. *Il soulage toujours*, et je ne sache pas qu'on puisse l'accuser d'aucun effet nuisible, quand son emploi a été sagement dirigé.

Il serait inutile d'insister sur son mode d'action. Outre le soulagement local qu'il procure, il agit comme stimulant général par l'intermédiaire du système nerveux ; il provoque rarement la *réaction fébrile* ; mais il aide la nature dans son travail graduel de réparation.

Une potion antispasmodique légèrement opiacée est ordinairement associée à ces moyens, suspendue sitôt que le malade s'en dégoûte.

En résumé :

Les résultats funestes d'une caléfaction exagérée,

Le soulagement qu'apportent en général les sinapismes,

Les bons effets des boissons froides,

Sont les seuls faits thérapeutiques qu'il soit possible de généraliser, dans le choléra algide confirmé.

Mais, dira-t-on, il est d'autres moyens qui peuvent réclamer leur juste part dans cette thérapeutique : les vomitifs, les purgatifs, l'opium, et d'autres agents énergiques auxquels on doit de nombreuses guérisons.

Je suis loin de repousser les vomitifs, l'ipéca surtout. J'en fais usage quand je trouve des symptômes d'*embarras gastrique*.

Je n'hésite pas à recourir au purgatif, quand par la percussion je constate une accumulation de matières dans l'intestin.

J'avoue encore, qu'à certaines périodes d'une épidémie cholérique, on voit les évacuants faire merveilles. C'est aussi le moment des panacées.

Mais si mon observation est vraie, les moyens dont je viens de parler ne remplissent que des indications spéciales.

Rien n'est difficile comme l'expérience en thérapeutique ; les difficultés deviennent parfois insurmontables quand il s'agit du protée cholérique.

Tant de circonstances doivent être prises en considération pour éviter l'illusion d'apparents succès !

Il faudrait tenir compte de la marche normale de la maladie non traitée; de sa mortalité comparative; des périodes de l'épidémie; de la condition des malades soumis au traitement; des localités, et *des combinaisons* de moyens surtout. Nous n'avons, en général, que trop de tendance à faire les honneurs de guérisons, peut-être naturelles, à un moyen ou un agent thérapeutique insignifiant, ou dont la part a été plus ou moins nulle dans une médication composée.

De toutes les panacées préconisées dans les épidémies qui, depuis vingt-cinq ans, ont ravagé l'Europe, pas une seule n'est restée.

Quand on s'égare à la poursuite d'un spécifique, on oublie que le choléra confirmé est une affection complexe, et qui laisserait, sa cause étant éliminée, des désordres organiques constituant à eux seuls des états morbides graves, dont la réparation ne peut être que la conséquence d'une série d'actes fonctionnels; et que ce travail n'est pas l'affaire d'un jour.

Si dans les agents préconisés contre le choléra, il en est qui puissent nous prêter un utile concours dans la sollicitation de ces actes, ou nous aider à remplir une indication secondaire, nous l'accepterons avec empressement.

Mais, jusqu'ici, il n'en est aucun, pas même l'opium, malgré les incontestables services qu'il rend dans les cholérines, ou, comme sédatif, dans le choléra confirmé, aucun dont il soit possible de généraliser l'application avec utilité.

Déjà justice a été faite, et dans ce journal même, à propos du sulfate de strychnine, de la hardiesse et des dangers de certaines expérimentations.

Il y a toujours hardiesse de la part de l'expérimentateur, danger pour le sujet expérimenté, dans l'ingestion d'une substance *toxique* dont l'absorption est arrêtée ou ralentie par des circonstances exceptionnelles; un formidable empoisonnement est toujours à craindre pour le moment où l'absorption rétablie versera dans la circulation les doses accumulées de cet agent. Ceci n'est pas moins vrai pour l'opium que pour toute autre substance.

Règle générale, absolue : les agents toxiques ne doivent être administrés qu'à des doses rigoureusement thérapeutiques. Cette règle n'est pas applicable à une dose seulement, mais aussi aux doses plus ou moins éloignées, dont l'accumulation constituerait un foyer d'intoxication.

Je conclus :

1° Le choléra ne peut, on ne saurait trop le répéter, guérir que par l'intervention d'une série d'actes organiques.

Il n'y a, il ne peut y avoir de panacée contre cette maladie confirmée.

2° La chaleur est généralement pénible aux cholériques.

Si elle est continue, exagérée, comme celle qui est conseillée dans les instructions populaires, *elle est constamment funeste*.

3° Les sinapismes *soulagent constamment*. Leur emploi, conve-

nablement dirigé, est une des bases essentielles du traitement du choléra.

4° Les *boissons* froides sont, avec les sinapismes, le moyen le plus généralement accepté, celui qui donne le plus de calme et de soulagement aux malades.

5° Les vomitifs, les purgatifs, l'opium, remplissent des indications spéciales.

6° Il serait urgent de modifier des instructions populaires surannées, et de les mettre en harmonie avec les résultats de l'expérience.

Sur la médication ferrugineuse, par M. Q. A. Quevenne, pharmacien en chef à la Charité. — Analyse très détaillée du rapport lu à l'Académie de médecine dans la séance du 22 août 1854, par M. le professeur Bouchardat.

Entrant dans une voie complétement nouvelle, M. Quevenne, dit le rapport, par une suite d'expériences considérables exécutées sur des chiens à fistules stomacales, a tâché d'élucider le problème important de l'administration des préparations ferrugineuses associées aux aliments usuels.

L'auteur a expérimenté sur plusieurs chiens à fistule. Les résultats ont toujours été concordants; aussi ne parle-t-on guère dans le rapport que de celui de ces animaux qui est désigné dans le mémoire sous le nom de *Chalyb*. Il était d'assez forte taille, et pesait 16 kilogrammes.

Sauf les cas qui nécessitaient une nourriture particulière, la ration d'aliments pour chaque expérience se composait de :

	Quantité de mat. sèche correspondante.
100 grammes bouilli maigre coupé menu. . .	41,40
40 gram. pain blanc de 2ᵉ qualité, id. . . .	26,24
150 gram. bouillon.	
	67,64

C'est ce qu'on a appelé la *ration mixte ordinaire*.

La durée de la digestion, pour cette quantité d'aliments, était de cinq heures.

Le but principal de l'auteur a été celui-ci : Une préparation martiale étant ingérée avec les aliments, combien introduit-elle de fer à l'état de dissolution dans le suc gastrique ?

M. Quevenne a aussi apprécié, par la voie de l'expérience, l'influence du produit martial sur le degré d'acidité du suc gastrique, celle de la nature des aliments ingérés simultanément, l'addition de divers médicaments aux ferrugineux.

Beaucoup d'autres points ont encore été examinés par lui, comme le poids des matières alimentaires dissoutes par le suc gastrique, le passage des différents composés de fer dans les urines, la cause de la couleur noire des selles, le dosage du fer dans la bile et les cheveux, les propriétés comparatives du suc gastrique chez l'homme, le bœuf, le lapin, les poules; l'état d'oxydation du fer dans le suc gastrique, la fonction physiologique qu'il remplit dans l'économie après qu'il s'est localisé dans le globule sanguin, etc.

Si l'on fait le dénombrement de toutes ces expériences, qui ont été commencées en 1847, on arrive au chiffre énorme de deux mille ou à peu près.

Mais le mémoire *in extenso* n'ayant été déposé à l'Académie qu'à titre de renseignement, la commission a dû se borner à l'examen des questions traitées dans la partie de ce travail officiellement présentée.

I. Résultats obtenus.

Les résultats des expériences dont il s'agit ont été consignés dans une suite de tableaux qui permettent d'en embrasser rapidement l'ensemble, et dont les chiffres indiquent souvent d'eux-mêmes les conséquences à tirer. Par exemple, l'un de ceux-ci montre que, pour la digestion d'une ration mixte ordinaire, à laquelle on avait mêlé chaque fois 0,50 de la préparation ferrugineuse à examiner, on a obtenu :

	Fer supposé à l'état métallique pour 100 gr. suc gastrique.
Avec fer réduit.	0,051,2
— protosulfate de fer.	0,028,4
— tartrate de potasse et de fer . .	0,011,0
— safran de Mars	0,008,2

Le fer réduit avait donc introduit beaucoup plus de métal à l'état de dissolution dans le suc gastrique que les trois autres produits ; circonstance qui ne s'accorde guère avec l'idée admise d'une manière absolue, que les préparations de fer insolubles par elles-mêmes (safran de Mars, éthiops, protocarbonate, limaille, etc.) sont moins actives que celles qui sont naturellement solubles.

Mais les chiffres ci-dessus tendent à faire penser que cette proposition est vraie pour certains composés insolubles : le safran de Mars, par exemple.

Un autre tableau explique ce résultat ; on y voit qu'une solution de sel de fer (l'expérience a été faite avec le tartrate ferrico-potassique) mise en contact avec les aliments laisse précipiter la presque totalité du métal. Ce précipité n'étant pas insoluble dans les acides, comme l'avaient déjà constaté, chacun de son côté, MM. Leras, Mialhe, C.-G. Mitscherlich, une certaine quantité se redissout dans le suc gastrique.

Il suit de là que, dans le cas d'administration des ferrugineux *avec les aliments*, soit que l'on mêle à ces derniers une préparation de fer insoluble, soit que l'on y ajoute un sel soluble du même métal, le suc acide de l'estomac est appelé à réagir sur une matière insoluble. Dans le premier cas, l'insolubilité est inhérente au produit ; dans le deuxième, elle résulte de la réaction des aliments. Dans ces deux circonstances, la quantité de métal dissoute dépend, et de la proportion de substance active (fer) existant réellement dans le produit ingéré, et du degré de solubilité de ce produit ou du précipité qu'il forme dans le suc gastrique.

Un autre tableau présente la quantité de métal dissoute relativement à chaque dose de fer réduit administrée.

Les chiffres de ce tableau montrent que la quantité de fer dissoute par le suc gastrique, sans être proportionnelle à la dose ingérée, augmente cependant beaucoup avec celle-ci. Par exemple, 0,05 de fer réduit ont introduit dans le liquide dont nous parlons 0,013,8 (13 milligr. et 8/10) de métal (il s'agit toujours, dans ces estimations, de 100 grammes de suc gastrique), tandis que 0,50 y en ont introduit 0,051,2.

Nous voyons donc là encore un résultat qui ne s'accorde point avec les idées jusqu'ici admises, et qui étaient :

Qu'en fait de préparations insolubles, la dose administrée n'avait qu'une faible importance, attendu que le suc gastrique, une fois saturé par le médicament, l'excès de celui-ci restait inattaqué et continuait de parcourir le canal alimentaire à la manière d'un corps inerte. On avait oublié, en faisant cette objection théorique, qu'il s'agit, non pas d'une quantité donnée de liquide acide contenu dans un verre à expérience, mais d'un phénomène s'accomplissant au milieu d'un espace circonscrit par des parois vivantes, absorbant au fur et à mesure le liquide déjà chargé du principe médicamenteux, et sécrétant simultanément des quantités nouvelles d'acide qui viennent réagir à leur tour.

Lorsqu'il s'agit d'une préparation ferrugineuse difficilement attaquable par les acides faibles, comme le safran de Mars, le suc gastrique s'en charge d'une si petite quantité, que, même en élevant fortement les doses, l'augmentation dans la proportion de fer dissoute est peu sensible.

Ainsi, 0,50 de safran de Mars ayant introduit, comme nous l'avons déjà dit, 0,008,2 de fer à l'état de dissolution dans le liquide en question, 5 grammes, ou dix fois plus, n'y en ont introduit que 0,015,0, et 20 grammes, ou quarante fois plus, que 0,030,4.

(La suite à un prochain numéro.)

(La suite à un prochain numéro.)

III.

REVUE CLINIQUE.

Cas de lithotomie chez une femme.

Au mois d'avril dernier, une de nos malades aliénées de l'asile de Maréville éprouvait des douleurs très vives, par suite d'un calcul vésical dont nous constatâmes la présence et que nous essayâmes en vain d'extraire ou de briser. L'immobilité de ce calcul nous fit croire à un enchatonnement, et nous crûmes devoir nous aider, dans cette circonstance, de l'expérience si connue de M. le docteur Castara (de Lunéville). L'opération était urgente : la malade rendait beaucoup de sang avec les urines ; elle était épuisée, et la nature de son affection hypochondriaque l'entretenait dans l'idée qu'elle ne devait pas manger, pour ne pas augmenter ses douleurs. Je laisse à M. le docteur Castara le soin de décrire l'opération.

Voici la note textuelle qu'il m'a remise.

Obs. — Une aliénée, hypochondriaque, célibataire, âgée de quarante ans, souffrait depuis quelque temps de la vessie, lorsqu'on y découvrit, par le cathétérisme, un calcul qui parut être assez volumineux. Le corps étranger, placé immédiatement derrière l'orifice vésical, était étroitement serré par les parois de l'organe, et comme enchatonné dans la partie antérieure. L'introduction de la sonde était difficile ; mais en dirigeant à droite et en bas un instrument à courbure courte, on parvint à contourner la pierre, non sans provoquer de vives douleurs, malgré l'injection préalable de 200 grammes d'eau tiède. Le calcul, moins gros qu'il ne le paraissait au premier abord, déprimait la paroi antérieure du vagin, et formait dans le canal une tumeur oblongue, dure et lisse.

L'opération, ayant été résolue, fut pratiquée le 25 avril 1854.

La malade, placée et maintenue comme d'ordinaire, fut endormie par le chloroforme. L'urètre et le col vésical furent incisés directement en haut, du côté de la symphyse pubienne, avec le lithotome ouvert au n° 6 ; ensuite le doigt indicateur dilata la plaie avec douceur et ménagement, et décolla la vessie de la surface du calcul. Cette manœuvre ne fit reconnaître rien d'extraordinaire, bien que l'on ne perdît pas de vue l'existence possible d'un corps étranger qui aurait servi de noyau de cristallisation à la matière lithique. La pierre, friable, se brisa sous une faible pression de la tenette, et dut être extraite en plusieurs fois. A l'un des fragments adhérait une grosse aiguille à coudre longue de 5 centimètres dont la pointe débordait en arrière le grand axe du calcul, dans l'étendue de 2 centimètres, sans présenter aucune incrustation, tandis que le reste, c'est-à-dire la plus grande partie, était renfermé dans la pierre.

La capacité de la vessie était partagée en deux cavités, dont l'une, antérieure, beaucoup plus petite, à parois épaisses, rigides, formait une sorte de loge où se trouvait le calcul ; l'autre, postérieure, assez vaste, à parois minces, extensibles, était séparée de la première par une cloison épaisse, offrant une ouverture centrale circulaire d'un diamètre de 2 à 3 centimètres ou environ, à bords arrondis et lisses.

On comprendra maintenant pourquoi l'injection d'une assez grande quantité d'eau dans la vessie ne distendant que sa cavité postérieure, le calcul ne devenait pas plus mobile. L'extrémité libre de l'aiguille était probablement fixée dans un point de la cloison, ce qui empêchait le mouvement en arrière ; il n'est pas douteux que la présence de l'aiguille dans la vessie ait été la cause déterminante du calcul, dont elle a fait le noyau.

Mais comment cette aiguille a-t-elle pénétré dans le réservoir de l'urine ? La malade seule pourrait le dire. On trouve dans les recueils d'observations des exemples multipliés de corps étrangers, qui, parvenus dans la vessie, s'y sont incrustés de matière pierreuse, et ont formé, de cette sorte, les noyaux des pierres. Ces corps arrivent dans la poche urinaire par une communication qui s'établit entre le tube intestinal et les uretères ou la vessie, ou bien ils sont introduits par l'urètre, ou ils viennent directement du dehors et traversent les tissus.

On sait que parmi les corps étrangers, ceux qui sont grêles et pointus, tels que les épingles et surtout les aiguilles, introduits dans nos tissus, se percent insensiblement une voie, cheminent à travers nos parties, dans toutes les directions, et sortent dans un point souvent fort éloigné de celui d'entrée, sans causer d'accidents redoutables. Mais leur présence dans la vessie est toujours un accident très grave. On cite plusieurs exemples d'aiguilles avalées qui ont été rendues au bout de quelques jours avec les urines, et d'autres qui ont formé la base d'un calcul. Mais la plupart de ces observations ne reposent que sur de simples assertions, et l'on n'ignore pas que les malades en telle circonstance, retenus par la honte, ne disent pas toujours la vérité. Sans nier cependant ces faits, nous ne les admettrons qu'avec réserve. Mais quand on considère les nombreux exemples bien avérés de corps étrangers les plus variés, du haricot à la pomme d'api, de l'aiguille jusqu'au clou, introduits dans l'urètre et qui ont pénétré dans la vessie, on peut présumer avec raison que, dans le cas particulier qui nous occupe, l'aiguille a suivi la même voie.

L'opération ne fut suivie d'aucun accident. Au troisième jour la malade se levait pour faire son lit. Une amélioration notable se présenta dans ses idées. Elle devint plus gaie, et ne fit plus de difficultés pour manger. Elle est aujourd'hui en pleine voie de guérison. Tout ce que nous savons sur l'introduction de l'aiguille repose sur des soupçons : elle rougit quand on lui en parle, et nous pensons que c'est par suite de manœuvres onanistiques que cette aiguille aura pénétré par le canal de l'urètre ; mais il ne nous a pas été possible de déterminer la date.

Docteur Morel (de Maréville).

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 7 AOUT 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Malacologie. — *Note sur une nouvelle paire de ganglions observée dans le système nerveux des mollusques acéphales*, par M. *Moquin-Tandon*. — Ces *ganglions*, que l'auteur désigne sous le nom de *médians*, se trouvent sur le trajet des grands nerfs qui unissent les ganglions buccaux aux ganglions postérieurs, près des orifices génital et précordial. Ils envoient un filet nerveux dans le tissu de la glande génitale.

Chirurgie. — *Note sur l'extirpation des tumeurs fibreuses profondes par la méthode dite de morcellement*, par M. *Maisonneuve*. — L'auteur cite deux observations où cette nouvelle méthode aurait produit les plus heureux résultats. Dans la première observation, il s'agit d'une tumeur fibreuse, située dans la région cervicale profonde ; dans la deuxième, il est question d'une tumeur fibreuse considérable, développée dans la paroi postérieure de l'utérus. Cette dernière, longue de 14 centimètres, large de 11, épaisse de 9, pesait 625 grammes. (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*)

Mémoire sur les fractures du corps et du col du fémur traitées à l'aide d'un nouvel appareil, par M. *Baudens*. — L'idée mère du nouvel appareil, c'est l'extension, la contre-extension, la coaptation d'une manière permanente. Cet appareil consiste en une boîte ou caisse formée par quatre parois : la paroi inférieure a 24 centimètres de largeur sur 1^{m},25 de longueur ; son rebord libre doit être échancré pour le passage des lacs de la contre-extension. Des deux parois latérales, l'externe a la longueur du plancher et 26 centimètres de hauteur. L'interne a la même hauteur et 90 centimètres de longueur. La paroi terminale ou digitale ferme la boîte en bas ; elle est haute de 26 centimètres. Ces diverses parois sont percées de trois rangées parallèles de trous, pour donner passage aux liens. Le plancher de cette boîte est garni d'un matelas de crin. Deux ou trois petits coussins, posés en pyramide, sont disposés sous le jarret, afin de fléchir légèrement l'articulation et d'avoir le bénéfice du double plan incliné et de l'extension. L'auteur indique ensuite les moyens d'opérer, à l'aide de cet appareil, l'extension, la contre-extension et la coaptation. La coaptation est opérée par de larges rubans élastiques repliés en formes d'anses pour embrasser le membre à l'endroit de la fracture dans toutes les directions voulues et fixés aux trous des parois de la boîte. Des faits relatés dans ce mémoire l'auteur croit pouvoir conclure qu'à l'aide du nouvel appareil on obtient la guérison des fractures obliques du fémur sans raccourcissement. (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*)

Anatomie. — *Note sur les expansions des racines cérébrales du nerf optique et sur leur terminaison dans une région déterminée de l'écorce des hémisphères*, par M. *Pierre Gratiolet*. — Après avoir analysé succinctement les opinions de Bartholin, de Gall, de Blainville, d'Ackermann, de MM. Foville et Flourens sur l'origine des nerfs crâniens, l'auteur expose le résultat de ses recherches sur l'origine du nerf optique. Il a découvert que les racines qui proviennent de l'écorce blanche des couches optiques, au lieu de s'arrêter à l'extrémité antérieure de la ligne qui sépare la couche optique du corps strié en suivant le bord du *centrum semi-circulaire* de Vieussens, fournissent au niveau du *corps genouillé externe* un épanouissement de fibres nerveuses, dont les pinceaux se dilatent et rayonnent en un large éventail qui s'étale en dehors de la corne postérieure du ventricule latéral, et vient s'unir par son limbe aux couches

corticales de l'hémisphère dans toute la longueur de son bord supérieur, depuis l'extrémité supérieure du lobe occipital jusqu'au sommet du lobe pariétal.

Vers les divisions antérieures de l'éventail, on aperçoit entre elles de petits intervalles dans lesquels s'engagent des fibres qui, mises en dehors de ce plan du nerf optique, le traversent pour se porter dans le corps calleux, au côté opposé du cerveau. Plus on avance, plus les racines du nerf optique apparaissent grêles et délicates, jusqu'à ce que leur recherche devienne par degrés absolument impossible. Toutefois, en passant des choses évidentes à celles qui le sont moins, on arrive à cette présomption, que de toute l'étendue du bord externe de la lame qui s'enroule autour de la couche optique, naissent des fibres cérébrales; que ces fibres passent entre celles du corps calleux, et vont successivement se terminer dans toute la longueur du bord supérieur de l'hémisphère. L'auteur se propose de donner plus de développement à ces idées en présentant à l'Académie le résultat de ses observations sur la loi d'arrangement des plans fibreux de différents ordres qui entrent dans la composition de l'hémisphère cérébral. (*Comm.*, MM. Serres, Flourens, Duvernoy.)

Médecine. — *Études sur le pus*, par M. *Bergeret*. L'auteur, en terminant son mémoire, résume dans les termes suivants le résultat de ses observations.

Le pus est composé : 1° par un liquide; 2° par des animalcules que je désigne sous le nom de *pyozoaires*.

Les pyozoaires ont deux manières d'être dans le pus : — ou bien ils nagent en liberté dans le liquide; — ou bien ils sont enfermés dans une vésicule membraneuse (globules).

Les pyozoaires libres s'agitent environ trois ou quatre jours, et, après leur mort, ils se trouvent réunis en petits amas par une matière amorphe.

Les animalcules des globules ne vivent, en général, que vingt-quatre heures; cette durée est sujette à varier sous certaines influences.

Quand les pyozoaires des globules ont cessé de s'agiter, ils forment les noyaux des globules en s'enroulant en spirales, très souvent, du moins, liés les uns aux autres au moyen d'une matière amorphe.

L'eau augmente la durée de leur agitation et l'on voit, sous son influence, les pyozoaires, qui formaient déjà un noyau, entrer de nouveau en mouvement et rompre la membrane qui les enveloppe.

L'acide acétique, au contraire, fait cesser tout à coup les mouvements des pyozoaires contenus dans les globules; mais son action est plus lente sur les animalcules libres.

La membrane enveloppante des globules me semble produite par le mucus tenu en suspension dans le liquide. (*Comm.*, MM. Andral, de Quatrefages, Montagne.)

Note sur une affection spasmodique, observée chez les poules, par M. *Leclerc*. — Cette maladie, infailliblement causée par la surprise ou par la peur, serait, d'après l'auteur, une véritable *chorée*. L'autopsie n'a révélé aucune lésion apparente dans les centres nerveux.

SÉANCE DU 14 AOUT 1854. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

Eaux minérales. — *Histoire chimique des eaux minérales et thermales de Vichy, Cusset, Vaisse, Hauterive et Saint-Yorre.* — *Analyses chimiques des eaux minérales de Médague, Châteldon, Brugheas et Seuillet*, par M. *Bouquet*. — Voici les principaux résultats des recherches et des expériences de l'auteur : *a*. Les eaux minérales de Vichy et les sources voisines sont de *formation zoologique* et ont toutes la même origine. — *b*. Elles contiennent les acides carbonique, sulfurique, phosphorique, arsénique, borique, chlorhydrique, et, dans quelques cas particuliers, sulfhydrique; de la silice, du protoxyde de fer, du protoxyde de manganèse, de la chaux, de la strontiane, de la magnésie, de la potasse, de la soude et une matière organique bitumineuse; le fluor, l'iode, le brome, la lithine et l'alumine n'y ont pas été trouvés. — *c*. La proportion de l'acide arsénique est égale à $0^{gr},001$ par litre pour les eaux non ferrugineuses, et à $0^{gr},002$ pour celles qui admettent des quantités notables de protoxyde de fer. — *d*. La composition des eaux n'a pas éprouvé de variations bien sensibles depuis un tiers de siècle; d'où il est permis de conclure à la permanence relative de leur constitution chimique. — *e*. Il n'est pas démontré que l'action thérapeutique de ces eaux soit exclusivement due au bicarbonate de soude; car elles renferment plusieurs autres sels, notamment des arséniates, qui doivent nécessairement participer à la médication par les eaux de Vichy. — *f*. La proportion de principes minéraux amenés à la surface du sol, en vingt-quatre heures, par toutes les sources du bassin de Vichy, dépasse 5000 kilogrammes; l'acide carbonique forme à lui seul plus de la moitié de cette quantité totale. (*Comm.*, MM. Thenard, Chevreul, Dufrénoy, Balard, de Sénarmont.)

Chimie organique. — *Nouvelles observations sur l'alcool butylique*, par M. *Wurtz*. — L'auteur consigne dans ce mémoire les résultats que lui a fournis l'étude spéciale des propriétés de l'alcool butyrique et des différentes combinaisons qu'il peut former. Ses recherches ont porté principalement sur le butène (gaz de Faraday), l'hydrure de butylium, le carbonate, l'acétate et le nitrate de butylium. M. Wurtz termine son mémoire par une nomenclature des composés appartenant à la famille du butylium. (*Comm.*, MM. Chevreul, Dumas, Balard.)

Note sur la préparation de quelques éthers, par M. *Philippe de Clermont*. (*Comm.*, MM. Balard, Dumas, Pelouze.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 16 AOUT 1854. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'instruction publique invite l'Académie à envoyer une députation de cinq membres à l'église métropolitaine pour le *Te Deum* qui sera célébré le 15 août à l'occasion de la fête de l'Empereur.

2. M. le ministre de l'agriculture et des travaux publics communique à l'Académie : *a*. Une lettre de M. le docteur *Noirot*, de Dijon, sur l'efficacité des *perles d'éther* du docteur Clertan dans le traitement de la *suette*. (*Commission des épidémies*.) — *b*. Dix recettes et remèdes nouveaux contre le choléra, dont trois seulement sont proposés par des médecins : M. le docteur *Remy*, de Châtillon-sur-Marne (sulfate de soude et tannate de quinine); M. le docteur *Jacquinot*, de Jouvelle (Haute-Saône) (extrait d'opium); M. le docteur *Perrussel* (cuivre, ellébore). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.)

3. Tableau des vaccinations pratiquées en 1853 dans le département de l'Allier.

4. Communications de : *a*. M. *Wittmach*, de Hambourg (efficacité du café et du vin contre le choléra). — *b*. M. le docteur *Girard*, d'Eyguières (traitement du choléra par le musc). (*Commission du choléra*.) — *c*. M. le docteur *Abeille* (compte-rendu de l'expérimentation officielle du sulfate de strychnine dans le choléra). (*Commission du choléra*, préalablement à M. *Gérardin*.) — *d*. M. le docteur *Giraud*, de Marseille (emploi du sulfate de cuivre ammoniacal et d'un liniment composé dans le choléra). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.) — *e*. M. le docteur *Dumesnil*, de Cressy (Seine-Inférieure), et M. le docteur *Desbois*, de Rouen (envoi de cowpox). (*Commission de vaccine*.) — *f*. M. le docteur *Chassaignac* (attribue la priorité de la méthode de morcellement des tumeurs fibreuses à M. Velpeau). — *g*. M. le docteur *Mérier*, de Saint-Dizier (note sur une affection cancéreuse de l'abdomen, avec anomalie très singulière des reins. (*Comm.*: M. Barth.) — *h*. M. le docteur *Putégnat*, de Lunéville (réclamation à propos d'un mémoire sur la rage, et d'une note sur l'introduction de l'air dans les veines; recherches sur la valeur thérapeutique de l'*huile* dite *de proto-iodure de fer*). (*Comm.*: MM. Caventou, Bouchardat, Gibert.) — *i*. MM. les docteurs *Saussier* et *Paul Carteron*, de Troyes (fistule œsophago-trachéale). (*Comm.*: MM. Velpeau, Jobert, Barth.) — *j*. M. le docteur *Kuhn*, de Niéderbronn (demande à l'Académie d'*un fébrifuge*). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.) — *k*. M. *Poggiale*, professeur de chimie au Val-de-Grâce (analyse chimique de l'urine d'un homme atteint de polydipsie). (*Comm.*: MM. Henry, Soubeiran, Bouchardat.) — *l*. M. le docteur *Levrat-Perroton*, de Lyon (mélanges de chirurgie, ongles incarnés, loupes, grenouillette, abcès froids, hydrocèle, fongus hématodes, etc.). (*Comm.*: MM. Grisolle, Barth.) — *m*. M. *Charrière* (réclamation de priorité pour l'invention de l'*appareil à injections anatomiques*, présenté dans la dernière séance par M. Falconi). (*Commission déjà nommée*.) — *n*. M. *Guiraud*, pharmacien à Châlon-sur-Saône (analyse des eaux de la Saône, ~~et des eaux~~ des villages de Culles, de Saules et de Bissey). (*Commission de l'annuaire des eaux de la France*.) — *o*. M. le docteur *Guillon* (excroissances polypiformes, granulations de l'urètre, tumeur développée dans le vérumontanum, rétrécissements urétraux durs et anciens; guérison).

Lectures et Mémoires.

Obstétrique. — M. le docteur *Lebleu*, chirurgien en chef de l'hospice civil de Dunkerque, lit l'analyse succincte d'un mémoire *sur l'opportunité et la simplification de l'opération césarienne, à l'occasion d'un double fait d'opération césarienne pratiquée à dix ans d'intervalle sur la même personne*. Après le récit des deux opérations et de leurs suites, l'auteur expose quelques réflexions favorables à l'opération césarienne; puis il passe en revue les procédés employés dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, la céphalotomie, l'accouchement prématuré artificiel, l'avortement provoqué et l'opération césarienne, en cherchant à établir l'excellence de cette dernière méthode sur les précédentes. Enfin, après avoir soulevé la triple question de philosophie, de religion et de droit, M. Lebleu termine par les conclusions suivantes :

a. L'*opération césarienne* peut être simplifiée et rendue moins grave, par une incision plus exactement fixée, réduite à 13 centimètres, et surtout par la *substitution à la gastroraphie d'un appareil simple, facile et sûr*, dont la possibilité avait depuis longtemps été entrevue, mais qui n'avait jamais, jusqu'ici, été précisé, ni formulé, ni pratiqué. Cet appareil contentif est également applicable aux cas de gastrotomie pour extraire l'enfant après une rupture de matrice ou à l'occasion d'une grossesse extra-utérine, comme aussi à toutes les éventrations accidentelles.

b. Faites de la sorte et dans les conditions voulues, participant, comme toutes les opérations, aux progrès chirurgicaux et à la précision de plus en plus grande de nos procédés opératoires, rendue plus sûre par une étude et une appréciation approfondies des causes qui l'ont fait échouer; secondée et adoucie par l'emploi du chloroforme; cette opération devrait être moins redoutée, moins tardivement et moins rarement pratiquée. Et, ainsi réhabilitée, elle donnera des résultats, non pas rétrogrades, comme l'insinueraient certaines statistiques, mais au contraire de plus en plus satisfaisants, et d'autant plus heureux que, dans la plupart des cas, on n'a pour élever sur ses ruines, que des procédés destructeurs de l'enfant et dangereux pour la mère.

c. L'accouchement prématuré artificiel, qui ne peut être tenté que dans les limites étroites de 67 millimètres à 9 centimètres, tout en étant une doctrine acceptable à tous égards, ne paraît pas donner des résultats équivalents à ceux de l'opération césarienne.

d. L'opération césarienne, faite dans ces mêmes conditions voulues, et, autant que possible aussi, sans manœuvres préalables compromettantes, doit toujours être préférée à la céphalotomie sur l'enfant vivant.

e. L'avortement provoqué, dans la prévision d'un accouchement naturel impossible par étroitesse du bassin, ne doit jamais être conseillé ni pratiqué.

M. *Cazeaux* demande que l'auteur donne lecture du manuel opératoire.

M. *Lebleu* l'expose brièvement en ces termes : La femme est couchée sur un lit étroit. Au niveau des vertèbres lombaires et des dernières dorsales, on place sous elle, d'abord deux bandages de corps étroits à extrémités digitées, puis au-dessus d'eux deux bandes de diachylon de 10 centimètres de largeur, assez longues pour s'entrecroiser au-devant de la plaie, et coupées chacune en trois divisions dans les trois quarts de leur étendue, à partir de leurs extrémités. On mesure ensuite 13 centimètres le long de la ligne blanche, entre l'ombilic et le pubis; l'incision se pratique suivant cette ligne comme dans les procédés ordinaires. L'opération terminée, on réduit les anses intestinales, s'il y a lieu, puis on applique l'appareil contentif. Les extrémités digitées des bandes de diachylon sont appliquées d'abord immédiatement sur la peau, puis, en s'approchant de la plaie, sur deux fortes compresses graduées situées latéralement; on les entrecroise au niveau de l'incision, en laissant seulement un petit espace libre en bas. De la charpie, des compresses et les deux bandages de corps, médiocrement serrés, complètent l'appareil. (*Comm.*: MM. Paul Dubois, Danyau, Moreau et Depaul.)

Thérapeutique. — M. *Chatin* donne lecture d'un rapport sur un travail de M. *Duroy*, pharmacien à Paris, intitulé : *Expériences et considérations nouvelles pour servir à l'histoire thérapeutique de l'iode.*

Après avoir rappelé de quelle manière une injection iodée pratiquée par MM. Piorry et Forget dans la poche d'un abcès par congestion, chez un enfant, amena M. Duroy à soupçonner que l'iode agit sur le pus comme agent de conservation, M. Chatin analyse les expériences faites par l'auteur du mémoire pour démontrer la vérité de ce fait. M. Duroy a mis hors de doute que l'iode s'unit au pus, qu'il le préserve de la putréfaction et que son affinité pour lui est plus forte que pour l'amidon.

Une seconde série d'expériences a démontré également à M. Duroy que cette action antiseptique de l'iode sur le pus s'étend encore à d'autres produits animaux, tels que le lait, le sang et l'albumine : l'iode possède aussi les mêmes vertus conservatrices pour le gluten. Il ne coagule ni ne décompose, en apparence, l'albumine et les autres matériaux de l'organisme avec lesquels on le met en contact; par conséquent la coagulation de l'albumine qu'on a vue être déterminée par la teinture d'iode est l'œuvre de l'alcool et non celle de l'iode.

M. Chatin pense, comme M. Duroy, qu'on pourrait tenter l'emploi de l'iode pour combattre l'action des venins et virus ainsi que les empoisonnements miasmatiques. Les expériences de MM. Brainard et Greene ont déjà répondu affirmativement pour le venin du crotale et le curare.

Toutefois, M. le rapporteur fait observer que si M. Duroy a l'honneur d'avoir jeté un si grand jour sur les propriétés antiseptiques de l'iode, il a été devancé dans cette découverte par M. Magendie, qui les a rapidement signalées en 1852 dans une de ses leçons au collége de France, et par M. Liebig, qui les indique sommairement dans ses ouvrages.

M. Chatin termine son rapport par les conclusions suivantes : — *a.* Adresser des remerciements à l'auteur; — *b.* l'engager à poursuivre ses recherches en les dirigeant, autant que possible, vers la détermination exacte des phénomènes de combinaison qui se produisent au contact de l'iode avec les matières protéiques; — *c.* envoi du mémoire de M. Duroy au comité de publication.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

M. *Bouchardat* commence la lecture d'un rapport sur un mémoire de M. *Quevenne*, intitulé : *De la médication ferrugineuse.* (V. aux *trav. orig.*)

La séance est levée à 4 heures 1/2.

SÉANCE DU 22 AOUT 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture et des travaux publics communique : *a.* Une lettre et quatre brochures de M. le docteur *Liégey*, de Rambervilliers, *sur la constitution médicale de la Meurthe et des Vosges; sur les névroses fébriles; sur la fièvre pernicieuse comateuse.* — *b.* Deux rapports d'épidémie de MM. les docteurs *Gondinet*, de Saint-Yried, et *Dehée*, d'Arras. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Un paquet cacheté contenant une recette contre le choléra, par M. *Pennes*, pharmacien. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Trois tableaux des vaccinations pratiquées en 1853 dans les départements du Rhône, de la Loire et du Finistère. (*Commission de vaccine.*)

3. Communication de : *a.* M. le docteur *Pietra-Santa* (marche du choléra dans la maison d'arrêt des Madelonnettes; efficacité des mesures préventives et prophylactiques). — *b.* M. le docteur *Beaumont*, de Saint-Maur-les-Fossés (de l'innocuité des vomitifs et des purgatifs dans le traitement du choléra). — *c.* M. le docteur Cazeneuve (renseignements sur le choléra à Lille). (*Commission du choléra.*) — *d.* M. le docteur *Gintrac*, de Bordeaux; M. le docteur *Priou*, de Nantes (réponses à la circulaire de l'Académie concernant le fébrifuge indigène). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *e.* M. le docteur *Liégey*, de Rambervilliers (choléra de la race bovine). (*Comm.*, M. Renaud.) — *f.* M. le docteur *Champmas* (de l'analogie des sens de la vision, du goût et de l'odorat). (*Comm.*, M. Longet.) — *g.* M. le docteur *Bally*, de Villeneuve-sur-Yonne (sur les inhumations précipitées). — *h.* M. le docteur *Séchaud*, de Chalus (candidature au titre de correspondant). (*Future commission des correspondants*). — *i.* M. le docteur *Vanner* (réclamation de priorité pour le traitement de la fièvre typhoïde par la glace). — *j.* M. *Falconi* (appareil à injections anatomiques). (*Commission déjà nommée*, M. Poiseuille, *rapporteur.*) — *k.* M. *Mathieu* (nouvel algalimètre). (*Commission déjà nommée* pour les filières.) — *l.* M. le maire d'Amiens (remercîments pour l'envoi des mémoires de l'Académie.) — *m.* M. le docteur *Guillon* (excroissances polypiformes, granulations de l'urètre, etc). (*Comm.*, M. Robert.)

M. *Ferrus* fait hommage à l'Académie d'un mémoire de M. *Faucher*, *sur l'hygiène des prisons*, et accompagne cette présentation de quelques réflexions touchant l'opportunité des réformes entreprises en Angleterre et en France dans la discipline et le régime des maisons centrales.

Lectures et Mémoires.

Thérapeutique. — M. *Bouchardat* continue la lecture de son rapport concernant le mémoire de M. Quevenne, *sur la médication ferrugineuse.* (Voy. aux *travaux originaux.*)

Chirurgie. — M. *Hutin* lit un mémoire *sur les résultats des fractures de la moitié supérieure de la cuisse et de la moitié inférieure de la jambe, dont se compliquent les plaies par armes à feu.* — L'auteur rappelle les recherches faites par Ribes en 1831, les travaux publiés par ce chirurgien, qui en était venu à affirmer que si dans ce genre de lésions, on ne recourait pas promptement à l'amputation, les malades succombaient toujours.

M. Hutin a été conduit par de nouvelles observations à des résultats tout différents, qu'il expose dans le tableau comparatif suivant : *a.* Fractures par coup de feu *au milieu* de la cuisse : 5 hommes amputés, et 20 guéris sans amputation. — *b.* Fractures *au-dessous du milieu* de la cuisse : 16 amputés, et 19 guéris sans amputation. — *c.* Fractures *au-dessus du milieu*: pas d'amputés, et 24 guéris sans amputation. — *d.* Fractures par coup de feu de la jambe, *au milieu*: 12 amputés, et 22 guéris sans amputation. — *e.* Fractures *au-dessus du milieu* : 6 amputés, et 20 guéris sans amputation. — *f.* Fractures *au-dessous du milieu* : 64 amputés, et 34 guéris sans amputation.

M. Hutin considère les fractures dont il s'agit comme extrêmement redoutables; il a seulement voulu faire voir qu'elles ne sont pas nécessairement mortelles quand on ne sacrifie pas les membres, ainsi qu'on l'a avancé, et que, sur ce point, l'hôtel des Invalides, d'où est partie, il y a vingt ans, une sérieuse accusation contre les ressources d'une chirurgie conservatrice, a offert depuis un ensemble de faits assez nombreux pour la combattre. (*Comm.*: MM. Velpeau, Malgaigne, Larrey.)

M. le docteur *Heurteloup* lit la première partie d'un mémoire *sur le traitement des rétrécissements de l'urètre.* — L'auteur, après avoir fait l'anatomie pathologique des diverses lésions susceptibles d'oblitérer le calibre de l'urètre, passe en revue les méthodes de traitement le plus communément usitées. Il s'attaque plus spécialement à la dilatation progressive et continue par les bougies, qui ne peut, dit-il, produire que de funestes résultats en déterminant, par des irritations fréquentes et des frottements répétés, la formation de callosités rebelles, analogues à celles que fait naître sur les orteils la pression d'une chaussure étroite pendant la marche.

La séance est levée avant cinq heures.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Cas de mort par suite de l'usage du chloroforme, par M. Nistri.

Quand l'emploi du chloroforme devient fatal dans une amputation, on peut alléguer contre le chirurgien qu'il aurait parfaitement pu se dispenser d'y recourir.

Mais s'il s'agit au contraire d'une luxation, l'anesthésie devient non seulement un palliatif commode, mais une ressource utile pour obtenir le relâchement musculaire.

Enfin, le secours qu'elle prête prend le caractère d'un remède indispensable si, sans elle, on avait précédemment essayé sans succès de réduire la luxation, et cela par les tractions les plus énergiques.

Ces diverses conditions se trouvaient réunies chez le malade de M. Nistri. En outre, le blessé, homme de quarante-deux ans, robuste et bien constitué, n'avait jamais eu de maladie jusque-là, de sorte que tout indiquait et que rien ne contre-indiquait la chloroformisation.

Justifiée donc par les antécédents, l'est-elle également par les détails du procédé mis en usage ? C'est ce qu'une courte analyse de l'observation va nous apprendre.

Obs. — Lolli, à la suite d'une chute, se luxa la cuisse en haut et en dehors. Aussitôt après, le docteur Fantozzi essaya, comme nous l'avons dit, mais infructueusement, de faire la réduction.

Porté le lendemain (1er juin 1854) à l'hôpital de Pise, on le saigna d'abord, et, le soir, M. Nistri et MM. Burci et Marcacci procédèrent à la réduction. Les lacs étant placés, le malade couché horizontalement, on approcha peu à peu l'appareil dont on se sert depuis cinq ans à l'hôpital sans accident, et qui contient du chloroforme pur, se dégageant de manière à bien se mélanger à l'air atmosphérique. Au bout d'une minute on crut l'anesthésie complète, et l'on voulut tenter la réduction ; mais une contraction musculaire violente avertit que l'on s'était trop hâté. L'inhalation fut recommencée ; après quelques minutes, on la jugea portée à un degré suffisant ; et en effet la tête de l'os rentra subitement et avec bruit dans sa cavité.

Mais aussitôt M. Marcacci, qui veillait sur le pouls, dit qu'il ne le sent plus battre ; le malade est devenu pâle, ses traits sont altérés ; la respiration continue, mais faible, lente, irrégulière. On donne de l'air, on arrose le visage d'eau froide, on approche l'ammoniaque ; frictions stimulantes et pressions sur le thorax pour aider à la respiration. Quelques pulsations reparaissent ; le moribond étend les bras ; il semble même qu'il répond de la tête aux questions qu'on lui adresse. Mais bientôt il retombe dans une syncope plus profonde ; le pouls et la respiration disparaissent définitivement.

Pendant une heure encore, on continua les moyens indiqués ; on enfonça deux aiguilles, l'une dans la région du cœur, l'autre à la base de la poitrine, et on les mit en communication avec les fils d'une machine électro-magnétique. Vains efforts, qui donnèrent seulement aux honorables médecins la consolation d'un devoir rempli avec persévérance jusqu'au bout !

L'autopsie montra le cœur gros, flasque, et contenant des gaz (elle fut faite quarante-huit heures après la mort) ; mais elle ne révéla nulle part l'existence d'une lésion antérieure à l'opération, et capable d'expliquer le fatal résultat de celle-ci.

— Peu d'exemples, on le voit, démontrent aussi péremptoirement que celui-ci à quel point, dans les cas où l'usage en est le plus formellement indiqué, la chloroformisation peut changer en deuil les présomptions des médecins qu'une longue série de succès autorisait à fonder sur son emploi les plus légitimes espérances. (*Gazzetta medica Italiana, Toscana*, 20 juin 1854, p. 197.)

Emploi du collodion contre l'épididymite aiguë, par MM. Costes et Venot.

A Bordeaux, comme à Paris, la même divergence éclate entre les praticiens les plus consciencieux et les plus compétents, sur la valeur de ce nouveau moyen. Tandis que l'honorable M. Costes, président de la Société de médecine, affirme avoir eu à s'applaudir de son emploi, M. Venot, spécialiste aussi loyal qu'expérimenté, déclare qu'il n'a, dans les mêmes circonstances, recueilli de cette application qu'une exacerbation de souffrances, portée quelquefois jusqu'à d'atroces tortures.

Un moyen de concilier ces résultats, en apparence si contradictoires, s'offre peut-être, si l'on remarque que, dans une dernière observation, M. Venot dit qu'il n'y eut, cette fois, qu'impuissance du remède. Or, dans ce dernier cas seul, il s'était servi du collodion additionné d'huile de ricin.

Quant à nous, avec notre estimé collègue de Bordeaux, nous pensons que l'art possède contre cette complication habituellement légère de la blennorrhagie assez de remèdes efficaces pour que, jusqu'à nouvel ordre, on se dispense d'user contre elle d'un moyen douteux. — Nous n'avons, quant à nous, qu'une seule fois cédé à l'envie de l'employer. Mais le résultat final ne nous a pas été connu, car le malade ainsi traité ne jugea point à propos de revenir subir une seconde application. (*Journal de médecine de Bordeaux*, juin 1854, p. 321.)

Effets de la syphilis sur l'utérus, par M. W. Mackensie.

Les auteurs gardent, en général, le silence sur la relation qui existe entre la syphilis constitutionnelle et les lésions, soit catarrhales, soit organiques, du col utérin. M. W. Mackensie entreprend de combler cette lacune. Dans ce but, il a recueilli, à l'hôpital de Lock, quatre-vingts observations de femmes ayant actuellement ou ayant eu la diathèse syphilitique, et sur lesquelles il a pu constater des altérations utérines de toute nature. La maladie consistait, chez elles, en lésions de l'innervation, de la menstruation, de la sécrétion muqueuse ou des fonctions de reproduction. Quelques-unes, malgré l'obscurité des renseignements (trop ordinaire dans de semblables recherches), offraient cette circonstance remarquable que les premiers symptômes de l'affection utérine n'avaient débuté que postérieurement à l'invasion de la syphilis. Dans la majorité de ces cas, il a reconnu l'absence des causes ou conditions constitutionnelles qui donnent communément lieu aux maladies de matrice. En conséquence, il conclut formellement que la syphilis, dans ses formes les plus ordinaires, tend spécifiquement et directement à troubler les fonctions et à altérer l'organisation de l'utérus.

De ce travail (que nous regrettons de n'avoir pu analyser que d'après un procès-verbal trop sommaire), M. Acton a présenté dans la même séance une critique aussi probante que sévère. La syphilis, dit-il, est si peu la cause de tels désordres, que M. Mackensie n'a pu trouver un seul caractère physique ou un symptôme clinique qui les différencie des autres lésions utérines d'origine purement inflammatoire, et que, pour les diagnostiquer comme de nature spécifique, il est obligé de faire appel à la coïncidence, chez ces malades, d'autres phénomènes syphilitiques à la peau et sur les muqueuses. D'autre part, ajoute-t-il, M. Mackensie a pu être abusé par cette circonstance que la plupart de ses malades avaient eu la syphilis. Si, au lieu de les choisir dans un hôpital spécial, il eût pris ses quatre-vingts malades dans un service hospitalier ordinaire, il eût assurément trouvé la même proportion d'aménorrhées, de douleurs utérines, de catarrhes, de stérilité, d'avortements, etc. M. Acton s'élève enfin contre cette tendance trop générale qui fait aujourd'hui envisager par beaucoup de médecins, comme syphilitique, toute maladie qui, d'origine douteuse, existe chez un sujet à antécédents syphilitiques plus ou moins bien déterminés. Le mer-

cure que, d'après ces vues, on est conduit à administrer, manque le plus souvent son but et peut devenir pernicieux.

A cette sévère mais juste argumentation, nous n'ajouterons qu'un mot : c'est que les mêmes circonstances au milieu desquelles on contracte la syphilis peuvent bien déterminer des affections aiguës ou chroniques de l'utérus. Malgré l'assertion contraire de M. Mackensie, nous regarderions comme très exposée aux maladies de l'utérus une femme qui a sans doute abusé du coït et commis plus d'une infraction à l'hygiène de ces organes, puisqu'elle est dans un hôpital spécial ; et nous ne nous croirions point obligé de faire intervenir, à son exemple, la syphilis constitutionnelle comme *cause directe*, pour expliquer la fréquence relative de pareilles affections dans cette classe de malades. (*Dublin medical Press*, 5 juillet 1854, vol. XXXII, p. 1.)

Mémoire sur les luxations dites incomplètes de l'extrémité supérieure du radius, par M. Bourguet.

Cette affection, si commune chez les jeunes enfants, et qui se produit chez eux lorsqu'on les tire par le poignet de manière à exagérer la pronation, a reçu divers noms, dont le nombre même annonce le peu de certitude de nos connaissances sur le mécanisme selon lequel elle s'opère.

Aspirant à fixer les esprits sur ce sujet difficile, M. Bourguet rappelle les principales opinions qui ont cours, et les réfute par l'exposé des signes propres à ce déplacement. Ainsi :

Ce n'est pas un simple écartement du radius d'avec l'humérus, hypothèse sans fondement ;

Ni une luxation incomplète de la tête du radius soit en avant, soit en arrière, soit sur la surface correspondante de la petite tête du cubitus. En effet, M. Bourguet a positivement observé que le coude n'est point déformé, et de plus que la douleur, après l'accident, ne siége pas au niveau de l'articulation radio-humérale, mais bien à 3 ou 4 centimètres au-dessous. Il a surtout constaté ce point important de séméiologie chez un jeune garçon, qui, âgé de plus de treize ans, pouvait, mieux que les enfants en bas âge, à qui l'accident arrive le plus ordinairement, rendre un compte exact de ses sensations.

Ce n'est pas non plus une simple entorse; car, lorsqu'on la réduit, on entend un craquement distinct, et les fonctions de la partie recouvrent instantanément, pour ne plus la perdre, leur liberté primitive.

Ces explications écartées, M. Bourguet dit que, selon lui, ce déplacement n'est autre chose que le glissement de la tubérosité bicipitale du radius en arrière du bord correspondant du cubitus. Cette manière de voir avait déjà été avancée par Gardner, et explicitement admise par M. Rendu. Mais ils n'avaient point dit comment peut se comprendre la production et la persistance de ce déplacement. C'est cette lacune que M. Bourguet a surtout tâché de combler.

Sur plusieurs cadavres d'enfants ou d'adultes, après avoir porté la main en pronation forcée, il a pu, en interposant un carton entre les deux os de l'avant-bras, au niveau de la tubérosité bicipitale, reproduire les principaux symptômes de la maladie, c'est-à-dire l'impossibilité de rétablir la supination ; puis, si l'on forçait le mouvement, l'apophyse bicipitale repassait en avant, avec un bruit sec semblable à celui que l'on peut, en pareil cas, percevoir sur le vivant.

Nul doute que les choses ne se passent ainsi chez les enfants à la suite d'une violence traumatique. Selon M. Bourguet, le corps qui vient alors s'interposer entre le radius et le cubitus n'est autre qu'un trousseau des fibres du court supinateur. Celles-ci accrochent la tubérosité bicipitale, la tiennent fixée en arrière, l'empêchent de repasser en avant.

Si l'accident ne se produit pas, quoique dans les mêmes circonstances, chez tous les enfants, si quelques-uns sont particulièrement exposés à le voir récidiver, c'est qu'il faut, pour qu'il s'effectue, le concours de deux dispositions anatomiques : d'une part, une tubérosité bicipitale un peu saillante, de l'autre un espace interosseux qui ne soit pas trop large.

Ces idées, fort rationnelles, expliquent non moins clairement le succès de la médication la plus usuelle, qui consiste, comme on sait, à tirer sur l'avant-bras et à le porter, en même temps, dans la pronation forcée. (*Revue médico-chirurgicale*, mai et juin 1854, p. 287 et 331.)

Influence des maladies sur la quantité d'urée et de chlorures contenus dans l'urine, par le doct. A. Vogel.

L'analyse quantitative des principes constitutifs de l'urine et de l'urée en particulier, offrait autrefois de telles difficultés, qu'elle était presque impraticable pour le médecin. Le procédé indiqué il y a peu de temps par Liebig vient de mettre cette analyse à la portée du médecin. Grâce aux règles tracées par l'illustre chimiste allemand, le praticien peut, sans perte de temps considérable, comparer un certain nombre d'analyses d'urines dans diverses maladies ou des périodes différentes de la même affection. Les variations de la quantité d'urée contenue dans l'urine à l'état physiologique ont été étudiées récemment dans un travail très consciencieux du professeur Bischoff de Giessen (*Der Harnstoff als Maas des Stoffwechsels*. Giessen, 1853). Le professeur J. Vogel, son collègue, a déjà exécuté de consciencieuses études sur les variations quantitatives du même principe à l'état pathologique. M. le docteur A. Vogel, médecin adjoint à l'hôpital de Munich, vient d'étudier ce même sujet. L'urine a été analysée au point de vue de la proportion de l'urée et des chlorures dans un grand nombre de fièvres typhoïdes, dans un cas de phlébite de la veine porte, chez deux malades atteints de maladie de Bright ; enfin dans des cas de calculs rénaux, hydropisies par maladies du cœur, polydipsie, pneumonies, cancer du foie. L'auteur donne lui-même le résumé suivant que nous transcrivons.

1° Dans la fièvre typhoïde et dans l'infection purulente, pendant le cours de l'état fébrile, la quantité d'urée contenue dans l'urine augmente considérablement. Cette augmentation de l'urée coïncide avec l'affaiblissement de toute l'économie, et principalement des muscles de la vie animale. La quantité relative des chlorures est en rapport avec le genre d'alimentation, et diminue surtout dans le cas de splénisation pulmonaire.

2° L'augmentation de la proportion d'urée dans le cours de la fièvre typhoïde indique donc une perte de la masse des principes azotés de l'économie, tandis qu'à l'état physiologique elle dépend d'un excès d'alimentation azotée.

3° Dans la convalescence, alors que les fonctions s'exécutent comme à l'état physiologique, après la disparition de la fièvre, malgré l'augmentation de la quantité d'aliments azotés et de la quantité totale d'urine évacuée dans les vingt-quatre heures, le chiffre de l'urée tombe au-dessous de l'état normal, 37 grammes (Bischoff), et revient ensuite à ce chiffre lorsque la convalescence est complète.

4° Dans la maladie de Bright, sans complications aiguës, la quantité d'urée dans l'urine diminue considérablement ; la proportion des chlorures varie suivant l'alimentation et les variations de l'hydropisie.

5° Les calculs rénaux et les kystes du rein, aussi longtemps du moins qu'une partie du parenchyme rénal demeure intacte, n'altèrent nullement la proportion de l'eau et de l'urée.

6° Dans les cas de résorption rapide d'épanchements séreux, la proportion d'eau et des chlorures de l'urine augmente considérablement, sans que la proportion de l'urée éprouve une altération analogue.

7° La proportion des chlorures varie dans ce cas en rapport direct avec la quantité totale de l'urine. Rien d'analogue ne s'observe pour l'urée.

8° Dans la polydipsie, le chiffre de l'urée et des chlorures est minime.

9° La quantité relative des chlorures diminue dans la pneumonie, tant que l'hépatisation s'accroît ; ils augmentent rapidement dans la période de résolution, sans que l'alimentation ait subi aucun changement.

10° Dans l'état d'amaigrissement le plus prononcé, l'urine con-

tient toujours une certaine quantité d'urée, au moins 6-8 grammes dans les vingt-quatre heures, même en l'absence de toute alimentation azotée. (*Henle's und Pfeuffer's Zeitschrift*, 1854.)

Deux nouveaux médicaments ténifuges : le saoria et le tatzé, par M. Strohl (de Strasbourg).

1° Le *saoria* est le fruit mûr d'un petit arbrisseau d'Abyssinie appelé *Maesa picta*, qu'on ne rencontre jamais plus bas que 6,000 pieds au-dessus du niveau de la mer. Ce fruit peut être employé frais ou desséché ; mais on l'administre ordinairement à l'état de dessiccation, réduit en poudre et mêlé à de la purée de lentille ou à de la bouillie de farine. La dose est de 32 à 44 grammes. Ce médicament a la réputation de tuer toujours le ver et de l'expulser en entier, ce que ne fait pas aussi sûrement le kousso. Il est d'ailleurs plus répandu que ce dernier : on le trouve dans toutes les parties de l'Abyssinie, à la hauteur *minimum* indiquée plus haut, et pourrait probablement être cultivé en Europe. On en essaie en ce moment la culture à Bollwiller (département du Haut-Rhin), où se trouve une très riche pépinière d'arbres et d'arbustes de tous pays.

Le saoria exerce aussi une action spéciale sur l'urine ; il lui donne une coloration violette semblable à celle qu'on obtient en précipitant une solution très étendue d'un sel de fer par du tannin ; mais M. Strohl l'attribue à une matière colorante particulière, analogue à celle que plusieurs observateurs ont trouvée dans l'urine après l'administration de la santonine, qui la colore en rouge orange.

L'auteur conseille aux malades qui doivent prendre le saoria de suivre la veille un régime modéré. Il donne à jeun 30 grammes de poudre dans une infusion quelconque. Les nausées, s'il s'en présente, pourront être calmées par de légers aromatiques. Ordinairement, deux ou trois heures après, il y a des selles liquides dans lesquelles on trouve le tænia mort. S'il n'y a pas de purgation, on administre l'huile de ricin dans la journée. Régime doux le jour même. Le lendemain, si les selles ont été rares et si les voies digestives ne sont pas fatiguées, on peut déterminer encore quelques évacuations pour chasser ce qui pourrait être resté du tænia. *Si la tête manque*, ajoute l'auteur, rien ne s'oppose à une nouvelle administration du médicament quelques jours après la première. Cette dernière indication n'est pas à nos yeux très importante, le préjugé relatif à l'absence de la tête dans les évacuations ne nous semblant en aucune manière fondé.

M. Strohl rapporte treize observations empruntées à la pratique de plusieurs confrères et dont la plupart lui appartiennent. Si l'on en déduit cinq dans lesquelles le saoria avait été administré pour constater son action particulière sur l'urine, ou bien sans certitude de l'existence du tænia, il en reste encore huit où le parasite a été expulsé. Il ne paraît avoir été *tué* que dans un cas. Dans une des observations, le malade avait pris inutilement l'écorce de racine de grenadier et l'extrait de fougère mâle. Ajoutons que le saoria est en général bien supporté.

2° Le fruit appelé *tatzé* est produit par un arbuste de la famille des myrsinées, qui croît en Abyssinie, sur les rochers humides du cap de Bonne-Espérance, aux îles Açores, en Algérie et dans d'autres parties de l'Afrique. Dans l'Abyssinie on le trouve, suivant M. Schimper, à une hauteur de 9,000 pieds. Le docteur Petit rapporte que les indigènes mêlent le tatzé avec l'orge pour la nourriture des ânes et des mulets.

On emploie le fruit frais ou sec, comme ténifuge. La dose ordinaire des fruits secs est de 15 à 24 grammes ; on les administre en poudre, délayés dans un liquide quelconque. Comme le tatzé est plus commun que le saoria, il serait plus aisé de l'introduire dans la thérapeutique.

Le mémoire contient six observations dans lesquelles le tatzé a été administré contre le tænia. *Dans toutes, le ver a été expulsé en tout ou en partie* ; dans la sixième seulement le tænia était *mort*. Chez un malade, le fragment rendu a été beaucoup plus considérable que ceux qui étaient sortis sous l'action d'autres ténifuges. Chez un autre, l'écorce de racine de grenadier, la fougère mâle, la térébenthine et des médicaments composés étaient restés sans effet, tandis que 30 grammes de tatzé ont fait rendre 7 mètres de tænia. Chez un troisième, enfin, la racine d'écorce de grenadier avait causé deux fois des accidents violents, tandis que le tatzé avait été parfaitement supporté.

Néanmoins, il importe de rappeler que le tatzé a une saveur plus âcre et plus persistante que le saoria et est pris avec plus de répugnance. Trois fois le premier a amené des vomissements, sur six observations ; tandis que le second n'en a produit qu'une fois sur treize. Le tatzé ne donne pas de coliques ; il ne purge pas constamment, peut-être à cause de la grande quantité de tannin qu'il contient.

On s'occupe, à Strasbourg, de chercher les principes actifs des ténifuges dont nous venons de parler; mais ces principes spécifiques existent-ils, ou bien la substance doit-elle son action à la combinaison de plusieurs éléments ? On sait que les ténifuges végétaux présentent une remarquable similitude de composition : ils contiennent tous, en proportion variable, du tannin, une huile et une résine âcre. (*Mémoire lu à la Société de médecine de Strasbourg*, le 6 avril 1854. Voir aussi *Bulletin général de thérapeutique*, n°s des 15 et 30 juillet 1854.)

Du goitre à Strasbourg ; recherches statistiques et médicales .par M. G. Tourdes, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Goître et crétinisme ont entre eux une grande affinité. On les rencontre dans les mêmes lieux et souvent réunis chez les mêmes personnes. Les deux tiers des crétins sont goîtreux. Aussi est-il difficile de traiter de l'une de ces affections isolément, et leur histoire a-t-elle été confondue par plusieurs auteurs. Toutefois, leur nature est-elle identique ? ne sont-elles que des degrés différents d'une même manifestation morbide ? reconnaissent-elles les mêmes causes ? Le principe en est-il dans l'air ambiant, dans l'humidité du sol, dans l'insalubrité des habitations, dans le vice de l'alimentation, dans la composition des eaux ou les éléments minéralisateurs des couches géologiques ? Toutes ces questions ont été débattues et diversement envisagées. En ce moment même, notre savant confrère de Maréville, M. le docteur Morel, vient de les reprendre, aux *Annales médico-psychologiques*, dans une brillante et courtoise controverse avec monseigneur Alexis Billiet, archevêque de Chambéry.

L'intéressant travail de M. Tourdes, quoique touchant indirectement aux points indiqués, embrasse un horizon plus restreint. Il se limite aux faits de goître observés à Strasbourg et aux environs, dans une zone comprise entre le Rhin et l'Ill, où est leur principal foyer. L'auteur essaie de prouver que, bien qu'ayant diminué, l'endémie existe encore, et il en signale l'étendue, la distribution, les conditions de développement et les caractères anatomiques.

Strasbourg, dit M. Tourdes, est moins affligé que la banlieue. On y a même nié l'état endémique. A la vérité, les soins médicaux sont fréquemment réclamés pour des cas de goître, notamment par des étrangers qui se sont fixés dans la ville. On vend aussi dans les pharmacies beaucoup de savon ioduré pour cette affection, et il n'est point de réunion publique où l'on ne soit frappé de la quantité de jeunes filles ayant le cou gros. Néanmoins, ces circonstances ne donnent qu'un commencement de preuves, et M Tourdes a dû chercher des motifs de conviction plus décisifs. Il les a trouvés dans des établissements généraux où sont représentées les diverses périodes de la vie. Les cas douteux ont d'ailleurs été écartés.

Le goître peut être congénital. M. Stoltz en a communiqué à M. Tourdes trois exemples, entre autres celui d'un enfant mort d'asphyxie le dixième jour, par suite de compression du larynx. M. Bach a observé un fait semblable et un second terminé par la guérison. A la maternité, sur onze nouveau-nés, un seul présentait une notable hypertrophie du lobe gauche de la thyroïde. La mère elle-même était légèrement atteinte. Deux goîtreux sur vingt sujets existaient à la crèche.

Dans les six salles d'asile de la ville, réunissant 586 enfants des deux sexes, de trois à sept ans, 38 d'entre eux avaient des goîtres

peu volumineux : 1 sur 16. La proportion, plus forte dans celles des communes limitrophes, était, sur 509, de 49 : 1 sur 11.

Elle augmente aussi avec l'âge. Ainsi, dans les écoles publiques, où l'on reçoit les enfants de sept à quinze ans, le chiffre est, en ville, de 76 sur 883 : 1 sur 11 2/3, et, dans la banlieue, de 116 sur 669 : 1 sur 6. L'hospice des Orphelins atteint celui de 28 sur 85 : 1 sur 3. Celui de Sainte-Barbe, consacré à de jeunes filles indigentes, de six à dix-huit ans, renfermait 25 goîtreuses, environ un tiers de la population.

Pour apprécier la fréquence du mal chez les adultes, les facilités deviennent plus rares, en raison du manque d'établissements publics. Chaque année on réforme un certain nombre de conscrits pour goître et crétinisme. De 29 en 1848, il a été, en 1849, de 27 ; en 1850, de 35 ; en 1851, de 12 ; en 1852, de 19, et, en 1853, de 19. Deux de ces exemptions seulement ont, dans cet intervalle de six ans, été mentionnées pour Strasbourg. Dans la manufacture des tabacs, 306 ouvriers ont donné 76 goîtreux : 1 sur 3. Il existe enfin une école de jeunes servantes, comprenant, dans ses deux divisions de Strasbourg et du Neuhof, 90 jeunes personnes, dont 22 étaient affectées du gonflement thyroïdien.

Cette lésion se continue dans la vieillesse. La maison de refuge contient 70 indigents touchant, pour la plupart, aux limites de l'âge. 14 sont goîtreux : 1 sur 6. Il s'en rencontre 1 sur 4 1/2 dans l'hôpital civil, où l'on en constate 102 sur 479 pensionnaires ayant généralement dépassé soixante-dix ans.

De ces résultats M. Tourdes tire cette première conséquence, que l'endémie goîtreuse règne dans la circonscription que nous avons indiquée, et que, faible dans la ville, son activité est très prononcée dans la banlieue, où elle produit encore le crétinisme. Les dégénérescences y sont surtout plus profondes.

Entrant ensuite dans les particularités, il fait ressortir d'importantes différences. Toutes les sections de la banlieue, par exemple, ne sont pas atteintes avec une intensité égale. La Robertsau figure en première ligne, le Neuhof vient ensuite, puis le Neudorf.

M. Tourdes n'hésite pas à attribuer, en grande partie, le développement du goître à l'influence marécageuse. Il lui paraît difficile de faire jouer un rôle essentiel aux sels magnésiens et à l'iode que l'on trouve dans les eaux, puisque ces éléments existent dans des lieux où la maladie est inconnue, tandis que celle-ci s'arrête là où des rivages sablonneux s'opposent aux inondations.

L'encombrement des grandes villes et l'insalubrité des demeures ne sont également que des causes accessoires; témoin Strasbourg. La Robertsau et le Neuhof sont environnés de marais ou de terrains fréquemment submergés. Les fièvres intermittentes y dominent. Partout où a disparu ou diminué l'influence palustre, partout a décru la proportion des crétins et des goîtreux. A l'appui de ces faits, citons trois dames chez lesquelles la tuméfaction de la glande thyroïde s'est manifestée peu de temps après avoir quitté une habitation saine et élevée pour une maison située le long d'une rivière.

Une large part doit être faite à l'hérédité. « Quand je constatais un goître chez un enfant, dit M. Tourdes, on m'avertissait souvent que les parents en étaient atteints. » Peut-être est-ce à cette circonstance que le Neudorf, village d'origine récente, doit une immunité relative, malgré l'identité des conditions hygiéniques.

Le goître, rare dans la première enfance, augmente de fréquence jusqu'à la puberté. Il guérit quelquefois dans l'âge mûr, et reprend son intensité dans la vieillesse. En ces cas, on doit, sans contredit, tenir compte de la prolongation des impressions pathogéniques.

La prédominance incontestable du sexe féminin se remarque à toutes les époques de l'existence et dans toutes les situations. On a invoqué, pour l'expliquer, la grossesse, l'accouchement, l'habitude de porter des fardeaux sur la tête ; mais la proportion est la même pour le crétinisme. M. Tourdes croit que cela dépend de la constitution débile et lymphatique des femmes. Ne faut-il pas y joindre les occupations sédentaires ?

Dans la majorité des cas, la glande offre la dégénérescence colloïde : le tissu est jaunâtre, pâle, imprégné d'une humeur blanchâtre, exagération du liquide normal ; à un degré avancé, le parenchyme devient granuleux.

Assez souvent, chez les adultes, on rencontre des kystes sanguins et autres, des transformations fibreuses, des incrustations calcaires. L'auteur assigne pour cause à ces lésions l'altération des vaisseaux ; d'où suit l'extravasation sanguine, l'organisation d'une poche autour du caillot, puis les dégénérations plus profondes. On reconnaît ces dégénérescences à la dureté et aux inégalités de la glande. M. Tourdes cite un homme de cinquante ans, réputé asthmatique, et qui périt d'asphyxie. La thyroïde était envahie en arrière par de nombreux kystes fibreux et calcaires qui avaient aplati le tube aérien. Le relief extérieur était médiocre.

Chose bizarre, et qu'en l'absence d'autre raison on a regardée comme l'expression d'une prédominance physiologique, le goître aurait une prédilection marquée pour le côté droit. D'après un relevé de 220 cas, 96 fois il aurait porté sur le lobe droit, 15 fois sur le lobe gauche, et 109 fois sur les deux lobes simultanément. Ces différences concordent, en effet, avec le poids normal de la glande, qui, dans 35 autopsies de sujets presque tous enfants, a été supérieur, 27 fois à droite et 4 fois seulement à gauche.

Ce poids, du reste, varie pour la totalité suivant les âges et les sexes. Meckel l'évalue, en moyenne, à 30 grammes. Pour M. Bach il aurait été, chez 50 hommes, de 30 à 40 grammes; chez 30 femmes, de 35 à 45 grammes ; chez 10 hommes phthisiques, de 40 à 50 grammes ; chez 10 femmes dans les mêmes conditions, de 45 à 55 grammes ; chez 10 enfants de douze à quinze ans, de 15 à 20 grammes ; chez 10 nouveau-nés, de 15 à 20 grammes.

Mais ces résultats sont en telle disproportion avec les pesées de M. Tourdes, qu'un malentendu doit nécessairement s'être produit. Ce dernier, en effet, a obtenu seulement, en moyenne : pour 4 enfants de moins d'un an, 1 gramme 50 centigrammes; pour 12 enfants de un à deux ans, 2 grammes 81 centigrammes; pour 7 enfants de trois ans, 4 grammes 50 centigrammes ; pour 3 enfants de neuf ans, 9 grammes. En général, l'organe était notablement plus développé chez les filles.

En subordonnant la manifestation du goître à l'influence paludéenne, si féconde en fièvres intermittentes, M. Tourdes a été conduit naturellement à comparer le poids de la rate à celui de la glande thyroïde ; mais, comme on pouvait l'augurer, la vérification, opérée en dehors de conditions régulièrement pathologiques, a été peu significative. Quelques faits, cependant, semblent indiquer une concordance entre les deux développements. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 2 juillet 1854.)

Observations de céphalotripsies communiquées à l'Académie de médecine de New-York par le docteur HEUSCHEL.

Les enseignements divers qui se déduisent naturellement de ces trois observations perdent un peu de leur précision par l'absence de détails importants, absence regrettable, qui se fait souvent remarquer dans les observations des praticiens anglais et américains. Sans parler de la fistule vésico-vaginale mentionnée dans la première observation, dont la cure est indiquée sans mention du procédé, on aimerait à savoir si les accouchements antérieurs terminés par les instruments l'ont été par le forceps, ou par le perforateur, ou par le céphalotribe ; on aimerait surtout à voir préciser le degré du rétrécissement du bassin, afin de pouvoir sauvegarder, dans les grossesses ultérieures, les intérêts des enfants, en posant d'avance l'indication de l'accouchement prématuré, s'il y avait lieu. On voit, par deux de ces observations, ce qu'on peut attendre des prétendus avantages de la version dans les rétrécissements du bassin, que quelques accoucheurs contemporains s'efforcent de préconiser. Bien qu'on puisse présumer que les bassins n'étaient pas très rétrécis, il n'a pas moins fallu recourir au céphalotribe dans les conditions les plus défavorables et les plus difficiles qu'on puisse imaginer, ce qui explique le procédé insolite suivi dans un de ces cas.

OBS. I. — La femme qui fait le sujet de cette observation avait été délivrée, quelques années avant, à l'aide des instruments, et il en était résulté une fistule vésico-vaginale dont elle avait été traitée avec un plein succès. Elle était en travail depuis deux jours de son second enfant, quand le docteur Heuschel fut appelé à lui porter secours, parce que le médecin mandé par la sage-femme qui l'assistait avait vainement essayé d'appliquer le forceps. Il la trouva très abattue, la peau froide et visqueuse,

le pouls petit et fréquent, avec quelques faibles douleurs de travail. Le bassin lui parut être plus petit que dans l'état naturel, et la tête du fœtus était fortement serrée à l'entrée du petit bassin. Comme depuis plus de quatre heures on n'entendait plus les battements du cœur, il perfora la tête, et, après avoir lubrifié les parties extrêmement sèches, il appliqua le céphalotribe. Après avoir fermé l'instrument, il amena la tête au dehors, beaucoup plus facilement que dans l'application du forceps la plus aisée, à son grand étonnement et à celui de ses deux aides. Le rétablissement de cette dame fut facile et sans accidents.

Obs. II. — Une dame de très petite taille et rachitique, qui avait été plusieurs fois délivrée d'enfants morts avec les instruments, vint à New-York pour y subir l'accouchement prématuré artificiel, qui n'eut pas lieu parce qu'elle avait laissé passer le moment favorable et qu'elle se trouvait à terme. A l'accouchement, l'enfant se présenta par l'épaule, et la version fut pratiquée ; mais il fut impossible au médecin qui l'assistait de dégager la tête. M. Heuschel, appelé plusieurs heures après, trouva le cou disloqué et la tête du fœtus élevée derrière la symphyse des pubis. Il appliqua le céphalotribe ; mais la tête n'avait été saisie que partiellement, et lorsque après l'avoir fermé il voulut tirer dessus, l'instrument glissa. Il le réappliqua ; mais l'instrument, n'ayant saisi qu'une portion de la tête, glissa encore. Il eut alors recours au crochet aigu, et termina ainsi l'accouchement. Les suites de couches furent si naturelles, que la patiente retourna chez elle dix jours après.

Obs. III. — En février dernier, M. Heuschel fut appelé auprès d'une dame confiée aux soins d'une sage-femme et d'un médecin. Elle était en travail depuis deux jours. Comme la tête du fœtus ne descendait pas après la dilatation complète de l'orifice utérin, parce que le bassin de la mère était rétréci et obliquement resserré (le diamètre conjugué mesurant 3 pouces 1/2), le médecin fit la version ; mais il ne put venir à bout de dégager la tête ni avec les mains ni avec le forceps. Appelé cinq heures environ après, M. Heuschel trouva le tronc dehors et la tête élevée au-dessus du détroit supérieur. Il fit placer la femme sur les genoux et sur les coudes, et, après l'introduction de la main entière dans les parties, il parvint à atteindre l'oreille gauche et une partie de l'occiput, sur lequel il put porter le perforateur ; puis il appliqua le céphalotribe. Cet instrument glissa une première fois, mais réappliqué il saisit cette fois solidement la tête, et l'opérateur s'en servit pour exercer des tractions étant placé derrière la malade et dans une position plus élevée. Il réussit ainsi avec beaucoup de difficulté à faire descendre la tête. L'accouchée eut une légère métrite, mais elle était complétement rétablie au bout de deux semaines. (*New-York Medical Times*, mai 1854.)

Opération d'un anévrysme du sternum, par le docteur F. Reiche (de Magdebourg).

Obs. — Auguste Z..., âgé de dix-huit ans, compositeur typographe, entra à l'hôpital le 10 mai 1853. Il n'avait jamais été malade, et était exempt de toute dyscrasie. Environ six mois avant son entrée, et en l'absence de toute cause connue, il avait remarqué, à la suite de douleurs très prolongées, une petite tumeur du volume d'une noix au milieu du sternum, tumeur qui grossit peu à peu et donna lieu à des souffrances très vives. Elle a aujourd'hui une forme ovalaire, une longueur de 3 pouces et demi, et une largeur de 2 pouces ; elle est régulière, plus saillante le long de son grand axe, et aplatie graduellement vers les bords ; là la peau conserve sa couleur normale ; au milieu, au contraire, elle a une teinte rouge foncée, presque bleue, et semble plus ferme au toucher. Tout autour, les veines sous-cutanées sont plus développées et dilatées. La tumeur est le siége de battements très visibles, et sensiblement synchroniques avec ceux du cœur ; ceux-ci sont plus violents que d'habitude, mais du reste normaux. Les battements de la tumeur sont plus marqués au centre qu'à la périphérie. Examinée au moyen du stéthoscope, elle ne fait percevoir aucun bruit de souffle ; les bruits renforcés du cœur sont purs, sans bruits consécutifs.

La tumeur est dure, mais élastique ; elle cède à la pression, sans pourtant diminuer notablement de volume, et encore moins être effacée complétement. La palpation fait sentir nettement le rebord mousse de l'os tout autour de la tumeur.

Cette tumeur avait avec les anévrysmes de l'aorte une analogie si frappante, que quelques médecins peu expérimentés la considérèrent comme telle au premier abord. Néanmoins la sensation qu'elle donnait était différente ; les pulsations étaient moins fortes, moins tumultueuses. La pression de la main ne donnait pas cette sensation spéciale qui fait craindre rupture, comme cela a toujours lieu dans les anévrysmes de l'aorte ; en un mot, on ne ressentait point un flux sanguin violent. Les changements de position, les mouvements un peu vifs, la toux, étaient sans influence sur les battements de la tumeur, comme aussi sur ceux du cœur. En outre, il n'existait aucun des troubles fonctionnels auxquels donnent lieu les anévrysmes volumineux de l'aorte et du cœur. Abstraction faite des douleurs, assez vives pour troubler le sommeil et même l'empêcher, la tumeur ne gênait en rien le malade.

Malgré ces circonstances, tous les confrères, même les plus âgés et les plus expérimentés, étaient incertains sur la nature de la tumeur. Un seul point semblait hors de contestation : c'est que l'on n'avait pas affaire à un anévrysme de l'aorte ou du cœur. Le siége du mal plaidait encore contre la première supposition. Une ponction avec un trocart fin ne conduisit à aucune solution.

Les moyens pharmaceutiques, la compression de la tumeur, ne pouvant faire espérer aucun résultat avantageux, tandis que son accroissement, rapide proportionnellement, ne permettait pas de l'abandonner à elle-même, on la fendit avec un fort bistouri dans toute sa longueur. Sous le périoste épaissi et la table externe du sternum presque complétement résorbée, on trouva une large cavité en rapport avec le volume de la tumeur et remplie de caillots sanguins et de coagulums fibrineux ; après les avoir enlevés, on vit le tissu osseux rugueux, ramolli, distendu et excavé.

La plaie fut aussitôt remplie de charpie fortement imprégnée de poudre de gomme arabique ; puis on y appliqua un pansement légèrement compressif. D'abord il ne se fit, à travers les pièces du pansement, qu'un léger suintement sanguin dont les applications froides firent facilement justice. Mais le lendemain il survint une hémorrhagie très forte, qui fit perdre au malade plus d'une livre de sang avant que l'on parvint à la maîtriser par les styptiques et par la compression. Ces pertes, qui épuisaient le malade, se renouvelèrent plusieurs fois, à des intervalles plus ou moins grands, jusqu'à ce qu'enfin elles furent complétement arrêtées par l'usage externe de l'eau de Binelli, et l'emploi à l'intérieur du tannin, puis de l'*extrait de sang de bœuf*.

Peu à peu la structure molle et comme veloutée des parois saignantes de la cavité osseuse disparut pour faire place à des granulations fermes qui remplirent le vide, pendant que leur rétraction rétrécit la cavité ; l'ossification survint après que la peau fut cicatrisée.

Le sternum semble plus épais, plus bombé qu'à l'état normal ; la douleur a disparu depuis l'incision de la tumeur ; les battements du cœur si vifs ont cessé avec elle, et sont maintenant normaux sous tous les rapports.

Quant à la nature de la maladie, nous croyons qu'il faut la chercher dans un développement érectile des vaisseaux du tissu spongieux de l'os. C'est une tumeur analogue aux téléangiectasies des parties molles, et nous lui donnerons volontiers le nom de *téléangiectasie des os*. (*Deutsche Klinik*, 22 juillet.)

De la déviation de l'utérus chez les jeunes filles vierges, par le docteur Heschl.

Dans la séance du 3 février 1854, de la Société impériale et royale de médecine, M. le docteur Heschl, adjoint de la chaire d'anatomie pathologique de Vienne, parlant des différentes positions de l'utérus chez la femme dans l'état physiologique et pathologique, assure n'avoir jamais rencontré de déviation de l'utérus chez les jeunes filles vierges lorsque la vessie est pleine. Cette déviation se rencontrerait, au contraire, lorsque le réservoir urinaire est vide. (*Zeits. d. K. K. Gesell. d. Aerz. Wien. v. Hebra*, 1854.)

Guérison de la gale en une nuit, par M. José Moupon.

Le mode de traitement préconisé dans ce travail n'est que l'imitation de celui qu'on suit maintenant en France et en Belgique, avec cette particularité que la pommade employée n'est pas celle qui a été jugée chez nous la plus efficace. Au lieu de pommade d'Helmerich, M. José Moupon conseille la simple pommade soufrée, additionnée d'un peu d'acide nitrique. Le titre donné à l'article vient de ce qu'on fait une friction le soir, *après s'être bien lavé tout le corps* (il n'est pas question de bain proprement dit). On met une chemise blanche et l'on se couche. Le lendemain matin on fait une seconde friction et l'on change de chemise. Ces deux onctions suffisent pour la guérison. Il est bon, en outre, de faire désinfecter les vêtements.

Dans une question qui intéresse à un si haut degré la pratique, nous ne pouvions nous dispenser de faire connaître le *procédé espagnol* ; mais on voit aisément que nous n'avons rien à lui emprunter. (*El Siglo medico*, n° 28.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique des maladies du bas-ventre (*Klinik der Unterleibs-Krankheiten*), par le docteur E. Henoch, t. II, in-8, 326 p. Berlin, 1854.

M. le docteur Henoch, connu en Allemagne par l'ouvrage clinique qu'il a publié, il y a quelques années, en collaboration avec son illustre maître le professeur Romberg (de Berlin), et par sa traduction allemande de l'ouvrage anglais du docteur Budd, sur les maladies du foie, vient de faire paraître le deuxième volume de son *Traité clinique des maladies de l'abdomen*, deux années après la première partie. Le premier volume avait déjà attiré l'attention du monde savant par d'éminentes qualités, et le deuxième, nous devons le dire, n'est pas au-dessous de son prédécesseur par la richesse des détails, la sagesse et la sévérité des déductions cliniques. Le titre de l'ouvrage de M. Henoch rappelle les monographies du siècle dernier. Les anciens maîtres, en effet, partaient en général du point de vue séméiologique; aujourd'hui, le symptôme a cédé la place à la lésion anatomique dans les classifications pathologiques : aussi nos ouvrages portent-ils plutôt pour titre un terme exprimant l'ensemble des lésions d'un organe que celle de toute une région. On voit bien encore, dans le siècle actuel, des traités des maladies du thorax; mais les maladies de l'abdomen ne sont plus guère étudiées d'une manière collective ou comparée. Cependant la pratique médicale, plus peut-être que la science elle-même, profiterait de ces ouvrages généraux. C'est sans doute à ce point de vue que M. Henoch a envisagé son sujet; nous disons *sans doute*, car l'auteur n'a point écrit de préface ou d'introduction, programme, du reste, trop souvent menteur, promettant au lecteur beaucoup plus que l'ouvrage ne peut tenir.

Un ouvrage clinique laisse à l'auteur plus de latitude dans son plan. Aussi ne reprocherons-nous pas à M. Henoch l'absence de plan déterminé qui préside à la classification des maladies; mais dans l'étude de chaque maladie les descriptions sont tracées avec ordre, et les divisions plus marquées qu'elles ne le sont généralement dans les œuvres de nos confrères allemands.

Le premier volume traite principalement des maladies du péritoine et de ses replis, et des affections du foie. Dans le second, M. Henoch s'occupe d'abord des lésions de la rate, de l'estomac; puis vient un chapitre sur les calculs biliaires, et enfin un dernier sur le vomissement. On voit qu'une classification méthodique n'est pas ce qui a le plus préoccupé l'auteur.

Un des signes les plus importants des affections de la rate se tire aujourd'hui, depuis les travaux de M. Piorry, de l'examen plessimétrique des dimensions de cet organe; aussi M. Henoch commence-t-il par l'étude de ce mode d'examen, auquel il attache une valeur beaucoup moindre que la plupart des pathologistes. Les variations minimes du volume de la rate sont, dit-il, presque impossibles à apprécier, et, quand même on pourrait les reconnaître, une augmentation légère de volume n'a, relativement à la pathologie, aucune importance réelle. Les déplacements de la rate, étudiés dans un chapitre très court, sont signalés avec soin. L'auteur indique l'abaissement de l'organe sous l'influence de tumeurs qui se développent dans son épaisseur ou par l'action de causes traumatiques. L'hypérémie de la rate, sa phlegmasie, sont des lésions encore peu connues, et malheureusement beaucoup de faits de splénite, exposés par l'auteur, nous semblent rentrer plutôt dans le cadre de la congestion simple que dans celui de la phlegmasie. Le miasme paludéen donne-t-il lieu constamment à une congestion de la rate, comme le veut M. Piorry? M. Henoch ne l'admet pas, d'accord en cela avec bon nombre de nos pathologistes qui ont étudié la fièvre intermittente en France et en Algérie. La fièvre typhoïde s'accompagne également d'hypertrophie de la rate, relation aujourd'hui admise par tous les médecins. Parmi les causes de l'hypertrophie splénique, nous trouvons une condition prédisposante moins généralement admise : c'est la dysménorrhée. L'auteur a reproduit ici, sans le savoir, une opinion émise déjà en 1842 par l'accoucheur anglais Lever. L'hypertrophie de la rate, idiopathique ou symptomatique, s'annonce par des symptômes qui ont beaucoup occupé les médecins allemands et anglais. Le plus connu par les travaux récents de Wirchow, Bennett, Vogel, etc., est la leukémie ou leucocythémie de M. Bennett, découverte par le professeur Wirchow (de Wurzbourg). Nous renvoyons, pour les détails sur cette altération du sang, aux mémoires de Wirchow, de MM. Bennett, Chacot, et à une note publiée par nous sur le même sujet, dans les *Bulletins de la Société de biologie* pour l'année 1852. Les hémorrhagies ont été signalées, depuis les temps les plus reculés, chez les malades atteints d'hypertrophie de la rate. Sans repousser ce fait d'observation clinique, M. Henoch repousse les théories tout hypothétiques données comme explication de ce fait. Les hydropisies, la dyspnée symptomatique sont le sujet de chapitres intéressants. Les ruptures de la rate, bien connues depuis l'excellent travail de M. le docteur Vigla (*Archiv. gén. de médecine*, série 4, vol. IV, p. 17), se rattachent naturellement à l'hypertrophie et à la congestion splénique. M. Henoch nous fait connaître, à propos des abcès de la rate, des faits singuliers, où la collection purulente avait fusé depuis la partie supérieure de l'abdomen jusqu'au-dessus de la clavicule.

Fidèle aux principes de l'école allemande, M. Henoch cherche, autant que possible, à localiser anatomiquement les maladies; aussi distingue-t-il, dans les névralgies de l'estomac, celles qui ont pour siége le tronc iliaque de celles qui occupent le tronc du pneumo-gastrique. Ces distinctions sont beaucoup plus théoriques que pratiques; et même, en lisant avec la plus grande attention ces descriptions, ne parvient-on pas à apprécier une différence notable et qui justifie la distinction établie par l'auteur. Un grand nombre de ces maladies réputées *sine materia* trouvent leur explication dans l'existence d'ulcères simples plus ou moins étendus de la muqueuse gastrique; c'est là, aujourd'hui, une vérité incontestable, depuis les recherches de notre illustre compatriote M. Cruveilhier. Mais l'ulcère simple étendu, décrit par ce professeur, n'est pas la seule solution de continuité reconnue dans l'estomac; l'école allemande en distingue trois espèces : l'érosion hémorrhagique, l'ulcère simple et l'ulcère perforant. Ce ne sont là, bien entendu, que des degrés plus ou moins avancés de la même lésion. Pour la description exacte de ces altérations stomacales, nous renvoyons nos lecteurs à l'ouvrage de notre ami le professeur Lebert (*Traité des maladies cancéreuses*); on y trouvera l'exposé complet des opinions de l'école viennoise. D'après les relevés de nos confrères allemands, l'ulcère simple de l'estomac serait une lésion très fréquente : on en pourra juger par les relevés suivants. Le professeur Jaksch, de Prague (*Prager Viertelj. Schrift*, 1844, III), a trouvé, sur 2330 cadavres, 57 ulcères de l'estomac, 56 cicatrices, 75 érosions hémorrhagiques, c'est-à-dire 1 cas d'ulcère sur 13 cadavres. M. Dahlerup (*De ulcere ventriculi*, Havniæ, 1841) a trouvé, sur 200 cadavres, 26 ulcères simples de l'estomac, 6 cicatrices et 20 perforations. La fréquence de cette lésion pourra paraître exagérée au premier abord; cependant cette opinion n'appartient pas uniquement aux Allemands : nous avons entendu M. Cruveilhier dire qu'à l'hospice de la Salpêtrière, il avait trouvé au moins 1 cas d'ulcère peu étendu de l'estomac sur 8 cadavres. Les symptômes de l'ulcère simple stomacal sont décrits avec beaucoup de détails. L'auteur insiste, avec juste raison, sur l'importance, au point de vue séméiologique, du vomissement de sang; l'ulcération, ses progrès, son extension aux autres tuniques de l'estomac, la perforation du viscère, l'ulcération des organes voisins et la perforation des canaux vasculaires, donnent à l'auteur l'occasion de rapporter une foule d'observations intéressantes. Tout danger ne cesse pas encore quand le travail ulcérant est arrêté : la formation du tissu inodulaire, et surtout la puissance rétractile dont il est doué, peut, quand l'ulcère siége près d'une des ouvertures de l'estomac, porter obstacle aux libres fonctions de l'organe. Nous en avons nous-même observé un exemple remarquable. L'espace qui nous est réservé nous force de signaler seulement les articles destinés au cancer de l'estomac; indiquons une observation fort intéressante de gastrite avec abcès sous-muqueux, de M. Heyfelder, qu'on peut rappro-

cher des observations bien connues de MM. Mayor, Mayer, Mascarel, Andral, Maunoury, Sestier et Juteau.

Les calculs biliaires, si communs surtout à un âge avancé, sont étudiés longuement par M. Henoch. Après quelques détails sur leurs propriétés physiques et chimiques, il nous fait connaître plusieurs théories sur leur mode de formation. La direction tortueuse des canaux excréteurs est une cause prédisposante indiquée depuis longtemps; on sait aussi comment, dans quelques cas, un corps étranger, une aiguille, par exemple, comme dans le fait de Bramson, peut devenir l'origine de la formation du calcul. Seifert croit que la matière colorante de la bile et la cholestérine se déposent principalement autour de petits amas d'épithélium; d'autres auteurs ont émis l'opinion que ces calculs se développent primitivement dans le sang de la veine porte. M. Henoch réfute ces théories, et surtout la dernière, qui a eu quelques partisans en Allemagne. Il passe ensuite en revue les accidents auxquels les calculs biliaires peuvent donner lieu : obstruction des canaux excréteurs, inflammation en arrière de l'obstacle, ulcération du canal biliaire et issue du corps étranger, soit au dehors de l'économie par une ouverture spontanée de la paroi abdominale, soit par une ulcération d'un des organes creux environnants : telles sont les terminaisons accidentelles aujourd'hui bien connues de cette lésion de canalisation.

Nous avons encore à signaler le soin avec lequel l'auteur a traité le chapitre consacré au traitement des affections stomacales et des calculs biliaires. Dans la partie séméiologique, comme dans la thérapeutique, M. Henoch a joint à l'exposé dogmatique de nombreuses discussions toutes frappées au cachet de la plus grande actualité, et une série d'observations qui donnent à son ouvrage un véritable caractère clinique. Ce traité clinique mérite d'être signalé comme l'œuvre d'un médecin instruit et consciencieux.

Docteur Leudet.

VII.

VARIÉTÉS.

— Voici le mouvement quotidien du choléra dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine depuis le 16 août:

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 17 août . .	58	16	74	30	36
18	64	13	77	11	28
19	47	11	58	26	29
20	41	2	43	24	23
21	42	8	50	26	24
22	28	8	36	25	19
23	41	5	46	21	22
Résumé de 7 jours. .	321	63	384	163	181

Situation au 23 août : Cas traités depuis novembre. . . . 5,268

Sorties . . . . . . 2,025 }
Décès . . . . 2,689 } 4,714

Il reste en traitement 554

— Notre armée d'Orient vient de subir la rude épreuve du choléra ; elle a éprouvé des pertes sensibles et bien douloureuses ; mais le moral des troupes est toujours excellent, et nous pouvons annoncer aujourd'hui avec satisfaction que sur tous les points l'état sanitaire s'améliore d'une manière notable.

Le fléau a débuté à Gallipoli, puis il a envahi le Pirée, et enfin les camps autour de Varna.

Les rapports de Gallipoli, en date du 10 de ce mois, annoncent que sur ce point on peut se considérer comme à peu près délivré du choléra. Il ne se produit que quelques cas isolés qui n'ont plus la même gravité que précédemment, et tout fait espérer que l'état sanitaire reviendra bientôt à l'état normal.

La situation de l'hôpital de Nagara continue à être satisfaisante ; le choléra a complétement disparu de cet établissement depuis le 25 juillet.

A Varna, l'épidémie est entrée dans sa période décroissante. De vastes hôpitaux ont été établis sous des tentes doubles, et les malades se sont bien trouvés de ces installations provisoires dans des emplacements salubres, sous le vent de la mer et à une distance suffisante de la ville et des camps. Les bons effets de cette mesure ne sont pas douteux.

Au milieu des pénibles épreuves que l'armée vient de traverser, le péril commun a fait naître de nombreux actes de dévouement, et rien n'égale la vigueur morale qu'ont montrée, pendant la durée de l'épidémie, ceux qui obéissent et ceux qui commandent. (*Moniteur universel.*)

— Nous avons reçu de M. le docteur Abeille une communication que nous publierons dans le prochain numéro.

— Une circulaire de M. le Ministre de l'Intérieur, en date du 15 août, recommande aux préfets de donner activement leurs soins à l'institution des médecins cantonaux, et met à leur disposition *une première* allocation.

— Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Alibert (Ariége), Desquerrois (Aube) et Paillette, aide-major en retraite.

— *Prix des Annales médico-psychologiques.* — Ce prix a été décerné cette année à M. Félix Boureau, interne des hôpitaux de Paris. Son travail, qui a pour titre : *Influence des altérations du sang et des modifications de la circulation sur le système nerveux*, a plus spécialement pour objet les hallucinations.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Association Medical Journal. — N° 81. Corrélation de la psychologie et de la physiologie, par *D. Noble.* — Pathologie et traitement de la phlegmasie laryngo-trachéale, par *R. Turner.* — N° 82. *Idem.* — Cas de convulsions puerpérales, par *A.-B. Steele.* — Notes cliniques sur le choléra, par *W.-L. Lindsay.*

Dublin Medical Press. — N° 118. Comptes-rendus de sociétés savantes : distorsion de l'épine; changements qui s'opèrent dans les tissus privés de vitalité ; développement du *vibrio cureola ;* cancer et tubercules développés simultanément. — Coup d'œil sur la pratique du dispensaire de Carrick-on-Suir, par *J. Edmundson.* — N° 812. Emploi des acides dans les troubles épidémiques de l'intestin, par *Tucker.* — Difformité chez un enfant, par *Aldis.* — Maladies de la pulpe dentaire et leur traitement, par *C. Harris.*

Medical Times and Gazette. — N° 212. Sur la hernie étranglée, par *Nathaniel Ward.* — Contributions à la chirurgie orthopédique, par *B.-E. Brodhurst.* — N° 213. Propriété désinfectante du chlorure de zinc, par *Ed. Hilditch.* — Sur la hernie étranglée, par *N. Ward.*— Sur la chirurgie plastique, par *Spencer Wells.*— — Hydrocéphale externe, traitée par des ponctions répétées et le séton, par *J. Grantham.*

The Lancet. — N° 3. Sur la consomption comme affection constitutionnelle, par *Thomson.* — Anévrysme poplité traité par la compression de l'artère fémorale, par *Hilton.* — N° 4. Clinique obstétricale, par *R. Barnes.* — Tuyaux et citernes de plomb au point de vue de la salubrité, par *R.-D. Thomson.* — Cliniques.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — N° 27. Sur la pellagre, par *Lussana.* — N° 28. Apoplexie de la moelle, par *A. Barbieri.* — Manifestations nerveuses, produites par l'administration de l'acétate de strychnine; remarques sur les expériences de M. Marshall-Hall, par *Luigi Ripa.* — Sur la substance dite *éther quinique*, par *P. Sozzani.* — Eau saline sulfureuse de Broni, par *J.-B. Farina.*

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — N° 29. Salivation mercurielle comme moyen thérapeutique, par *Passot.* — Revue obstétricale, par *Olivetti.* — N° 30. Asthme essentiel, guéri par les inhalations de chloroforme, par *Salvolini.* — Salivation mercurielle, par *Passot.* — Revue ophthalmologique.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — N° 29. Sur l'alimentation des petits enfants par *Francesco Luciani.* — Leçon sur le cancer, par *Ranzi.* — N° 30. *Idem.* — Guérison d'un cas de carreau, par *V. Batistoni.*

Giornale delle Scienze mediche della Reale Accademia medico-chirurgica (Torino). — N° 13. Phlogose des vaisseaux sanguins, par *de Meis.* — Pulsations abdominales idiopathiques, par *Macario.*

El Heraldo medico. — N° 114. Accouchement difficile, diplogénèse, par *J.-G. Abajo.* — Cliniques.

El Siglo medico. — N° 29. Sur l'action thérapeutique du valérianate de zinc, par *Espinosa (de Berja).*

Jornal da Sociedade pharmaceutica Lusitana. — 1854. N° 6. Analyses et revues relatives à la pharmacie.

Livres nouveaux.

De la cure radicale des hernies inguinales et d'un nouveau moyen de l'obtenir, par *A.-D. Valette.* In-8°, avec planches. Lyon, 1854. 3 fr.

Beitræge zur Lehre von der Syphilis in ihrer Verbindung mit Vaccine und Diphteritis. (Contributions à la doctrine de la syphilis), par *J. Heine.* In-8°, Wurzbourg, chez Halm. 2 fr. 75

Zur Lehre von der Entzuendung. Eine pathologisch-physiologische Abhandlung. (Sur la doctrine de l'inflammation), par *G.A. Spiess.* Francfort, chez Hermann. 4 fr.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — **A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,** Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. — PARIS, 1er SEPTEMBRE 1854. — N° 48.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

DÉCRET SUR LE RÉGIME DES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR.

Voici la partie de ce décret qui peut intéresser le corps médical.

TITRE III.

DISPOSITIONS SPÉCIALES AUX FACULTÉS DE MÉDECINE, AUX ÉCOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE ET AUX ÉCOLES PRÉPARATOIRES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.

Art. 12. Les étudiants des facultés de médecine ne sont admis à prendre la cinquième, la neuvième et la treizième inscription qu'après avoir subi avec succès un examen de fin d'année. Ils ne sont admis aux examens de fin d'études qu'après l'expiration du dernier trimestre de la quatrième année d'études.

Les douze premières inscriptions dans la faculté de médecine peuvent être compensées par quatorze inscriptions prises dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie, moyennant un supplément de 5 francs par inscription. Les élèves des écoles préparatoires ne peuvent convertir plus de quatorze inscriptions de ces écoles en inscriptions de facultés.

Art. 13. Les droits à percevoir dans les facultés de médecine sont fixés ainsi qu'il suit :

Rétributions obligatoires.

Doctorat en médecine. — Inscriptions (seize à 30 francs). .	480 fr.
Trois examens de fin d'année (30 fr. par examen).	90
Cinq examens de fin d'études (50 f. par examen).	250
Cinq certificats d'aptitude (40 fr. par certificat).	200
Thèse.	100
Certificat d'aptitude.	40
Diplôme.	100
Total. . .	1,260 fr.
Certificat de sage-femme. Deux examens (40 fr. par examen).	80 fr.
Certificat d'aptitude.	40
Visa du certificat.	10
Total. . .	130 fr.

Rétributions facultatives.

Conférences, exercices pratiques et manipulations pour les aspirants au doctorat en médecine; rétribution annuelle. .	150 fr.

Art. 14. Les écoles supérieures de pharmacie confèrent le titre de pharmacien de 1re classe et le certificat d'aptitude à la profession d'herboriste de 1re classe.

FEUILLETON.

De Haën. Sa vie, ses doctrines (1).

Van-Swieten n'attendit pas la fin de sa carrière pour assurer l'avenir des institutions qu'il avait fondées. L'héritage de son enseignement clinique ne pouvait être plus dignement recueilli que par Antoine de Haën, son ancien condisciple à Leyde, et c'est sur lui que se fixa son choix. Plus jeune de quelques années que Van-Swieten, de Haën naquit à La Haye en 1704, et fut un des élèves les plus distingués de Boerhaave. Il débuta dans la carrière médicale à l'âge de trente ans, et se fit connaître, non-seulement comme un praticien des plus distingués, mais comme un infatigable observateur, qui sut toujours mener de front les exigences de la pratique et l'amour sacré de la science. « Il était, » dit le docteur Hecker, complétement ignorant des usages du grand » monde ; mais la nature, ajoute cet auteur, l'avait singulièrement favo» risé sous d'autres rapports, et il peut soutenir la comparaison avec » les plus grands génies médicaux de son époque. Il semblait comme » embrasé d'un amour pour la science, qui n'aurait demandé qu'à être » contenu dans de justes limites. » Malheureusement, il ne joignait pas à ces qualités le calme et la sérénité d'esprit que nous avons eu occasion d'admirer chez Van-Swieten. Il était irritable et passionné, ami de la contradiction, mais ne pouvant souffrir d'être contredit. Il sacrifia plus d'une fois à son amour-propre froissé la justice, la vérité et jusqu'à ses propres convictions. Il eut des adversaires dignes de lui, mais qui surent toujours conserver dans les discussions l'avantage que donnent le calme et la modération unis à la science véritable. Nous ne citerons en passant que l'illustre Haller, que de Haën attaqua vivement, comme nous le verrons plus tard, à propos de ses théories sur la sensibilité et l'irritabilité.

De Haën, malgré les brillants succès que lui valut son incontestable mérite, malgré les faveurs dont le combla l'impératrice Marie-Thérèse,

(1) Cette étude sur V. de Haën fait suite aux études publiées sur Van Swieten (voir les nos 15, 27, 28, 32). Je me suis servi de l'édition publiée à Vienne en 1759, in-12. Je répéterai une fois pour toutes que dans ces études sur les médecins de l'école de Vienne, ainsi que sur les grandes épidémies de cette époque, mon guide le plus ordinaire sera le savant professeur Hecker. Je n'aurai que rarement sujet de me trouver en opposition avec ce célèbre historien et ce judicieux critique dans son ouvrage intitulé : *Les maladies épidémiques de 1770* (*Die Volkskrankheiten von 1770*).

Elles délivrent en outre, mais seulement pour les départements compris dans leur ressort, les certificats d'aptitude pour les professions de pharmacien et d'herboriste de 2e classe.

Les pharmaciens et les herboristes de 1re classe peuvent exercer leur profession dans toute l'étendue du territoire français.

Art. 15. Les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe doivent justifier de trois années d'études dans une école supérieure de pharmacie et de trois années de stage dans une officine.

Il ne sera exigé qu'une seule année d'études dans une école supérieure de pharmacie des candidats qui auraient pris dix inscriptions aux cours d'une école préparatoire de médecine et de pharmacie. La compensation aura lieu moyennant un supplément de 5 francs par inscription d'école préparatoire.

Les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe ne peuvent prendre la première inscription, soit dans les écoles supérieures, soit dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, que s'ils sont pourvus du grade de bachelier ès sciences.

Art. 16. Les droits à percevoir dans les écoles supérieures de pharmacie sont fixés ainsi qu'il suit :

Rétributions obligatoires.

Titre de pharmacien de 1re classe. Inscriptions (douze à 30 fr.)	360 fr.
Travaux pratiques pendant les trois années (100 fr. par année).	300
Cinq examens semestriels (30 fr. par examen).	150
Les deux premiers examens de fin d'études (80 fr. par exam).	160
Le troisième examen de fin d'études.	200
Trois certificats d'aptitude (40 fr. par certificat).	120
Diplôme.	100
Total. . .	1,390 fr.

Certificat d'herboriste. Examen.	50 fr.
Certificat d'aptitude.	40 fr.
Visa du certificat d'aptitude.	10
Total. . .	100 fr.

Rétributions facultatives.

Conférences, exercices pratiques et manipulations pour les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe ; rétribution annuelle.	150 fr.

Art. 17. Les jurys médicaux cesseront leurs fonctions au 1er janvier prochain, en ce qui concerne la délivrance des certificats d'aptitude pour les professions d'officier de santé, sage-femme, pharmacien et herboriste de 2e classe.

A partir de cette époque, les certificats d'aptitude pour la profession d'officier de santé et celle de sage-femme seront délivrés, soit par les facultés de médecine de Paris, Montpellier et Strasbourg, soit par les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sous la présidence d'un professeur de l'une des facultés de médecine.

A partir de la même époque, les certificats d'aptitude pour les professions de pharmacien et d'herboriste de 2e classe seront délivrés, soit par les écoles supérieures de pharmacie, soit par les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sous la présidence d'un professeur de l'une des écoles supérieures de pharmacie.

Art. 18. Un arrêté du ministre de l'instruction publique, délibéré en conseil impérial de l'instruction publique, déterminera la circonscription des facultés de médecine, écoles supérieures de pharmacie et écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, chargées de la délivrance des certificats d'aptitude pour les professions mentionnées en l'article précédent, la composition des jurys d'examen, l'époque de leur réunion, la répartition des droits de présence entre les professeurs, et généralement tous les moyens d'exécution dudit article.

Art. 19. En exécution des art. 29 et 34 de la loi du 19 ventôse an XI, et de l'art. 24 de la loi du 21 germinal an XI, les officiers de santé, les pharmaciens de 2e classe, les sages-femmes et les herboristes de 2e classe, pourvus de diplômes ou certificats d'aptitude délivrés, soit par les anciens jurys médicaux, soit d'après les règles déterminées par les art. 17 et 18 ci-dessus, ne peuvent, comme par le passé, exercer leur profession que dans les départements pour lesquels ils ont été reçus. S'ils veulent exercer dans un autre département, ils doivent subir de nouveaux examens et obtenir un nouveau certificat d'aptitude.

Art. 20. Les aspirants au titre d'officier de santé doivent justifier de douze inscriptions dans une faculté de médecine ou de quatorze inscriptions dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie. La compensation entre les inscriptions dans les facultés et celles prises dans les écoles préparatoires aura lieu moyennant un droit de 5 francs par inscription.

Cette condition de scolarité ne sera pas imposée aux aspirants qui auront subi avec succès, à l'époque de la promulgation du présent décret, le premier des examens exigés des officiers de santé.

Les aspirants au titre de pharmacien de 2e classe doivent justifier :

1° De six années de stage en pharmacie ;

2° De quatre inscriptions dans une école supérieure de pharmacie, ou de six inscriptions dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie.

Deux années de stage pourront être compensées par quatre inscriptions dans une école supérieure de pharmacie, ou, moyennant un supplément de 5 francs par inscription, par six inscriptions dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie, sans que le stage puisse, dans aucun cas, être réduit à moins de quatre années.

Art. 21. L'excédant des frais d'examen, prélèvement fait des droits de présence des examinateurs, qui était antérieurement perçu au compte des caisses départementales, le sera à l'avenir, soit au compte du service spécial des établissements d'enseignement supérieur, pour les examens passés devant les facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie, soit au profit des caisses municipales, pour les examens passés devant les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Indépendamment de ces frais, qui restent fixés au même taux que précédemment, il sera perçu, pour le compte du service spécial des établissements d'enseignement supérieur, les droits ci-après :

Rétributions obligatoires.

Officiers de santé. Inscriptions de la faculté de médecine (douze à 30 francs).	360 fr.
Trois certificats d'aptitude (40 fr. par certificat).	120
Diplôme.	100
Total. . .	580 fr.

ne pouvait goûter aucune de ces joies qui sont le partage des génies modestes. Envieux et jaloux au delà de toute expression, il détestait tous ceux qui lui faisaient ombrage. Van-Swieten lui-même ne put se soustraire à sa haine, et il n'y eut qu'un seul homme, peut-être, dit Hecker, dont le souvenir imposa à cette nature dominatrice, ce fut Boerhaave, envers lequel il professa un culte qui ne se démentit pas jusqu'à l'époque de sa mort, arrivée le 3 septembre 1776.

Il est bien certain que cette situation perpétuellement militante imprima à sa clinique un caractère spécial d'originalité, et lui valut ses plus brillants succès. L'ardeur qui le dominait pour la science se communiquait à ses nombreux élèves : *spiritu percellere solebat auditores*, ainsi que Stall l'affirme.

Il était vraiment sublime dans son enseignement, disent ses contemporains, et nous les en croyons facilement. Nous avons eu à notre époque d'assez nombreux exemples de ces gloires littéraires et médicales acquises au milieu de conditions semblables. Le piédestal sur lequel se sont élevés certains hommes étant appuyé sur l'enthousiasme et sur les sentiments facilement excitables d'une jeunesse ardente, la base est nécessairement fragile, et il arrive que la postérité juge avec sévérité les œuvres de ces mêmes hommes, lorsqu'on les examine en dehors de l'élément passionné où vivait la génération contemporaine. Nous ne voulons pas insinuer par là que l'ouvrage principal de de Haën, son *Ratio medendi*, ne soit pas une œuvre digne de son auteur, un véritable monument élevé à la science naissante de la clinique des hôpitaux, mais nous serons bien obligé de reconnaître dans un instant que le génie de l'auteur s'est fatalement ressenti du milieu orageux où s'est donné ce même enseignement clinique.

Toutefois, avant d'entrer dans le domaine médical proprement dit, il ne sera pas sans intérêt de nous arrêter à une circonstance qui, tout en nous faisant mieux connaître la tournure particulière d'esprit de notre auteur, pourra jeter quelque jour sur les tendances scientifiques de l'époque, à propos de faits d'un ordre surnaturel.

De Haën avait eu la mauvaise idée de composer un livre sur la magie. Ce travail, assez innocent en lui-même si l'auteur n'avait voulu que se délasser de ses travaux sérieux, lui suscita dans la suite des embarras de plus d'une espèce. Hecker ne lui pardonne qu'avec peine de s'être laissé aller à de pareilles rêveries, *à des idées superstitieuses* indignes d'un grand esprit ; et son blâme est cependant un éloge, car il reconnaît implicitement que son immense réputation scientifique ne souffrit pas de la fausse position dans laquelle l'avaient placé ses croyances à l'endroit de l'intervention du diable dans quelques phénomènes d'un ordre spécial. Et

Pharmaciens de 2e classe. Inscriptions de l'école supérieure de pharmacie (quatre à 30 francs)	120 fr.
Épreuves pratiques	120
Trois certificats d'aptitude (40 fr. par certificat)	120
Diplôme	100
Total	460 fr.

Herboristes. Certificat d'aptitude	40 fr.
Visa du certificat	10
Total	50 fr.

Sages-femmes. Certificat d'aptitude	20 fr.
Visa du certificat	5
Total	25 fr.

Fait à Pau le 21 août 1854.

ORGANISATION DES ACADÉMIES.

Un autre décret, rendu à Pau, en date du 22 août 1854, organise les Académies. Nous en extrayons également ce qui peut intéresser spécialement le corps médical.

CIRCONSCRIPTIONS ACADÉMIQUES. Les huit centres académiques, constitués par une loi récente, sont classés ainsi qu'il suit :

ART 1er. — L'Académie d'Aix comprend les départements des Basses-Alpes, des Bouches-du-Rhône, de la Corse, du Var, de Vaucluse.

L'Académie de Besançon comprend les départements du Doubs, du Jura, de la Haute-Saône.

L'Académie de Bordeaux comprend les départements de la Dordogne, de la Gironde, des Landes, de Lot-et-Garonne, des Basses-Pyrénées.

L'Académie de Caen comprend les départements du Calvados, de l'Eure, de la Manche, de l'Orne, de la Sarthe, de la Seine-Inférieure.

L'Académie de Clermont comprend les départements de l'Allier, du Cantal, de la Corrèze, de la Creuse, de la Haute-Loire, du Puy-de-Dôme.

L'Académie de Dijon comprend les départements de l'Aube, de la Côte-d'Or, de la Haute-Marne, de la Nièvre, de l'Yonne.

L'Académie de Douai comprend les départements de l'Aisne, des Ardennes, du Nord, du Pas-de-Calais, de la Somme.

L'Académie de Grenoble comprend les départements des Hautes-Alpes, de l'Ardèche, de la Drôme, de l'Isère.

L'Académie de Lyon comprend les départements de l'Ain, de la Loire, du Rhône, de Saône-et-Loire.

L'Académie de Montpellier comprend les départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault, de la Lozère, des Pyrénées-Orientales.

L'Académie de Nancy comprend les départements de la Meurthe, de la Meuse, de la Moselle, des Vosges.

L'Académie de Paris comprend les départements du Cher, d'Eure-et-Loir, de Loir-et-Cher, du Loiret, de la Marne, de l'Oise, de la Seine, de Seine-et-Marne, de Seine-et-Oise.

L'Académie de Poitiers comprend les départements de la Charente, de la Charente-Inférieure, de l'Indre, d'Indre-et-Loire, des Deux-Sèvres, de la Vendée, de la Vienne, de la Haute-Vienne.

L'Académie de Rennes comprend les départements des Côtes-du-Nord, du Finistère, d'Ille-et-Vilaine, de la Loire-Inférieure, de Maine-et-Loire, de la Mayenne, du Morbihan.

L'Académie de Strasbourg comprend les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin.

L'Académie de Toulouse comprend les départements de l'Ariége, de l'Aveyron, de la Haute-Garonne, du Gers, du Lot, des Hautes-Pyrénées, du Tarn, de Tarn-et-Garonne.

FACULTÉS ET ÉCOLES D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. Ce paragraphe, qui est le deuxième du décret, est relatif au siége des Facultés, à l'enseignement dans les écoles préparatoires, à la nomination des professeurs et agrégés.

ART. 2. — Les Facultés actuellement existantes continuent à siéger dans les villes où elles sont actuellement établies.

Les Facultés instituées par la présente organisation académique ont leur siége dans les villes ci-après :

La Faculté des sciences de l'Académie d'Aix, à Marseille.

La Faculté des lettres et la Faculté des sciences de l'Académie de Clermont, à Clermont.

La Faculté des lettres de l'Académie de Douai, à Douai ; la Faculté des sciences de la même Académie, à Lille.

La Faculté des lettres et la Faculté des sciences de l'Académie de Nancy, à Nancy.

La Faculté des sciences de l'Académie de Poitiers, à Poitiers.

ART. 4. — Les villes qui ne sont pas siéges de Facultés, et qui ont établi des cours municipaux sur quelques parties élevées des sciences et des lettres, pourront obtenir que ces cours prennent le titre et le rang d'Écoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres, à la charge par lesdites villes de fournir un local convenable, les collections nécessaires à l'enseignement, et une subvention annuelle pour le traitement des professeurs et les dépenses du matériel.

Les Écoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres sont assimilées aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Le ministre de l'instruction publique en nomme les professeurs, qui deviennent membres du corps enseignant, et jouissent dès lors de tous les droits et avantages attachés à cette qualité.

Les étudiants sont admis à prendre dans les Écoles préparatoires des sciences et des lettres des inscriptions qui peuvent être converties en inscriptions des Facultés correspondantes, sous les conditions déterminées par un arrêté délibéré en conseil impérial de l'instruction publique.

ART 5. — Dans les Facultés des sciences et dans les Écoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences, les professeurs pourront être autorisés, par décision du ministre, à ouvrir des cours pour des ap-

---

quand il examine ensuite de Haën au milieu de l'exercice de ses fonctions de clinicien, il nous le représente dans sa véritable puissance observatrice, illuminant l'esprit de ses auditeurs par l'exposition de véritables faits pathologiques, sans qu'on le soupçonnât le moins du monde d'être entaché de magie.

Reportons-nous un instant à la fin, ou plutôt encore au milieu du XVIIIe siècle. Il se passait alors un phénomène intellectuel étrange, et dont on pardonnera la description à un écrivain accoutumé à étudier les travers et les bizarreries de l'esprit humain. Le règne des encyclopédistes approchait ; une perturbation complète, une rénovation radicale, comme on sait, étaient sur le point de s'accomplir dans les croyances d'une génération tout entière, et cependant cette époque singulière de transition était signalée par une recrudescence de cette irrésistible disposition de l'esprit humain à se laisser impressionner plutôt par le côté merveilleux des phénomènes que par ce que ces phénomènes ont de positif, de naturel ou de vrai.

Or, ce n'était pas seulement en France que les convulsionnaires de Saint-Médard avaient le triste privilége d'exploiter par les plus honteuses manœuvres cet amour du merveilleux ; mais en Allemagne, dans le midi de ce pays surtout, les intelligences semblaient comme frappées de vertige en présence des faits merveilleux opérés par les possédés, les exorcistes, les visionnaires et les illuminés. « Que manquait-il à une pareille époque, » dit le savant Hecker ? Un homme assez puissant par le génie de l'im» posture, une espèce d'Alexandre Abon (1), pour s'emparer de la direction » générale des esprits et faire reculer l'humanité vers l'époque des plus » tristes et des plus cruelles superstitions dont l'histoire fasse mention. » Mais cet homme n'était pas possible. Le point de vue de l'humanité peut se déplacer souvent, mais ses tendances générales ne changent jamais. La génération sceptique qui se formait sous l'influence des doctrines philosophiques, produisit naturellement dans son sein l'homme qui lui convenait. Cette génération avait besoin d'être trompée ; elle eut Cagliostro, dont on connaît assez les tristes impostures et la fin misérable.

Cagliostro était un produit de cet état de choses, avec manifestation ma-

(1) Imposteur fameux né à Abon, en Paphlagonie, vers le milieu du IIe siècle de notre ère. Il eut le talent de se faire passer pour le professeur d'Esculape. Il opérait des *guérisons nombreuses*. Il trompa, non-seulement le peuple et les ignorants, mais les plus grands esprits de cette époque, et entre autres Marc-Aurèle qui le consulta et qui le respectait à l'égal du célèbre Apollonius de Thyanes, des doctrines duquel cet ignoble imposteur se disait l'unique héritier.

plications spéciales. Dans ce cas, les Facultés et les Écoles préparatoires pourront, après examen, délivrer des certificats de capacité pour les sciences appliquées. Lorsque l'examen sera subi devant une École préparatoire, le jury sera présidé par un professeur de la Faculté des sciences.

Art. 6. — Pour être nommé professeur dans une Faculté, il faut être âgé de trente ans au moins, être docteur dans l'ordre de cette Faculté, et avoir fait, pendant deux ans au moins, soit un cours dans un établissement de l'État, soit un cours particulier dûment autorisé, analogue à ceux qui sont professés dans les Facultés.

Art. 7. — Peuvent être également nommés professeurs dans les Facultés les membres de l'Institut qui ont fait, pendant six mois au moins, un cours dans les conditions de l'article précédent.

Art. 8. — Lorsqu'il y a lieu de pourvoir à une chaire vacante dans une des Facultés de l'Académie de Paris, les Facultés du même ordre dans les départements en reçoivent avis ; elles peuvent recommander au ministre la candidature d'un de leurs membres.

Art. 9. — Les suppléances dans les Facultés sont confiées, par le ministre, à des agrégés des Facultés ou à des docteurs.

Art. 10. — Les agrégés continuent à être nommés au concours.

Art. 11. — Les agrégés sont à la disposition du ministre, qui peut les attacher temporairement aux diverses Facultés du même ordre, selon les besoins du service.

Sont nommés recteurs :

Académie d'Aix : M. Mottet, docteur en droit.

Académie de Besançon : M. Quet, docteur ès sciences.

Académie de Bordeaux : M. Dutrey, docteur ès lettres.

Académie de Caen : M. François, docteur ès lettres.

Académie de Clermont : M. Théry, docteur ès lettres.

Académie de Dijon : M. Cournot, docteur ès sciences.

Académie de Douai : M. Guillemin, docteur ès lettres.

Académie de Grenoble : M. Nisard, docteur ès lettres.

Académie de Lyon : M. l'abbé Noirot, docteur ès lettres.

Académie de Montpellier : M. Donné, docteur en médecine.

Académie de Nancy : M. Faye, membre de l'Institut.

Académie de Poitiers : M. de La Saussaye, membre de l'Institut.

Académie de Rennes : M. Mourier, docteur ès lettres.

Académie de Strasbourg : M. Rinn, docteur ès lettres.

M. Laferrière, docteur en droit, est délégué pour l'administration de Toulouse.

Par décision de S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, la date et le lieu des sessions des jurys médicaux ont été fixés ainsi qu'il suit pour l'année 1854 :

DIVISIONS.	DÉPARTEMENTS où le jury est convoqué.	DATE de la réunion du jury.	DÉPARTEMENTS dont les candidats seront examinés par le jury.
	Paris.		
1re *division* M. Grisolle.	Oise	4 sept.	Oise.
	Eure	8 »	Eure, Eure-et-Loir, Seine-et-Oise.
	Seine-Inférieure	14 »	Seine-Inférieure.
	Calvados	21 »	Calvados, Manche, Orne.
	Ille-et-Vilaine	28 »	Ille-et-Vilaine, Finistère, Mayenne, Morbihan, Côtes-du-Nord.
	Maine-et-Loire	.....	Maine-et-Loire, Sarthe, Loire-Inférieure.
2e *division* M. Malgaigne.	Aisne	18 sept.	Aisne, Seine-et-Marne.
	Nord	25 »	Nord.
	Pas-de-Calais	3 oct.	Pas-de-Calais.
	Somme	6 »	Somme.
	Indre-et-Loire	16 »	Indre-et-Loire, Nièvre, Yonne, Cher, Indre, Vienne, Loiret, Loir-et-Cher.
	Montpellier.		
1re *division* M. Fuster.	Pyrénées Ores.	8 sept.	Pyrénées-Orientales, Aude, Ariége.
	Haute-Garonne	15 »	Haute-Garonne, Tarn, Tarn-et-Garonne.
	Lot	20 »	Lot, Lot-et-Garonne, Dordogne.
	Gers	26 »	Gers.
	Hautes-Pyrénées	5 oct.	Hautes-Pyrénées.
	Basses-Pyrénées	9 »	Basses-Pyrénées.
	Vendée	18 »	Vendée, Charente, Charente-Inférieure, Deux-Sèvres.
	Gironde	24 »	Gironde, Landes.
2e *division* M. Dumas.	Puy-de-Dôme	4 sept.	Puy-de-Dôme, Haute-Loire, Allier, Creuse, Haute-Vienne, Corrèze, Cantal, Lozère.
	Drôme	12 »	Drôme, Ardèche.
	Isère	18 »	Isère, Aveyron.
	Var	16 oct.	Var.
	Basses-Alpes	23 »	Basses-Alpes, Hautes-Alpes.
	Vaucluse	29 »	Vaucluse, Gard.
	Bes-du-Rhône	6 nov.	Bouches-du-Rhône, Alger, Corse.
	Strasbourg.		
1re *division* M. Ehrmann.	Doubs	11 sept.	Doubs, Haut-Rhin, Jura.
	Côte-d'Or	20 »	Côte-d'Or, Haute-Saône, Saône-et-Loire.
	Ain	27 »	Ain.
	Rhône	3 oct.	Rhône, Loire.
2e *division* M. Rigaud.	Moselle	4 sept.	Moselle, Meurthe, Meuse.
	Marne	11 »	Marne, Aube, Ardennes.
	Haute-Marne	18 »	Haute-Marne, Vosges.

— Pour lever un doute qui s'est élevé dans quelques esprits, nous sommes autorisé à affirmer que ce sera seulement à partir du 1er janvier 1855 que le décret du 21 août

---

ladive de l'amour pour le merveilleux, mais un produit dont on avait honte ; et, étant admis ce besoin général d'être trompé, ce besoin non moins impérieux de recourir à la puissance de l'imagination pour y trouver la source, non-seulement d'émotions nouvelles, mais encore de nouveaux moyens de guérison, on conçoit qu'une autre direction *plus honnête*, si je puis m'exprimer ainsi, plus conforme, d'un autre côté, à la véritable situation des choses, allait être imprimée au mouvement général des esprits. La lutte ne devait plus se passer qu'entre ceux qui croyaient à l'intervention du diable dans la production de certains faits merveilleux, et ceux qui voulaient remplacer cette intervention par une autre puissance d'un ordre purement naturel. Qu'on nous permette de citer deux exemples, qui nous expliqueront, d'une part, comment de Haën a pu professer des doctrines aussi contraires au véritable bon sens médical, et, de l'autre, comment la venue de Mesmer était déjà préparée de longue date.

De l'année 1662 à 1666, il n'était question en Angleterre que des cures extraordinaires opérées par Valentin Greatrakes, homme simple et pieux, que personne n'a jamais taxé de fourberie. On lit dans l'ouvrage de M. Gauthier (1), que Joseph Glanville, chapelain de Charles II, auteur estimé, a rassemblé sur cet homme extraordinaire des témoignages qui n'ont pas été récusés.

Par l'application de sa main, dit le savant Georges Rust, il faisait fuir la douleur et la chassait aux extrémités. L'effet était quelquefois très rapide, et l'auteur affirme avoir vu quelques personnes guéries comme par enchantement. Si la douleur ne cédait pas d'abord, il réitérait les frictions.... Je puis affirmer, dit Rust, qu'il a guéri des *vertiges, des maux d'yeux et des maux d'oreilles très graves ; des épilepsies, des ulcères invétérés, des écrouelles, des tumeurs squirrheuses et cancéreuses au sein.* Je l'ai vu amener à maturité, dans l'espace de cinq jours, des tumeurs qui existaient depuis plusieurs années.

« Ces guérisons ne m'induisent pas à croire, dit Rust, qu'il y eût dans » ces faits quelque chose de *surnaturel*. Lui-même ne le pensait pas ; et sa » manière de guérir prouve qu'il n'y avait là ni miracle, ni influence di-

(1) Gauthier, *Introduction au magnétisme*, page 162.

C'est au moment où je réunis des matériaux pour faire plus tard l'histoire générale du magnétisme qu'apparaît l'intéressant travail de M. le docteur Segond sur le même sujet. Les lecteurs de la *Gazette Hebdomadaire* ne se plaindront pas que j'aie été devancé par un auteur qui donne une explication aussi médicale que philosophique des phénomènes magnétiques. D'un autre côté, les études auxquelles je me livre ayant un côté spécialement historique, il me reste un champ immense à parcourir sous ce rapport.

sera obligatoire soit dans la partie financière, soit dans les dispositions relatives à la délivrance des diplômes et des certificats d'aptitude. L'année scolaire 1854-1855 commencera donc sous le régime qui est actuellement en vigueur. A partir du 1er janvier prochain, tous les droits seront perçus conformément aux nouveaux tarifs, quelle que soit l'époque à laquelle les études auront été commencées. A. D.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 24 au 29 août 1854.

N° 226. Clérambourst, Jules-Victor, né le 29 décembre 1822 à Paris (Seine). [*De la fissure à l'anus et des diverses méthodes de traitement employées pour la guérir.*]

N° 227. Gratiot, Victor-Pierre, né le 6 avril 1827 à la Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne). [*Des hémorrhoïdes et de leur thérapeutique chirurgicale.*]

N° 228. Bougouin, Louis-Benjamin, né le 1er novembre 1821 à Niort (Deux-Sèvres). [*Du traitement de la fistule à l'anus par la méthode des fils.*]

N° 229. Huguet, Pierre-François-Jules-Émile, né le 2 décembre 1828 au Blanc (Indre). [*Diagnostic différentiel des tumeurs du testicule et de ses enveloppes.*]

N° 230. Denis, Paul-Louis-Eugène, né le 20 octobre 1829 à Paris (Seine). [*Du lait de femme à l'état physiologique.*]

N° 231. Renault du Motey (thèse en chirurgie), Jacques-Jules, né le 17 décembre 1813 à la Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Marne). [*Mémoire sur les fractures des os du métacarpe.*]

N° 232. Doniol, Olivier-François, né le 18 février 1828 à Guingamp (Côtes-du-Nord). [*De l'hystérie.*]

N° 233. Jallet, Alexandre-Adolphe, né le 17 janvier 1822 à Angles (Vienne). [*Considérations sur le traitement de la pneumonie.*]

N° 234. Blancheton, Jean-Baptiste-Louis, né le 12 janvier 1827 à Viverols (Puy-de-Dôme). [*Du tétanos et de son traitement par le chloroforme.*]

N° 235. Carton, Gustave-Constant-Aimé, né le 18 février 1830 au Quesnoy (Nord). [*De l'opération de la cataracte par kératotomie supérieure.*]

N° 236. Holaind, Adolphe-Victor, né le 5 mai 1827 à Valenciennes (Nord). [*Appréciations théoriques sur certains points de l'histoire de l'hémorrhagie cérébrale.*]

N° 237. Poupardin, François-Gustave, né le 19 août 1820 à Orléans (Loiret). [*Des phlegmasies de la fosse iliaque interne.*]

N° 238. Dessaint, Joseph-Antoine-Gustave, né le 19 mars 1827 à Châlon-sur-Saône (Saône-et-Loire). [*Du renversement de l'utérus et de son traitement.*]

N° 239. Saurel, Bernard-Adrien-Prosper, né le 20 septembre 1829 à Pau (Basses-Pyrénées). [*Des premiers soins à donner à l'enfant nouveau-né à l'état normal et dans certaines conditions pathologiques.*]

N° 240. Durand, Antoine, né le 17 février 1828 à Saint-Épain (Indre-et-Loire). [*Essai sur les effets de la foudre sur l'homme.*]

N° 241. Malachard, Jean-Baptiste-Philibert, né le 4 décembre 1825 à Morgon-de-Villé (Rhône). [*De la délivrance et des accidents qui peuvent la compliquer.*]

N° 242. Barrand, François-Hippolyte, né le 28 août 1826 à Avoudré (Doubs). [*Du favus; sa nature, son traitement.*]

N° 243. Garny, Augustin, né le 9 janvier 1827 à Bourguignon-lez-Morey (Haute-Saône). [*Du corset.*]

N° 244. Fauville, Célestin-Gustave-Charles, né le 24 février 1816 à Denain (Nord). [*Fièvres intermittentes.*]

N° 245. Virlet, Charles-Oscar, né le 15 avril 1824 à Metz (Moselle). [*De la cystite des vieillards observée à l'hôtel des Invalides.*]

N° 246. Choquet, Jean-Baptiste-Émile, né le 11 avril 1828 au Veurdre (Allier). [*Des épanchements de liquides dans les plèvres.*]

N° 247. Louail, Louis-Marie, né le 20 mai 1821 à Rennes (Ille-et-Vilaine). [*Essai sur l'épilepsie, avec quelques recherches statistiques sur sa fréquence et sa distribution géographique en France.*]

N° 248. Vernier, Lucien-Hermann, né le 9 septembre 1828 à Orgelet (Jura). [*De la suette miliaire.*]

N° 249. Vidal, Hippolyte, né le 13 août 1822 à Perpignan (Pyrénées-Orientales). [*Quelques considérations sur la rate et sur les fièvres intermittentes.*].

N° 250. Sattin, Jean-Antoine, né le 12 novembre 1826 à Saint-Laurent de Chamousset (Rhône). [*Des fractures des côtes.*]

N° 251. Villars, Louis-Victor, né le 18 février 1828 à Versailles (Seine-et-Oise). [*Étude sur les roideurs consécutives aux affections des articulations.*]

N° 252. Herbet, Ernest-Henri, né le 14 septembre 1827 à Amiens (Somme). [*Considérations sur la nature de la fièvre typhoïde et sur les troubles de l'intelligence que l'on observe dans cette maladie.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 31 août 1854.

RÉGIME DES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR.

Nous donnons plus haut, dans ce qu'il a de spécial aux Facultés de médecine, aux Écoles supérieures de pharmacie et aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, le décret du 21 août, sur le régime des établissements d'enseignement supérieur. Il ne sera pas inutile de spécifier en peu de mots le but du décret, tel qu'il ressort, d'ailleurs, du rapport de M. le ministre de l'instruction publique, et d'indiquer en même temps les changements que les nouvelles dispositions apportent au régime actuel.

Il ne faut pas perdre de vue que nous ne sommes pas en présence d'une loi organique sur l'enseignement et l'exer-

» vine. Il paraît qu'il s'échappait de son corps *une émanation balsamique* » *et salutaire.* Plusieurs maladies ne cédaient qu'à des attouchements » réitérés; quelques-unes même résistaient à ses soins. »

Greatrakes avait l'idée, dit le même savant, que la faculté qu'il possédait était un don de Dieu! Il était quelquefois étonné de sa puissance, et il allait jusqu'à douter si ce n'était pas une illusion; mais enfin, s'étant persuadé que Dieu lui avait accordé une faveur particulière, il se dévoua uniquement au soin des malades.

Il aurait été bien extraordinaire, vu les dispositions intellectuelles de cette époque, que Greatrakes ne fût pas accusé de magie, de sorcellerie et de communication avec le diable; c'est ce qui ne manqua pas de lui arriver. Il est vrai qu'il désarmait ses détracteurs par sa profonde piété et son désintéressement. Il témoignait aux malades une bonté inouïe. Lorsqu'il avait guéri quelqu'un, dit Faircelow, il se bornait à lui dire : « Que Dieu vous conserve la santé! » Si on lui témoignait de la reconnaissance, il répondait sérieusement qu'il fallait uniquement remercier Dieu. Il est bon d'ajouter encore que la Société royale de Londres prit fait et cause pour Greatrakes, et le protégea contre les imputations malveillantes.

Je n'entrerai pas en discussion avec M. Gauthier pour savoir si tout ce qu'on raconte de cet homme était du magnétisme *sans théorie*, *sans principes*, *ni règles*, *ni procédés*. L'auteur de l'*Introduction au magnétisme* prétend qu'avec la ferme et véritable intention de faire le bien, on peut déjà compter sur des résultats, et que, pour guérir, il n'y a pas besoin de somnambulisme et de somnambules.... Je suis parfaitement de son avis sous ce rapport, et je n'ai d'autre but que de faire voir, dans ce moment, que la venue de Mesmer était préparée, et que la croyance à l'intervention du diable allait être remplacée par la croyance aux faits merveilleux opérés par le magnétisme. Je n'ai pas à examiner ici quel cercle fatal d'erreurs le magnétisme est destiné à parcourir, et jusqu'à quel point de récentes épidémies intellectuelles dérivent de la même cause; je ne veux que faire ressortir le point de départ des croyances au sujet des phénomènes qui nous paraissent extraordinaires, et avoir raison des erreurs de de Haën à ce sujet. Je passe donc au second fait.

Un ecclésiastique du diocèse de Ratisbonne, Jean-Joseph Gassner, postérieur à Greatrakes, remplit le monde des succès heureux qu'il obtint en touchant les malades par l'imposition des mains. Mais Gassner, dit M. Gauthier, ne ressemblait pas à cet homme si simple : il croyait au diable, et, pour opérer les guérisons, il employait le cérémonial ordinaire des exorcismes. L'évêque de Constance fit examiner la conduite du prêtre et constater la nature de ses guérisons.

cice de la médecine, mais seulement d'un décret qui assigne aux établissements de haut enseignement leur régime futur. La distinction des facultés et des écoles préparatoires, des deux ordres de médecins, des deux classes de pharmaciens, n'est nullement en cause. Le mécanisme principal reste le même; il ne s'agit que de son mode de fonctionnement.

Le gouvernement s'est surtout proposé trois choses : 1° se créer le moyen de doter l'enseignement supérieur d'améliorations depuis longtemps réclamées et de celles que le temps pourra faire naître; 2° rétablir l'égalité, la proportion, l'harmonie, dans le tarif des rétributions perçues par les divers établissements; 3° imposer à la jeunesse des garanties sérieuses de travail, tout en développant le côté pratique des études.

Ce triple but est atteint par une série de mesures parallèles qui répondent, pour la plupart, à tous les besoins à la fois.

La loi du 14 juin 1854 ayant décidé que désormais les dépenses et les recettes de l'enseignement supérieur formeraient un budget annexe de celui du ministère de l'instruction publique, le ministre a dû se rendre compte des charges qui lui incombaient. Or, dans la plupart des Facultés, les comptes d'exercice se soldent en déficit. Tout le produit réuni des inscriptions, examens et diplômes, est insuffisant à couvrir les frais ordinaires d'enseignement, et c'est l'État qui pourvoit de ses deniers à l'excédant de dépenses. Il suit de là que les subventions de l'État s'écoulent sans profit durable, au lieu de servir, comme il serait si nécessaire, à réparer les vides des collections, à installer des laboratoires et des amphithéâtres, à réparer ou agrandir les édifices. On estime que, pour doter convenablement les Facultés de moyens matériels d'enseignement, il faudrait y consacrer 7 ou 800,000 francs au moins pendant plusieurs années. L'organisation de huit Facultés nouvelles, commandée par la loi du 14 juin, coûtera annuellement près de 300,000 fr. Enfin, une somme annuelle de 100,000 fr. sera employée à améliorer la condition des professeurs, obligés aujourd'hui d'accorder aux examens beaucoup plus de temps qu'autrefois.

Établir l'équilibre entre les recettes et les dépenses des Facultés, pour affecter intégralement la subvention de l'État à des améliorations matérielles, voilà donc le premier résultat qu'il s'agissait d'obtenir. Pour cela, il fallait absolument accroître le total des rétributions. En ce qui concerne la médecine, on a élevé le taux de certains droits et l'on en a créé de nouveaux; et voici comment l'intérêt fiscal a été mis d'accord avec celui des études, tant pour le doctorat en médecine et le titre de pharmacien de première classe, que pour les titres d'officier de santé, de pharmacien de seconde classe, d'herboriste et de sage-femme.

1° *Doctorat en médecine*. On sait que, dans les facultés de médecine, un arrêté ministériel du 1er novembre 1846 a institué trois examens dits *de fin d'année*, non sujets à rétribution, qui se passent à l'expiration de la première, de la deuxième et de la troisième années scolaires. L'insuccès entraîne un ajournement d'inscriptions. Cette disposition, combinée avec celle qui renvoie les examens *probatoires* à la fin de la quatrième année, est très salutaire. L'élève ne peut plus s'endormir impunément jusqu'au temps des examens de réception, comme cela avait lieu trop souvent; car, ce temps venu, il est obligé de passer de nouveau en revue, et de fixer plus profondément dans sa mémoire, toutes les matières de l'enseignement. Le décret maintient cet état de choses, et en même temps il frappe chaque examen de fin d'année d'un droit de 30 francs, et élève le droit de chaque examen probatoire de 30 à 50 francs.

Dans certaines Facultés, le secrétariat délivre un *certificat d'aptitude* à l'élève qui a subi une épreuve avec succès. Ce certificat représente les dépenses matérielles de la Faculté. Dorénavant il sera obligatoire pour toutes. Dans celles de médecine, il sera délivré un certificat après chaque examen probatoire; le droit pour chacun d'eux est fixé à 30 francs.

Un dernier certificat d'aptitude, auquel est attaché un droit de 40 francs, sera délivré après la réception au doctorat. En outre, le prix du sixième examen, ou thèse, est élevé de 65 à 100 francs. Le droit de sceau du diplôme reste fixé à 100 francs. C'est spécialement le produit de ce droit qui s'applique aux dépenses générales et extraordinaires de l'enseignement supérieur.

Hâtons-nous de dire que, à côté de ces nouveaux sacrifices demandés aux familles, le gouvernement a cru devoir abaisser le taux d'une des rétributions perçues de tout temps, à savoir, celle qui s'applique aux inscriptions. Le prix de chaque inscription est abaissé de 50 à 30 francs. Le motif de ce changement est qu'il importait de laisser aux jeunes gens de grandes facilités pour essayer leur vocation. L'inscription constitue, en effet, la grande dépense de la première année, et il n'y faut ajouter, pour un espace de deux ans, qu'une somme de 30 francs pour le premier examen de fin d'année. Si, au bout de ce temps, la constance de l'élève se lasse, il peut se retirer sans avoir à regretter de trop grands sacrifices. Or, la carrière médicale est, de toutes, celle où l'on s'arrête

---

« Parmi les examinateurs de Gassner, dit l'auteur de l'*Introduction au* » *magnétisme*, il s'en trouva un bien honorable, bien recommandable : ce » fut le célèbre médecin de Haën. Mais, par une anomalie inconcevable, » en rendant compte de ce qu'il a vu, en avouant les faits qui, selon » lui, pourraient bien être produits par la philosophie occulte, il dit qu'il » ne voit personne qui ait jamais opéré de pareils prodiges, et déclare, le » croirait-on ? *qu'ils sont l'œuvre du diable* (1) ! »

Ce qu'il y a de surprenant, ajoute M. Gauthier, c'est que de Haën était un homme fort instruit; et en admettant (ce qu'on aurait pu concevoir, malgré les écrits de Pomponace, de Bacon et autres, qu'il devait connaître) qu'il ne pût pas expliquer ce qu'il voyait, il était fort peu philosophique d'attribuer le moindre effet au diable ; et cependant il a dit positivement : *Nos cogere, ut dicamus, Gassneri portenta opera diaboli esse.*

Telle est donc l'histoire de cette fameuse accusation intentée contre de Haën à propos de ses idées sur la magie et la sorcellerie. Certes, dira-t-on, il importe peu aux progrès de la médecine générale de savoir ce que ce médecin pensait ou ne pensait pas sous ce rapport ; mais, en raisonnant ainsi, nous enlèverions aux études historiques sur les individus ce caractère de généralisation qui nous aide mieux à connaître les tendances et l'esprit de l'époque où vivaient ces mêmes hommes, ainsi que les circonstances qui ont souvent influé sur l'évolution de leur génie, et qui ont souvent déterminé la nature et la valeur de leur enseignement. Or, pour ce qui regarde de Haën, que son livre sur la magie a failli rendre plus célèbre que ses enseignements cliniques, nous n'hésitons pas à reconnaître en lui deux hommes : le croyant, que sa foi vive et ardente, unie à un caractère tant soit peu hypochondriaque, prédisposait à la lutte, et qui, dans son ardeur militante, ne reculait pas même devant l'esprit de contradiction ; et puis le savant, qui, en face de l'observation directe des faits, se dépouillait de ses préjugés et résumait dans sa personne ce type qu'à l'époque actuelle il est permis de se faire du véritable professeur de clinique. Ce double caractère ressort de l'étude des doctrines de cet homme distingué, qui, plus qu'un autre médecin peut-être de son époque, prêta le flanc à la critique, et qu'il est conséquemment facile de mettre dans une espèce de contradiction avec lui-même. Il nous suffit d'ouvrir au hasard son *Ratio medendi* pour nous rendre compte de ces faits.

A l'époque où vivait de Haën, l'étude de l'observation des maladies était, il faut bien l'avouer, ensevelie sous le fatras des formules. Le changement du point de vue de l'observation fit bonne justice de cette érudition de

(1) De Haën, *De miraculis*, chap. V, page 46.

le plus souvent en chemin, soit en raison de la difficulté et de la complexité des études, soit à cause du dégoût qu'inspire à certaines natures le commerce des hôpitaux et de l'amphithéâtre.

En somme, avec toutes les innovations ci-dessus mentionnées, le total des rétributions pour le doctorat en médecine est de 1,260 francs : il n'est donc augmenté que d'une somme de 160 francs ; laquelle est répartie, comme on vient de le voir, sur les quatre années d'étude.

Telles sont les rétributions *obligatoires* pour tout élève qui aspire au doctorat. En outre, par une disposition qui est une grande innovation dans le régime des établissements d'enseignement supérieur, le décret établit des rétributions *facultatives*, que les jeunes gens studieux pourront affecter au perfectionnement de leurs études pratiques. On transporte dans ces établissements une institution des lycées, qui consiste en des conférences dirigées par les professeurs. L'enseignement de la chaire, donné sous une forme identique à des intelligences très diverses, sans souci des doutes qui peuvent naître dans l'esprit de l'élève, des obscurités que peut laisser en lui la leçon la plus lucide, des aperçus qu'elle peut lui ouvrir, l'enseignement de la chaire n'atteint souvent son but qu'imparfaitement. Il aura un complément utile dans des conférences où le maître *se communiquera* directement à ses élèves, dirigera les expériences, distribuera les explications, fixera les incertitudes, redressera les erreurs ou les mauvaises tendances, chauffera le zèle et relèvera les découragements. Ainsi va se réaliser une mesure que nous avons appelée de nos vœux dans ce journal même. La rétribution annuelle, pour *conférences*, *exercices pratiques* et *manipulations*, est de 150 francs.

2° *Pharmaciens de première classe*. Le total des tarifs n'a pas été élevé sensiblement dans les écoles supérieures de pharmacie. Néanmoins une modification capitale a été introduite dans l'affectation et la distribution des droits. Jusqu'ici, la condition de scolarité, et conséquemment d'*inscription*, n'a pas été obligatoire ; elle pouvait être rachetée, pour ainsi dire, par un stage de huit ans dans les officines : seulement le stage était réduit à trois années pour l'élève qui avait suivi pendant le même espace de temps les cours donnés dans une École de pharmacie. Le décret régularise cette situation. Il impose une scolarité de trois ans avec douze inscriptions, et maintient le stage, auquel il assigne invariablement la même durée. En garantie d'une assiduité égale aux études théoriques et aux études pratiques, il institue, d'une part, cinq examens *semestriels*, en outre des trois examens probatoires ; de l'autre, des travaux pratiques obligatoires pendant les trois années d'études. Des certificats d'aptitude seront délivrés après chaque examen probatoire, et un droit de sceau est attaché au diplôme.

L'importance de ces dispositions n'échappera à personne. Elles relèvent la profession de pharmacien en la rendant plus expérimentée; elles transforment un professorat *in partibus*, que le caprice des élèves pouvait laisser sans emploi, en un professorat effectif et armé d'une légitime autorité.

Au point de vue des rétributions, ces changements modifient de la manière suivante la position de l'aspirant au titre de pharmacien de première classe. Actuellement, l'élève, s'il se soustrait aux inscriptions, paie 200 fr. pour le premier examen, 200 fr. pour le second et 500 fr. pour le troisième ; plus 200 fr. (à Paris) pour frais des démonstrations et opérations qui ont lieu au troisième examen ; 100 fr. pour diplôme (à Paris) : total 1,200 fr., — 100 francs de plus que pour les études médicales — (ordonnance royale du 27 septembre 1840). Pendant trois années, le droit d'inscription étant de 36 fr. par an, ses frais d'études montent à 1,308 fr. Sous le régime du décret, il paiera, pour douze inscriptions (à 30 fr)., 360 fr. ; pour travaux pratiques pendant trois ans, 300 fr. ; pour cinq examens semestriels (à 30 fr.), 150 fr. ; pour les deux premiers examens probatoires (à 80 fr.), 160 fr. ; pour le troisième examen, 200 fr. ; pour trois certificats d'aptitude (à 40 fr.), 120 fr. ; pour droit de diplôme, 100 fr. : total 1,390 fr. On voit que les frais d'étude ne se trouvent accrus que d'une somme insignifiante.

Indépendamment des travaux pratiques obligatoires, des conférences facultatives, avec rétribution annuelle de 150 fr., sont ouvertes aux élèves en pharmacie.

3° *Officiers de santé, pharmaciens de deuxième classe, herboristes et sages-femmes*. Le régime de l'institution des médecins et pharmaciens de second ordre est très sérieusement modifié par le décret. Les aspirants au titre d'officier de santé pouvaient jusqu'ici ne justifier de leur scolarité que par un certificat constatant qu'ils avaient suivi pendant six ans la pratique d'un docteur en médecine. Ce qu'une telle assurance avait d'illusoire, il n'est pas besoin de le dire. Le décret supprime ce certificat et le remplace par douze inscriptions dans une Faculté de médecine, ou par quatorze inscriptions dans une École préparatoire de médecine et de pharmacie. Les aspirants au titre de pharmacien de deuxième classe de-

mauvais aloi, qui pouvait bien faire de savants pharmacopes, selon l'esprit du temps, mais qui ne produisait que de tristes observateurs et des thérapeutistes plus pauvres encore. « Les élèves apprendront, dit de Haën, « que la voie que j'ouvre leur sera plus profitable que s'ils se chargent la » mémoire des magnifiques et vaines formules émises par le dispensaire » de Vienne : *Quam si magnificas ac vaniloquas dispensatorii Viennensis* » *formulas imitarentur.* » Et puis, dans un de ces élans que l'on aime tant à voir se produire chez les hommes destinés à faire avancer la science, il s'écrie : « Nous vivons dans un siècle trop éclairé pour placer notre con- » fiance en de pareilles futilités : *Illuminatius vivimus œvum quam ut* » *his nugis fidem adhibeamus.* »

Mais voici que des philosophes, je ne sais trop lesquels, s'appuyant sur l'autorité des médecins et des botanistes qui disent que, sur plus de 2,000 espèces de plantes, nous en connaissons à peine la cinquantième partie par les services qu'elles peuvent nous rendre, et que la terre est remplie de plantes inutiles, nuisibles et empoisonnées ; voici, dis-je, que ces mêmes philosophes sont accusés par de Haën de vouloir s'attaquer à l'ordre éternel de la Providence. Il est curieux alors de voir le professeur de clinique *se poser* comme le défenseur *de la foi*, et tonner, à grands renforts de textes de l'écriture et des livres saints, *contre cette gent impie et furieuse de philosophes modernes qui, dans l'ingratitude de leur cœur, fomentent ce délire impie : Furibunda modernorum philosophorum gens, impium hoc delirium ingrato pectore fovens.* Et pourquoi tout ce bruit, je vous le demande? Pour exalter les propriétés et les vertus du *polygala*, de la *lysimaque*, du *marrube blanc et noir*, du *plantain aux larges feuilles*, etc., etc., et d'une foule d'autres plantes tout aussi innocentes. Ce n'est pas que, dans les chapitres intitulés : *De singulari quorumdam medicamentorum virtute*, il n'y ait de très bonnes choses, tant à propos de la vertu de quelques simples, que de l'efficacité de plusieurs remèdes tirés de l'ordre minéral; *mais la gent impie des philosophes* pouvait être laissée en dehors de ce débat, qui prêtait à rire aux défenseurs de la pharmacopée viennoise, et les autorisait à diriger contre de Haën, par trop naïf dans son enthousiasme, l'accusation d'ajouter foi à de pareilles futilités.

Dans l'affaire Gassner, que remarquons-nous ? Le même esprit de contradiction, le même défaut d'appréciation de sa véritable situation médicale. Comme professeur de clinique, il a dit d'excellentes choses à propos de l'action des sympathies, de l'influence de l'imagination, de l'effet physiologique des habitudes, des impressions morales, des passions, et voici que le même homme se croit appelé à défendre la religion menacée. La

vront également justifier d'inscriptions dans les Écoles d'enseignement : quatre dans une École supérieure de pharmacie, ou six dans une École préparatoire. Ils seront tenus, en outre, à un stage de six ans dans une officine, dont deux pourront être compensés par des inscriptions. Par un complément naturel de cette disposition, ce sont les professeurs des Facultés de médecine et des Écoles supérieures de pharmacie, ou ceux des Écoles préparatoires, sous la présidence d'un professeur de Faculté, qui délivreront les certificats d'aptitude pour les professions d'officiers de santé, de sages-femmes, de pharmaciens de deuxième classe et d'herboristes. C'est dire que les jurys médicaux cesseront leurs fonctions en ce qui concerne la délivrance de ces certificats. Voilà pour la garantie de capacité.

Sous le rapport fiscal, le décret retire le privilége par trop exorbitant dont jouissaient les officiers de santé et pharmaciens de deuxième classe, qui étaient libres, en ne prenant aucune inscription, de ne payer à l'État qu'un droit insignifiant de visa, et les herboristes et les sages-femmes, qui n'étaient assujettis à aucun droit. Sans doute, imposer de lourdes charges à ces classes d'aspirants serait aller contre le but de l'institution, qui est de mettre un titre à la portée de personnes peu aisées ; mais il n'y aurait pas moins d'injustice à les affranchir de toutes charges, en présence de celles qui pèsent sur les élèves d'un autre ordre. Le décret porte le total des rétributions à 580 francs pour les officiers de santé, 460 francs pour les pharmaciens de deuxième classe, 50 francs pour les herboristes, et 25 francs pour les sages-femmes.

On verra dans ce décret que, conformément à l'assurance qu'en a donnée la *Gazette hebdomadaire*, les officiers de santé, pharmaciens de deuxième classe, herboristes et sages-femmes, ne pourront exercer, comme par le passé, que dans les départements *pour lesquels* ils auront été reçus. Nous savons de bonne source que plusieurs personnes auraient désiré que la sphère d'exercice, pour ces divers ordres de praticiens, fût étendue à tous les départements placés dans la circonscription de la Faculté ou de l'École préparatoire qui leur aurait conféré leurs titres. Mais on a considéré que ce serait agrandir des priviléges qui déjà ne sont maintenus dans leur étendue actuelle que par des motifs de nécessité.

A. Dechambre.

—Le devoir que nous avons rempli dans notre avant-dernier numéro, à l'égard des prétentions du sulfate de strychnine, nous a valu l'honneur d'abriter sous notre toit M. Eugène Pierreson, huissier assermenté, qui nous a, parlant à notre personne, déclaré venir de la part, non de M. Foy, ni de M. Jenkins, ni de M. Manec, ni de M. Bonnafont, etc., qui ont depuis longtemps employé la médication strychninée dans le choléra, mais de celle d'un médecin que nous n'avions pas nommé, et qui a ramassé cette médication dans des décombres. Ledit M. Pierreson nous apportait une réponse à notre article. Pour que ce *factum* apparaisse dans toute sa grâce et toute sa force, nous le publions dans le plus beau caractère de notre imprimerie, et nous n'y ajoutons aucune réflexion, de peur de troubler le lecteur dans cette jouissance de haut goût.

M. Pierreson voudra bien remarquer que nous n'avons fait qu'exprimer une opinion et des sentiments déjà fort répandus il y a quinze jours, et qui sont devenus presque unanimes. Nous prions M. Eugène Pierreson de vouloir bien jeter les yeux sur un des articles que nous publions aujourd'hui même; et nous nous proposons, dès que l'espace nous le permettra, de recueillir les expériences acquises sur ce mode de traitement, et de les résumer dans ce journal pour l'édification et l'agrément de M. Eugène Pierreson.

A. D.

Monsieur le Rédacteur,

Connaissant votre placidité proverbiale en matière de critique, me rappelant surtout votre encourageante tolérance pour une des plus antiscientifiques aberrations de ce temps, pour la syphilisation, j'ai été quelque peu surpris, en lisant le dernier numéro de votre journal, de l'âcreté du petit *entrefilet* où vous ne vous proposez rien moins que de démolir le sulfate de strychnine et probablement aussi un peu celui qui l'a proposé.

J'espère cependant que l'article signé A. D. n'émane pas du comité officiel de la *Gazette hebdomadaire* et qu'en cherchant à mettre quelques étais à l'édifice que vous voulez démolir, je n'aurai à résister qu'à un seul adversaire ; mais s'il en était autrement, je ne déserterais pas pour cela ma cause, bien convaincu qu'il n'y a pas de comité, officiel ou non officiel, qui puisse démolir une proposition mathématiquement établie.

Je réponds donc à M. ou à MM. A. D. quels qu'ils soient, et ma réponse, fort heureusement, n'aura pas besoin d'être longue pour être démonstrative.

---

crainte et l'horreur que lui inspirent les philosophes modernes semblent fausser chez lui les éléments du plus simple bon sens. Il oublie les admirables enseignements contenus dans les œuvres de ses devanciers, Agrippa, Jean Veyer, et d'un bien plus moderne, du chancelier Bacon. Il se croit appelé à ressusciter la théorie erronée des sortiléges et des incantations. C'est dans toute l'ingénuité de son âme qu'il fait la description d'une maladie produite par un sortilége, et qu'il se demande si, dans un cas pareil, il est permis au médecin d'enlever les formules magiques, les racines, les osselets, les images incantées que l'on a coutume de placer près de ces malades. (*De miraculis*, p. 88 ; *De magia*, p. 228.) C'est à ne pas y croire, lorsque surtout on sort de la leçon clinique où il met ses élèves en garde contre les prétendues obsessions si communes à cette époque, et pose pour le diagnostic les règles qui sont aujourd'hui encore à l'usage des médecins des asiles d'aliénés. Il montre à ses auditeurs une prétendue possédée qui n'est autre qu'une épileptique, et recommande, dans des cas pareils, des aspersions d'eau froide. Une femme des environs de Luiz trompait depuis dix-huit ans, et cela au moyen des plus indignes manœuvres, la population de cette contrée, en se faisant passer pour possédée. De Haën démasque cette femme, et met à nu ses manœuvres. Les ordonnances les plus salutaires qu'ait jamais rendues Marie-Thérèse, à propos de la manière dont devaient agir les tribunaux envers de prétendus sorciers et possédés, sont dues à de Haën, et il peut se flatter d'avoir soustrait plus d'un malheureux aux derniers supplices. Trois sorcières, condamnées en bonne forme à la peine capitale, furent soumises à son jugement et à celui de Van-Swieten, et ces honorables et savants professeurs jugèrent la situation, comme pourraient le faire des médecins légistes à l'époque actuelle. Sans doute au point où en est arrivé le progrès, une pareille manière de comprendre les choses ne paraîtra pas digne d'être relevée ; mais il ne faut pas oublier qu'à cette époque la constitution criminelle Caroline (*Constitutio criminalis Carolina*) régnait dans toute sa vigueur ; qu'en 1749, dit Hecker, une religieuse de soixante-dix ans fut brûlée comme sorcière, et qu'un magicien subit la même peine en 1756 (1).

Quoi qu'il en soit, nous en avons dit assez sur le caractère de de Haën pour fixer le lecteur sur la nature de ses contradictions médicales et philosophiques. Nous avons épuisé ce côté de la critique, et nous tâcherons, dans l'article suivant, de résumer les idées théoriques et pratiques de

(1) A cette même époque, en 1756, le parlement de Lorraine condamnait à mort le curé de Ludre, près Nancy, comme s'étant livré à des maléfices de même nature.

Vos objections, si j'ai bien compté, sont au nombre de cinq; voyons ce qu'elles valent.

PREMIÈRE OBJECTION. — Vous vous révoltez tout d'abord parce que le sulfate de strychnine a été présenté comme spécifique, *comme le sulfate de quinine du choléra*.

Voici un petit renseignement que vous aurez sans doute perdu de vue, et qui ne pourra manquer de calmer vos esprits : Dans les pays à endémicité paludéenne, le sulfate de quinine guérit : A. *une fois sur cinq* dans les fièvres pernicieuses algides. Le sulfate de strychnine, c'est un fait désormais prouvé, guérit *deux fois sur cinq* dans les cas de choléra pernicieux algide.

B. Le sulfate de quinine guérit *dix-neuf sur vingt* dans les fièvres intermittentes simples ; le sulfate de strychnine guérit *trente-huit fois sur trente-neuf* dans les cas de choléra moyen et léger.

DEUXIÈME OBJECTION. — Théoriquement, selon vous, les effets connus du sulfate de strychnine n'ont rien, *absolument rien*, qui réponde aux indications fondamentales du traitement, etc.

Je me sens bien tenté de douter un peu de la certitude de vos connaissances touchant les *indications fondamentales*, et par conséquent touchant la nature intime du choléra ; mais vous êtes à cet égard d'une telle assurance que j'aurais mauvaise grâce à ne pas vous croire sur parole.

Je me permettrais seulement de vous faire observer que le célèbre professeur M. Claude Bernard a démontré *expérimentalement* que la strychnine a une action directe sur les nerfs sensitifs et n'agit sur les nerfs moteurs que par action réflexe. Si la cause du choléra, dans son action primitive, et non dans ses effets consécutifs, ne produit que des troubles fonctionnels résultant d'un défaut d'excitation de la part des nerfs sensitifs, comme les bons esprits penchent à le croire, et comme je crois l'avoir prouvé, il ne serait peut-être pas trop déraisonnable de penser que la strychnine puisse être le remède du choléra.

Mais, je le répète, je vous laisse volontiers votre théorie et je ne retiens que mes faits, lesquels, d'après votre troisième objection, sembleraient n'avoir jamais vu le jour.

TROISIÈME OBJECTION. — Ces faits me dispensent d'insister sur cette troisième objection ; je me contenterai de les traduire par des chiffres, puisqu'ils sont officiellement reconnus et vérifiés, soit par un délégué de M. le ministre du commerce, soit par une autorité médicale hiérarchique et qu'au surplus, j'en ai donné le total dans le *Moniteur des hôpitaux* du 22 août.

Le nombre des cas de choléra traités jusqu'à ce jour dans les hôpitaux civils de Paris est de 4577, le nombre des décès est de 2624 ; la mortalité est donc de 57 pour cent.

M. le docteur Sée a traité, par ma méthode, 47 cholériques ; il en a perdu 19. La mortalité a été, pour ces cas, de 40 pour cent.

J'en ai traité moi-même 119 et perdu 46; j'ai donc eu une mortalité de 39 pour cent.

Ces proportions me paraissent déjà fort raisonnables ; mais je n'accorde pas qu'elles fassent ressortir tous les avantages de ma méthode.

En effet, pour me conformer aux principes de toute expérimentation, principes que je n'ai à apprendre de personne, mais que je pourrais enseigner à plusieurs, j'ai dû n'expérimenter d'abord que sur les cas les plus graves et cette expérimentation a duré pendant quatre mois ; ce qui fait que, dans ma statistique, les cas graves sont plus nombreux proportionnellement que dans la statistique générale des hôpitaux. La légitime prudence de M. le docteur Sée l'aura probablement engagé à faire comme moi ; d'où il suit que lorsqu'on expérimentera sur tous les cas indistinctement, on obtiendra une plus grande proportion de guérisons.

Les deux dernières objections ne méritent pas d'être réfutées; elles ne s'adressent d'ailleurs pas à moi.

Qu'un éminent publiciste, occupant une position dans la presse politique, ait cru utile de s'occuper de mon travail, ni vous ni surtout moi n'avons à lui en demander compte.

Qu'il se trouve des pharmaciens assez imprudents pour délivrer au public du sirop ou des pilules de sulfate de strychnine, vous conviendrez facilement que je ne saurais être responsable et que cela regarde M. le procureur impérial.

Quant *aux grands malheurs* que vous redoutez, permettez-moi de vous dire que tout en approuvant le sentiment qui vous a inspiré vos appréhensions, je ne saurais cependant les comprendre en présence de 166 expérimentations faites tant par l'honorable docteur Sée que par moi, expériences dans lesquelles le sulfate de strychnine n'a produit une seule fois même l'ombre d'un accident.

Lorsqu'on méconnaît l'enseignement qui résulte de tels faits pour se livrer à des accès d'inspiration, on peut bien réussir quelquefois à faire du lyrisme, suivant votre expression, mais on ne parvient guère à démolir que sa propre au-

---

notre auteur en nous replaçant sur le terrain de la clinique médicale. Plus d'une fois, dans le cours des recherches historiques que nous entreprenons, nous avons senti défaillir notre courage. En nous plaçant au point de vue du présent et en jetant un regard sur le passé, nous nous sommes demandé avec anxiété où était en médecine le véritable point de départ du progrès ? Nous avons déjà tant de fois adoré ce que nous avons brûlé, et brûlé ce que nous avons adoré, que nous serions presque tenté de partager la défaveur qui s'attache, dans un certain monde médical, aux études historiques. La génération à laquelle j'appartiens n'a vécu, faute d'une bonne direction dans ses études médicales, que dans le présent, sans s'inquiéter beaucoup du passé. Elle a assisté à des doctrines qui ont été tour à tour exaltées ou condamnées, et qui, en somme toute, avaient leur raison d'être à l'époque où elles ont paru. Quand nous ne ferions que faire ressortir cette simple vérité, nous croirions avoir atteint notre but. Sans doute il faut un grand talent et une grande autorité pour reporter vers le passé les regards que fascine l'intérêt plus ou moins réel qui s'attache aux faits *palpitants d'actualité*, pour me servir d'une expression devenue triviale, et pour démontrer que, dans cette étude rétrospective, il est possible de fixer plus d'une incertitude du temps présent; mais ce qui nous manque sous le rapport de l'autorité nous sera accordé par l'indulgence des lecteurs, non en considération de notre science, mais en faveur du but que nous cherchons à atteindre.

Docteur MOREL (de Maréville).

Le lundi 2 octobre 1854, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à une place de médecin au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission et se faire inscrire du vendredi 1er septembre 1854 au vendredi 15 du même mois, à quatre heures de relevée.

Le secrétaire général, signé L. DUBOST.

torité. J'espère que c'est ce qui arrivera à l'auteur ou aux auteurs de l'article signé A. D., et, dans cet espoir, j'ai l'honneur d'être :

Votre tout dévoué serviteur,

ABEILLE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA NON-ABSORPTION DES MÉDICAMENTS, PARTICULIÈREMENT DU SULFATE DE STRYCHNINE, DANS LE TRAITEMENT DU CHOLÉRA, par M. DUCHAUSSOY.

L'intérêt du moment nous engage à publier cette partie d'une thèse remarquable qui a été soutenue, avant-hier, 30, à la Faculté de médecine de Paris. Nous devons ajouter que les expériences ont porté sur un assez grand nombre de substances autres que le sulfate de strychnine (sulfate de quinine, iodure de potassium, mercuriaux, belladone), et que le résultat a été le même. Toujours on a constaté la non-absorption des substances mises en contact avec une membrane muqueuse et avec le tissu cellulaire sous-cutané.

Nous donnerons un résumé de ces expériences.

Les effets de la strychnine sont bien connus ; il me suffira de rappeler ici les plus faciles à constater. M. Trousseau *n'a jamais constaté de modification des fonctions du cœur* sous son influence ; les premiers signes de son action sont un serrement dans les tempes, dans la nuque et dans les mâchoires ; cette roideur ne tarde pas à envahir tous les muscles du tronc et des membres, puis viennent des contractions spasmodiques, souvent précédées d'une horripilation, accompagnée de frissonnements très marqués. Ces symptômes ne se manifestent qu'au bout d'une heure, chez un sujet qui n'a pas encore pris de noix vomique ; ils durent plusieurs heures : l'ingestion des préparations de noix vomique donne immédiatement et consécutivement une saveur amère. La science possède un ou deux exemples d'empoisonnement par *un grain* de strychnine ; bien que souvent on puisse dépasser cette dose sans inconvénients, ces faits obligent néanmoins à une très grande prudence.

La strychnine a été employée dans le choléra par un assez grand nombre de médecins. M. Foy en a fait usage en Pologne ; M. Jenkins dans l'épidémie de 1849 ; mais ils n'ont donné aucun détail qui permette d'apprécier son action physiologique. A la Salpêtrière, M. Manec a obtenu 18 guérisons sur 25 malades, auxquels il donnait une solution alcoolique contenant 1 centigramme de strychnine par cuillerée de liquide, de manière à faire prendre 3 ou 4 centigrammes en vingt-quatre heures ; dans les cas graves, il a pu en donner jusqu'à 6 centigrammes, et dans *un seul cas* il a observé les phénomènes physiologiques produits par la strychnine, roideur et contracture. Il y a peu de jours, M. le docteur Le Cœur, de Caen, cherchait à prouver que les strychnées, les apocynées et les logoniacées doivent renfermer le spécifique du choléra, et rapportait à la strychnine le plus grand nombre de ses succès. Quelques jours après, M. Bonnafont réclamait la priorité dans l'emploi de ce médicament.

Mais c'est M. Abeille qui a porté le plus haut l'efficacité de la strychnine ; *pour lui, le spécifique du choléra est trouvé, c'est le sulfate de strychnine!* Sans discuter si un spécifique qui, dans les mains mêmes de son inventeur, laisse mourir la moitié des malades, mérite bien ce nom, je passe à l'exposé des idées physiologiques sur lesquelles M. Abeille veut établir la théorie de ses succès. Il prétend que la strychnine « réveille dans le système sensitif toute sa propriété excitatrice, » et que c'est pour cela « qu'elle doit faire successivement cesser tous les phénomènes cholériques. « Lorsque la strychnine a réveillé, dit-il encore, l'action du cœur et de l'arbre circulatoire, voici ce qui peut et doit inévitablement arriver : Avec la nouvelle impulsion du cœur, une plus grande quantité de sang est relancée avec une plus grande énergie, dans l'arbre circulatoire, dans un moment donné. Le premier effet de cette impulsion est de pousser dans les capillaires, qui ne peuvent se désemplir, une nouvelle quantité de globules rouges, qui viennent se tasser derrière ceux qui les gorgent déjà, et qui ne peuvent être repris par la circulation dans les conditions où se trouve le liquide sanguin. Cette accumulation de globules continuant, il peut y avoir rupture des parois des capillaires par suite de la pression de dedans en dehors, et cela précisément dans les organes où ces capillaires trouvent peu de résistance dans les tissus qui les entourent, dans les poumons, par exemple. »

Par quel mode d'administration obtient-on ces effets? Le voici tel que l'auteur l'indique lui-même dans le *Moniteur des hôpitaux :* « Nous administrons la strychnine à l'état de sulfate en solution dans 60 grammes d'eau distillée ou de solution de gomme. Dans les cholérines, ou cas légers, nous nous sommes toujours contenté de la dose de 1 centigramme ; dans les cas moyens, ou choléra sans algidité encore, nous donnons de 1 centigramme à 15 milligrammes matin et soir ; enfin, dans les cas graves et très graves, la dose est portée à 3 centigrammes, deux fois par jour ; on doit prendre cette potion en quatre fois, à une heure d'intervalle. Afin d'empêcher les malades de rejeter le médicament par les vomissements, nous leur faisons avaler un petit morceau de glace après chaque prise. »

Longtemps avant de connaître les recherches de M. Abeille, M. Vernois avait prescrit le sulfate de strychnine dans son service, et je l'avais présenté à différentes surfaces d'absorption ; depuis, on a administré ce médicament de la manière indiquée par le médecin de l'hôpital du Roule. Je vais exposer quelques observations, à l'aide desquelles je chercherai ensuite à déterminer si le sulfate de strychnine, donné dans le choléra, augmente le nombre ou la force des contractions du cœur, et surtout s'il jouit du privilége d'être absorbé lorsque les autres médicaments paraissent l'avoir perdu.

OBS. I. — *Choléra bien caractérisé: 5 milligrammes de sulfate de strychnine, pris en cinq heures, par la bouche, ne donnent aucun signe de leur absorption; une friction faite sur le front, avec 1 gramme de belladone, pendant que la peau est couverte d'une sueur visqueuse, ne dilate pas les pupilles; le lendemain, une des pupilles se dilate après qu'on a lavé le front. Guérison.* — Salle Sainte-Thérèse, 27. Pinard (Léonarde), trente-huit ans, chargée d'enfants, venue du département de la Creuse il y a quatre mois ; ordinairement bien portante. Le 23 juillet elle a eu de la diarrhée, a perdu l'appétit, et a éprouvé de la douleur à l'épigastre et un malaise général ; elle a continué son travail. Le 24, la diarrhée persiste ; elle est claire comme de l'eau ; il s'y joint des vomissements aqueux, qui contiennent plusieurs ascarides lombricoïdes ; les médicaments qu'on lui administre sont tous vomis. Le 25, des crampes se font sentir dans les membres inférieurs ; les selles se répètent à chaque instant, de même que les vomissements ; il y a une soif ardente. La malade entre à Necker dans la nuit ; on l'entoure de boules chaudes et on lui fait prendre de la glace et de l'eau de Seltz. Le 26, face plombée, yeux enfoncés, pupilles petites, pas de troubles de la vue ni de l'ouïe ; langue fraîche, blanche ; voix cassée ; mains fraîches, sans viscosité ; le pouls se sent assez bien, 96 ; les vomissements sont clairs comme de l'eau, un peu spumeux ; les selles abondantes et légèrement teintes en vert. Les crampes ont cessé dans la nuit ; soif ardente, douleur épigastrique assez vive ; pas d'urine depuis hier soir. Au moment de l'invasion, elle allaitait un enfant de vingt mois. — Frictions, camomille, glace, eau de Seltz, 5 milligrammes de sulfate de strychnine divisé en deux doses. A onze heures, je fais prendre moi-même 3 milligrammes de ce médicament dans une cuillerée d'eau glacée.

A quatre heures, il n'y a eu aucun vomissement, la malade n'a éprouvé aucune roideur dans les muscles du cou ni dans ceux des mâchoires, aucune secousse convulsive ; les pupilles sont toujours petites ; il y a eu une selle blanche aqueuse ; en ma présence, il y a eu un vomissement verdâtre contenant un ascaride ; la langue a une bonne température, les mains sont encore fraîches, le pouls bat 90 ; on le sent bien ; il n'y a pas eu d'urine depuis l'entrée ; quelques instants après le vomissement, tout le corps se couvre d'une sueur un peu visqueuse. Je fais prendre 2 milligrammes de sulfate de strychnine dans une cuillerée d'eau glacée, et je frictionne le front avec 1 gramme d'extrait de belladone pendant cinq minutes.

Le 27, la strychnine a été conservée, il n'y a pas le moindre signe de son action, pas même de saveur amère; les pupilles ne sont pas dilatées. La malade vient d'avoir un vomissement bilieux qui contient encore un ver. Dans la nuit, elle a eu une selle légèrement jaunâtre; elle a uriné il y a peu d'instants, cette urine est pâle et précipite en blanc par l'acide azotique. La face est encore plombée, et l'œil enfoncé; la peau est chaude, sans viscosité; la voix plus ferme; le pouls plus résistant, 90; l'épigastre est douloureux et la soif toujours très vive. On enlève l'extrait de belladone du front, et l'on continue les boissons.

Le soir, il y a eu des nausées continuelles sans vomissement ni selle; la face reste cyanosée; la douleur à l'épigastre et la soif persistent; les seins sont tuméfiés et douloureux; la pupille gauche est un peu dilatée.

Le 28, il y a eu dans la nuit plusieurs vomissements aqueux, avec un ver et quatre selles un peu colorées en jaune. La malade a bien uriné; la pupille gauche est resserrée, il n'y a aucun trouble de l'intelligence ni des sens; la face et les mains conservent le cachet du choléra; le pouls est à 80, assez fort; il y a eu une petite épistaxis; les seins sont encore plus tuméfiés qu'hier. Cataplasmes arrosés d'huile camphrée; eau rougie, glace.

Les jours suivants, ces symptômes se sont amendés; les seins se sont bien dégorgés. Le 30, la malade a mangé une portion; il y a encore un peu de diarrhée le 1^er^ août. Sortie le 3.

Obs. II. — *Un centigramme de sulfate de strychnine, pris par le rectum, ne donne pas de signe d'absorption; la belladone, appliquée sur le front, dilate les pupilles. Guérison.* — Salle Sainte-Thérèse, n° 26. Useil (Caroline), trente-quatre ans, journalière, mal nourrie, mal logée, chargée d'enfants malades, venue de la Savoie à Paris il y a trois mois. Depuis huit jours elle a de la diarrhée avec quelques coliques; cette diarrhée a d'abord été jaune, puis blanche. Hier matin elle a vomi des cerises qu'elle venait de manger, puis de nombreux vomissements aqueux se sont succédé; les selles sont devenues semblables à de l'eau claire, et une soif ardente s'est allumée. Dans la nuit, des crampes très douloureuses se sont fait sentir dans les orteils, les jambes et les mains, et ont arraché des cris. On l'apporte à Necker vers minuit; elle n'était pas alors très froide.

Le 26 juillet, selles blanches avec dépôt considérable de flocons d'un blanc grisâtre; vomissements aqueux; suppression des urines depuis hier soir. Les crampes, qui avaient cessé, viennent de reparaître; voix cassée, face plombée, pas froide; pupilles petites, pas de troubles de la vue, de l'ouïe ni de l'intelligence; langue humide, chaude, un peu blanche; la peau des membres est terreuse, sèche; le pouls radial est assez fort et bat 82. Camomille, glace, sulfate de strychnine. Je fais prendre moi-même 3 milligrammes de ce médicament dans une cuillerée d'eau glacée; mais, deux minutes après, un énorme vomissement clair comme de l'eau entraîne probablement le médicament. Je frictionne chaque aisselle pendant cinq minutes avec 1 gramme d'extrait de belladone.

A quatre heures, il n'y a pas eu de nouveaux vomissements; une selle blanche; face plombée; *pupilles très petites;* langue chaude; céphalalgie légère; quelques crampes, pas de douleur épigastrique; pas d'urine; mains fraîches, un peu visqueuses; pouls, 90, assez large; impulsion précordiale forte. Je fais laver les aisselles, administrer un quart de lavement avec 1 centigramme de sulfate de strychnine, et faire une légère friction sur le front avec 1 gramme d'extrait de belladone.

Le 27, le lavement a été gardé pendant vingt minutes au moins; il n'y a aucun signe d'absorption de la strychnine; *les pupilles sont largement dilatées;* dans la nuit, il y a eu quatre vomissements, et la malade vomit encore plusieurs fois devant nous; trois selles blanches, avec un dépôt grisâtre; ventre douloureux; pas de crampes; pouls petit, 100; soif toujours insatiable. La malade a rendu un demi-verre d'urine qui donna un précipité blanc, caillebotté, par l'acide nitrique. — Camomille, glace, sinapismes à l'épigastre.

Les vomissements ont continué jusqu'au 28 inclusivement, puis la malade s'est rétablie promptement et a pu sortir le 3 août, bien guérie.

Obs. III. — *Choléra foudroyant algide, cyanique; 3 centigrammes de sulfate de strychnine, administrés par la bouche, ne donnent pas de signe de leur absorption, et n'augmentent pas d'une manière notable les battements du cœur; une injection de belladone dans la vessie ne dilate pas les pupilles; les sinapismes ne rougissent pas la peau.* — Salle Sainte-Thérèse, n° 16, femme Delbiche (Marie), quarante-quatre ans, couturière, apportée le 2 août, à dix heures du soir, dans un tel état d'affaissement, qu'on peut à peine en obtenir quelques mots; on apprend seulement qu'elle a été prise de diarrhée et de vomissements dans la matinée; elle est glacée et des crampes lui arrachent des cris; on la met dans un lit bien chaud, on l'entoure de boules, et on la frictionne.

Le 3. On n'a pu rétablir la chaleur; la face est cyanosée, froide, la langue très froide; les mains cyanosées, froides, visqueuses; la peau est fripée; on ne sent pas le pouls radial, mais les battements du cœur sont énergiques, il y en a 100 par minute; 32 inspirations; affaissement profond. Dans la nuit, il y a eu plusieurs selles involontaires, et claires comme de l'eau pure. Après m'être assuré que les pupilles sont très petites, et qu'il n'y a aucun trouble de la vue, j'introduis une sonde dans la vessie, qui ne contient pas une goutte d'urine, bien que la malade n'ait pas uriné depuis hier matin, et j'injecte 1 gramme d'extrait de belladone dissous dans 15 grammes d'eau. M. Vernois prescrit 3 centigr. de sulfate de strychnine dans une petite potion, à prendre en 4 fois.

J'administre moi-même la première dose; une demi-heure après, les battements du cœur n'offrent aucune augmentation de leur énergie, il y en a 102 par minute; trois quarts d'heure après, l'énergie est la même, le nombre est de 104. Les mains, qui sont couvertes de sinapismes depuis une heure, *ne sont pas plus rouges que le reste du corps, et sont restées glacées.* Au bout d'une heure, je donne la seconde dose; mais elle est vomie peu de temps après avoir été avalée : les deux autres doses ont été administrées par la religieuse et n'ont pas été vomies.

La malade expire à une heure, sans avoir fait le moindre mouvement, sans dilatation des pupilles, sans serrement des mâchoires, car elle boit aisément, et sans roideur des muscles du cou, ce qu'on a constaté en lui remuant plusieurs fois la tête.

Obs. IV. — *Choléra foudroyant; introduction six heures avant la mort de 4 centigrammes de sulfate de strychnine, et d'un gramme d'extrait de belladone dans le* tissu cellulaire sous-cutané; *pas d'action physiologique.* — Salle Sainte-Thérèse, n° 27, Anna B..., dix-sept ans, née à Paris, mal logée, blanchisseuse, prise le 20 juillet d'une diarrhée qui continue le 21 et le 22; dans la soirée du 22, vomissements et crampes qui se répètent toute la nuit, malgré des frictions et des boissons excitantes; on l'apporte à Necker à huit heures du matin, le 23.

La face est bleue, froide, visqueuse; les paupières fermées, et cependant les pupilles sont petites; yeux très enfoncés, injectés; voix complétement éteinte; affaissement profond, qui me permet à peine d'obtenir les courts renseignements cités plus haut. De temps en temps un peu d'agitation, à laquelle succède de nouveau la prostration la plus complète; mains cyanosées, froides, visqueuses; pieds dans le même état; pas de pouls radial; épigastre très douloureux; soif ardente, elle suce avec avidité des morceaux de glace; selle blanche, légèrement teinte de jaune; ses vomissements ont été peu nombreux et tout à fait blancs; envies continuelles d'uriner depuis vingt-quatre heures, sans pouvoir les satisfaire. Peu après qu'on l'a couchée, elle s'est levée et a voulu sortir de la salle. Prescript. : réchauffement, frictions, glace, camomille, 50 centigr. de calomel en 3 paquets, belladone, strychnine. Sur la face dorsale de l'avant-bras gauche, un peu au-dessus du poignet, je pratique une incision longue de 4 centimètres, et pénétrant jusqu'à l'aponévrose antibrachiale; une petite veine se trouve au fond, dans le sens de la longueur de l'incision, je la respecte, il ne sort pas une goutte de sang de la plaie, la malade n'a pas la plus petite contraction des traits et ne fait pas le moindre mouvement; je place au fond de la plaie 4 *centigr. de sulfate de strychnine*, et j'applique par-dessus un petit morceau de taffetas gommé, puis une bandelette de diachylon, et enfin une bande qui protége le tout. Au bras droit, j'incise la peau, froide et visqueuse, dans l'étendue de 4 centimètres et demi, et jusqu'à l'aponévrose; pas de sang ni de signe de douleur. Je remplis cette incision de 1 gramme d'extrait presque liquide, il déborde un peu la plaie; je maintiens le trop-plein sur la peau à l'aide de taffetas gommé, de diachylon et d'une bande, puis j'administre moi-même un tiers du calomel. Il est neuf heures.

Je suis resté près de la malade jusqu'à onze heures : il y a eu, à dix heures, de l'agitation comme au moment de son entrée, puis un affaissement profond; aucune contracture, pas de serrement des mâchoires, pas de vomissements ni de crampes; une seule selle semblable à celle de ce matin. A une heure, la malade s'est éteinte sans pousser une plainte; une autre malade, que j'avais placée près d'elle, a pu la faire boire jusqu'au dernier moment, et lui mettre de la glace dans la bouche sans que la mâchoire inférieure parût éprouver de difficulté à s'abaisser.

Obs. V. — *Choléra très grave; essai de l'absorption simultanée de l'extrait de belladone et du sulfate de strychnine introduits dans le* tissu cellulaire sous-cutané; *pas de signes physiologiques, même pendant la période de réaction; action manifeste de l'électricité sur les crampes. Guérison.* — Salle Sainte-Thérèse, n° 28; Marie Profit, âgée de cinquante-trois ans, cardeuse de coton, demeurant rue de Sèvres, n° 135, habite Paris depuis dix-huit ans; elle est veuve, travaille beaucoup pour se nourrir, et ne peut souvent s'accorder qu'une alimentation insuffisante; elle n'a pas mangé beaucoup de fruits dans ces derniers temps, et se porte ordinairement très bien, à cela près d'un peu de constipation.

Le 17 juillet, dans la matinée, elle fut prise de selles diarrhéiques très abondantes, et dont elle compare le produit à de l'eau claire. Elle déjeuna néanmoins; mais à deux heures après midi, elle vomit les aliments

qu'elle avait pris, puis apparurent des vomissements blancs séreux, qui furent presque immédiatement suivis de crampes dans les orteils et les muscles des mollets. Elle ne put se donner aucuns soins, et fut apportée à Necker à dix heures du soir. Là on lui fit prendre un bain d'air chaud, on la frictionna, on l'entoura de boules d'étain pleines d'eau chaude, et on parvint à faire succéder un peu de chaleur au refroidissement très marqué qu'elle présentait à son arrivée. L'interne de garde prescrivit en outre une potion éthérée ; mais, après en avoir pris quelques cuillerées, la malade déclara qu'elle ne pouvait la supporter, lui attribua ses nombreux vomissements, et ne prit qu'une légère infusion de camomille.

Le 18, au matin, nous constatâmes l'état suivant : face très cyanosée, yeux enfoncés, pupilles petites, pas d'ecchymoses sous-conjonctivales, pas de troubles de la vision ni de l'ouïe ; voix cassée ; langue petite, blanche, ni chaude ni froide ; mains cyanosées, un peu fraîches et un peu visqueuses (il y a eu un nouveau refroidissement dans la nuit, une friction générale douce a ramené la chaleur. Parmi les assistants, les uns prétendent qu'on ne sent pas le pouls radial, les autres qu'il est formicant ; pas de céphalalgie ni de douleur épigastrique ; soif insatiable. Mais la malade vomit toutes les fois qu'elle boit ; ces vomissements surpassent de beaucoup en quantité le liquide ingéré ; ils sont blancs, séreux, avec un dépôt semblable à de la colle d'amidon. Depuis l'entrée, il n'y a eu qu'une selle, qui a les mêmes caractères physiques que la matière des vomissements ; crampes violentes.

D'après le conseil de M. Vernois, je recherche si, dans cet état, les muscles sont sensibles à l'action de l'électricité ; pour cela, j'applique sur un avant-bras préalablement mouillé les deux conducteurs d'un appareil Breton de moyenne grandeur. Au degré 2 de l'indicateur, la malade ne sent rien ; mais au degré 3, elle éprouve les sensations ordinaires. A ce moment, la malade ressentait dans les membres inférieurs des crampes très douloureuses ; j'applique les deux excitateurs sur la jambe droite, et poussant l'indicateur au degré 3 1/2, j'électrise cette jambe pendant deux minutes : l'effet paraît exactement le même que dans l'état de santé.

Puis je préviens la malade que je vais lui faire une saignée, et je pratique sur la face dorsale de l'avant-bras gauche, un peu au-dessus du poignet, une incision longue de 15 millimètres, et qui pénètre dans le tissu cellulaire sous-cutané ; un des externes, M. Topinard, arrête, par une compression momentanée, un très petit écoulement de sang provenant d'une veinule, et j'introduis dans le tissu cellulo-adipeux, parfaitement nettoyé de sang, 1 centigramme de sulfate de strychnine, que j'humecte après l'avoir déposé au fond de la plaie ; un morceau de taffetas gommé, une bandelette de diachylon et une bande protégent la petite plaie. C'est à peine si cette incision a été sentie.

Sur la face dorsale de l'avant-bras droit, je pratique une autre incision longue de 2 centimètres, et pénétrant jusqu'à l'aponévrose antibrachiale, car la malade n'a pas d'embonpoint ; j'introduis dans cette incision 10 centigrammes d'extrait mou de belladone, et j'applique aussi un appareil défensif : cette incision, faite sur une peau moins froide que celle du bras gauche, a été mieux sentie, mais n'a pas été bien douloureuse. Assis près de la malade, et surveillant attentivement les pupilles et les muscles, j'attendis en vain pendant deux heures la manifestation des effets physiologiques ; je ne pus remarquer qu'un seul fait, la cessation des crampes dans la jambe qui avait été électrisée, et leur persistance dans celle qui ne l'avait pas été.

A cinq heures du soir, les *pupilles sont aussi petites que ce matin ;* il n'y a ni troubles de la vue ni céphalalgie ; les conjonctives sont vivement injectées ; la voix est moins cassée, la langue assez chaude et humide ; soif toujours très vive, pouls très faible, 104 ; la malade n'a pas uriné depuis hier à midi. Après mon départ, elle a encore ressenti des crampes dans le membre qui n'a pas été électrisé, aucune dans l'autre ; elle se trouve mieux, et a dormi presque toute l'après-midi : ce sommeil paraît naturel. Elle a eu plusieurs vomissements aqueux, blanchâtres, et une selle de même aspect ; ses mains sont cyanosées, sèches, pas froides ; *elle n'a éprouvé, dans aucune partie du corps, rien qui puisse faire croire à des contractures.* La plaie du bras gauche est humide, il m'est impossible d'affirmer que la strychnine est ou n'est pas mêlée à cette humidité de la plaie. Je lave avec soin, et j'introduis de nouveau 1 centigr. 5 milligr. de sulfate de strychnine. (Pansement *ut suprà*). La plaie du côté droit contient encore la plus grande partie de l'extrait de belladone, sinon le tout ; je le laisse et réapplique le petit appareil.

Le 19, *la malade n'a ressenti aucune contracture dans les membres, aucun resserrement des mâchoires ;* elle a bien dormi ; les crampes ont cessé pendant la nuit ; il n'y a eu ni selle ni vomissement, mais des nausées fréquentes ; pas encore d'urine ; la voix est un peu plus forte qu'hier ; la face est toujours cyanosée ; les pupilles ne sont pas du tout dilatées ; le pouls est encore extrêmement faible, subflaminable, 100 ; la peau des membres est brune, mollasse, fripée ; sentiment de brisement général. La plaie du côté gauche contient encore bien évidemment *la plus grande partie de la strychnine* d'hier, sinon la totalité ; je la lave avec soin, elle n'est pas douloureuse, ne présente aucune injection de tissu cellulaire, les lobules de graisse sont parfaitement blancs ; j'introduis dans cette plaie 2 *centigrammes de sulfate de strychnine.* La plaie du côté droit contient encore un peu de belladone, mais moins qu'hier ; ceci tient à ce qu'une partie de l'extrait s'est attachée au taffetas gommé. — Eau de Seltz, solution de sirop de groseilles.

Le soir : yeux très injectés, face d'un rouge violet ; un peu de céphalalgie ; pas de bourdonnements d'oreille ni de troubles de la vision ; langue chaude, légèrement blanche ; soif vive, douleur épigastrique dans les mouvements d'inspiration ; ventre légèrement ballonné, quelques borborygmes ; il n'y a eu ni crampes, ni selles, ni vomissements, mais de fréquentes nausées. La malade a rendu un demi-verre d'urine d'un jaune foncé, contenant un léger dépôt grisâtre ; traitée par l'acide azotique, elle ne donne aucun précipité, mais prend seulement une teinte brune ; mains très chaudes ; pouls petit, 100 ; *il n'y a aucune dilatation des pupilles ; pas de contractures.* La plaie de l'avant-bras gauche contient une poudre blanche, que j'enlève par le lavage ; il n'y a encore aucune injection du tissu cellulo-graisseux, aucun épanchement visible de lymphe plastique. J'introduis de nouveau 2 centigrammes de sulfate de strychnine, sans les humecter, comme je l'avais fait précédemment.

Le 20 : aucun changement dans les pupilles, *aucune contracture ;* bon sommeil ; langue chaude, naturelle ; soif encore vive ; la face est toujours fortement colorée, mais les conjonctives sont moins injectées ; pas de vomissements, de selles ni de crampes ; peau chaude ; les veines du dos de la main, aplaties jusqu'ici, commencent à faire saillie ; pouls bien relevé, 90. La plaie *contient encore la poudre en magma ;* je la laisse, et ferme bien la plaie avec une bandelette de diachylon. La malade a rendu un verre d'urine pâle, qui ne donne aucun précipité par la chaleur et l'acide nitrique, mais dans laquelle le tannin décèle de l'albuminose.

Le soir, même état. Sinapismes.

Le 21, la plaie de l'avant-bras droit contient un peu de pus bien lié : ses bords ne sont nullement enflammés ; la plaie du côté gauche offre un commencement de suppuration, qui a entraîné au dehors une partie du médicament. Pas de contracture, ni de crampes, ni de selles, ni de vomissements ; urine assez abondante, qui ne précipite pas par la chaleur ni l'acide nitrique, mais précipite par le tannin ; la face et les yeux sont injectés, la voix un peu cassée, la peau chaude et moite, le ventre indolent, légèrement ballonné, appétit. Bouillons.

Il n'y a plus rien d'important dans le reste de l'observation ; les petites plaies n'ont offert rien d'extraordinaire dans leur cicatrisation, et la malade est sortie le 29 parfaitement guérie, et mangeant trois portions.

La prudence commandait d'essayer d'abord de faibles doses d'un médicament aussi énergique ; aussi M. Vernois a-t-il commencé par quelques milligrammes ; mais dans chaque observation on voit ces doses s'élever au point d'atteindre 4 centigrammes introduits en une seule fois dans le tissu cellulaire. Dans la 1re observation, il n'y a pas eu d'effets physiologiques sur les muscles, les doses étaient faibles, et cette circonstance suffirait pour expliquer la nullité des résultats ; mais on remarquera qu'il n'y a pas eu non plus sur le cœur l'action dont parle M. Abeille, car, avant l'administration de la strychnine, le pouls marquait 96, et après il ne donnait plus que 90 pulsations, bien que la réaction se fît, et dans de bonnes conditions ; une nouvelle quantité de strychnine laissa encore le pouls à 90. Un fait qui sans doute aura frappé le lecteur, c'est qu'une friction faite sur le front avec l'extrait de belladone pendant la réaction, mais au moment où le corps se couvrait d'une sueur visqueuse, n'a pas eu d'action sur la pupille. Comme nous avons vu l'application de la belladone sur les paupières sèches agir sur la pupille même pendant l'algidité, on pourrait penser que, dans ce cas particulier, la sueur a joué le rôle d'un vernis interposé entre le médicament et les voies de l'absorption. Quant au léger et tardif effet qui s'est produit ensuite, on peut l'expliquer par une petite quantité de belladone dont la peau sera restée imprégnée, même après qu'elle aura été lavée.

Dans la 2e observation, la strychnine a été administrée par la bouche et par le rectum ; mais le prompt vomissement qui a suivi l'ingestion par la bouche fait qu'on ne peut tenir compte des 3 milligrammes. Avant le lavement, le pouls battait 90, et il était assez large ; après, il est devenu petit et a battu 100. On notera encore qu'une friction faite avec un gramme de belladone dans chaque aisselle au commencement de la réaction n'a pas donné de signes d'ab-

sorption, pendant qu'un peu plus tard une friction sur le front a dilaté la pupille.

Lorsque j'ai recueilli la 3e observation, le travail de M. Abeille avait paru, et j'ai mis un soin tout particulier à rechercher l'action du médicament sur le cœur; pendant une heure et demie, j'ai compté ses battements un grand nombre de fois, leur énergie m'a paru rester la même, et leur nombre n'est augmenté que de 4; il ne s'est d'ailleurs produit aucun signe appréciable d'action physiologique. Une injection d'un gramme d'extrait de belladone faite dans la vessie n'a pas modifié l'état des pupilles. M. le professeur Piorry a bien voulu me faire remarquer, à ce propos, que la vessie lui paraissait un organe très favorable pour tenter l'absorption, parce que ce viscère pouvait conserver un liquide, à la condition de comprimer l'urètre, et il m'a engagé lui-même à injecter de l'eau dans la vessie d'un jeune malade de son service (Saint-Charles, n° 1); mais, au moment de l'injection, le sujet se trouvait déjà dans la réaction: la langue et la peau étaient chaudes, le pouls battait 110; cependant, malgré cette circonstance favorable, une quantité mesurée de liquide put rester vingt minutes dans la vessie, sans éprouver de perte sensible. Je dois ajouter ici que, des nombreux ouvrages que j'ai parcourus, le traité de ce savant professeur m'a paru le seul dans lequel la perte des propriétés d'absorption, dans la période extrême du choléra, soit nettement signalée (voy. le tome III du *Traité de pathologie iatrique*).

L'observation n° 4 me paraît offrir un grand intérêt. Le médicament a été tout d'abord porté à 4 centigrammes; à cette dose, il était permis d'espérer des contractures et des roideurs, dans le cas où l'absorption aurait lieu; il n'y a pas eu le plus petit signe d'absorption, et pourtant, dans ce cas, l'absorption n'avait pas été confiée à la peau; la gravité des symptômes engageait à prendre la voie la plus courte: j'ai introduit directement la strychnine dans le tissu cellulaire sous-cutané, en y faisant une longue incision, et c'est alors que j'ai pu apprécier toute la justesse du mot cadavérisation, appliqué à certaine période du choléra; la sensibilité a paru complétement éteinte, et pas une gouttelette de sang ne s'est montrée dans la peau ou dans le tissu cellulo-graisseux. La belladone, introduite de la même manière, n'a eu aucune action; cette expérience a complété les essais que je m'étais proposé de faire avec ce médicament. Je ferai remarquer, en passant, que les observateurs qui voudraient expérimenter le pouvoir anesthésique du chloroforme ou de l'éther pendant le choléra, devront faire la part de la perte presque complète de la sensibilité par le seul fait des progrès de la maladie.

L'observation qui suit offre un exemple analogue de la perte de la propriété d'absorber par le tissu cellulaire; 0gr.,065 ont été successivement introduits, et dans ce cas nous avons pu constater leur non-absorption de deux manières: par l'absence des signes et par l'inspection directe de la surface absorbante; le médicament est resté vingt-quatre heures dans la plaie sans diminuer d'une manière sensible! Il est difficile d'administrer une preuve plus péremptoire. Une circonstance bien digne d'être notée, c'est que le tissu cellulaire n'a pas perdu sa propriété d'absorber seulement pendant la période algide, mais encore après la réaction la plus franche, la mieux établie, après la réapparition des urines et la cessation complète de toute évacuation morbide. Dans les observations qui précèdent nous n'avions pas vu la perte de l'absorption persister au delà du commencement de la réaction franche. Voici une autre observation qui établit l'absence des signes physiologiques d'absorption pendant une réaction comateuse; elle a été recueillie par M. L'Obligeois, interne provisoire dans le service de M. Bricheteau. Ce savant médecin avait entendu un de ses confrères affirmer qu'il avait toujours obtenu des signes positifs de l'absorption de la strychnine dans le choléra; sachant que ce fait m'intéressait, il eut l'obligeance de m'en faire part; je le priai alors de juger la question en expérimentant lui-même, et c'est ce qu'il fit immédiatement sur le malade dont voici l'histoire succincte.

OBS. VI. — *Neuf centigrammes de sulfate de strychnine, pris par la bouche pendant une réaction comateuse, ne donnent pas de signes d'absorption.* — Salle Saint-Ferdinand, n° 37. Le 7 août, est entré le nommé Didier (Georges), quarante ans, demeurant à Alfort. Le 8 au matin, diarrhée aqueuse, depuis le 5, extrêmement fréquente, sans douleurs; souvent les selles s'échappent involontairement, elles contiennent des grumeaux verdâtres; vomissements depuis le 7, ils sont aqueux et très fréquents; langue froide et couverte d'un enduit blanc léger; un peu d'amertume dans la bouche; dents d'un blanc mat, haleine d'une odeur très aigre; crampes incessantes, extrêmement douloureuses; douleur à l'épigastre, la pression ne l'augmente pas, les yeux sont excavés, entourés d'un cercle noir, les pupilles sont petites; réponses lentes, mais nettes, faites d'une voix cassée; aucun trouble de l'intelligence; la peau est un peu moins sensible qu'à l'état normal, elle est flasque, et conserve les plis qu'on y fait; froid général, plus marqué aux extrémités; les mains sont bleues, les doigts restent fléchis, il n'y a pourtant pas de roideur; urines diminuées; pouls excessivement faible, de fréquence ordinaire. —Potion de Rivière, additionnée de 12 gouttes de laudanum de Rousseau; lavements avec 8 gouttes de laudanum; limonade, sinapismes.

Le 8 au soir. La diarrhée a beaucoup diminué, il n'y a eu que douze selles, quatre ou cinq vomissements, moins de crampes; le tronc est chaud, les membres sont encore froids; la peau n'a pas recouvré sa tonicité; le pouls est un peu plus fort.

Le 9. Trois ou quatre vomissements dans la nuit, et trois selles aqueuses; langue blanche, haleine d'odeur aigre; très peu d'urine; le pouls est relevé, bien qu'encore très dépressible; pas de crampes, de froid ni de roideur dans les doigts; les yeux sont toujours enfoncés et les pupilles petites; voix presque éteinte, somnolence, paupières presque fermées, quelques éblouissements, pas de tintements d'oreille; la peau est peu sensible et toujours flasque; respiration un peu bruyante, très égale. — Potion de 60 grammes, contenant 3 centigrammes de sulfate de strychnine, à prendre par cuillerées d'heure en heure, avec la précaution de donner un morceau de glace après chaque cuillerée; on continue les lavements laudanisés.

Le soir. La prescription a été ponctuellement exécutée, et il n'y pas eu un seul vomissement; néanmoins le goût amer que le malade éprouvait avant l'administration de la strychnine n'a pas augmenté; il n'y a ni roideur des muscles du cou, ni serrement des mâchoires, ni contractions spasmodiques, rien qui témoigne de l'absorption du médicament; le pouls est plus faible que ce matin.

Le 10. Il n'y a pas eu de vomissement, et deux selles seulement; pas d'urine; le pouls est très dépressible, plus lent qu'hier et encore plus petit; langue légèrement blanche, sans amertume; pas de crampes; peau chaude, mais flasque; pupilles petites, somnolence; aucun signe qui dénote l'action physiologique de la strychnine. — On prescrit la même potion qu'hier, et des lavements laudanisés.

Le soir. La potion est encore conservée; il n'y a eu que deux selles, pas d'amertume dans la bouche, aucune roideur du cou, des mâchoires ni des membres. La sœur du service, qui connaît l'action de la strychnine, dit qu'elle a observé quelques petits mouvements convulsifs dans les bras; le malade dit qu'il ne les a pas ressentis, et ses voisins l'ont vu seulement s'agiter et se découvrir; quoi qu'il en soit, il n'a en ce moment aucun symptôme de l'action de la strychnine.

Le 11. Voix tout à fait éteinte, céphalalgie, yeux injectés, chaleur, pouls misérable; la diarrhée a augmenté, les selles sont involontaires; pas de vomissements, pas d'urines. — Potion, avec 3 centigrammes de strychnine.

Le soir. Le malade est dans le coma le plus profond; il n'a eu ni secousses, ni roideur, ni serrement des mâchoires; il expire sans agitation.

Voilà donc un malade qui a pris en peu de temps *neuf centigrammes* de sulfate de strychnine par la bouche, et le pouls, loin de se relever, est devenu plus lent et plus dépressible; en outre, cette dose si considérable n'a provoqué aucun signe d'action physiologique, pas même l'amertume de la bouche; car on remarquera que celle que le malade avait avant la prise de la strychnine a disparu aussitôt après. J'ai suivi moi-même attentivement l'état de ce malade, et dans aucune des deux visites que je lui ai faites chaque jour, je n'ai trouvé le moindre signe d'absorption.

Je suis heureux de voir le résultat de ces expériences sur la strychnine concorder avec ceux que M. Sée a communiqués récemment à la Société de médecine des hôpitaux; dans les quarante-sept cas où M. Sée a administré ce médicament, il n'a jamais obtenu de phénomènes propres à l'action des strychnées, et il est aussi persuadé que, dans l'algidité, l'absorption est nulle. M. Sée a donné souvent la strychnine dans les cas de diarrhée ou de choléra léger, et il lui reconnaît les propriétés antiphlegmorrhagiques qu'on lui a attribuées depuis longtemps; il est persuadé que, dans l'invasion du

choléra, avant l'algidité, le médicament est absorbé. On peut croire qu'il en est réellement ainsi, parce qu'il n'y a pas encore de trouble trop profond dans l'économie; néanmoins je ne puis m'empêcher de faire remarquer que, des renseignements qu'il a eu l'obligeance de me donner, il résulte que, même dans la période d'invasion, il n'a pas observé de signes physiologiques d'absorption; peut-être cela peut-il s'expliquer par les doses qui ont été administrées. M. Leriche, dans une note insérée dans la *Gazette des hôpitaux* du 12 août, se loue des heureux résultats que lui a donnés la strychnine; mais ses observations l'empêchent, dit-il, d'admettre les idées théoriques de M. Abeille; cette note ne fournit rien qui puisse éclairer la question de l'absorption. M. Hérard a donné la strychnine dans vingt-quatre cas, à la dose de 0gr.,015 à 0gr,03; il y a eu une très forte proportion de morts, et *jamais de signes physiologiques* d'absorption. M. Homolle a fait prendre aussi à beaucoup de malades 0gr.,02, sans remarquer les effets propres au médicament.

Il est inutile, je pense, de faire longuement ressortir que tous ces faits concordent à démontrer que la strychnine donnée dans le choléra n'agit pas sur le cœur, qu'elle n'est pas même absorbée, et que partant elle ne peut être le spécifique du choléra.

DE L'ÉTAT PHYSIOLOGIQUE DU COL DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE, par le docteur Costilhes, premier médecin adjoint de Saint-Lazare, ex-secrétaire de la Société de médecine de Paris, etc., etc.

Quel est l'état normal du col de l'utérus chez les femmes enceintes?

Dans quelle proportion les ulcérations du col se trouvent-elles relativement au nombre des femmes enceintes?

Convient-il de traiter activement ces ulcérations?

Telles sont les questions que nous avons cherché à élucider (1).

En 1843, je signalais le premier à l'attention des médecins les ulcérations du col de l'utérus comme complication de la grossesse. Appuyé sur des faits assez nombreux, je démontrais que souvent ces ulcérations pouvaient déterminer des fausses couches ou l'accouchement prématuré. J'ajoutais que ces ulcérations, d'une nature et d'un aspect particuliers, s'accompagnaient toujours d'un engorgement du col, auquel je n'attachais alors qu'une faible importance. Mes observations ultérieures m'ont porté à penser, au contraire, qu'il joue un certain rôle dans l'accouchement prématuré. Mais ce n'est pas ici le lieu de m'étendre davantage sur cette particularité. Ce que je désire établir par des faits, et c'est là le but de cette note basée sur trente-deux observations, c'est d'étudier l'état normal, l'état physiologique du col de l'utérus chez les femmes enceintes.

Pour arriver à ce but, j'ai pensé qu'il fallait porter mon examen aux diverses époques de la grossesse; c'est aussi ce que j'ai fait. Mais, avant de donner le résultat de mes observations, voyons ce qu'en pense M. Cazeaux, qui s'est déjà occupé de cette question.

Cet honorable confrère, en décembre 1851, devant la Société de médecine de Paris, s'exprimait en ces termes :

« Si, dit-il, pendant l'état de gestation, on examine au spéculum le col de l'utérus, on note presque toujours que cet organe est ramolli, comme fongueux, qu'il est le siége d'excoriations. Cet état, que je regarde comme physiologique, a été souvent pris par des praticiens pour un état pathologique. Je suis persuadé que bien des fois des traitements inopportuns, voire même des cautérisations au fer rouge, ont été pratiquées dans ces circonstances. Ces traitements inutiles ont souvent dû procurer des avortements. Ces excoriations, que le repos ou l'absence de tout traitement guérissent toujours, s'étendent sur le bord et même dans la cavité du col. » (*Revue médicale*, année 1851, t. I, p. 173.) — Plus loin, à la page 179, M. Cazeaux ajoute :

« J'ai examiné un très grand nombre de femmes enceintes jouissant d'une parfaite santé, et *sept fois sur huit* j'ai constaté des érosions, des granulations, des ulcérations plus ou moins étendues en surface et en profondeur, avec écoulement et beaucoup d'autres altérations..... et, comme d'autres praticiens, j'ai eu quelque propension à voir là un état pathologique qui réclamait un traitement. Mon expérience m'a ensuite démontré qu'il fallait voir dans ces divers aspects du col le résultat des modifications apportées par les fonctions nouvelles de l'utérus. Son excès de vitalité, les changements qu'il subit par le fait même de la grossesse, m'ont rendu compte des lésions plus apparentes que réelles dont le col est le siége; j'ai vu là un état physiologique passager qui disparaît après l'accouchement, avec la cause qui l'a fait naître. »

Il n'est pas indifférent de noter que ces observations ont été faites à Lourcine dans le service de M. Richet.

Désireux de vérifier les faits annoncés par un aussi habile observateur que M. Cazeaux, j'ai prié mon excellent confrère, M. le docteur Collineau, médecin de la prison Saint-Lazare, de me permettre de faire dans son service quelques recherches à ce sujet. Je dois dire que la plupart des femmes ont été examinées en sa présence, aidé que j'étais dans cette délicate opération par son interne M. Lacroze, qui a bien voulu enregistrer l'état du col de chaque femme. J'ajouterai que M. Rossignol, interne de M. Boys de Loury, m'a souvent assisté.

Après avoir d'abord pratiqué le toucher, pour m'assurer de la position, du volume et de la forme du col de l'utérus, j'ai examiné ensuite au spéculum, avec tout le soin possible, trente et quelques femmes arrivées à diverses époques de la grossesse, depuis deux mois et demi jusqu'à neuf mois révolus.

J'ai noté avec soin l'état et l'aspect de chaque col; plusieurs fois même il m'a été permis de revisiter la même femme trois semaines ou un mois après un premier examen.

Voici le résumé de trente observations, dont nous déduirons ensuite les conséquences.

EXAMEN DU COL DE L'UTÉRUS AUX DIVERSES ÉPOQUES DE LA GROSSESSE.

I. *A deux mois et demi de grossesse.*

1° Rousseau, vingt-deux ans, journalière, primipare, présente un col de l'utérus très arrondi, sans solution de continuité; sa lèvre postérieure, un peu développée, a un aspect rouge violacé.

2° Fournier, vingt-huit ans, est enceinte pour la deuxième fois. Son enfant a sept ans. Son col, qui est peu coloré en violet, est sain.

II. *A trois mois de grossesse.*

1° Chez une femme de vingt-six ans, blanchisseuse, qui a déjà eu un enfant à terme, actuellement enceinte de trois mois, on trouve le col sain, c'est-à-dire lisse, avec un commencement de coloration rouge violacée.

2° Martin, dix-huit ans, couturière, primipare, présente un col normal sans érosion, dont la lèvre antérieure est un peu violacée et les follicules muqueux développés; léger catarrhe du col de couleur blanchâtre.

3° Leroy, vingt-six ans, blanchisseuse, est à sa deuxième grossesse. Premier enfant à terme et vivant. Enceinte de trois mois. — Col sain; commencement de coloration rouge violacée.

4° Lépine, dix-huit ans, couturière, a déjà eu un enfant à terme. — Col normalement développé, dirigé de droite à gauche. Une exulcération simple, sans fongosités, occupe une partie des deux lèvres, surtout la postérieure, près de la commissure gauche; elle est d'un aspect rouge violacé, avec écoulement venant du col, peu abondant et crémeux.

III. *A quatre mois de grossesse.*

Il s'agit d'une dame de ma clientèle, madame N..., habitant mon quartier, qui est enceinte pour la deuxième fois. Elle porte une antéversion de l'utérus, dont le col, moyennement engorgé, est le siége d'une ulcération légère qui paraît reconnaître pour cause la déviation de cet organe. Cette dame se plaint de douleurs dans l'hypogastre et la région sacrée.

IV. *A quatre mois et demi de grossesse.*

1° Aubry, chemisière, dix-neuf ans, a déjà eu un enfant.

Le col de l'utérus est déchiqueté en cinq parties, surtout à gauche. On remarque une légère ulcération sans fongosités à gauche et en haut. Point d'écoulement.

Examinée de nouveau un mois après, on trouve quelques mucosités entre les lèvres. Du reste, même état du col.

2° Bennet, seize ans, couturière, primipare.

Col sain, forme normale, aspect violacé du vagin, ainsi que le col, qui

(1) Ce travail fait partie d'une revue clinique de Saint-Lazare, de 1850 à 1853, que l'auteur publiera prochainement.

est rouge violacé. Catarrhe utérin normal; catarrhe du vagin d'un jaune crémeux.

3° Voici une observation que j'ai recueillie en ville, chez une dame de vingt-cinq ans, Stéph... B..., qui il y a treize mois est accouchée d'un enfant à terme.

Col généralement engorgé, sans solution de continuité, légèrement violacé, ainsi que les parties génitales externes. Catarrhe utérin avec écoulement blanc crémeux.

4° Noël, vingt-quatre ans, a eu un enfant à terme.

Col généralement engorgé, mou, saignant, plus développé à sa partie antérieure et offrant une ulcération de tout le museau de tanche, avec aspect framboisé; un écoulement très abondant, jaune verdâtre, vient de la cavité du col; douleurs dans les reins, l'hypogastre et les cuisses.

14 décembre 1853. Toute l'ulcération a été touchée avec le caustique Filhos pendant vingt-cinq secondes. Injections alumineuses.

23 décembre. L'ulcération s'est modifiée notablement. Les bourgeons charnus se sont développés; l'écoulement est moins considérable.

V. *A cinq mois de grossesse.*

Ditch, dix-huit ans, domestique, a accouché prématurément à sept mois, par suite d'émotion et de fatigue.

Col normalement engorgé, déchiqueté à gauche; légère ulcération fongueuse de forme irrégulière à la lèvre postérieure.

VI. *A six mois de grossesse.*

Cordier, vingt-six ans, domestique, troisième grossesse; les deux premières à terme.

Col engorgé, surtout à la lèvre antérieure; la lèvre postérieure est déchiquetée; il existe une ulcération sans fongosités, d'un rouge cerise, comme granulée. Écoulement blanchâtre venant de la cavité du col. Point de douleurs nulle part.

VII. *A six mois et demi de grossesse.*

1° Rousseau, vingt-trois ans, blanchisseuse, primipare.

Col rouge, violacé, dont la lèvre antérieure est plus développée que la postérieure. Ulcération arrondie très circonscrite de l'orifice du col.

2° Mécouti, vingt-trois ans, blanchisseuse, primipare.

Col très sain, peu violacé, point d'ulcération; catarrhe vaginal d'un jaune verdâtre.

Examinée quinze jours après, même état du col.

VIII. *A sept mois de grossesse.*

1° Vaulot (Jeanne), trente-trois ans, piqueuse de bottines, enceinte pour la sixième fois; point de fausses couches;

Col très sain, un peu violacé; quelques mucosités entre les lèvres; point d'ulcération.

2° Gattelier, vingt-huit ans, domestique, est primipare.

On remarque un petit bourrelet fongueux de 8 millimètres de large sur la lèvre postérieure; le reste du col est sain et n'est pas très violacé. Aucun écoulement. L'entrée du vagin est fortement violacée.

IX. *A sept mois et demi de grossesse.*

1° Cariole (Marie), vingt-huit ans, couturière, est à sa quatrième grossesse; jamais de fausses couches.

Col très sain; légère rougeur, toutefois, aux bords des lèvres; point d'écoulement.

2° Vincent, quarante et un ans, cuisinière, a eu cinq grossesses, dont une fausse couche à quatre mois, une deuxième à trois mois et demi, un enfant à huit mois, enfin un enfant à terme.

Col parfaitement net, violacé; pas de trace d'ulcération; légère couche de mucosités entre les lèvres.

3° Verdon, vingt-deux ans, blanchisseuse, primipare.

Col régulièment arrondi, sans engorgement, d'un aspect chagriné, sans ulcération. Catarrhe vaginal.

Revisitée le 26 décembre, un mois après le premier examen, même état du col.

X. *A huit mois de grossesse.*

1° Poilras, vingt-trois ans, chanteuse, aveugle, est enceinte pour la deuxième fois.

Col légèrement chagriné, très violacé; mucosités entre les lèvres.

Examinée un mois plus tard, col moins violacé, muco-pus très abondant.

2° Touche, vingt-six ans, domestique, est à sa deuxième grossesse.

Col très ouvert latéralement de 2 centimètres 1/2 à 3 centimètres; aspect tomenteux, rouge, violacé.

Revue au bout d'un mois. Même état du col.

3° Grevisse, trente-quatre ans, marchaude de cannes, est à sa dixième grossesse, parmi lesquelles elle a eu d'abord cinq premières fausses couches déclarées entre deux et trois mois. Dans les quatre dernières, les enfants sont venus à terme.

Col engorgé; lèvre antérieure violacée; lèvre postérieure un peu rouge.

4° Champmartin, vingt-six ans, lingère, est enceinte pour la deuxième fois.

Col sans engorgement, lèvre antérieure violacée; on voit une exulcération légère du pourtour de l'orifice. Écoulement blanc jaunâtre venant de la cavité du col.

Treize jours après, l'examen permet de constater que l'ulcération n'est plus visible.

XI. *A huit mois et demi de grossesse.*

1° Bourgeois, vingt-huit ans, cuisinière, est enceinte pour la deuxième fois; sa première grossesse date de trois ans; enfant à terme.

Ulcération granulée des deux lèvres se prolongeant dans l'intérieur du col, d'où s'écoulent des mucosités abondantes.

Même état du col un mois après le premier examen.

2° Billard, vingt ans, fleuriste, primipare.

Col parfaitement sain, un peu saumoné. Le diamètre latéral du col est un peu plus grand que le diamètre antéro-postérieur.

3° Thomas, vingt-quatre ans, chemisière, en est à sa sixième grossesse: trois enfants sont venus à terme; à l'âge de quinze ans, elle a eu une fausse couche de quatre mois; une deuxième fausse couche à trois mois à la suite de coups.

Col très violacé, étant le siége d'une légère ulcération granulée. L'ouverture de l'orifice du col a 2 centimètres 1/2.

Trois semaines après cet examen, les granulations ont diminué; le col est toujours très violacé: l'ulcère est un peu rouge.

XII. *A neuf mois de grossesse.*

1° Bleuse, trente-trois ans, brodeuse, enceinte pour la septième fois; jamais de fausses couches.

Le col est entièrement effacé. Point de trace d'ulcération. Le diamètre latéral du col paraît deux tiers plus grand que le diamètre antéro-postérieur.

Elle accouche à terme quatre jours après cet examen.

2° Pavot, vingt-cinq ans, fleuriste; c'est sa seconde grossesse. Son enfant est venu à terme.

Col effacé complétement, légèrement granulé, sans ulcération, rouge violacé, surtout à la lèvre antérieure; granulations dans le vagin; catarrhe vaginal jaune verdâtre assez abondant; mucosités entre les lèvres du col.

Accouchée quatre jours après cette visite.

3° Roset, trente-deux ans, couturière, est enceinte pour la deuxième fois. Elle est arrivée au terme de sa grossesse.

Un peu de rougeur à la lèvre postérieure, mais sans cependant de solution de continuité; col violacé et effacé.

Je passe sous silence deux autres cas de grossesse qui m'ont paru douteux.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur ces observations, que remarquons-nous? Sur 30 femmes, primipares ou multipares, examinées à diverses époques de la grossesse, nous constatons 10 excoriations, érosions ou ulcérations du col de l'utérus.

Parmi ces solutions de continuité, nous comptons :

1° Ulcérations, érosions, etc., simples. . .	7
2° Ulcérations fongueuses, végétantes. . . .	2
3° Ulcération granulée occupant les deux lèvres et se prolongeant dans le col. . .	1
Total. . . .	10

Il résulte donc de ce qui précède que *une fois sur trois* on trouve une exulcération ou ulcération du col de l'utérus, ce qui est loin du chiffre *sept fois sur huit*, comme l'assure M. le docteur Cazeaux.

Je ferai remarquer, en outre, que les ulcérations fongueuses des femmes enceintes, comme je les ai décrites dans ma thèse, se trouvent dans la proportion suivante : *comme un est à quatorze*; c'est-à-dire que sur quatorze femmes enceintes, il n'en est qu'*une* qui soit atteinte d'ulcération fongueuse spéciale.

Mais cette divergence de fait, ne faudrait-il pas la chercher dans la différence même des services où les expériences ont été faites? Je m'explique :

A Lourcine, ainsi que dans les salles de MM. Boys de Loury et Delamorlière, médecins à Saint-Lazare, on n'envoie que des femmes affectées de maladies du col de l'utérus, ou d'affections vénériennes ou réputées telles; dans la prison de Saint-Lazare, au contraire, ce sont des prévenues ou condamnées qui n'ont qu'exceptionnellement des maladies syphilitiques; j'ajouterai même que, parmi les 30 femmes examinées, aucune n'a présenté le moindre

accident d'apparence vénérienne. — En définitive, les faits constatés à Lourcine tendraient à prouver cette particularité, que la maladie vénérienne, ou plutôt les blennorrhagies, qu'elles soient virulentes ou non, prédisposent aux ulcérations du col de l'utérus chez les femmes enceintes.

Quelques faits de vaginites que j'ai observées en ville chez des femmes grosses viendraient corroborer cette assertion.

Ainsi, pour nous résumer, nous trouvons que dans la grossesse le col de l'utérus n'est pas, comme on l'a dit, presque toujours ramolli, comme fongueux, et le siége d'exulcérations ou ulcérations; que, dans la majorité des cas, cet organe est, au contraire, lisse, net, uni, toujours violacé, quelquefois mais plus rarement excorié, ulcéré. D'où nous conclurons que ces ulcérations du col de l'utérus pendant la grossesse ne doivent être considérées que comme un accident ou une complication.

Ce résultat, du reste, est, à peu de chose près, conforme à ce que l'on observe généralement dans l'état de vacuité de l'utérus, à savoir : que *sur quatre femmes*, prises au hasard, examinées au spéculum, on en rencontre *une* affectée de rougeur, d'excoriations ou d'ulcérations du col de l'utérus.

Enfin, nous ferons remarquer que nous avons observé plus souvent l'engorgement de la lèvre antérieure du col de l'utérus (à quatre mois et demi, à six mois, à six mois et demi de la grossesse).

Le pourquoi, le comment, nous l'ignorons; nous nous contentons seulement de signaler le fait.

Abordons maintenant la troisième question.

Convient-il de traiter activement les ulcérations du col de l'utérus pendant la grossesse?

Bien que la plupart des praticiens soient d'avis qu'il faut respecter ces ulcérations, l'observation nous a mis sur une voie tout opposée. Nous pensons, au contraire, éviter les avortements en traitant énergiquement les ulcérations du col de l'utérus pendant la grossesse. En cela nous sommes d'accord avec le chirurgien en chef de l'Hôpital général de Marseille, M. Courty (1), qui cautérise également les ulcérations qui compliquent la grossesse. Nous différons seulement sur l'agent thérapeutique; M. Courty se sert avec avantage du fer incandescent; nous, nous faisons toujours usage, comme par le passé, du caustique Filhos.

Disons ici, une fois pour toutes, que nous ne cautérisons que les ulcérations fongueuses végétantes, que celles qui se compliquent d'engorgement du col de l'utérus; comme exemple, nous citerons la femme Noël, enceinte de quatre mois et demi.

Quant aux rougeurs, exulcérations du col, nous pensons qu'il faut ne pas s'en occuper, parce qu'elles n'ont aucune influence fâcheuse sur la marche de la grossesse.

Voici, du reste, comment nous employons le caustique de Vienne solidifié :

Après avoir enlevé, au moyen d'un pinceau de charpie, le mucopus, nous touchons vingt-cinq secondes seulement la surface ulcérée si l'ulcération est peu étendue, peu profonde; l'ulcération est-elle plus considérable, s'étend-elle davantage en profondeur, nous maintenons le caustique plus longtemps, cinquante, soixante secondes, jusqu'à une ou deux minutes au maximum.

Sous l'influence de cette cautérisation, renouvelée une ou deux fois la semaine, qui n'occasionne aucune douleur et qui n'est suivie d'aucun accident, bientôt l'ulcère change d'aspect; de violacé, il passe au rouge-brun, puis au rouge-cerise; les bourgeons charnus s'affaissent et ne répandent plus de sang lorsqu'on pratique le toucher; l'écoulement devient de moins en moins abondant; et dès que l'ulcération a pris un bel aspect, nous remplaçons alors le caustique de Vienne par l'azotate d'argent cristallisé.

Comme adjuvant, deux ou trois fois par jour des injections, soit avec une solution d'alun ou une décoction de feuilles de noyer, soit un décocté de ratanhia; les malades doivent prendre un bain chaque semaine.

Nous terminerons cet article en faisant remarquer qu'avant notre pratique sur ce caustique, nous avions employé sans succès, dans les mêmes circonstances, le nitrate acide de mercure, le nitrate d'argent cristallisé ou en solution, ainsi que le démontrent plusieurs observations citées dans notre thèse, et notre travail avec notre excellent confrère M. le docteur Boys de Loury (voir *Gazette médicale*, année 1845).

(1) Mémoire lu à l'Institut en octobre 1853.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 21 AOUT 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Les comptes rendus ne renferment aucun rapport ni aucun mémoire concernant les sciences médicales.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 29 AOUT 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture et des travaux publics transmet les pièces suivantes : *a.* Quatre notes concernant des recettes et des remèdes contre le choléra. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *b.* Une notice sur la nouvelle méthode de traitement du choléra, par M. le docteur *Wittmarck*, de Hambourg. (*Commission du choléra.*) — *c.* Une demande de vaccin pour M. le préfet du département de l'Oise. (*Commission de vaccine.*)

2. Tableaux des vaccinations pratiquées en 1853 dans les départements de l'Isère, du Nord, de la Seine-Inférieure, des Pyrénées-Orientales et du Tarn. (*Commission de vaccine.*)

3. Communication de : *a.* M. le docteur *Gigot*, de Levroux (traitement du choléra par le nitrate d'argent en potion). — *b.* De l'Académie de médecine de New-York (lettre de remercîments pour l'envoi des mémoires de l'Académie). — *c.* M. le docteur *Lagarde*, de Confolens (demande de fébrifuge indigène). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *d.* M. *Bellat*, pharmacien à Paris (des applications de l'*extrait de viande* à l'usage de la médecine). (*Comm.:* MM. Bricheteau, H. Gaultier de Claubry, Chevallier, Bouchardat.) — *e.* M. le docteur *Faucher*, médecin de la maison centrale de Loos (sur l'érysipèle dans les prisons). (*Comm.:* MM. Ferrus, Robert.) — *f.* M. *Commaille*, de Douéra (réclamation contre M. le docteur Rancurel à propos de deux cas d'empoisonnement par l'*Atractylis gummifera*). (*Comm.:* MM. Adelon, Caventou, Chatin, *rapporteur.*) — M. *Pennes*, pharmacien à Paris (ouverture d'un paquet cacheté renfermant une méthode nouvelle de traitement pour le choléra : bain électro-chimique, mixture cordiale, poudre neutralisante).

— M. *Rostan*, *président*, fait part à l'Académie du décès de M. le docteur *Gérard*, correspondant à Gray.

Lectures et Mémoires.

EAUX MINÉRALES.—M. *H. Gaultier de Claubry* donne lecture : *a.* d'un rapport sur les formules de préparation d'eaux minérales et limonades gazeuses, proposées par M. Lejay de Bellefonds, droguiste à Châteauroux. — M. le rapporteur fait observer que l'eau dite de *Seltz* par M. Lejay, au lieu de contenir les éléments de l'eau naturelle de cette localité, ne renferme que quelques quantités de gaz carbonique. La commission pense donc qu'il y a lieu d'appeler d'une manière toute particulière l'attention du ministre sur cet objet. Quant à ce qui a trait aux formules des limonades gazeuses, rien ne s'oppose à ce que M. Lejay de Bellefonds soit autorisé à les suivre. (*Adopté.*)

b. M. *H. Gaultier de Claubry*, au nom de M. *O. Henry*, absent, lit un rapport d'analyse chimique de l'eau minérale naturelle de *Soultzbach* (Haut-Rhin). Connue dès l'an 1603, cette source est exploitée depuis quelques années déjà par M. Gonzenbach, son propriétaire actuel. Elle a été récemment analysée par M. Oppermann, professeur de chimie

à Strasbourg. En suivant une marche différente, M. le rapporteur a obtenu les mêmes produits ; les analyses ne diffèrent que dans les proportions des éléments.

L'eau de Soultzbach est *acidule, gazeuse, bicarbonatée, sodique et ferrugineuse*. Elle laisse dans son parcours et dans les bassins de réception déposer un *limon ocracé* dans lequel a été reconnue, avec M. Oppermann, la présence du fer, du manganèse et de l'arsenic.

Les vertus thérapeutiques de ces eaux ne sont pas douteuses, et il y a lieu de faire à M. le ministre une réponse favorable à leur exploitation. (*Adopté* sans discussion.)

Traitement des rétrécissements urétraux. — M. le docteur *Heurteloup* termine la lecture de son mémoire *sur le traitement des rétrécissements de l'urètre*. — Il annonce les heureux résultats de sa nouvelle méthode sans faire la description du procédé opératoire. Sur le refus de l'auteur d'exposer ce mode de traitement, l'Académie décide qu'il n'y a pas lieu de soumettre le mémoire à l'examen d'une commission.

Effet énervant du lait. — M. *Collineau* donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Ardoin*, de Draguignan, ayant pour titre : *Effet énervant du lait*. M. le rapporteur établit d'abord, en citant quelques-unes des propositions du mémoire, que M. Ardoin n'est pas aussi absolu, aussi exclusif, que le titre de son travail paraîtrait l'indiquer. C'est avec onze observations, ayant pour sujet des individus d'âge, de sexe, de tempéraments et de positions sociales divers, que l'auteur du mémoire cherche à prouver que le lait exerce *parfois* sur l'économie une action excessivement débilitante ; et les arguments confirmatifs de cette assertion, c'est qu'il n'existait chez aucun des sujets nulle affection capable de rendre raison de la déperdition des forces, et qu'il a suffi de supprimer l'usage du lait pour amener le retour presque subit de la santé.

Cherchant ensuite à entrer dans l'interprétation des faits, M. le rapporteur croit qu'il est rationnel de les attribuer à des dispositions individuelles, comme causes éloignées, et aux qualités du lait en général, comme causes déterminantes, puisque M. Ardoin a vu le lait de la même vache produire chez quelques individus les accidents qu'il signale, et n'en déterminer aucun chez d'autres qui le prenaient en même temps.

Enfin, rappelant qu'il existe des populations entières qui font du lait une des bases de leur alimentation, qu'on voit aussi des malades recouvrer leurs forces et leur embonpoint à l'aide d'une diète lactée rigoureuse, que chez les personnes qui font usage du lait, on n'observe pas toujours ces faiblesses subites, radicales et persistantes dont parle M. Ardoin, M. le rapporteur, tout en rendant justice au talent d'observation de l'auteur du mémoire, exprime le vœu que de nouvelles observations viennent donner à ces faits toute l'authenticité désirable, et termine le rapport par les conclusions suivantes : *a*. Dépôt du mémoire de M. Ardoin dans les archives de l'Académie. — *b*. Remercîments à l'auteur, avec invitation de faire part à l'Académie des nouveaux faits qu'il pourra recueillir, conjointement avec ses confrères de Draguignan.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

Chirurgie. — M. le docteur *Maisonneuve* présente une jeune femme de vingt-deux ans, opérée d'une tumeur sarcomateuse de la tête du péroné par la désarticulation du genou. L'opération fut pratiquée le 2 mars 1854. Pendant les premiers jours, tout se passa sans le moindre accident. Le 12 mars, chute du fil principal, hémorrhagie grave, ligature de l'artère fémorale. Plus tard, mauvais aspect de la plaie, pus fétide, dévoiement colliquatif, dépérissement. Le moignon est enveloppé d'un manchon de caoutchouc vulcanisé, et à l'aide d'une petite pompe, le pus est extrait des anfractuosités de la plaie. Les accidents s'amendent ; la guérison s'opère insensiblement. Aujourd'hui la malade se sert facilement d'une jambe mécanique qui supporte le membre opéré sans inconvénient pour le moignon.

La séance est levée à quatre heures et demie.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Vaste abcès du foie sans ascite ni ictère, par M. Manfredonia.

L'abcès dont il est question ici occupait toute la base du foie, et avait envahi le lobe droit tout entier. Ses parois étaient tapissées d'une couche purulente. Le pus contenu était blanc, sans mélange de sang, et non fétide. Dans certains endroits la poche n'était séparée que de quelques lignes de la surface hépatique ; mais elle ne communiquait nulle part avec l'extérieur et était entièrement renfermée dans l'épaisseur du foie. La partie conservée de l'organe était légèrement injectée, sans autre altération. La vésicule contenait une quantité normale de bile légèrement noirâtre.

Ce qui, outre la grandeur de l'abcès, a engagé l'auteur à publier cette observation, c'est que le sujet (âgé de soixante-trois ans) n'a présenté ni ascite ni ictère ; du moins n'offrait-il ni l'un ni l'autre de ces états pathologiques à son entrée à l'hôpital, et il en a été de même pendant la semaine qui a séparé cette époque de la terminaison fatale. Mais il est bon de rappeler que l'ascite n'est pas un symptôme ordinaire des abcès hépatiques, et que l'ictère manque très fréquemment dans l'hépatite chronique, même avec formation de collection purulente. (*Il Severino*, mai 1854, p. 255.)

Observation de dystocie causée par un monstre à corps et à tête doubles, par Juan-Gonzalez Abajo.

Obs. — L'année dernière, dans le courant du mois de novembre, le docteur J.-G. Abajo fut appelé pour assister dans son accouchement une femme de vingt-huit ans, rue Saint-Jean, à Burgos. Quelques jours avant, cette femme avait éprouvé des douleurs et cessé de sentir son enfant remuer ; se croyant dans le septième mois de sa grossesse, elle se fit pratiquer une saignée. L'accoucheur présume que les douleurs n'avaient pas cessé ; car, à son arrivée, il trouva le col très dilaté et la poche des eaux rompue. L'enfant présentait le vertex ; le pouls était faible, petit, la malade inquiète. Il fit donner une infusion de camomille et généraliser la chaleur. Les forces se relevèrent et les douleurs augmentèrent ; la tête ne tarda pas à franchir le détroit inférieur et à se présenter à la vulve. Mais à sa grande surprise, quand tout annonçait que l'accouchement allait se terminer sans difficultés, la tête, ainsi à demi sortie, cessa d'avancer, malgré les efforts d'expulsion. Les choses restèrent ainsi quelque temps. Il baptisa l'enfant sous condition, car on n'entendait pas les pulsations fœtales. Enfin, en ranimant les douleurs, en encourageant la femme à pousser, il parvint à faire avancer la tête jusqu'à sa sortie complète. Mais la tête sortie, le passage du tronc semblait à son tour devenir impossible. En introduisant une main dans les parties, afin de reconnaître l'obstacle et de saisir l'aisselle, l'auteur reconnut, à son grand étonnement, qu'une autre tête, portée aussi sur un cou, se présentait, et que les deux tenaient à un tronc commun ; il reconnut aussi que le monstre n'était pas vivant, et qu'il n'aurait pas à se gêner dans les manœuvres qu'il jugeait nécessaires pour faire sortir la seconde tête. Il essaya d'abord quelques tractions combinées avec des mouvements de rotation pour rendre plus facile la sortie de la seconde tête, aidé qu'il était en cela par les efforts de la mère et par les contractions de l'utérus, qu'il cherchait à rendre plus vives en faisant frictionner le ventre avec des serviettes chaudes. Enfin le seconde tête, avec le concours de deux doigts de l'accoucheur, sortit à son tour. Il se présenta tout de suite à la vulve quatre épaules, qui passèrent également avec quelque difficulté, et le reste du tronc passa facilement. Le cordon unique qui unissait ce monstre à ses annexes était tellement ramolli qu'il se rompit avant d'avoir tiré dessus, ce qui mit dans la nécessité d'aller chercher avec la main les secondines, qui étaient aussi dans un état avancé de décomposition. La patiente, soignée convenablement, se rétablit promptement.

Le fœtus monstrueux paraissait être à terme. Deux têtes parfaitement distinctes, se regardant l'une l'autre, étaient portées par deux cous aboutissant l'un et l'autre à une colonne vertébrale. De la partie moyenne des épaules correspondantes partaient les quatre membres supérieurs, bien conformés. Le tronc était commun jusqu'à la naissance du cordon. A partir de ce point, il se dédoublait et présentait deux pelvis distincts, terminés chacun par deux extrémités inférieures parfaitement bien conformées. Les deux appareils génito-urinaires étaient féminins, et deux anus leur correspondaient.

Dans la cavité thoracique, les vraies côtes finissaient en cartilages qui s'unissaient à des cartilages semblables terminant les vraies côtes du côté opposé. Il n'y avait, par conséquent, pas de sternum, et les médiastins antérieurs étaient communs. Quant aux autres organes, ils étaient tous complets et comme correspondants à deux corps distincts. Seulement, les vaisseaux artériels et veineux, et les nerfs, sensiblement plus petits qu'à l'état normal, présentaient sur divers points des anastomoses. La cavité abdominale contenait également les organes correspondants à deux êtres. Mais, par le péritoine et le grand épiploon, ceux d'un fœtus étaient unis à ceux de l'autre. Les vaisseaux ombilicaux propres à deux fœtus suivaient leur marche régulière jusqu'à leur réunion à l'ombilic, où ils se confondaient en un cordon commun. (*El Heraldo medico*, 15 juillet 1854.)

Meurtre d'une petite fille par son père; lypémanie pellagreuse; irresponsabilité, par le docteur Zanini (de Pavie).

Le fait suivant est un des nombreux exemples de perversion instinctive conduisant à de funestes perpétrations.

Obs. — En 1853, le 27 avril, Joseph S..., petit propriétaire de C..., sort de chez lui vers midi, une bêche sur l'épaule, emmenant par la main sa fille unique, âgée de trois ans. Il gagne ainsi, à pas lents, un de ses champs, peu distant de la commune. Arrivé là, il creuse une fosse, et d'un coup de son instrument frappe l'enfant, qu'il enterre ensuite morte, ou à peu près, dans la fosse ouverte.

Après cette horrible action, S... retourne tranquillement à son domicile, se munit d'une faucille et d'un sac pour couper de l'herbe dans un fossé voisin, rentre de nouveau avec une ample récolte, et, à sa femme qui lui demande ce qu'il a fait de sa fille, il répond : « *Elle est dans le champ, sous les aunes.* » Ensuite, il court à V... pour acheter un veau.

Cependant sa femme, inquiète, s'étant rendue inutilement au lieu indiqué, jette l'alarme dans le pays ; et, comme S... passait pour n'avoir pas une tête solide, on soupçonna qu'il pouvait avoir égaré la petite fille ou l'avoir laissée en péril. La foule se précipite à sa rencontre et l'interroge ; même réponse qu'à sa femme : « *Elle est dans le champ, sous les aunes.* »

Deux personnes se détachent pour visiter à leur tour cet endroit. Une terre fraîchement remuée attire leur attention. A peine en ont-ils fouillé la superficie, qu'ils découvrent les vêtements de l'enfant, dont ils retirent le corps encore tiède. Un médecin constate une plaie étendue sur la tête.

Durant ces investigations, S... regagne une troisième fois sa maison, s'empare de tout l'argent qu'il possédait, et s'achemine vers P..., dans le but, comme il l'affirma plus tard, de rejoindre sa mère, partie dès le matin pour cette ville, afin de lui confier son argent et une lettre indiquant l'emploi qu'elle en devait faire. Par malheur, il est arrêté sur la route, faisant mine de fuir et détruisant la lettre susdite. La vue de son enfant, que sa femme tient inanimée entre ses bras, ne lui cause aucune émotion.

Cette impassibilité ne l'abandonna, ni dans le cabinet où il fut provisoirement renfermé, ni en présence de sa mère, qui l'adjurait avec angoisse, et à qui il recommanda froidement de l'oublier, ni au milieu des gendarmes qui l'escortèrent au commissariat du district.

Interrogé sur le motif de son arrestation, il déclara ne pas le connaître. La mort de ma fille en est, dit-il, le prétexte; on prétend que je suis fou, quoique j'aie constamment joui de mon bon sens. En tout cas je suis innocent.

Dans la prison, il ne cessa d'être calme, et la plupart du temps abattu et taciturne. Le premier jour, il raconta les larmes aux yeux, à ses compagnons d'infortune, les particularités du meurtre, en se taisant sur les mobiles qui l'y avaient poussé. Ensuite il se renferma dans un silence absolu, ne donnant aucun signe de dérangement mental, et se plaignant seulement de l'exiguïté de la nourriture.

Lors de sa comparution devant la cour criminelle, S..., dans les renseignements qu'il fournit, se montra d'un sang-froid et d'une précision remarquables. *C'était lui qui avait tué sa fille; en emportant son argent, son désir était de le remettre à sa mère; il allait à P... se constituer prisonnier.*

Quant à l'intention homicide, réticence absolue. Ses seules réponses furent : *Pour rien; quel chagrin peut occasionner une enfant de trois ans? L'idée de ce meurtre me tourmentait depuis longtemps, je ne sais pourquoi; j'ai éprouvé de vifs chagrins, des pertes.*

S... avoue avoir été à l'hôpital, non pour une folie, comme on le prétendait, mais pour une faim canine que la médiocrité de ses ressources ne lui permettait pas de satisfaire. Ce besoin est irrésistible, et il s'en plaignit amèrement vers la fin de l'examen coïncidant justement avec l'heure du repas.

Comment envisager légalement ces diverses circonstances? D'une conduite irréprochable, religieux jusqu'au scrupule, plein de tendresse pour sa fille, un tel homme, réputé d'ailleurs pellagreux et faible d'esprit, ne pouvait avoir commis un si odieux forfait que sous l'inspiration du délire. Quelques personnes, néanmoins, soutenaient que, malgré son humeur habituellement sombre et ses facultés restreintes, S... n'avait jamais déraisonné ; et elles présumaient que, voulant se soustraire à un entretien onéreux, il avait cédé à l'avarice, qui était chez lui une passion dominante.

Mais la commission médicale chargée de constater l'état mental du prévenu, et qui se composait de MM. Luigi Sacchi, Giacomo Lovati, Ferdinando Jomini, et Giovanni Zanini, rapporteur, fut loin de partager ce dernier avis. L'énormité de l'acte, si peu en rapport avec les sentiments de la nature, et ceux jusque là manifestés par le père à l'égard de son enfant, son accomplissement en dehors des règles de la prudence, l'attitude ultérieure de l'assassin, ses antécédents surtout, scrutés minutieusement, et qui montraient S... en proie à la fois et à une lypémanie pellagreuse, si féconde en catastrophes, et à une excentricité morbide d'appétit, qui, à diverses reprises, l'avait engagé à s'introduire furtivement chez des voisins pour y dérober des aliments, toutes ces particularités parurent aux experts suffisantes pour indiquer un grave désordre affectif et motiver l'irresponsabilité.

La divagation dans les paroles n'est pas, en effet, le seul indice qui révèle l'oppression de la liberté morale. Indépendamment du fonctionnement intellectuel, qui consiste dans la formation du syllogisme, il y a l'action des mobiles, idées et sentiments, dont les anomalies pathologiques peuvent faire échec à la résistance. L'esprit est alors le jouet d'une fascination qui, sans détruire intrinsèquement la faculté logique, en fait néanmoins dévier les applications, et, partant, enlève aux actes accomplis sous cette influence leur cachet de criminalité. (*Gazzetta medica italiana, Lombardia.* 5 juin 1854.)

Souffle amphorique dans l'épanchement pleurétique, par M. Béhier.

La note de M. Béhier est relative à deux observations dans lesquelles l'existence d'un véritable souffle amphorique, tel que l'on en perçoit au niveau des cavernes pulmonaires, a été évidemment liée à la présence de liquide purulent dans la cavité pleurale.

Obs. I. — Dans le premier cas, relatif à un sujet de trente-deux ans, l'affection thoracique durait depuis six semaines, et le côté droit de la poitrine était le siége d'un épanchement considérable (les détails de la narration ne laissent aucun doute à cet égard), quand le 6 avril on constata en arrière, dans toute la fosse sus-épineuse, notamment à la partie la plus interne de cette région, une *respiration amphorique* des plus manifestes, et une *exagération de la voix* avec *timbre amphorique* très marqué et très désagréable à l'oreille. Dans tout le reste de ce côté de la poitrine, en avant comme en arrière, la matité est absolue, la voix ne s'accompagne d'aucune vibration sensible à la main, et le murmure vésiculaire a complétement disparu. Ces signes physiques sont encore constatés les jours suivants. Le 12, l'épanchement se fait jour par les bronches, et le sujet emplit trois crachoirs d'un pus fade, non mélangé d'air. Le 14, la matité a diminué dans la fosse sus-épineuse ; on y perçoit maintenant du râle muqueux, et le souffle amphorique est moins prononcé. Ce bruit et le retentissement de la voix avaient complétement disparu le 20 pour ne plus revenir. Le sujet est sorti de l'hôpital le 8 mai.

Obs. II. — Le second sujet, âgé de trente et un ans, eut une pleurésie à la fin de février 1854. Douze jours après, il reprit son service de cocher. Obligé d'entrer à l'hôpital le 20 mars, il portait alors un épanchement thoracique du côté droit. Le 11 avril, il quitta l'hôpital, mais il y rentra le 13, et alors on constata une matité très prononcée dans toute la hauteur du poumon droit, avec absence de murmure vésiculaire. Pas d'égophonie ni de vibrations thoraciques. Le 20, *souffle amphorique* très caractérisé au niveau de l'épine de l'omoplate et plus en dedans. Ce souffle est noté et étudié avec soin pendant plusieurs jours ; l'égophonie se manifeste vers le milieu de la hauteur du poumon ; la voix ne retentit pas d'une manière exagérée. Le 2 mai, on pratique la thoracentèse, et l'on retire *plus de 4 litres* d'un pus épais, phlegmoneux et bien lié. Le côté droit de la cage thoracique, qui était très distendu, s'affaisse sensiblement. Le 3, on constate que la matité est peu considérable. Le murmure respiratoire, mêlé de râles muqueux, s'entend partout; l'égophonie a disparu, et il n'y a plus trace de souffle amphorique. Peu à peu, l'épanchement se reforme, et, le 16, le souffle amphorique se fait entendre de nouveau. Le 17, nouvelle ponction qui donne issue à plus d'un litre de pus. Injection iodée dans la cavité pleurale. L'observation n'enregistre plus les résultats stéthoscopiques jusqu'au 26. Ce jour-là le souffle existe, quoique faible. Le 27, il a disparu pour ne plus revenir. Une nouvelle injection iodée est faite par la plaie thoracique devenue fistuleuse. La santé générale s'altère. On tente encore une injection le 2 juin ; il sort par la canule un peu de pus fétide, les signes de l'entrée de l'air se manifestent pendant la manœuvre, et l'injection ne pénètre pas. La région sous-claviculaire devient très sonore, et l'on y entend un tintement métallique. Le malade meurt dans la nuit du 5 au 6 juin.

L'*autopsie* présente surtout à considérer la disposition suivante : En disséquant la fin de la trachée et le commencement de la bronche droite, il est facile de constater que le poumon, *qui est dense* et présente à peine

le *huitième* de son volume normal, est refoulé derrière cette bronche; elle y est accolée d'une manière si intime, que l'on est obligé de se servir du bistouri pour l'en séparer. Cet accolement du poumon, devenu plus dense, avec la bronche, remontait jusqu'à la terminaison de la trachée, et couvrait cette dernière dans l'espace d'un large travers de doigt.

Il fut impossible de découvrir la moindre communication entre la cavité pleurale et l'intérieur du poumon.

Aucune trace de tubercules pulmonaires; à plus forte raison de cavernes. Plèvre et poumon gauches à l'état normal.

Ces deux observations s'éclairent l'une par l'autre. Les données nécroscopiques contenues dans la dernière fournissent une explication suffisante de l'existence du souffle amphorique au niveau de la fosse sus-épineuse et près de la colonne vertébrale. Ainsi que l'explique l'auteur, le souffle était produit par le passage de la colonne d'air dans la bronche droite; ce n'était autre chose que le bruit respiratoire trachéo-bronchique renforcé et transmis à l'oreille par le poumon induré. Le souffle n'existe que quand l'épanchement est considérable, parce qu'alors le poumon, en même temps qu'il est plus comprimé et par conséquent *plus dense*, est plus fortement appliqué contre la fin de la trachée et la grosse bronche.

Quoi qu'il en soit de cette explication, il est bon d'être averti que le souffle amphorique, considéré isolément, n'a pas le caractère spécifique de la caverne pulmonaire, comme on l'a cru jusqu'ici; et nous croyons, pour notre part, que les conditions susceptibles de le produire peuvent se rencontrer encore ailleurs que dans l'épanchement pleurétique. Au reste, l'histoire plessimétrique et stéthoscopique des maladies de poitrine a reçu depuis quelques années, sous l'incitation des travaux allemands, des développements nouveaux dont nous aurons sans doute à entretenir nos lecteurs. (*Archives générales de médecine*, août 1854.)

Apoplexie de la moelle épinière reconnue pendant la vie, par M. Barbieri.

Les hémorrhagies, et même les simples congestions sanguines de la moelle (celles du moins dont le diagnostic ne peut laisser de doutes), sont assez rares pour que nous ne passions pas entièrement sous silence le fait rapporté par M. Barbieri. Le récit en est détaillé et ne manque pas de signification, même en l'absence de données nécroscopiques. En voici les circonstances principales :

Obs. — La signora Pisoni Giuseppa, âgée de cinquante-quatre ans, de constitution robuste et de tempérament sanguin, n'étant plus menstruée depuis trois ou quatre ans, ressentit tout à coup, dans la matinée du 18 avril 1850, des fourmillements aux deux pieds, puis des crampes dans les deux jambes, et enfin une forte douleur au niveau de la première vertèbre lombaire. En même temps que cette douleur apparut, la malade vacilla ; elle serait tombée si elle n'eût été soutenue et portée dans son lit. Quand M. Barbieri vint près d'elle, il constata les symptômes suivants : Face moins colorée que d'habitude ; douleur frontale ; yeux exprimant la colère ou l'épouvante; pupille dilatée, mais sensible à une lumière intense. La malade pouvait lever les bras, mais les membres inférieurs restaient immobiles. Sensation d'un clou fixé dans la première vertèbre lombaire; peau moite; pouls contracté et lent.

L'auteur crut d'abord à une attaque de *rhumatisme congestif*, et se résolut à saigner. Il remarqua alors que le sujet ne pouvait serrer l'étui de la lancette, et cette circonstance le porta à rectifier son diagnostic et à admettre l'existence d'une lésion matérielle de la moelle, laquelle lésion ne pouvait être qu'une hémorrhagie.— *Saignée de deux livres; embrocations saturnines froides sur la région douloureuse de la colonne vertébrale.* Le soir, il n'y avait pas d'amélioration ; les urines avaient coulé involontairement. *Impossibilité absolue de mouvoir les membres inférieurs, qui étaient, en outre, frappés d'insensibilité.* La douleur n'était que très peu diminuée. Pouls encore plus petit, plus fréquent et irrégulier. — *On pratique une saignée d'une livre.*

Le 19 au matin, la malade est calme ; la douleur a moins d'acuité. Selles involontaires. — *Quatrième saignée.* — Le soir, la douleur a encore diminué. La peau est devenue bleuâtre et empâtée depuis le milieu de la colonne dorsale jusqu'au sacrum ; elle conserve, dans cette étendue, l'empreinte du doigt. Yeux injectés, humides, avec un peu de photophobie. — *Cinquième saignée. Tartre stibié à doses réfractées, sinapismes aux pieds.*

Du 3 au 6, état stationnaire. Symptômes de fièvre rémittente. — *Deux nouvelles saignées; application de sangsues aux apophyses mastoïdes; potion contenant de l'extrait d'aconit.*— Il survient un peu de délire. Un pharmacien, rapportant le délire à l'emploi de l'aconit, donne une drogue non mentionnée. Le 7, amélioration; sueur profuse; urines abondantes, troubles et comme sanguinolentes. Les membres inférieurs ont récupéré un peu de sensibilité. La douleur spinale n'a pas disparu.— *Douze sangsues sur cette région. Le soir, frictions avec l'huile de croton.*

A partir de ce jour jusqu'au 1er mai, amélioration croissante ; retour graduel de la sensibilité et du mouvement. — La convalescence fut longue, rendue plus difficile encore par la langueur des digestions ; mais enfin la guérison fut à peu près complète. Le mouvement et la sensibilité finirent par se rétablir entièrement. Seulement, la malade, qui habitait une localité marécageuse et était depuis longtemps sujette à la fièvre quarte, fut reprise de cette affection, et chaque accès ramenait la douleur spinale. Dans ces derniers temps, la douleur a même reparu, indépendamment de tout accès fébrile. Elle a toujours été soulagée par la saignée, soit générale, soit locale.

La rapidité des premiers accidents, la sensation subite d'une douleur dans un point de la colonne vertébrale, coïncidant avec la perte également subite du mouvement dans les membres inférieurs, ne laissent guère de doutes sur l'existence d'une lésion matérielle brusquement survenue dans le canal vertébral. La gravité des symptômes et la longue durée de la paralysie disent assez qu'il ne s'est pas agi uniquement d'une congestion. Un épanchement de sang s'est formé. Est-ce dans les méninges ? Est-ce dans le tissu même de la moelle ? L'hématorachis expliquerait assez bien comment, la douleur ayant eu lieu au niveau de la première vertèbre lombaire, les phénomènes de paralysie se sont néanmoins montrés beaucoup plus haut, jusqu'aux membres supérieurs. Mais l'hémorrhagie méningée donne lieu à des convulsions, à la contracture des membres; et rien de semblable n'est noté dans l'observation. Elle ne produit ordinairement qu'une paralysie légère (quand elle en produit), et le mouvement et la sensibilité ont été entièrement abolis. D'un autre côté, on s'étonnera de voir la paralysie disparaître *complétement* dans l'hypothèse d'un foyer hémorrhagique au sein de la moelle, et nous craignons que cette affirmation de l'auteur ne repose pas sur une observation bien exacte; puis, comment une hémorrhagie siégeant tout à fait à la partie inférieure de la moelle, puisque la douleur siégeait au niveau de la première lombaire, peut-elle rendre compte de l'affaiblissement du mouvement dans les membres supérieurs? Évidemment, le diagnostic reste obscur à quelques égards. Il est probable qu'un foyer s'est formé, en effet, dans l'épaisseur du renflement terminal, et que, en même temps, la moelle s'est congestionnée dans une grande étendue. Une circonstance qui nous porterait encore à le croire, c'est la rougeur des yeux et le larmoiement. Nous avons observé ces mêmes symptômes dans plusieurs cas de myélite paraissant s'étendre à une grande partie de l'organe. *Gazzetta medica italiana*, *Lombardia*, 1854, n° 28.)

Recherches sur la structure des tumeurs érectiles et sur une nouvelle espèce de tumeur confondue avec elles, par le professeur C. Rokitanski.

Dans son *Traité d'anatomie pathologique* (1846, vol. I, p. 276), M. C. Rokitanski a déjà décrit, sous le nom de *tumeurs caverneuses*, les tumeurs érectiles, comme des produits de nouvelle formation ; plus tard, dans un mémoire publié dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences de Vienne* (mars 1852), le savant anatomo-pathologiste a apporté de nouveaux arguments à l'appui de son opinion. Le travail que nous analysons ici a pour but de compléter l'étude de cette espèce de tumeur, qui intéresse à un si haut degré la chirurgie, et même la médecine, surtout depuis que des recherches nouvelles ont fait connaître les tumeurs érectiles que l'on rencontre si fréquemment dans le foie.

Le stroma des tumeurs érectiles est formé par un réseau de fibres analogues à celles du tissu cellulaire. L'épaisseur des cloisons est fort variable, quelques-unes ayant jusqu'à un cinquième de millimètre d'épaisseur. De ces cloisons épaisses partent, en s'irradiant, d'autres plus minces qui circonscrivent incomplétement des espaces irréguliers communiquant tous entre eux. Dans ces vacuoles on rencontre du sang liquide ou coagulé, ou enfin des concrétions semblables aux phlébolithes. Le siége de ces tumeurs est

assez variable ; le lieu où on les rencontre le plus souvent est le foie. Nous citerons ensuite, par ordre de fréquence, le tissu cellulaire sous-cutané, le derme, la face, le tronc, les membres, les os du crâne, la dure-mère et même la pie-mère. Elles sont toujours accolées à des veines, qui pénètrent en général dans leur épaisseur ; les tumeurs érectiles du foie répondent aux ramifications de la veine porte. Entourées par une capsule cellulo-fibreuse, les tumeurs érectiles, par leur pression, exercent une action fâcheuse sur les os et les tissus. L'élément primitif de développement de ces tumeurs consiste, suivant le professeur viennois, dans des trabécules parfois transparentes et lisses, parfois légèrement striées ; on y trouve, de plus, des noyaux oblongs, des cellules caudées fusiformes. Il est très rare de rencontrer un revêtement épithélial des vacuoles. Quant aux muscles organiques, M. Rokitanski n'en a jamais rencontré dans ces produits de nouvelle formation. De ces trabécules partent ultérieurement des prolongements dont l'entrecroisement intercepte des espaces irréguliers. Des tumeurs à cet état de développement, encore vides de sang, se rencontrent assez souvent dans le foie. C'est dans ce réseau que se développent les vaisseaux sanguins. La démonstration principale de l'indépendance des tumeurs dites érectiles des vaisseaux environnants, au début de leur développement, se tire pour l'auteur de l'examen du foie. Dans cet organe, on rencontre en effet, à côté de tumeurs caves, d'autres complétement analogues, mais dans lesquelles les vaisseaux ne se sont pas encore développés. Le sang ne s'introduit dans la tumeur érectile que par la perforation des vacuoles. On voit, d'après cette théorie, pourquoi M. Rokitanski remplace le nom de *tumeurs érectiles*, *téléangiectasie*, par celui de *tumeurs caverneuses*.

La nouvelle espèce de tumeur érectile décrite par M. Rokitanski consiste dans une tumeur d'apparence glandulaire, lobulée. Chacun de ces lobules est maintenu en rapport par une espèce de tissu cellulaire, qui, quelquefois, renferme des vésicules graisseuses. Cette espèce de tumeur a été observée deux fois à la paupière supérieure et une autre fois à la peau des bras. Les lobules, d'une couleur rougeâtre ou rosée, renferment des anses vasculaires qui, au premier abord, font ressembler la préparation à une partie de la substance corticale du rein. Chaque rameau vasculaire est formé par deux membranes fines, sans structure, superposées ; de plus, il faut signaler des noyaux oblongs et des cellules caudées dont le plus grand diamètre correspond à la longueur des anses vasculaires. Les anses fournissent des ramifications qui se terminent en cul-de-sac. M. Rokitansky regarde ces vaisseaux comme étant de nouvelle formation et sans connexion avec les canaux normaux de la circulation. (*Zeitschrift der K. K. Gesellsch. d. Aerzte. z. Wien, von Hebra*, 1854.)

Recherches sur le cancer papillaire épithélial, et spécialement sur le cancer de la verge, par le docteur Schuh.

Depuis quelques années à peine, la microscopie a tenté d'éclairer l'anatomie pathologique ; l'étude du cancer est surtout redevable d'importantes découvertes au soin que l'on a mis à distinguer certains produits confondus jusque-là avec le cancer. Cependant tout n'est pas encore déterminé à ce sujet, et l'impartialité scientifique nous oblige à enregistrer, à côté des observations qui appuient l'opinion vers laquelle nous penchons, les arguments invoqués à l'appui de l'opinion contraire. M. Shuh, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Vienne, auteur d'un ouvrage publié, il y a quelques jours à peine, sur les produits morbides nouveaux (*Pseudoplasmen*), a publié dans un journal un travail sur le cancer épithélial. Ce travail, nous devons le dire, n'apporte rien de nouveau : il tend uniquement à détruire les distinctions établies entre les diverses espèces de cancer. Le cancer papilliforme, le cancer épithélial, dit M. Shuh, ne se distingue pas cliniquement du cancer de plus mauvaise nature, de l'encéphaloïde ou du squirrhe ; il ne repullule pas, il est vrai, comme ces derniers, dans des organes éloignés, après l'ablation ; mais sa mauvaise nature est démontrée par l'infection des ganglions voisins et surtout par l'action délétère que le cancer épithélial exerce sur l'économie. Ce dernier argument nous étonne de la part d'un clinicien. Déjà, bien avant le microscope, l'étude au lit du malade avait appris à reconnaître que certaines tumeurs des lèvres offraient un caractère de gravité beaucoup moindre que d'autres ; il suffit, d'ailleurs, d'observer dans les hôpitaux de vieillards, pour voir des sujets porter sans grand inconvénient à la face des cancers épithéliaux ou papillaires, qui sont pour M. Shuh de si mauvaise nature.

Les arguments du professeur de Vienne sont peu nouveaux, et nous renvoyons, pour leur réfutation, à l'ouvrage sur les maladies cancéreuses du professeur Lebert.

Le cancer de la verge proprement dit n'est pas aussi rare que le veut M. Shuh. Il est cependant un fait que nous devons reconnaître : c'est que le chirurgien viennois fait ressortir avec juste raison les récidives fréquentes du cancer épithélial de la verge. Assurément cette forme de cancroïde est une des plus redoutables ; il n'est pas rare d'en observer de fâcheux exemples dans les services de l'hôpital du Midi. A quoi tient cette gravité de la maladie ? Nous ne saurions le dire ; mais nous croyons que, dans une appréciation semblable, il est bon de tenir compte d'une condition anatomique qu'indique M. Shuh : dans le cancer épithélial et papillaire de la verge, il a trouvé que la lésion s'étendait en général très loin dans les corps caverneux. On sait que, dans le cancer de la verge, l'urètre demeure, en général, intact, à l'exception, bien entendu, du rétrécissement occasionné par l'affection du gland. Nous aurons lieu, en parlant de l'ouvrage nouveau de M. Shuh, de revenir sur ces doctrines, partagées, du reste, en Allemagne, par un grand nombre d'auteurs. (*Zeits. d. K. K. Gesell. d. Aerzte z. Wien, von Hebra*, 1854.)

Compte rendu de la clinique des maladies syphilitiques, par le docteur C. Sigmund, professeur à la faculté de médecine de Vienne.

Le service consacré aux syphilitiques à l'hôpital général de Vienne a reçu, dans le cours de l'année 1853, l'ensemble des cas suivants :

	Homm.	Femm.	Total.
Affections blennorrhagiques	212	293	505
Accid. syphilit. primitifs	185	101	286
— — secondaires et tertiaires.	146	327	473
— non syphilitiques	22	41	63
	565	762	1327

Ces chiffres ont besoin de quelque explication. L'hôpital général de Vienne admet dans ses salles tous les vénériens qui se présentent. C'est sans doute pour cette raison que le chiffre des affections blennorrhagiques traitées dans l'hôpital de Vienne dépasse de beaucoup le chiffre que présenterait la statistique des services de vénériens de Paris, tel que celui de M. Ricord.

M. le professeur Sigmund a fait suivre ce tableau de quelques remarques que nous résumons en quelques mots. La statistique de l'année 1853, comparée à celle des années précédentes, montre que le chiffre des malades atteints d'accidents secondaires et tertiaires a considérablement augmenté ; il en est de même du chiffre des femmes enceintes atteintes de syphilis.

La doctrine du professeur de Vienne est presque celle de M. Ricord. Les propositions suivantes en sont la preuve.

Le diagnostic du chancre ne peut être établi d'une manière certaine qu'au moyen de l'inoculation ou par l'apparition des accidents secondaires.

L'inoculation du virus syphilitique n'a lieu que dans les cas où la peau est privée d'épiderme ; l'inoculation du virus de diverses espèces d'ulcères syphilitiques produit une pustule et un ulcère qui, dans les premiers jours de leur existence, ont un aspect identique.

Le chancre, dans les quatre premiers jours de sa durée, est toujours un accident local ; on peut donc prévenir les accidents d'infection constitutionnelle par la méthode abortive.

Le virus syphilitique, transporté de l'homme aux animaux (lapin et autres animaux domestiques), conserve ses propriétés spécifiques.

L'inoculation du chancre ne présente aucun danger. L'inocula-

tion du liquide de la blennorrhagie ne donne qu'un résultat négatif.

La blennorrhagie diffère complétement de la syphilis ; les injections irritantes, astringentes, avec l'alun, le nitrate d'argent, le tannin, etc., sont les moyens les plus convenables.

La syphilis exige le traitement par le mercure. (*Zeits. d. K. K. Gesell. d. Aerzte z. Wien, von Hebra*, juillet 1854.)

Emploi du chlorhydrate d'ammoniaque contre la bronchite chronique, par M. Delvaux.

L'invention en thérapeutique consiste bien plutôt dans la détermination d'une indication à remplir que dans la désignation d'un remède particulier. L'indication est la base de la *méthode* ; le remède n'est que le *procédé*. Étant posé, par exemple, le principe que certaines bronchites, celles qui sont chroniques et apyrétiques, demandent l'usage des excitants, beaucoup de praticiens qui admettent ce principe pourront se rencontrer dans le choix du médicament. Nous avons employé nous-même plusieurs fois, depuis trois ou quatre ans, le sel ammoniac contre le catarrhe, sans que notre mémoire nous rappelle si quelqu'un en avait donné le conseil avant nous. Mais bien que ce soit, à nos yeux, un très bon moyen de traitement, nous n'y voyons que l'application spéciale d'une vue pratique qui n'appartient à personne en particulier. M. Delvaux n'a sans doute pas plus de prétention. Ayant fait de nombreuses expériences avec le chlorhydrate d'ammoniaque, il en expose le résultat général et fait connaître les formules qui lui ont le mieux réussi.

M. Delvaux administre d'abord un purgatif, et prescrit un régime plus ou moins sévère pendant plusieurs jours. Après quoi il donne le chlorure d'ammoniaque à la dose de 1 à 3 grammes dans les vingt-quatre heures. Il en résulte ordinairement une forte transpiration et des urines abondantes ; parfois, un léger mouvement fébrile se prononce au bout de quelques jours. Il disparaît quand on suspend l'usage du remède. Sous l'influence de cette médication, la dyspnée diminue, la toux devient moins fatigante, l'expectoration plus facile et moins abondante. L'appétit ne tarde pas à reparaître.

Tel est, en effet, le résultat que nous avons nous-même constaté dans plusieurs cas de notre pratique. Nous donnions le sel simplement dissous dans une potion. Les formules recommandées par M. Delvaux sont les suivantes :

1° *Pilules*. Pr. Chlorhydrate d'ammoniaque . . . 5 grammes.
Miel, poudre d'althæa, de chaque. . . . q. s.
Pour faire 20 pilules.
On prend de 4 à 8 pilules dans les vingt-quatre heures.

2° *Électuaire*. Pr. Rob de sureau. . . . . 120 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque, de 1 à 3
A prendre par cuillerées à café, d'heure en heure.

3° *Potion*. Pr. Eau de tilleul. . . . . 200 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque . . de 1 à 3
Sirop de pavot blanc. 16
A prendre par cuillerées à soupe, d'heure en heure.

(*Presse médicale belge*, 1854, n° 23.)

Action thérapeutique du valérianate de zinc, par C. Espinosa.

Dans ce travail assez long, et qui contient deux observations d'hystérie où le valérianate de zinc paraît avoir produit de bons effets, nous ne trouvons à noter, comme sortant des données ordinaires, qu'une assertion relative à l'emploi du valérianate de zinc dans la colique de plomb. L'auteur affirme, sans entrer dans aucun détail, que la colique de plomb, assez fréquente en Espagne chez les ouvriers qui travaillent aux mines, cède souvent à l'action du valérianate de zinc. A vrai dire, c'est moins la colique elle-même que « l'excitation de l'appareil nerveux de la vie organique, les pulsations abdominales, le sentiment de débilité et l'astriction du ventre », dont le médicament antispasmodique triompherait si aisément, au dire de l'auteur. Mais nous devons rappeler que, dans notre pays, ni le valérianate de zinc, ni aucun autre antispasmodique ne paraissent avoir d'effet bien appréciable, soit sur les phénomènes abdominaux, soit sur les désordres nerveux consécutifs. L'opium est le seul calmant qui mérite réellement confiance. (*El Siglo medico*, 1854, n° 29.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de l'épilepsie (histoire, traitement, médecine légale), par le docteur Delasiauve, médecin des aliénés de l'hospice de Bicêtre (ouvrage dont la partie thérapeutique a été couronnée par l'Institut). 1 volume in-8.

De l'étiologie de l'épilepsie, et des indications que l'étude des causes peut fournir pour le traitement de cette maladie, par le docteur Moreau (de Tours), médecin de l'hospice de Bicêtre (mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine).

La question de l'épilepsie est, pour ainsi dire, aussi ancienne que la médecine elle-même, et longue est la liste des ouvrages qui lui ont été consacrés. Mais la plupart de ceux-ci ont singulièrement vieilli, d'autres n'ont en vue qu'un des points de l'histoire de cette maladie. M. Delasiauve a pu raisonnablement penser qu'un ouvrage embrassant, dans un cadre complet et méthodique, une histoire scientifique de l'épilepsie, d'après une expérience longue et personnelle et une attention toute particulière portée sur la partie thérapeutique, serait accueilli comme une œuvre utile et intéressante.

C'est ce dernier point de vue qui avait d'abord fait l'objet spécial des recherches de M. Delasiauve. Frappé de ce que jusqu'ici l'histoire thérapeutique de l'épilepsie n'avait à peu près consisté qu'en une énumération sèche et stérile des moyens innombrables employés contre cette maladie, il entreprit une étude raisonnée et comparative de ces diverses médications, propre à guider les praticiens dans ce qu'ils pouvaient en imiter, et dans ce qu'ils devaient surtout en laisser de côté. Ce travail avait mérité à l'auteur une récompense de l'Institut. Naturellement encouragé par cette honorable distinction, M. Delasiauve eut la pensée d'étendre à toutes les parties de l'histoire de l'épilepsie le même procédé d'exposition didactique et critique, et il a écrit l'ouvrage que nous avons sous les yeux.

Cet ouvrage est plus précieux pour le soin et la méthode avec lesquels les faits nombreux d'épilepsie que la science possède et que l'auteur a observés lui-même sont analysés et exposés, que par les lumières jetées sur la question de l'épilepsie elle-même. Nous ne savons pas bien pourquoi l'auteur a placé en tête de son livre le chapitre sur la nature et le siége de l'épilepsie. N'est-ce pas ranger la conséquence avant les prémisses? Peut-être dira-t-on que si ces deux questions ne devaient pas être résolues d'une manière déterminée, il importait peu qu'elles fussent traitées dans cet endroit ou dans un autre. Cependant il eût été sans doute plus logique et plus satisfaisant pour le lecteur de commencer par étudier les caractères de la maladie avant d'en chercher le siége et la nature.

Parmi un grand nombre de chapitres remarquables par l'abondance des faits et la manière dont ils sont analysés, nous signalerons ceux qui sont consacrés à l'étiologie et au pronostic. L'influence de l'épilepsie sur l'aliénation mentale est étudiée avec un soin extrême. Nous en dirons autant du diagnostic différentiel de l'épilepsie et des autres affections convulsives; on trouvera à ce sujet d'intéressants détails relatifs à la catalepsie et à l'extase. Nous regrettons seulement qu'il soit quelque part question de l'épilepsie par amaigrissement ou par obésité, des épilepsies humorale ou métastatique, de l'épilepsie thoracique, hépatique, splénique, etc. Tout cela ne nous paraît pas propre à donner une idée très nette ni très exacte de l'épilepsie. On ne sait pas assez combien les livres, ceux même qui ont la prétention la plus légitime d'être complets, gagneraient à être déblayés de ces choses, au moins inutiles, dont on se croit presque toujours obligé de les encombrer.

La partie capitale de l'ouvrage de M. Delasiauve est celle qui concerne le traitement de l'épilepsie. L'auteur fait justement ressortir cette vérité : Qu'il serait superflu de chercher à établir une médication spéciale contre l'épilepsie. L'épilepsie n'est pas une maladie

identique dans tous les cas, et qui puisse être combattue par des moyens semblables. Il faut établir des catégories, et rattacher à chacune d'elles des indications plus ou moins faciles à remplir, mais au moins qui puissent servir de guides. C'est surtout au traitement hygiénique que l'auteur accorde quelque confiance : il montre, par des exemples puisés à Bicêtre et à la Salpêtrière, quelle peut en être la portée.

Une des parties les plus neuves de l'ouvrage de M. Delasiauve est celle qui a trait à la médecine légale. Les traités de médecine légale et les mémoires spéciaux de Georget, de Marc, de Boileau de Castelnau, etc., n'ont eu égard qu'aux faits criminels. M. Delasiauve a envisagé la question d'une manière beaucoup plus complète; et, à l'aide de faits nombreux épars dans la science ou empruntés à sa propre observation, il a examiné successivement, sous le triple rapport médical, administratif et judiciaire, la responsabilité, la séquestration, l'interdiction, les actes civils, la comparution en justice, le mariage et la simulation.

M. Delasiauve est chargé depuis longtemps du service des épileptiques à l'hospice de Bicêtre. Cet important ouvrage, qui porte effectivement le cachet d'une expérience personnelle considérable, ajoutera un titre honorable à ceux que notre laborieux confrère devait déjà à des travaux nombreux et estimés.

— L'ouvrage de M. Moreau (de Tours) diffère beaucoup de celui de M. Delasiauve. Ce n'est point une œuvre de description, mais bien de critique, dont le sujet embrasse uniquement l'étiologie de l'épilepsie et les indications que l'étude des causes peut fournir dans le traitement de cette maladie. C'est une réponse à une question posée dans ces termes par l'Académie impériale de médecine, et que la savante compagnie a très justement couronnée.

M. Moreau regarde la question de l'hérédité comme dominant toute l'étiologie de l'épilepsie, et il en a fait l'objet d'une étude approfondie et fort remarquable.

Notre savant confrère ne considère pas seulement l'épilepsie des ascendants comme constituant la prédisposition à l'épilepsie, mais tout phénomène nerveux constaté chez eux, convulsions, folie, asthme, amaurose, apoplexie; mais des conditions qu'on ne peut appeler pathologiques, *état nerveux*, *excentricité*, *ivrognerie;* mais les scrofules, la phthisie; — de telle sorte qu'à peu près aucune épilepsie ne se trouve échapper à la loi d'hérédité.

M. Moreau n'est pas le premier qui considère l'hérédité, dans l'épilepsie, du point de vue de la transformation des affections nerveuses; mais on ne peut nier qu'il n'ait donné à ce point de vue un développement tout particulier, un peu exagéré malheureusement, et que la manière dont il l'envisage n'ait un caractère large et général qui lui appartient. En effet, si, parmi les observations apportées à l'appui de sa manière de voir, il en est un certain nombre auxquelles, prises isolément, on ne saurait accorder beaucoup d'importance, de créance même, il est difficile, d'un autre côté, de n'être pas frappé de l'ensemble des faits et de la physionomie générale qu'en acquiert le rapprochement. Quant aux scrofules et à la phthisie, on a quelque peine à apercevoir leur filiation avec l'épilepsie; et si l'on comprend que l'hystérie soit considérée comme cause héréditaire, bien que notée 7 ou 8 fois seulement sur 240 cas, on ne voit guère d'autre raison pour ranger la phthisie sous le même titre, que les 35 cas qu'on en trouve signalés. Mais il est un élément à introduire dans cette appréciation : c'est le degré de fréquence absolue de la circonstance transformée en cause, et l'on peut affirmer que la phthisie est assez fréquente pour que, dans un grand nombre au moins de ces 35 cas, elle n'ait eu qu'une part de coïncidence.

Maintenant, si l'on nous permet d'entrer nous-même dans la question, nous élargirons encore le terrain, et nous dirons : Qu'une épilepsie doive éclater sous l'influence d'une impression morale, ou une pneumonie se développer après un refroidissement, ou un cancer à la suite d'une contusion, il y aura, dans tous ces cas, une prédisposition qui fera que ce sera une épilepsie et non autre chose, une pneumonie et non un rhumatisme, un cancer et non une tumeur fibreuse qui apparaîtra. Qui crée ces prédispositions? Le lacis inextricable des circonstances qui nous ont faits ce que nous sommes à l'heure où nous sommes atteints. De ces circonstances, une part appartient aux événements consécutifs à la naissance, une part aux conditions dans lesquelles nous sommes nés, conditions presque toutes (hors les maladies contractées pendant la vie intra-utérine, *morbi connati*) empruntées à l'hérédité.

Dans toutes les vicissitudes de la santé, donc, pour ne pas sortir de l'ordre pathologique, l'hérédité prend sa part fatale, part réelle, se trouvât-elle insaisissable; et si, prenant une maladie quelconque, on arrive, sur un nombre de cas donné, à reconstruire l'histoire pathologique des collatéraux et des ascendants des malades dans plusieurs générations, nul doute que l'on n'obtienne des tableaux semblables à ceux de M. Moreau, et dans lesquels il sera peut-être facile de choisir une filiation particulière et conséquente avec tel ou tel ordre d'idées.

Notre intention, en développant une thèse semblable, ne saurait être d'amoindrir la valeur des observations de M. Moreau. Au contraire, tout ce qui tend à généraliser une proposition conspire à en assurer la justesse. Seulement l'épilepsie y perdrait un caractère individuel; mais il resterait encore à savoir si chaque maladie n'est pas héréditaire à sa manière.

L'hérédité, qui domine toute la question étiologique, devient, suivant M. Moreau, la source la plus féconde d'indications dans le traitement de l'épilepsie. Atteignant ou viciant toutes les sources de la névrosité, elle est à elle seule toute la maladie, ou le mal même à l'état latent. Il y a prédominance de l'état nerveux : c'est ce qu'on a appelé *état épileptique*.

C'est au point de vue préventif que cette considération offre surtout de l'intérêt. Si l'on pouvait toujours prévoir les maladies futures, avant que la prédisposition ou la diathèse s'en fût révélée par des signes manifestes, on trouverait contre elles, sans doute, des ressources plus efficaces que celles que nous possédons.

Mais dans quel sens les notions acquises sur l'hérédité pourront-elles effectivement servir au traitement préventif de l'épilepsie? On voit, dans les nombreux renseignements recueillis par M. Moreau, que la plupart des prodromes de l'épilepsie, insignifiants peut-être chez d'autres, mais significatifs lorsqu'il existe des antécédents d'épilepsie, dénotent ce qu'on peut appeler *état nerveux*, c'est-à-dire un trouble quelconque du système nerveux.

Eh bien! tous ceux de ces phénomènes qui peuvent être traités ou directement par des moyens thérapeutiques, ou indirectement par les ressources de l'hygiène, le seront utilement, utilement surtout dans ce sens que tout ce qui tend à en favoriser le développement paraît favoriser également le développement de l'épilepsie. En outre, certaines circonstances seront encore prises en considération : ainsi, la notion des causes spéciales qui ont présidé au développement de l'épilepsie chez les ascendants, et l'âge auquel elle a apparu chez eux.

Puis M. Moreau revient sur la question de la phthisie et des scrofules, et consigne la remarque suivante : « Dans une famille qui compte des ascendants phthisiques, scrofuleux ou rachitiques, ceux des enfants qui paraissent être le plus manifestement prédisposés aux affections nerveuses en général et à l'épilepsie en particulier, sont précisément ceux chez lesquels se rencontrent les signes les moins nombreux de prédisposition héréditaire aux maladies dont les parents ont été atteints, et *vice versâ*. La présence de ces mêmes signes en plus ou moins grand nombre semble exclure la prédisposition aux affections nerveuses. »

Nous avons choisi, pour l'analyser, la question de l'hérédité, qui, par la place qu'elle tient dans le procédé de M. Moreau et la manière dont elle est traitée, en représente la partie capitale. Le reste de l'étiologie et de la thérapeutique y est étudié sinon avec le même développement, du moins avec autant de soin et de critique.

La partie la plus originale est celle qui concerne l'étiologie; toutefois celle qui traite des indications thérapeutiques nous a paru fort remarquable, non moins pour la justesse de la critique que pour l'excellence des principes exposés par l'auteur.

Durand-Fardel.

VI.

VARIÉTÉS.

— Voici le mouvement quotidien du choléra dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine depuis le 25 août :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 24 août . .	27	9	36	20	17
25	30	15	45	25	21
26	42	16	58	31	35
27	35	20	55	41	39
28	35	12	47	31	25
29	29	12	41	20	24
30	34	15	49	24	18
Résumé de 7 jours. .	232	99	331	192	179

Situation au 30 août : Cas traités depuis novembre. . . . 5,599

Sorties . . . . . . 2,217 }
Décès . . . . 2,868 } 5,085

Il reste en traitement 514

ÉTAT SANITAIRE DE LA FLOTTE ANGLAISE DANS L'EUXIN.

La flotte anglaise de la Méditerranée, qui a en ligne de bataille un peu plus de 8,000 hommes, a quitté le Bosphore le 24 mars. Elle s'est rendue, lors de la déclaration de guerre, à Baldjik (en Roumélie). Vers le milieu d'avril, elle était devant Odessa pour l'attaque du *môle impérial*. La fin d'avril et la plus grande partie de mai ont été passées devant Sébastopol. Le 21 mai, elle est retournée à Baldjik pour y faire de l'eau, et depuis elle a dû y rester pour couvrir la descente de l'armée à Varna.

Jusqu'au commencement de mai, un vent froid, humide, neigeux, auquel la flotte avait déjà été exposée dans le Bosphore, a régné également dans l'Euxin. La température moyenne était de 43,5 degrés Fahreinheit (environ 6 degrés centigr.). Depuis le commencement de mai jusqu'au 18, les vaisseaux furent presque continuellement enveloppés d'un brouillard épais. A ce brouillard succéda un temps d'été beau, clair et sec. Vers la fin de juin, la température dans le jour, devint tropicale.

Les deux caractères principaux de l'état sanitaire ont consisté dans la fréquence des fièvres intermittentes et le développement du scorbut.

1° Le premier cas de fièvre intermittente s'est déclaré dans la baie de Bésika, l'année dernière, pendant que la flotte était à l'ancre devant des plaines marécageuses. Du 1er août au 22 octobre 1853, les grands bâtiments en comptèrent 1,360 cas sur un effectif moyen de 6,149 hommes; 9 cas seulement se sont terminés par la mort. Dans le Bosphore, des rechutes ont eu lieu pendant l'hiver. Dans le mois de mai, et surtout pendant le règne des brouillards, les fièvres reparurent avec une nouvelle fréquence; on en compta 235 cas qui, presque sans exception, étaient fournis par les récidives. Il n'est pas certain que le brouillard ait été le véhicule des effluves morbigènes, bien qu'on le dise émané des bancs marécageux du Dnieper et de la mer d'Azof, et apporté par les vents d'est. Tant qu'il a duré, il a exercé sur l'économie une action déprimante très remarquable.

2° Quand la flotte entra dans la mer Noire, au mois de mars, les hommes, depuis assez longtemps, n'avaient pas toujours de provisions fraîches à leur disposition; on leur avait distribué l'hiver de la viande fraîche et des végétaux seulement cinq jours par semaine, à cause de la pénurie qu'avait bientôt amenée dans le pays l'arrivée subite, au mois de novembre, des flottes alliées ayant 20,000 hommes à bord. En outre, dans le Bosphore, l'état de l'atmosphère avait forcé à tenir les sabords presque constamment fermés. Par ces diverses raisons, la santé des équipages n'était pas dans un état excellent, quand elle entra dans la mer Noire *avec des provisions salées*, et s'y trouva exposée aux mêmes intempéries.

Vers le commencement de mai, après trente-sept jours d'alimentation salée, et malgré l'usage fréquent de jus de limon, conformément au règlement sanitaire, le scorbut se déclara; d'abord chez les hommes débilités par les accès de fièvre, et ensuite chez les sujets robustes et jusque-là bien portants. La basse température et l'humidité paraissent avoir beaucoup contribué au prompt développement de cette maladie. Beaucoup de marins étaient envahis, quand vint l'été qui dissipa les brouillards. C'est alors aussi que la flotte revint à Baldjik. Là, elle eut une ample provision de viandes et de légumes frais, et bientôt le scorbut disparut entièrement.

(Extrait du *Navy Medical Reports*, n° 22.)

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 15 août 1854. Sous-nitrate de bismuth à haute dose, par *Monneret*. — Sur les bains de vapeur térébenthinés à haute température, par *Gillibert d'Hercourt*. — Poudre de Dover contre le choléra, par *Michel*.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE, août 1854. — Glycérolés médicinaux, par *Cap* et *Garot*. — Divers articles ou étrangers à la médecine, ou déjà indiqués dans la *Gazette hebdomadaire*.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — N° 7. Administration des médicaments par la voie stomacale chez les animaux domestiques, par *Fischer*. — Castration des vaches, par *Charlier*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 15 août. Remarques sur l'amadou, par *Leveillé*. — Sur la vaccine, par *Brachet*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — 31 juillet. Strychnine contre le choléra, par *Poyet*. — Mode de propagation et nature contagieuse du choléra, par *Rambaud*. — Emploi du chlorate de potasse à haute dose, par *Socquet*.

GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER. — Étude sur Aristote, par *Girbal*. — Médecine arabe, par *Leclerc*. — Différences que présente l'organisation du corps de l'homme aux diverses époques de son développement et aux divers âges, par *Courty*.—Désarticulation des doigts par la méthode ovalaire, par *Millet*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N°s 2. Caractères du choléra qui sévit à Marseille (*anonyme*). — Effets du sulfate de quinine, par *Jaumes*. — Racine de caïnca dans l'hydropisie scarlatineuse, par *Bruguier*. — Hémorrhagie périodique compliquant une lésion traumatique; guérison par le sulfate de quinine, par *Liégey*. — 3. Transmissibilité du choléra, par *Saurel*. — Caractères de la diarrhée qu'on observe actuellement à Anduze (Gard), par *Miergues*. — Sur le choléra observé à Nîmes, par *E****. — Empoisonnement par les moules, crevettes et sardines, par *Desmartis*.

ANNALES D'OCULISTIQUE. — 31 juillet. Sur les parties intéressées dans les opérations qu'on pratique sur l'œil, par *Bowman*. — Chémosis induré, ablation, guérison, par *Ansiaux*.

ANNALES ET ARCHIVES DE MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE. — Juillet. Analyses et Revues.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 13e livraison. Accès d'épilepsie, sulfate de quinine, par *Gobée*. — Note sur la *bourse à pasteur*, par *L'Hermitte*.— Observation de pustule maligne, par Ancelon. — 14e livraison. Tumeurs mammaires probablement syphilitiques, par *C. Lauwers*. — Note sur les déviations et le cathétérisme de l'utérus, par *Ancelon*. — Sur un nouveau traitement de la grenouillette, par *Vandommelen*.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — Juin 1854. Kératites intermittentes et kératites aiguës accompagnées de névralgies sous-orbitaires intermittentes, par *Midaraine*. — Cliniques (carie de l'os malaire, plaies d'armes à feu).

GAZETTE MÉDICALE DE LIÉGE. — N°s 14. Traitement de la variole par une pommade sulfureuse, par *Midaraine*. — 15. Réflexions sur la cholérine et le choléra. — Notice sur la spigélie anthelminthique, par *Bonnewin*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N°s 33. Affection des organes génito-urinaires chez la femme, par *Thiry*. — 34. Contracture générale, opisthotonos, guérison par le chloroforme à l'intérieur, par *Borremans*. — 35. Epidémie d'ophthalmie granuleuse de St-Josse-ten-Noode, par *J. Crocq*.

ALLGEM. MEDICIN. CENTRAL-ZEITUNG. — N°s 61. Divers articles sur des travaux français. — 62. Analyses et revues. — 63 — 64. Organisation des ambulances. — 65 — 66. Remarques sur la phthisie, par *Schnitzer*.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT F. PSYCHIATRIE UND PSYCHISCH GERICHTLICHE MEDICIN, publié par Damerow, Flemming et Roller. — IIe vol., 2e partie. Sur les crispins et les fanatiques du Languedoc (1688-1780), par *Jessen*. — Considérations sur l'étude de la mensuration du crâne, par *C. Seifert*. — De l'établissement des aliénés à Rome, par *Roller*. — Question de la monomanie chez les aliénistes français par *Damerow*.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 31. Cure radicale de l'hydrocèle par les injections de chloroforme, par *Langenbeck*. — Urétrotomie périnéale, par *Adelman* (fin). — Nouvelle méthode pour la guérison des fistules périnéales, par *Langenbeck*. — 32. Sur l'emploi de l'opium dans la folie, par *Albers* (fin). — L'hypochondrie est-elle une maladie mentale, par Meyer. — 33. Recherches sur les urines pour servir à l'étude physiologique et la résolution de certains problèmes pathologiques, par *Falk*.

JOURNAL DES MALADIES DES ENFANTS. — Mars et avril 1854. Du spasme désigné par le docteur Dubini (de Milan) sous le nom de chorée électrique, par *F.-J. Behrend*. — Cause et traitement du spasme de la glotte chez les enfants; par *Stifft*. — Recherches sur les maladies du cerveau chez les enfants, par *W.-H. Willshire* (de Londres).

MEDICINISCHE ZEITUNG. — N°s 31. Méthode antiphlogistique, par *Latz* (fin). — Considérations sur la scarlatine. — 32. Lésions des bronches (blessures), par *Voltolini*. — 33. Tannin quinique, par *Wolff*.

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSKUNDE U. FRAUEN-KRANKHEITEN, par Busch, Crédé, de Ritgen, Siebold. — IVe vol., 1re partie. Juillet. Opération césarienne dans un cas

d'ostéomalacie, par *C. Pagenstecher*. — Un cas d'exostose du bassin, indiquant l'opération césarienne, par *E. Behm*.

Schmidt's Jahrbuecher. N° 8. Critiques et revues.

Vierteljahrsschrift. f. gerichtliche und oeffentliche Medicin VIe t. 1re part. — Physiognomie des meurtriers, par *Casper*. — Empoisonnement par le cyanure de potassium, par *Tschepke*.

Vierteljahrschrift f. praktische Heilkunde, rédigé par Halla et Hasner. — XIe année, IIIe vol. Prague. Vitalité des nouveau-nés sans respiration, par *Maschka*. — Sur l'acide hypurique dans l'urine de l'homme, par *Duchek*. — Sur l'atrophie musculaire progressive, par *Fr. Betz*. — Pouvoir d'accommodation de l'œil, par *Czermak*. — Considérations physiologiques sur une partie encore non observée de l'appareil d'érection du pénis et du clitoris, par *Bochdalek*. — Cas de sclérose cérébrale, par *Hirsch*.

Wiener medizinische Wochenschrift. — N° 27. Cas de cancer du poumon, avec dyscrasie cancéreuse, par *Spengler*. — Sur les tubercules du cerveau, chez les enfants, par *Lederer*. — Appareil pour la dose des inhalations de chloroforme, par *Stizenberger*. — 28. Considérations pour servir à l'histoire du bouton d'Alep, par *Rigler* (de Constantinople). — Sur les tubercules du cerveau chez les enfants, par *Lederer* (fin). — 29. Pratique obstétricale, par *Lumpe* (de Vienne). — Considérations pour servir à l'histoire du bouton d'Alep, par *Rigler*, de Constantinople (fin).— Articles critiques. — 30. Lettre à M. Oppolzer, à Vienne, par *Th. Frerichs* (de Breslau).

Zeitschrift f. Klinische Medicin, v. Friederich Guensburg. — Ve vol. 4e partie. Clinique sur les maladies de la peau et syphilitiques pendant l'année 1852, par le Prof. *V. Boeck*. — Maladies organiques au cerveau chez les fous, par *Friederich Hoffmann* (suite).

Zeitschrift. d. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, v. Hebra. — Juin. Considérations sur les hémorrhagies utérines à la suite de rétentions de fragments placentaires, par *Mikschik*. — Observ. sur les eaux de Spa, par *Pleischl*. — De la revaccination, par *Jacobovics*. — Diagnostic et traitement des formes primaires de l'aliénation, par *Leidesdorf* (fin). — Du traitement de l'antéversion de l'utérus en général, et de l'hystérophore de Zwank, par *Chiari*.

Zeitschrift f. wissenschaftliche Zoologie herausgeg., v. Siebold et Koelliker. — VIe vol., 1re partie, avec 5 pl. Sur le développement de l'os et de l'émail des dents, par *Ed. Lent*.

Association Medical Journal. — Nos 83. Sur la syphilisation, par *Gamgee*. — Résection du genou, par *Ch. Cotton*. — Hémorrhagie utérine, par *Walford*. — Cas inusité de lithotomie, par *R. Elliott*. — Traitement de la coqueluche par les toniques, par *G. King*. — Extenseur élastique artificiel dans la paralysie des extenseurs de l'avant-bras, par *T. Inman*. — Morsure de vipère, guérison, par *G. Willis*. — 84. Tubercules du cerveau; remarques sur les fonctions des centres nerveux, par *R. Dunn*. — Manie puerpérale, par *West*. — Phénomènes atmosphériques en rapport avec le choléra, par *Hingeston*. — 85. Développement et propriétés désoxydantes de l'ozone, par *Shapter*. — Effets de la position horizontale dans la syncope, par *Richardson*.

Dublin Medical Press. — Nos 813. Sur les fractures non réunies, par *Ed. Stanley*. 814. Goutte et rhumatisme, diagnostic différentiel, par *Forsyth*. — Deux cas d'anévrysme de l'artère ophthalmique, ligature de l'artère carotide, par *Curling*. — Sur le pansement à l'eau, par *Holthouse*. — 815. État du sang dans le choléra.

Medical Times and Gazette. — Nos 214. Sur l'épilepsie, par *R. Todd*. — Maladies chirurgicales de l'œil, par *Haynes Walton*. — Comparaison entre le chloroforme et le froid comme anesthésiques, par *J. Arnott*.—Graisse cristalline et sarcines dans les matières vomies, par *L. Lindsay*. — 215. État sanitaire de la flotte anglaise dans l'Euxin. — Céphalalgie chronique et périodique, par *Sieveking*. — Clinique (calculs vésicaux, rétrécissements de l'urètre). — Cure d'une hydrocèle énorme, par *Grassi*. — 216. Céphalalgie, par *Sieveking*. — Hernie fémorale étranglée, opération sans résultat, gastrotomie, mort, autopsie, par *G. Jones*. — Acide nitrique contre les hémorrhoïdes, par *H. Smith*. — Tumeur sanguine des grandes lèvres, par *R. Budd*. — Présentation du placenta, deux fœtus, par *W. Holt*.

The Lancet. — Nos 5. Consomption pulmonaire, par *Thomson*. — Usage et abus de la potasse caustique et du caustique de Vienne dans les maladies de l'utérus, par *H. Bennet*. — Traitement du choléra, par *Wilkinson*. — Cas de tétanos, par *Ed. Hodges*. — Hématémèse guérie par le seigle ergoté, par *C. Neate*.—Cliniques. — 6. Silicate de fer comme dépôt urinaire, par *J. Harley*. — Choléra, anatomie pathologique, par *G. Robinson*. — Plaie étendue de la gorge, par *Macnamara*. — Variole et vaccination, par *J. Smith*. — 7. Clinique obstétricale, par *Barnes*. — Deux cas de choléra spasmodique, par *Lawson*. — Traitement du choléra dans divers établissements de charité à Londres.

The Dublin Quarterly Journal.—Août 1854. Plaies des artères, par *Butcher*. — Sur la poudre antimoniale, par *Osborne*. — Sur les varices, par feu *Abraham Colles*. — Considérations médico-légales sur la folie, par *Williams*. — Corps étrangers dans l'urètre et la vessie, par *Collis*. — Des articulations pelviennes dans la parturition, par *Duncan*. — Empoisonnement par le sublimé corrosif, par *de Ricci*. — Sur la nécrose, par *Hamilton*. — Sur la mort par suspension, par *King*. — Stéthoscope percuteur, par *Richardson*.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — Nos 29. Chorée électrique (suite), par *Morganti*. — Guerison des gerçures du sein, par *L. Ripa*. — 30. *Idem*.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — Nos 31. Constitution médicale, par *G. Rotta*. — Revue ophthalmologique. — 32. Viol d'une jeune fille de onze ans, hémorrhagie consécutive, par *Borelli*. — Sur le choléra, par *Zambianchi*. — Sur le choléra de Gênes, par *Borelli*. — 33. Même sujet, par *le même*.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — Nos 31. Leçon sur le cancer, par *Ranzi*.— 32. Variole développée dans le cours de la vaccine, par *G. Pensa*. — Diététique dans les maladies chirurgicales, par *Gamgee*. — 33. Sur le cancer, par *Ranzi*.— Moyen simple et économique d'obtenir la mannite, par *G. Pagliari*.

Giornale delle Scienze mediche della Reale Accademia medico-chirurgica (Torino). — N° 14. Pulsations abdominales sous le rapport du diagnostic, par *Sella*. — Cas de gastro-hystérotomie et remarque, par *Giordano*.

Il Progresso (Genova). — N° 7. Guérison d'un tétanos traumatique, par *L. Pastorino*. — Extirpation d'une tumeur volumineuse, par *G. Rosso*.

El Heraldo medico. — Nos 115. Eaux de Puertollano, par *C. Mestre*. — 116. Action antisyphilitique du bichromate de potasse, par *Vicente*. — 117. Eaux de Puertollano, par *C. Mestre*. — 118 — 119 — 120. Eaux de Puertollano.

El Porvenir medico. — Nos 94. Traitement de l'ophthalmie blennorrhagique. — 95. *Idem*. — 96 — 97 — 98. Cure radicale des hernies (c'est le procédé de M. Valette que nous avons fait connaître tout récemment).

El Siglo medico. — Nos 30. Cas de fièvre typhoïde, par *Escolar*. — Amputations spontanées, par *R.-E. Morales*. — 31. Bains de guano dans le rhumatisme, par *Escolar*. — Analyse du guano, par *Casana*. — Sur le choléra, par *Pastor*. — Topographie médicale de Pampelune.

La Cronica de los Hospitales.—Nos 14 — 15. Tumeur du cou de diagnostic difficile; dégénération spéciale du tissu de l'aine, par *P.-T. Hontanon*.

Livres nouveaux.

Bulletin de la Société de chirurgie de Paris pendant l'année 1853-1854, tome IV, in-8°, 604 p. Paris, chez V. Masson. 7 fr.

Conseils pour les temps de choléra, par *J.-P. Pointe*, docteur en médecine, professeur de clinique médicale, etc. 1 fr.

Leçons sur l'hypertrophie des amygdales et sur une nouvelle méthode opératoire pour leur ablation, par *M.-E. Chassaignac*. In-8, 7 feuilles 3/4 avec fig. dans le texte. Paris, J.-B. Baillière. 2 fr.

Mémoires d'un Bourgeois de Paris, par le docteur *L. Véron*. Tome IV, in-8°. 316 pages. 5 fr.

Beitraege zur Physiologie des Sehorgans (*Contributions à la physiologie de l'organe de la vue*), par *G. Meissner*. In-8°. Leipzig, chez Engelmann. 5 fr.

Die Stricturen der Harnrœhre und deren Behandlung. (Les strictures du canal de l'urètre et leur traitement), par *G. Seydel*. In-8°, Dresde, chez Arnold. 6 fr. 75

Handbuch der Physiologischen Chemie, par *C.-G. Lehmann*. In-8° Leipzig, chez Engelmann. 9 fr.

Nevrologische Untersuchungen. (Recherches névrologiques), par *R. Wagner*. In-8°, Gœttingue, chez Wigand. 9 fr. 50

Ueber die Geschwuere (*Sur les tumeurs*), par *J. Rex*. In-8°. Prague, chez Credne et Kleinbub. 4 fr.

A Manual of Practical Therapeutics, par *E.-J. Waring*. In-12. Londres, chez Smiths. 17 fr. 50

Treatise on Diseases of the Lungs and Consumption, par *A. W. Clarke*. In-8°, Londres, chez Highley. 10 fr. 50

Le Rédacteur en chef: **A. Dechambre.**

AVIS DE L'ÉDITEUR.

La Gazette hebdomadaire *entre dans le 12e mois de sa publication, et le premier tome devait être complet avec le 52e numéro. Mais afin de faire concorder chaque volume du journal avec le millésime de l'année, nous comprendrons 65 numéros dans le tome Ier qui sera ainsi continué jusqu'au 31 décembre prochain, et le tome II commencera avec le numéro du 5 janvier 1855.*

Victor Masson.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. — PARIS, 8 SEPTEMBRE 1854. — N° 49.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

RÉORGANISATION DE L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE LYON.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes ;

Vu les ordonnances des 13 octobre 1840, 12 mars et 18 avril 1841, relatives aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu l'ordonnance du 13 juin 1841, qui constitue l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon ;

Vu l'ordonnance du 10 avril 1842, qui crée dans l'École préparatoire de Lyon une chaire de pathologie et de thérapeutique générales ;

Vu l'ordonnance du 12 novembre 1843, relative au nombre des professeurs adjoints dans ladite école ;

Le Conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon est réorganisée de la manière suivante :

L'enseignement comprendra : 1° anatomie et physiologie ; 2° pathologie externe et médecine opératoire ; 3° clinique externe ; 4° pathologie interne ; 5° clinique interne ; 6° accouchements, maladies des femmes et des enfants ; 7° matière médicale et thérapeutique ; 8° pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Art. 2. Le nombre des professeurs adjoints de ladite école est fixé à trois qui seront attachés : à la chaire de clinique externe, à la chaire de clinique interne, à la chaire d'anatomie et physiologie.

Art. 3. Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés : aux chaires de médecine proprement dite, aux chaires de chirurgie et d'accouchements, à la chaire d'anatomie et physiologie, aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Art. 4. Il est également attaché à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon : un chef des travaux anatomiques, un prosecteur, un préparateur de pharmacie et toxicologie.

Art. 5. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Biarritz, le 13 août 1854.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur : *Le ministre de l'instruction publique et des cultes,*

H. FORTOUL.

Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie	MM. RICHARD.
Pathologie et médecine opératoire	PETREQUIN.
Clinique externe	BONNET.
Pathologie interne	SENAC.
Clinique interne	DEVAY.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants	COLRAT.
Matière médicale et thérapeutique	BRACHET.
Pharmacie et notions de toxicologie	GLENARD.

Sont nommés : 1° *Professeurs adjoints*, MM. BOUCHACOURT (clinique externe), TEISSIER (clinique interne), FOLTZ (anatomie et physiologie). 2° *Professeurs suppléants*, MM. GROMIER (chaire de médecine), BARRIER (chaire de chirurgie et d'accouchements), SOCQUET (chaire de sciences accessoires).

En outre, M. DEVALLON est nommé professeur adjoint hors cadre, attaché à la chaire de pharmacie et notions de toxicologie ; et M. FOLTZ est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Foltz recevra le traitement affecté à ce dernier emploi ; le traitement de professeur adjoint titulaire étant attribué à M. Devallon, professeur adjoint hors cadre.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 1er septembre 1854, M. Laurens, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine de Nancy, est nommé professeur d'histoire naturelle et de matière médicale à ladite école, en remplacement de M. Planchon, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR,

Du 29 au 31 août 1854.

N° 253. GAUDAIRE, Henry-Yves-Marie-Pierre, né le 6 août 1817 à Ménac (Morbihan). [*Du furoncle.*]

N° 254. MAHMOUD, Younès, né le 15 mars 1825 au Caire (Égypte). [*De l'ophthalmie purulente en général.*]

N° 255. THIÉBAUX, Charles, né le 10 août 1827 à Briey (Moselle). [*Traitement des varices.*]

N° 256. CHENET, Claude-Antoine-Célestin, né le 16 novembre 1827 à Chatelchéhéry (Ardennes). [*De l'ergot de seigle.*]

N° 257. SAINT-MAYAL, Pierre-Vital-Louis, né le 13 octobre 1828 à Courpière (Puy-de-Dôme). [*Essai sur la gale et son acarus chez l'homme.*]

N° 258. **Berthault**, Jules-Marie-Édouard, né le 27 octobre 1825 à Châlon (Saône-et-Loire). [*Du haschisch.*]

N° 259. **Léouffre**, Joseph-Arnoux, né le 23 septembre 1827 à Gap (Hautes-Alpes). [*De la glucosurie.*]

N° 260. **Bernard**, Jean, né le 19 juin 1822 à Sainte-Usuge (Saône-et-Loire). [*Essai sur les iodiques.*]

N° 261. **Titon**, Auguste-Hubert, né le 18 décembre 1825 à Soudron (Marne). [*Recherches cliniques et expérimentales sur l'absorption et la valeur thérapeutique des préparations iodées.*]

N° 262. **Duchaussoy**, Auguste-Philibert, né le 28 février 1827 à Aumale (Seine-Inférieure). [*Essai pratique sur l'absorption des médicaments dans le choléra.*]

N° 264. **Couty de la Pommerais**, Désiré-Edmond, né le 18 mai 1830 à Neuville (Loiret). [*Rôle que joue la nature dans les maladies.*]

N° 265. **Mercier**, Jean-Louis, né le 11 mars 1829 à Coppet (Suisse). [*Traitement de la fièvre typhoïde.*]

N° 266. **Hiffelsheim**, Edmond-Léonce, né le 1er juillet 1827 à Brumath (Bas-Rhin). [*Le cœur bat parce qu'il recule.*]

N° 267. **Hubault**, Achille-Marie-Pierre, né le 9 juin 1825 à Vannes (Morbihan). [*Du scorbut à la mer, considéré surtout sous le rapport de l'étiologie.*]

N° 268. **Angeard**, Maurice-Michel, né le 18 décembre 1827 à Saint-Michel-en-l'Herm (Vendée). [*Des hémorrhagies après l'accouchement.*]

N° 269. **Bolut**, Jean-Baptiste-François, né le 15 décembre 1828 à Auxonne (Côte-d'Or). [*Du croup.*]

N° 270. **Balbiani**, Édouard-Gérard, né le 31 juillet 1823 à Port-au-Prince (Haïti). [*Essai sur les fonctions de la peau considérée comme organe d'exhalation, suivi d'expériences physiologiques sur la suppression de cette fonction.*]

N° 271. **Dulac**, Jean-René-Martial, né le 1er juillet 1825 à Saint-André (Haute-Garonne). [*Des divers appareils à employer dans le traitement des fractures compliquées.*]

N° 272. **Guizard**, Joseph, né le 9 septembre 1826 à Vallauris (Var). [*De l'hygiène du tuberculeux.*]

N° 273. **Haran**, Ferdinand, né le 28 novembre 1823 à Vezelay (Yonne). [*Ictère des fièvres.*]

N° 274. **Belot**, Édouard-Élie, né le 20 juillet 1830 à la Havane (île de Cuba). [*Sur diverses espèces de cataractes.*]

N° 275. **Mirassou**, Jean-Alexandre, né le 18 mars 1822 à Arthy (Basses-Pyrénées). [*De la dysentérie dans le nord de l'Afrique.*]

N° 276. **Bourdereau**, Philippe-Alban, né le 3 octobre 1822 à Brenon (Nièvre). [*Des déchirures du périnée; de la périnéoraphie.*]

N° 277. **Valette**, Antoine-Jean-Jules-Achille, né le 15 juin 1817 à Figeac (Lot). [*De l'hystérie.*]

N° 278. **Laguesse**, Jean-Baptiste-Alphonse, né le 7 septembre 1829 à Dijon (Côte-d'Or). [*Des rapports mutuels qui doivent exister entre la mère et l'enfant pendant la période de la première enfance.*]

N° 279. **Lejeune**, Pierre-Louis, né le 4 mars 1812 à Saint-Denis (Seine). [*Considérations sur quelques points de la fièvre typhoïde.*]

N° 280. **Troncin**, Marie-Ernest, né le 2 mai 1824 à Paris (Seine). [*Du traitement du rhumatisme articulaire aigu par la vératrine.*]

N° 281. **Vergnin**, Charles-Joseph-Xavier, né le 9 janvier 1827 à Sédan (Ardennes). [*Hygiène de la première enfance; soins à donner aux nouveau-nés.*]

N° 282. **Balley**, François, né le 1er mai 1827 à Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne). [*Hernie congénitale.*]

N° 283. **Fournier**, Émile-Blaise-André, né le 4 août 1828 à Beausset (Var). [*Hépato-cirrhosie.*]

N° 284. **Dufour**, Charles-François-Étienne-Théodose, né le 12 janvier 1826 à Paris (Seine). [*Études sur la tuberculisation des organes génito-urinaires.*]

N° 285. **Saulnier**, Alphonse-Adrien, né le 7 septembre 1830 à Lima (Pérou). [*Influence des climats chauds.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

Amette.

Dans sa séance du 24 août dernier, la Faculté de médecine de Paris a nommé M. le docteur **Debeauvais** chef de clinique dans le service de M. le professeur Rostan, en remplacement de M. le docteur Lebled, dont les fonctions expirent en novembre prochain.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 7 septembre 1854.

EXPÉRIENCES RÉCENTES SUR L'EMPLOI DE LA STRYCHNINE DANS LE CHOLÉRA.

Nous remplissons aujourd'hui l'engagement que nous avons pris de rassembler les résultats qu'a jusqu'ici donnés le traitement du choléra par la strychnine. Puisque c'est sur ce médicament que l'attention publique est à présent fixée; puisqu'il a donné lieu à un accès d'enthousiasme dans le goût de celui d'Archimède et qu'on a poussé cette exclamation : « *Le spécifique du choléra est trouvé!* » il est bien naturel de s'occuper avec une curiosité particulière de cette découverte.

Déjà notre confrère M. Abeille nous avait appris que le sulfate de strychnine est le spécifique du choléra, comme le sulfate de quinine est le spécifique de la fièvre intermittente dans les cas où la médication quinique échoue le plus souvent (voy. n° 48, p. 797). Un honorable membre de l'Académie de médecine, M. Gérardin, sans s'embarrasser de spécificité, ni d'action réflexe, ni d'aucune des finesses de la théorie, remarque bonnement : que M. Abeille a une formule, laquelle consiste dans l'administration de « 0gr.,015 à 0gr.,03 de sulfate de strychnine, en quatre heures, par quart de portion, » et dans l'application de sangsues à la base du thorax; que la moitié seulement des cas allégués par M. Abeille ont été traités par cette formule, et que c'est précisément dans cette moitié-là que la mortalité a été le plus considérable ; que, somme toute, M. Abeille a perdu 25 malades sur 44 ; — proportion respectable, même pour des cas d'algidité. (Voy. *Compte rendu de la séance.*)

Ce sont simples renseignements que nous enregistrons, nous gardant d'exprimer une opinion personnelle qui pourrait entraîner, entre M. Abeille et nous, la prolongation d'un genre de correspondance que nous aimons peu. Mais nous serons un peu moins bref à l'endroit de plusieurs autres tentatives qui ne laissent pas que de jeter un certain jour sur la question.

M. Bonnafont, qui ne nous avait pas paru d'abord très défavorable à la médication strychninée, vient de publier dans le *Bulletin général de thérapeutique* le résultat de ses observations, remontant à 1835. Dans un dispensaire organisé à Alger pour traiter la population musulmane, il a administré la strychnine (de 10 à 25 milligrammes dans l'espace de quatre heures) à 15 cholériques. Combien de morts? Dix! Voilà le plus clair du résultat. Dans la majorité des cas, les sujets sont restés entièrement insensibles à l'action du médicament; six malades ont présenté des signes peu prononcés, mais non douteux, d'intoxication : agitation, yeux hagards, gencives gonflées, frémissements musculaires, etc. Comme l'auteur ne donne aucun détail sur l'état de la circulation et de la calorification chez les sujets au moment de l'ingestion du remède, ces signes d'absorption ne contredisent en rien les expériences de M. Duchaussoy, dont nous avons rapporté une partie et dont le reste est, dans ce numéro même, l'objet d'une appréciation étendue.

L'intoxication a été plus évidente encore dans deux cas observés par M. Masson, interne de M. Grisolle (*Gazette des hôpitaux*, n° 97). Le premier, relatif à un homme adulte qui,

à la troisième cuillerée d'une potion de 120 grammes contenant 5 centigrammes de sulfate de strychnine, fut pris d'une contracture permanente des muscles du cou, du tronc et de l'avant-bras. La contracture était telle qu'on pouvait soulever tout le corps par la tête, sans que celle-ci se fléchît. La respiration était très difficile. La mort eut lieu une heure et demie après le développement de ces accidents. Dans le second cas, la potion ne contenait que 2 centigrammes de sulfate de strychnine. Néanmoins, après la troisième cuillerée, il se déclara une rigidité du cou qui fit peur à la religieuse et la détermina à cesser l'emploi du remède. Trois heures après, le malade avait succombé. Cette fois, nous devons le dire, les sujets étaient dans les conditions où M. Duchaussoy met en doute la possibilité de l'absorption. Tous deux étaient algides et cyanosés quand l'usage de la strychnine a été commencé ; et c'est deux heures plus tard, *avant toute apparence de réaction* (au moins chez le second malade), que les phénomènes d'intoxication se sont manifestés.

M. Manget, médecin du bureau de bienfaisance du 5[e] arrondissement, a employé six fois le sulfate de strychnine dans le choléra algide (*Union médicale*, n° 101). *Cinq* malades sont morts rapidement, et le sixième était dans un état typhoïde grave au moment où notre confrère a fait sa communication. Dans le choléra léger, il a obtenu, avec le même moyen, 5 guérisons sur 7 cas. Résultat médiocre ! Aussi, M. Manget, tout le premier, repousse-t-il actuellement de toutes ses forces la médication strychninée. La dose employée par lui était de 15 milligr. dans une potion de 145 gram., à prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure.

Nous nous bornerons à signaler les expériences de M. Sanssot, qui n'en dit lui-même qu'un mot à la *Gazette des hôpitaux* (n° 99), mais un mot de condamnation, et nous passerons à des essais plus suivis et plus concluants que tous les précédents : ceux que MM. Sée et Hérard ont communiqués récemment à la *Société médicale des hôpitaux de Paris*.

M. Sée a expérimenté le sulfate de strychnine à la dose de 0,015 à 0,025 dans 47 cas, qu'il importe de diviser en deux catégories : 16 de ces cas étaient des exemples de ces choléras légers qui guérissent presque toujours, surtout quand on emploie, comme l'a fait M. Sée, du café, de la glace, des sinapismes et quelquefois du laudanum. Restent 31 cas de choléra grave, avec absence ou petitesse extrême du pouls, refroidissement général, cyanose du visage et des extrémités, aphonie, suppression des urines, etc. Or, de ces 31 sujets 19 ont succombé : 10 dans la période algide, 3 au commencement de la réaction et 6 dans l'état torpide. La proportion des décès, dans les cas graves, a donc été des trois cinquièmes. Ce résultat, M. Sée le dit expressément, ne diffère pas de ceux qu'on obtient par d'autres médications ; et il est d'autant moins significatif, que les moyens employés concurremment avec la strychnine représentent à peu près tout l'appareil thérapeutique de quelques praticiens, ainsi qu'on a pu le voir par un travail récent de M. le docteur Legroux (voyez n° 47). Nous aurons occasion, avant peu, de montrer que des médecins des hôpitaux ont guéri le choléra grave dans la proportion des cinq dixièmes, *à la période de l'épidémie* — car cette circonstance est très importante — où le sulfate de strychnine était mis en expérience.

M. Sée, dont on a essayé de faire un partisan de la médication strychninée, ne se borne pas à la conclusion que nous venons de reproduire. Il affirme que ni la chaleur n'est revenue, ni la cyanose n'a disparu, ni les urines ne se sont rétablies, avec des circonstances telles qu'on pût faire honneur du changement à la médication. « Le pouls n'a pas subi la moindre modification. » L'état d'asthénie, d'adynamie qui entraîne si souvent une terminaison funeste, « la strychnine ne sait ni le prévenir, ni le modérer. »

Voici maintenant M. le docteur Hérard qui, à l'hôpital Saint-Antoine, a employé le sulfate de strychnine chez 24 malades. Sur 14 cas *excessivement graves*, avec cyanose et algidité, 11 décès. En négligeant un cas dans lequel le sujet a succombé avant d'avoir pris une dose de médicament suffisante pour produire un effet, on a encore 10 morts sur 13 cas. Chez les trois malades qui ont guéri, on avait employé concurremment des sinapismes, diverses boissons, des moyens de calorification, et l'action de la strychnine ne s'est révélée par aucun effet physiologique. Sur 7 malades rangés parmi les cas *graves*, 2 ont guéri, 1 est mort ; « 4, après avoir pris le sulfate de strychnine pendant deux ou trois jours, se trouvaient dans un état beaucoup plus grave qu'auparavant. Les vomissements et la diarrhée persistèrent, le refroidissement et la cyanose gagnèrent les parties du corps non encore envahies. » M. Hérard s'est empressé de suspendre la médication et de recourir à l'ipécacuanha. La position de ces malades s'améliora dès lors rapidement, et ils guérirent tous les quatre. N'oublions pas d'ajouter que notre confrère s'était conformé de tout point à la formule de M. Abeille, sans même se dispenser de l'application des sangsues à la base du thorax.

A côté de ces diverses séries d'expériences si peu favorables aux prétentions du sulfate de strychnine (1), nous n'aurons garde de dissimuler certains faits et certains témoignages récemment produits à son bénéfice.

Par exemple, M. le docteur Desrivières est convaincu qu'il doit à l'emploi de cette substance le salut de deux cholériques (*Gazette des hôpitaux*, n° 97). — Chez l'un, qui avait *du frisson, la peau gluante et un commencement de cyanose*, on avait employé inutilement pendant tout un jour les boissons alcoolisées, les frictions, les sinapismes, les lavements au laudanum, un vésicatoire sur la région épigastrique, le sulfate de quinine dissous dans du café, le sulfure de potasse dans une infusion de menthe, la limonade minérale à haute dose, l'inhalation de 20 à 30 litres d'oxygène, quand on s'adressa au sulfate de strychnine (15 milligrammes dans quatre cuillerées d'eau). Bientôt le pouls se releva, la peau reprit de la chaleur ; et la cyanose, qui n'avait fait qu'augmenter jusque-là, disparut peu à peu. — Le second malade présentait les symptômes suivants : Vomissements, diarrhée, étouffements, peau froide, pouls petit et fréquent, rétention d'urine. On eut recours d'abord au sulfate de quinine dans du café, à l'application de vésicatoires sur le creux de l'estomac, à l'administration de boissons alcoolisées, puis de la limonade minérale. L'état du sujet ne s'améliorant pas, on prescrivit la strychnine dans une potion. « Je n'en obtins rien, dit M. Desrivières ; mais, la potion me paraissant trouble et mal préparée, j'exigeai qu'on allât chez un autre pharmacien ; et cette fois, la malade, qui trouva à cette potion un goût amer et franchement distinct du goût de la première, en ressentit le plus grand bien. » La réaction s'établit, et la guérison ne se fit pas attendre. Pendant combien de temps les premiers moyens avaient-ils été continués ? Quelle dose de strychnine a été consommée ? C'est ce que l'observation ne dit pas.

Le lecteur appréciera si, dans ces deux cas, la réaction a été un effet direct et spécial de la strychnine, ou si cette substance a été administrée au moment où tant d'autres moyens

(1) Nous publierons sur le même sujet une lettre de M. le docteur Prieur (de Gray).

excitants, préalablement employés, allaient enfin décider la réaction. Comme on a pu le remarquer, le choléra ne se présentait pas sous une forme très grave ; et M. Desrivières ajoute lui-même que, ayant de nouveau essayé la strychnine dans deux autres cas, l'un avec refroidissement et cyanose, l'autre avec refroidissement sans coloration bleue (il s'agissait, à la vérité, d'une femme de soixante ans), il a complétement échoué.

M. le professeur Lecœur, partisan décidé de la noix vomique dans le choléra, a essayé 3 fois la strychnine : la réaction eut lieu ; mais 2 malades n'en succombèrent pas moins. 16 fois il a eu recours à la teinture alcoolique de noix vomique, à la dose de 2 à 8 grammes dans les vingt-quatre heures : 5 malades sont morts, 11 ont guéri (*Union médicale*, n° 93). Dans quel état se trouvaient les sujets au moment de l'administration du remède ? « *La presque totalité* des sujets étaient arrivés à la période algide plus ou moins caractérisée. » Eh bien ! nous en demandons pardon à notre confrère de Caen, dont nous savons apprécier le mérite, ce n'est pas là une indication assez précise ; ou plutôt, une telle déclaration fait tort aux vertus de la noix vomique. Qu'est-ce que la *presque totalité* de 16 sujets ? Est-ce 11 ? Est-ce 12 ? Mettons 12. Comme l'algidité était *plus ou moins caractérisée*, il est nécessairement des sujets qui n'étaient que peu refroidis. Ajoutez que nulle part il n'est question de cyanose ni d'asphyxie. Voilà donc quelque chose comme 10, ou 9, ou peut-être 8 sujets sérieusement algides, sur lesquels 5 ont succombé. Nous ne forçons ici, en aucune manière, les données de l'observation ; nous nous conformons simplement à la lettre et au sens du texte. Avec des faits plus précis, on le serait davantage dans l'appréciation.

Enfin, dans un article empreint de sagesse, M. le docteur Homolle rappelle que, envoyé en mission dans le département des Vosges, il y a mis en honneur l'emploi de la strychnine contre le choléra, et que ce moyen lui a paru arrêter les vomissements et la diarrhée, diminuer les crampes et l'anxiété précordiale, et contribuer, pour une grande part, à provoquer une réaction graduée. L'alcaloïde était donné en poudre, par petits paquets de 1 milligr., dont le malade prenait un tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures, suivant l'indication. M. Homolle prévoit que l'on s'armera contre lui de l'absence de toute statistique. Ce n'est pas de nous que lui viendrait ce reproche, si ce n'était pas précisément sur le terrain de la statistique que la question est aujourd'hui posée. Nous partageons sa méfiance à l'égard des résultats numériques comme mesure de la valeur d'un médicament ; et le choléra en particulier, avec ses formes et ses périodes si diverses quant à la gravité, est une rare occasion pour les exploiteurs de chiffres. Mais enfin, à la place des totaux, il faut au moins des unités, des faits, quelque chose de palpable et d'appréciable. Quand on songe que certains malades, dûment cholériques, mais sous une forme et à un degré donnés, guérissent presque toujours ; que d'autres, au contraire, succombent le plus souvent, on ne peut consentir à se payer de cette simple affirmation, que la strychnine a été utile dans le choléra.

Tel est le bilan expérimental de la médication strychninée, celui du moins qui résulte des documents publiés à l'occasion de prétentions récentes. Si nous en passons, c'est par mégarde, et l'on nous fera plaisir de nous mieux renseigner. Certes, en voilà déjà plus qu'il n'en faut pour montrer que la thérapeutique n'a pas mis la main sur une grande merveille. Si l'on usait de rigueur, on pourrait dénier à la médication toute espèce d'efficacité. Mais telle n'est pas notre intention. La strychnine administrée contre les vomissements, contre la diarrhée, rien de plus permis, rien de plus conforme à l'expérience acquise même en dehors du choléra. Que la suppression de ces grandes pertes de sérosité et des efforts énervants qui accompagnent les vomissements continus puisse aider au retour de la chaleur, faciliter la réaction, nous n'entendons pas le nier. Ce n'est pas là d'ailleurs une action spécifique. La strychnine, si elle réussit de cette manière, vaut ce que valent tous les moyens susceptibles de modifier le fonctionnement du tube digestif, rien de plus. Donc pas d'opposition sur ce terrain. Mais nous repoussons les théories sans fondement ; mais nous nous révoltons contre des exagérations dangereuses ; mais nous avertissons nos confrères de ne pas se laisser étourdir par le bruit, et nous leur crions qu'un double danger est devant eux, s'ils se laissent conduire en aveugles : le danger des illusions dans une maladie qui ne laisse pas le temps de réparer ses fautes, le danger de l'empoisonnement si la strychnine inabsorbée s'accumule dans les voies digestives jusqu'à la période de réaction. Mais nous gémissons de voir le public immiscé à des questions de pratique où il puise des convictions..... non, des impressions irréfléchies, fausses, absurdes, qui créent des embarras à la thérapeutique rationnelle.

Au reste, ce n'est pas contre la strychnine seulement que nous avons des griefs. Les clients, à l'heure qu'il est, sont approvisionnés, chargés, cuirassés de formules et de recettes : celles-ci données par les commères et colportées par les bonnes âmes ; celles-là annoncées sur les journaux, affichées par les pharmaciens, criées dans les rues ; philanthropie de boutique, plus encore à l'usage des gens du monde, des niais d'esprit, qu'à l'usage de ceux qui ont l'avantage de n'être qu'imbéciles. Au moindre dérangement, on avale du rhum et du laudanum. Qu'arrive-t-il ? On avait une simple indigestion (car elles sont très communes en ce moment), on aggrave les douleurs abdominales, on retient les matières dans l'intestin, on se congestionne la tête, et l'on se rend décidément malade pour quatre ou cinq jours. Voilà ce que nous voyons depuis quelque temps. *O servum pecus !*

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Emploi chirurgical de l'appareil plâtré, par M. le docteur Didot (de Liége). — Rapport fait à l'Académie de médecine de Belgique, dans la séance du 27 mai 1854.

Suite. — Voir le n° 45.

II. EXPÉRIENCES CLINIQUES.

Après avoir rendu compte des différents modes d'application des bandages plâtrés et des avantages que MM. Mathijssen et Van de Loo leur attribuent, il était indispensable qu'à ces premiers éléments nous pussions ajouter des faits cliniques bien observés et recueillis à des sources authentiques ; il était nécessaire surtout que nous pussions contrôler les assertions des inventeurs, afin de n'émettre qu'un jugement parfaitement motivé.

Hâtons-nous de dire que les circonstances nous ont admirablement servi, et que les essais tentés par bon nombre de chirurgiens recommandables sont venus confirmer ceux que les membres de la Commission ont cru devoir instituer par eux-mêmes.

Ainsi, en Hollande, le *Geneeskundige courant* et le *Repertorium*

ont enregistré de nombreuses histoires de fractures traitées par les appareils plâtrés, et suivies d'une consolidation parfaite, sans que l'on ait jamais rencontré la moindre complication résultant du mode de déligation employé.

Le *Repertorium* de 1852 rapporte même l'observation d'une fracture complète de la jambe, survenue chez un cheval de huit ans, et parfaitement consolidée à l'aide du bandage plâtré.

A Paris, M. le docteur Van de Loo a fait l'application de son bandage à un vieillard placé dans les salles de la Clinique de la Faculté de médecine, en présence de M. le professeur Nélaton et de ses élèves. Cet homme, affecté d'une fracture du péroné, avait d'abord été traité au moyen d'un appareil inamovible qui avait déterminé une ulcération à l'endroit de la fracture, et une eschare à la malléole. Le 20 avril dernier, le membre fut emboîté dans un appareil plâtré, et le 28 juillet suivant, M. Parisot, interne de M. Nélaton, écrivait à M. Van de Loo que ce vieillard était sorti de l'hôpital parfaitement guéri, sans qu'aucun accident nouveau se fût présenté après l'application du bandage plâtré.

En outre, M. Parisot ajoutait que cet appareil faisait fortune dans le service de M. Nélaton, qu'il était employé pour toutes les fractures, et que l'on s'en était servi même pour le redressement des pieds bots, et pour d'autres affections dont le traitement exigeait l'immobilisation d'un membre ; que chaque fois le succès avait été très satisfaisant, et qu'enfin l'appareil était fort goûté par tous ceux qui fréquentaient la clinique de M. Nélaton.

A l'hôpital du Val-de-Grâce, M. le baron Larrey voulut bien permettre que M. Van de Loo appliquât le même mode de déligation au traitement d'une fracture du péroné, et d'une autre rupture des deux os de la jambe. Ces deux blessés ont également guéri sans que le moindre phénomène anormal soit venu entraver la cure.

En août 1853, M. Van de Loo eut l'occasion d'appliquer son appareil dans les salles de la clinique chirurgicale de l'Université de Bonn, où se trouvaient plusieurs fractures récentes, et le célèbre professeur Wutzer se fit un devoir de rendre hommage au procédé nouveau, en faisant ressortir les avantages qui lui sont propres. A ce propos, une pensée triste vint tout à coup assombrir les traits du savant chirurgien, qui se rappela que peu de temps auparavant il avait perdu un blessé, parce qu'aucun appareil n'avait pu maintenir la coaptation. « Quel dommage, disait-il, que je n'aie pas connu plus tôt les appareils plâtrés ! Il y a quelques semaines, nous avions un homme atteint d'une fracture grave des deux os de la jambe ; nous l'avions très bien réduite; mais comme ce malheureux était en proie au délire, et que nous n'avions point d'appareil instantanément solidifiable pour maintenir les fragments dans des rapports invariables, nous fûmes bientôt en présence d'un état nerveux qui aboutit au tétanos. Certes, nous eussions sauvé cet homme si nous avions pu lui appliquer votre bandage. »

A Cologne, le service chirurgical du grand hôpital civil est confié à M. le docteur Visscher, praticien aussi recommandable par une habileté opératoire hors ligne que par un savoir immense enté sur une noble modestie. Philanthrope éclairé, cet honorable chirurgien met son bonheur à soulager l'humanité souffrante. « Aussi, dit M. Van de Loo, nulle part, ni en France ni en Belgique, je n'ai vu d'hôpital où les malades fussent entourés de plus de soins qu'à Cologne. »

Au moment de la visite de M. Van de Loo, on apportait à l'hôpital un homme atteint d'une fracture des deux os de la jambe. M. Visscher s'empressa d'offrir à l'honorable propagateur des appareils plâtrés l'occasion d'expérimenter son mode de déligation, et en quelques minutes la réduction était opérée, le bandage appliqué, et la solidification parfaite. Comme M. le professeur Wutzer, M. Visscher se montra complétement satisfait du résultat, et le témoigna de la manière la plus cordiale.

M. Visscher a fait une étude sérieuse de la méthode amovo-inamovible de M. Seutin ; il la connaît à fond, il l'applique parfaitement. Il fait aussi grand usage des appareils amidonnés dans le traitement des tumeurs blanches, des luxations, des entorses, etc. Cependant, si cet habile chirurgien se montre partisan zélé de la *méthode* belge, il a reconnu que le *procédé* présente certains inconvénients résultant de l'emploi de l'amidon et du carton : c'est pourquoi il s'est empressé d'adopter les appareils plâtrés à titre d'agents de l'amovo-inamovibilité.

M. le professeur Ansiaux, de Liége, emploie franchement les appareils plâtrés dans son service chirurgical à l'hôpital de Bavière; et le 17 novembre 1853 il écrivait à M. Van de Loo, qu'il n'avait eu aucun accident à constater, et qu'au contraire il avait obtenu des succès évidents.

L'un de ces faits est surtout remarquable, parce qu'il se rapporte à une fracture oblique du fémur accompagnée de symptômes nerveux des plus graves. L'appareil plâtré fut appliqué, et la contention fut si exacte, que la guérison ne subit ni retard ni entraves.

M. le professeur Uytterhoeven, de Bruxelles, vient de publier le résultat de ses expériences à l'hôpital Saint-Jean, et a fait connaître vingt-six observations de fractures, luxations, entorses, tumeurs blanches, etc.

Voici comment cet honorable chirurgien s'exprime au sujet des appareils plâtrés : « Nous avons toujours regardé comme nuisible à l'art et à l'humanité l'esprit d'exclusion et de servilisme au profit d'un seul et unique mode de traitement pour des maladies dont les espèces et les variétés sont sans nombre ; une telle erreur, si elle parvenait à dominer dans le monde médical, nous rejetterait promptement dans les pratiques grossières et ignares des rebouteurs du moyen âge. C'est assez dire que notre intention n'est nullement de vanter la méthode du docteur Mathijssen comme infaillible et digne d'être seule mise en usage dans le traitement des fractures, *quand même* et à l'exclusion de toutes les autres. Mais il faut aussi que nous convenions que, de tous les appareils qui se composent de matières solidifiables, il n'en est aucun qui présente les mêmes avantages. C'est surtout à l'armée qu'il serait d'une utilité extrême.

» Rien de plus simple pour le chirurgien que de se munir d'un certain nombre de bandes plâtrées faciles à contenir dans une boîte. L'application est aisée ; on les imbibe d'eau, et on les déroule sur le membre blessé ; au bout de quelques minutes, on a obtenu une coque inflexible, qui résiste à l'action des liquides de tous genres, et qui permet de transporter le blessé sans secousses nuisibles ni douloureuses.

» Ces qualités sont précieuses et dignes de fixer la sollicitude des hommes de l'art et des amis de l'humanité.

» L'expérience est d'ailleurs facile à faire, et nous ne craignons pas d'affirmer qu'elle rangera à notre avis tous ceux qui voudront se donner la peine de l'entreprendre. »

M. le docteur De Condé, médecin de régiment au 9e de ligne, a, de son côté, fait des essais répétés, et se montre partisan déclaré des appareils plâtrés, surtout pour la chirurgie militaire. Le premier, il a employé la bande plâtrée pour soutenir les chairs du moignon après l'amputation de la cuisse, et son pansement a résisté à toute cause d'altération résultant du contact prolongé des liquides provenant de la plaie. Il est donc clair que, dans tous les cas de ce genre, le plâtre est préférable à l'amidon. La chose se comprend et n'exige aucune démonstration.

Pour ce qui nous concerne personnellement, nous avons tenu à profiter des occasions les plus favorables, afin de pouvoir apprécier rigoureusement la valeur du mode de déligation proposé par MM. Mathijssen et Van de Loo comme agent de la méthode amovo-inamovible, et nous nous empressons d'ajouter que les circonstances nous ont admirablement servi.

Depuis le 9 mai jusqu'au 1er décembre 1853, nous avons appliqué dix-sept fois les appareils plâtrés pour des affections diverses. Nous nous bornerons à ces faits, qui résument ceux que nous avons observés depuis lors.

Ces dix-sept observations se décomposent comme suit :

4 fractures d'avant-bras ;
1 fracture de la clavicule ;
1 — des deux os de la jambe ;
2 fractures du péroné ;
4 entorses ;
1 entorse du genou ;
1 luxation du coude ;
1 — du poignet ;
1 nécrose du péroné avec maladie articulaire ;
1 pied bot.

17

Nous allons en peu de mots rapporter les circonstances principales de ces différents accidents, ainsi que les phénomènes observés à la suite de l'application des bandages plâtrés.

Obs. I. — *Fracture des deux os de l'avant-bras droit.* — Le 12 juin 1853, le jeune B..., âgé de neuf ans, rue du Pot-d'Or, à Liége, assistant au festival donné sur la place du Théâtre à l'occasion de la majorité de S. A. R. Mgr le duc de Brabant, voulut sauter d'une banquette à l'autre, et tomba sur le poignet. Les deux os de l'avant-bras droit cédèrent, et l'on releva l'enfant avec le membre coudé presque à angle droit. Appelé peu d'instants après l'accident, je réduisis la fracture et constatai un gonflement déjà considérable, surtout vers le tiers inférieur de la partie. Les douleurs étaient très vives, et cependant je me hâtai de confectionner un appareil plâtré au moyen de morceaux de vieille toile poreuse. Deux compresses graduées furent d'abord appliquées sur les deux faces du membre ; une faible couche d'ouate combla l'intervalle laissé entre elles, et aussitôt j'ajoutai une série de bandes et de morceaux plâtrés, de façon à immobiliser les articulations du poignet et du coude, en maintenant exactement la coaptation. J'avais à peine posé la dernière bande, que déjà tout l'appareil était solidifié et contenait parfaitement la fracture. Ajoutons que les douleurs cessèrent immédiatement, et qu'elles ne se sont plus reproduites. Au bout de trois jours j'incisai le bandage et comblai les vides avec de l'ouate fine. L'enfant retourna à son école, et un mois ne s'était pas écoulé que la consolidation était parfaite.

Obs. II. — Le 4 juillet 1853, le jeune T..., âgé de dix ans, rue de la Casquette, à Liége, se battait avec d'autres bambins, quand, pressé par le nombre, il fut renversé sur le pavé, et se fractura les deux os de l'avant-bras gauche. Le membre avait subi une demi-torsion dans le sens de la pronation, de sorte que la réduction offrit quelques difficultés, et occasionna surtout d'assez vives douleurs. Nonobstant, j'appliquai immédiatement le bandage plâtré à bandes roulées, et un mois après la guérison était parfaite, sans que l'enfant ait cessé un seul jour de courir et de jouer avec ses camarades.

Obs. III. — Le 18 juillet 1853, après une journée de travail, M. Louis..., peintre décorateur, faubourg Saint-Gilles, à Liége, se livrait à des exercices gymnastiques, quand il fit une chute de dix à douze pieds et se brisa les deux os de l'avant-bras droit. Une contusion violente accompagna cette lésion, et bientôt des douleurs extrêmement vives se firent sentir. Arrivé une demi-heure environ après l'accident, j'opérai immédiatement la réduction, et appliquai aussitôt l'appareil plâtré, que je construisis avec du calicot neuf encore empesé, et du plâtre avarié que ce peintre possédait depuis longtemps. La solidification se fit mal, et le lendemain je trouvai le bandage à peu près démoli. Les douleurs s'étaient reproduites pendant la nuit, et le patient n'avait cru pouvoir mieux faire que d'enlever presque toutes les pièces du pansement, qui du reste n'avaient contracté qu'une faible adhérence entre elles. J'achevai donc de découvrir le membre, et trouvai la fracture en bon état quant à la coaptation ; mais il était survenu du gonflement, et des phlyctènes se dessinaient çà et là sur la surface de l'avant-bras. Malgré cette contre-indication apparente, je confectionnai à l'instant même un nouvel appareil au moyen de bandelettes plâtrées que j'avais en réserve chez moi, et prescrivis le tartre stibié en lavage, pour arrêter le mouvement fluxionnaire. Le 20 juillet, tout orage était conjuré. Quelques jours après, je comblai les vides produits dans l'appareil à l'aide d'un peu d'ouate, et dès ce moment la guérison ne fut interrompue par aucun phénomène particulier.

On voit par ce fait qu'il est extrêmement important de n'employer que des bandes d'un tissu poreux et à mailles larges qui s'imprègnent facilement de plâtre. Malgré la recommandation de MM. Mathijssen et Van de Loo, je me suis servi de calicot ordinaire encore empesé, et l'appareil a manqué de solidité.

D'autre part, le plâtre était moulu depuis longtemps et avarié par l'humidité qu'il avait absorbée ; néanmoins ce plâtre eût suffi pour donner la consistance au bandage si j'avais employé de la vieille toile à demi usée, ou du coton lavé à trame peu serrée. Les essais que j'ai faits depuis m'en ont donné la certitude. Le choix du tissu est donc aussi important que celui du plâtre lui-même.

Obs. IV. — Le 5 août 1853, le jeune Collin, ouvrier tourneur dans les établissements de M. Regnier-Poncelet, à Liége, reçut un coup violent sur l'avant-bras droit, à la suite d'une manœuvre mal exécutée, et reconnut bientôt que les deux os de ce membre étaient fracturés. L'appareil plâtré fut appliqué quelques heures après l'accident, et ne fut point dérangé jusqu'à la guérison. Ce jeune homme ne ressentit ni gêne ni douleur, et continua à surveiller son tour pendant la durée du traitement.

Obs. V. — *Fracture de la clavicule.* — Le 31 octobre 1853, le jeune de Bor, âgé de cinq à six ans, rue Sur-la-Fontaine, à Liége, jouait avec d'autres enfants dans la cour du Cirque, quand une porte mal fixée se détacha et vint le frapper sur le moignon de l'épaule droite en déterminant une fracture oblique de la clavicule de ce côté.

Appelé quelques heures après l'accident, je saisis avec empressement l'occasion qui se présentait de juger la puissance de l'appareil plâtré comme agent de contention dans ces cas complexes où plusieurs indications également importantes doivent être simultanément remplies.

Ainsi adoptant les idées récemment émises par M. Chassaignac, je voulus construire un bandage spécial qui répondît aux nécessités du traitement, et je m'empresse d'ajouter que le succès dépassa mes espérances.

On sait que le traitement de la fracture du corps de la clavicule présente trois indications :

1° Attirer en dehors le fragment externe pour faire cesser le chevauchement ;

2° Relever ce fragment externe, qui est dans une position déclive par rapport à l'autre ;

3° Le repousser en arrière pour lutter contre la tendance qu'il a à se porter sur un plan antérieur à celui du fragment interne.

Or, il est un fait expérimental constamment vérifié par M. Chassaignac pour toutes les fractures du corps de la clavicule, c'est qu'il est au pouvoir du chirurgien de les réduire toutes par le seul secours d'une manœuvre que voici : Si, le malade étant assis sur un tabouret peu élevé, on appuie contre soi le moignon de l'épaule saine comme pour y prendre un point d'appui, et si, passant un bras en avant de la poitrine, l'autre en arrière, on vient, avec toute la force que l'on peut tirer de cette attitude, à relever, au moyen des mains croisées sur le coude, l'humérus au plus haut degré possible, et avec lui le fragment externe de la clavicule, on parvient constamment à obtenir la réduction parfaite de cette fracture.

Partant de ce fait, M. Chassaignac a déduit la conclusion que, pourvu que l'on obtienne l'élévation de l'épaule au degré voulu, on peut se dispenser de songer à toute autre indication. Pour cet habile chirurgien, le traitement de cette lésion se résumerait donc en un seul principe : *Maintenir au plus haut degré possible l'élévation de l'épaule.*

En conséquence, il concentre tout l'effort d'élévation sur le côté sain, au moyen de bandes obliques qui viennent passer sous le coude du côté malade. Mais pour éviter les dangers d'une pression forte et continue sur un point circonscrit, surtout au coude, M. Chassaignac fait comme M. Seutin, c'est-à-dire qu'il commence par établir sur toute la longueur de l'avant-bras et d'une partie du bras une coque solide, convenablement matelassée avec de l'ouate, afin de répartir la pression sur une grande surface, sans s'exposer à fatiguer aucun point.

La réduction étant donc opérée, M. Chassaignac prend son point d'appui sur la surface légèrement convexe qui des parties latérales de la nuque s'étend à l'épaule saine, surface qui est assez vaste pour permettre de répartir la pression sur un grand nombre de points. Ensuite une bande dextrinée décrit des circulaires obliques en passant sur l'épaule saine et sous le coude du côté malade. Bien entendu qu'un coussin a préalablement été placé sur la partie latérale et postérieure du cou qui fournit le point d'appui, tandis qu'un autre coussin moins épais éloigne légèrement l'avant-bras de la paroi thoracique.

Adoptant donc les idées de M. Chassaignac, et voulant en outre les combiner avec la troisième indication du traitement des fractures de la clavicule, indication qui consiste à repousser en arrière le fragment externe, pour lutter contre la tendance qu'il a sans cesse à se porter sur un plan antérieur à celui du fragment interne, je construisis l'appareil plâtré dont voici la description :

L'avant-bras étant fléchi à angle droit sur le bras et placé dans une demi-pronation, je l'entourai d'une couche d'ouate assez fournie, et appliquai immédiatement un bandage plâtré dont les doloires s'étendirent depuis le poignet jusqu'au tiers supérieur du bras.

Ce premier appareil s'étant solidifié en quelques minutes, je disposai trois coussins ouatés, destinés, l'un à garantir la paroi de l'épigastre du contact de la coque plâtrée de l'avant-bras ; l'autre à tenir le bras écarté du tronc, depuis le creux de l'aisselle jusqu'au coude, et le troisième à protéger l'espace compris entre la nuque et le moignon de l'épaule du côté sain.

Ces trois coussins ayant été mis en place, je conduisis immédiatement une bande plâtrée de l'épaule saine au coude du côté malade, en passant devant la poitrine, puis du coude vers l'épaule saine en remontant derrière le dos. Cette bande ayant plusieurs fois parcouru ce trajet, en embrassant chaque fois un espace plus considérable, le coude se trouva complétement soulevé, et le moignon de l'épaule du côté de la fracture suffisamment porté en arrière et en dehors.

Restait à repousser en arrière le fragment externe, et à le maintenir dans cette position, afin de neutraliser d'avance les mouvements musculaires qui tendraient à produire des déplacements ultérieurs.

Pour atteindre ce but, je coupai deux morceaux de flanelle, de grandeur suffisante pour couvrir toute l'épaule malade, la région claviculaire et le côté correspondant du thorax. Ces deux morceaux de flanelle furent échancrés profondément pour s'adapter à la forme des parties, et aussitôt je les imprégnai d'une bonne quantité de plâtre sur le côté par lequel ils devaient être en contact l'un avec l'autre. Pour obtenir une solidité plus grande encore et un moule plus exact, je plaçai entre ces deux pièces de flanelle un morceau de vieille toile poreuse également plâtrée, et après avoir convenablement humecté le tout, j'établis un véritable moule scapulo-huméral, que je rattachai et collai au bandage déjà appliqué, et que j'achevai d'assujettir par quelques bandelettes plâtrées.

Un simple morceau de coton, plâtré seulement à ses deux extrémités, servit d'écharpe pour la main et fut aussitôt collé sur la partie antérieure du bandage.

Enfin, pour achever d'immobiliser le bras du côté malade, je passai sous l'aisselle du côté sain une large bande dont les extrémités plâtrées furent collées sur le bandage en avant et en arrière. Dès lors j'eus un appareil d'une admirable solidité et d'une exactitude parfaite.

L'enfant se mit aussitôt à courir, à gambader, et pendant les quatre semaines que dura le traitement, jamais il ne se plaignit d'éprouver de la gêne, moins encore de la douleur.

A la levée de l'appareil, je trouvai la consolidation si exacte, que j'éprouvai quelque peine à préciser l'endroit de la fracture, bien qu'au moment de l'accident le fragment externe fît saillie sous la peau.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Sur la médication ferrugineuse, par M. Q. A. Quevenne, pharmacien en chef à la Charité. — Analyse très détaillée du rapport lu à l'Académie de médecine dans la séance du 22 août 1854, par M. le professeur Bouchardat.

Suite et fin. — Voir le numéro 47.

II. Influence de la préparation de fer administrée sur le degré d'acidité du suc gastrique.

On a dit, *théoriquement*, que les préparations ferrugineuses avaient ceci de défavorable, qu'elles ne pouvaient se dissoudre qu'en détruisant plus ou moins l'acidité du suc gastrique, et que, par conséquent, leur absorption avait lieu aux dépens de ce liquide précieux destiné à remplir un autre but.

Il résulte des tableaux contenus dans le mémoire de M. Quevenne, qu'il y a là tout au moins une grande exagération.

En effet, le fer réduit, le safran de Mars, deux préparations insolubles par elles-mêmes, et jouant le rôle de base à l'égard du suc gastrique, employées à doses thérapeutiques, n'ont que légèrement diminué l'acidité du liquide.

Pour le fer réduit qui, sous ce rapport, offre l'effet le plus marqué, la moyenne de diminution s'est montrée seulement de 5 p. 100 chez un chien, et de 8 p. 100 chez un autre (*Chalyb*).

Avec le lactate, le tartrate double, administrés pareillement à doses thérapeutiques, le degré d'acidité est resté sensiblement le même qu'à l'état normal, ou n'a subi qu'une très légère augmentation.

Mais lorsque, au lieu de doses thérapeutiques, on élève fortement les quantités de médicament administrées, la diminution d'acidité signalée pour les préparations insolubles est très marquée, et, chose assez singulière, elle peut aussi se montrer d'une manière aussi prononcée avec les sels.

Il est supposable que dans ces cas la diminution d'acidité n'est pas un effet direct du fer sur le liquide même, mais bien le résultat d'une action réflexe de l'organisme influencé par le médicament.

III. Influence du genre d'alimentation et de quelques substances médicamenteuses sur la quantité de fer dissoute par le suc gastrique, lorsqu'on administre simultanément le fer réduit.

Lorsqu'au lieu de la ration mixte ordinaire, on a donné au chien de la viande seule avec du bouillon, en quantité équivalente (estimée en matière sèche) (1), il y a eu une diminution sensible dans la proportion de fer introduite à l'état de dissolution dans le suc gastrique (0.042,8, au lieu de 0.051,2).

Au contraire, avec le pain seul et le bouillon, la proportion de fer introduite dans le même liquide a été fortement augmentée (0.072,2).

Avec le pain seul et du lait au lieu de bouillon, la proportion de fer a encore éprouvé une augmentation bien plus considérable (0.101,2).

L'addition de chocolat à la ration mixte ordinaire, a eu pour effet d'abaisser le chiffre du fer dissous à 0.047,5, c'est-à-dire un peu au-dessous de celui qui correspond, avons-nous vu, à cette ration (0.051,2).

Il en a été de même pour les additions de quinquina et de cannelle.

Le vin, substitué au bouillon dans la ration mixte, n'a pas influé sensiblement sur la proportion de fer dissoute.

Le beurre frais ou roussi n'a point paru, non plus, exercer d'influence qui mérite d'être signalée.

L'addition d'acide citrique a produit une *très légère* augmentation dans la quantité de fer dissoute (0.055,1).

Celle de bicarbonate de soude et celle de sulfate de quinine ont été sans influence sensible sur le phénomène dont il s'agit.

Quant à l'acidité, elle s'est montrée, dans la majorité des expériences, un peu au-dessous du chiffre normal.

L'addition qui a le plus diminué cette acidité, est celle de sulfate de quinine.

Aucune des additions ou modifications de régime n'a porté le degré d'acidité au-dessus du chiffre normal, pas même celle d'acide citrique.

Si l'on ne considérait que les chiffres que nous venons de rapporter, dit l'auteur du mémoire, beaucoup de résultats sembleraient en contradiction avec ce que l'on observe chaque jour au lit du malade.

C'est ainsi que, en ne se laissant guider que par la quantité de fer introduite dans le suc gastrique, on serait conduit à regarder comme une circonstance favorable à la médication ferrugineuse, de donner la préparation martiale conjointement avec une alimentation composée de pain et de lait.

Avec cette déduction on ferait évidemment fausse route : jamais un praticien n'a eu la pensée de mettre un anémique, une chlorotique (les maladies supposées dans leur état franc et sans complication) au régime lacté en même temps qu'il leur prescrivait du fer.

Il est une autre circonstance, suivant l'auteur, qu'il faut prendre en considération : c'est la proportion de matières protéiques qui est introduite dans l'économie en même temps que le fer.

En effet, si l'on tient compte de la quantité de précipité qui se forme dans le suc gastrique par suite de la neutralisation au moyen du carbonate de soude, d'un alcali caustique, ou même du sérum du sang, il se trouve que l'abondance de ce précipité est subordonnée, non-seulement à la condition de la présence du fer dans les aliments, mais en outre à la richesse du suc gastrique en ma-

(1) Avec addition de 0,50 de fer réduit comme dans toutes les expériences qui vont suivre dans cet article.

ières animales ou protéiques, et à diverses autres circonstances de l'alimentation.

Par exemple :

Lorsqu'on neutralise le suc gastrique provenant de la digestion d'une ration mixte ordinaire, sans fer, on a un précipité assez peu abondant.

Avec la même ration, additionnée de 0,50 fer réduit, le précipité est plus abondant.

Avec la viande seule et le bouillon, plus 0,50 de fer réduit, le précipité est encore un peu plus abondant.

Avec le pain seul et le bouillon (touj. 0,50 fer), le précipité est, au contraire, très peu abondant.

Lorsqu'on ajoute, à la ration mixte ordinaire et aux 0,50 de fer, des substances analeptiques, corroborantes ou toniques, comme le chocolat, le quinquina gris, la cannelle, l'abondance du précipité s'accroît relativement par le fait de ces additions.

Mais il est une addition surtout qui fait augmenter ce précipité d'une manière considérable, c'est celle du vin.

Ainsi, et c'est là la conclusion dominante qui ressort de cette partie du travail de l'auteur, il y aurait coïncidence entre l'abondance du précipité formé par suite de la neutralisation du suc gastrique, et les meilleures conditions d'alimentation des chlorotiques.

Or si l'effet du traitement de ces malades et la condition de leur guérison consistent dans la régénération des globules de leur sang, — et personne n'en doute aujourd'hui ; si l'absorption des matières protéiques ou albuminoïdes se fait directement par les radicules veineuses au pourtour des organes digestifs, comme cela est admis d'après des expériences nombreuses et concluantes, et non par les chylifères, comme on le croyait autrefois ; si, voulions-nous dire, ces faits sont bien établis, le suc gastrique chargé en même temps de matières alimentaires et de fer, au moment de son entrée dans les veines, ne va-t-il pas se trouver en contact avec un liquide alcalin (le sérum du sang), et ne doit-on pas croire alors que celui-ci va y produire un précipité de la nature de ceux que nous venons d'indiquer ?

Eh bien, si en effet les choses se passent ainsi, voilà, suivant l'auteur, l'origine probable des globules sanguins, l'acte précurseur que la nature emploie pour former ceux-ci. Ce serait une précipitation, dans la veine même, de matières albuminoïdes unies au fer (celui-ci provenant naturellement des aliments ou y ayant été ajouté) ; le précipité, sous forme de granulations très fines (0^{mm},002 environ), constituerait l'élément principal avec lequel la nature doit ensuite façonner le globule sanguin, c'est-à-dire la particule organisée et symétrique dont elle a besoin pour accomplir l'ensemble harmonieux des actes qui constituent la vie (1).

M. Quevenne est le premier à observer que pour donner un caractère de certitude à cette manière d'envisager le mode d'action des martiaux, il faudrait doser comparativement le fer dans le sang de la veine porte, après l'introduction des ferrugineux dans l'estomac, chose qu'il n'a pu faire jusqu'ici.

Il est vrai que Tiedemann et Gmelin, Brück, disent avoir constaté que le fer entre effectivement, d'une manière directe, dans la masse du sang ; mais il y a d'autant plus de raisons, observe M. Quevenne, de désirer que ce fait soit vérifié, qu'il s'agit là d'expériences très délicates, que les différences à constater ne doivent être que légères, car les préparations de fer ne semblent susceptibles d'être absorbées qu'en très petites quantités : données à fortes doses, si elles sont naturellement solubles ou susceptibles de le devenir, elles ne pénètrent point dans l'économie, mais elles exercent une action locale irritante sur les organes digestifs, et provoquent alors des selles ou le vomissement. L'action locale, si la dose est encore plus élevée, peut même aller, du moins pour certains sels de fer, jusqu'à attaquer les parois de l'estomac et des intestins. (C.-G. Mitscherlich).

Du reste, nous devons dire que M. Mialhe avait déjà émis la pensée que l'action thérapeutique du fer devait être rapportée à une combinaison d'oxyde de ce métal et de matière organique, combinaison pouvant elle-même servir de base à la constitution des globules sanguins.

Cet auteur faisait provenir du sérum même la matière organique devant s'unir au fer pour former le précipité ; tandis que M. Quevenne, sans nier que ce liquide puisse en fournir, attribue surtout l'origine de l'élément protéique des globules au suc arrivant des organes digestifs. Cette différence se rattache à d'autres idées sur l'ensemble de la digestion.

Mais que l'on accorde, dit M. Quevenne, l'importance qu'on voudra aux idées théoriques que je viens d'exposer, toujours est-il qu'il y a relation directe entre l'abondance du précipité, formé par la neutralisation du suc gastrique, et la richesse de celui-ci en matières nutritives albuminoïdes.

Ainsi :

Une nourriture végétale, qui, comme on le sait, est très peu favorable à la reproduction des globules du sang, fournit un suc gastrique qui ne donne presque pas de précipité lorsqu'on le neutralise par le carbonate de soude.

Une nourriture animale, qui est bien plus favorable à la reproduction des globules, fournit un suc gastrique précipitant plus abondamment par le carbonate de soude.

Si l'on ajoute des ferrugineux à cette nourriture animale, la reproduction des globules de sang est par là facilitée, et le précipité par neutralisation devient plus abondant.

Si à la nourriture animale on ajoute non-seulement des ferrugineux, mais en outre des substances analeptiques ou corrobantes et surtout du vin, le développement de la richesse du sang en globules s'accroît de plus en plus, en même temps que l'abondance du précipité formé par saturation de suc gastrique suit un accroissement parallèle.

Et maintenant, si en effet la régénération ou le développement des globules de sang se lie d'une manière aussi directe à la précipitation d'un composé de fer et de matière albuminoïde, la conclusion pratique à tirer serait celle-ci : Introduire dans l'économie des *quantités modérées de fer*, et, en même temps, donner aux malades une nourriture où prédominent les matières animales et le vin. Les faits observés tendent à faire penser que les corroborants, tels que le quinquina, le chocolat, sont des adjuvants utiles.

Or ce sont là les principes enseignés depuis longtemps par la pratique, seulement les expériences physiologiques dont nous parlons expliquent et motivent ces préceptes, auxquels ils donnent un caractère plus assuré.

La chose à faire surtout ressortir, si les vues de l'auteur sont justes, c'est qu'il ne suffit pas, pour produire la guérison, d'introduire beaucoup de fer dans l'économie, comme quelques-uns l'ont pensé, il faut offrir à celle-ci une combinaison de fer et de matières alimentaires albuminoïdes dans des proportions sagement combinées et variables, suivant les conditions individuelles et pathologiques.

IV. Passage du fer et de l'iode dans les urines.

M. Cl. Bernard a constaté que lorsqu'on injecte de l'iodure ferreux dans les veines, chez les lapins, l'iode apparaît très promptement dans la salive et dans l'urine ; on y trouve aussi du fer. — Mais en quelle proportion ce métal passe-t-il par les reins ? — C'est cette deuxième question que M. Quevenne s'est proposé de résoudre.

Un gramme de proto-iodure de fer ayant été pris par l'expéri-

(1) En ce qui concerne le lieu de formation des globules de sang (dans le système vasculaire même, et non dans les lymphatiques), et à part la question de précipitation dont parle M. Quevenne dans son travail, nous devons dire que c'est là l'opinion adoptée par M. Bérard, après examen critique des diverses opinions émises à ce sujet. (*Cours de physiologie*, t. III, 1851, p. 197.)

Cette manière de voir rappelle, comme le remarque M. Bérard lui-même, l'ancienne théorie qui attribuait une grande part au foie dans la formation du sang. (Voy. même ouvrage, t. I, p. 29, et t. II, p. 378.)

« Toute l'antiquité voyait, dit Burdach, que cette glande (le foie) reçoit ainsi (par les veines des organes digestifs) le produit de la digestion, pour le convertir en sang et pour éliminer, sous la forme de bile, les matériaux incapables de subir la métamorphose. » (*Traité de physiol.*, t. II, p. 381.)

M. Beau a aussi écrit sur le même sujet et dans le même sens. (*Archives générales de médecine*, 1re série, t. XXV et XXVI).

mentateur lui-même, le matin, dans une tasse de chocolat, et l'urine ayant été examinée, à partir du moment de l'ingestion, de 5 en 5 minutes, on a vu l'iode apparaître dans le liquide après quinze minutes d'intervalle. (Dans une expérience où le sel avait été ingéré à jeun, l'iode s'est montré plus vite encore dans les urines, après dix minutes.)

Après vingt, vingt-cinq et trente minutes, le métalloïde abondait dans l'urine ; il en a été de même le reste de la journée. Le lendemain, la proportion d'iode décroissait d'une manière manifeste, et, après quarante-huit heures, le liquide n'en indiquait plus que des traces. La totalité de l'urine rendue depuis le commencement de l'expérience ayant été recueillie, on a pu constater qu'il était ressorti par cette voie environ les trois quarts de l'iode ingéré, tandis que la quantité de fer entraîné avec le métalloïde ne pouvait se représenter que par quelques milligrammes pour toute la masse du liquide.

Ainsi, lorsqu'on administre l'iodure de fer, il se fait aussitôt un départ entre les deux éléments du composé dans l'économie ; au bout de dix à quinze minutes l'iode apparaît dans les urines, et il y passe si abondamment, que, quarante-huit heures après, les trois quarts environ de la quantité d'iode ingérée sont déjà ressortis par cette voie, tandis qu'il n'est parvenu dans la vessie qu'une trace de fer.

V. Expériences sur les matières intestinales.

Tout ce que nous avons dit jusqu'ici se rapporte aux phénomènes qui s'accomplissent dans l'estomac. Mais que se passe-t-il dans les intestins après que le reste du composé ferrugineux mêlé aux aliments a franchi le pylore ? — Il serait très intéressant de le savoir. Malheureusement les difficultés sont bien plus grandes là que dans le premier cas, l'étude de la digestion à l'état normal étant bien moins avancée pour les intestins que pour l'estomac et les moyens d'investigation beaucoup plus difficiles.

Non-seulement on ne connaît pas encore complétement la nature, très complexe d'ailleurs, des liquides qui humectent les intestins ; mais on ne s'accorde même pas sur les réactions de ces liquides, réactions qui, du reste, sont variables par diverses circonstances, et, entre autres, suivant l'espèce d'aliments (Cl. Bernard).

M. Quevenne a voulu constater par lui-même quelles réactions offriraient les matières intestinales d'un chien soumis à un genre d'alimentation analogue à celui qui avait été employé pour les expériences sur la digestion stomacale, alimentation qui sert, d'ailleurs, de base au régime des chlorotiques.

En conséquence, un chien d'assez forte taille (pouvant peser environ 15 kilogrammes) a été nourri, matin et soir, pendant huit jours, avec une pâtée composée de :

110 grammes bouilli maigre coupé menu ;
110 grammes pain blanc de deuxième qualité, id.;
300 grammes bouillon.

Le neuvième jour, on a donné au chien une ration double pour son déjeuner, et quatre heures après il a été sacrifié.

Le contenu du canal alimentaire a été recueilli par fractions correspondantes aux principaux points de l'organe, et ce contenu examiné avec détail. Les résultats les plus importants ont été consignés sur un tableau. On y voit que l'acidité du chyme se conserve, à un certain degré, dans le premier tiers de l'intestin grêle ; que la bouillie alimentaire devient neutre dans le deuxième tiers de celui-ci, et alcaline dans la dernière portion. Dans le cœcum elle est redevenue franchement acide, et neutre dans le reste du gros intestin.

Quelques autres faits sont encore mentionnés sur ce tableau. Nous nous contenterons de donner les conclusions tirées à ce sujet par l'auteur, et qui sont les suivantes :

1° La partie liquide de la bouillie alimentaire, qui n'a point disparu dans l'estomac et qui franchit le pylore, paraît être rapidement absorbée dans le premier tiers de l'intestin grêle, comme tend à le prouver la grande augmentation de consistance de cette bouillie observée en cet endroit.

Le liquide absorbé dans cette portion du canal digestif ne semble pas avoir subi jusque-là de grands changements, et son absorption paraît se faire à peu près comme dans l'estomac, puisqu'il n'a point encore perdu entièrement la condition fondamentale d'acidité.

2° Mais bientôt les nouveaux liquides complexes venus du foie, du pancréas, etc., le rendent d'abord neutre, puis plus tard alcalin, et placent dès lors la partie non encore absorbée du composé ferrugineux dans des conditions tout à fait inconnues pour nous jusqu'à ce moment.

3° Quant à ce qui peut concerner le tartrate de potasse et de fer, pour lequel on a invoqué, comme une circonstance favorable d'absorption, l'alcalinité du suc intestinal, il faut remarquer d'abord qu'il est aujourd'hui reconnu que ce sel, parmi les autres composés de fer, est celui qui précipite le plus abondamment par le suc gastrique, que le précipité additionné de potasse caustique ne se redissout complétement qu'à la faveur d'un excès marqué de cet alcali, et que, par conséquent, la condition de neutralité ne suffit pas.

Il semble donc, d'après cela, qu'une seule partie du canal digestif ici examiné eût été apte à produire ce résultat (redissolution), — la troisième portion de l'intestin grêle, où l'on a constaté une réaction alcaline très prononcée.

Du reste, aucune expérience physiologique directe n'ayant été faite jusqu'ici à ce sujet, il serait fort difficile de dire ce qui se passe dans les intestins après l'ingestion de ce sel de fer, comme d'ailleurs de tous les autres.

VI. Valeur du fer réduit comme médicament.

Quelle est, en définitive, la valeur du fer réduit dans le traitement des maladies ?

Telle est la question qui intéresse surtout le praticien : c'est l'application, but final de toutes les recherches qui se rapportent à l'art de guérir.

C'était une chose très importante que d'avoir déterminé la proportion de fer introduite à l'état de dissolution dans le suc gastrique par chaque préparation de fer, et cette circonstance est probablement celle qui influe le plus sur l'absorption du composé par l'économie.

Toutefois, et ce sont les expressions de M. Quevenne lui-même, cette notion peut suffire à elle seule pour établir d'une manière certaine la valeur thérapeutique de chaque préparation ferrugineuse.

En effet, nous avons dit que nous ne possédons qu'une idée imparfaite des modifications que ces agents peuvent subir au delà des premières portions de l'intestin et des conditions de leur absorption dans ces parties ; nous connaissons encore moins ce qui a lieu une fois que le médicament a pénétré dans les radicules veineuses qui environnent les organes digestifs, et, par suite, a été entraîné jusque dans les parties les plus profondes de l'économie. Ce n'est que par voie d'induction que l'on a pu établir quelques vues théoriques à ce sujet.

Le fait de l'appréciation de la valeur du fer réduit comme médicament, d'après sa facilité à être attaqué par le suc gastrique, pouvait donc constituer un renseignement plus ou moins fautif.

Il n'y avait qu'une voie qui pût lever le doute dont il s'agit : c'était l'observation au lit du malade, observation à laquelle il faut toujours en venir, comme moyen de contrôle, après les expériences chimiques et physiologiques.

M. Quevenne présente à l'appui de son travail des observations cliniques qui ont été recueillies dans le service de différents médecins des hôpitaux, plusieurs d'entre elles dans celui de l'un des membres de la commission (M. Cruveilhier).

Nous n'entrerons pas dans le détail de ces observations, et nous arriverons tout de suite aux faits importants qui peuvent en ressortir.

VII. Résumé synoptique des observations par ordre de faits.

Il s'agit de huit femmes chez lesquelles les caractères de la chlorose ont été authentiquement constatés par les chefs de service au moment de l'entrée. Deux de ces malades avaient en même temps des affections matérielles des organes de la circulation, et ont dû être traitées par la digitaline concurremment avec le fer.

1° *Doses.* — Les doses de fer réduit administrées ont été, en général, de 0,20 à 0,30. Au-dessous de 0,20, la guérison a paru

marcher lentement. D'un autre côté, en s'élevant à 0,40 et 0,50, il n'a pas semblé que l'amélioration marchât plus vite qu'avec 0,30.

2° *Manière dont le médicament a été supporté.* — Les malades ont généralement bien supporté le médicament ; le plus grand nombre n'en ont ressenti aucune espèce d'inconvénient.

Chez une, il y a eu, pendant plusieurs jours, des crampes d'estomac, de la gastralgie et même des vomissements ; chez une autre il y a eu, à un certain moment, des douleurs d'estomac. Mais comme chacune de ces malades était sujette à ces inconvénients, que c'était là l'un des symptômes de leur maladie, il ne semble pas que l'on puisse rapporter au fer ces accidents, qui n'ont d'ailleurs été que momentanés.

3° On n'a remarqué, chez ces huit malades, nulle tendance du médicament à constiper ou à relâcher.

4° *Durée du traitement.* — Elle a été variable chez ces huit malades. Parmi les malades qui ont éprouvé promptement une amélioration marquée, il en est deux qui, se trouvant ainsi beaucoup mieux (après dix et douze jours), ont voulu sortir avant l'entière guérison ; en conséquence, la durée du traitement est ici sans valeur.

Chez une autre, la guérison complète n'a demandé que seize jours. (Un traitement antérieur par le safran de Mars avait exigé cinq semaines.)

Dans un autre cas, le traitement a duré un mois. (Un premier traitement par le safran de Mars n'avait point guéri la malade.)

Enfin, pour les deux malades où il y avait en même temps affection matérielle des organes de la circulation, que l'on a dû traiter conjointement par la digitaline, et chez lesquelles des traitements antérieurs avaient assez mal réussi, on est cependant parvenu à la guérison de la chlorose ; mais il a fallu prolonger l'emploi des moyens curatifs assez longtemps (soixante et onze jours dans le cas le plus long).

Tels sont les résultats de la partie expérimentale soumise au jugement de l'Académie.

« Chacun de vous, ajoute le rapport, est prêt à nous demander peut-être : *Mais quelle est la valeur de la préparation dont vous nous parlez, non pas seulement considérée en elle-même, mais comparativement aux autres ferrugineux ?*

» Excite-t-elle, par exemple, aussi fortement l'appétit que le lactate ?

» Est-elle aussi bien tolérée par l'économie que le tartrate ferrico-potassique.

» Offre-t-elle l'action plus spécialement tonique attribuée aux oxydes de fer comparativement aux sels ? »

Votre commission, vous devez le comprendre, ne pouvait soulever une question aussi vaste, que, du reste, l'auteur lui-même n'avait point abordée.

Et puis, ce point litigieux, sur lequel un travail patient et de longue haleine, fait au lit du malade, pourrait certainement fournir des notions très intéressantes pour la pratique, est-il bien susceptible d'être élucidé de manière à conduire à une conclusion absolue? — Cela nous paraît douteux.

En effet, beaucoup de raisons portent à croire que pour les ferrugineux, dont le mode d'action se lie si intimement à celui des aliments, il en est comme de ceux-ci, relativement à la facilité d'assimilation : telle personne digère mieux la chair de mouton ou du bœuf, le plus grand nombre les viandes blanches ; d'autres s'assimilent plus facilement les éléments nutritifs du poisson, etc.; c'est une étude continuelle à faire pour l'hygiéniste, pour le médecin praticien, selon les idiosyncrasies, les conditions pathologiques ; mais toutes ces substances fournissent à l'action des liquides digestifs une matière azotée d'une composition analogue, toutes ces substances nourrissent, comme tous les ferrugineux (à très peu d'exceptions près) guérissent les chlorotiques : dans les deux cas, c'est une question de plus ou de moins ; voilà la règle dans sa généralité.

Mais il ne faut pas perdre de vue qu'il est des sujets qui supportent mal certaines préparations ferrugineuses, tandis que d'autres de ces composés leur réussissent bien ; comme on voit des personnes ne pouvoir digérer et s'approprier certains aliments, dépérir même à la longue si la nécessité les oblige à en continuer l'usage, et recouvrer leur santé première dès qu'elles peuvent revenir à leur genre d'alimentation favori.

Le rapport indique brièvement la préparation du fer réduit par l'hydrogène qui est connue maintenant, et que nous croyons inutile de rappeler, et une formule pharmaceutique de ce produit. Ce sont des dragées de chocolat dans chacune desquelles il entre 5 centigrammes de fer réduit. Elles se préparent à la manière ordinaire des dragées.

L'auteur conseille d'employer ce médicament, ou en nature, pris au commencement du repas, ou sous forme de dragées au chocolat telles que nous venons de les indiquer.

VIII. RÉSUMÉ, COROLLAIRES ET CONCLUSIONS.

1° Le fer réduit par l'hydrogène, parmi les préparations examinées, est celle qui a introduit le plus de fer dans le suc gastrique pour un poids donné.

2° Ce qui distingue cette préparation entre les martiaux, c'est son degré d'activité relatif.

La dose de 0,20 à 0,30 (moyenne 0,25) paraît suffisante, en général, pour produire la guérison aussi promptement et aussi complétement qu'avec les composés ferrugineux réputés jusqu'ici les plus actifs, quoique dans bien des cas on puisse aller sans inconvénient à 0,40 et 0,50.

3° Les faits observés détruisent cette proposition formulée jusqu'ici d'une manière générale, à savoir : que les préparations de fer insolubles par elles-mêmes, sont moins actives que les sels solubles de ce métal. Si cette proposition est vraie, relativement au safran de Mars, elle ne l'est nullement pour d'autres préparations insolubles, le fer réduit par exemple.

4° Il n'est pas plus exact de présenter les préparations de fer insolubles comme offrant le grave inconvénient de neutraliser le suc gastrique, et de nuire ainsi à la digestion (objection théorique). L'expérience a démontré qu'il n'y avait dans ce cas qu'une diminution d'acidité *très légère*, et rien ne prouve que celle-ci soit nuisible. Peut-être même est-elle quelquefois utile.

5° Lorsqu'on administre de l'iodure de fer, il se fait *aussitôt* un départ entre les deux éléments du composé : l'iode passe avec une grande rapidité dans les urines, où il apparaît dix à quinze minutes après l'ingestion, tandis que le fer est retenu dans l'économie, qui n'en laisse passer qu'une trace dans la vessie.

Le rapport conclut à la *complète approbation* du travail, et à l'insertion au *Bulletin de l'Académie* de la formule du fer réduit par l'hydrogène et des préparations dont il est la base.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 28 AOUT 1854. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

L'abondance des matières nous force à renvoyer l'Académie des sciences au prochain numéro.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 5 SEPTEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics demande à l'Académie *un rapport spécial* concernant les recettes et les remèdes contre le choléra dont il lui a été donné communication. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux ;* M. Bouchardat.)

Le même ministre transmet à l'Académie : *a*. Un rapport de M. le doc-

teur *Du Garray*, du Puy, sur une épidémie de rougeole et de dysentérie. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Six remèdes et recettes contre le choléra. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Tableaux des vaccinations pratiquées en 1853 dans les départements de la Marne, de la Saône, de la Haute-Marne, de Vaucluse, de la Vendée, de l'Aisne, de l'Aude, du Calvados, de la Creuse, des Côtes-du-Nord, de l'Eure, de la Drôme et du Doubs. (*Commission de vaccine.*)

3. Communications de : *a.* M. le préfet de la Seine (instructions relatives aux envois de vaccin). (*Commission de vaccine.*) — *b.* M. le docteur *Gumprecht* (efficacité purgative du nerprun bourdaine). (*Comm.* : MM. Martin-Solon, Bricheteau, *rapporteur.*)— *c.* M. *Pennes*, pharmacien (rappel de sa formule contre le choléra, avec une lettre de M. Aussandon constatant l'infaillibilité de cette méthode). (*Comm.* : M. Gérardin.) — *d.* M. le docteur *Houzelot* (traitement du choléra par les purgatifs salins). (*Commission du choléra.*) — *e.* M. le docteur *Dufau*, correspondant à Mont-de-Marsan (observation de tumeur cancéreuse du rein gauche développée à la suite de la ligature de deux tumeurs hémorrhoïdales). (*Comm.*: M. Barth.) — *f.* M. le docteur *Baud*, de Contrexeville (paquet cacheté). — *g.* M. le docteur *Clément*, de Forges-le-Bligny (bons effets d'un extrait des différentes parties du lilas contre les fièvres intermittentes). (*Commission des succédanés du quinquina.*) — *h.* M. *Duchenne*, de Boulogne (extrait d'un mémoire intitulé : *De la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance et de son traitement par l'électricité localisée.*) (*Comm.* : MM. Jolly, Rostan, Cruveilhier.) — *i.* M. *Ragot* (potion anticholérique). — *j.* M. le docteur *Guibert* (traitement du choléra par l'ipécacuanha et l'huile de ricin). — *k.* M. le docteur *Bourbier*, de Saint-Quentin (fébrifuge indigène). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *l.* M. le docteur *Albert*, correspondant à Saint-Chinian (note sur l'invasion du choléra à Saint-Chinian (Hérault)).— *m.* M. le docteur *Rouhier*, de Grancey-le-Château (traitement des prodromes du choléra par les éméto-cathartiques). (*Commission du choléra.*) — *n.* M. le docteur *Monchaux* (de l'immunité pour le choléra des personnes qui sont plongées sans cesse dans une atmosphère de tabac.) — *o.* M. *Charrière* fils (présentation d'une nouvelle aiguille pour la staphyloraphie). (*Comm.*: M. Jobert.)

Lectures et Mémoires.

Traitement du choléra par le sulfate de strychnine. — M. *Gérardin* donne lecture d'un rapport concernant le mémoire de M. Abeille sur le traitement du choléra-morbus par le sulfate de strychnine.

Après une analyse succincte du mémoire de M. Abeille, le rapporteur expose le résultat des observations contenues dans ce travail. Ces faits sont divisés en deux séries: La première comprend les malades traités du 26 avril au 3 juin : sur 22 cas de choléra cyanique algide, 10 guérisons, 12 morts. La deuxième série renferme encore 22 malades parvenus à la même période et traités du 2 au 31 juillet : 9 guérisons, 13 morts.

Les malades de la première et de la deuxième série présentaient tous exactement les mêmes symptômes lorsque la strychnine a été administrée.

Sur les 22 malades de la première série, 3 sont morts à l'état algide ; 4, après avoir eu une bonne réaction pendant quarante-huit heures à trois jours, se sont refroidis subitement et sont morts asphyxiés comme dans une seconde algidité ; 4 ont succombé à l'état torpide ; le douzième paraît surtout avoir été victime d'une consomption précipitée par une double otorrhée et une parotidite suppurée.

Quant aux 10 cholériques qui ont guéri, plusieurs sont sortis de l'hôpital. Les autres ont été transférés dans d'autres salles pour être traités de leurs maladies antérieures.

Dans la deuxième série, le chiffre des morts est plus élevé que dans la première : M. Abeille attribue cette différence dans le résultat à une complication fâcheuse, celle d'une affection organique du cœur, trouvée à 7 de ces malades.

Quant aux effets de la strychnine sous le rapport de la décroissance et de la disparition des phénomènes cholériques, tout s'est passé à peu près de même chez les malades des deux séries ; la réaction s'est opérée par gradation et sans secousse brusque.

Après cet exposé sommaire des résultats fournis par le recueil d'observations, M. le rapporteur fait connaître la formule définitive à laquelle M. Abeille s'est arrêté.

Or cette méthode de traitement dite spécifique est-elle la conséquence légitime et irrésistible des faits observés ?

M. le rapporteur démontre que le mode de traitement adopté pour les malades de la première série s'éloigne non-seulement, mais diffère en totalité de la formule générale.

Pour les malades de la deuxième série, le traitement se rapproche davantage de la médication dite spécifique, quoique l'usage de la strychnine ait été continué nonobstant une réaction franche.

Je n'hésite pas à dire, continue M. Gérardin, que M. Abeille a commis une profonde erreur lorsque, réunissant et confondant ses 44 observations, il est arrivé à cette conclusion : que sur 44 cas très graves, il a obtenu, par son traitement spécifique, 19 guérisons.

Cette conclusion n'est point admissible, puisque le traitement des malades de la première série n'offre aucune analogie avec celui de la deuxième série. Auquel de ces deux traitements doit-on donner la préférence? Le choix ne saurait être douteux, puisque le traitement adopté pour les malades de la première série est plus simple dans son administration et compte plus de guérisons.

Ce traitement, qui se substitue naturellement à celui formulé avec tant de soins par M. Abeille, se réduirait, en dernière analyse, à l'usage de la strychnine donnée à la dose de 1 à 2 centigrammes deux fois par jour.

Lorsqu'on veut élever un médicament au rang d'un spécifique, il est indispensable de bien préciser ses différents modes d'action, et les conditions qui peuvent en assurer les effets. Relativement à la strychnine, quand et comment la tolérance s'est-elle établie? A-t-il fallu souvent rapprocher les doses du médicament, qui pouvait être expulsé par les vomissements? Son extrême amertume a-t-elle provoqué la répugnance des malades, et, par suite, les nausées et les vomissements? Dans quelles circonstances a-t-il fallu augmenter ou diminuer les doses? Quelles modifications a-t-il apportées dans la nature des liquides excrétés? Toutes ces questions et celles qu'elles supposent ont été éludées dans les 44 observations de M. Abeille.

Dans la question qui nous occupe, il était également indispensable d'apporter les plus grands soins aux autopsies cadavériques, et surtout aux lésions des organes digestifs. Les autopsies manquent en totalité dans la première série d'observations ; dans la deuxième série, sur les 13 décès, 10 autopsies ont été pratiquées ; 7 ne contiennent pas un mot sur les organes digestifs ; les 3 autres constatent seulement l'existence de la psorentérie.

Mais, dira-t-on, les faits parlent plus haut que la critique et feront toujours autorité. Les faits... mais, sans parler des journaux et du nombre incalculable d'écrits qui ont paru sur le traitement du choléra, ouvrez les cahiers des Académies de tous les pays, et vous y trouverez une foule de recettes et d'observations tout aussi merveilleuses que celles de M. Abeille. En 1832, Broussais s'écriait : « Je guéris tous mes cholériques par la méthode antiphlogistique. » Dupuytren prétendait aussi posséder un traitement infaillible contre le choléra. Récamier était convaincu qu'il guérissait tous les cancers du sein par sa méthode de compression. Et, sans sortir de l'hôpital du Roule, dernièrement M. Bonnafont a soumis à l'Académie un mémoire remarquable sur le traitement de l'orchite par le collodion. Eh bien, on sait ce qu'il est advenu !

Nous ne contestons donc pas les faits, mais nous ne les acceptons que sous bénéfice d'examen et de vérification.

Vous déciderez, messieurs, dit en terminant M. le rapporteur, si vous devez encourager un traitement dit spécifique basé sur une expérimentation imparfaite, empirique et dangereuse. Je dis dangereuse : car si l'usage de la strychnine doit se répandre dans le public pour combattre, comme le propose M. Abeille, non-seulement tous les cas de choléra, mais encore la cholérine, il s'élèvera bientôt une redoutable question de responsabilité médicale.

J'ai l'honneur de vous proposer :

1° De remercier M. Abeille de sa communication ;

2° D'inviter instamment cet honorable confrère à publier ses observations, afin que chacun puisse en apprécier la valeur ;

3° De renvoyer les documents à la commission du choléra.

Sur la proposition de M. *Gibert*, une quatrième conclusion est ajoutée aux précédentes, savoir :

4e conclusion. Enfin d'appeler l'attention sur ce fait capital que le chiffre des guérisons annoncé par M. Abeille est celui que l'on obtient généralement du traitement méthodique du choléra.

Discussion.

M. *Londe* s'étonne que dans sa formule générale M. Abeille conseille l'application de sangsues à la base du thorax pendant la période cyanique algide ; car alors la circulation capillaire est comme anéantie, et les sangsues tombent sans pouvoir aspirer de sang. Contre l'opinion de Broussais, M. Londe ne croit pas que les lésions que l'on découvre chez les cholériques puissent expliquer la fatale terminaison de la maladie.

M. *Bouchardat* aurait voulu que M. Abeille cherchât à constater la présence ou l'absence du sulfate de strychnine dans les matières contenues dans le tube digestif des cholériques.

M. *Larrey* regrette que M. Isidore Bourdon ne soit pas présent à la séance. Chargé par l'autorité d'une mission spéciale concernant le nouveau traitement, ce médecin aurait pu fournir d'utiles documents.

M. *Requin* a vu M. Isidore Bourdon, qui s'est plaint à lui de ne pas trouver un assez grand nombre de praticiens qui osent expérimenter le sulfate de strychnine.

M. *Bouillaud* voit avec peine que la médecine rationnelle est encore

trop souvent sacrifiée aux excentricités dangereuses d'une médecine incertaine, empirique, téméraire, quelquefois insensée. Il plaint l'administration hospitalière, qui est souvent obligée de favoriser ces expérimentations hardies. Et les corps savants restent muets!... Le silence de l'Académie, en cette circonstance, serait une calamité publique. Il est de son devoir de protester contre cette funeste tendance qui consiste à accréditer dans le public des remèdes prétendus spécifiques, des recettes dites infaillibles contre le choléra, surtout contre le choléra parvenu à cette période où tous les efforts humains doivent échouer, tant la perturbation des fonctions est profonde. Remonter aux sources du choléra, à l'origine même, au foyer producteur de la maladie, étudier son mode de propagation, et empêcher son développement par des moyens rationnels prophylactiques, tel doit surtout être le but du médecin.

M. Bouillaud adopte entièrement les conclusions du rapport.

M. *Davenne* repousse le reproche adressé par M. Bouillaud à l'administration hospitalière de favoriser l'expérimentation de certains traitements contre le choléra.

M. *Bouillaud* n'a pas voulu adresser un reproche; il a plaint l'administration hospitalière d'être forcée souvent d'ouvrir ses salles de malades à des essais regrettables et peu dignes de la science.

M. *Desportes* regrette que M. Abeille ait négligé d'étudier l'action propre du sulfate de strychnine sur les cholériques. Quant à lui, qui pense que la plupart des phénomènes cholériques sont le résultat d'une lésion de la moelle épinière, de la moelle allongée et des nerfs pneumogastriques, il ne s'étonne point que M. Abeille ait eu recours à l'usage de la strychnine. M. Desportes voudrait même que l'on expérimentât l'électricité, afin de stimuler les nerfs respiratoires.

Les propositions du rapport sont mises aux voix et adoptées à l'unanimité.

M. *Gérardin* demande que la signature de M. le président ou de M. le secrétaire perpétuel soit apposée aux observations de M. Abeille, afin d'en garantir l'authenticité.

M. *Moreau*, adoptant les paroles prononcées par M. Bouillaud, exprime ce désir, que non-seulement l'Académie fasse connaître son avis, mais formule quelques conseils destinés aux populations atteintes du choléra, et propres à mettre en garde contre les dangereuses exploitations du charlatanisme.

M. *Rostan*, président, rappelle qu'une commission est nommée depuis longtemps pour l'examen de tout ce qui concerne le choléra. On n'attend plus que le travail du rapporteur, qui ne saurait se faire trop longtemps désirer, sans doute.

M. *Dubois* (d'Amiens), après avoir fait observer que le rapporteur a été malade, invite la presse médicale à unir ses vœux et ses instances aux efforts du bureau pour hâter le travail de la commission.

M. *Velpeau* dit que les efforts que l'Académie pourrait tenter pour détruire l'influence des médicastres et l'audace des charlatans seront faits en pure perte. Le public les écoutera toujours; car eux seuls promettent des remèdes infaillibles contre le choléra.

M. *Bouillaud* demande qu'une nouvelle commission soit nommée pour l'examen des documents relatifs à l'*épidémie actuelle*.

La proposition de M. Bouillaud est adoptée. La commission nouvelle sera nommée dans la prochaine séance.

Maladies de la peau. — M. *Gibert* présente un cas rare de maladie de la peau observé dans son service de l'hôpital Saint-Louis. Il s'agit d'un exemple sporadique de *molluscum athéromateux*, développé sous les yeux mêmes de M. Gibert, sur une femme née à Granville (Normandie), âgée aujourd'hui de trente-deux ans, et qui était venue depuis un an se faire traiter dans son service d'une éruption d'apparence impétigineuse. Il y a quatre mois, on vit se développer successivement aux cuisses, au ventre, à la poitrine, à la nuque, au front, aux tempes, des tumeurs rouges, fermes, la plupart sessiles, douloureuses au toucher, qui paraissent formées par le développement de toute l'épaisseur du tissu de la peau, avec dépôt de matière athéromateuse dans les mailles du derme. Tous ces caractères distinguent suffisamment ces tubercules de ceux de l'éléphantiasis et autres affections tuberculeuses des climats tempérés.

La séance est levée avant cinq heures.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Stéthoscope percuteur, par M. Wills Richardson.

Les médecins anglais se sont montrés très zélés pour le perfectionnement des instruments d'auscultation et de percussion, non au point de vue de l'acoustique, mais, plus modestement, au point de vue de la commodité. Leur but commun a été de faire du stéthoscope un instrument de percussion. Sir Henri Marsh a commencé. Il a adapté un cercle de caoutchouc solide à la plaque supérieure du stéthoscope, creusée à cet effet sur toute sa circonférence. On frappe avec le bord de cette plaque. M. Winterich a muni cette même plaque d'un marteau de cuivre. Voici maintenant M. Richardson qui y fixe un bouton d'ivoire recouvert de caoutchouc. Telle est, du moins, la disposition principale de son instrument; il lui attribue, sur le marteau de cuivre, cet avantage qu'il permet de frapper sur le doigt à défaut du plessimètre, sans se faire mal.

Nous laissons le lecteur juge de la valeur de ces perfectionnements, auxquels la science n'est guère intéressée. (*The Dublin Quarterly Journal*, août 1854.)

Ostéotomie sous-cutanée, par le professeur Langenbeck.

Lorsque l'on considère l'immense différence qu'établit dans le pronostic des lésions osseuses traumatiques l'existence ou l'absence d'une plaie de la peau faisant communiquer la fracture avec l'air atmosphérique, on est naturellement conduit à souhaiter un procédé opératoire qui permît de diviser les os dans les cas soit d'ankylose ou de cal vicieux, soit de difformité rachitique grave, sans exposer les malades aux terribles accidents des fractures compliquées de plaie. Deux méthodes s'offrent aussitôt au chirurgien pour arriver à ce résultat : l'une consiste à produire la rupture de l'os sans intéresser les téguments, soit par la simple pression des mains, soit au moyen de machines telles que celles de MM. Louvrier et d'Œsterlen. Lorsque la force des mains est suffisante pour produire le résultat désiré, il n'est guère de chirurgien qui hésite à recourir à cette méthode; mais il n'en est point de même dans les cas où le tissu osseux a acquis une solidité telle que des machines puissantes seules peuvent en produire la rupture. Malgré quelques heureux résultats publiés par leurs inventeurs, ces machines sont à peu près tombées dans l'oubli, à cause des revers funestes dont leur application a été suivie trop souvent. D'un autre côté, est-on sûr de produire une fracture au lieu précis et dans la direction les plus convenables au succès de l'opération ?

On s'est donc reporté à la seconde méthode, dans laquelle la division est produite par un instrument appliqué immédiatement sur l'os difforme. M. Malgaigne est d'avis qu'on pourrait peut-être briser le col du fémur avec un ciseau qu'on introduirait à travers *une ouverture étroite de la peau*, et sur lequel on frapperait avec un marteau de plomb. Rhea Barton et d'autres ont employé résolument la scie et les larges incisions, comme dans les résections, s'exposant ainsi à tous les accidents des fractures compliquées.

La méthode sous-cutanée, qui tous les jours donne de si beaux résultats appliquée à la division des parties molles, a dû bien souvent s'offrir à l'idée des chirurgiens quand il s'est agi de diviser les os. Mais ici que de difficultés! Comment faire agir une scie à travers une plaie étroite, sans léser notablement les parties molles que rien ne protége contre l'action de l'instrument? Comment, surtout, diviser un os comme le fémur ou le tibia, sans permettre à l'air d'arriver au contact des parties divisées? Ces difficultés, M. Langenbeck les a-t-il surmontées, ainsi que semble le faire croire le titre de cet article? C'est ce dont le lecteur va juger immédiatement.

M. Langenbeck, jusqu'à ce jour, n'a opéré que sur le tibia et sur le péroné. Il commence par faire, sur la face interne du tibia, et perpendiculairement à sa longueur, une incision de 1/2 à 3/4 de pouce de long, divisant à la fois la peau et le périoste. Au centre de cette incision il applique un foret en forme de gouge ou perforatif fixé sur un arbre à vilbrequin, et traverse ainsi l'os de part en part à sa partie moyenne. Dans l'ouverture ainsi produite il introduit une scie à main très étroite (de 1 ligne et demie de large), au moyen de laquelle il divise successivement chacune des moitiés du tibia, en ayant soin, toutefois, de laisser de chaque côté un petit pont osseux qui maintienne les fragments dans leur position jusqu'à ce que les premiers accidents de l'opération soient conjurés. Ces ponts doivent être assez faibles pour être facilement rompus par le chirurgien lorsque le moment sera venu de redresser le membre. Ils

ont l'avantage de permettre au chirurgien d'éviter de léser plus ou moins les parties molles voisines, ce qu'il ne pourrait faire dans une section complète de l'os. Au bout de quelques jours les ponts osseux sont brisés, le membre redressé et entouré d'attelles.

M. Langenbeck a traité ainsi trois malades « avec un succès si » éclatant, que, dès à présent, il ose exprimer l'espoir que, par » cette opération, sera comblé un vide notable dans la médecine » opératoire. » Des faits qu'il a observés, et dont nous donnons plus loin un résumé, il tire cette conclusion :

« Que les os peuvent être divisés par la méthode sous-cutanée, » comme les tendons et les muscles, et que l'ostéotomie sous-cuta- » née est à la résection avec incision des parties molles ce que la » ténotomie sous-cutanée est à la section des tendons avec lésion » de la peau. »

Il suffit de lire les détails du manuel opératoire pour être frappé de l'exagération de ces propositions. Est-ce bien là une opération sous-cutanée ? La condition essentielle d'une opération sous-cutanée n'est-elle pas d'empêcher l'air d'arriver au contact des parties divisées, et de prévenir ainsi la suppuration ? Or, qu'a fait M. Langenbeck pour atteindre ce but ? Il a substitué une incision étroite aux larges incisions dont on faisait usage habituellement. Mais quelque étroite qu'elle puisse être, cette incision ne s'oppose nullement à l'accès de l'air ; aussi l'auteur est-il forcé d'ajouter : « Il ne faut pas » s'attendre à une guérison par première intention et par formation » immédiate du cal, comme après une fracture simple, sans doute » parce que les petites esquilles produites par le foret et par la scie » restent là comme corps étrangers, et doivent être éliminées par la » suppuration. » Mais oublie-t-il donc que, dans les fractures compliquées de plaie extérieure, où ces esquilles n'existent pas, l'accès de l'air au foyer de la fracture est la véritable, et, le plus souvent, l'unique cause de la suppuration ?

Bien que le nouveau procédé de M. Langenbeck ne puisse pas être rangé au nombre des opérations sous-cutanées, les heureux résultats qu'il a fournis dans les trois cas où il a été mis en pratique peuvent permettre d'espérer qu'il offre des avantages sur les procédés anciens. Mais n'allons pas, sans plus ample informé, dire, avec l'auteur, que les accidents consécutifs sont si faibles qu'on ne peut en aucune façon les comparer à ceux d'une résection ordinaire. Des tentatives ultérieures pourraient malheureusement nous donner un trop cruel démenti.

L'auteur rapporte les observations de trois malades sur lesquels il a eu l'occasion d'appliquer sa méthode. Les deux premiers sont des enfants âgés, l'un de neuf ans, l'autre de cinq, et affectés tous deux de difformité rachitique des membres inférieurs. Avant de les opérer, il avait tenté inutilement de redresser la courbure des tibias par la seule force du poignet. La fracture des ponts osseux que la scie avait laissés intacts, survenue accidentellement le quinzième jour, dans le premier cas, opérée le dix-huitième jour dans le second cas, ne donna lieu à aucun accident grave. Les plaies étaient cicatrisées, l'une au bout de six semaines, l'autre au bout d'un mois.

Le troisième malade est un homme de trente-cinq ans, portant, depuis l'âge de cinq ans, une fracture de la jambe consolidée vicieusement. Cette fois on rompit les ponts osseux aussitôt après l'action de la scie. Mais pour éviter que les fragments ne perforassent la peau, on ne redressa complétement le membre qu'au bout de quinze jours. Il ne survint rien de sérieux à la suite de cette opération secondaire.

(*Deutsche Klinik*, 1854, n° 30.)

Accès prolongé d'épilepsie; inutilité des émissions sanguines; effets avantageux du sulfate de quinine, par M. le docteur Gobée (d'Amsterdam).

Ce cas est trop ordinaire pour que nous l'eussions reproduit s'il n'offrait l'occasion de quelques remarques intéressantes.

Obs. — Au 28 mars dernier, un fusilier, saisi d'accidents épileptiformes, est conduit presque immédiatement à l'hôpital militaire d'Amsterdam. Il présente tous les signes du coma, compliqués de mouvements convulsifs que suscite ou aggrave la moindre impression. Ignorant les antécédents du malade, M. Gobée craint un accès de fièvre intermittente pernicieuse. Une saignée et des sangsues sont d'abord vainement opposées aux phénomènes de congestion. On administre ensuite le sulfate de quinine à la dose réitérée de 15 à 20 grains. Les symptômes persistent, puis cèdent au bout de trente-six heures.

On apprend, dès lors, du malade qu'il est sujet à l'épilepsie. De nouvelles attaques se déclarent, et M. Gobée ne doute pas qu'il ait eu affaire à un paroxysme plus grave que d'habitude, mais il se demande si le sulfate de quinine n'aurait point exercé sur l'issue des désordres cérébraux une influence favorable.

— La congestion méningitique ou comateuse est très fréquente chez les épileptiques ; il est rare que l'on succombe aux premières manifestations, mais elle devient infailliblement périlleuse quand elle se répète. Sa durée varie entre deux, huit et dix jours. Quoique la solution puisse s'en opérer spontanément, on y aide efficacement par les émissions sanguines, notamment locales, les dérivatifs et les applications de glace. L'agitation hallucinatoire, qui s'observe quelquefois, s'apaise assez rapidement par des potions opiacées. On a aussi eu recours avantageusement au sulfate de quinine, sédatif dont le mode d'action est obscur et controversé.

M. Gobée a usé d'une sage prévoyance. Quand un appareil de symptômes affecte une forme insolite et menaçante, mieux vaut aller au-devant d'un retour incertain, que d'avoir à déplorer, plus tard, les conséquences d'une inertie imprudente.

En pareil cas, enfin, comme aussi en présence de certains accès de folie, il est bon de faire figurer le mal caduc au nombre des présomptions étiologiques. Telle perturbation intellectuelle alarmante, telle oppression cérébrale réputée au-dessus des ressources de l'art, ne sont ainsi, parfois, qu'un résultat passager d'attaques nerveuses. (*Annales médicales de la Flandre occidentale*, 13e livraison.)

Un mot sur un nouveau traitement de la grenouillette, par le docteur Vandommelen.

Après avoir critiqué très sommairement la ponction, l'incision, la dilatation, l'excision, la cautérisation, l'injection, l'anneau de Brodie et la canule de Sabatier, l'auteur raconte le fait suivant, dans lequel sa méthode se trouve exposée : Sur un caporal affecté d'une grenouillette, il traversa la partie postérieure de la tumeur avec une grosse aiguille portant une large ligature formée de quatre fils cirés, dont il noua les extrémités sur le kyste par un simple nœud ; les bouts furent laissés flottants dans la bouche. Cette ligature tomba au bout de trois semaines, et le liquide, qui s'était écoulé pendant la division de la poche, ne se reproduisit pas depuis.

Malgré ce succès, il est douteux que cette méthode l'emporte sur les autres actuellement en usage, particulièrement sur l'excision partielle du kyste, dont les résultats nous semblent beaucoup plus prompts et plus sûrs. (*Ann. méd. de la Flandre occidentale*, 3e année, 4e livr.)

Hématémèse guérie par l'ergot de seigle, par M. Neate.

Plus est douteuse, moins est connue, l'action d'un médicament, et plus les auteurs devraient apporter de soin dans l'exposé des faits destinés à montrer la réalité de cette action. Or, que nos confrères d'outre-Manche nous permettent de le dire, c'est une exigence à laquelle ils négligent trop souvent de se soumettre, et la présente observation en est un nouvel exemple. Il s'agit, dit le titre, de la guérison d'une hématémèse par le seigle ergoté. La question pratique ne manque pas d'intérêt. On connaît les expériences de Sparjani, Pignacca, Cabini, etc., sur les propriétés hémostatiques de l'ergot ; on sait qu'ils l'ont essayé notamment dans l'hématémèse, et l'on n'ignore pas non plus que le résultat de toutes ces tentatives a été fort problématique. Quelque fait bien positif, bien circonstancié, bien concluant, viendrait donc à propos. Voici celui que rapporte M. Neate : Un vieillard rend du sang noir par la bouche ; on lui administre de l'acétate de plomb associé à l'opium, de la teinture de digitale et de l'acide sulfurique dilué. Le lendemain, 9 avril, nouvelle hémorrhagie ; deux selles noires ; emploi du sesqui-chlorure de fer. Le 12, troisième hémorrhagie ; térébenthine à l'intérieur. Du 12 au 14, plusieurs autres pertes de sang. C'est alors qu'on commence l'usage de l'ergot à la dose d'un gros et

demi, divisé en huit prises à donner de deux heures en deux heures. L'hémorrhagie s'est arrêtée après la seconde dose et n'a plus reparu.

Sans doute, c'est quelque chose que de voir une hémorrhagie, qui revenait pour la cinquième ou sixième fois, disparaître après l'administration du seigle ergoté ; et encore bien que l'action d'une substance quelconque sur un phénomène pathologique aussi mobile qu'une exhalation sanguine ne soit pas aisée à mettre hors de doute, on pourrait être disposé à attribuer une certaine valeur à la précédente observation. Mais elle est racontée si brièvement, et les circonstances en sont telles, qu'on ne saurait seulement affirmer qu'il se fût agi d'une hématémèse. Nous voyons, en effet, que, dans les intervalles des hémorrhagies, et plusieurs jours après la dernière, *l'expectoration a été sanguinolente.* En présence de ce fait, ni la mention de la couleur *noire* du sang rendu par la bouche, ni celle de deux selles *noires*, ne nous garantit l'existence d'une hématémèse, et nous sommes plus disposés à croire à une hémoptysie. A supposer que les garderobes aient contenu du sang, ce sang peut avoir été avalé au moment d'une hémoptysie, tandis qu'on ne comprend pas une hémoptysie consécutive à une hématémèse. Sang par les poumons, sang par l'estomac, peu importerait au point de vue des propriétés de l'ergot ; mais un tel vague dans le diagnostic se reflète sur l'observation entière et en compromet à nos yeux la signification. (*The Lancet*, 5 août 1854, vol. II, n° 5.)

De l'opération de la staphylorraphie, par M. Fergusson.

Le seul point par lequel cette communication mérite notre intérêt est la recommandation expresse que fait l'auteur de commencer l'opération en divisant l'élévateur du palais et le palato-pharyngien. Il coupe, de chaque côté, ces muscles profondément, à leur insertion dans la fosse ptérygoïdienne, à l'aide d'un petit couteau triangulaire, semblable, sous beaucoup de rapports, au scalpel des dentistes.

Cette opération préliminaire sert, ainsi qu'on le comprend, à relâcher les parties que l'on veut mettre en contact au moyen de la suture. M. Fergusson consacre une bonne partie de son travail à en établir la convenance, contradictoirement à M. Syme, lequel la rejette d'abord comme difficile à exécuter, puis comme inutile.

Il serait mal aisé autant qu'imprudent à nous de prendre un parti absolu entre deux autorités aussi compétentes. Mais nous pouvons néanmoins dire que, avec de l'habitude et des instruments bien appropriés, cette section n'offre rien d'impraticable pour un chirurgien de dextérité un peu exercée. Quant aux indications, il ne nous semble point qu'elle doive être un des temps obligatoires de l'opération réglée ; son but même la désigne suffisamment comme nécessaire pour les seuls cas où une large perte de substance fait craindre trop de tension des parties que la suture doit rapprocher. (*Dublin Medical Press*, 12 juillet 1854 p. 17.)

Remarques sur un cas de perforation de la cloison vésico-vaginale, suivie de guérison, par M. le docteur Aubinais.

Obs. — Il s'agit d'une perforation traumatique survenue par suite d'une chute contre les parois d'un grand chaudron, chez une paysanne âgée de trente ans. Dans cet accident, la partie du chaudron vulgairement appelée l'*oreille* pénétra dans le vagin, déchira l'entrée de la vulve et la cloison vésico-vaginale. L'ouverture anormale était située à 20 millimètres de profondeur dans le vagin, au-dessus de l'ouverture du canal de l'urètre ; elle avait des bords frangés, une direction antéro-postérieure, et une étendue de 75 millimètres ; elle laissait facilement passer une sonde du vagin dans la vessie.

A défaut des objets nécessaires pour pratiquer la suture, M. Aubinais employa une espèce de pessaire en bondon fait avec *une tige de chou* pour maintenir en contact les bords de la plaie. Le sixième jour, la cicatrisation était complète.

Bien que les cas de ce genre ne soient nullement comparables, quant à la difficulté de la guérison, à ceux où la perforation est survenue à la suite d'un accouchement, et s'accompagne de perte de substance plus ou moins considérable, cette observation est intéressante en ce qu'elle montre à quelles ressources le médecin qui exerce à la campagne est quelquefois obligé de recourir. (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 juillet 1854.)

Histoire d'un tétanos de cause traumatique parfaitement guéri, par le docteur Luigi Pastorina.

Outre la terminaison favorable, malheureusement très rare dans cette terrible maladie, cette observation présente quelques particularités intéressantes qui nous engagent à en donner un résumé très succinct.

Obs. — La malade était une jeune fille de quinze ans, de constitution délicate ; l'affection se montra chez elle trois jours après une blessure qu'elle s'était faite avec un couteau à la première phalange du pouce de la main gauche. La douleur avait gagné successivement l'avant-bras, le bras, le côté gauche du cou, la mâchoire inférieure, le tronc. Outre le trismus et l'emprosthotonos, il existait une douleur excessivement vive du doigt blessé, et une flexion spasmodique de la main sur l'avant-bras. Ces deux symptômes furent avantageusement combattus, le premier par une *incision profonde* de la cicatrice déjà complétement formée, le second par des frictions avec le chloroforme sur l'avant-bras malade. Enfin il survint, dans le courant de la maladie, des douleurs très vives le long du rachis, douleurs qui cédèrent à deux applications de sangsues sur le siége du mal.

Le traitement consista en émissions sanguines générales au nombre de quatre, et dans l'administration de l'opium à l'intérieur sous forme de pilules de 3 à 7 centigrammes (une pilule toutes les quatre heures). Plus tard, on donna la poudre de Dower. (*Il Progresso*, fasc. 7.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai pratique sur l'absorption des médicaments dans le choléra, par M. Auguste-Philibert Duchaussoy. (Thèse inaugurale. Paris, 30 août 1854.)

En reproduisant dans notre dernier numéro la partie de cette thèse qui concerne l'administration du sulfate de strychnine, nous avons promis de donner un résumé des expériences relatives à d'autres substances médicamenteuses. C'est cette tâche que nous venons remplir.

Il n'est pas de médecin un peu familiarisé avec la pratique du choléra, qui ne soit convaincu que les fonctions d'absorption sont enrayées dans la période de cyanose et d'algidité. Il n'en est guère qui n'en aient acquis, jusqu'à un certain point, la preuve expérimentale, en voyant des malades auxquels on avait prodigué certaines substances actives, l'alcool, par exemple, y rester d'abord insensibles, et ne commencer à en accuser les effets que sous l'empire de la réaction. La théorie pouvait d'ailleurs, sans grand risque, devancer les faits. La grande condition de l'absorption, c'est l'existence d'un courant circulatoire. Au-dessous de cette condition, il faut placer : 1° un certain degré de fluidité du sang, qui laisse libre la lumière des petits vaisseaux ; 2° l'intégrité des nerfs susceptibles d'influencer la circulation capillaire. Or, dans le choléra algide, la circulation générale est singulièrement embarrassée, le sang est visqueux, les nerfs ne répondent plus qu'imparfaitement à l'excitation électrique, et la stagnation du sang dans les capillaires est manifeste. L'atteinte portée à la faculté d'absorption par la maladie n'était donc pas méconnue ; mais, nous nous hâtons de le dire, personne que nous sachions n'avait encore soumis cette si importante question au contrôle d'une expérimentation régulière. C'est le mérite de M. Duchaussoy et de M. Vernois, son chef de service, d'avoir mis des documents positifs à la place d'observations vagues et d'inductions.

Le plan de M. Duchaussoy est celui-ci. Il choisit un certain nombre de substances actives dont les effets physiologiques sont bien connus : le sulfate de quinine, l'iodure de potassium, les mercuriaux, la belladone, le sulfate de strychnine. Quand il reste à cet égard quelque doute, il l'éclaircit à l'aide d'expériences spéciales ; puis il met ces mêmes substances en contact avec des surfaces absorbantes, chez des cholériques arrivés à diverses périodes ; et il

constate que les effets physiologiques sont nuls pendant la période algide et ne se prononcent que pendant la première période ou pendant celle de réaction. Voici le résumé des expériences :

1° *Sulfate de quinine.* La thèse contient deux observations. Dans la première, relative à un cholérique algide, trois lavements, contenant chacun 1 gramme de sulfate de quinine, ont été gardés pendant plusieurs heures. Il en a été de même de 1 gramme de la même substance prise par la bouche. Néanmoins, le malade n'a éprouvé ni céphalalgie, ni bourdonnements d'oreilles, ni surdité, ni troubles de la vision, ni désordres de l'intelligence. Dans la seconde, mêmes doses à peu près, demeurées dans les voies digestives sans plus de résultat. Mais, dès le début de la réaction, l'effet physiologique commence à se prononcer.

2° *Iodure de potassium.* Habituellement, l'iodure de potassium, à doses élevées, détermine de la chaleur à la peau, de la céphalalgie, une sorte d'ivresse, des élancements douloureux dans les yeux et les tempes, des picotements dans la gorge et les narines, mais surtout diverses éruptions cutanées. Par suite de la propriété qu'ont les glandes salivaires d'éliminer cette substance, la salive prend rapidement une saveur salée. Ce caractère, étudié avec soin par M. Cl. Bernard, est très précieux. Or, M. Vernois a prescrit l'iodure de potassium à cinq cholériques. Il est dit dans la thèse que, dans trois cas, il ne s'est manifesté aucun signe d'absorption, mais un seul de ces cas est rapporté. Le malade avait pris, tant par la bouche que par l'anus, 14 grammes d'iodure en six jours. Dans les deux autres cas, que l'auteur se fait un devoir d'exposer avec détails, quelques phénomènes ont été observés qu'on pouvait attribuer à l'action du médicament.— L'un de ces deux sujets concerne une femme enceinte qui avait pris 8 grammes en quatre jours, dont une partie postérieurement à la réapparition du pouls. Le jour où elle a pris la dernière dose, elle est accouchée d'un enfant mort, et le lendemain elle a été prise d'une urticaire. L'urticaire est un des effets assez fréquents de la médication iodée : avait-il la même origine dans ce cas? ou bien faut-il le rapporter à la circonstance de l'accouchement? C'est ce qu'il est assez difficile de décider.— L'autre malade avait pris et gardé longtemps 5 grammes d'iodure en un seul jour. Pas d'effet physiologique appréciable. Mais les glandes salivaires et le pancréas contenaient un peu d'iode, comme on s'en est assuré en les faisant bouillir dans de l'eau distillée, et traitant la décoction par l'amidon et l'acide nitrique. M. Duchaussoy se demande si la substance active n'a pas passé dans les conduits salivaires pendant la déglutition et dans le canal pancréatique après l'ingestion ; en outre, il n'oserait affirmer que le pancréas n'ait pas été souillé, pendant l'autopsie, par les liquides intestinaux.

3° *Mercuriaux.* Ici le tribut de l'auteur se réduit à une observation (n° 10) dans laquelle, 50 centigrammes de calomel ayant été donnés à un cholérique et conservés, les selles qui ont suivi pendant vingt-quatre heures ont été d'abord blanches, puis noires, et non pas *vertes*, comme elles sont d'ordinaire après l'ingestion de cette substance.

4° *Belladone.* La belladone a été administrée à neuf sujets par les voies digestives ou par la peau, introduite deux fois dans le tissu cellulaire sous-cutané par une plaie récente, injectée une fois dans la vessie et une fois dans la veine céphalique. Les observations se résument de la manière suivante :

1° Choléra cyanique asphyxique : 30 centigrammes d'extrait de belladone par la bouche pendant la période d'asphyxie, 11 heures avant la mort. Pas de résultat.

2° Choléra cyanique asphyxique : 40 centigrammes d'extrait de belladone pris par l'estomac en 16 heures. Pas de signes d'absorption ; mort.

3° Choléra cyanique asphyxique : 40 centigrammes d'extrait introduits dans l'estomac et conservés pendant 7 heures ; pas de dilatation des pupilles. A l'autopsie, on trouve le mucus de l'estomac parsemé de points noirs et de petites plaques qui paraissent être de l'extrait de belladone.

4° Choléra algide, cyanique, asphyxique : 110 centigrammes d'extrait dans l'estomac et le rectum en 30 heures environ ; pas de dilatation des pupilles. Frictions sous les aisselles avec la pommade belladonée 5 heures avant la mort ; pas d'effet.

5° Choléra très intense chez une femme enceinte : Frictions sous les aisselles avec une pommade belladonée ; 50 centigrammes de calomel pris par la bouche pendant l'algidité ; pas de signes d'absorption. Le lendemain (il y avait de la cyanose, mais pas d'algidité ; le pouls était perceptible), l'application de la belladone sur les paupières produit une dilatation lente et incomplète. Plusieurs jours après, la même application amène une dilatation rapide.

6° Choléra algide : 30 centigrammes de belladone pris par l'estomac ; pas d'effet sur les pupilles. 30 centigrammes, administrés au commencement de la réaction, dilatent les pupilles et troublent la vue. Guérison.

7° Choléra algide. Dilatation des pupilles par l'application de belladone sur les paupières chaudes et sèches ; plusieurs refroidissements. Mort.

8° Choléra cyanique, algide : prompte réaction, au commencement de laquelle 30 centigrammes d'extrait donnés par la bouche produisent la dilatation des pupilles et le trouble de la vue. Guérison.

9° Choléra algide : 90 centigrammes d'extrait pris par l'estomac en 48 heures, pendant l'algidité et la réaction, ne donnent aucun signe de leur absorption. Deux jours après, des frictions belladonées sur les paupières et l'ingestion de 15 centigrammes d'extrait produisent successivement des effets physiologiques manifestes.

10° Choléra foudroyant : Introduction de 1 gramme d'extrait dans le *tissu cellulaire sous-cutané*, six heures avant la mort. Pas d'action physiologique.

11° Choléra très grave, cyanique : Introduction de 10 centigrammes d'extrait de belladone dans une plaie récente. Pas de signes d'absorption.

12° Choléra algide, cyanique : Injection de 1 gramme d'extrait dans la vessie, sans résultat.

13° Choléra algide, cyanique : Injection de 10 centigrammes d'extrait dans la veine médiane céphalique. Dilatation complète des pupilles trois minutes après.

5° *Sulfate de strychnine.* Nous avons rapporté *in extenso* cette dernière catégorie d'expériences (voir n° 48). Nous rappellerons seulement que le sulfate de strychnine est, de toutes les substances expérimentées, celle qui paraît avoir été la plus réfractaire à l'absorption, et que, de plus, il n'a exercé aucune action sur les battements du cœur, contrairement à une assertion soutenue par certains observateurs.

— Nous ne voulons pas nous borner à un exposé pur et simple des faits. Le caractère sérieux du travail nous autorise à préjuger en notre jeune confrère un ami de la critique consciencieuse. Si même nous osions nous en rapporter à une simple impression, nous croirions volontiers que les premiers éléments de ce travail n'ont pas été recueillis en vue des questions auxquelles ils sont adaptés, et nous nous représenterions l'esprit de l'auteur comme éveillé par une idée féconde dont il entrevoit le développement par delà les données actuelles de son observation.

Ses conclusions sont assez absolues. Les cholériques algides ont « perdu la faculté d'absorber. Si, dans quelques cas, l'absorption n'est pas absolument nulle, elle est au moins tellement faible, qu'on ne saurait compter sur elle pour obtenir un résultat thérapeutique. » Si des exceptions se présentent, cela peut tenir à ce que les efforts du vomissement ont « débarrassé la muqueuse de l'estomac d'une partie du mucus qui la recouvrait. » Donc, tout médicament actif porté dans les voies digestives pendant les périodes cyanique et asphyxique, ou même (dans les cas très graves) au début de la réaction, « est pour le moins *inutile* ; il y a plus, il peut être *nuisible*, » parce que les substances accumulées peuvent être plus tard absorbées avec rapidité et produire l'empoisonnement.

Certes, s'il s'agit seulement de démontrer que, chez les cholériques algides et cyanosés, l'absorption est très languissante, presque nulle, sur les surfaces muqueuses, sur la peau, sur le tissu cellulaire sous-cutané, les expériences qu'on vient de voir ne permettent aucune objection. On peut même dire que, dans ces limites, elles sont extrêmement précieuses. Mais la faculté d'absorption est-elle annihilée ; ou, quand elle ne l'est pas entièrement, l'exception tient-elle à une sorte de lavage de la muqueuse stomacale ? Ici, nous ne pouvons nous défendre d'une certaine réserve. *A priori*, nous avons peine à admettre que l'absorption, comme l'exhalation, puissent être entièrement suspendues dans un organisme où le sang circule. Circulation, absorption, exhalation, sont trois phénomènes qui nous paraissent solidaires. Expérimentalement, il y a deux manières de s'assurer que des substances actives ne passent pas dans le torrent circulatoire : l'une est de constater

le défaut de tout effet physiologique ; l'autre, qui vaut mieux incontestablement, est de vérifier l'absence de l'agent employé dans les liquides et les solides de l'économie. M. Duchaussoy n'a eu recours qu'au premier de ces deux moyens d'investigation. Les motifs qu'il en donne quelque part sont-ils satisfaisants ? Les malades ne fournissent pas d'urine, leur bouche est sèche et ne donne pas de salive. Mais il s'en faut bien qu'il en soit ainsi chez tous, et cette année particulièrement, les choléras avec conservation de la faculté d'uriner n'ont pas été très rares. Puis, la sonde peut aller chercher dans la vessie le peu de liquide dont elle ne se débarrasse pas ; puis encore, l'expérience qu'on n'a pu instituer sur le vivant, on peut la faire sur le cadavre, sur les reins, sur la rate, sur le foie, sur le pancréas, sur les liquides sécrétés par ces deux organes. Plusieurs des substances employées par l'auteur sont de nature à être facilement décelées par les procédés chimiques, notamment le sulfate de quinine, l'iodure de potassium, les mercuriaux. L'auteur ne l'ignore pas plus que nous. On a vu même que, dans un cas, il a retrouvé l'iode dans les glandes salivaires et le pancréas. A supposer que le pancréas ait emprunté cette substance aux liquides intestinaux, suivant la conjecture exprimée plus haut, on n'en peut dire autant des glandes salivaires. Et quant à l'hypothèse qu'elles avaient reçu l'iode par les conduits *excréteurs*, pendant la déglutition, elle est toute gratuite, et l'auteur lui-même, avec l'esprit de sagesse qui ne le quitte pas, n'y attache qu'une médiocre importance.

On a vu que, dans deux cas, des frictions belladonées, pratiquées dans la période algide et cyanique, ont produit une dilatation de la pupille. L'auteur se retranche sur l'opinion des physiologistes qui admettent que la belladone *exerce une action locale sur les nerfs de l'iris*, sans avoir besoin de parcourir le cercle circulatoire. Et il cite en particulier M. le professeur Bérard. Cette expression d'*action locale* a besoin d'être expliquée. En aucun cas la belladone, appliquée sur la tempe, ne peut porter son action sur l'iris sans pénétrer dans l'intérieur de l'organisme, jusqu'à l'iris même, ou tout au moins jusqu'aux nerfs qui l'animent. M. Bérard, du reste, ne l'entend pas autrement, comme l'auteur peut s'en assurer (*Cours de physiologie*, t. II, p. 657). M. Duchaussoy prouve pourtant, par des expériences qui lui sont propres, que la belladone n'agit pas ici par l'intermédiaire de la grande circulation, puisque la dilatation de la pupille n'a lieu *que du côté où a été pratiquée la friction*. Nous ne voyons qu'une explication plausible : c'est d'admettre que la substance médicamenteuse pénètre à l'intérieur par *imbibition* et non par *absorption*. Ce dernier point eût mérité d'être touché dans un travail aussi considérable que celui de M. Duchaussoy.

Nous ne terminerons pas sans rappeler l'observation dans laquelle l'injection d'une petite quantité d'extrait de belladone dans les veines, chez un cholérique algide et cyanosé, a porté si rapidement son action sur les pupilles. L'auteur tire de ce résultat une vue de thérapeutique qu'il se propose de poursuivre expérimentalement. Nous l'y engageons de toutes nos forces. Son premier essai dans cet ordre de recherches assure d'avance un vif intérêt à son œuvre, et nous avons dit que le présent travail attend un complément.

A. Dechambre.

VI.

VARIÉTÉS.

— MM. les médecins militaires Thomas et Pétronelli sont nommés *médecins principaux de 1re classe*.

— Sont promus à l'emploi de *médecin major de 1re classe*, MM. Brugnière, Biston, Leclerc, Dupont, Legay, Coret, Jullienne, Félix, Pau Saint-Martin, Cardailhac, Menuau, Colmant.

— Sont promus à l'emploi de *médecin major de 2e classe*, MM. Colau, Bertrand, Saugerres, André, Beaucamp, Pauli, Lamonta, Serrier, Witlich, Tavernier, Pauly, Dujardin.

— En vertu d'une décision de M. le ministre de la guerre, le sulfate de quinine ne sera plus employé, dans les corps qui composent les armées d'Algérie et d'Orient, que sous forme pilulaire. Cette mesure, appliquée déjà depuis 1840 en Algérie, est fondée sur ce que, pour le sulfate de quinine en poudre, le dosage est long et difficile à bien préciser, la dissolution embarrassante et l'administration peu commode.

— M. Broca, suppléant de M. le professeur Laugier dans le service de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, a commencé lundi dernier sa clinique, et la continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine. — La visite commencera à sept heures et demie. Les leçons auront lieu à neuf heures.

— On annonce que la *doctoresse* Clarke (de Boston), reçue au collége de Philadelphie, va venir à Paris pour se fortifier dans ses études.

— Un arrêté du directeur de l'Assistance publique du 20 avril 1853, et approuvé le 13 octobre suivant par le préfet de la Seine, a créé dans les divers arrondissements de Paris un service pour le traitement des malades à domicile. Cette institution fonctionne depuis le 1er janvier 1854. Il résulte d'un rapport adressé récemment à l'Empereur par le ministre de l'intérieur que, du 1er janvier au 30 juin, les inscriptions au traitement à domicile se sont élevées, pour les douze arrondissements, à 14,330. Sur ce nombre se trouvent 7,626 individus, pour la plupart ouvriers et pères de famille qui, jusqu'ici, n'avaient pas eu recours à l'assistance publique.

Pour les douze arrondissements, le prix moyen de chaque secours (non compris les médicaments et les bains) est de 3fr,86.

— M. le docteur L. Lunier, médecin en chef du quartier des aliénés de l'hospice de Niort, a été nommé directeur-médecin en chef de l'asile départemental des aliénés de Blois, en remplacement de M. le docteur Rousselin, récemment nommé médecin-adjoint de la maison impériale de Charenton.

— M. le ministre de l'intérieur vient d'adresser à tous les préfets de France une circulaire dans le but d'appeler leur attention sur la nécessité de pourvoir de soins médicaux les populations de nos campagnes par la création de médecins cantonaux. La circulaire promet une subvention du gouvernement, en tant qu'il sera nécessaire.

— En Angleterre, en Écosse et à Londres, depuis le mois de juillet, le nombre des cholériques a beaucoup augmenté. Dans cette dernière ville, la mortalité, depuis la seconde semaine de juillet jusqu'au 12 août, est représentée par les chiffres suivants : 5, 26, 133, 399 et 644. En Italie, le Piémont, la Toscane, les États-Romains, et surtout les Deux-Siciles, sont envahis. A Naples, il meurt, dit-on, jusqu'à 700 personnes par jour. En Espagne, Barcelone est fort maltraité. L'épidémie est très violente aussi aux Barbades. A Bridgetown, la mortalité cholérique est de 90 par jour à 3 et 400 ; de sorte qu'en quelques jours il est mort, dans cette petite ville, plus de 7,000 personnes. On signale également l'apparition du choléra à l'île de France.

— Une centaine de médecins militaires viennent de partir pour l'armée d'Orient.

Ont succombé au choléra à Gallipoli : MM. Plassan, Musard, Stéfani, Dumas et Gérard ; à Varna, MM. Ontier et Lagèze ; à Nagara, M. Claguart.

Choléra. — Mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civil de la Seine depuis le 30 août :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 31 août . .	31	7	38	38	26
1er septemb.	32	13	45	14	20
2	29	8	37	25	15
3	30	11	41	40	19
4	22	14	36	33	16
5	23	12	35	26	17
6	32	8	40	21	10
Résumé de 7 jours. .	199	73	272	197	123

Situation au 6 septembre : Cas traités depuis novembre. . 5,871

Sorties	2,414	5,405
Décès	2,991	

Il reste en traitement 466

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. — PARIS, 15 SEPTEMBRE 1854. — N° 50.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 14 septembre 1854.

RÉORGANISATION DE L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE LYON. — TRAITEMENT DE L'ORCHITE PAR L'ENDUIT DE COLLODION. — TRAITEMENT DE LA TEIGNE PAR UNE MÉTHODE NOUVELLE.

Sans entrer dans l'appréciation du décret qui réorganise l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, il nous sera permis de donner quelques éclaircissements propres à en mieux faire comprendre les dispositions.

Aux termes de l'ordonnance du 13 octobre 1840, les objets d'enseignement dans les écoles préparatoires sont distribués entre six professeurs, sous les titres suivants : 1° *chimie et pharmacie ;* 2° *histoire naturelle médicale et matière médicale;* 3° *anatomie et physiologie ;* 4° *clinique interne et pathologie interne ;* 5° *clinique externe et pathologie externe ;* 6° *accouchements*, *maladies des femmes et des enfants*. Comme on le voit, dans cette distribution, le cours de pathologie interne est annexé au cours de clinique interne, et le cours de pathologie externe à celui de clinique externe. Par une faveur spéciale à l'École préparatoire de Lyon, motivée sur l'importance du centre scientifique, une ordonnance du 13 juin 1841 a dédoublé cette partie de l'enseignement et créé des *chaires de pathologie* tout à fait distinctes des chaires de clinique. Elle y a, de plus, institué, en dehors du cadre déterminé par l'ordonnance du 1er octobre, une *chaire de matière médicale et de thérapeutique*. Enfin, une ordonnance du 10 avril 1842 a doté la même école d'une *chaire de pathologie et de thérapeutique générales*, ce qui élevait le nombre des professeurs à dix.

Le récent décret maintient les deux chaires de pathologie. Il reconstitue la partie de l'enseignement relative à la chimie et à la matière médicale, qu'il partage entre deux chaires portant les titres de : *Chaire de pharmacie et notions de toxicologie*, et *chaire de matière médicale et de thérapeutique*. En outre, il supprime totalement l'enseignement de la pathologie et de la thérapeutique générales. Ce décret, on le voit aisément, a le même but que celui qui vient d'être rendu sur le régime des établissements d'enseignement supérieur; il tend à fortifier le côté pratique des études. Nous

---

FEUILLETON.

De Haën. Sa vie et ses doctrines.

(Voir le numéro 48.)

Les tendances médicales de de Haën étaient hippocratiques, et, d'après le jugement de Becher, il peut soutenir la comparaison avec Sydenham, Boerhaave, Stahl et Van-Swieten, et il est infiniment plus simple et plus pratique que Frédéric Hoffmann. C'est surtout au lit des malades, dit le professeur de Berlin, que de Haën se montrait le fidèle interprète de l'esprit d'observation des anciens, et qu'il avait l'admirable talent de concentrer tous les efforts intellectuels de ses élèves vers l'interprétation médicale et philosophique des cas fournis par la pathologie. On ne rencontrait pas chez lui de ces futilités de diagnostic qui, outre qu'elles font perdre aux élèves un temps précieux, sont de nature à jeter dans l'esprit des doutes et des incertitudes. Il embrassait largement les choses, et poussait vivement les jeunes médecins dans cette voie féconde, ouverte par la science et complétée par l'esprit d'observation. Et pour que personne n'y fût trompé, il avait bien soin d'expliquer ce qu'il entendait par observation. Il stigmatisait résolument l'observateur superficiel, qui peut bien arriver, par l'habitude de voir les malades, à un diagnostic plus ou moins exact et à des applications thérapeutiques plus ou mois rationnelles, mais qui pour cela n'est pas plus un observateur qu'un simple agriculteur n'est un naturaliste, ou un jardinier un botaniste.

Déblayer le champ de l'observation de tous les produits inutiles, tel était le but de ses efforts, la tendance suprême de son enseignement ; et, pour n'en citer qu'un exemple, nous signalerons la vivacité qu'il met à combattre les exagérations dont on avait coutume d'accompagner l'étude du pouls chez les malades. Il ne voyait dans cette étude, dont on a voulu faire une science dans le XVIIIe siècle, qu'un raffinement indigne des esprits sérieux, une espèce de jeu dans lequel on s'efforçait d'imiter la subtilité du tact chez les Chinois exercés à faire certains tours d'adresse, et, que dirais-je encore? une espèce d'égarement de l'esprit, comme dit Hecker, qui tendait à déplacer l'activité cérébrale pour la reporter à l'extrémité des doigts. Il est bien entendu, sans doute, que nous n'attaquons pas la valeur des indications que l'on peut tirer par l'examen du pouls chez les malades : nous nous en servons tous les jours; mais nous sommes bien obligé d'avouer qu'il était honteux de voir les meilleurs esprits du XVIIIe siècle s'enthousiasmer pour un Solano qui ramenait toutes les études, à

nous bornons à rappeler qu'il y a longtemps que, pour notre part, nous nous élevons contre l'enseignement de la pathologie générale, c'est-à-dire de la synthèse scientifique, dans une école affectée aux études élémentaires.

Aux termes de l'ordonnance du 13 octobre 1840, chaque école préparatoire devait avoir seulement deux professeurs adjoints. Mais, ce nombre ayant paru insuffisant pour assurer les suppléances des chaires en cas d'empêchement des titulaires, une ordonnance du 12 mars 1841 a décidé que, dans les écoles où le besoin s'en ferait sentir, le ministre de l'instruction publique pourrait nommer, sur la présentation du directeur et après avis des professeurs, un ou plusieurs *suppléants spéciaux* choisis parmi les docteurs en médecine. C'est pour satisfaire au besoin prévu par cette ordonnance, que le décret, en maintenant dans l'École de Lyon trois adjoints, y nomme en outre trois professeurs suppléants. Il va même plus loin; et, comme on avait autrefois institué des chaires en dehors du cadre de 1840, il attache un professeur adjoint *hors cadre* à l'importante chaire de pharmacie et notions de toxicologie. A. D.

On se rappelle que, lors de la discussion engagée à l'Académie sur le traitement de l'orchite par l'enduit de collodion, on s'est séparé en s'invitant réciproquement à une nouvelle expérimentation. M. Ricord a présenté, dans la dernière séance, le résultat de ses propres essais; M. Velpeau a profité de l'occasion pour faire part des siens, et M. Bonnafont est intervenu pour prôner plus que jamais la médication mise en cause. Tout entendu et pesé, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons déjà dit (voyez *Gazette hebdomadaire*, n° 32) sur le côté scientifique de la question. Distinguer avec soin les divers éléments de la maladie, lésions anatomiques, mode d'origine, date du début, degré d'inflammation, âge et constitution, etc.; former sur ces données des catégories et constater le résultat obtenu pour chacune d'elles, sans se soucier des moyennes, est un travail qui n'a pas encore été fait avec la précision désirable, et auquel ne se prête pas d'ailleurs l'improvisation. Au point de vue pratique, il est avéré maintenant que l'enduit de collodion *élastique*, loin de déterminer ces douleurs atroces dont M. Ricord avait parlé dans la première discussion, commence généralement par apaiser celles qui existent. C'est ce qui ressort le plus clairement, ou, pour mieux dire, c'est le seul fait qui ressorte clairement de la discussion.

M. Bonnafont, dans sa réplique, en a appelé à un travail que nous avions entre les mains. Nous le publions aujourd'hui même, mais en faisant remarquer que plusieurs des observations qui y sont contenues, notamment les plus détaillées, ne déposent pas clairement en faveur de la médication. A. D.

Un rapport vient d'être adressé au directeur de l'assistance publique sur le traitement des teignes à l'hôpital Saint-Louis, par M. le docteur Bazin, médecin de cet hôpital. Ce rapport, qui asseoit le traitement de la teigne sur des indications nouvelles, analogues à celles qui dirigent si sûrement le traitement de la gale, mérite une attention particulière, et nous ne pouvions nous dispenser de le faire connaître à nos lecteurs. Heureusement, nous sommes en mesure de leur offrir mieux qu'une analyse pure et simple. M. le docteur de Pietra-Santa, auteur de l'article qu'on va lire, a suivi la clinique de M. Bazin; il a vu fonctionner son mode de traitement; il en a constaté les résultats. C'est donc une opinion réfléchie, autant qu'un exposé, que nous donnons ci-après. A. D.

Un progrès important vient d'être obtenu dans le traitement de la teigne, grâce aux savantes recherches et aux observations cliniques de M. le docteur Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

Il n'est pas besoin de longues phrases pour constater combien ces affections sont pénibles à voir, rebelles aux agents thérapeutiques, abandonnées presque toujours dans leur traitement à l'empirisme aveugle et aux spécifiques des commères de tous les pays. Qui n'a vu, dans nos hospices, l'aspect rebutant de ces êtres sur lesquels la nature semble avoir imprimé un cachet de crétinisme, honteux d'eux-mêmes, recherchant pour ainsi dire la solitude, n'osant se montrer, inspirant à tous le dégoût? Qui n'a rencontré dans sa pratique ces favus que des soins assidus de mois et d'années entières n'ont pu modifier? Qui n'a entendu parler de la quantité de pommades et de lotions, de procédés extraordinaires et de pratiques venant aboutir à la calotte de barbare et triste mémoire!

Des livres entiers ont été consacrés à la symptomatologie, à la pathogénie et à la classification méthodique de la teigne ou des teignes; et, pour ne parler que des principaux travaux faits en France, nous citerons ceux de Biett et d'Alibert, de MM. Rayer, Gibert et Cazenave. Toutefois, un point qui était

---

propos des crises, à trois rhythmes spéciaux dans le pouls. De Haën, avec ce tact exquis que lui avait donné l'observation clinique des maladies, se garda bien de marcher dans la voie ouverte par Solano. L'expérience lui avait appris sans doute les grandes variétés qu'offre le pouls dans les maladies nerveuses, et que l'extrême agitation des individus souffrants, les ressemblances extérieures les plus frappantes avec une fièvre ardente, ne sont pas toujours en rapport, il s'en faut, avec l'élévation ou la précipitation du pouls : c'est ce que nous observons tous les jours chez nos aliénés. De Haën ne se montra pas plus le partisan de Bordeu qu'il ne l'avait été de Solano, et il combattit à outrance le médecin français et dans sa personne et dans toute l'école de Montpellier; mais ici, dit Hecker, il se laissa aller à son exagération ordinaire, et son amour pour Hippocrate le fit tomber dans une erreur scientifique qui mérite d'être relevée. Où donc de Haën avait-il pris que le père de la médecine était déjà en possession d'une doctrine complète sur le pouls, lorsqu'il est bien prouvé que les connaissances les plus rudimentaires sur *les vaisseaux à pulsations et les vaisseaux sans pulsations* ne pouvaient se trouver que dans Praxagoras, et que la doctrine qu'il était possible d'en déduire n'avait été amenée à un certain degré d'évolution que dans Hérophile? Mais passons à ce qui constitue chez de Haën le véritable praticien, le thérapeutiste vraiment hippocratique, et contentons-nous, tout en relevant quelques erreurs de théorie, de faire ressortir les parties importantes de son enseignement, celles enfin qui peuvent s'harmoniser avec les progrès des sciences actuelles.

§ I.

Si l'on considère les préjugés médicaux qui existaient à l'époque de de Haën, on lui saura gré d'avoir traité les affections compliquées de fièvre ardente d'une manière plus rationnelle, et nous pourrons ajouter dans un instant d'une manière plus humaine que ses devanciers et ses contemporains. Des boissons rafraîchissantes, composées de miel et d'orge ainsi que des principes acides ou diurétiques de quelques plantes, remplacèrent chez lui l'arsenal souvent incendiaire de la pharmacopée viennoise. Dans un temps où les préjugés populaires se trouvaient, pour ainsi dire, d'accord avec les errements de la médecine, il recommandait de donner aux malades de l'air et de la lumière, de ne pas exagérer l'emploi des boissons excitantes et diaphorétiques, de ne plus les couvrir outre mesure pour amener la transpiration. Il puisait dans la pratique de Sydenham les éléments de cette thérapeutique si rationnelle; il démontrait par des faits nombreux qu'il agissait sagement en quittant la vieille routine; mais il ne

resté jusqu'ici enveloppé d'une profonde obscurité, c'est celui relatif à la nature de la maladie.

Les anciens, fidèles aux déductions de leurs théories humorales, ne voyaient dans la teigne qu'une épuration du corps avec une viciation, une âcreté plus ou moins grande de la matière morbifique.

Les modernes, s'arrêtant à l'appréciation des phénomènes organiques, ont attribué la teigne tantôt à une inflammation simple ou spécifique, tantôt à une lésion spéciale de sécrétion. Les uns, comme les autres, reconnaissaient la spontanéité morbide de l'affection, et référaient à une cause interne cette supersécrétion qui se modèle, sur les parties lésées, en croûtes plus ou moins denses. De pareils principes devaient naturellement conduire à une thérapeutique malheureusement inefficace.

L'application des recherches microscopiques à la physiologie et à la pathologie vint bientôt démontrer la nature végétale du produit favique, et constituer la théorie allemande, dont Remack fut le plus zélé partisan, et qu'ont adoptée chez nous les docteurs Gruby, Lebert et Charles Robin. M. Bazin, entrevoyant le rapport immédiat qu'il y avait entre la véritable nature de la teigne et son traitement, s'empressa d'instituer des recherches variées sur ce sujet, et il ne tarda pas à arriver à cette conclusion « que le microscope, les réactifs chimiques et l'anatomie pathologique démontrent d'une manière rigoureuse la nature végétale des teignes. »

De ce fait découlait une définition plus précise, et, pour M. Bazin, la teigne est une affection des poils, produite ou entretenue par la présence d'un végétal parasite. Le champignon est l'élément nécessaire de l'affection : sans lui, pas de teigne, comme il n'y a pas de gale sans l'acarus. Ajoutons ici que, pour cet honorable médecin, les teignes sont primitives ou consécutives, et qu'elles ont deux périodes de développement. Pendant la première, le végétal parasite est enfermé dans les parties constituantes du cheveu, le bulbe, la capsule, la tige elle-même ; pendant la seconde, le champignon se montre à l'intérieur, plus ou moins régulier. Dans tous les cas, l'affection, essentiellement locale, a une marche lente.

Ces observations cliniques ont conduit au nouveau traitement le praticien éclairé qui, par de consciencieuses et persistantes recherches, avait démontré l'efficacité des frictions générales dans la gale, et remplacé un traitement long et incertain par une méthode simple et rapide. Voyons la succession et l'analogie des idées.

La gale est produite par un animal parasite; on peut la guérir par des agents insectivores, pourvu que l'on établisse un contact immédiat entre le parasite et le moyen destructeur. Si la teigne est maintenue par un végétal parasite, pourquoi, en le mettant en contact avec des agents parasiticides, n'obtiendrait-on pas sa destruction, et partant la guérison de la maladie ?

L'observation clinique a démontré cette fois aussi de la manière la plus péremptoire l'exactitude de ce raisonnement *à priori*. Des agents parasiticides (la solution de sublimé corrosif, l'acétate de cuivre) ont été mis en contact avec la matière favique ; le champignon a été immédiatement attaqué, anéanti, et une prompte modification s'est opérée dans la teigne elle-même.

Des études successives firent connaître la série des moyens les plus efficaces pour atteindre le végétal parasite dans son efflorescence sur le cuir chevelu au-dessus du bulbe, et dans ses prolongements à l'intérieur de la cellule ou sporule pilifère : ils sont en grande partie constitués par une épilation méthodique, régulière, intelligente.

Voici actuellement un résumé des indications préconisées par M. Bazin dans le traitement de la teigne :

1° La première consiste nécessairement à nettoyer la tête, en la débarrassant de ses croûtes. A cet effet, on coupe les cheveux à 2 ou 3 centimètres, on applique sur la tête des lotions ou cataplasmes émollients pour ramollir les plaques. Vingt-quatre à trente heures après, on fait une première lotion parasiticide (sublimé ou acétate de cuivre à la dose de 3 à 5 grammes pour 500 grammes de véhicule). Son but est de détruire tout ce qui reste de libre des produits faviques à la surface du cuir chevelu, et sur les dépressions cutanées qui succèdent à l'enlèvement des croûtes.

2° La deuxième indication est constituée par l'épilation. Cette pratique, que nous avons vu exécuter avec rapidité par deux infirmiers du dispensaire de l'hôpital Saint-Louis, munis de pinces à mors de 3 à 8 millimètres de largeur, doit être faite avec le plus grand soin, et comprendre non seulement les parties malades, mais celles environnantes. Elle est, en général, peu douloureuse, surtout si l'on a soin d'extraire les cheveux dans le sens de leur implantation.

3° Une fois l'épilation partielle ou générale terminée, on procède à la troisième indication, c'est-à-dire à l'imbibition parasiticide : des brosses trempées dans les solutions susdites sont passées sur la tête, afin de détruire la partie profonde ou intra-cutanée du champignon.

---

put convaincre les vieux praticiens, qui ne voulaient rien savoir de ces *doctrines subversives*, et qui prétendaient qu'il fallait à tout prix amener des phénomènes critiques dans les fièvres dites inflammatoires. Ces phénomènes critiques se traduisaient, comme on sait, sous la forme d'éruption à la peau, et le traitement sudorifique avait des racines si profondes dans l'opinion, qu'il forme aujourd'hui encore la base de la thérapeutique populaire dans beaucoup de pays, et surtout dans le midi de l'Allemagne.

Si l'on examine à fond la raison d'être des traitements les plus excentriques, on voit qu'ils se rattachent de loin ou de près à des éléments théoriques. Or, en se rapprochant de la doctrine d'Hippocrate à propos des crises, de Haën s'éloignait des croyances qui dominaient à son époque. Il se gardait bien de contrarier l'évolution naturelle des jours critiques par une médecine perturbatrice, et c'est ce qui faisait sans doute que, dans son hôpital, il était donné aux élèves de pouvoir observer mieux que partout ailleurs l'apparition naturelle des phénomènes critiques. Ce n'est pas à dire que dès le principe il ne partageât complétement l'opinion généralement admise *de la signification critique des éruptions qui accompagnent certaines fièvres*, mais il arriva que ses ardentes polémiques avec Antoine Stoerck firent encore dévier ce profond observateur de la seule route qu'il lui était donné de suivre sans se tromper. *Il prétendit que la miliaire et les pétéchies n'étaient dans tous les cas que le résultat d'une influence maligne cachée* (*Thesis sist. febr. div.*, p. 35). Ce principe ne pouvait rentrer dans le domaine de l'observation ; il était aussi faux dans son essence que pouvait l'être le principe de ses adversaires : que *la miliaire et les pétéchies devaient dans tous les cas être considérées comme des phénomènes critiques*. Quoi qu'il en soit, l'erreur de de Haën était moins dangereuse dans ses résultats que la pratique où étaient amenés ses contradicteurs, à une époque surtout où le triste état des hôpitaux forçait souvent à coucher deux malades dans le même lit. Toutefois, on ne peut contester à de Haën d'avoir soutenu avec assez de bonheur son point de vue à propos de la signification symptomatique des éruptions miliaires et pétéchiales, et il est hors de doute que son traitement amenait bien moins souvent ces manifestations chez les malades de sa clinique que chez ceux des médecins des autres hôpitaux. Cela se conçoit facilement, comme nous l'avons déjà dit, avec le traitement sudorifique employé par la généralité des médecins. De Haën arriva encore à un autre résultat, celui de prouver que la fièvre miliaire n'était pas une affection endémique en Autriche ; mais il n'en est pas moins certain que le célèbre clinicien de Vienne, obligé de tenir tête à tant de contradicteurs, ne fut pas toujours exclusivement heureux dans ses appréciations théoriques, et que son ca-

A côté de ces règles générales viennent se grouper des indications particulières, toutes d'une parfaite simplicité, et que l'on peut connaître dans une ou deux visites au dispensaire.

On appréciera la nouveauté et la vérité de l'idée mère qui constitue le traitement de M. Bazin : — idée nouvelle, parce qu'elle découle des recherches récentes qui ont établi la nature végétale du parasite ; — idée vraie, parce que l'observation clinique la démontre d'une manière péremptoire. A ce double titre, nous en recommandons l'application et la propagation aux confrères chargés du traitement de la teigne dans les hôpitaux ou hospices civils.

Terminons par le résumé des expériences faites à l'hôpital Saint-Louis, ce sera la meilleure manière de recommander la méthode.

Dans le cours des années 1852-53-54, 202 malades ont été traités : 128 au pavillon Sainte-Marthe, 74 au dispensaire, ainsi répartis :

1.				
Favus.	122	93 hommes.	Guérisons bien constatées,	35
		29 femmes.	— —	5
2.				
Teignes tondantes. . .	28	25 garçons.	— —	14
		3 filles.	— —	1
3.				
Teignes acromateuses.	4	hommes.	— —	2
4.				
Teignes décalvantes. .	3	2 femmes.	— —	1
		1 homme.	— —	»
5.				
Mentagres.	44	hommes.	— —	16

Ces résultats sont très dignes de considération et très consolants ; si l'on ne se rendait pas assez compte de l'utilité des distinctions admises dans ce tableau, et si l'on avait dans la pratique de la difficulté à bien caractériser chaque groupe, on pourrait ne pas trop s'en préoccuper en songeant : 1° que toutes les teignes sont des affections des poils produites et entretenues par la présence d'un parasite, et toutes contagieuses à des degrés divers ; 2° que M. Bazin dit n'avoir pas encore trouvé de teigne qui ait résisté à l'union bien combinée de l'épilation et des lotions parasiticides.

Prosper de Pietra Santa.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Observations pour servir a l'étude de l'emploi du collodion dans le traitement de l'orchite blennorrhagique aiguë, par le docteur Armand, médecin des vénériens à l'hôpital militaire du Roule.

Obs. I. — S... (salle 8, n° 25) entre à l'hôpital le 10 mai 1854, atteint d'orchite aiguë du côté gauche, récemment développée par suite de la suppression d'un écoulement blennorrhagique qui datait de dix jours.

A la visite du 11, le testicule, gros comme un œuf de dinde, uniformément développé, rouge, dur, sensible à la pression, est soulevé et débarrassé des poils qui l'entourent avec des ciseaux, dont l'action est préférable, en pareil cas, à celle du rasoir.

La base du testicule est modérément embrassée par une bandelette qui permet de donner à la tumeur une forme en poire, de l'isoler, de la maintenir relevée et fixe à la hauteur voulue. A ce moment, on verse dans un vase de faïence une certaine quantité de collodion additionné d'huile de ricin dans la proportion de 2 grammes sur 30 de collodion, rendu ainsi moins prompt à s'écailler en desséchant (formule de M. Bonnafont préparée par M. Dedé). Ensuite, au moyen d'un petit pinceau de blaireau, toute la surface du scrotum enveloppant le testicule est recouverte successivement de couches de collodion, en procédant du sommet de la tumeur à la base ou col qu'étreint légèrement la bandelette support.

Sous l'influence de l'évaporation du collodion, la sensation de froid devient si vive qu'elle est prise par le malade pour une sensation de chaleur intense. Ce sentiment douloureux n'est que passager ; il diminue à mesure que la dessiccation se produit, et ne dépasse pas quatre ou cinq minutes de durée. Les deux chefs du lien, qui étaient seulement maintenus juxtaposés en anse, sont laissés flottants, et le testicule est maintenu relevé au moyen d'un suspensoir, le malade restant alité.

Prescription : Quart ; tisane de lin.

Le lendemain, la tumeur a diminué d'un tiers. Même application que la veille ; peu de douleur pendant quelques instants, jusqu'à dessiccation.

Le troisième jour du traitement, résolution plus marquée. Troisième application de collodion. La physionomie du patient ne trahit aucune douleur ; il faut lui demander ce qu'il éprouve pour savoir que la sensation de froid est toujours prise pour un sentiment de brûlure légère.

Quatrième, cinquième et sixième jour. La résolution continue progressivement ; nouvelle application de collodion chaque jour, *ut suprà* pour le *modus faciendi* et les effets. Le régime est porté à la demie.

Le septième jour, il reste un léger engorgement de l'épididyme, et le huitième nous croyons opportun de prescrire un bain, dont l'action nous parut plus nuisible qu'utile ; mais une légère recrudescence est réprimée par quelques lotions d'eau blanche.

Le douzième jour, la résolution est à peu près complète. Trois quarts de portion.

Le seizième jour, le malade sort guéri.

Obs. II. — M... (salle 5, n° 2) entre à l'hôpital le 9 mai 1854, atteint d'orchite gauche datant de cinq jours, et consécutive à la suppression d'un écoulement urétral.

ractère altier eut à souffrir de s'avouer intérieurement plus d'une défaite. Pringle, qui certainement lui était inférieur, démontra d'une manière péremptoire, dit le docteur Hecker, que de Haën avait méconnu les différences les plus essentielles des fièvres, en confondant les éruptions critiques avec les éruptions symptomatiques.

On a reproché à de Haën d'avoir rejeté l'emploi des vomitifs et des purgatifs, si communément employés à son époque ; mais ceci ne ressort pas de l'étude de ses œuvres. Nous voyons, au contraire, qu'il faisait de ces remèdes un usage plus considérable que Van-Swieten ; mais, en hippocratiste rigoureux, il ne voulait les employer qu'en temps opportun, et il est hors de doute que les boissons rafraîchissantes et diurétiques qu'il donnait à ses fiévreux rendaient l'emploi des vomitifs moins nécessaire que chez les malades que l'on accablait de remèdes incendiaires. Il y avait encore un autre excès à combattre. Beaucoup de médecins inauguraient invariablement par un vomitif le traitement des maladies accompagnées de fièvre, quelles que fussent ces maladies ; ils donnaient ensuite tous les deux jours un purgatif, le plus ordinairement drastique. Ce n'est pas que, dans le XVII[e] siècle déjà, l'esprit d'opposition ne se fît sentir à propos de cette méthode absolue et conséquemment irrationnelle ; mais l'engouement pour cette thérapeutique était partagé par les médecins et leurs malades ; et, au moment même où l'esprit satirique de Gédéon Harvée (1) stigmatisait les tendances des médecins de son époque, et où notre illustre Molière les ridiculisait sur la première scène du monde, ceci n'empêchait pas les éclatants succès de Fizes, à Montpellier, dont la méthode était suivie par la presque généralité des médecins. Cette méthode, dit le professeur Hecker, était incontestablement aussi nuisible que l'excès des sudorifiques de toute nature, et ce sera la gloire de de Haën d'avoir réagi contre des traitements aussi irrationnels. « Sans doute, ajoute l'illustre critique, on pourra déplorer que de Haën, poussé à bout par ses contradicteurs, ait été trop loin, et qu'avec la volonté systématique de ne faire aucune concession, il soit tombé dans l'excès contraire. Tant il est vrai que parmi les médecins il ne règne pas assez de raison pour qu'une exagération n'en provoque pas une autre ; et celle de de Haën était la moins dangereuse peut-être, puisqu'il put se flatter de n'avoir jamais eu dans son hôpital de fièvres avec pétéchies. » (*Rat. med.*, t. I, p. 175.)

(1) *Medici stercorarii, qui morbos per anum expellunt.* Gédéon Harvée a été le médecin ordinaire de Charles II. Il a laissé deux traités curieux qui ne sont pas communs : 1° *Ars curandi morbos expectatione.* 2° *De vanitatibus, dolis et mendaciis medicorum*, in-12, Amsterdam, 1695.

Le 10, l'épididyme du testicule droit commence à s'engorger. Application du collodion sur l'orchite. Sensation brûlante, mais très supportable, pendant que la dessiccation s'opère.

Le lendemain, deuxième application de collodion, *ut suprà*.

Le troisième jour de traitement, la résolution progresse.

Le quatrième jour, le testicule droit est pris; il est devenu plus gros qu'un œuf; on le recouvre d'une couche de collodion qui produit peu d'effet et est renouvelée le lendemain (cinquième jour).

Le sixième et le septième jour, la résolution marche rapidement.

Le huitième, il reste de l'empâtement dans le scrotum, à la surface duquel le collodion forme de larges écailles. Le malade, sur sa demande, prend un grand-bain, à la suite duquel il y a reproduction des deux orchites aussi développées (neuvième jour) qu'au début. Application du collodion de chaque côté. La douleur n'est pas sensiblement plus vive qu'aux précédentes.

Le lendemain (dixième jour), les orchites sont en voie de résolution, mais les cordons sont engorgés et douloureux. Ces symptômes cèdent à des applications de cataplasmes opiacés *sur le pubis et les aines*. La résolution des orchites marche lentement.

Au quatorzième jour, recrudescence de l'orchite droite. Nouvelle et dernière application de collodion. A partir de ce moment, la résolution, favorisée par des frictions d'hydriodate de potasse, marche uniformément; mais un suintement urétral reparaît, et le malade est mis à l'usage de la potion de Chopart.

Le convalescent est en état de sortir au vingt-quatrième jour de son traitement.

Obs. III. — M... (salle 8, n° 22) entre à l'hôpital le 3 mai, atteint de chancres, d'urétrite et d'épididymite légère à gauche.

Soumis au traitement antiphlogistique d'usage, les chancres tendent à la cicatrisation; mais les glandes inguinales s'engorgent, l'écoulement diminue, se supprime, et l'épididymite augmentant, le testicule se prend aussi. L'orchite est manifeste le 17 mai. Application de collodion.

Le lendemain, diminution de moitié; deuxième application.

Au troisième jour, notable diminution.

Les jours suivants, après une lotion avec teinture d'iode assez douloureuse, frictions de pommade d'hydriodate de potasse sur le scrotum et frictions mercurielles sur les glandes inguinales, qui se dégorgent.

Le quatorzième jour (du traitement de l'orchite), réapparition de l'écoulement urétral. Potion de Chopart pendant quelques jours.

Sorti guéri le 6 juin.

Obs. IV. — A... (salle 8, n° 12) entre à l'hôpital le 22 mai 1854, porteur d'une orchite blennorrhagique à droite, parue depuis trois jours par suite de la suppression d'un écoulement urétral qui datait d'une quinzaine.

Le 23, le malade, d'une constitution débilitée par des atteintes antérieures de fièvre intermittente, paraît un peu plus sensible que nos autres malades à l'action du collodion, mais la douleur ne se prolonge pas au delà de sept ou huit minutes.

Le lendemain, le testicule a diminué d'un tiers, mais il y a un peu d'engorgement et de douleur au cordon.

Le troisième jour, une seconde application de collodion amène une résolution de moitié, mais l'écoulement reparaît; nous prescrivons quelques potions de Chopart.

Sorti guéri le 9 juin.

Obs. V. — B... (salle 8, n° 33) entre à l'hôpital, porteur d'une orchite droite survenue il y a quinze jours par suite de la suppression d'une blennorrhagie. L'orchite a été traitée à l'infirmerie régimentaire par les émollients et les frictions mercurielles; mais la persistance de l'engorgement (le testicule est bien plus gros qu'un œuf) fait envoyer le malade à l'hôpital.

A la visite du 24 mai, application du collodion. Douleur ni plus vive ni plus prolongée que d'habitude.

Le lendemain, diminution d'un tiers; deuxième application.

Le troisième jour, délitescence; il reste un peu d'épididymite. Frictions iodées.

Sorti guéri le 6 juin.

Obs. VI. — J... (salle 5, n° 5), entré le 29 mai. Urétrite et orchite gauche; cinq jours d'invasion.

Le 30. Collodion; douleur assez vive pendant cinq minutes; légère douleur dans la journée sur le trajet du cordon.

31. Un peu de diminution; collodion.

1er juin. Diminution plus notable; engorgement du cordon.

2-3. Potion de Chopart.

6. Résolution presque complète.

Sorti guéri le 9.

Obs. VII. — S... (salle 5, n° 8). Blennorrhagie et orchite survenue il y a quatre jours.

Collodion le 5 juin. Sensation habituelle.

Le lendemain, diminution d'un tiers. Une deuxième application de collodion amène une résolution à peu près complète.

La coque scrotale collodionnée est sans écailles le 9, et, en faisant sortir le testicule, on le trouve revenu à l'état normal; il ne reste qu'un peu d'épididymite.

D'après les faits qui précèdent, l'emploi du collodion dans le traitement de l'orchite blennorrhagique aiguë a pour effets immédiats de produire, par une évaporation instantanée, une réfrigération assez vive pour être prise par le malade pour une sensation de vive chaleur, qui n'a cependant rien d'excessif, puisque nous avons dû demander à certains malades restés impassibles quelles impressions ils éprouvaient. La douleur, variable selon les individus, ne dure que quelques minutes, juste le temps qu'il faut aux couches de collodion pour se dessécher.

La coque ainsi produite opère un froncement très marqué de la surface du scrotum qui a été recouverte. Toutefois, quelque précaution que l'on prenne pour embrasser et étreindre le testicule au moment de l'application, jamais on ne parvient à emprisonner cet organe dans la coque scrotale collodionnée, qui ne forme qu'une demi-sphère en forme de calotte évasée. C'est donc moins par une compression exercée sur le testicule engorgé que s'opère sa résolution, que par l'impression réfrigérante qu'il subit; réfrigération qui, plus marquée que celle qu'on produit par la boue de remouleur, parfois employée avec succès, détermine aussi une répercussion plus rapide; car, du jour au lendemain, la règle, c'est de voir l'orchite diminuer d'un tiers, quelquefois plus. Ce qui prouve le rôle capital, sinon exclusif, de la réfrigération, c'est que M. Bouisson

---

Ce serait certainement un travail impossible à faire, dans les limites où nous devons nous restreindre, que de suivre pas à pas de Haën dans l'immense évolution de son enseignement clinique, et nous faire ainsi systématiquement le défenseur ou le critique de ses idées. Nous avons surtout pour but, dans ce moment, d'exposer la nature de ses tendances thérapeutiques, et nous ne pouvons mieux faire que de nous arrêter à une maladie spéciale, trop importante pour qu'elle ne fasse pas aujourd'hui encore le sujet de nos méditations : nous voulons parler de la variole.

§ II.

Les grandes discussions qu'a eu à soutenir de Haën à propos de l'inoculation de la variole l'engagent à rendre compte de la manière dont il traite cette maladie dans l'hospice qui lui est confié.

Dès le principe de la manifestation contagieuse, il emploie les émissions sanguines. Il ne fait pas usage de l'émétique. Il a vu aussi fréquemment des varioles bénignes en dehors de l'emploi de l'émétique qu'avec l'application de cet agent thérapeutique. Pourquoi d'ailleurs tourmenter inutilement les malades? *Quid ergò frustrà corpora torqueamus?* L'expérience lui a d'ailleurs appris qu'en excitant les mouvements, il se fait des éruptions plus nombreuses et d'une nature plus dangereuse. Si l'on consulte Boerhaave, de Haën observe le silence le plus complet à propos d'émétique, mais il recommande les antiphlogistiques. On tiendra le ventre libre, on donnera des boissons émollientes et diurétiques; on placera, autant que possible, le malade dans un air tempéré et humide : *Ut totus homo, quoad ejus fieri possit, laxetur et emolliatur.* On facilitera par ces moyens la sortie de la matière variolique à la peau. Les émissions sanguines seront répétées s'il y a fièvre : *Pro ratione febris venæ sectiones repetuntur.* Pour faciliter la sortie des pustules, les malades prendront deux fois par jour des pédiluves jusqu'au-dessus des genoux; on emploiera de l'eau simple ou adoucie par des décoctions émollientes. On essuiera les pieds et les jambes des variolés, on appliquera des épispastiques, non-seulement à la plante des pieds, mais aux jambes et aux cuisses. A l'occasion des bains de pieds, les malades resteront assis hors de leur lit une heure ou deux matin et soir; on profitera de ce moment pour changer l'air de la chambre et rétablir la plus minutieuse propreté. De Haën insiste surtout sur le changement d'air : *Aere perflantur.* Pour boissons, des émollients et des rafraîchissants, du petit-lait surtout, du lait mélangé avec de l'eau. Il recommande matin et soir l'emploi du sirop diacode, une once à une once et demie chaque fois; le plus ou moins de tranquillité du malade in-

a obtenu le même effet par l'éther seul. Et, à ce titre, il y a à se demander si l'addition d'huile de ricin, retardant l'évaporation du collodion, n'amoindrit pas l'instantanéité et l'énergie de son action spéciale.

Lorsque l'on a ainsi obtenu, par une sorte de mouvement fluxionnaire en retour, un commencement de résolution, il faut la laisser s'opérer progressivement jusqu'à délitescence complète. Si l'on veut brusquer cette rétrocession par des applications de collodion chaque jour répétées, il peut y avoir métastase sur le testicule opposé (un cas) et presque toujours engorgement douloureux du cordon, phénomène qui ne dure guère au delà de vingt-quatre à quarante-huit heures; mais il est rare en même temps que l'écoulement ne reparaisse pas.

Cependant, autant on doit respecter la rétrocession commençante par une première application, en la favorisant par le repos absolu et la position relevée du testicule au moyen d'un suspensoir mollement adapté, autant il est urgent de recourir au collodion toutes les fois qu'il y a recrudescence par cause quelconque. En un mot, le mouvement fluxionnaire expansif doit être répercuté, le mouvement fluxionnaire en retour doit être respecté. Quant à l'écoulement urétral reproduit, il est rare qu'il soit intense; dans tous les cas, s'il persiste, il suffit de quelques potions de Chopart pour le faire disparaître. Besoin n'est de dire qu'il est prudent de s'abstenir alors d'injections astringentes, qui pourraient reproduire l'orchite par métastase ou répercussion.

En résumé, l'emploi du collodion est un moyen énergique de répercussion dans le traitement de l'orchite blennorrhagique. La douleur que provoque son application, sans être plus vive que celle qu'on ressent par une application de sangsues, est infiniment plus courte, sans en avoir les nombreux inconvénients.

Lorsqu'une ou deux applications de collodion suffisent, il y a même économie sur l'emploi des sangsues.

Sous le rapport de la durée du traitement, l'avantage est encore au collodion, dont l'action, rapidement résolutive, a surtout pour effet de prévenir ces engorgements chroniques, ces indurations et toutes leurs fâcheuses conséquences qui suivent souvent l'emploi des autres médications.

Dans les cas d'orchites traumatiques, la guérison est plus rapide encore, ainsi que l'a observé M. Bonnafont; car, par suite de la non-spécificité de la fluxion testiculaire, il n'y a pas d'écoulement urétral reproduit qui vienne retarder la sortie du malade.

Malgré cela, et en attendant de nouveaux faits à l'appui de nos assertions, nous avons dès aujourd'hui la conviction que le collodion restera comme agent héroïque dans la curation de l'orchite blennorrhagique.

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

DE L'AMPUTATION DU BRAS DANS LE CAS DE PRÉSENTATION DE L'ÉPAULE.

Dans le *Bulletin des travaux de la Société de médecine de Boulogne-sur-Mer*, pour 1853, où se trouvent plusieurs communications pleines d'intérêt, nous nous attachons spécialement à un travail de M. Perrochaud, ancien interne des hôpitaux de Paris et praticien distingué, à cause de l'importance des questions que ce travail soulève et des débats souvent passionnés auxquels quelques-unes de ces questions ont donné lieu. Nous le dirons en passant, ce nous est un vrai plaisir de prêter notre publicité aux Sociétés de province qui donnent, comme celle de Boulogne, de nombreux témoignages d'union confraternelle et d'ardeur scientifique.

On sait que, jusque vers le milieu du siècle dernier, rien ne paraissait plus effrayant que l'issue d'un bras pendant le travail, et qu'on s'efforçait presque toujours en vain de le faire rentrer dans la matrice, parce qu'on croyait que sa présence dans le vagin formait un obstacle insurmontable à l'introduction de la main de l'accoucheur dans l'utérus. Cette croyance erronée et l'impossibilité de faire rentrer le bras avaient naturellement conduit, pour sauver au moins la mère, à la dure nécessité de désarticuler, d'amputer le bras ou même de l'arracher en le tordant. On ne peut, sans éprouver un sentiment pénible, soulever le voile que le temps a jeté sur les résultats d'une telle pratique, qui est encore de temps en temps invoquée pour pallier des fautes qui tirent leur origine d'une tradition incomplétement oubliée. Mais n'est-il pas des cas de version impraticable où, la nécessité faisant loi, cette amputation peut seule rendre possible l'introduction de la main dans l'utérus, et, par conséquent, doit être pratiquée, d'autant mieux que l'auscultation donnant le moyen d'éviter de mutiler un enfant vivant, fait tomber un des reproches les mieux fondés adressés à ce mode d'embryotomie. Telle est la question que posent les deux faits observés par M. Perrochaud, et à l'aide desquels il s'efforce de réagir contre la proscription, suivant lui trop absolue, de l'amputation du bras. C'est donc en pleine connaissance de cause qu'a agi notre honorable confrère, et il n'éprouve aucune hésitation à soumettre sa conduite à l'appréciation du monde médical, comme on va en juger.

« Les deux faits, dit-il, dont je vais raconter l'histoire, se sont présentés dans ma pratique à douze ans d'intervalle l'un de l'autre; tous deux ont offert une analogie de circonstances et d'indications tellement parfaites, qu'ils semblent être calqués l'un sur l'autre. Dans l'un et dans l'autre cas, j'ai dû, forcé par la nécessité et en quelque sorte malgré moi, recourir à un moyen énergiquement blâmé par quelques accoucheurs célèbres et contre lequel moi-même j'avais les plus grandes préventions. »

Obs. I. — Le 15 juin 1840, je fus appelé à six heures du matin, par

---

diquera, du reste, la quantité à prendre. Il se sert aussi avec succès du laudanum de Sydenham, surtout quand la variole est maligne. Dans les cas bénins, il se contente du sirop diacode, afin de faciliter la tolérance du mal. Il fait de ce médicament un usage continu, l'expérience lui ayant appris comment les varioles les plus bénignes subissent les transformations les plus fâcheuses pour des causes souvent imperceptibles : *Docente experientia vel benignissimas variolas a causa vix detegenda in malignas mutari.* C'est avec une insistance spéciale qu'il recommande l'usage des opiacés; il y revient souvent, car, dit-il, que les malades dorment ou ne dorment pas, il est de fait qu'ils souffrent moins. Il ajoute encore que l'opium donné en lavements n'a pas ces mêmes bons effets (*pulchris iis caretur effectibus*).

Les lavements seront donnés tous les jours, non pas seulement pour soulager le ventre, mais pour provoquer des selles et débarrasser l'économie de l'opium qui est donné par les parties supérieures (1).

(1) J'ai surtout reconnu la sagesse de ce principe chez nos aliénés qui, sous l'influence de leur état nerveux, peuvent prendre des doses énormes de certains remèdes, lesquels sont pour ainsi dire neutralisés par l'état général de l'économie, et qui peuvent à la longue produire des phénomènes toxiques si l'on n'a pas soin d'agir sur le canal intestinal pour produire des évacuations.

Depuis le commencement de la maladie jusqu'à la fin, il a soin de faire laver tous les jours les yeux et le visage des malades avec un mélange de lait et d'eau, avec du lait dans lequel on a fait bouillir de la semence de *sumac*. Si malgré tous ces soins le mal empire, si l'éruption ne se fait pas au vœu du médecin, le traitement doit être dirigé selon les indications. Si la fièvre est violente et la pléthore considérable, s'il y a danger de voir s'établir une péripneumonie ou une phrénétidite, il faut recourir aux émissions sanguines : *Mox vena secatur; semel iterato, pluriesve.* Mais si une débilité excessive met la vie en danger, usez alors de cardiaques, de toniques, de potions vineuses surtout, non-seulement à l'intérieur, mais en imbibant les parties du corps les plus susceptibles d'absorption, les aisselles et les aines. Les vésicants feront aussi merveille : *Mira hic et vesicantia præstant.*

La salivation est parfois copieuse dans la variole confluente; quelquefois elle est nulle; mais comme il a soin de donner une grande quantité de boissons délayantes et de renouveler souvent l'air que respirent les malades, il ne s'inquiète pas beaucoup de cette complication. Que faire dans les cas désespérés où l'éruption s'arrête dans sa marche, où les boutons, en se flétrissant soudainement, menacent le malade d'une résorption générale? L'art est souvent impuissant, il est vrai; mais on peut encore opé-

une sage-femme, près de madame Oyer. Cette dame, qui avait eu déjà plusieurs enfants, était en travail depuis trois jours ; la poche des eaux était rompue depuis vingt-quatre heures. Bien que les contractions utérines eussent été jusque-là très énergiques, la sage-femme, croyant à une présentation des fesses, ne s'était pas trop inquiétée de la lenteur de ce travail. A mon arrivée, je trouvai le col dilaté mais très résistant, et l'excavation du bassin presque entièrement remplie par une masse charnue, présentant dans son milieu un sillon très profond. Cette masse pouvait facilement, en effet, au premier abord, en imposer pour l'extrémité pelvienne ; mais, après un examen qui nécessita l'introduction tout entière de la main dans les parties génitales, je finis par reconnaître qu'elle était constituée, d'une part par la partie supérieure du bras droit, et d'autre part par la région sous-épineuse de l'épaule du même côté. Il s'agissait d'une présentation de l'épaule droite en première position (*céphalo-iliaque gauche*). Mais la poche des eaux étant rompue depuis la veille au matin, tout le liquide amniotique, sous l'influence de contractions utérines énergiques et répétées, s'était entièrement écoulée; la matrice elle-même, comme il était facile de le constater à travers la paroi abdominale, était rétractée et comme moulée sur le corps de l'enfant. Je ne me dissimulai pas l'extrême gravité de ce cas, et toutes les difficultés qui allaient surgir du resserrement du col et de la rétraction du corps de l'utérus. Je fis cependant des tentatives énergiques et réitérées de version, mais ces tentatives furent vaines, et n'eurent d'autre résultat que la sortie du bras hors de la vulve. Les bains entiers, la saignée, les lavements avec le laudanum à haute dose, les frictions avec l'extrait de belladone au pourtour du col furent successivement, mais infructueusement employés. Il me fut impossible, gêné que j'étais par la présence du bras et de l'épaule, de vaincre la résistance du col et d'introduire la main dans la cavité utérine. Horriblement fatigué et à bout de forces, j'appelai à mon secours M. Fricant, praticien habile, et qui a laissé comme accoucheur une réputation brillante et incontestée. Ce confrère essaya encore à diverses reprises, mais également sans succès, de pratiquer la version podolique. Comme l'enfant, par l'auscultation, ne donnait plus signe de vie, et qu'il ne restait d'autres ressources pour sauver la mère que l'embryotomie, M. Fricant proposa de recourir immédiatement à l'amputation de l'épaule. Imbu des idées du professeur P. Dubois, qui rejette énergiquement ce moyen comme inutile et ne facilitant en rien la version, je rejetai bien loin cette proposition et me mis en devoir de pratiquer la décollation. Mais cette opération, que sur la foi des livres et d'un accoucheur éminent, je croyais simple et facile, fut tout à fait inexécutable. Le doigt indicateur, avec lequel je devais saisir et abaisser le cou, ne put pas même atteindre le haut de l'épaule. Je ne fus pas plus heureux avec un crochet mousse que je parvins, non sans peine, à fixer sur la région cervicale, et à l'aide duquel je pus exercer des tractions énergiques. Le cou ne s'abaissa que de 1 centimètre, et resta fixé au détroit supérieur. Cette circonstance rendait inapplicable la manœuvre conseillée pour la section. Cette manœuvre, on le sait, exige que l'indicateur, fixé sur les parties que l'on doit inciser, guide et dirige sans les abandonner les extrémités de très longs ciseaux courbés sur leur plat. Force fut donc de revenir à la proposition de mon confrère. Je fis sans désemparer l'amputation du bras dans l'articulation scapulo-humérale. Cette opération, qui n'offrit aucune difficulté, me permit enfin d'introduire la main dans la cavité utérine, de saisir les pieds, et de terminer cet accouchement, qui, dans ma conviction, eût été impossible par tout autre moyen. L'enfant, du sexe masculin, était d'un volume ordinaire. Il ne donna aucun signe de vie. Les suites de couches ne laissèrent rien à désirer.

Obs. II. — Cette observation a pour sujet madame Labie, primipare, près de laquelle je fus appelé le 20 mai 1852, à dix heures du soir, par une sage-femme très capable, mais qui elle-même, appelée un peu tardivement et après la rupture des eaux, n'avait pas reconnu d'abord la présentation du tronc. A mon arrivée, l'épaule droite tout entière avait franchi le col et faisait saillie dans l'excavation. Je ne perdis pas un instant, et me mis en devoir de pratiquer tout de suite la version. Mais cette fois, comme dans le cas précédent, je rencontrai dans le resserrement du col et la rétraction utérine un obstacle incoercible. Pendant toute la durée de la nuit, depuis dix heures du soir jusqu'à cinq heures du matin, je fis sept à huit tentatives de version, qui toutes furent complétement infructueuses. L'inutilité bien démontrée de ces tentatives, la persistance de la rétraction utérine, qui ne céda ni à deux saignées, ni à plusieurs bains prolongés, ni à la belladone en frictions, ni à l'opium à haute dose, ne laissaient d'autres alternatives que l'embryotomie proprement dite et le procédé qui, dans un cas presque identique, m'avait si parfaitement réussi. J'oubliais de dire que, dès trois heures du matin, l'enfant ne donnait plus signe de vie. Mais le fait de la dame Oyer, malgré ses heureuses conséquences, ne m'avait pas complétement convaincu que l'extirpation de l'épaule dût être acceptée comme méthode générale. Peut-être n'avait-il été qu'un fait exceptionnel. Il ne pouvait donc se présenter une occasion plus favorable de comparer la valeur et les ressources des deux méthodes. Prévoyant, à cause de l'élévation des parties, qu'il me serait impossible d'abaisser le cou avec l'indicateur, j'introduisis un crochet mousse que je parvins à fixer solidement sur la portion cervicale du rachis; mais, comme chez le sujet de notre première observation, l'utérus, énergiquement rétracté, maintenait la tête et le cou dans une telle immobilité que tous mes efforts pour les abaisser furent complétement inutiles. Cette résistance rendant la décollation impraticable, je fis immédiatement l'amputation du bras. Cette ablation, qui fut d'une exécution extrêmement facile, laissa dans l'excavation un vide considérable. C'est grâce à ce vide et au dégorgement considérable qui se fit des parties engorgées que je crus pouvoir franchir le col et d'atteindre les pieds du fœtus, et la main parvint, en effet, jusqu'au fond de la cavité utérine. Je touchais les pieds de l'enfant; malheureusement, cette main déjà affaiblie par les tentatives précédentes et affreusement endolorie par la contraction tonique de l'utérus, était comme frappée de paralysie. Dans cette conjecture pénible et vraiment décourageante, je conçus l'heureuse idée d'aller jusque dans l'utérus chercher, avec mon crochet mousse, un des jarrets de l'enfant. Cette manœuvre me réussit parfaitement; des tractions énergiques, mais prudentes, amenèrent peu à peu le genou jusqu'à la vulve. L'extraction du fœtus, qui était un très fort garçon, se fit selon les règles connues. Les suites de couches furent on ne peut plus heureuses.

» Les deux observations qui précèdent, ajoute M. Perrochaud, peuvent donner une idée des embarras et des difficultés qui se rencontrent dans la pratique des accouchements ; elles prouvent aussi les inconvénients et les dangers des opinions systématiques. Que peuvent dire, en présence de ces deux faits, les auteurs qui proscrivent comme inutile et irrationnelle l'amputation du bras dans les cas de ce genre? Objectera-t-on que la version, qui a été possible après cette mutilation, devait l'être également avant? Mais on se souvient que, pour le premier cas, des tentatives énergiques et persévérantes de version avaient été faites préalablement, non seulement par moi, mais aussi par un accoucheur d'une extrême habileté ;

rer des merveilles. Il a administré avec succès, dans des cas pareils, les décoctions faites avec l'écorce du Pérou (1). Dans la généralité des cas, il a donné issue au pus en perçant les boutons, tant au visage que sur le reste du corps ; et, comme ces boutons ne se sèchent pas tous à la fois, mais les uns après les autres, il faut revenir à la charge. Ne voit-on pas, du reste, quelques malades se déchirer eux-mêmes le visage, les bras et les jambes pour trouver du soulagement? On ne perdra pas de vue que les pustules ouvertes et détergées sont retrouvées quelques heures plus tard de nouveau tuméfiées et remplies de pus; il faudra donc recommencer le soir l'ouvrage du matin : *Idque, quater, quinquies, imò pluries iterandum.* On retirera de cette pratique des effets merveilleux. Il ne craint pas même, après la dessiccation, de revenir encore à la saignée pour débarrasser l'économie de cette matière qui, après la disparition des boutons varioliques peut affecter les yeux ainsi que d'autres parties du corps, et se traduit souvent par des furoncles sur tout le corps.

La perforation des pustules est-elle de nature à laisser des cicatrices difformes? Diemerbroëck le croit; mais telle n'est pas l'opinion de Haën. Il en serait ainsi, peut-être si l'on ne donnait issue au pus qu'une seule fois ; mais si l'on répète plusieurs fois cette opération, on arrive à un résultat contraire : *Si pluries repetatur, sane non deturpat, at emendat.* Il s'est servi dans une infinité de cas de cette méthode, et aucun de ses malades n'est resté défiguré : *Certe multis ab annis hoc methodo usus, testorme, qui profundis cicatricibus defœdatus esset vidisse neminem.*

Docteur Morel (de Maréville).

(La suite au prochain numéro.)

(1) Dans quelques chapitres intitulés *De nonnullis infortuniis nostris*, on peut lire des exemples remarquables de guérison et d'insuccès. Je ne connais rien de si instructif que ces observations où ce grand médecin, avec une bonne foi qui lui fait honneur, rend compte de ses insuccès. La lecture de ces mêmes chapitres m'a donné à penser que les critiques de de Haën avaient trop insisté peut-être sur les exagérations de son caractère altier.

A Séville, des professeurs de pyrotechnie proposent à l'autorité de faire allumer des feux sur les places et brûler de la poudre pour assainir l'air. *(El Porvenir.)*

que, pour le second cas, de semblables tentatives avaient été répétées en vain pendant toute une nuit. Comment alors admettre que l'enlèvement du bras n'ait été pour rien dans le succès des derniers efforts? Ceux-ci n'avaient-ils pas été faits dans des conditions bien plus défavorables que les premiers, en raison du temps écoulé, des tentatives répétées de version qui ont dû accroître la rétraction utérine, et de la fatigue de l'accoucheur, qui allait jusqu'à l'épuisement presque complet des forces? Restait la décollation; mais n'avait-elle pas été tentée vainement dans le premier cas?» Les difficultés que l'opérateur a rencontrées, celles qui sont mentionnées dans quelques-uns des cas où l'on a eu recours à cette opération, lui font douter qu'elle soit souvent applicable, et que les accoucheurs qui la vantent l'aient souvent mise en usage, et il trouve la justification de ses doutes dans la naïveté avec laquelle ils conseillent, pour pratiquer la décollation, d'introduire la main tout entière dans l'utérus et d'abaisser le cou avec l'indicateur recourbé en crochet. S'il avait pu introduire la main dans l'utérus, il pense qu'il aurait pu à coup sûr terminer la version sans recourir à une opération sanglante.

Suivant M. Perrochaud, «l'obstacle principal à la version chez ses deux malades fut la présence, dans l'excavation, du bras et de l'épaule énormément tuméfiés. L'ablation du premier et le dégorgement considérable qui se produisit dans la seconde ainsi que dans les parties qui avaient franchi le col, en permettant à la main une plus grande étendue de mouvement, ont rendu possible ce qui avait été vainement tenté jusque-là. C'est donc, ajoute-t-il, une grave erreur de prétendre que la présence du bras et de l'épaule dans l'excavation ne gêne en rien les manœuvres nécessaires à la version. les faits qui précèdent démontrent péremptoirement le contraire. Malgré tout mon respect pour les accoucheurs célèbres qui ont donné à cette erreur l'appui de leur enseignement, je pense que la proscription absolue et systématique de l'amputation du bras, faite en vue de rendre la version possible, n'est pas justifiée par la pratique, et qu'elle prive le chirurgien d'une ressource extrêmement précieuse. J'insiste d'autant plus sur mes critiques, qu'on voit encore des chirurgiens qui, ayant pratiqué l'amputation du bras, dans le but de rendre possible l'embryotomie proprement dite, procèdent à cette embryotomie avant d'avoir tenté de nouveau la version. Cependant on ne convaincra personne que, chez les femmes Oyer et Labie, il eût été préférable, après l'amputation du bras, de pratiquer immédiatement la décollation ou la section du tronc.

«Un des arguments, continue l'auteur, mis en avant contre la pratique que je cherche à réhabiliter, c'est la possibilité d'amener vivant un enfant privé d'un membre. Mais cet argument n'a plus de valeur aujourd'hui. En effet, avec le moyen que nous donne l'auscultation de constater la mort de l'enfant, un pareil accident n'est plus à redouter. D'un autre côté on ne comprend vraiment pas que la rétraction utérine, portée au point d'empêcher un accoucheur habile d'exécuter la version, puisse permettre à un fœtus de naître vivant. Les cas rares ne doivent pas faire la règle. L'exemple du docteur Hélie ne doit pas intimider le chirurgien qui, avant de recourir à cette mutilation, aura épuisé toutes les ressources connues, et se sera surtout entouré des garanties que donne l'auscultation fœtale.

» La conclusion à tirer de tout ceci, dit en terminant M. Perrochaud, c'est que l'amputation du bras, à laquelle j'ai dû avoir recours, ne mérite pas le blâme et le dédain qu'on a jetés sur elle; qu'elle est tout à fait suffisante dans un certain nombre de cas, et toujours plus facile, plus praticable que la méthode dite de Celse.»

— Telles sont les observations de M. Perrochaud et les conséquences qu'il en tire.

Nous sommes tout disposé à admettre qu'il n'est pas impossible que l'épaule du fœtus, plus ou moins élevée, prenne avec l'orifice utérin plus ou moins dilaté des rapports tels que l'ablation du bras rende à la rigueur possible une version qui ne l'était pas avant. Mais nous admettons cela sans cesser de considérer comme très généralement vraie la proposition qui consiste à regarder comme inutile et irrationnelle l'amputation du bras dans la présentation du tronc, pour faciliter la version. Si, dans la pratique, on peut dire qu'il n'y a pas de règles absolues, cela est plus particulièrement vrai en fait de manœuvres obstétricales. Devant les réserves implicites ou explicites de la plupart des auteurs contemporains, relativement au sujet en question, nous trouvons mal fondés les durs reproches que leur adresse notre confrère. Il reste bien entendu que si, dans une version difficile d'un enfant mort, ou dans l'opération de la décollation, on reconnaissait, dans certains rapports du bras avec le col utérin, un obstacle au succès de l'opération, on serait légitimement autorisé à pratiquer l'amputation du bras, et il serait puéril de s'en abstenir par la crainte de rapprochements avec des doctrines justement condamnées. En supposant que les deux faits observés par M. Perrochaud soient dans ce cas, les conséquences qu'il en tire ont une tout autre portée: elles ne tendent à rien moins qu'à faire admettre comme règle l'amputation du bras dans les présentations du tronc où la version est difficile. Il importe donc beaucoup d'examiner jusqu'à quel point ces conséquences sont fondées.

D'abord, nous ne pouvons partager entièrement la sécurité de notre savant confrère sur l'impossibilité d'amener vivant un enfant privé de son bras. L'auscultation est sans doute un moyen précieux; mais, pour s'en servir avec une entière sûreté, il faut une grande habitude, qui, malheureusement, n'est pas commune, et qui peut-être même ne met pas complétement à l'abri de toute erreur. Nous restons fermement convaincu que, si les idées que nous repoussons devenaient celles de la généralité des praticiens, on verrait encore de temps en temps, au grand détriment de la considération et des intérêts professionnels, se reproduire le triste exemple du docteur Hélie.

Mais abordons plus directement le fond de la question. Nous avons déjà dit que nous concevions et que nous admettions, à titre d'exception rare, la réalité de l'obstacle apporté à la version par la présence du bras dans la présentation du tronc. Les deux observations rapportées plus haut sont-elles bien réellement des cas de ce genre? Nous l'admettrions volontiers, mais en nous fondant plus sur les affirmations de l'auteur que sur ses raisons, qui laissent subsister dans notre esprit des doutes que nous avons à cœur de faire connaître. Si notre habile confrère avait réussi à pénétrer dans la cavité utérine à la seconde, à la troisième ou à la quatrième, etc., tentative, comme il l'espérait sans doute chaque fois, et comme cela arrive tous les jours dans la pratique, qu'il s'agisse de la version ou du forceps, il est très vraisemblable qu'il n'en aurait pas cherché la cause dans quelques changements survenus dans le volume ou la position du bras. Il est à regretter que les observations de M. Perrochaud, si précises d'ailleurs, laissent cependant à désirer relativement au point le plus important dans l'espèce, aux rapports de l'épaule avec l'orifice utérin. Toutefois, il semble certain que le col était assez largement dilaté, et que l'épaule et une portion des parties circonvoisines du tronc faisaient saillie à travers son orifice. Par conséquent, l'articulation scapulo-humérale devait se trouver au-dessous du point où la résistance du col utérin rétracté empêchait la main de pénétrer dans la cavité de l'utérus. Si le bras faisait obstacle à cette introduction, c'était donc par sa présence dans le vagin, ce qui n'est guère admissible. En pareil cas, l'ablation de l'épaule entière offrirait un moyen moins douteux d'atteindre au but. M. Perrochaud a pensé, il est vrai, que ce résultat avait été en partie obtenu par le dégorgement considérable des tissus de l'épaule et des parties circonvoisines Il y a eu ici évidemment une méprise. Le sang, qui s'est échappé en grande abondance, sortait en très grande partie des gros vaisseaux axillaires divisés, et provenait du cœur et des gros vaisseaux splanchniques. Ce dégorgement se fait sans doute par la compression exercée sur le corps du fœtus par la rétraction utérine; mais il est tout à fait insuffisant pour faciliter en quoi que ce soit la version. Du reste, à l'exception du bras, l'engorgement des parties qui correspondent au vide du bassin n'est pas très considérable, comme on peut en juger dans les accouchements qui s'opèrent par l'évolution spontanée, où cet engorgement est le plus étendu et porté au plus haut degré.

Maintenant, supposons nos critiques mal fondées, et admettons, avec notre confrère, que le bras était bien réellement l'obstacle à la version. Dans cette hypothèse même, nous avons des restrictions à opposer aux conséquences qu'il croit pouvoir tirer de ses deux

observations. Lorsque, dans la présentation du tronc, la version est devenue difficile, par suite de l'évacuation complète du liquide amniotique depuis un temps plus ou moins long et de la rétraction des parois utérines sur le corps du fœtus, il est fort rare que l'obstacle soit local, borné, par exemple, à l'entrée de la matrice, soit par la rétraction violente du col, soit par la présence des parties engagées, ou mieux par ces deux ordres de causes réunies. Très généralement, au contraire, l'obstacle existe dans toute l'étendue du trajet que la main doit parcourir, et chaque segment de l'utérus, après celui formé par le col, offre autant de résistance, souvent davantage, à sa progression. Elle peut arriver jusqu'aux pieds, sans qu'il lui soit possible de les entraîner; elle peut même les entraîner jusqu'à l'orifice utérin, sans pouvoir ensuite faire exécuter au tronc son mouvement d'évolution. En présence de telles difficultés, qui ne sont que trop ordinaires, que devient la prétention de substituer avec avantage, dans certain nombre de cas, l'amputation du bras à la méthode de Celse? En y réfléchissant, M. Perrochaud n'aurait pas dû être surpris de voir encore des accoucheurs qui, ayant pratiqué l'amputation du bras, dans le but de rendre possible la section du cou, procèdent à cette dernière opération avant d'avoir tenté de nouveau la version. Leur conduite se justifie d'autant mieux, qu'il n'est guère permis de compter sur des cas aussi heureux que les siens, et que les tentatives énergiques et répétées de version exposent beaucoup plus que la section du cou aux ruptures de l'utérus, aux grandes suppurations péri-utérines, qui sont le danger éminent de la version forcée.

Mais il est un point important sur lequel nous sommes d'accord avec notre honorable confrère. Nous croyons fermement avec lui qu'il est assez souvent extrêmement difficile, et même tout à fait impossible, de pratiquer la décollation par le procédé ordinaire, qui consiste à fixer le cou d'une main, tandis qu'on le divise petit à petit du côté opposé, avec de grands ciseaux tenus de l'autre main. Ses deux observations font bien ressortir cette difficulté, sur laquelle on n'a pas, jusqu'à présent, suffisamment insisté. Nous croyons même que ce procédé n'est guère applicable qu'aux cas où l'épaule est profondément engagée dans l'excavation du bassin et où il y a comme un commencement d'évolution spontanée. Mais cette difficulté très réelle, commune peut-être, n'a pas été aussi complétement ignorée des accoucheurs modernes que notre habile confrère semble le supposer, et ils ne méritent pas tous les durs reproches qu'il leur adresse. C'est en vue de cette difficulté qu'ont été imaginés depuis longtemps les crochets mousses tranchants sur le bord concave, et plusieurs modèles qui semblent propres à atteindre le but ont été proposés dans ces derniers temps. Si M. Perrochaud a bien pu fixer, dans des cas où il était si difficile de manœuvrer, à l'entrée de l'utérus, un crochet mousse sur le cou du fœtus, il est à présumer qu'il serait arrivé au même résultat avec un crochet à bord concave tranchant, et qu'il aurait pu ainsi opérer la décollation.

JACQUEMIER.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Le calme que nous laisse depuis quelques jours la cessation apparente du choléra me permet de vous adresser un simple relevé de mes observations et de mon mode de traitement des cholériques qui ont été admis dans l'hôpital de Gray.

Par des faits incontestables pour tous les médecins, ou autres personnes qui ont voulu visiter mes malades; par des chiffres faciles à vérifier sur nos registres; ne voulant pas m'appuyer sur ce que je pourrais citer de ma clientèle qui m'a donné les mêmes résultats sur 150 malades, je voudrais répondre à cette phrase d'un article signé de M. Abeille, *Moniteur des hôpitaux*, 22 août: « Mes confrères n'ont pas de méthode de traitement » sur laquelle ils puissent s'appuyer, puisque aucune méthode sérieuse » n'a pu jusqu'alors s'imposer à la pratique. »

La médecine des symptômes peut-elle être considérée comme une méthode sérieuse de traitement du choléra? Avec elle, peut-on compter sur des succès? Pour mon compte, jusqu'à meilleure invention, j'en ai la conviction la plus intime, et veux m'en rapporter à l'avis de mes confrères de province qui croient devoir s'adresser aussi à celle-là seule, attendu qu'elle donne encore les résultats les plus satisfaisants.

Nous autres, praticiens de province, nous croyons bien faire de combattre la diarrhée par des lavements amylacés, et 20, 30, 40 gouttes de laudanum de Sydenham; de faire prendre 1gr,50 à 3 grammes d'ipéca, pour changer la nature des vomissements et provoquer la réaction; de réchauffer le malade par la chaleur artificielle, et de favoriser sa transpiration par l'acétate d'ammoniaque, la teinture de cannelle, le punch, etc. Nous avons pu 80 fois sur 100 faire disparaître des vomissements incoercibles, soit avec l'ipéca, soit avec des fragments de glace mélangés à l'éther et au laudanum, soit avec la potion de Rivière et l'eau de Seltz. Nous sommes encore satisfait d'avoir employé en frictions le chloroforme, l'essence de térébenthine seule ou mélangée à l'huile de camomille camphrée, pour arrêter et soulager les crampes si douloureuses de nos cholériques. Dans la période de réaction, nous avons toujours essayé de limiter, de modifier, l'état inflammatoire; nous avons employé le quinquina, le musc, les sinapismes, tous les révulsifs, les lotions et les frictions froides ou chaudes. Quant aux boissons, il est inutile d'en faire l'énumération; nous les avons variées suivant les circonstances, les besoins, et même selon les goûts du malade. Enfin, nous faisons la médecine des symptômes.

Pour venir à l'appui de cette méthode de traitement, qu'elle soit sérieuse ou non, je vais entrer dans le détail des faits observés par moi dans mon service.

Depuis le 14 jusqu'au 20 juillet, il a été apporté à l'hôpital de Gray 146 militaires du 5e régiment de dragons, et 1 soldat d'infanterie en passage dans notre ville; je me suis servi du mot *apporté* pour marquer l'impossibilité dans laquelle ces militaires se sont trouvés de faire environ 800 pas qui les séparaient de leur caserne.

137 militaires ont présenté les symptômes cholériques les plus graves, tous ont été cyanosés et sont arrivés à l'état algide le plus complet; 120 ont eu des crampes d'intensité différente; chez tous, il y a eu de la diarrhée et des vomissements. J'ai observé 5 de ces soldats qui ont été frappés sans aucun symptôme précurseur; 13 n'ont eu une selle liquide que cinq à huit heures avant leur entrée à l'hôpital; mais en général cette diarrhée datait de plusieurs jours.

Sur ces 137 cas graves, j'en ai traité 6 par la teinture alcoolique de noix vomique, à la dose de 25 à 60 gouttes; je n'ai pas obtenu le moindre effet, j'ai perdu mes 6 malades.

Sur les 131 restant, j'ai eu 64 morts et 67 guérisons; les cas légers ont tous été guéris.

Dans la salle des femmes, du 16 juillet au 15 août, il a été *apporté* 65 malades; je n'ai pas rencontré plus de 3 cas légers; toutes sont arrivées dans un état extrêmement grave. On doit savoir que, dans les petites villes, le pauvre ne se décide à entrer à l'hôpital qu'à la dernière extrémité, et les parents ne prennent souvent ce parti qu'à l'effet de se débarrasser de l'ennui d'avoir un cadavre dans leur habitation.

Sur 6 de ces malades, j'ai aussi employé la médication par la teinture alcoolique de noix vomique; j'ai eu le même regret, 6 mortes.

Par la médecine symptomatique, j'ai traité 58 cholériques, toutes dans un état très grave; j'ai eu 26 décès et obtenu 32 guérisons.

Dans la salle des hommes, jusqu'au 15 août, il a été *apporté* 66 cholériques: 3 ont été trouvés morts dans le brancart, et ne sont pas entrés dans la salle; il n'y a eu que 1 seul cas léger.

6 malades ont été traités par la noix vomique; ils sont morts tous les 6.

Sur les 56 restants, traités comme les autres, j'ai constaté 35 décès et 21 guérisons.

Je crois devoir attribuer cette différence de mortalité à cette circonstance, qu'il m'est arrivé des campagnes voisines des ouvriers du chemin de fer et des moissonneurs frappés dans les champs. Les communes, pour s'en débarrasser, les faisaient mettre dans un chariot et conduire à Gray; il nous en est arrivé de 15 à 25 kilomètres. Plusieurs de ces malheureux ne sont restés que quelques instants dans leur lit, sans nous donner aucun espoir de les sauver.

Je le répète, les malades de cette salle n'ont été ni plus ni moins atteints que ceux des autres salles, et tous ont été traités de la même manière.

En résumé pour	131 militaires,	64 décès,	67 guérisons.
	58 femmes,	26 —	32 —
	56 hommes,	35 —	21 —
Total,	245 cas très graves,	125 décès,	120 guérisons.

Soit la moitié des guérisons, moins 2 1/2 sur 245.

Tous mes cas légers ont été guéris par la même médication, ce qui me présente un total de 259 sur lesquels j'ai obtenu 134 guérisons.

Ces faits et ces chiffres sont d'une exactitude rigoureuse ; je les présente sans redouter aucun contrôle, je défie même qui que ce soit de Gray de me faire des observations contraires. On sera peut-être étonné de trouver tant de cas graves, très graves même, réunis dans un si petit hôpital, et traités par le même médecin. Mais il faut savoir que le choléra ne s'est pas montré très bénin dans notre cité ; il faut savoir que tous ces militaires ont été frappés en 11 jours ; que, en 40 jours, notre population de 7187 habitants, réduite par l'émigration à environ 4600, en a perdu 545 ; que nous avons vu succomber sur la brèche 6 médecins, dont 4 de notre ville : MM. le docteur Lamarche, mon collègue de l'hôpital, chevalier de la Légion d'honneur ; le docteur Gérard ; le docteur Berthet, médecin des prisons ; l'officier de santé, Dubois ; M. Vernier, étudiant de l'école ; le docteur Servin, en résidence à Gray.

En examinant le traitement que j'ai suivi, et en le comparant à celui indiqué par M. Abeille, il se présente naturellement cette question :

Est-il bien certain que le succès du traitement décrit par M. Abeille soit dû à l'emploi du sulfate de strychnine? Plus je considère sa méthode, plus j'y crois reconnaître trois moyens principaux : 1° sulfate de strychnine ; 2° émissions sanguines ; 3° soins et médicaments, répondant à des indications spéciales. Ne serait-il pas possible de retrancher d'abord la première partie, et d'essayer de traiter des cholériques avec les deux autres moyens, émissions sanguines et soins généraux, avec médicaments spéciaux? Ne serait-il pas possible encore de retrancher le premier et le deuxième moyen, et de ne traiter les cholériques qu'avec le troisième?

Je crois, pour moi, n'avoir employé que ce troisième moyen; il est vrai que je l'ai rendu actif, puisque je ne devais compter que sur son action : ainsi j'ai toujours administré l'ipéca, toujours l'opium, l'éther, l'acétate d'ammoniaque, le ratanhia, etc.; mais je n'ai pas donné un seul bain, pas pratiqué une seule saignée, et n'ai posé que dix sangsues. Par la méthode que je regarde, en général, comme constituant la médecine symptomatique, si j'ai réussi aussi bien qu'avec la méthode de M. Abeille (on peut comparer, et surtout ne pas oublier que je n'ai que des cas graves, très graves), il faut tirer cette conclusion : que ni le sulfate de strychnine, ni les émissions sanguines, ne doivent se poser en médication sérieuse, devant s'imposer à la pratique; que celle qui a été mise en usage par la majorité des praticiens de province est certaine, est aussi plus efficace et vaut mieux surtout qu'un médicament énergique, dangereux et impraticable dans nos campagnes en temps d'épidémie. J'ajoute que les émissions sanguines, seraient repoussées par les malades et leur entourage au moins 80 fois sur 100.

La simple et modeste médication mise en pratique à l'hôpital de Gray ayant donné 50 pour 100 de guérisons, doit, il me semble, être encore prise en considération ; on peut même y rester fidèle jusqu'à ce qu'un nouveau traitement plus favorable nous ait été révélé.

Agréez, monsieur le rédacteur en chef, l'assurance de ma considération distinguée.

E. Prieur, D. M. P.,
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Gray.

Emploi du phosphore contre le choléra.

Je viens aussi vous proposer un remède contre le choléra. A cette ouverture, devenue vulgaire et presque menaçante pour un rédacteur en chef, n'allez pas vous imaginer, monsieur, que je suis un de ces mille aspirants au prix de je ne sais combien de mille francs que doit décerner l'Académie des sciences à l'heureux auteur de cette nouvelle pierre philosophale. Non, monsieur, à défaut d'autre mérite, ma communication aura celui d'être désintéressée; je vais, de plus, m'efforcer de lui donner celui de la brièveté.

Je laisse de côté la première période du choléra, c'est-à-dire les vomissements, la diarrhée, les crampes, etc.; là-dessus la science me paraît suffisamment armée. J'arrive tout de suite à la période algide, de coma, de cyanose, etc., comme vous voudrez l'appeler; vous voyez que je suis hardi. Eh bien, monsieur, c'est pour cette phase terrible d'un mal redoutable que je vous offre un remède, non pas éprouvé, encore moins infaillible, mais simplement à essayer dans les hospices de Paris, puisque Lyon, heureusement, ne nous offre plus cette ressource.

Il s'agit, monsieur, du *phosphore* sous la forme pharmaceutique qu'on appelle *huile phosphorée* (1 Ph. 50 huile). Cette huile s'administre en potion sous forme d'émulsion, et à des doses que vous connaissez mieux que moi. Le phosphore, comme vous savez, stimule promptement et fortement le système nerveux, l'appareil de l'hématose, celui des excrétions, etc. Depuis quelques années, les vétérinaires en font usage avec succès contre la période de coma et d'adynamie des affections charbonneuses, qui présente avec celle du choléra une singulière analogie (peau et appendices glacés, pouls effacé, insensibilité et immobilité complètes, muqueuses violacées, etc.). C'est donc par analogie que je vous propose ce moyen, qui n'aura peut-être pas plus de succès que bien d'autres, mais qui compte en sa faveur une rationnalité évidente. (On peut consulter à ce sujet mon *Traité de matière médicale et de pharmacie vétérinaires*, p. 293 et suiv.).

Veuillez agréer, etc.

F. Tabourin,
professeur à l'École vétérinaire de Lyon.

Dans une lettre en date du 25 août, M. le docteur Guibert, de Paris, nous invite à recommander aux praticiens la médication anticholérique suivante, qui, toute simple qu'elle est, lui a procuré, dit-il, les meilleurs résultats. M. Guibert a adressé plusieurs notes sur cette méthode de traitement aux Académies des sciences et de médecine, en 1832, 1849 et 1854. Nous transcrivons :

« Le premier jour, on donne 1 gramme d'ipécacuanha en poudre, en deux prises, dans de l'eau chaude, à un quart d'heure d'intervalle; on applique des cataplasmes émollients sur le ventre, et l'on prescrit des demi-lavements avec une cuillerée d'huile de ricin pour chacun. Le deuxième jour, on purge avec une cuillerée d'huile de ricin dans du bouillon, et l'on continue les cataplasmes et les demi-lavements laxatifs. Le troisième jour, on recommence comme le deuxième, purgation, etc. Ordinairement, le malade est guéri le troisième jour, souvent même le deuxième.

Notre confrère ne prétend pas à la priorité ; il croit seulement qu'une médication éprouvée est bonne à rappeler en ce temps de *spécifique*.

Un médecin de la Réole, M. le docteur Sylva, nous écrit qu'il s'est bien trouvé de l'emploi de la *belladone* (1) dans le choléra, et que ce médicament mériterait d'être soumis à une expérience régulière. Sa formule est la suivante :

Infusion de menthe poivrée. . }	ââ 60 grammes.
— de fleurs d'oranger. . }	
Sirop éthéré.	30 —
Teinture de belladone.	40 gouttes.

A prendre par cuillerée à bouche toutes les demi-heures d'abord, puis à des intervalles de plus en plus éloignés, à mesure que les symptômes s'amendent.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 28 AOUT 1854. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

Chirurgie. — *De la doctrine chirurgicale relative à la présence de projectiles et autres corps étrangers portés dans l'économie*, par M. *Sédillot*. L'auteur cherche à démontrer que la présence des corps étrangers dans l'organisme n'est pas, en général, aussi innocente que semblerait l'établir M. Guyon dans sa communication du 17 juillet 1854. Des accidents mortels ou excessivement graves suivent ordinairement la lésion des centres nerveux ou des surfaces articulaires par des projectiles, et les rares malades qui ont échappé aux accidents primitifs éprouvent des désordres locaux ou fonctionnels auxquels ils finissent par succomber. Une distinction importante mérite d'être faite au sujet de la tolérance de l'organisme : c'est en faveur du plomb, qui est le métal le mieux supporté.

M. Sédillot conseille donc de pratiquer l'extraction de tous les corps étrangers portés dans l'économie. Il n'admet pour limites à cette indication que le danger de causer, par des recherches intempestives, plus de désordres et d'accidents que la présence des corps étrangers eux-mêmes ne pourrait en provoquer.

Anatomie. — *Recherches sur la structure du conarium et des plexus choroïdes chez l'homme et les animaux*, par M. *Faivre*. — M. Faivre a reconnu dans la constitution du conarium trois éléments : une *capsule fibro-*

(1) On sait que la belladone a déjà été recommandée contre le choléra, dès l'épidémie de 1832 (voy. *Journal de chimie médicale*, juillet 1832).

vasculaire : — une *matière molle parenchymateuse*, différant complétement de la substance grise, et formée par un amas de noyaux tantôt simples, tantôt entourés d'une cellule ; — un *élément inorganique*, constitué chez les mammifères et les oiseaux soit par des grains de phosphate de chaux, soit par des lamelles de cholestérine. L'auteur a trouvé ces mêmes éléments dans la glande pinéale du chien, dont l'existence avait été niée par Duverney, Samuel, Collins et Camper.

Les *plexus choroïdes* ont présenté à M. Faivre trois dispositions particulières, qu'il désigne sous les noms de villosités choroïdiennes, d'amas choroïdiens, et de vésicules choroïdiennes.

Les villosités hérissent la face supérieure du plexus.

Les amas choroïdiens sont situés au niveau de l'étage inférieur des ventricules latéraux.

Les vésicules choroïdiennes forment une grappe que tapisse la cavité même du ventricule latéral.

L'épithélium des plexus choroïdes est toujours nucléaire ; des grains arrondis de phosphate de chaux se développent, tantôt dans l'intérieur du noyau, tantôt entre le noyau et la cellule.

Les vésicules choroïdiennes n'existent que chez l'homme. Le sable cérébral qu'elles renferment est composé en partie de carbonate de chaux.

L'auteur a encore trouvé dans le tissu de plexus choroïdes de la cholestérine, du phosphate de magnésie, du carbonate de potasse, du phosphate ammoniaco-magnésien. Il pense que les plexus choroïdes, dont la surface vasculaire est plus que décuplée par les villosités, ont un rapport intime avec la production du liquide céphalo-rachidien. (*Comm. :* MM. Serres, Flourens, Cl. Bernard.)

PHYSIOLOGIE. *Sur le moyen de faciliter la transmission des sons pour les personnes affectées de surdité plus ou moins complète.* — M. *Strauss-Durckheim* réclame la priorité à l'égard de la découverte du moyen que M. l'abbé Le Cot a employé pour faire entendre sa voix aux sourds-muets, l'ayant formellement indiqué dans l'*Écho du monde savant* comme devant indubitablement réussir. (*Commission nommée pour l'examen de la note de M. Le Cot :* MM. Velpeau, Rayer, Cl. Bernard.)

SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

CHIRURGIE. — *Note sur la cautérisation ignée*, par M. le professeur *Sédillot*. — L'auteur propose une réforme qui consiste à remplacer habituellement le moxa et les fers volumineux rougis sur un brasier ardent, par un stylet de trousse d'or, d'argent ou d'acier, chauffé à la flamme d'une simple lampe à alcool. On touche très légèrement les parties malades, de manière à ne produire ni phlyctènes ni eschares. L'épiderme seul est atteint et présente une tache sèche et jaunâtre du diamètre d'une tête d'épingle. Ces pointes de feu sont instantanées, et c'est à peine si les malades les ressentent.

Le nombre des pointes de feu varie, selon la nature et l'étendue de l'affection et selon la susceptibilité du malade, de 3 ou 4, à 30, 50, et même plus, et on les répète une ou plusieurs fois en vingt-quatre heures, ou seulement tous les deux ou trois jours, selon les mêmes règles. M. Sédillot propose d'étendre l'emploi de cette méthode, non-seulement à tous les cas qui réclament la cautérisation actuelle, mais encore à ceux où l'on n'a pas recours au feu comme moyen d'hémostasie ou de destruction.

Mémoire sur la thoracentèse sous-cutanée, par M. *Jules Guérin*. — L'application de la thoracentèse sous-cutanée consiste à faire un large pli à la peau, à ponctionner le thorax à la base de ce pli, de façon qu'après l'opération les deux plaies cutanée et thoracique soient distantes l'une de l'autre de 3 à 4 centimètres. L'instrument (trocart plat recourbé à son extrémité libre et muni d'un robinet sur son trajet ; pompe hermétique munie d'un robinet à double effet) étant introduit avec les précautions qui préviennent sûrement l'entrée de l'air, la succion du liquide s'opère au moyen de la pompe, avec une précision qui permet de s'aider des mouvements d'expiration, dans la mesure et au degré utile au succès de l'opération.

Sur 16 sujets atteints d'empyème et qui ont nécessité trente ponctions, aucune opération n'a été suivie d'accident immédiat ou consécutif ; 11 sujets ont été complétements guéris ; les 5 sujets restants ont succombé à des récidives compliquées : 1 d'une affection organique du cœur, 3 d'une affection tuberculeuse pulmonaire et constitutionnelle, et 1 d'une pleurésie purulente aiguë résultant d'un décollement traumatique de la plèvre. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

Opération césarienne vaginale pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant, par M. le docteur *Baudelocque*. — Cette opération a été pratiquée chez une femme de trente-six ans, déjà mère de quatre enfants, qui présentait une oblitération *complète* du col utérin, avec une bride d'avant en arrière formée par la muqueuse vaginale. Il s'agissait donc d'ouvrir la partie inférieure de l'utérus pour donner issue au produit de la conception ; c'est ce que fit l'auteur de la manière suivante :

Après avoir enveloppé de linge un bistouri droit jusque près de sa pointe, qu'il recouvrit d'une boulette de cire, il le glissa sur la face palmaire de l'indicateur de la main gauche, introduite préalablement dans le vagin, et il enfonça sa pointe très doucement dans le tissu de l'utérus, qui avait à cet endroit 1 centimètre 1/2 environ d'épaisseur, en ayant le soin d'avancer le doigt indicateur en même temps que le bistouri, de sorte que bientôt l'ongle de ce doigt sentit les membranes ; alors, avec un bistouri boutonné, il agrandit l'incision en travers dans l'étendue de 5 centimètres environ, puis il donna à prendre à la malade 50 centigrammes de seigle ergoté, et il en attendit l'effet pendant une demi-heure ; ce temps écoulé, les contractions utérines ne se ranimant pas, mais l'ouverture artificielle étant dilatable, il appliqua le forceps, et fit l'extraction d'un gros garçon qui continua de vivre. La délivrance fut naturelle.

Le dix-huitième jour, la dame descendit à son comptoir, et depuis cette époque sa santé n'a pas été troublée un seul instant. (*Comm. :* MM. Andral, Velpeau, Rayer.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 12 SEPTEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Deux rapports d'épidémies de M. le docteur *Morère*, de Mouléon-Maynonac. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Des échantillons d'eaux minérales, avec demande d'analyse, venant de Vals (Ardèche). (*Commission des eaux minérales.*) — *c.* Trois recettes et remèdes contre le choléra. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *d.* Une lettre de M. *Quevenne* demandant l'application de la loi du 3 mai 1850 pour l'emploi du fer réduit par l'hydrogène et des pastilles de chocolat au fer réduit. — *e.* Une lettre de MM. *Homolle* et *Quevenne*, demandant l'application de la même loi pour les granules et le sirop de digitaline. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Tableaux des vaccinations pratiquées en 1853 dans les départements du Pas-de-Calais, du Loiret, des Basses-Pyrénées, de la Corse, de l'Hérault et des Hautes-Alpes.

3. Communication de : *a.* M. le docteur *Delfraysse*, de Pradines (demande de rapports sur des communications antérieures). — *b.* M. *Roussel*, médecin à Saint-Ouen (cas de guérison de choléra intense par les bains électro-chimiques de M. Pennes). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *c.* M. le docteur *de Laruc*, de Bergerac (emploi avantageux de la belladone à l'intérieur dans un cas de hernie étranglée). (*Comm. :* M. Malgaigne.) — *d.* M. le docteur *Lenoël*, d'Amiens (note sur un accouchement de deux enfants unis par le ventre). (*Comm. :* MM. Bouvier, Cazeaux.) — *e.* M. le docteur Czernichowski (ceinture de laine électrique pour le traitement du choléra). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*). — *f.* M. le docteur *Pouget*, de Bordeaux, et *Valat*, ancien recteur (nécessité de l'intervention du médecin dans l'éducation physique, et son utilité dans l'éducation intellectuelle de l'enfance). (*Comm. :* MM. Londe, Collineau.) — *g.* M. le docteur *Manget* (simple formulaire pour le traitement de la cholérine et du choléra). — *h.* M. *Mathieu* (réclamation de priorité à propos de l'aiguille présentée dans la dernière séance par M. Charrière fils). — *i.* Lettre de M. le docteur *Padioleau*, de Nantes, transmise pendant la séance par M. *Gibert*. M. Padioleau adresse quelques remarques sur l'épidémie cholérique de Nantes. Il y a eu 282 décès (dont 89 enfants) du 11 juin au 9 septembre. L'auteur rapporte de nouveaux faits propres à appuyer les doutes qu'il a déjà élevés dans l'épidémie de 1849 sur la non-contagion du choléra. Quant au traitement, il pense que le traitement rationnel des indications est toujours jusqu'ici le meilleur. Le sulfate de strychnine a échoué entre ses mains et celles de plusieurs de ses confrères. (*Commission du choléra de 1854.*)

M. *Davenne*, pour compléter le *compte moral* présenté déjà par M. Ségalas au nom de l'administration de l'assistance publique, offre à l'Académie la collection des *documents officiels* depuis l'année 1849.

NOUVELLE COMMISSION POUR LE CHOLÉRA DE 1854. — M. *Rostan*, président, propose de nommer membres de cette nouvelle commission MM. *Bouillaud*, *Girardin*, *Requin*, *Roche*, *Mélier*, *Barth*, *Davenne*. (Adopté.)

Lectures et Mémoires.

TOXICOLOGIE. — M. *Chevallier* donne lecture d'un rapport concernan un mémoire de M. le docteur *Caussé*, d'Albi (Tarn), *sur l'empoisonne-*

ment par les allumettes chimiques. Après avoir rappelé que l'auteur du mémoire s'est proposé d'établir la fréquence des empoisonnements par la pâte phosphorée des allumettes chimiques et la possibilité qu'il y aurait d'ajouter à cette pâte de l'*émétique*, qui, sans altérer les propriétés de la substance inflammable, pourrait en provoquer l'expulsion hors des voies digestives quand elle aurait été ingérée dans l'estomac ; après avoir analysé les faits et les raisonnements que M. Caussé fournit à l'appui de sa thèse, M. le rapporteur, adoptant les opinions exposées dans le mémoire, se pose la question suivante : *Peut-on préparer les allumettes chimiques dans des conditions telles qu'on puisse les utiliser pour les usages ordinaires sans qu'elles puissent être employées pour déterminer l'empoisonnement ?*

Après quelques essais tentés avec des allumettes chimiques dont la pâte phosphorée avait été chargée d'un principe amer, coloquinte, aloès, etc., susceptible d'éveiller l'attention de ceux qu'on voudrait empoisonner par cette substance, M. Chevallier entreprit de nouvelles expériences avec du *phosphore rouge* (oxyde de phosphore, d'après M. Lassaigne), qui est un produit très inflammable par le frottement, nullement toxique, et incapable de donner lieu à des nécroses, comme le phosphore ordinaire, chez les ouvriers qui le travaillent. Déjà M. Bussy en 1850 s'était assuré de l'innocuité du phosphore rouge introduit dans les voies digestives. De nouvelles expériences, faites sur des animaux par MM. Lassaigne et Reynal, démontrent d'une manière positive que le phosphore rouge pur ne produit aucun trouble dans leurs fonctions. M. Chevallier fit expérimenter cette même substance mêlée à du chlorate de potasse, telle qu'on l'emploie dans la fabrication des allumettes chimiques. Les essais faits par M. Lassaigne, et ceux tentés par MM. Renaud et Delafont, ont suffisamment prouvé que ce mélange ne pouvait pas donner lieu à des symptômes d'intoxication.

Substituer le phosphore rouge à la pâte phosphorée ordinaire dans la fabrication des allumettes chimiques, ce serait, non-seulement ôter une arme aux empoisonneurs, mais encore rendre un immense service aux ouvriers qui contractent si souvent des nécroses au contact de la vapeur qu'exhale ce dangereux produit. Le rapporteur rappelle ici les opinions qu'il a émises à ce sujet dans un mémoire qui lui est commun avec MM. Bricheteau et Bois de Loury, et présenté à l'Académie des sciences en avril 1849.

M. Chevallier examine ensuite s'il ne serait pas possible de profiter des indications données par M. Caussé en modifiant son procédé et en l'appliquant aux pâtes phosphorées qui ont pour but la destruction des animaux, et dont on s'est servi quelquefois pour empoisonner l'homme. Mais ici il ne conviendrait pas de mêler de l'émétique à la pâte, puisqu'il tendrait à débarrasser l'animal d'une substance préparée à dessein pour le faire mourir.

La méthode que propose M. le rapporteur serait de faire entrer dans la pâte phosphorée du *kermès*, préparé par la méthode de Fabroin, qui est d'un prix peu élevé, qui donnerait à la pâte une couleur brune, diminuerait les chances d'emploi de cette pâte pour l'empoisonnement criminel, en même temps qu'elle permettrait, dans le cas où cette pâte aurait été employée comme toxique, de constater, soit dans les matières excrémentielles, soit dans les organes, la présence d'une préparation d'antimoine, but que s'était proposé M. Caussé.

M. Chevallier termine son rapport par les conclusions suivantes :

a. Remercier M. Caussé de son intéressante communication. — *b.* Renvoyer le présent rapport et le travail de M. Caussé à M. le ministre des travaux publics, qui seul pourrait ordonner la substitution du phosphore rouge au phosphore ordinaire dans la fabrication des allumettes phosphorées.

Les conclusions sont adoptées.

Traitement de l'orchite. — M. *Ricord* vient exposer le résultat d'expériences comparatives faites dans son service de vénériens sur les divers modes de traitement de l'épididymite et de l'orchite.

Trente-huit malades atteints d'*épididymite blennorrhagique* ont été soumis au traitement par le collodion élastique d'après les préceptes établis par M. Bonnafont. La douleur produite par l'application de cette substance avait duré de six minutes à un quart d'heure. La plupart des malades ne l'ont pas ressentie après ce laps de temps; chez quatre autres, elle s'est réveillée dans la journée. L'un d'eux s'est plaint d'atroces souffrances.

Quant à la douleur inflammatoire, elle a diminué chez les uns, cessé chez les autres, sans que le collodion ait paru exercer sur ce phénomène aucune influence ; chez quelques-uns l'application du collodion l'a très sensiblement augmentée.

Chez aucun des malades traités par ce moyen, M. Ricord n'a signalé les phénomènes de retrait de la tumeur, de fuite du testicule, de prompte résolution et de guérison *miraculeuse* annoncés par M. Bonnafont.

Après vingt-quatre heures la tumeur n'avait pas sensiblement diminué de volume ; elle présentait, dans la majorité des cas, une diminution de 1 centimètre environ après quarante-huit heures : puis la diminution continuait à s'opérer d'une manière progressive, graduelle.

La durée moyenne de la maladie dans les cas traités par le collodion a été de dix-sept à dix-huit jours.

Trente-cinq de ces malades sont sortis de l'hôpital avec un noyau d'engorgement plus ou moins induré : cinq ont pu se considérer comme entièrement guéris ; deux sont revenus avec des récidives.

Dans le même service, et pendant le même temps, onze malades affectés également d'épididymite blennorrhagique ont été traités par le repos, le régime et l'application topique de compresses imbibées d'eau blanche.

La douleur inflammatoire disparaissait promptement. Le diamètre de la tumeur était sensiblement diminué au bout de trente-deux heures chez la plupart des malades.

La durée moyenne de la maladie était de quinze à dix-huit jours. Deux malades sortirent complétement guéris ; les autres conservèrent des noyaux d'induration.

Une troisième série de malades fut traitée par la compression du testicule au moyen de coton cardé. Ici les symptômes aigus parurent s'amender plus rapidement que dans les cas précédents. La durée moyenne du traitement fut de quinze jours. Un malade sortit guéri après six jours.

Les émissions sanguines, les antiphlogistiques, la position convenable, le repos, la diète, ont été employés avec succès dans d'autres cas où les symptômes inflammatoires présentaient une grande intensité.

Dans l'orchite proprement dite, M. Ricord s'est bien trouvé du débridement de la tunique albuginée associé aux antiphlogistiques.

De ses nouvelles observations, M. Ricord croit pouvoir conclure que le *collodion élastique* ne fait pas autant souffrir les malades que le collodion ordinaire, mais qu'il fait plus souffrir encore que les autres moyens ; qu'il n'abrége nullement la durée de la maladie, puisque la moyenne est sensiblement la même pour toutes les méthodes de traitement ; qu'il constitue un très faible moyen de compression ; qu'il provoque quelquefois de vives douleurs sans jamais diminuer celles de l'épididymite ; qu'il détermine à la peau du scrotum une vésication toujours incommode. Enfin, M. Ricord pense qu'il n'est pas rationnel d'admettre que le collodion puisse guérir en mettant les parties malades à l'abri du contact de l'air.

Discussion.

M. *Velpeau* a fait également de nombreuses applications de collodion dans l'orchite. Si les résultats annoncés par les chirurgiens qui se sont servis de ce procédé sont si différents, il pense que cela tient à ce qu'il est difficile de bien préciser la durée exacte de l'orchite, la date du début et le moment de la guérison. Pour lui, la guérison de l'orchite date du jour où il n'existe plus ni douleur, ni gonflement notable, et où le malade peut se lever et marcher sans accident. Il a soigné 35 malades comparativement : par le collodion, 8 ; par les mouchetures sur la tunique vaginale, 21 ; les six autres malades n'ont été soumis à aucun traitement spécial, repos, compresses résolutives sur les bourses.

Pour tous les malades la durée moyenne de la maladie a été de dix-huit jours.

L'application du collodion a produit peu ou pas de cuisson à la peau. Le volume de la tumeur était plutôt masqué que vraiment diminué par une couche de cette substance. Dès le troisième jour, la douleur inflammatoire était assez apaisée pour que le malade pût se lever sans trop d'incommodité.

M. Velpeau pense que le collodion agit par compression ; en effet, chez quelques malades, et entre autres chez un sujet qu'il venait d'opérer d'une hydrocèle par la ponction, il a pu observer de l'œdème, du gonflement de la verge annonçant une gêne de la circulation produite par l'application du collodion.

D'après lui, le collodion n'abrége pas la durée de l'orchite ; il diminue quelquefois la douleur, d'autres fois il l'exagère ; il irrite presque toujours la peau du scrotum, l'excorie, la fait suppurer légèrement, ce qui est un grand inconvénient. Le collodion vaut autant que d'autres moyens, mais il ne vaut pas mieux.

M. Velpeau emploie avec succès et depuis longtemps des piqûres pratiquées avec la lancette et pénétrant jusqu'à la tunique vaginale : elles produisent un soulagement instantané, une diminution de la tumeur par l'évacuation d'une certaine quantité de sérosité épanchée, toutes conditions qui favorisent une prompte résolution de la tumeur inflammatoire.

M. *Ricord* constate que sur bien des points il est en parfait accord avec M. Velpeau. Il ne nie pas l'épanchement de sérosité dans la tunique vaginale, mais il ne le croit pas aussi fréquent que M. Velpeau. Il emploie lui-même avec de bons résultats la méthode des mouchetures ; mais il croit qu'elle est superflue lorsque la sérosité ne distend pas suffisamment la tunique vaginale et n'y forme qu'une fort légère couche. Quant à l'excoriation de la peau par le collodion, M. Ricord l'explique non point par un phénomène d'irritation, mais par l'oblitération des conduits sudori-

fères et l'emprisonnement de la sueur entre la peau et la couche de collodion.

M. *Bonnafont* est heureux de voir que la question du collodion a fait des progrès depuis un an, puisque cette substance aujourd'hui, au dire de MM. Ricord et Velpeau, ne fait plus souffrir les malades, calme quelquefois les douleurs de l'orchite et mérite d'être mise au rang des autres moyens de traitement. Le collodion guérit les cas très aigus et les orchites prises au début ; or ce sont les conditions dans lesquelles se présentent les malades dans les hôpitaux militaires; tandis que ceux qui entrent dans les hôpitaux civils viennent à la dernière extrémité, quand l'orchi e dure déjà depuis plusieurs jours, et qu'il existe un commencement d'induration de l'organe inflammatoire. L'orateur lit une lettre de M. Dechange de Bruxelles qui a récemment traité et guéri 17 cas d'orchite par le collodion.

M. *Velpeau* fait observer que l'orchite débute constamment par une induration et qu'il ne comprend pas comment M. Bonnafont a pu dire que le collodion réussissait infailliblement au début de l'inflammation, quand il n'y avait pas encore d'induration. Il demande aussi à M. Bonnafont quels sont pour lui les signes de la guérison de l'orchite.

M. *Bonnafont* considère une orchite comme guérie lorsque la tumeur a presque entièrement disparu, qu'il n'y a plus de rougeur et que le malade dit : Je puis sortir et reprendre mes occupations.

Jamais, sous sa main, le collodion élastique n'a produit l'excoriation du scrotum signalée par MM. Ricord et Velpeau.

M. *Malgaigne* croit que ce serait à MM. Ricord et Velpeau de donner des explications sur ce qu'ils entendent par la durée de l'orchite. M. Bonnafont s'est expliqué nettement; il a dit qu'il traitait ses malades au début même de l'affection. MM. Ricord et Velpeau ont appliqué le collodion à des malades qui leur venaient après cinq ou six jours de maladie, quand déjà l'orchite n'était plus naturelle, mais avait pu être modifiée par la marche, la fatigue, un traitement antérieur; MM. Ricord et Velpeau devaient donc dire combien avaient duré les orchites traitées dans leur service par le collodion, combien les orchites récentes, combien les orchites anciennes.

M. *Velpeau* croit que bien des militaires dissimulent d'abord leur mal et ne se font pas traiter au début de leur affection. Quant aux malades dont il a cité les résultats thérapeutiques et sur lesquels il a établi ses statistiques, il les a traités au début de l'orchite.

CHIRURGIE. — M. le docteur *Maisonneuve* présente un malade auquel il a pratiqué, le 27 juillet dernier, l'extirpation simultanée de l'os maxillaire supérieur et de l'œil du côté droit, pour une dégénérescence cancéreuse qui avait envahi tout un côté de la face. Les suites de cette grave opération furent d'une extrême simplicité ; et aujourd'hui que six semaines se sont à peine écoulées depuis l'opération, le malade a recouvré ses forces et son embonpoint. Grâce à un obturateur habilement construit par M. Charrière, l'énorme perte de substance est entièrement dissimulée et la parole est aussi nette que dans l'état le plus normal.

La séance est levée à cinq heures.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Observations sur l'état du sang et des vaisseaux sanguins dans l'inflammation, par T. WARTHON JONES.

Qu'est-ce que l'inflammation ? Cette question, qui a engendré de si nombreuses discussions, le plus souvent stériles, n'a commencé à recevoir une solution que depuis l'intervention du microscope. Dans une série de recherches faites sur la membrane interdigitale des chauves-souris, M. Warthon Jones a observé quelques faits nouveaux, dont il a tiré des déductions importantes pour la pathologie. Après avoir décrit ce qui se passe dans les vaisseaux de cette membrane à l'état physiologique, l'auteur examine les effets des lésions traumatiques des artères et des veines sur la circulation. Quand une artère interdigitale est coupée en travers, elle se rétrécit au-dessus et au-dessous de la section, et la circulation ne tarde pas à s'arrêter dans toute la partie rétrécie. Mais, au bout d'une minute ou de deux, les parois artérielles se relâchent et le calibre du vaisseau augmente. On voit alors la circulation se rétablir au-dessus de la lésion, jusqu'à la première branche un peu considérable par où passe le courant sanguin ; au-dessous de la section, il s'établit, par les anastomoses, un courant rétrograde qui passe ensuite dans les branches de l'artère. Quoique l'artère puisse être dilatée également partout, la circulation ne se rétablit jamais entre la division et les premières collatérales situées au-dessus et au-dessous d'elle ; il se forme en ce point des caillots qui remplissent complétement l'artère. Les mêmes phénomènes se passent dans une veine que l'on coupe en travers, sauf le resserrement, que l'auteur n'a jamais observé.

Quant aux capillaires, auxquels se rendent les vaisseaux divisés par suite de la diminution du *vis a tergo*, le courant circulatoire s'y ralentit, les globules sanguins s'accumulent et s'agrégent, et enfin la stase devient complète Du point lésé, elle s'étend de proche en proche aux parties plus ou moins éloignées.

Ces phénomènes sont tout à fait semblables à ceux qu'on observe dans les mêmes circonstances sur la membrane palmaire de la grenouille. L'inflammation, chez les animaux à sang froid, est donc la même que chez les mammifères, au moins à sa première période.

Appliquant à l'homme ces résultats de l'observation microscopique, l'auteur se demande si la rougeur inflammatoire de la conjonctive, par exemple, est due à une congestion semblable, avec ralentissement ou stase de la circulation, ou s'il ne faudrait pas plutôt l'expliquer par la dilatation des artères et l'afflux plus libre du sang vers la partie enflammée. Pour la solution de cette question, il rappelle les expériences sur des grenouilles dans la membrane interdigitale desquelles il a toujours vu les artères dilatées et la circulation devenir plus rapide et plus abondante après la section du nerf sciatique. Ce phénomène, qui se manifeste à l'œil nu par la rougeur de la membrane, n'est lui-même qu'un effet de la lésion des filets du grand sympathique mêlés aux filets spinaux, ainsi qu'il résulte des expériences de l'auteur, d'accord avec celles de M. Bernard sur la portion cervicale du grand sympathique. C'est de la même manière qu'il faudrait expliquer l'inflammation de l'œil par suite de la section de la cinquième paire, et celle du poumon, de l'estomac, après la section du pneumogastrique.

Il y aurait donc deux formes d'inflammation, caractérisées à leur début par des états anatomiques complétement opposés. C'est la forme congestive qui paraît la plus fréquente. (*London Med.-Chir. Transact.*, 1853.)

Cas d'empoisonnement par des moules, des sardines ou des crevettes, par le docteur TÉLÈPHE DESMARTIS (de Bordeaux).

Les poissons de mer donnent assez fréquemment lieu à des dérangements, à une sorte d'ardeur fébrile, à des exacerbations des affections cutanées. Il est des personnes qui ne peuvent faire usage de certaines espèces sans en éprouver des effets fâcheux, ce qui dépend évidemment d'une propriété excitante. Mais les accidents, vrais symptômes d'intoxication, acquièrent quelquefois une intensité qui semble reconnaître une autre origine. Chacun, alors, apportant son explication, accuse soit une maladie de l'animal, soit une altération ultérieure, ou toute cause aussi conjecturale.

C'est ce qui est arrivé pour les moules, dont les qualités toxiques ont été attribuées, tour à tour, à la matière orange de leur manteau, à leur corruption, à leur maigreur, aux phases lunaires, à une détérioration *sui generis*, à une substance nuisible nommée *crasse*, à des particules métalliques provenant du séjour de ces mollusques sur des navires doublés de cuivre, à un petit crabe logé entre leurs valves, etc. L'auteur, au contraire, pense que les moules ne deviennent ainsi malfaisantes que lorsque, du commencement de mai à la fin d'août, elles se nourrissent de *qual*, ou frai d'étoiles de mer, ce qui s'accorderait avec cette croyance vulgaire de leur danger exclusif aux mois sans *r*.

Toutefois, M. Desmartis cite un fait peu favorable à son opinion, puisque le mal s'est déclaré au 26 mars, plus d'un mois avant l'époque du frai. En arrivant quatre heures après l'ingestion, ce médecin trouva chez M. B..., son malade, la figure rouge, vultueuse et couverte d'une urticaire étendue. Le pouls était petit, imperceptible, la prostration extrême. M. B... se plaignait, en outre, d'un froid

très vif aux parties inférieures et d'une démangeaison insupportable à la peau.

Grâce à de légers sinapismes et à une boisson acidulée avec du vinaigre, les symptômes s'apaisèrent peu à peu, et, deux jours après, M. B... était rétabli.

Il est à remarquer que, quelques mois auparavant, un ami du malade avait, par suite de la même alimentation, éprouvé des accidents analogues, conjurés par l'emploi de la limonade citrique.

Notre confrère mentionne également, à l'occasion de ces faits, deux observations puisées dans le *Journal de chimie médicale*, décembre 1852. L'empoisonnement produit par des crevettes avait déterminé un appareil phénoménal tout à fait identique.

Dans l'action délétère des sardines il y aurait des différences essentielles. Chez une femme qui, la veille, en avait mangé à son dîner, il s'était manifesté la nuit une superpurgation accompagnée de coliques et de convulsions qu'une potion d'opium n'avait point calmées. Lors de la visite de M. Desmartis, le pouls était petit, filiforme, la tête renversée et la face crispée. Il prescrivit, par cuillerées toutes les deux heures, la préparation suivante : Eau distillée de laitue, 120 grammes ; sirop de lactucarium, 40 grammes ; extrait de jusquiame, 25 centigrammes ; chloroforme, 40 centigrammes. Les premières doses procurèrent un soulagement marqué, et le lendemain il ne restait aucune trace de souffrance.

Une indication essentielle, en pareille occurrence, serait, suivant l'auteur, de provoquer d'abord des évacuations, par haut et par bas, au moyen d'un émétique et de purgatifs huileux.

En présence de certains symptômes menaçants, on ne saurait trop rechercher les qualités de la nourriture. Dans un mémoire sur les inconvénients des aliments altérés, nous avons, entre autres exemples, relaté plusieurs faits d'empoisonnement par des harengs saurs. (*Revue thérapeutique du Midi*, 15 août 1854.)

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

Souvenirs d'un naturaliste, par A. de Quatrefages, membre de l'Institut.

M. de Quatrefages a donné, dans une série d'articles publiés dans la *Revue des Deux-Mondes*, le récit de diverses campagnes scientifiques qu'il a faites, durant ces dix dernières années, sur les côtes de la Bretagne, de la Sicile, de la Saintonge et du pays basque, et dont les résultats lui ont ouvert les portes de l'Académie des sciences. Ces articles, dans lesquels les développements de diverses questions d'histoire naturelle sont réunis à des détails de toute nature concernant la géographie et l'histoire des pays qu'il a visités, et dans lesquels l'intérêt du récit est constamment soutenu par les agréments du style, ont obtenu depuis longtemps un légitime succès.

Mais en écrivant ces pages, M. Quatrefages se proposait un but plus élevé que celui de faire passer agréablement à ses lecteurs quelques heures d'oisiveté ; il voulait, surtout et avant tout, montrer que l'histoire naturelle n'est point seulement, comme tant de gens le croient encore, une suite interminable de descriptions arides ou un recueil d'anecdotes curieuses, mais que c'est une véritable science, capable de conduire à des considérations philosophiques de l'ordre le plus élevé, en même temps qu'elle doit devenir le point de départ d'applications pratiques de la plus grande importance.

Nous ne sommes point de ceux qui croient que la science doit toujours se maintenir à des hauteurs inaccessibles, qu'elle ne peut que s'amoindrir en cherchant à devenir populaire ; aussi serons-nous toujours disposé à applaudir, toutes les fois qu'un homme qui se sera fait un nom dans la science, et qui sera en même temps un écrivain distingué, voudra bien entreprendre pour le public quelque livre de ce genre ; à condition, bien entendu, que la forme ne nuira jamais au fond, et que la dignité de la science ne sera jamais sacrifiée aux ornements dont on croira devoir la revêtir.

M. de Quatrefages s'est, du reste, exprimé très nettement à cet égard. Réunissant ces articles épars pour en faire un corps d'ouvrage, voici comment il s'exprime dans la préface : « Dès qu'il s'est agi de science, jamais la forme ne m'a fait faire le moindre sacrifice du fond. Là j'ai voulu être zoologiste aussi rigoureux que dans un travail rédigé pour mes confrères. Les faits dont j'ai parlé dans ces *Souvenirs* sont ceux qu'on retrouverait soit dans mes mémoires, soit dans les œuvres scientifiques les plus sérieuses ; les idées que j'y ai développées sont celles que j'ai professées dans tous mes travaux. Sous ce rapport, ce livre aurait pu être intitulé : *Essais de zoologie et de physiologie générales*. » Aussi, bien qu'écrit plus spécialement pour le public, cet ouvrage ne peut-il manquer d'intéresser les hommes de science, et particulièrement les médecins, ceux-là, du moins, pour qui la médecine n'est pas seulement une profession, mais l'étude incessante des phénomènes produits par cet agent mystérieux qu'on appelle la vie, le plus curieux, assurément, de ceux que nous présente le monde physique.

Les études des médecins ne sont point les mêmes que celles des naturalistes : les naturalistes eux-mêmes ne peuvent embrasser aujourd'hui dans de communes études les diverses branches de l'histoire naturelle, tant est grand le nombre des êtres vivants et celui des questions qui se rattachent à leur histoire. Mais, quelle que soit leur diversité apparente, toutes ces études proposent le même but et tendent à s'en rapprocher, quoique par des routes très différentes. Peut-être, un jour, quelque savant cherchera-t-il à réunir, pour en former un corps de doctrine, tout ce que la médecine et les diverses branches des sciences naturelles nous ont appris sur la vie et à concentrer en un seul foyer les rayons de lumière émanés de ces sources diverses. Mais, en attendant un semblable travail, il y aura certainement un grand intérêt pour les médecins à ne point rester étrangers aux résultats nouveaux obtenus par les sciences naturelles ; car l'étude de l'homme physique, dans laquelle la médecine doit se renfermer, est, nécessairement, quelque chose de restreint et d'exclusif.

C'est pourquoi, chargé de rendre compte à des médecins du livre de M. de Quatrefages, nous avons cru devoir laisser de côté toute la partie anecdotique, quels qu'en soient, du reste, le charme et l'intérêt, pour nous occuper exclusivement de la partie scientifique.

M. de Quatrefages appartient à cette école de naturalistes qui ont cherché dans l'étude des animaux inférieurs la solution des grandes questions de la zoologie et de la physiologie, école dont les chefs les plus illustres ont été deux naturalistes français, Cuvier et Savigny, et qui a pris de nos jours un très grand développement, par suite de l'emploi du microscope. Ces petits êtres, si misérables en apparence, et pendant longtemps si dédaignés, ont, pour le naturaliste, deux avantages inappréciables sur les animaux supérieurs. D'une part, leur petitesse et leur transparence nous permettent de les observer vivants sous le microscope, et d'assister au merveilleux spectacle de l'organisation en action, sans recourir aux lésions et aux mutilations qui introduisent tant de causes d'erreur dans les recherches de la physiologie expérimentale. D'autre part, les différents degrés de dégradation que nous présente l'organisation chez ces animaux ont l'immense avantage de nous montrer les organes et les fonctions que ces organes accomplissent se simplifiant de plus en plus, en perdant peu à peu tout ce qu'il y a en eux d'accessoire, pour se réduire à ce qu'ils ont d'essentiel et de fondamental.

Cela suffit pour faire comprendre comment et pourquoi, de nos jours, tant de naturalistes sont entrés dans cette voie féconde et qui leur promettait des résultats si précieux. Mais nous pouvons dire ici que les résultats de cette étude ont dépassé de bien loin les espérances qu'elles faisaient concevoir, et qu'en bien des circonstances ils ont présenté quelque chose de si bizarre, de si étrange, que nous trouvons, ici encore, la réalisation de ce mot célèbre de Pascal : « L'imagination se lasserait plutôt de concevoir que la nature de fournir. »

Il serait fort intéressant de suivre M. de Quatrefages dans le récit de ces curieuses découvertes qui ont introduit tant d'idées nouvelles en zoologie et en physiologie, soit que, décrivant en anatomiste, il nous fasse connaître l'organisation si singulière de l'*am-*

phioxus, des *polyophthalmes*, des *némertes*, des *synaptes*, etc., etc.; soit que, s'élevant aux considérations philosophiques de l'ordre le plus élevé, il nous expose les idées de la science moderne sur les types virtuels de l'animalité, sur la division du travail physiologique employée pour le perfectionnement des organismes, sur les singulières analogies que nous présentent les phénomènes de la vie dans les deux règnes, et sur ce que l'auteur appelle l'indépendance des fonctions et des organes. Obligé ici de nous restreindre, par le peu d'étendue qui nous est accordé, nous nous occuperons uniquement de cette dernière question.

Quoi de plus rationnel, au premier abord, que d'admettre qu'il existe une relation nécessaire entre les organes et les fonctions que ces organes accomplissent; en d'autres termes, que la fonction est toujours subordonnée à l'organe, variant avec lui, s'éteignant ou apparaissant avec lui? Pour ceux qui n'ont étudié la vie que dans les animaux supérieurs, cette subordination de la fonction à l'organe a toujours été considérée comme une vérité évidente par elle-même, comme un de ces axiômes qu'il n'est pas nécessaire de démontrer; tellement, que certains physiologistes, même parmi les plus illustres, bien convaincus que cette règle n'avait pas d'exceptions, ont été jusqu'à imaginer des organes là où ils voyaient des fonctions s'accomplir sans voir en même temps les organes qui servaient à leur accomplissement (1). Or ce principe, selon M. de Quatrefages, n'aurait pu entrer dans la physiologie et s'y établir sans contradiction, si les physiologistes avaient cherché à étudier la vie dans ses manifestations les plus simples, au lieu de consulter seulement ses productions les plus compliquées.

Quand on descend des animaux les plus compliqués aux animaux les plus simples, on voit les différents organes se simplifier graduellement, quelques-uns même disparaître, et cependant les grands phénomènes de la vie continuer à s'accomplir par la mise en jeu de l'activité même de la matière vivante, sans exiger l'intervention d'organes spéciaux. C'est ce qui arrive, par exemple, pour la reproduction et pour les principaux actes de la nutrition, qui sont essentiellement les mêmes chez tous les animaux, bien qu'ils puissent s'accomplir à l'aide des organes les plus divers, et souvent même sans qu'il y ait d'organes *spéciaux* affectés à leur service.

Examinons, à ce point de vue le phénomène de la circulation. La vie, chez la plupart des animaux, exige le transport des fluides nutritifs dans tous les points du corps. Chez les animaux supérieurs, ce transport s'accomplit dans un système particulier de vaisseaux clos de toutes parts. Mais l'existence de cet appareil n'est point indispensable à l'exercice de la fonction. Les naturalistes modernes, et M. de Quatrefages en particulier, ont démontré que chez un grand nombre d'animaux inférieurs la circulation, ou, pour parler d'une manière plus exacte, le transport des fluides nutritifs s'accomplit dans un système de vaisseaux plus ou moins incomplet, réduit tantôt au système artériel, tantôt au cœur. L'auteur montre même que, dans certains cas, ces organes spéciaux manquent complétement, et que le mouvement se produit simplement dans les interstices, dans les lacunes que les tissus laissent entre eux. Les personnes qui sont au courant des travaux de l'Académie des sciences savent les vifs débats qui se sont élevés, il y a quelques années, à l'occasion de ces faits.

Au point de vue anatomique, on peut dire que l'existence de lacunes remplies de sang, et dans lesquelles les organes sont baignés, se retrouve dans l'homme lui-même. Pour qu'on ne croie pas qu'il puisse y avoir là d'idée préconçue, j'emprunterai au *Traité d'anatomie descriptive* de M. Cruveilhier la phrase suivante: « La cavité des sinus caverneux est diminuée par l'inflexion de la carotide interne, qui s'infléchit deux fois sur elle-même dans son trajet à travers ce sinus, et par la présence du nerf moteur oculaire externe.... Ce sinus est traversé par des filaments rougeâtres, réticulés, dont la texture n'est pas déterminée. Les anciens anatomistes disaient que l'artère carotide interne et le nerf moteur externe baignaient dans le sang du sinus: mais on pense depuis Bichat, qu'ils sont recouverts par la membrane interne des veines, *bien qu'il soit difficile de le démontrer autrement que par induction.* »

(1) Voyez entre autres, dans l'*Anatomie générale* de Bichat, ce qu'il dit du *système exhalant.*

Il résulte évidemment de cette description que le sinus caverneux de l'homme est une véritable lacune, tout à fait comparable à celles qui ont été décrites chez les mollusques et tant d'autres animaux inférieurs, et que la constatation d'une semblable disposition chez l'homme, cesse de faire paraître moins étranges celles que l'on a observées chez certains mollusques, où l'appareil buccal est enfermé dans l'aorte, et chez d'autres, où le cœur est traversé par le rectum.

Et d'un autre côté, comme si chaque pas que nous faisons dans l'étude de la nature devait devenir pour nous un motif d'étonnement, si les animaux dits *inférieurs* nous présentent, dans beaucoup de points de leur organisation, une simplification toujours croissante, nous pouvons aussi, dans certaines circonstances, y trouver une complication inconnue dans les animaux supérieurs, par suite de la séparation de deux fonctions ailleurs réunies. Chez l'homme, le chyle et la lymphe ne respirent que lorsqu'ils sont mélangés avec le sang. Mais il est des animaux inférieurs chez lesquels ces liquides restent séparés, et, par suite, doivent recevoir séparément l'influence de l'oxygène de l'air. C'est ce qui existe dans un ver marin, le *branchellion*, semblable aux sangsues, à certains égards, mais qui s'en distingue en ce que son corps est recouvert de lamelles comparables à des branchies. M. de Quatrefages, par de nombreuses dissections et par des expériences fort ingénieuses, s'est assuré que ces organes sont effectivement des appareils de respiration, mais d'une respiration qui s'accomplit seulement sur les fluides blancs de l'animal, et non sur le sang lui-même.

Nous croyons en avoir assez dit pour montrer à des médecins tout l'intérêt des questions traitées par M. de Quatrefages. Nous ne saurions trop leur recommander d'aller chercher dans l'ouvrage lui-même une lecture aussi instructive par le fond qu'elle est attachante par la forme. Docteur C. DARESTE.

NOTA. L'exposé des idées de M. de Quatrefages sur certaines questions de zoologie et de physiologie ne pouvait être plus exactement présenté que par un de ses élèves les plus assidus, un de ses adhérents les plus distingués. La *Gazette hebdomadaire* n'a rien à retrancher du jugement de M. Dareste sur le mérite intrinsèque des *Souvenirs d'un naturaliste.* Abondance de faits nouveaux, finesse d'observation, sagacité d'aperçus, habileté de description, talent de style, tout cela recommande l'ouvrage à la haute attention des savants et à la curiosité des lettrés. Mais nous sommes obligé de faire nos réserves sur un des principes de physiologie que M. de Quatrefages a cru pouvoir déduire de ses observations. L'*indépendance réciproque des fonctions et des organes* ne peut se soutenir, à nos yeux, que par un artifice de langage. La formule est même contradictoire; car la *fonction*, en son sens propre, implique l'organe. La fonction (il ne s'agit pas ici du principe de la vie) est toujours subordonnée dans l'organisme à un arrangement déterminé de la matière. Quel que soit cet arrangement, cœur ou lacune, pourvu qu'il soit approprié à l'acte qui doit s'accomplir, il n'en constitue pas moins un organe, en ce sens qu'il est fait pour l'acte, et que l'acte est conforme à sa fin physiologique. C'est la physiologie, en effet, qui doit décider la question; et M. de Quatrefages, par la défense d'une opinion qui a l'air tout d'abord de s'élever au-dessus des doctrines anatomiques, se montre en réalité plus anatomiste que personne; car c'est parce que son œil n'aperçoit pas d'organe spécial, comme un cœur ou une artère, qu'il affirme l'indépendance de la fonction. A. D.

VIII.

VARIÉTÉS.

INFLUENCE DES EAUX POTABLES SUR LE DÉVELOPPEMENT DU CHOLÉRA. — Un acte du parlement anglais enjoint aux Compagnies chargées de fournir l'eau potable à la métropole de puiser cette eau hors de la portée de la marée, au-dessus du déversement des égouts de Londres. Le temps accordé aux Compagnies pour exécuter les travaux nécessaires n'est pas encore expiré; mais une des Compagnies, celle de Lambeth, est déjà en règle, et fournit depuis un an de l'eau provenant de *Thames Ditton*.

Il n'en est pas de même de la Compagnie de *Southwark and Vauxhall*, qui prend encore son eau près du Vauxhall. Or, dans les districts de Londres uniquement desservis par la première Compagnie, le choléra n'a pas encore paru. Dans ceux où les deux Compagnies concourent à l'approvisionnement, il résulte d'inspections domiciliaires faites par M. J. Snow, que le choléra est beaucoup plus fréquent dans les familles qui boivent l'eau de la Compagnie du Vauxhall que dans celles qui s'approvisionnent à la Compagnie de Lambeth (57 cas contre 8). Ces recherches n'embrassent encore que les districts de Kennington et Waterloo.

LA BOULE DU CHOLÉRA. — Une lettre particulière, adressée de Cadix à un de nos plus honorables et plus distingués confrères, renferme les détails suivants, conformes à ceux qu'a déjà donnés un journal politique.

Dès que le choléra a paru à Cadix, deux matelots malais, embarqués sur un navire faisant le voyage des Philippines, s'offrirent gratuitement à quelques malades pour leur donner des soins : ces malades guérirent. La chose s'étant répétée, l'autorité locale leur a permis d'exercer, *et leur a donné une voiture avec deux gendarmes*, pour leur permettre de faire un grand nombre de visites, et en même temps les protéger contre la foule qui se les dispute.

Leur pratique consiste à rechercher sur le cholérique, au moyen de frictions, *un corps ayant la forme d'une boule*, et qui se trouve soit dans la région du corps, soit dans les intestins. Dès qu'ils l'ont senti, ils l'attirent, en frictionnant toujours, jusque dans la région de l'estomac, et là le saisissent avec les doigts et l'écrasent. Aussitôt, et pendant qu'ils tiennent encore cette boule, ils font prendre au malade une infusion de thé dans laquelle ils ont versé quelques gouttes d'une liqueur à eux connue. Le corps est alors abandonné. Des vomissements se déclarent, après lesquels on administre de nouveau une tasse de thé.

Nota Bene. Quand nos *confrères* rencontrent deux boules au lieu d'une, ils déclarent le malade incurable.

CHOLÉRA. — Mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine depuis le 6 septembre :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 7 septembre.	30	14	44	44	18
8	31	7	38	22	17
9	16	12	28	34	18
10	13	8	21	20	13
11	18	3	21	24	11
12	17	3	20	13	15
13	13	10	23	16	10
Omissions du 9 au 28 août.	»	12	12	5	7
Résumé de 8 jours. .	138	69	207	178	109

Situation au 13 septembre : Cas traités depuis novembre. 6,078

Sorties	2,592	5,692
Décès	3,100	
Il reste en traitement		386

IX.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Septembre 1854. Rhumatisme hémorrhagique, par *Brandes*. — Nature et traitement de la coqueluche, par *Sée*. — Lésions fonctionnelles qui sont sous la dépendance des névralgies, par *Notta*. — Sur le périnèvre (espèce nouvelle d'élément anatomique), par *C. Robin*.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS. — 2e série. N° 10. Mémoires, rapports et discussions sur l'épilepsie, l'anesthésie locale, la nature et le traitement de la coqueluche, le spasme de la glotte et du diaphragme, le bruit tympanique et les épanchements.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 août. Valeur thérapeutique du lupulin, par *Zamboco*. — Cas de lithothlibie, par *Denamiels*. — Kyste du foie ouvert dans le côlon, par *Duparcque*. — Strychnine dans le choléra, par *Bonnafont*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 31 août. Sur le vitalisme, par *Blaud*. — Anesthésie locale contre la goutte, par *Renouard*. — Curabilité des luxations coxo-fémorales, par *Gillebert d'Hercourt*.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS. — Août. Traitement des teignes à l'hôpital Saint-Louis, par *Bazin*. — Cicatrisation des plaies récentes par le caustique, par *Girouard*. — Névralgies des annexes de l'utérus, par *Malgaigne*.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — N° 17. Instruction sur le choléra.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 8. Plaies d'armes à feu, par *Martenot de Cordoux*. — Traitement de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés par l'injection iodo-tannique, par *Socquet*. — Traitement de la cholérine chez les enfants, par *Sémanas*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 8. De l'ozone, par *T. Boeckel*. — Sur l'éclampsie urémique, par *Wieger*.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE. — Août. Hydropisie hystérique, par *Cavaré*. — — Constitution médicale de juillet 1854, par *Guitard*. — Réponse à M. Diday sur la valeur du mercure, par *Noguès*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Août. Traitement de l'hydropisie ascite, par *Henri Gintrac*. — Phénomènes pathologiques graves chez un enfant, par *Laforêt*. — Séance de la Société de médecine du 3 juillet (variole, varioloïde, métrorrhagie intermittente, suc de cresson dans l'anasarque).

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 4. Choléra dans ses rapports avec la constitution géologique du col, par *Mourgues*. — Urtication dans le traitement du choléra, par *le même*. — Préservatifs homœopathiques contre le choléra, par *Roux* (de Cette). — Paralysie musculaire atrophique, par *Saurel*.

ANNALES D'OCULISTIQUE. — 31 août 1854. Pannus et son traitement, par *Warlomont*. — Hydatide solitaire de l'orchite, par *Ansiaux*. — Cristallin luxé et passé sous la conjonctive, par *le même*.

GAZETTE MÉDICALE DE LIÉGE. — N° 16. Traitement de la variole par les frictions sulfureuses (fin), par *Midaraine*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N°s 36. Nécrose nasale, par *Thiry*. — 37. Sur le nitrate d'argent, ses dérivés et ses associations, par *J. Crocq*.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — N°s 67 — 68 — 69 — 70. Empoisonnement saturnin aigu, par *Spengler*. — Vaginite des enfants, par *Clemens*. — 71. Communicat. prat. (le chloroforme et la rupture des poumons), par *Blaschko*. — Les hôpitaux de Breslau, par *Grætzer*. — 72. L'état médical de l'armée française, par *Bifel*.

ARCHIV FUR PHYSIOLOG. HEILKUNDE, etc., par *K. Vierordt*, XIIIe année, IIIe cahier (26 juillet 1854). — Sur la statistique médicale, par *G. Schweig*. — Sur la fréquence du pouls augmentée et diminuée avec chaque contraction de l'utérus au moment de l'accouchement, par *Fr. Mauer*. — Les altérations patholog. dans les poumons des nouveau-nés, par le prof. *Kosthn* (fin). — Physiolog. du sang, par *Vierordt*.

DEUTSCHE KLINIK. — N°s 34 — 35. Sur la mentagre, par le docteur *Santlus*. — Effet de la santonine sur l'organe de la vision, par le docteur *Knoblauch*. — 36. Recherches sur l'urine pour servir à l'étude physiologique, etc., par *Falk* (suite). — Recherches toxicologiques d'après des expériences, par *Schrader*. — La clinique de Bonn, par le prof. *Naumann*, (épilepsie, etc) — Communicat. prat. du docteur *Alexander* (ramollissement de la rate, fièvre intermitt. avec aphonie, fièvres intermitt. apoplect. et épilept.). — L'établ. hydrothérap. de Laubbach, près Coblentz, rapport annuel (1853), par *Petri*.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT F. D. STAATSARZNEIKUNDE HERAUSGEG. V. P.-J. SCHNEIDER, J.-H. SCHUERNMAYER, U. S. W., IV vol. Ier Cah. — Les bains de la vallée de Rench dans le grand duché de Baden, par *Erhardt*. — Communications prises de la médecine légale, par *P.-J. Schneider*. — Cas douteux d'empoisonnement par l'alcool, par *C.-M. Brosius*. — Recherches servant à constater un empoisonnement par l'acide arsénieux, par le prof. *Kühn*. — Sur la revaccination, par *Stammler*.

MEDICIN. ZEITUNG. — N°s 34 — 35. Productions tuberculeuses dans le bas-ventre. — 36. Inflammat. chronique de l'uvée, par *Breithaupt*. — L'antidote de la strychnine. — Trois cas de morsures de serpents.

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSKUNDE U. FRAUEN-KRANKHEITEN. — IVe vol., 2e cahier. Cas de bruit de cordon. — Signification pathologique des ulcérations du col de l'utérus.

SCHMIDT'S JAHRBUECHER. 1854. — N° 9. Revues critiques.

WIENER MEDICINICHE WOCHENSCHRIFT. — N°s 31. Revue obstétricale, par le docteur *Lumpe*. — 32. Cas de tétanos à la suite de la destruction d'une tumeur cancéreuse du col de l'utérus, par le docteur *Mikschik*. — Sur le vomissement le matin chez les femmes enceintes, et traitement, par *Küchenmeister*. — 33. Transmission de la syphilis par la vaccination et responsabilité du vaccinateur. — 34. Résection du nerf sus-orbitaire dans la névralgie faciale.

ZEITSCHRIFT D. GESELLSCHAFT DER AERZTE, v. Hebra. — Topographie médicale de Vienne.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N°s 34. Observation de viol, par *Borelli*. — Faits pratiques de chirurgie (hernies, tumeurs de la mamelle, *nœvus maternus*), par *Salvolini*. — Hygiène des gens de mer, par *Benedetto Trompeo*. — Choléra de Gênes, par *Borelli*. — 35. Usage interne de l'éther et du chloroforme, par *Perruti*. — Revue ophthalmologique. — Hygiène des gens de mer, par *Trompeo*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N°s 34. Mélanges chirurgicaux (syphilisation, injections de perchlorure de fer, anesthésie chirurgicale), par *Pasquale Landi*. — Sur quelques nouveaux médicaments dans le choléra, par *O. Turchetti*. — 35. Aux médecins toscans (sur le choléra), par *Bufalini*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — N° 15. Gangrène spontanée aiguë de l'extrémité inférieure, par *Pescelo*. — Perforation des parois de l'estomac, par *Linoli*.

GAZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — N° 31. Sur la pellagre, par *F. Lussana*. — *Idem.*, par *Cerri*. — Expériences faites à Crémone sur l'inoculation de la péripneumonie dans l'espèce bovine, par *F. Zezi*. — 32. Lypémanie pellagreuse ; assassinat, par *G. Zanini*. — Accès périodique de fureur homicide ; paralysie subite ; ramollissement cérébral, par *L. Brugnoni*. — 33. Sur la pellagre, par *Lussana*. — Sur les nouveaux moyens proposés contre le choléra.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. — PARIS, 22 SEPTEMBRE 1854. — N° 51.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 21 septembre 1854.

PHILOSOPHIE MÉDICALE. APPRÉCIATION DES EXPÉRIENCES DE THÉRAPEUTIQUE.

Puisque l'occasion nous en est offerte par le débat qui vient d'avoir lieu à l'Académie de médecine au sujet du traitement de l'orchite, nous n'attendrons pas une occasion plus solennelle pour nous expliquer sur un mode d'appréciation qu'on regarde très généralement comme le contrôle supérieur et sans conteste des expériences de thérapeutique. Quelle est, avec les médications ordinaires ou sans médication aucune, la durée *moyenne* de la maladie sur laquelle on expérimente? Quelle est sa durée *moyenne* sous l'influence du remède expérimenté? Telle a été la base presque unique de l'argumentation de M. Velpeau. Il s'y est appuyé le jour de la discussion ; il s'y est consolidé mardi dernier à l'aide d'une opération d'arithmétique, très expertement exécutée, sur les observations d'orchite que contenait notre dernier numéro.

Nous laissons la question spéciale. A nous aussi, qui connaissons pourtant les habitudes sévères de l'observateur, l'ensemble des faits publiés par M. le docteur Armand n'a pas paru probant, et nous n'avons pas manqué de le dire. Mais ce qui nous préoccupe en ce moment, c'est le procédé de démonstration. Celui auquel se fie M. Velpeau, qui paraît être du goût du plus grand nombre, et contre lequel M. Malgaigne seul a réclamé, ce procédé est-il rigoureux? Sur quels éléments opère-t-il? Qu'en peut-il tirer? Voilà ce que nous allons rechercher avec toute la déférence et aussi toute l'indépendance convenables.

Malebranche, qui malheureusement n'est pas de l'Académie de médecine, compte huit règles à observer dans la recherche de la vérité, — moins exigeant en cela que Descartes, qui ne va pas loin de la trentaine. Mais le savant oratorien insiste surtout pour qu'on fixe bien les termes de la question. Tenons-nous à cette règle-là. Quelle est, dans une expérience quelconque de thérapeutique, la question à examiner? C'est celle de l'action d'un remède sur une maladie. Au sens philosophique, cela signifie qu'il s'agit de constater un rapport inconnu entre ces deux termes : *remède* et *maladie.* Dans

FEUILLETON.

De Haën. Sa vie et ses doctrines.

(Voir les numéros 48 et 50.)

§ III.

Que pourrions-nous ajouter encore à ces extraits, pour prouver avec quel soin, quelle méthode, quelle sollicitude, enfin, les médecins de cette célèbre école suivaient toutes les phases d'une maladie, et combien était grande leur foi dans les ressources de l'art? Ce que nous disons ici s'applique aussi bien à Boerhaave, Van-Swieten, Sydenham, Stoll, etc., qu'à de Haën. Les véritables principes de la thérapeutique les réunissaient, dans les grandes occasions, sur le même terrain, malgré la divergence de quelques opinions secondaires. Si l'on m'objectait maintenant que tout ce que je rapporte ici des doctrines et de la pratique de ces illustres médecins n'est pas bien nouveau, que toutes ces choses sont connues, acquises et jugées, je me permettrais de ne pas me laisser ébranler par ce reproche. Il y a quelques jours à peine que, dans ce même journal, on était amené à défendre l'emploi des émissions sanguines dans la variole, emploi préconisé par M. Dablin (1). On perd trop de vue que la saignée était prescrite dans cette affection par les grands médecins du XVIIIe siècle, et que Guy-Patin déjà avait préconisé, dans le traitement de la variole, la *sainte et salutaire saignée.* Sans doute, il n'existe pas dans les maladies épidémiques de thérapeutique absolue et devant perpétuellement répondre à son objet. Ces grands cliniciens le savaient par expérience ; et, pour ne parler que de la variole, ils faisaient une différence entre telle épidémie variolique et telle autre. Qu'on lise et qu'on médite les écrits de Haën, de Van-Swieten surtout, et l'on verra quelles précieuses indications renferment leurs enseignements, selon que la variole arrive dans une saison ou dans une autre ; selon qu'elle affecte les enfants, les vieillards, les femmes, les jeunes gens, les individus débilités par des maladies antérieures ou par des constitutions médicales spéciales ; selon qu'elle se

(1) Dans une épidémie de variole que j'ai eu à soigner dans cet asile, j'ai dû recourir non-seulement aux émissions sanguines générales, mais à de nombreuses applications de sangsues derrière les oreilles. J'ai dû, dans maintes occasions aussi, employer le tartre stibié chez des varioliques déments et imbéciles, pour débarrasser les voies aériennes remplies de mucosités, que ces malades ne savent pas expulser.

toute recherche de ce genre, il est évident de soi que plus les deux termes sont fixes et simples tout ensemble, plus le rapport est facile à découvrir ; et la conséquence à en déduire est que tout le soin de l'expérimentateur doit tendre à ce que les termes de la question se rapprochent le plus possible et de cette fixité et de cette simplicité désirables. Ici le premier terme peut être très bien déterminé relativement à un cas individuel : c'est un certain moyen thérapeutique, c'est un mode d'administration, c'est une qualité, c'est une dose donnés. Il n'en est déjà plus de même dès qu'on le considère par rapport à un ensemble d'individus ; car, s'il est vrai que vous pouvez donner à tous le même remède, à la même dose et de la même manière, il l'est aussi que vous faussez alors l'expérience consistant à déterminer la valeur du remède, puisque vous n'en appropriez plus, comme il le faudrait, l'administration au besoin de chaque cas particulier. Le second terme, ou terme *maladie*, est toujours et inévitablement mobile et multiple. En effet, imaginez une maladie aussi simple que vous voudrez, constituée par un seul élément, vous aurez encore à compter avec le malade ; à tel point que votre remède pourra échouer, bien qu'excellent, par des causes inhérentes à l'organisme qui le reçoit. La complexité sera plus grande encore si la maladie compte des éléments nombreux, et l'action du remède sera d'autant plus difficile à déterminer que vous la considérerez par rapport à un plus grand nombre d'éléments à la fois. Il est très aisé, par exemple, dans l'orchite, de savoir si une application topique fait diminuer la rougeur de la peau ; il ne l'est plus autant d'en mesurer l'effet sur tout l'ensemble des caractères morbides : rougeur, tuméfaction, dureté, épanchement, douleur, etc.

Nous arrivons par là au nœud de la question posée en commençant. Tous les éléments morbides dont nous formons notre second terme sont *constitutifs de la maladie*. C'est là, en effet, qu'est le vrai problème. Le problème est de déterminer l'action qu'un remède exerce sur une chose définie, sur un groupe de phénomènes organiques, sur une maladie enfin. Quand on substitue à cette chose concrète un terme abstrait, comme la *durée*, on apporte dans les conditions de l'opération un changement dont peu de personnes, peut-être, se sont rendu compte. Il en est qui croient la simplifier ! Et non-seulement ils ne la simplifient pas, mais ils la compliquent par l'intervention d'un élément qui n'a plus d'existence réelle comme l'élément morbide proprement dit ; qui est, au contraire, vague et indéterminé. Et non-seulement encore ils compliquent le problème, mais ils le déplacent entièrement. C'est sur quoi nous les prions d'arrêter un peu leur attention.

La durée d'une maladie est, comme nous disons, indéterminée ; elle varie avec chaque individu, les conditions apparentes étant les mêmes. Pour juger donc de l'influence d'une médication sur la durée du mal, il faut commencer par établir une durée moyenne. Les moyennes, on le sait, sont ce qui n'existe pas dans la nature. Et voilà le problème transporté du connu à l'inconnu, du réel au fictif, de la terre ferme dans les nuages. Il faudra prouver à un individu guéri par le remède qu'il s'en est fort mal trouvé, parce que la maladie a duré longtemps dans la *pluralité* des cas. L'action curative d'un remède sur un sujet, son action nulle sur un autre et son action nuisible sur un troisième se compensant mutuellement, le total rectifié sera que personne n'en aura éprouvé d'effet. Quoi de plus arbitraire et de plus trompeur qu'une telle règle de jugement ! Comment ne pas voir que le mal pourra être influencé et positivement *guéri* par une médication, et néanmoins durer plus longtemps que dans tel autre cas où il n'aura subi aucun traitement. Il durera plus longtemps si, la durée spontanée dans ce dernier cas étant dix, et la sienne devant être spontanément quinze, le traitement, tout efficace qu'il est, ne le réduit qu'à douze. Il durera longtemps, ce mal, si, après que le traitement a opéré de la manière la plus manifeste et calmé la douleur, arrêté les progrès de la phlegmasie, diminué le gonflement, l'organisme ne fait plus d'efforts pour une résolution plus complète. Il durera longtemps, si le remède n'est appliqué qu'à une époque éloignée du début, etc., etc. Dans les observations mêmes de M. le docteur Armand, on peut trouver des exemples de ces conditions particulières, et en même temps la confirmation de nos remarques. Chez un sujet (obs. V), l'orchite a duré dix-huit jours (la guérison étant caractérisée par une délitescence complète, sauf un reste d'épididymite) ; voilà certes un pauvre résultat ! Mais attendez : pendant quinze de ces dix-huit jours, on avait employé inutilement les émollients et les frictions mercurielles ; le seizième jour, on applique le collodion ; le dix-septième, le testicule, qui était, la veille, « beaucoup plus gros qu'un œuf, » a déjà diminué de volume ; le dix-huitième, il ne reste plus qu'un léger gonflement de l'épididyme. Dans un autre cas (obs. IV), trois jours suffisent encore pour amener dans le gonflement testiculaire « une résolution de moitié ; » cependant le malade ne sort de l'hôpital que vingt et un jours après le début de l'orchite ; mais il est dit dans l'observation que cet

---

complique enfin d'autres maladies, qu'elle est précédée d'autres épidémies, de la suette, par exemple, cette maladie si peu connue encore, et qui, aux diverses époques bien décrites de l'histoire pathologique du genre humain, se présente avec une intercurrence remarquable dans certaines affections épidémiques : le choléra actuel en est une preuve.

J'ai encore une raison spéciale d'insister sur ce que j'appellerai les bonnes doctrines cliniques. S'il est vrai, comme le dit mon honorable ami, le docteur Homolle (1), qu'il n'y a pas d'idée plus antiphilosophique que celle de la spécificité thérapeutique, ne doit-on pas s'élever de toutes ses forces contre la tendance si commune à notre époque de faire prévaloir cette même spécificité ? C'est toujours à propos de la variole que je suis amené à cette réflexion. Dans un ouvrage récent, intitulé : *Précis de l'histoire de la petite vérole*, je lis que les remèdes antiphlogistiques sont positivement contraires..., qu'ils ne doivent être employés que très exceptionnellement. L'auteur, M. le docteur Henri George, — qui paraît jouir en Angleterre d'une certaine considération, — en arrive à résumer, pour ainsi dire, la thérapeutique à employer dans l'usage à peu près exclusif du camphre, soit comme remède général, soit comme remède local. Je suis loin de nier les vertus sédatives du camphre ; mais je pense encore une fois que le progrès de la médecine ne réside pas dans la spécificité thérapeutique, mais dans l'étude bien autrement importante des constitutions médicales et des indications spéciales que chaque maladie, quelle qu'elle soit, fait naître chez l'individu affecté. Revenons à de Haën, sur lequel il nous reste encore quelques mots à dire, pour faire ressortir ses mérites et ses défauts.

(1) *Union médicale* du 24 août 1854. Du sulfate de strychnine dans le choléra. Réponse à M. le docteur Cerise par M. le docteur Homolle.

§ IV.

De Haën, avons-nous dit, a été le grand médecin de son temps, le plus exposé à la critique, nous avons nous-même relevé ses principales imperfections ; et dans le court résumé qu'il nous reste à faire, nous allons nous livrer à ce difficile travail de faire la part des mérites et des défauts d'une célébrité médicale, en tenant compte du temps, de l'époque, de la distance qui nous en sépare, de l'état de la science, des passions, ainsi que des préjugés qui agitaient cette même époque ; passions et préjugés qui étaient de nature à fausser les meilleures tendances médicales.

individu était débilité par d'anciennes fièvres intermittentes et que le retour de l'écoulement, après la disparition de l'orchite, a nécessité un traitement particulier. Nous ne plaidons pas ici en faveur de la médication, qui ne nous paraît pas encore jugée. Nous montrons seulement, *ab exemplo*, l'infidélité de la règle d'appréciation généralement suivie.

Ce qu'on nous répondra, nous le savons bien. On dira que si la médication exerce quelque action favorable sur la maladie, elle doit en abréger la durée, au moins dans un grand nombre de cas, et que, en calculant sur une masse, on doit trouver la durée moyenne abaissée. Nous ne nous arrêterons pas longtemps à cet argument, parce qu'il engage la méthode numérique tout entière, sur laquelle nous aurions trop à dire. Qu'on nous permette de nous en tenir à quelques remarques.

Oui, théoriquement, les choses doivent se passer ainsi, et nous ne sommes pas de ceux qui rejettent absolument la statistique comme un instrument d'erreur. Elle a des applications sûres et d'une incontestable utilité. Mais d'abord nous rappelons ce que nous avons dit plus haut : qu'il est infiniment plus facile de constater l'influence du remède sur la maladie elle-même que sur sa durée. Puis, se rend-on bien compte des conditions auxquelles pourrait être obtenue et vérifiée la diminution de la durée moyenne? Combien de centaines de cas d'orchite *non traitée* ne faudrait-il pas pour poser avant tout un terme de comparaison? Et cela fait, quand il s'agira de dresser en regard une liste équivalente d'autres cas traités par un moyen quelconque, le hasard vous amènera des catégories naturellement destinées à une durée plus longue ou plus courte que celle des cas précédents, et l'effet apparent de la médication pourra être ou réduit ou exagéré, suivant l'occurrence. Si les circonstances d'où procèdent ces variations étaient très peu nombreuses, il serait permis de ne pas trop s'en inquiéter ; mais quand on songe qu'elles sont presque infinies, tant de la part de la maladie que de la part du malade ; quand on songe que chacune d'elles apporte son contingent de perturbation dans les résultats, on éprouve une grande défiance à l'égard de ces listes, prétendues parallèles et semblables, dont la comparaison doit mener à une conclusion pratique. Nous le répétons, on ne se fait pas une juste idée des exigences de la méthode numérique et de la complication des calculs auxquels elle condamne, quand on la fait porter sur des éléments multiples et variables; même en supposant qu'on puisse marquer les points précis où commence et où finit une maladie : — autre difficulté ! A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DÉMONSTRATION EXPÉRIMENTALE DE L'EXISTENCE D'UN DILATATEUR DE LA PUPILLE, par A. KŒLLIKER (1).

L'existence du dilatateur de la pupille a été mise en doute dans ces derniers temps par plusieurs auteurs, et il m'a paru désirable que sa présence soit établie d'une manière irrécusable. Je ferai cependant remarquer auparavant que déjà l'examen anatomique du lapin blanc fournit la preuve certaine de son existence; seulement il ne faut pas le chercher à la face antérieure de l'iris, comme on a fait communément. Il consiste, comme déjà Brücke et moi l'avons indiqué, en un grand nombre de faisceaux étroits, isolés ou anastomosés çà et là sous forme de réseau sous des angles aigus, et qui, partant de la circonférence externe de l'iris, se rendent, à travers les vaisseaux et les nerfs, à la face postérieure de cette membrane ; là ils arrivent jusqu'au sphincter, avec lequel ils s'unissent intimement. Les fibres-cellules de ces faisceaux sont beaucoup plus difficiles à isoler par l'acide nitrique que celles du sphincter ; c'est pour cette raison qu'il m'a paru nécessaire d'en donner une preuve physiologique.

Comme la dilatation de la pupille par suite d'irritation directe ou portée sur les nerfs a été mise sur le compte d'un relâchement du sphincter et d'un effet de certains éléments élastiques en rayons (Hyrtl), il fallait éliminer complétement le sphincter. Sur un lapin blanc qu'on venait de tuer, j'enlevai le plus vite possible, avec des ciseaux fins, toute la cornée ; je détachai complétement le sphincter, très visible à l'œil nu, et je galvanisai ce qui restait de l'iris avec un faible courant de l'appareil de Dubois. Dans les deux cas où je fis cette expérience, en commun avec le professeur H. Mueller, il se produisait, lorsqu'on touchait l'iris, une dilatation très évidente, de manière que le bord de l'iris était tiré en arrière, et que la face antérieure de cette membrane s'excavait; mode de contraction qui s'explique facilement par la situation des fibres musculaires à la face postérieure de l'iris et l'absence de la tension habituelle de la membrane par le sphincter.

Sur un troisième lapin, je modifiai l'expérience de la manière suivante : L'animal étant encore en vie, le grand sympathique fut mis à nu au cou et isolé par une lamelle de gutta-percha. Lorsque ensuite, l'animal ayant été tué, et l'œil préparé comme précédemment, on galvanisait le grand sympathique, la dilatation de la pupille se montrait tout aussi vite et aussi nettement que par l'irritation directe.

Comme dans les trois cas un examen microscopique ultérieur démontra que le sphincter avait été enlevé complétement, je crois avoir démontré par expérience que l'iris possède des fibres mus-

(1) *Zeitschrift fuer Wissenschaftliche Zoologie*, VI° vol., cah. I, 1854.

Lorsqu'on réfléchit aux théories qui existaient à l'époque de de Haën sur la composition chimique du sang, on saura gré à ce médecin de s'être élevé à des conceptions qui indiquaient un véritable progrès dans la science. L'essentialité des fièvres se distinguait, on peut le dire, par les deux états du sang désignés sous les noms de *spissitudo et dissolutio*. Ce dernier état du sang était surtout l'expression des fièvres exanthémateuses et typhoïdiques. L'observation avait amené de Haën à des idées plus larges. Il avait remarqué que chez les individus bien portants, le sang était bien loin de présenter toujours les mêmes éléments constitutifs, que les conditions chimiques variaient selon une foule de circonstances, et qu'il n'était pas rare de trouver dans les fièvres adynamiques la *couenne dite inflammatoire*, qui pouvait aussi bien faire défaut dans les fièvres d'une autre nature. Il ne rejetait donc pas d'une manière absolue la saignée, ainsi que les boissons rafraîchissantes, dans les premières, quoiqu'il employât concurremment et avec beaucoup de succès l'écorce du Pérou. A ce point de vue, sa thérapeutique se distingue essentiellement de celle de Van-Swieten. Quelques auteurs modernes, dit Hecker, ont voulu justifier leur pratique des saignées dans les fièvres dites *putrides* par l'exemple de de Haën ; mais, si nous voulons nous éclairer par les faits historiques, nous verrons que ce grand médecin n'a pas toujours été, au sujet des fièvres adynamiques, dans les véritables indications curatives. Dans une épidémie de fièvres typhoïdes qu'il eut à soigner à la Haye de 1748 à 1750, et qu'il désigne sous le nom de *febris maligna coagulativa*, il fut très malheureux avec la saignée. Il était toujours disposé, il est vrai, à rejeter les insuccès sur l'émétique qu'il employait alors concurremment avec les émissions sanguines, et il ne lui fut possible de réparer ses erreurs qu'au moyen des toniques amers et particulièrement du *quinquina*. Cette même indication se retrouvait dans les épidémies de 1770, qui se signalaient si souvent par la gangrène de l'estomac, des poumons, du foie et de la rate. Nous dirons quelque jour les causes qui firent méconnaître à de Haën les véritables conditions pathologiques des épidémies de 1770, et particulièrement de la peste.

Nous ne voulons pas nous arrêter à ses lettres sur l'inoculation ; qu'il nous suffise de savoir que la postérité a jugé que le bon droit était du côté de son contradicteur Tralles, qui était, comme on sait, le partisan de l'inoculation. Nous n'osons encore une fois nous arrêter à cette question qui menace aujourd'hui de prendre des proportions nouvelles en se plaçant sur le terrain de la vaccine. Contentons-nous d'enregistrer sans autres commentaires l'appréciation suivante de Hecker : « On » ne peut nier, dit ce savant historien, qu'après l'inoculation introduite

culaires radiées, et qu'elles se contractent par suite d'une irritation du grand sympathique.

En conséquence, l'explication ordinaire de la dilatation de l'iris par irritation du grand sympathique est la véritable, et l'on doit rejeter l'opinion que dans ce cas la dilatation ne se produit que par paralysie du sphincter.

Je ferai remarquer encore qu'après avoir enlevé le sphincter, j'essayai aussi de mettre en action le dilatateur au moyen de l'atropine, mais sans succès jusqu'à ce jour. Néanmoins, je ne crois pas que l'effet de la belladone puisse être envisagé autrement que comme résultant d'une excitation directe du dilatateur. Cette dernière peut, à la vérité, être favorisée par une paralysie du sphincter ; mais la paralysie la plus complète de ce muscle ne peut produire une dilatation aussi grande que celle que détermine le susdit narcotique ; je m'en suis assuré également sur des lapins, chez lesquels, après l'ablation du sphincter, la pupille s'élargit sans doute, mais jamais assez pour que l'excitation directe de l'iris ne l'élargisse encore, ni autant que par l'atropine.

OPÉRATION DE LA STAPHYLORAPHIE DANS LA DIVISION CONGÉNITALE DU VOILE DU PALAIS, par M. SÉDILLOT, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg (1).

L'histoire de la chirurgie est restée muette sur les tentatives qui ont dû être faites pour faire disparaître une aussi fâcheuse infirmité que la division congénitale du voile du palais. M. Velpeau a cité une observation (*Traité sur différents objets de médecine*, par Robert, 1766) de staphyloraphie, pratiquée il y a près d'un siècle : « Un enfant avait le palais fendu depuis le voile jusqu'aux dents » incisives. M. Lemonnier, très habile dentiste, essaya avec succès » de réunir les deux bords de la fente, fit d'abord plusieurs points » de suture pour les tenir rapprochés, et les rafraîchit ensuite avec » l'instrument tranchant. » Malgré l'insuffisance des détails, il n'est pas douteux qu'une opération n'ait été entreprise contre une difformité du voile des plus compliquées, et il serait fort surprenant qu'on se fût abstenu par timidité ou ignorance dans d'autres cas d'une plus grande simplicité. La difficulté et le peu d'avantages que l'on obtint de ces opérations en empêchèrent probablement l'adoption.

Graefe, en 1817 (*Journal d'Hufeland*), avait tenté la staphyloraphie sans succès, et ce fut Roux, en 1825, qui dota définitivement la science de cette brillante conquête, en opérant un jeune médecin, M. Stephenson, qui vint lire à l'Institut sa propre observation et ne laissa aucun doute sur les heureux résultats de sa guérison.

Depuis ce moment, la staphyloraphie a été répétée un très grand nombre de fois, et Roux l'a exécutée sur plus de cent vingt personnes ; mais nous devons avouer que les procédés en étaient restés si délicats et si pénibles, que peu de chirurgiens osaient les tenter. Les revers étaient nombreux, et dans beaucoup de cas où l'intégrité du voile palatin était rétablie, la voix ne paraissait pas améliorée.

Nous entrerons dans quelques développements à ce sujet, pour mieux faire comprendre la supériorité de la méthode que nous avons proposée et qui nous a jusqu'à ce jour constamment réussi.

Anatomie. — Le voile du palais concourt à séparer la bouche des fosses nasales, et constitue entre ces deux cavités une sorte de repli membraneux dont les mouvements jouent un grand rôle dans les fonctions de la déglutition et de la parole.

On s'en ferait une idée assez juste, en le représentant comme le prolongement supérieur et antérieur du pharynx ouvert en avant dans la cavité buccale, et en rapport, en bas et en arrière, avec le tube aérien.

Le voile du palais, étendu de l'épine palatine à l'extrémité de la luette, sur la ligne médiane, offre un bord inférieur libre, disposé en arcades latérales séparées par la luette, et comme dédoublées en bas et en dehors, où elles se continuent vers la base de la langue et le pharynx, sous le nom de piliers du voile antérieur et postérieur, entre lesquels se trouvent les amygdales.

Les muscles sont les organes les plus importants à étudier.

On en compte cinq de chaque côté, dont trois servent aux mouvements d'élévation et d'abduction, et deux seulement à ceux d'abaissement et d'abduction. Il ne pouvait y avoir d'adducteurs, puisque la continuité de l'organe sur la ligne médiane en eût rendu l'action impossible, et il devait en résulter, comme on l'observe, une sorte d'écartement permanent des deux moitiés du voile dans les cas de bifidité, puisque, parmi les cinq muscles, quatre sont abducteurs et n'ont pas d'antagonistes.

Un seul muscle est élévateur propre : c'est le palato-staphylin, suspendu par une disposition exceptionnelle à l'épine palatine, sans point d'attaches inférieures. La bandelette verticale constituée par ce muscle est extrêmement contractile, comme on s'en assure en émettant quelques notes très élevées, la bouche ouverte devant une glace. La luette, entraînée en haut, disparaît, et les deux arcades latérales du voile sont momentanément réunies et confondues.

L'élévateur et abducteur principal du voile est le péristaphylin interne, dont l'insertion supérieure se fait à la base du crâne, au pourtour de la face inférieure du rocher, vers l'orifice externe du canal carotidien. De là, ce muscle se porte obliquement de haut en bas et de dehors en dedans vers la ligne médiane du voile, où il s'épanouit en une sorte d'éventail dans toute la hauteur du voile et s'entrecroise avec les fibres des autres muscles, en arrière desquels il reste placé.

Le péristaphylin interne (pétro-staphylin) s'offre d'abord sous la forme d'un gros cordon musculaire qui va en s'arrondissant et en diminuant de largeur jusque vers le milieu de sa longueur, puis s'épanouit en éventail, comme nous l'avons dit. Cette disposition, d'une grande importance opératoire, donne lieu, comme nous le dirons, à des indications toutes spéciales.

(1) Ce travail fait partie d'un *Traité de médecine opératoire* qui est sous presse.

» en Angleterre, la variole n'ait augmenté au grand détriment de la » santé générale. Les choses en étaient même arrivées à un tel point en » Autriche, qu'un ordre du gouvernement défendait l'inoculation là où » la variole n'existait pas d'une manière épidémique. »

Ses débats avec le grand physiologiste Haller, touchant l'irritabilité et la sensibilité, mériteraient une exposition à part ; nous aurons probablement l'occasion d'y revenir. Peut-être ces deux illustres médecins auraient-ils fini par s'entendre, si d'autres combattants, qui étaient entrés dans l'arène, n'avaient envenimé le débat, et si, de son côté, de Haën n'avait été trop préoccupé de l'idée que les *expérimentations empiriques* faites sur les animaux menaçaient le développement de cette pathologie qui devra toujours ses véritables, ses plus incontestables progrès, à l'observation clinique des faits. En réalité, l'idée de Haller : que la sensibilité est en rapport avec la distribution des nerfs dans telle ou telle partie du corps, et que là où il n'y a point de nerfs, il n'y a pas non plus de sensibilité ; cette idée, dis-je, n'était pas de nature à faire faire des progrès à la pathologie proprement dite du système nerveux ; mais, ayant l'intention de nous occuper avant peu de l'histoire des maladies nerveuses, nous réservons nos remarques pour cette occasion. Le sujet est assez important pour n'être pas traité comme en passant.

Il n'entre pas dans le plan de nos recherches de nous arrêter au mérite littéraire des œuvres que nous analysons ; ce n'est certes pas l'élégance du style qui attirera l'attention des laborieux investigateurs de la science passée. Ils seraient complètement trompés, du reste, s'ils recherchaient ce genre de mérite dans les écrits de de Haën. Cet auteur brille plutôt par la négligence agréable du style, comme dit Stoll (*styli grata negligentia*), que par les qualités opposées. Il ne se distingue pas toujours par l'esprit de méthode, et l'on y reconnaît l'auteur bien moins préoccupé des jugements de la postérité que de ceux de ses contemporains. Beaucoup d'observations sont incomplètes pour nous. Elles ne l'étaient pas pour les élèves qui vivaient avec le maître dans le même élément d'action et dans la même sphère militante. Je comparerais volontiers beaucoup de ses descriptions à ces tragédies qui eurent beaucoup de succès dans leur temps, et que nous lisons de sang-froid parce qu'il y manque le geste des auteurs et l'absence des passions qui agitaient l'époque contemporaine. Souvent l'auteur est dur et cassant dans ses appréciations, et il est bien éloigné du calme et de la douceur de Van-Swieten : il pouvait s'approprier l'αὐτὸς ἔφη des pythagoriciens ; on voit que souvent il combat seul avec des armes inégales et d'une manière désespérée. Il ne se rattache pas volontiers aux autorités contemporaines et préfère l'isole-

Le péristaphylin externe (ptérygo-staphylin) s'insère particulièrement dans la fossette scaphoïdienne de l'apophyse ptérygoïde, descend verticalement le long du bord postérieur de l'aile interne de cette apophyse, et se réfléchit sur le petit crochet qui la termine, pour s'épanouir dans la partie supérieure du voile, au-devant du péristaphylin interne, et s'unir au muscle opposé sur la ligne médiane, en se fixant aussi à la crête transversale qu'on remarque sur la face inférieure de la portion horizontale de l'os du palais.

Ce muscle est essentiellement tenseur de la portion supérieure du voile, qu'il contribue à fortifier et à fixer à l'os palatin, et les mouvements d'abduction qu'il produit sont beaucoup moins marqués que ceux du péristaphylin interne.

Le pharyngo-staphylin présente à considérer des fibres inférieures d'insertion ou d'émergence, dont les unes, très fortes, se continuent avec les parois latérales du pharynx, et les autres, plus rapprochées de la ligne médiane, s'implantent sur le cartilage thyroïde et aussi sur l'épiglotte.

Parmi les fibres supérieures ou palatines, qui sont la continuation des précédentes, les unes se portent directement en haut dans l'épaisseur du voile, tandis que les autres, plus obliques et plus internes, constituent le pilier postérieur du palais, et se terminent par courbes arrondies sur les côtés de la luette en formant le bord inférieur libre du voile.

Le muscle pharyngo-staphylin est très puissant, et c'est en l'étudiant mieux qu'on ne l'avait fait que l'on s'explique les mouvements de contact des deux moitiés latérales du voile chez les personnes affectées de bifidité de cet organe, et la grande difficulté de réunion de la luette avant l'adoption de notre méthode.

Nous avons dit que les deux moitiés du voile, en cas de division simple, se rapprochaient jusqu'au contact, au niveau de la base de la luette, pendant les mouvements de déglutition, et que c'était une indication favorable pour la staphyloraphie. Cette adduction apparente du voile s'explique par la disposition anatomique des muscles palato-staphylin et pharyngo-staphylin, qui représentent une grande arcade verticale fixée en haut à l'épine palatine et en bas à l'épiglotte et au cartilage thyroïde. Lorsque le pharynx remonte au-devant du bol alimentaire et se contracte pour le chasser de haut en bas, les deux muscles dont nous examinons l'action tendent à se rapprocher de leurs points fixes ; et les deux arcades, en devenant presque verticales, doivent nécessairement se toucher et mettre les deux moitiés de la luette en contact, puisque c'est à ce point que la courbure latérale du palais a le plus d'ampleur et que les deux muscles se rencontrent et se font opposition. C'est de la même manière que l'abduction exercée de haut en bas et de dedans en dehors sur la luette par le pharyngo-staphylin en rend la réunion difficile, en déterminant un effort d'écartement assez énergique.

M. Fergusson attribue le contact de la luette pendant la déglutition au muscle constricteur supérieur du pharynx, qui contribue à ce résultat.

Le glosso-staphylin, dernier muscle du palais, est très mince ; il naît de la base de la langue, forme le pilier antérieur situé en avant et en dessus du pilier postérieur, et se confond sur la ligne médiane avec celui du côté opposé et avec les fibres du pharyngo-staphylin et du péristaphylin interne.

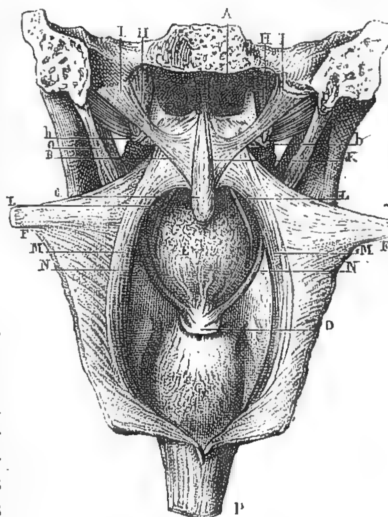


Fig. 1

Tel est l'appareil musculaire du voile palatin. Nous en avons fait représenter les principales dispositions (fig. 1).

Le pharynx a été fendu sur la ligne médiane et renversé de chaque côté F F, jusqu'à l'œsophage P. On distingue de haut en bas : le corps du sphénoïde A, la cloison postérieure des fosses nasales et les ouvertures de ces cavités ; le muscle palato-staphylin c ; le péristaphylin externe H H réfléchi sur le crochet de l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde b b ; le péristaphylin interne I I B ; l'apophyse styloïde et les muscles styloïdiens ; le pharyngo-staphylin avec ses insertions pharyngiennes M M et épiglottiques N N ; le glosso-staphylin L L. Au-dessous du palato-staphylin, on voit l'ouverture de l'arrière-bouche, la langue E, l'épiglotte D, la face postérieure du larynx G, et enfin l'œsophage encore intact P.

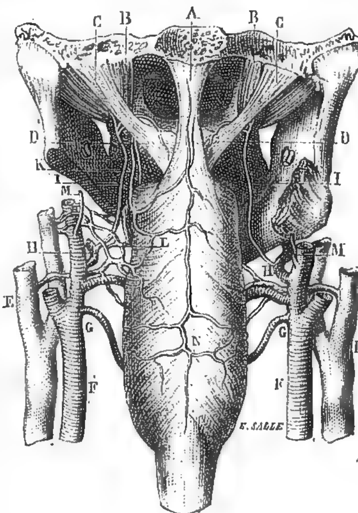


Fig. 2.

Il est important de remarquer que les muscles du palais sont très superficiels en arrière du voile, où ils sont immédiatement recouverts par la membrane muqueuse, tandis qu'ils en sont beaucoup plus éloignés en avant, où une épaisseur de follicules muqueux de plus d'un centimètre les en sépare.

Une autre planche (fig. 2) permet d'étudier les ramifications vasculaires du voile palatin. On

---

ment, au risque de se tromper. Ne perdons pas de vue non plus la condition particulière dans laquelle se trouvaient les grands auteurs du XVIII[e] siècle. On ne connaissait pas alors ces spécialités scientifiques qui, en rehaussant le mérite de quelques individus, circonscrivent singulièrement les débats, lorsque surgit une question de controverse. L'autorité individuelle, la science spéciale, font souvent mourir aujourd'hui le débat aux pieds de celui qui l'a fait naître. Mais il n'en était pas ainsi à cette époque où le même homme répondait à toutes les exigences de la science, et où il devait se montrer aussi grand médecin que chirurgien consommé et philosophe émérite. Les élèves étaient là, d'un autre côté, pour animer la lutte ; c'étaient des spectateurs qui ne restaient pas indifférents. Ils allaient d'université en université colportant les doctrines qui les avaient passionnés ; et tandis que les œuvres et les écrits de leurs maîtres se heurtaient d'une extrémité de l'Europe à l'autre, au moyen d'une langue commune à tous, ils étaient toujours disposés, de leur côté, à soutenir la cause qui les avait enthousiasmés, et toujours prêts à s'appuyer aussi bien sur la bonté de leurs rapières que sur la valeur des arguments de l'école à laquelle ils appartenaient.

Il ne faut donc pas demander aux hommes de cette époque d'être également parfaits sur tous les sujets qu'ils ont abordés ; c'est ce que nous avons déjà fait entrevoir à propos des idées de de Haën sur les grandes épidémies de son temps, et en particulier sur la peste.

Un modeste médecin de l'école de Vienne, un homme trop peu connu, Chenot, en savait, sous ce rapport, plus que les grands professeurs qui n'étaient pas sortis du sein de la capitale. En nous occupant de ce judicieux observateur, nous aurons occasion de transporter le sujet de nos études dans les provinces danubiennes, en 1770. — A la distance d'un siècle, nous nous retrouvons aujourd'hui encore dans ces mêmes contrées, en présence des mêmes ennemis, et luttant contre une épidémie non moins redoutable que la peste de cette époque.

Docteur MOREL (de Maréville).

(La suite au prochain numéro.)

— Sont nommés au grade de chevalier dans l'ordre impérial de la Légion-d'Honneur les médecins militaires dont les noms suivent : MM. Moreau, Maupon, Levié, Noguès, Chéron et Gras.

a conservé l'insertion basilaire A du pharynx resté intact en arrière. Les muscles péristaphylin externe B et interne C, ptérygoïdien interne, et la section verticale de la branche de la mâchoire, forment les principaux points de repère de ce dessin.

La carotide primitive F, partagée, G, en interne et externe, fournit par cette dernière branche; et ici c'est un rameau de la faciale, la palatine ascendante ou inférieure, qui monte verticalement le long de la paroi latérale du pharynx. Cette artère H, arrivée au niveau du point où les deux muscles péristaphylins interne C et externe B touchent le voile du palais, traverse l'épaisseur de la paroi pharyngienne, s'engage entre les deux muscles précédents, et se divise en plusieurs ramuscules dont quelques-uns, très petits, se perdent dans le voile. Une branche un peu plus volumineuse se rend dans le péristaphylin externe, et une dernière, plus longue et véritable terminaison du tronc primitif, suit un trajet fort remarquable par rapport à l'opération de la staphylorapbie. En effet, cette branche se recourbe d'avant en arrière vers le tiers supérieur du péristaphylin interne, dont elle longe le bord interne, et achève de se distribuer dans l'épaisseur du voile jusque auprès de la luette. D'autres ramuscules moins importants proviennent de la maxillaire interne. La pharyngienne ascendante MM ne fournit pas de branches au voile du palais. Les veines KK qui accompagnent la palatine inférieure s'ouvrent dans le plexus latéral du pharynx L et communiquent avec le plexus pharyngien moyen NN.

Indications opératoires. — La première condition du succès de la réunion immédiate est l'immobilité et la laxité des surfaces traumatiques mises en contact. L'immobilité s'obtient par la suture ; mais personne n'ignore la rapidité avec laquelle les fils coupent par inflammation ulcérative les tissus fortement étranglés dont la circulation est gênée ou interrompue. On sait aussi que les adhérences produites entre les lèvres d'une plaie cèdent et se déchirent sous l'influence d'une force de traction qui en dépasse la résistance, et l'on peut dès lors comprendre l'extrême difficulté de rétablir la continuité du voile palatin affecté de bifidité.

Les obstacles sont tels que Roux, dont l'habileté et l'expérience à cet égard ne comportaient pas de rivalité, a posé la règle de ne pas opérer les malades avant leur seizième année, afin qu'on pût compter sur une docilité parfaite et une force de volonté à toute épreuve. Si l'on réfléchit aux violents mouvements qu'impriment aux muscles du voile l'exercice de la voix et les fonctions de déglutition, on comprendra comment Roux exige que ses opérés maintiennent pendant trois ou quatre jours le voile immobile en s'abstenant de parler et d'avaler quoi que ce soit, même leur salive, qu'ils doivent laisser couler dehors. Malgré l'extrême rigueur de ces précautions, le succès n'est pas assuré. Un accès de toux, un éternument, peuvent compromettre l'opération ; des mouvements involontaires de déglutition produire un effet semblable ; et l'on doit craindre en outre l'action spasmodique ou persistante des muscles abducteurs, qui déterminent la section prématurée des parties étreintes par les sutures, ou la rupture des adhérences et la réapparition de la bifidité après que les fils servant à la réunion ont été enlevés.

Tels sont quelques-uns des inconvénients du procédé de staphylorapbie que nous avons cherché à perfectionner, et ce ne sont pas les seuls

Les malades ne veulent être débarrassés de leur infirmité qu'en raison des imperfections fonctionnelles dont ils souffrent, et leur plus grand désir est de pouvoir parler distinctement. C'est un résultat auquel on arrive moins communément qu'on ne le suppose, ainsi que nous l'avons fait remarquer ; et il ne suffit pas, pour l'obtenir, de reconstituer les formes normales du voile, il faut le faire à un âge où les modifications de la prononciation sont encore possibles. Les enfants apprennent les langues étrangères avec une merveilleuse facilité, et les parlent, comme on dit, sans accent. Il est rare qu'à un âge plus avancé on atteigne la même perfection, et il est des sons qu'on n'est plus apte à entendre ni à répéter. Les personnes opérées de la staphylorapbie après la première jeunesse sont dans ce cas. Elles n'ont jamais su parler la langue dans laquelle elles s'expriment, et elles doivent se livrer à un travail très long et très sérieux pour réparer ce défaut. Opérées jeunes et à peine sorties de l'enfance, elles y parviendront avec la même facilité qu'elles apprendraient une langue étrangère.

Une des plus importantes conditions du succès de la staphylorapbie était donc la possibilité de pratiquer cette opération assez tôt pour que la souplesse des organes en rendît le bénéfice complet, et aussi pour prévenir les modifications synergiques fâcheuses qu'entraîne nécessairement une difformité persistante pendant toute la période de l'accroissement. Tel est le résultat auquel nous sommes parvenu.

Guidé par nos principes généraux relatifs à l'étranglement, nous avons pensé qu'il convenait de relâcher et d'immobiliser le voile par la section des muscles qui s'y distribuent; et n'ayant plus à redouter pour nos opérés l'exercice de la parole, ni les mouvements de déglutition, nous avons pu les traiter à un âge plus tendre, et obtenir des succès plus assurés. Nous ne comptons pas encore un seul revers, et cependant nous avons toujours permis à nos malades de prendre des boissons et des aliments, et nous les avons fait parler sans craindre d'accidents. La division des piliers antérieur et postérieur du voile annihile la contraction des muscles glosso et pharyngo-staphylin, et donne momentanément au voile du palais moins de hauteur et plus d'épaisseur ; et la section du muscle péristaphylin interne prévient entièrement l'élévation, et en majeure partie, l'abduction du même organe, dont le relâchement complet rend la réunion immédiate facile et persistante après l'enlèvement des points de suture. Nous avons également adopté certains perfectionnements dans le mécanisme instrumental; et l'on verra que toute ressource curative ne serait pas perdue, lors même que les deux moitiés du voile auraient été en partie atrophiées et paraîtraient au premier abord trop étroites pour être rapprochées et mises en contact.

Nous admettrons deux méthodes opératoires, l'une comprenant les procédés ordinaires de la staphylorapbie, l'autre ceux dans lesquels on a cherché par des incisions auxiliaires à rendre l'opération plus certaine.

Première méthode. — *Procédé de Roux.* — L'appareil instrumental se compose de six petites aiguilles courbes *b*, d'un porte-

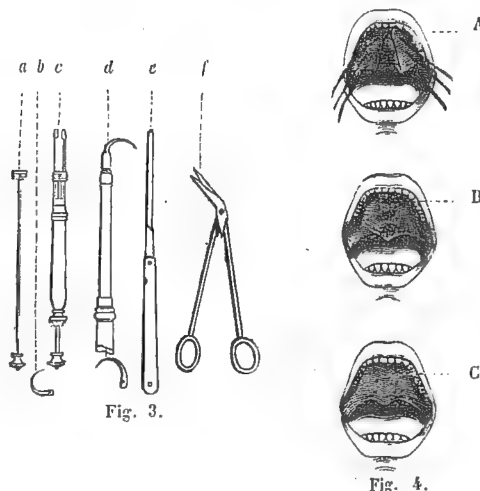


Fig. 3.
Fig. 4.

aiguille ordinaire *acd*, composé de deux branches rapprochées par un anneau mobile, de pinces à anneaux, d'un bistouri boutonné à lame très étroite *e*, de ciseaux coudés à angle obtus *f*, et enfin de sutures formées de plusieurs fils réunis et cirés pour plus de solidité. Le bout de chacune des sutures est passé dans une des aiguilles dont la courbure est très marquée.

Le malade, assis et la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, l'opérateur porte une des aiguilles engagée dans le porte-aiguille en arrière du voile qu'il transperce à 6 ou 7 millimètres du bord de la division, en commençant par la partie inférieure. Aussitôt que la pointe de l'aiguille apparaît à la face antérieure du voile, on la saisit avec les pinces à anneaux, on ouvre le porte-aiguille pour la dégager, et on l'amène au dehors de la bouche avec le fil qu'elle entraîne. On agit de la même manière du côté opposé, et l'on a des

fils dont les extrémités sont en avant, et l'anse se trouve engagée en arrière du palais. On répète la même manœuvre pour le fil supérieur et ensuite pour le fil moyen, et il ne reste plus qu'à procéder à l'avivement des deux moitiés du voile et à fixer les sutures.

L'avivement se pratique de bas en haut avec les ciseaux coudés ou le bistouri boutonné, et doit être prolongé un peu au delà de l'angle supérieur de la scissure du voile.

On serre successivement les fils et on les assujettit par deux nœuds simples, superposés, dont le premier est soutenu s'il le faut par l'extrémité d'une pince confiée à un aide pendant qu'on termine le second.

On recommande au malade de garder le silence le plus absolu et de ne prendre ni aliments ni boissons. La salive même doit s'écouler au-dehors et ne pas être avalée. La moindre toux, l'éternument, compromettraient le succès. On ôte une ou deux des ligatures supérieures du troisième au quatrième jour, et la dernière un ou deux jours plus tard. La consolidation est alors achevée.

Malgré les succès obtenus par ce procédé, on ne saurait en méconnaître les graves imperfections.

Le placement des fils est long, difficile et généralement défectueux. L'opérateur agit sur un voile mobile, que le moindre contact fait contracter, et il est obligé d'implanter l'aiguille sur un point du voile qu'il ne voit pas. Il en résulte que les points de suture ne sont pas toujours posés à une égale distance des bords de la division ni au même niveau.

La présence des fils rend l'avivement beaucoup plus difficile, puisqu'il faut les éviter ou les réintroduire et recommencer en partie l'opération, si l'on n'a pas su les ménager.

La striction des fils par deux nœuds simples superposés offre peu de sécurité. Le premier se relâche avant que le second l'ait assujetti, ou les deux nœuds, quoique terminés, cèdent à la tension du voile, et le contact reste incomplet.

Très souvent les tissus compris dans le point de suture sont ulcérés et coupés avant que la réunion ait acquis une résistance suffisante, ou celle-ci, qui paraissait assurée, se déchire peu de temps après l'enlèvement des fils.

Les malades enfin sont soumis aux précautions les plus pénibles, sous peine d'insuccès, et Roux a vu deux de ses opérés succomber.

Procédé de A. Bérard. — Un premier fil est conduit d'avant en arrière au travers du voile et ramené par la bouche. Un autre fil double, formant anse, transperce de la même manière le côté opposé du voile. On engage dans l'anse restée libre le premier fil, qui est entraîné d'arrière en avant.

Bérard évitait ainsi l'inconvénient de percer le voile d'arrière en avant, et au moyen du fil double dont l'anse servait de conducteur, il ramenait d'arrière en avant le fil simple, qui restait seul, en définitive, dans la plaie.

Procédé de M. Smith. — L'aiguille dont se sert ce chirurgien est fixée sur un manche et d'une courbure de 12 millimètres de rayon. La lame, plus large en avant qu'en arrière, porte à 9 millimètres de la pointe une échancrure dans laquelle est placé le fil.

On perce le voile d'arrière en avant, et dès qu'on aperçoit le fil, on le saisit avec des pinces, et on le tire à soi pendant qu'on dégage l'aiguille.

Ce procédé est simple et très facile, mais il a les inconvénients déjà reprochés à celui de Roux.

Porte-aiguille de M. Sorayltier. — Cet instrument consiste dans une première tige fine A, terminée d'un côté par le manche *k*, et de l'autre par une extrémité recourbée *a*, percée d'une ouverture pour le passage de l'aiguille *b*. Une autre tige mobile *dh* est disposée de manière à pouvoir glisser sur la première et à recevoir par un engrenage *c* le talon de l'aiguille *b*. Voici la manière de placer la ligature. L'extrémité *a* est engagée derrière le voile du palais, dans le point où doit correspondre la suture. On pousse la tige *d*, qui force l'aiguille *b* à traverser le voile et à s'engager dans la fenêtre *a*, d'où on la retire avec la ligature après avoir dégagé le voile en tirant à soi la tige *dh* terminée par la virole *c*, qui est arrêtée par pression sur le voile.

La figure B montre le moment où l'aiguille vient de traverser le voile du palais, et la figure C, le temps suivant où l'aiguille est tombée en arrière du voile, par le retrait de la tige *dh*.

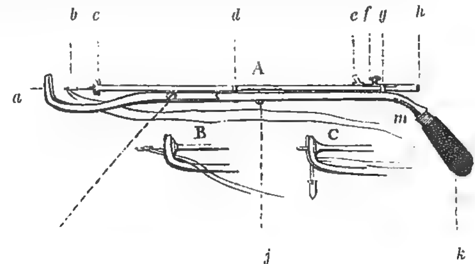


Fig. 5.

Cet instrument est fort ingénieux, mais il est fort compliqué. On ne voit pas bien le point où l'on engage l'aiguille. L'anse de la ligature répond en avant, et il faut la reporter en arrière, soit par le procédé d'A. Bérard, soit en faisant un nœud aux extrémités du fil et en le ramenant d'arrière en avant au travers de l'une des petites plaies faites par l'aiguille.

Instrument de M. de Pierris. — Il diffère du précédent en ce qu'il résout un problème en apparence fort difficile, celui de piquer le voile d'avant en arrière, et d'amener la ligature d'arrière en avant. Voici comment M. de Pierris y est parvenu. Un petit dé mobile existe sur la tige *a* (je me sers de la figure précédente pour faciliter l'intelligence d'une description nécessairement très succincte); on place sur ce dé le plein de la ligature. L'aiguille est pointue et est échancrée supérieurement. On la pousse au travers du voile *b*, on rencontre le dé mobile qu'elle repousse en arrière; la ligature tombe alors dans l'échancrure de l'aiguille et est aussitôt ramenée d'arrière en avant. On la dégage, et l'on recommence la même manœuvre de l'autre côté.

Je n'insiste pas beaucoup sur ces détails, parce que je ne crois pas que ces instruments, quelque ingénieux qu'ils soient, restent dans la pratique. Nous les avons mis en usage, et nous les avons définitivement abandonnés et remplacés par des moyens plus simples et d'une application beaucoup plus facile et plus sûre.

Pince porte-aiguille de M. Sotteau. — Une des branches terminales de la pince porte un renflement destiné à loger l'aiguille, l'autre est percée en bec d'oiseau. Le voile du palais est saisi entre les deux mors de la pince et traversé en même temps par l'aiguille, que l'on tire en avant avec la ligature pour recommencer du côté opposé.

Nous ne parlerons pas d'une foule d'autres modifications proposées, soit pour le passage des fils, soit pour l'avivement, soit pour l'application des sutures. Nous avons signalé les plus importantes, et nous compléterons ce sujet en décrivant notre procédé. Nous signalerons néanmoins une erreur commise par M. Malgaigne au sujet de l'absence de la luette. Ce chirurgien a écrit dans son *Manuel* « que le voile du palais recousu ne présente pas à son centre l'appendice qui constitue la luette; il y a là une absence de tissus comparable à la perte de substance du bec-de-lièvre. » (P. 485, année 1854.)

L'assertion de M. Malgaigne ne repose pas sur une expérience suffisante. La luette ne manque presque jamais, et nous n'en connaissons pas d'exemple dans le cas de bifidité congénitale du voile. Si cette difformité existait exceptionnellement, nous doutons beaucoup qu'il y eut lieu de vouloir refaire une luette de toutes pièces en taillant dans l'épaisseur du voile des lambeaux médians destinés à être renversés de haut en bas, comme pour l'opération du bec-de-lièvre : ce serait une très malheureuse imitation.

(La suite à un prochain numéro.)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

ANATOMIE. — *Mémoire sur le périnèvre, espèce nouvelle d'élément anatomique qui concourt à la constitution du tissu nerveux périphérique*, par M. *Ch. Robin*. (*Comm.* : MM. Serres, Rayer, Bernard.) (Nous aurons occasion de revenir sur ce travail, dont nous publierons une analyse détaillée.)

ANATOMIE COMPARÉE. — *Sur un cœur artériel accessoire dans les lapins*, par M. *Schiff*. — D'après les observations de l'auteur, les *artères* de l'oreille des lapins possèdent, jusque dans leurs plus petites ramifications, un mouvement rhythmique indépendant de l'impulsion du cœur central. Ces artères présentent une expansion pendant laquelle le sang est en partie aspiré, et une contraction pendant laquelle elles aident la circulation. M. Schiff s'est assuré par diverses expériences que ces mouvements artériels ne dépendent ni de l'impulsion du cœur, ni de l'influence de la respiration. ni de la pression des vaisseaux sur les muscles environnants, ni enfin d'une pression générale dans le système circulatoire, mais qu'ils sont sous l'influence du système nerveux, et dépendent de la partie cervicale de la moelle épinière. L'auteur fait observer que c'est là le premier exemple d'un mouvement rhythmique qui se trouve dans une dépendance si *directe* du centre cérébro-spinal. Et ce qui rend cette dépendance encore plus remarquable, c'est que, comme dans l'iris, les nerfs passent par le grand sympathique, et que ce sont les muscles de la vie organique qui exécutent ce mouvement et qui sont ainsi soumis à la moelle épinière.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Un rapport de M. le docteur *Ganoy*, du Puy, sur une épidémie de variole. — *b*. Un rapport de M. le docteur *de Montozon*, de Château-Gontier, sur une épidémie de fièvre typhoïde. — *c*. Un rapport de M. le docteur *Thomas* sur les épidémies de suette et de choléra qui ont régné dans le département de la Haute-Marne. (*Commission des épidémies.*)

2. Tableaux des vaccinations pratiquées en 1853 dans les départements de la Moselle, de la Charente, du Haut-Rhin, de la Mayenne, de la Somme, du Bas-Rhin, de Saône-et-Loire, de Seine-et-Marne, des Basses-Pyrénées, d'Eure-et-Loire, du Morbihan, de la Haute-Garonne. (*Commission de vaccine.*)

3. Communications de : *a*. M. le docteur *Gintrac*, de Bordeaux (essais des pilules du sieur Bouloumié). — *b*. M. le docteur *Albert*, de Saint-Chignian (promesse d'observations concernant le choléra dans cette localité). — *c*. M. le docteur *Martin*, d'Arles (note sur le choléra dans la ville d'Arles). (*Commission du choléra de* 1854.) — *d*. M. le docteur *Letellier*, de Saint-Leu-Taverny (du traitement du choléra par l'inhalation des vapeurs des huiles essentielles). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *e*. M. *Larbaud*, pharmacien à Vichy (sels naturels, pastilles hydro-minérales, chocolat alcalin et glutino-alcalin). (*Commission déjà nommée.*) — *f*. M. *Mathieu* (présentation d'un nouvel amygdalotome). (*Comm.*, M. Larrey). — *g*. M. *Charrière* fils (réclamation concernant les aiguilles à suture pour la staphyloraphie). (*Comm.*, M. Jobert, de Lamballe). — *h*. M. le docteur *Rancurel*, de Douéra (rapport médico-légal sur l'empoisonnement par l'*Atractylis gummifera*, en réponse aux assertions de son interne M. *Commaille*). (*Commission déjà nommée*, M. Chatin, *rapporteur.*) — *i*. M. le docteur *Ribes* fils proteste contre l'accusation de légèreté et de mensonge faussement dirigée contre son père par M. *Hutin*, dans un travail récemment lu à l'Académie sur le résultat des fractures compliquées de la cuisse et de la jambe). (*Commission déjà nommée.*) — *j*. M. *Alix* (pli cacheté). — *k*. M. *Enquebec* (remède pour les blessures). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. *Velpeau* demande la parole à l'occasion du procès-verbal. L'orateur dit qu'il a lu les observations concernant le traitement de l'orchite par le collodion, publiées dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, par M. le docteur *Armand*, médecin de l'hôpital du Roule. Chez le premier malade, la durée totale de la maladie est de vingt-six jours ; chez le deuxième, de vingt-neuf jours ; chez le troisième, de vingt et un jours ; chez le quatrième, de vingt-deux jours ; chez le cinquième, de trente-deux jours (1) ; chez le sixième, de dix-sept jours ; chez le septième, de dix jours : au total, pour les sept malades réunis, cent cinquante-sept jours, ce qui porte la durée moyenne de l'orchite traitée par le collodion, dans les hôpitaux militaires, à *vingt-deux jours et demi ;* tandis que la moyenne de la durée de cette maladie, dans les hôpitaux civils, par les autres méthodes de traitement, aussi bien que par le collodion, a toujours été, comme l'orateur l'a déjà dit dans la précédente séance, de dix-sept à dix-huit jours. De pareils résultats obtenus dans l'hôpital même du Roule ne sont guère conformes à ceux qu'avait annoncés M. Bonnafont.

Lectures et Mémoires.

REMÈDES SECRETS ET NOUVEAUX. — M. *Robinet* lit plusieurs rapports relatifs à des remèdes et recettes contre le *choléra*. La plupart des traitements sont insignifiants et peu dignes de discussion. La commission n'a rien trouvé de nouveau ni d'utile dans aucune des pièces communiquées à l'Académie ; aussi propose-t-elle des conclusions négatives pour chacune de ces communications. (*Adopté.*)

A propos du traitement proposé par M. *Pennes*, pharmacien à Paris, M. *Londe* assure qu'il a visité quelques malades traités par cette méthode, et qui se sont bien trouvés de son emploi.

M. *Gérardin* rappelle le certificat de M. le docteur Aussandon, qui prétend qu'avec la méthode de M. Pennes il a traité et guéri 34 cas de choléra cyanique algide : de si prodigieux résultats doivent mettre en défiance contre cette médication nouvelle.

M. *Lagneau* demande si la commission s'est occupée du traitement du choléra par le *ouaco*, espèce de liane du Mexique, envoyée par M. le docteur *Chabert*, et employée avec succès dans ce pays contre le choléra et contre la rage.

M. *Gérardin* répond qu'une partie de cette substance a été mise depuis longtemps à la disposition de messieurs les vétérinaires, membres de l'Académie, pour instituer des expériences sur les animaux enragés.

DOSAGE DU LAIT. — M. *Bussy* donne lecture d'un rapport *sur un nouveau procédé propre à déterminer la richesse du lait*, présenté par M. *Marchand*, pharmacien à Fécamp. Après quelques considérations touchant la composition chimique du lait, M. le rapporteur passe en revue les divers instruments imaginés pour le *titrer*, tels que l'aréomètre, le galactomètre centésimal de MM. Chevallier et Henry, le lacto-densimètre de M. Quevenne, le lactoscope de M. Donné, les méthodes récemment employées par MM. Poggiale, Vernois et Becquerel, celle plus nouvelle encore mise en usage par M. Leconte, agrégé de la Faculté de médecine. Ces procédés ne donnent qu'une connaissance approximative de la composition du lait, et ils peuvent très utilement être mis à profit, lorsqu'il s'agit de déterminer la richesse relative de plusieurs espèces de lait pour les usages ordinaires de la vie.

Le moyen proposé par M. Marchand consiste à déterminer directement la matière grasse du lait ou le beurre, en mélangeant le lait avec parties égales d'éther et d'alcool, avec addition d'une petite quantité de soude caustique pour éviter la coagulation partielle du caséum.

Dans un tube divisé en trois capacités égales, on introduit successivement des quantités déterminées de lait, d'éther et d'alcool, avec une goutte de dissolution de soude caustique à 36 degrés de densité, en ayant soin d'agiter l'appareil après l'introduction de chaque substance.

La matière huileuse qui surnage est mesurée par les degrés qui subdivisent la capacité supérieure. On cherche alors dans le tableau dressé par M. Marchand à quelle quantité de beurre correspond la proportion de matière grasse indiquée par l'instrument. L'expérience ne dure pas en tout plus de douze à quinze minutes.

Ce procédé ne laisserait rien à désirer, si d'une part la masse huileuse ne renfermait point de l'éther, et si une portion de la matière grasse ne restait pas en dissolution dans le liquide inférieur. Mais pour rendre ces corrections simples et faciles, M. Marchand a dressé une table qui évite toute espèce de calcul, et qui indique la proportion de beurre correspondant à chaque degré de l'instrument.

Après avoir reconnu que le *butyromètre* de M. Marchand est un instrument commode pour déterminer la proportion de beurre que renferme le lait et pour apprécier approximativement sa valeur vénale, M. le rapporteur conclut à ce que le nom de l'auteur soit porté sur la liste des candidats comme section agricole. (*Adopté.*)

LITHOTRIPSIE. — M. le docteur *Heurteloup* présente à l'Académie deux malades auxquels il a opéré avec succès l'extraction complète d'un calcul vésical volumineux, par les voies naturelles et en une seule séance.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

(1) Il y a ici une erreur. Chez le sujet de la cinquième observation la maladie n'a duré que vingt-huit jours, *même à compter jusqu'à la sortie de l'hôpital.*

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Bains de vapeur térébenthinée contre le rhumatisme, par M. Gillebert d'Hercourt.

Cette médication a pris naissance, comme on sait, dans les fours à poix de l'Isère et de la Drôme. Elle consistait d'abord à placer le malade dans le four où avaient brûlé les copeaux de sapin d'où l'on extrait la poix, en gardant une température de 60, 80 et jusqu'à 100° centigrades. Il paraît que les choses se passent encore ainsi au *Martouret* (Loire). M. Chevandier, de Die (Drôme), à qui l'on doit, si nous ne nous trompons, la vulgarisation scientifique de ce mode de traitement, a remplacé le four par une *chambre fumigatoire* circulaire divisée en neuf loges. A Crest, autre ville du même département, on emploie des boîtes fumigatoires semblables à celles dont on se sert partout pour les bains de vapeur, et hors desquelles la tête du malade se trouve placée. On pourra consulter sur ce sujet plusieurs mémoires de M. Chevandier, dont le dernier a été inséré dans la *Revue médicale* du 15 juin 1854, et un autre, du docteur Moreau, publié dans l'*Union médicale* (15 avril dernier).

Les guérisons qui ont été obtenues à la suite des bains de vapeur térébenthinée ont été attribuées généralement à la double action de la chaleur et de l'absorption de la térébenthine. Or, le but de M. Gillebert d'Hercourt est de montrer : 1° que la térébenthine ne s'absorbe pas, tant qu'on ne l'applique qu'à la surface cutanée, comme dans les boîtes fumigatoires ; 2° que l'existence d'une haute température est très défavorable à l'absorption du médicament par la surface respiratoire ; 3° que l'action de la térébenthine joue le rôle principal dans la production de la guérison. Comme conséquence de ces principes, il propose de faire simplement inhaler l'agent thérapeutique. Le malade respire les émanations qui se dégagent, soit d'un flacon contenant de l'essence de térébenthine, soit d'un vase quelconque renfermant des fragments de cailloux sur lesquels on verse de temps en temps quelques grammes d'essence ou des morceaux de branches de sapin enduits de térébenthine. C'est ce dernier procédé qu'emploie l'auteur pour faire respirer, dans le *bain d'air condensé* (M. Gillebert est médecin de l'*Institut pneumatique* de Lyon) la térébenthine et d'autres substances résineuses et volatiles. Il ne repousse pas, néanmoins, la sudation ; mais, dans sa pratique, celle-ci, amenée peu à peu par l'enveloppement suivant les procédés de l'hydrothérapie, précède l'inhalation de la vapeur térébenthinée.

La première des propositions avancées par l'auteur n'est pas aussi certaine qu'il le croit. Sans doute la puissance d'absorption du tégument externe revêtu de son épiderme est très faible, relativement à celle dont jouissent les muqueuses digestive et pulmonaire ; elle est même nulle pour certaines substances, et nous avons analysé (*Gazette hebdomadaire*, n° 5) un travail de M. le docteur Homolle tendant à prouver que le corps, plongé dans un bain contenant des substances minérales et organiques solubles, n'absorbe que de l'eau. Mais il résulte d'autres expériences, auxquelles M. Gillebert ne fait aucune allusion, que certaines substances, notamment des substances volatiles, comme l'essence de térébenthine, peuvent arriver à la surface essentiellement absorbante du derme, sans que la couche épidermique ait été soumise à aucune friction. Le *Journal des progrès* (t. XI) contient sur ce sujet la relation d'expériences décisives que l'on doit à Westrumb. L'expérimentateur respirait par un tube communiquant avec l'air extérieur, pendant que son bras était plongé dans un bain contenant du musc, ou pendant qu'on le frottait avec du baume opodeldoch. Bientôt son haleine exhala l'odeur du musc ou celle du camphre. Et, pour montrer que le phénomène ne tient pas à ce que le tube respiratoire aurait laissé arriver aux narines quelques émanations des substances volatiles, il n'y a qu'à ajouter que la *rhubarbe* en décoction a été absorbée et retrouvée dans l'urine (une solution de potasse a donné à l'urine une teinte brune rougeâtre).

On peut donc conjecturer que l'essence de térébenthine est susceptible d'être absorbée, en plus ou moins grande quantité, par le tégument externe ; et comme, dans les expériences avec la boîte fumigatoire hors de laquelle la tête est placée, l'urine a pris une odeur de violette, M. Gillebert ne nous paraît pas fondé à mettre ce fait sur le compte d'une imperfection des appareils. Mais, d'un autre côté, des expériences déjà anciennes de MM. Edwards et Colard de Martigny, celles plus récentes de M. le docteur Cl. Bernard ne laissent pas de doute sur l'existence d'une sorte d'antagonisme entre l'absorption et l'inhalation, l'une et l'autre ne pouvant s'accomplir simultanément dans un même tissu. Nous inclinons donc à croire, non que l'absorption est nulle dans les bains de vapeur térébenthinée, comme le dit l'auteur, mais qu'elle ne s'accomplit qu'au commencement du bain, soit par la muqueuse pulmonaire (dans les chambres), soit par la membrane cutanée (dans les boîtes), et que l'agent thérapeutique est ensuite chassé par l'exhalation abondante qu'amène bientôt la haute température.

Quant à cette opinion que l'action de la térébenthine prime de beaucoup celle de chaleur dans la guérison du rhumatisme chronique, opinion partagée, du reste, par plusieurs de ceux qui emploient la vapeur térébenthinée, nous ne voyons rien qui la justifie. En ce qui concerne spécialement M. Gillebert, on ne peut se défendre d'une remarque : c'est que, du moment où il nie l'absorption du médicament et qu'il regarde néanmoins cette absorption comme nécessaire à l'effet thérapeutique, il ne peut refuser une action puissante à la chaleur et à la sueur, sans nier une bonne partie des faits qui ont été publiés. Nous avons présents à l'esprit les cas de rhumatisme invétéré et de fausse ankylose que M. Chevandier, notamment, dit avoir vus disparaître après quelques bains. Nous n'ignorons pas certaines expériences de M. Rayer, exposées dans le temps par M. Hervieux, sur l'emploi de l'essence de térébenthine en frictions. Aucun phénomène imputable à une absorption du médicament n'a été observé, bien que le rhumatisme ait été influencé. Mais, d'une part, ce n'est pas là une intensité d'action thérapeutique comparable à celle qu'ont paru exercer les bains térébenthinés, et, de l'autre, si l'absorption n'était pas indispensable, il serait inutile de s'ingénier à la rendre plus facile et plus active. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 août 1854.)

Procédé particulier de suture, par M. Wells.

Le moyen que l'auteur recommande, d'après la pratique de M. Langenbeck, a pour but principal de prévenir la petite difformité qui est la suite des points de suture ordinaires. Il convient donc spécialement pour unir les solutions de continuité subies accidentellement ou faites par le chirurgien à la face. Voici comment il s'emploie :

On applique alternativement, sur toute la longueur de la plaie, un point de suture commune et un point de suture entortillée, de manière qu'il ne reste entre elles qu'un espace d'à peine 1 ligne ; alors on les recouvre d'une couche de collodion. Au bout de huit heures, toutes les sutures peuvent être enlevées sans inconvénient ; car le collodion offre un moyen de contention suffisant pour maintenir en contact les lèvres de la plaie. On commence par retirer avec précaution les épingles, en ayant soin de substituer aussitôt à chacune d'elles une étroite bandelette agglutinative. On coupe ensuite les fils de la suture ordinaire, puis on les détache en les remplaçant aussi par une bandelette.

Ceci étant fait, on étend une couche de collodion sur la région. La plaie est ainsi tenue parfaitement réunie et comprimée. Au bout de huit ou dix jours, ce pansement se relâche spontanément et laisse apparaître une cicatrice presque imperceptible.

Ce procédé évite l'inflammation phlegmoneuse des téguments, suite assez fréquente de la suture abandonnée longtemps en place. Il faut seulement savoir qu'il n'est pas applicable aux régions de la face où il s'opère des mouvements continuels impossibles à prévenir, telles que l'aile du nez, la paupière supérieure, la commissure des lèvres. Les parties couvertes de poils sont également hors de sa sphère d'action, à cause de la difficulté de faire que le collodion soit là en contact direct et intime avec la peau pendant toute la durée du temps que la cicatrisation réclame pour s'accomplir. (*Medical Times and Gazette*, 8 juillet 1854, p. 32.)

Deux cas d'anévrysme de l'artère ophthalmique succédant à une lésion de la tête, et guéris par la ligature de la carotide primitive, par M. T.-B. Curling, chirurgien de London Hospital.

Obs. I. — Le premier cas est celui d'un homme de dix-neuf ans, tombé dans la cale d'un vaisseau en 1834, et soigné par M. Scott. A la suite de cette chute, s'était développée une saillie du globe oculaire droit, avec battements et perte de la vue. Un mois après l'accident, le malade eut une violente hémorrhagie artérielle par le nez. M. Scott, qui se trouvait en ce moment à l'hôpital, fit la ligature de la carotide primitive. Le malade guérit, mais ne recouvra pas la vue.

Obs. II. — Dans la seconde observation, il s'agit d'un laboureur âgé de quarante-neuf ans, admis dans le service de l'auteur pour une chute avec symptômes de commotion violente et hémorrhagie par l'oreille droite. Il y eut ensuite un écoulement séreux par l'oreille, accompagné de surdité et suivi de paralysie du côté droit de la face. Six semaines après l'accident, l'œil fut chassé peu à peu de l'orbite et devint le siége de battements manifestes. Dès que la vue commença à être troublée, l'auteur fit la ligature de la carotide primitive droite. La tumeur disparut aussitôt, et les douleurs cessèrent, mais la vue ne s'améliora pas d'abord; deux jours après l'opération elle était même complétement perdue; la pupille était énormément dilatée, et la cornée commençait à devenir légèrement opaque. Mais au bout de huit jours, cette opacité disparut; la pupille, au contraire, resta dilatée. Le malade guérit.

L'auteur rattache, avec apparence de raison, les divers symptômes de cette observation à une fracture de la portion pierreuse du temporal étendue au trou optique, et accompagnée d'une déchirure de l'artère ophthalmique par un des fragments. L'opacité passagère de la cornée est due au trouble momentané de la nutrition de l'œil à la suite de la ligature de l'artère carotide, et la dilatation de la pupille à la compression des nerfs ciliaires par la tumeur anévrysmale. (*Dublin Medical Press*, n° 814.)

Note sur la bourse-à-pasteur, par le docteur Lhermitte, médecin à Hollon (Luxembourg).

Cette plante, de la famille des crucifères, croît dans les jardins, les lieux cultivés, les vieilles masures, etc. Nos traités modernes n'en font plus mention; mais elle passait, autrefois, pour jouir de propriétés fébrifuges, astringentes et vulnéraires. On y avait recours contre les fièvres intermittentes, les hémorrhagies, surtout utérines, la dysentérie. Montanus l'opposait à la gonorrhée. A l'intérieur, en emplâtre ou en suc, elle contribuait à éteindre les phlegmons, les érysipèles, et à déterger les ulcères sanieux.

Le docteur Lejeune (de Vervins), qui, en 1822, reprit l'essai de la bourse-à-pasteur, lui aurait dû la cure de plusieurs affections de poitrine et hémoptysies. Elle aurait également, il y a dix à douze ans, rendu d'immenses services à MM. Lange et Vanoye dans les métrorrhagies passives et les menstruations surabondantes. M. Dubois (de Tournay) soignait une femme de soixante-cinq ans atteinte d'une hémorrhagie opiniâtre et un phthisique sujet à un crachement de sang qui l'épuisait. Aucun moyen ne les avait soulagés. Chez tous deux l'écoulement s'arrêta dès les premières doses de décoction de la bourse-à-pasteur.

Frappé de tels résultats, M. Lhermitte a eu recours à cette préparation dans une foule de cas analogues, et il en a rencontré peu de rebelles. Il cite notamment celui d'une jeune fille présentant, au milieu d'autres signes de purpura hemorrhagica très grave, une épistaxis menaçante. Dès le lendemain, cette complication avait disparu.

La bourse-à-pasteur n'a occasionné aucun accident. Suivant la formule de M. Lange, on en fait bouillir une demi-poignée dans trois tasses d'eau, jusqu'à réduction d'un tiers. Une seule tasse a quelquefois suffi pour suspendre l'écoulement au début. Il est rare qu'après avoir ainsi modéré les règles à deux ou trois époques, le flux périodique ne se régularise pas. Le médicament en question serait, du reste, contre-indiqué, d'après M. Lhermitte, par un état général ou local d'inflammation franche. (*Annales médicales de la Flandre occidentale*, 13e livraison.)

Observations d'hydropisies ascites traitées par l'injection iodée, par M. Dard.

Ce ne sont pas seulement de beaux et incontestables exemples de succès que contient cette remarquable monographie : ce sont des règles propres à mettre les praticiens en possession de résultats tout pareils ; c'est, en quelque sorte, le code (tracé d'après les savantes recherches de M. Teissier, de Lyon) qui doit substituer au hasard de tentatives faites à l'aventure et plus ou moins justifiées la marche précise à suivre, éclairée par tout ce qu'il existe de plus solide et de plus rationnel en fait d'indications thérapeutiques.

L'injection iodée, par laquelle M. Teissier a obtenu la guérison six fois sur sept, convient dans les ascites sans lésions appréciables, qui reconnaissent pour cause une irritation sécrétoire de la séreuse péritonéale, primitive parfois, mais le plus souvent consécutive à la dysménorrhée, à l'entérite, à l'action de l'humidité, etc. On ne doit opérer que lorsque la lésion originelle a disparu, à moins cependant que l'épanchement, extrêmement copieux, ne cause, par sa quantité même, des dangers sérieux. Il faut enfin, pour que l'opération soit autorisée, que les autres moyens habituellement employés contre l'ascite aient échoué.

Dans les épanchements abondants, il est prudent de faire une ponction préalable pour diminuer, en même temps que la masse de liquide, l'étendue de la surface que l'injection aura à enflammer.

Un des conseils sur lesquels l'auteur insiste le plus expressément, est de ne pas retirer la totalité du liquide. On doit en laisser dans le ventre un ou deux litres, afin de répandre uniformément la teinture iodée sur la membrane péritonéale, et d'empêcher son contact immédiat, ce qui, d'après l'expérience personnelle à l'auteur, donnerait lieu à une péritonite mortelle.

La sérosité étant extraite ainsi qu'il vient d'être dit, il importe de l'examiner. Elle est ordinairement alcaline et albumineuse. Or l'iode se combinera avec les alcalis pour former des iodures de sodium et de potassium. En effet, si l'on verse de la teinture d'iode dans de la sérosité d'une ascite, l'iode disparaît complétement : donc, plus le liquide sera alcalin, plus il faudra mettre de teinture d'iode dans le liquide que l'on va injecter.

D'autre part, on sait que l'iode a pour effet de fluidifier les composés albumineux : aussi la teinture d'iode devra suivre la proportion de l'albumine. Cette seconde action de l'iode sur la sérosité laissée dans le péritoine sert à en faciliter la résorption.

Si le liquide est peu alcalin, peu albumineux, on injectera de 25 à 30 grammes de teinture d'iode ; si la sérosité est très albumineuse ou très alcaline, la dose variera de 30 à 40 grammes. Dans le doute, il convient de s'en tenir d'abord à une dose moindre, puisque l'on peut y revenir.

La masse totale de l'injection ne devra point dépasser 250 grammes.

Il faut ne faire pénétrer le liquide dans le péritoine que graduellement, en malaxant le ventre pour rendre le mélange intime. La canule sera abandonnée en place un quart d'heure. Après l'injection, on laisse sortir un peu de liquide ; on vérifie alors si la teinture d'iode est complétement neutralisée, et, dans ce cas, on fait une seconde injection.

Si, au contraire, les douleurs sont très vives pendant l'injection, on s'arrête ; si elles persistent après l'injection faite, on retire du liquide.

Les suites sont ordinairement très simples. Il faut cependant se tenir prêt à combattre par les moyens appropriés la réaction inflammatoire qui pourrait survenir.

M. Dard pense que, loin d'avoir une action spéciale propre à rétablir l'équilibre entre l'absorption et la sécrétion péritonéales, l'injection iodée agit comme irritant et détermine sur la membrane séreuse une modification de nature inflammatoire. Il appuie cette explication sur l'existence constante des signes qui, tels que le météorisme, les douleurs abdominales, l'état du pouls, le facies, annoncent qu'une péritonite légère se produit. (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, juillet 1854, p. 11.)

De la cure des crevasses du mamelon, par le docteur L. Ripa.

Les ulcérations des mamelons, et plus particulièrement celles qui se présentent sous la forme de *crevasses*, sont non-seulement une affection très douloureuse, bien propre à détourner les mères de nourrir, mais encore la cause ordinaire des engorgements et des abcès du sein. Ajoutons qu'elles sont souvent rebelles aux traitements les plus rationnels. De là une émulation bien naturelle, que le vulgaire partage avec les médecins, pour proposer sans cesse des remèdes nouveaux ou des recettes merveilleuses contre cette affection. A l'occasion de la pommade si vantée de M. Mazzolini, composée d'axonge, de cire, de stéarine et d'huile de semence de ricin, M. Ripa fait connaître les résultats de sa pratique. Selon lui, les lotions avec de l'eau rendue médicamenteuse par des liqueurs alcooliques, par de l'acide sulfurique, par du sulfate de zinc, les pommades au précipité blanc, les mucilages de gomme arabique ou de sous-carbonate de plomb liquide, ne sont guère plus propres à s'opposer aux progrès des ulcérations du mamelon, que le côté d'un peigne ou le manche d'un rasoir appliqués avec tant de confiance par les matrones italiennes sur les engorgements du sein. Le moyen préconisé par M. Ripa est bien simple : il consiste à appliquer sur le mamelon de la filasse de lin ou de la mie de pain trempée dans du laudanum de Sydenham. Au bout de peu de temps, quelquefois au bout de peu d'heures, le résultat a été des plus satisfaisants. Outre l'avantage de narcotiser la douleur, d'après M. Ripa, le laudanum agit sur l'ulcération comme dans l'inflammation de la conjonctive ou comme sur les ulcérations de la cornée. Ce moyen, suivant lui, mieux que la plupart des autres, permet en outre de laver facilement le mamelon ; et en supposant qu'il en reste quelques traces, cela n'aurait d'autre effet que de calmer l'enfant. (*Gazzetta medica italiana, Lombardia*, 17 juillet 1854.)

État du sang dans le choléra.

L'examen microscopique du sang des cholériques a conduit à des résultats très divers et même opposés. Quelques observateurs, parmi lesquels il faut compter M. Magendie, ont trouvé les globules de forme irrégulière, comme ridés et découpés à la surface ; mais la plupart n'y ont découvert aucun caractère anormal. Peut-être ces divergences s'expliquent-elles par cette observation de M. Donné, que les globules, parfaitement normaux sous le rapport de la forme, du volume, de l'aspect, sont comme empêtrés dans le liquide où ils nagent et, ne pouvant se déplacer qu'avec peine, se dessèchent et se rident promptement.

Quoi qu'il en soit, le sang d'un individu mort du choléra a été présenté à la *Société physiologique d'Edimbourg*, et l'on y a découvert de petits corps aplatis, sphéroïdes ou ellipsoïdes, parfois anguleux, d'autres fois fusiformes ou piriformes. Ces corps, enveloppés d'une fine membrane, portaient, adhérents à leur surface, un, ou deux, ou trois petits granules ou noyaux de forme sphérique. Ces corps étaient pâles comparativement au sang. L'addition d'eau ne les altérait pas. L'acide acétique rendait l'enveloppe extérieure et le noyau plus pâles.

On demande, dans l'article (non signé), si ces corpuscules proviennent d'une modification des globules rouges du sang ou d'une formation particulière, et l'on se prononce pour la première hypothèse. Il ne saurait, en effet, y avoir doute sur ce point. Mais l'auteur semble ignorer que la plupart des dispositions qu'il signale se rencontrent dans beaucoup d'autres états pathologiques que le choléra, et même à l'état normal. La présence de bosselures autour des globules a été signalée, il y a déjà longtemps, par M. Andral ; et c'est évidemment ce qu'a rencontré l'auteur anglais. Il a eu affaire à des globules d'aspect *granulé* ou *framboisé*, comme on les désigne généralement. Quant aux autres caractères, ils ne diffèrent pas sensiblement de ceux que nous rappelions plus haut et qui n'ont aucune signification. Nous entrons dans ces détails, pour ne pas laisser s'égarer ceux que l'épidémie actuelle pourrait inviter aux recherches microscopiques. (*Dublin medical Press*, 16 août 1854, n° 815.)

Opération césarienne pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant dans un cas d'ostéomalacie du bassin, par C. Pagenstecher, d'Elberfeld.

Obs. — La dame Hammes, âgée de trente-trois ans, enceinte pour la quatrième fois, arrive au terme de la grossesse le 9 septembre 1852, quatorze jours à l'avance, d'après son calcul. Je la vis le soir à six heures pour la première fois.

Il y a cinq ans que cette dame avait éprouvé de violentes douleurs dans la région lombaire et dans les cuisses. Je lui fis suivre un traitement à l'huile de foie de morue duquel elle se trouva très bien.

L'accouchement de son troisième enfant eut lieu peu après ce traitement, et se fit très bien. Pendant la grossesse actuelle, dès le troisième mois, elle fut très indisposée, mais ne réclama pas les services de l'art.

A l'examen, je la trouvai beaucoup maigrie et affaiblie, éprouvant de petites douleurs et de légères contractions. On percevait en bas et à droite parfaitement les pulsations fœtales.

En continuant mes investigations, je reconnus une ostéomalacie de la partie antérieure du bassin. Les symphyses étaient aiguës. Deux séparations existaient à la partie inférieure ; l'antérieure, arrondie, très serrée, placée sous la symphyse, laissait à peine introduire le bout du doigt.

La postérieure, placée à la moitié de la branche descendante du pubis, faisait que les tubérosités ischiatiques et le coccyx se touchaient.

Les deux ouvertures étaient étranglées par les branches descendantes du pubis qui, à 1 pouce 1/2 de la symphyse, se rapprochaient tellement, que l'ongle seul pouvait sentir un léger sillon entre elles.

De ce point, les deux branches s'écartaient jusqu'aux tubérosités, et la distance entre leur partie interne mesurait deux travers de doigt, soit près de 2 pouces.

Le bassin, de haut en bas, était complétement déformé ; le sacrum était situé si en bas et en dedans, et le promontoire si en avant, que le diamètre antéro-postérieur marquait 2 pouces à 2 pouces 1/2.

La saillie du promontoire, engagée fortement dans la cavité du sacrum, permettait de sentir d'avant en arrière la partie lisse de la colonne vertébrale. On remarquait sur cette malade des traces de rachitisme. Les jambes et les cuisses étaient fortement courbées.

Le ventre, fortement proéminent en avant, faisait que la portion vaginale de l'utérus se portait en arrière, et qu'au toucher le col ne pouvait être atteint, arrêté qu'il était au-dessus du promontoire.

Vers huit heures et demie du soir, les douleurs devenant de plus en plus vives, l'opération césarienne fut décidée. L'opération fut pratiquée selon les règles de l'art ; il ne se passa de particulier que deux vomissements, qui furent promptement arrêtés. L'opération fut terminée à 9 heures. On appliqua sur le bas-ventre des compresses froides et une vessie pleine de glace.

10 septembre, dix heures du matin. La malade a reposé quelques heures ; légère transpiration ; urines assez abondantes. Pouls, 140.

Cinq heures du soir. Pouls, 130. Toutes les lochies passent par la vulve.

Jusqu'au 3 novembre, jour où elle sortit pour assister au baptême de son enfant, la malade présenta tour à tour des pertes d'appétit, de sommeil, de la fièvre le soir, de l'œdème des extrémités, du catarrhe pulmonaire. Tous ces phénomènes disparurent peu à peu, en soumettant la malade à un régime tonique et aux ferrugineux.

Le principal intérêt de cette observation est le développement rapide de l'ostéomalacie, qui dans six mois à peine détermina une complète déformation d'un bassin jusqu'alors bien conformé ; car le diamètre antéro-postérieur, qui ne mesurait dans cette grossesse que 2 pouces 1/2, n'eût certes pas permis les accouchements antérieurs. (*Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankeiten*, t. IV, partie I, juin.)

Guérison radicale de l'hydrocèle par l'injection de chloroforme, par le professeur Langenbeck.

Bien que faisant usage de la teinture d'iode pure, qu'il injecte deux fois dans la tunique vaginale, le professeur Langenbeck a remarqué un insuccès sur dix hydrocèles ainsi traitées. L'action bien connue du chloroforme comme irritant cutané l'a engagé à essayer de ce liquide en injections contre l'hydrocèle ; il n'a eu jusqu'à présent que des résultats satisfaisants, mais ses observations ne sont pas encore assez nombreuses pour permettre d'en tirer une conclusion définitive. Le chloroforme, suivant M. Langenbeck, aurait l'avantage de produire une tuméfaction moindre des bourses, et la

résolution se ferait ensuite plus rapidement que lorsqu'on emploie la solution iodée. L'expérience apprendra si ces avantages existent véritablement, et, ce qui est bien plus important, si le chloroforme offre les mêmes garanties d'innocuité et la même sûreté d'action que la teinture d'iode. (*Deutsche Klinik*, n° 31, 1854.)

Mémoire sur l'anatomie des tumeurs érectiles (lu à la Société de biologie), par M. le docteur Ch. Robin.

On entend communément par *tumeurs érectiles* celles qui sont susceptibles d'augmenter de volume, de devenir *turgescentes*, sous l'influence de certaines conditions, comme la position déclive, la gêne de la circulation veineuse, une émotion vive, etc. Or cette qualification ferait supposer à tort qu'elles sont constituées par un *tissu érectile* analogue à celui que l'on observe à l'état normal dans les corps caverneux, le gland, le bulbe de l'urètre; l'expression *tumeur érectile* est donc vicieuse, en ce qu'elle tend à donner une idée fausse de la véritable composition de ces tumeurs.

Au point de vue anatomique, M. Robin distingue quatre espèces de tumeurs sanguines susceptibles de devenir turgescentes, sans compter une cinquième espèce, formée par la dilatation des vaisseaux lymphatiques. Ces quatre espèces sont :

1° *Les tumeurs formées par la dilatation des troncs artériels*. Ce sont les *anévrysmes cirsoïdes* des auteurs. M. Robin en rapproche certaines tumeurs de la tempe et du cuir chevelu qui résultent de la dilatation des artères de ces régions, devenues flexueuses, et dont les parois se sont épaissies. Cette augmentation d'épaisseur porte sur la tunique jaune élastique, devenue plus molle et plus rouge, et infiltrée de granulations graisseuses; la tunique externe ou celluleuse est également épaissie.

2° *Les tumeurs formées par la dilatation des capillaires*, ou *nœvi materni* vasculaires. Les vaisseaux malades sont les capillaires du derme, surtout les capillaires à deux tuniques, et ceux plus gros que l'on peut voir à l'œil nu; il y a dilatation avec amincissement des parois, qui sont souvent parsemées de petites granulations jaunâtres, graisseuses. Outre la dilatation générale, on observe, sur beaucoup de capillaires, des *dilatations locales* d'espace en espace. Les capillaires forment de fréquentes circonvolutions toujours pleines de globules.

3° *Les tumeurs formées par la dilatation des veines*. Celles-ci peuvent être les grosses veines, ce sont alors des *varices;* ou bien les petites veines faisant suite aux capillaires, ce qui donne naissance à des tumeurs particulières. L'auteur a observé que ce sont les vaisseaux sous-muqueux qui produisent les *hémorrhoïdes*. Les tumeurs dites *fongueuses*, *sanguines*, *veineuses*, sont formées par dilatation des petites veines bosselées çà et là en chapelet.

4° *Les tumeurs formées par extravasation du sang* hors des vaisseaux rompus et en communication accidentelle avec des cavités irrégulières que s'est creusées le sang entre les faisceaux des tissus voisins. Ces cavités sont quelquefois grandes comme un œuf, et renferment alors des couches de fibrine plus ou moins décolorée; l'auteur est persuadé que les *anévrysmes par érosion* ou *anévrysmes de Pott* sont des tumeurs de cette nature. Les cavités anormales peuvent être limitées par des lames de tissu cellulaire, ou par des lamelles osseuses ou portions de tissu spongieux, comme dans les *anévrysmes des os*. Ces tumeurs ont tantôt les artères, tantôt les veines pour point de départ; dans ce dernier cas, elles manquent de battements. Les petits vaisseaux sont susceptibles de devenir le point de départ d'altérations du même ordre, ainsi que M. Robin l'a pu constater sur une petite tumeur qu'il trouva par hasard dans le muscle vaste interne d'un cadavre.

Enfin l'auteur signale une tumeur qui se développait sur le côté du frein chez un homme de trente ans, par suite de la dilatation des lymphatiques du gland comprimés par le prépuce pendant l'érection. (*Gazette médicale de Paris*, n^os^ 22 et 23, 1854.)

Cas extraordinaire de lithotomie, par M. Elliot.

Chez un homme de trente-huit ans, qui souffrait de la pierre depuis son enfance, M. Elliot, à cause du volume qu'elle offrait, dut, après la cystotomie latérale, agrandir l'incision en fendant le rectum. C'est seulement alors que le calcul put être extrait. Le malade guérit, malgré les souffrances inséparables d'une opération aussi laborieuse.

Le calcul, dur et compacte, pesait 232 grammes. Absolument sphérique, sa coupe par le milieu présenta un aspect assez insolite. Au centre était un noyau volumineux consistant en un caillot de sang (dont l'origine remontait probablement à une époque où le malade, enfant, fit une chute de cheval). Autour de ce noyau, existait une couche concentrique assez épaisse; puis une couche plus extérieure était traversée, du centre à la circonférence, par onze rayons, qui donnent à la gravure une grande ressemblance avec les jantes d'une roue. — La composition chimique n'est pas indiquée d'une manière assez précise pour que nous croyions devoir la reproduire. (*Association medical Journal*, 4 août 1854, p. 699.)

Emploi de la spigélie anthelminthique, par M. Bonnewyn.

Il faut avoir soin, quand on prescrit la spigélie contre les vers, de bien spécifier qu'il s'agit de la *Spigelia anthelmia* (de Linné), qui vient du Brésil et des Antilles, et non de la *Spigelia marylandica*, qui est facilement cultivée dans nos contrées. La première de ces plantes, à peu près inusitée en France, est fréquemment employée en Belgique, et il paraît notamment qu'elle est d'un usage journalier dans la ville de Liége, où l'on ne s'aperçoit en rien des propriétés vénéneuses que plusieurs pharmacologies lui attribuent. Comme ses propriétés anthelminthiques ne sont pas douteuses et passent même pour fort actives chez nos voisins, nous donnerons les formules préconisées par l'auteur.

Formules. N° 1. *Décoction*. Prenez : Spigélie anthelminthique découpée, 30 grammes. Faites bouillir dans un vase couvert pendant un bon quart d'heure dans eau de pluie s. q. pour obtenir de 100 à 150 grammes de colature, à laquelle on ajoute de 30 à 60 grammes de fleurs de pêcher.

N° 2. *Sirop* (cette formule appartient à M. Émile Mouchon).

Prenez : Spigélie anthelm. en poudre grossière.	250	gram.
Eau de fontaine.	1000	—
Sirop de sucre	1000	—

Mettez d'abord en contact, pendant quatre heures environ, la poudre de spigélie et un poids égal au sien d'eau bouillante, que vous maintiendrez à peu près au même degré de température, dans un vase clos. Ayez ensuite recours au déplacement dans un appareil convenable, à l'aide de l'eau restante, toujours entretenue au degré d'ébullition, pour épuiser complétement la poudre. Puis faites concentrer l'hydrolé avec le sirop pour ramener le tout au poids de 1000 grammes.

M. Bonnewyn prépare aussi une *gelée* de spigélie. (*Gazette méd. de Liége*, 1854, n° 15.)

Observation d'un cas de variole développée sur le fœtus dans l'utérus, par M. Aulsebrook.

Ce fait intéressant remonte à une époque déjà éloignée; des circonstances indépendantes de la volonté de l'auteur en avaient retardé la publication jusqu'à ce jour. Qu'une femme affectée de la variole accouche d'un enfant affecté lui-même de la même maladie, rien ne semble plus naturel; et si quelque chose doit surprendre, c'est que ce phénomène ne soit pas plus commun. Mais qu'une femme reste réfractaire, parce qu'elle a été vaccinée ou qu'elle a déjà eu la petite vérole, au principe contagieux qui l'entoure, et que son organisme, sans être influencé, n'en serve pas moins de voie de transport au principe contagieux jusqu'à l'enfant qui vit dans son sein, voilà ce qui semble plus difficile à concevoir, et ce que le fait suivant met hors de doute.

Obs. — La variole existait à Biorton, près d'Aylesbury, en novembre 1833, dans une maison contiguë à l'habitation de Jacob W..., boulanger dans ce village. Son fils, qui n'avait jamais été vacciné, gagna la maladie, en communiquant, comme on peut le supposer, avec une des familles voi-

sines, et l'éruption apparut le 30 novembre. Le 1er décembre, madame W... et tous ses autres enfants furent vaccinés pour la première fois, et le vaccin prit chez tous, à l'exception d'une fille, qui fut revaccinée avec succès à la fin de la semaine. Madame W... n'eut qu'un bouton, dont la cicatrice est encore visible aujourd'hui.

Quinze jours avant ses couches, madame W... éprouva d'une manière très prononcée des envies de vomir et un sentiment de faiblesse provoqués par l'odeur d'une garderobe de son enfant varioleux qu'elle soignait elle-même. Le 4 janvier 1854, quinze jours après la sensation mentionnée ci-dessus, et cinq semaines moins un jour après sa vaccination, elle mit au monde l'enfant qui fait le sujet de cette observation. En l'examinant presque immédiatement après sa naissance, M. Aulsebrook observa sur l'abdomen quelques taches de grandeur et d'apparence variées ; d'autres furent découvertes sur les reins, le dos, la face, le cou ; celles de cette dernière partie étaient de beaucoup les plus nombreuses. Près de l'angle interne de l'un des yeux existait une pustule presque à l'état de complète maturité, tout à fait semblable pour la grandeur à une pustule de petite vérole ; on en rencontrait d'autres sur les mains. Le jour suivant, l'éruption était considérablement plus développée ; chaque pustule avait une auréole inflammatoire rouge à sa base, et son centre était déprimé et avait d'une manière non équivoque les vrais caractères de la petite vérole. Un groupe de ces boutons se voyait sur le côté gauche de la langue, près de la pointe, et un autre sur le dos de cet organe, près de sa base. L'enfant, né faible, ne teta pas, ne prit que peu de chose par la bouche, et expira de bonne heure le troisième jour. Madame W... n'eut ni accident ni manifestation de la maladie dans le cours de ses couches, qui furent heureuses.

M. Aulsebrook, ayant eu occasion de communiquer le fait à M. Robert Ceely, d'Aylesbury, qu'il considère comme un des médecins connaissant le mieux tout ce qui a trait à la variole, celui-ci appela son attention sur deux faits analogues publiés par Jenner dans les *Transactions médico-chirurgicales* pour l'année 1809, page 269. Dans l'un de ces cas, la mère avait eu la petite vérole plusieurs années avant, et n'avait jamais été vaccinée. Peu de temps avant son accouchement, elle avait fait dans la rue la rencontre d'un enfant couvert de pustules varioliques et d'un aspect repoussant qui l'avait vivement impressionnée. Cette impression passagère ne devint la cause d'aucune manifestation morbide. Cinq jours après son accouchement, l'enfant présenta sur la surface du corps des pustules varioliques, et la maladie, bien que bénigne, parcourut toutes ses périodes de la manière ordinaire.

Dans l'autre cas, la variole avait été introduite dans la maison par le chirurgien de la paroisse, en inoculant trois enfants de la famille ; la mère, au contraire, avait été vaccinée peu de temps avant par un autre chirurgien. Cinq semaines après sa vaccination, qui avait bien réussi (pendant quatre desquelles elle avait été exposée à l'infection varioleuse de ses enfants), elle accoucha d'une fille qui présenta à sa naissance une éruption de petite vérole constatée par le médecin de la famille, qui fait remarquer qu'à cette époque de la période pendant laquelle elle fut exposée à l'infection de ses enfants, la mère ne donna aucun signe de la manifestation de la maladie. (*The Lancet*, 2 septembre 1854.)

Mort par le chloroforme, par M. Morgan.

Les circonstances de ce fait font ressortir de la façon la plus évidente l'influence réelle du défaut d'action cardiaque comme cause de mort dans ces cas.

Obs. — Un homme de soixante-cinq ans, robuste et bien portant jusque-là, dut subir l'amputation de la cuisse pour une tumeur maligne du fémur. On le chloroformisa. 8 grammes du liquide anesthésique furent d'abord employés avec l'appareil de Snow, et au bout de huit minutes on en mit 4 autres.

Au bout de treize minutes, après un spasme violent, l'assoupissement parut établi. Le pouls, qui s'était d'abord élevé à 120, tomba à 70, et la respiration devint stertoreuse. A ce même moment le pouls faiblit et cessa tout d'un coup, ainsi que la respiration. L'insufflation et le galvanisme furent impuissants pour sauver ce malheureux.

A l'autopsie, on trouva le cœur très volumineux. Son tissu, surtout du côté gauche, avait subi la dégénérescence graisseuse ; la graisse formait les trois quarts de la structure des parois des cavités gauches.

L'explication du mécanisme de la mort est ainsi donnée dans le récit de M. Morgan ; nous croyons devoir la lui emprunter textuellement : « La cessation soudaine de l'action du cœur vient de ce que ce viscère n'était capable de remplir ses fonctions que dans l'état de tranquillité de l'économie. Mais quand un stimulant a été appliqué, il épuise l'énergie musculaire de cet organe. Le cœur, affaibli par ce travail exagéré, ne recevant d'ailleurs qu'un sang incapable de l'exciter suffisamment, cessa de battre. » (*Medical Times and Gazette*, 22 juillet 1854, p. 86.)

Comparaison entre le chloroforme et le froid comme agents anesthésiques, par M. J. Arnott.

L'article précédent est à la fois l'occasion la plus naturelle et la meilleure justification de celui-ci. Suffisamment édifié, à ce qu'il paraît, par les exemples semblables qui se sont succédé au nombre de trois, depuis trois mois, dans les hôpitaux de Londres, M. Arnott insiste sur l'opportunité d'employer de préférence le froid.

Rien de plus commode que l'administration de cet agent. Un mélange de glace et de sel commun, appliqué quelques minutes d'avance, dans un vase quelconque, sur la partie que l'on doit opérer, y éteint la sensibilité.

A la vérité, les tissus superficiels deviennent seuls insensibles par ce moyen. Mais, outre que l'on n'a très souvent besoin d'agir que sur eux seuls, n'est-ce pas l'incision de la peau qui est toujours la plus douloureuse ? Et n'est-ce pas supprimer la cause principale des souffrances, que d'abolir celle qui résulte de la lésion de cette membrane éminemment nerveuse.

La dépense est vingt fois moindre par ce procédé qu'avec le chloroforme, considération qui a bien son poids dans la pratique des hôpitaux.

Le patient conserve sa connaissance. Il peut, par conséquent, aider le chirurgien, et l'avertir quand il s'éloigne de son but. Ce n'est pas avec la glace, dit M. Arnott, que l'on aurait eu le navrant spectacle, que nous a valu récemment le chloroforme, d'un chirurgien tirant avec les tenettes sur une vessie non encore ouverte, d'où il croyait pouvoir extraire le calcul.

Quelque infériorité d'effet qu'ait réellement le froid comparé au chloroforme, on ne saurait trop encourager les chirurgiens à l'employer de préférence à celui-ci pour les incisions ou cautérisations superficielles. L'absence de danger sérieux nous semble, à nous, être le principal motif qui doive porter à le choisir ; et nous nous associons de grand cœur au sentiment qui a inspiré à l'auteur ces réflexions : « Si le chloroforme conserve encore des partisans, c'est que chacun se flatte que les malheurs dont il voit se multiplier autour de lui les exemples n'arriveront pas entre ses mains. On attend sans doute pour y renoncer le moment où quelque malade haut placé succombera à son administration. Mais pourquoi ne pas devancer ce moment, au lieu de l'attendre ? Est-il rien de plus mortifiant pour les personnes qui entourent le patient, et surtout pour le chirurgien, que de savoir qu'ils l'ont empoisonné avec un agent que l'on aurait pu remplacer par un autre dépourvu de tout danger ? » (*Medical Times and Gazette*, 5 août 1854, p. 133.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Études médico-psychologiques sur l'aliénation mentale, par L.-F.-E. Renaudin, docteur ès sciences et en médecine, directeur de l'asile d'aliénés de Maréville (Meurthe). Paris, chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19.

On n'accusera pas la science mentale d'infécondité. Les élucubrations psychologiques se multiplient. A peine avions-nous rendu compte des beaux ouvrages de MM. Guislain et Morel, qu'il nous fallait analyser les savantes leçons de M. Falret. Hier, c'était le tour de M. Parchappe, et voici que M. Renaudin vient aujourd'hui frapper aux portes de la critique. Ce n'est plus le temps, on le voit, où Pinel et Esquirol occupaient seuls la scène, Daquin, dont le nom a été récemment tiré de l'oubli, n'ayant point alors acquis de notoriété.

Cette fermentation laisse entrevoir une prompte solution des problèmes ardus de la folie. D'un choc si fréquent d'opinions ne sau-

rait manquer de surgir bientôt un corps de doctrine qui confondra toutes les dissidences en un faisceau lumineux.

Le livre de M. Renaudin, sans nul doute, doit contribuer à ce résultat, bien qu'il soit loin de réaliser, à nos yeux, l'idéal d'une conception vraiment scientifique. Il reflète, en effet, une personnalité puissante plutôt qu'il ne traduit, juge et féconde le mouvement des connaissances mentales. Sauf quelques citations et brèves remarques, l'invocation et l'appréciation du sentiment des auteurs sont presque entièrement écartées d'un volume qui ne comprend pas moins de 810 pages.

Cette manière de procéder a certes ses avantages. On supprime beaucoup d'obstacles, on économise un temps précieux, en s'abstenant ainsi de compulsations bibliographiques. Dans son essor qu'aucune gêne n'entrave, l'esprit, soutenu par le talent, peut arriver sans trop de peine à des créations brillantes.

Malheureusement, ce bénéfice a sa contre-partie. Ce que l'on gagne en abondance et en séduction, on le perd en autorité et en certitude. On risque surtout de méconnaître des vérités déjà mises au jour, de les donner comme originales, ou de faire revivre des erreurs péremptoirement combattues.

La science a d'autres exigences : telle était du moins notre pensée, lorsqu'en 1843, dans un *Traité sur l'organisation de la médecine en France*, proposant la formation d'une encyclopédie médicale, répartie dans toutes les circonscriptions, à l'usage des praticiens, nous en résumions en ces termes le programme : « Un personnel nombreux et capable, divisé par catégories, procéderait, comme opération préliminaire, au dépouillement des écrits contenus dans nos bibliothèques publiques. Il élaborerait et classerait ensuite les matériaux recueillis de manière à les présenter méthodiquement dans un tableau concis, qui ne permît à aucun fait important de demeurer dans l'oubli, à aucune opinion sérieuse de passer sans contrôle, à aucun précepte judicieux d'échapper à la vigilante attention de l'homme de l'art. »

Point de production saillante et durable sans ce cachet de sévère investigation. Que serait-ce, d'ailleurs, si, s'en tenant à son propre fonds, chaque écrivain se faisait l'alpha et l'oméga de la branche qu'il cultive? Les systèmes individuels constitueraient une confusion babélique au sein de laquelle le lecteur s'égarerait presque inévitablement.

Une autre qualité, également essentielle, fait défaut à l'ouvrage du directeur de Maréville. On y cherche vainement la pensée mère qui domine et relie les diverses parties du travail, composé de chapitres isolés, plutôt juxtaposés en vertu d'affinités souvent douteuses que logiquement déduits de principes évidents.

Nous avons souvent proclamé la nécessité d'asseoir la pathologie mentale sur la notion préliminaire des facultés à l'état sain. L'obscurité qui règne en beaucoup de points est spécialement due à la négligence de cette indication rationnelle. S'écartant des communs errements, M. Renaudin semble avoir voulu, à cet égard, remplir le vide laissé par la généralité des aliénistes. Mais son exposé psychologique est loin de représenter nettement le nombre et le caractère des virtualités intellectuelles et morales de l'homme. En quoi consistent l'entendement et ses divers modes, attention, jugement, mémoire, perception, imagination, réflexion, raisonnement, conscience, volonté, etc.? Quel est le rôle des sentiments, des affections, des instincts, des dispositions artistiques, etc. ? Leur jeu réciproque dans l'élaboration et les manifestations de la pensée? L'idée est-elle produit ou mobile, de nature soit matérielle, soit psychique, ou, conditionnellement, ne revêt-elle pas l'un ou l'autre aspect? On conçoit toute l'utilité de ces déterminations pour saisir la valeur intime des déviations apportées par la maladie à l'ordre normal.

Beaucoup de ces questions ont été omises; d'autres sont assez longuement développées, sans qu'il en ressorte de solution palpable. La philosophie a suscité des théories nombreuses. Celle de Gall, notamment, de quelque façon qu'on l'envisage, offre une étroite affinité avec les aberrations de la folie. Le nom n'en apparaît pas même sous la plume de l'auteur. La sensibilité, trait d'union des éléments physique et immatériel, sorte de *Deus ex machinâ* propre à dénouer les situations délicates, est pour ainsi dire l'unique pivot de sa doctrine. Elle lui sert, comme à Broussais l'entité *irritation*, pour expliquer tous les phénomènes.

Qu'est-ce, cependant, que la sensibilité? Un je ne sais quoi, abstrait, indéfini, que, comme cause ou effet, on aperçoit, à la vérité, au fond des moindres actions vitales, mais qui ne saurait caractériser un état psychique; car, diversifiée selon les idiosyncrasies, les appareils et les excitants, la double aptitude à sentir et à être ému se soustrait à l'analyse par ce qu'elle a de latent et de vague.

Le fonctionnement psycho-cérébral se résume, d'ailleurs, pour M. Renaudin, dans la formation de l'idée dont il étudie les rapports avec la sensibilité générale, les besoins et les instincts. Il ne parle qu'incidemment de l'intellect et de ses différents pouvoirs. Leur solidarité d'action, celle surtout des sentiments, sur laquelle s'est récemment élevée une si intéressante controverse, n'ont été l'objet d'aucune appréciation, malgré leur importance psychologique et légale.

Cet examen, habilement combiné avec l'observation clinique, aurait pu fournir les bases d'une bonne classification des insanités. Tracer un cadre motivé, où chaque espèce délirante trouve sa place naturelle, serait répandre déjà sur le sujet la plus lumineuse clarté. Dans un traité comme celui que nous analysons, où l'auteur sacrifie la simple exposition des faits aux perspectives philosophiques, cette partie devait, sans contredit, former la matière d'un chapitre considérable : elle se restreint à deux pages.

Une foule de nomenclatures ont été imaginées soit à l'étranger soit en France. Pinel a donné la sienne. D'autres plus ou moins complexes sont dues tant à Georget, Rush, Chiaruggi, Heinroth, qu'à MM. Ferrus, Falret, Guislain et Jacobi. Plusieurs manigraphes anglais nous devançant, entre autres Combes, Burrows, Arnold, Prichard, se sont particulièrement efforcés d'éclairer leurs divisions des lumières de la psychologie. M. Baillarger, de nos jours, a présenté une classification qui s'écarte sensiblement des précédentes. Nous-même, enfin, avons, il y a dix ans, publié sous ce rapport un essai spécial.

Tous ces écrits semblent comme non avenus pour M. Renaudin, qui, véritable Épiménide, se réveille à Esquirol, dont il adopte sans discussion, et même en les déclarant incontestés, les quatre genres : manie, monomanie, lypémanie, démence. Il se tait, par exemple, sur la stupidité, admise par Georget, rattachée par M. Baillarger à la mélancolie, et dont MM. Ferrus, Etoc-Demazi, Scipion Pinel, Sauze et moi avons revendiqué le droit à l'existence. Sa catégorisation est également muette à l'égard d'une distinction ingénieuse, entrevue par M. Moreau dans son *Traité du hachisch*, et précisée par nous dans nos articles sur les délires ébrieux et épileptique. Cette distinction, qui a trait, comme classement nosologique, à la valeur respective des pseudo-perceptions et des autres signes intellectuels, établit en effet, entre l'agitation de la manie et celle des perturbations occasionnées par les substances irritantes ou délétères, liqueurs fortes, plomb, belladone, etc., une démarcation nouvelle et radicale.

Par le seul énoncé des matières du livre, on peut juger de son défaut d'enchaînement. Après avoir traité des éléments idiosyncrasiques, des sentiments et de la raison dans leurs rapports avec la pathogénie mentale, M. Renaudin examine l'homme dans le milieu qui l'entoure, la *signification* psychique des diverses fonctions et de leurs déviations, les hallucinations et la marche de l'aliénation. Le cadre se termine par une longue histoire de la monomanie, et quelques considérations légales à propos d'un mémoire de M. Molinier.

Le médecin spécialiste reconnaîtrait difficilement, dans cette suite de chapitres, la coordination habituelle de ses travaux. Pourquoi, notamment, cette interposition du cours de la folie entre les hallucinations et la monomanie, et la préférence accordée à ces deux formes sur les autres espèces non décrites?

Les questions particulières elles-mêmes ne seraient point à l'abri de toute observation. M. Renaudin peint en artiste les idiosyncrasies, les sentiments et la raison plutôt qu'il ne les apprécie en psychologue, se bornant à indiquer leur degré d'influence sans approfondir leur nature. Les mêmes pages pourraient figurer dans un discours de chaire ou dans un article d'encyclopédie.

Il est pour les hallucinations des gradations faciles à saisir.

Qu'elles surgissent isolées ou complexes, fixes ou vagues, qu'elles imposent la croyance ou inspirent le doute et la répulsion, tantôt elles se présentent à l'esprit, qui, plus ou moins libre, les juge, se détermine, et, abstraction faite de la cause physique ou morale, souvent inconnue, qui les produit, elles constituent alors toute la maladie, la véritable aberration perceptive; tantôt, naissant fortuitement du sein d'une confusion générale, et subordonnées à cet état, elles ne sont plus que des épiphénomènes, des symptômes. Cette simple délimitation, qui met si bien en relief la valeur pathologique des fausses sensations, a échappé à M. Renaudin, bien qu'il soit entré dans les détails les plus étendus sur les conditions multiples de leur apparition.

La notion intime de la monomanie ne se dégage pas non plus très nettement des explications de l'auteur. Pour nous, dans les types formels de cette affection, le principe de l'action irrégulière est représenté, non par le fonctionnement intellectuel, mais par les mobiles qui l'excitent, les sentiments et les convictions. M. Renaudin attribue ici une large part à la sensibilité que nous aurions méconnue. Aussi nous blâme-t-il d'avoir exclu de notre nomenclature la lypémanie d'Esquirol, qui caractérise la réaction douloureuse par opposition au mouvement d'expansion des variétés monomaniaques. Il trouve, en outre, que, trop psychologique, notre catégorisation ne tiendrait nul compte du concours important que, dans la manifestation délirante, apporterait l'élément somatique à l'élément moral.

Mais M. Renaudin ne prendrait-il pas l'effet pour la cause, le signe pour la lésion? Le mode de sensibilité développé n'est pas plus *adéquat* à la folie partielle que le point de côté à la pneumonie. Chaque sentiment exerce une influence spéciale, nuancée suivant les individus et les circonstances. Il nous a semblé dès lors plus rationnel d'indéfinir les cas particuliers, que de maintenir une dénomination arbitraire et sans limites, qui, groupant les faits les plus disparates, tend à les faire considérer comme des identités. Loin d'écarter la sensibilité, nous lui avons, en réalité, assigné sa place et son rôle.

Quant à la souffrance organique, généralement envisagée comme une des sources indispensables de toute monomanie, c'est là une question de pathogénie et non de nomenclature. Nous la croyons, du reste, insoluble, et, comme nous l'avons exprimé bien des fois, les théoriciens qui font dériver les anomalies psychiques pures, soit d'une altération nerveuse, soit d'une perturbation simplement morale, soit de cette double cause réunie, ne sortent ni les uns ni les autres du domaine de l'hypothèse, cette solution touchant à l'éternel mystère de ce que l'on appelle la dualité humaine.

Enfin, l'argumentation médico-juridique de M. Renaudin contre M. Molinier ne va point directement à son but. D'après le professeur de Toulouse (et cette opinion est celle de la plupart des philosophes), l'impunité ne devrait point être acquise au monomane jouissant de son discernement; car, dit-il avec une logique apparente, s'il n'est pas maître de se soustraire à l'impulsion qui l'envahit, il l'est de résister à un entraînement dont il peut mesurer les conséquences.

A ces raisons, qu'oppose M. Renaudin? Le criminel, suivant lui, jouirait de la liberté morale, le malade en serait privé; et, partant de là, il signale les particularités de l'état morbide. Mais là évidemment n'est pas la question, puisque personne ne conteste ces différences.

M. Renaudin donne pour démontré un fait plus que douteux. Rien de moins prouvé que le libre arbitre au sein d'une passion véhémente. Se connaît-on dans les emportements de la colère, dans les fureurs de la jalousie? Et pourquoi, en certains cas, l'excuse ou l'atténuation? L'expérience, d'un autre côté, établit, par de nombreux exemples, que la suggestion monomaniaque n'est pas un obstacle absolu à l'exercice de la liberté morale. C'est donc sur d'autres éléments qu'il faut baser le jugement du litige.

En elle-même, la démarcation tracée par la maladie est excellente. Les aliénistes ont, depuis Georget, et avec raison, adopté ce terrain; non, certes, que la lumière soit faite : seulement, une limite étant nécessaire, on a dû fixer celle qui semblait la plus naturelle. Ce n'est point, en un mot, la philosophie qui affirme, c'est la jurisprudence, qui, en vertu d'une considération d'ordre social, présume ou rejette les conditions de responsabilité.

Ajoutons que, subsidiairement, cette présomption s'appuie sur des motifs d'une incontestable autorité. Serait-il, par exemple, téméraire de supposer qu'en dotant l'homme des passions, la Providence l'ait armé, pour les régler ou les contenir, d'un pouvoir suffisant dont il n'aurait point à rendre compte dans la maladie? Quel individu, honnête aujourd'hui, n'est pas exposé, par suite de changements dans son organisation, à subir demain les chances d'une perversion morale? Un tel résultat est d'autant plus à craindre, qu'une modification de cette nature jette l'esprit dans une anxiété qui, en le démoralisant, détruit l'équilibre et prive la volonté des forces qu'elle pourrait opposer efficacement à de funestes tendances.

On voit combien de *desiderata* subsistent dans l'ouvrage de M. Renaudin. Cela, néanmoins, ne veut pas dire qu'il soit entièrement défectueux. Un écrivain si distingué, un si éminent aliéniste, se garde nécessairement du médiocre. Par leur nouveauté ou la manière dont ils sont traités, une foule de points, ressortant, au contraire, de la ligne commune, montrent avec quel talent de déduction immédiate l'auteur embrasse tous les aspects et suit toutes les ramifications d'une idée. On doit notamment lui savoir gré d'avoir appliqué, dans des proportions insolites, à l'interprétation des anomalies mentales, les doctrines philosophiques si longtemps méconnues. Notons aussi comme très remarquables les développements consacrés aux influences étiologiques et aux troubles variés résultant de la situation normale ou pathologique des diverses fonctions. Enfin, les articles relatifs aux aberrations perceptives et monomaniaques abondent en observations saisissantes, en données judicieuses et en aperçus pittoresques.

Ces qualités, d'ailleurs, sont rehaussées par les agréments d'un style harmonieux et facile, quoique légèrement empreint d'une teinte de germanicisme. On sent que l'auteur ne doit éprouver aucune hésitation dans l'expression de sa pensée, ce qui peut-être est un écueil. On a plus d'une preuve, en effet, que ce merveilleux don d'écrire, privilége de quelques esprits d'élite, et qui ne connaît pas d'entraves, ne coïncide pas toujours avec les productions les plus profondes. Comment soumettre à un contrôle rigoureux et efficace des idées revêtues, pour ainsi dire instantanément, d'une forme claire et séduisante?

DELASIAUVE.

VI.

VARIÉTÉS.

CHOLÉRA. — Mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine depuis le 13 septembre :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 14 septembre.	8	6	14	25	16
15	8	3	11	19	12
16	4	3	7	26	4
17	5	6	11	9	10
18	11	2	13	14	7
19	6	6	12	20	9
20	12	2	14	12	8
Résumé de 7 jours. .	54	28	82	125	66

Situation au 20 septembre : Cas traités depuis novembre. 6,160

Sorties . . . . . . 2,717 }
Décès . . . . 3,166 } 5,883

Il reste en traitement 277

— **ORGANISATION DU SERVICE SANITAIRE EN ALGÉRIE.** Un décret impérial en date du 12 août 1854 étend à l'Algérie le bénéfice de la convention sanitaire internationale, dont l'exécution a été réglée par les décrets du 24 décembre 1850 et du 4 juin 1853.

Les modifications apportées à ces derniers décrets, en ce qui concerne l'Algérie, ne portent que sur la composition des *commissions* sanitaires transformées en *conseils*, et n'ont d'autre but que d'adapter l'institution aux exigences locales.

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE LA RÉSINE DE BOULEAU. — Il résulte d'un travail tout récent de M. Kosmann (thèse inaugurale) que les jeunes pousses et les feuilles de bouleau recèlent une résine électro-négative (acide bétulorétinique); et que cette résine, à l'état de sel sodique, pourrait être employée comme *tonique laxatif*.

— Une question qui ne manque pas d'importance va être prochainement débattue devant le tribunal de Marseille. Le jury médical des Bouches-du-Rhône a saisi dans les pharmacies homœopathiques des médicaments préparés suivant les prescriptions hahnemaniennes, et a fait poursuivre les pharmaciens, en se basant sur les trois motifs suivants :

1° Ces pharmaciens n'ont pas dans leur officine le registre prescrit pour la vente des substances vénéneuses, ce qui est conséquent avec leurs principes, puisqu'un médicament homœopathique ne peut jamais être un poison ;

2° Ils n'avaient pas non plus les médicaments marqués d'un astérisque au *Codex*, et que tout pharmacien est tenu, aux termes des lois et règlements, d'avoir tout préparés à l'avance ;

3° Enfin, ils sont accusés du délit commun de tromperie sur la qualité de l'objet vendu, l'analyse chimique ne permettant pas, au moins dans la grande majorité des cas, de constater dans les globules et dans les dilutions la matière active qu'on prétend y être renfermée.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ALLGEM. MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — Nos 73 et 74. L'état médical de l'armée française (suite et fin), par *Bifel*.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 37. Sur le traitement des fractures particulièrement à l'aide du bandage à ouate, par *Ravoth*. — Recherches sur l'urine, pour servir à l'étude physiologique, etc., par *Falk* (suite des communicat. pratiques, par *Guenther* (de Duisbourg). — Deux cas de plaies d'armes à feu, suivis de l'amputation de la cuisse, par *Ross*. — Les maladies des yeux en Orient, selon les communications du docteur Rigler, de Constantinople, par *Helfft* (fin). — L'établissement hydrothérapique de Laubbach, près Coblentz, rapport annuel (1853), par *Petri* (suite).

MEDICINISCHE ZEITUNG. — N° 37. Les rapports entre la fièvre et l'inflammation, par *Zimmermann*. — La dégénérescence tuberculeuse et mélanique, par *Knipfer*.

SCHWEIZERISCHE ZEITSCHRIFT F. MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHUELFE (Journal suisse de médecine, par *Tscharner*). Année 1854. IIe cahier. — Communications obstétricales, par *H. Spoendli*. — La fièvre intermittente de Nidwalden, par *Odermatt*. — Sur la complication de la grossesse par des tumeurs des ovaires et de l'utérus, et sur les indications de l'accouchement artificiel prématuré dans ces cas. — Deuxième rapport sur Saint-Pirminsberg, par *Ellinger*. — Revue sur l'extension géographique du crétinisme en Suisse, etc., IIIe partie, par *Meyer-Ahrens*. — Procès-verbal de la quatre-vingt-septieme séance de la Société médicale du canton de Zurich. — Sur le taxis forcé dans les hernies étranglées, par le docteur *E.-A. Matthiae*.

VIERTELJAHRSSCHRIFT FUR GERICHTLICHE UND ŒFFENTLICHE MEDICIN HERAUSGEG. von *Casper*, VI vol., Ier cahier. — Les physionomies des assassins, par *Casper*. — Empoisonnement par le cyanure de potassium, avec autopsie, par *Tschepke*. — Mort par asphyxie dans une fosse à pommes de terre, avec autopsie, par *Hirschfeld*. — Contributions à la scéléto-nécropsie légale, par *Kanzler*. — Le devoir de la police médicale de protéger le public contre l'empoisonnement par les couleurs malsaines, par *Kletschke*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — Nos 86. Fièvre continue chez les enfants, par *Anderson*. — Avantages de l'ophthalmoscope, par *Hulke*. — Plusieurs articles sur le choléra, par *Ancell*, *Hill* et *Richardson*. — 87. Maladies chroniques du cœur, par *Harvey*. — Sarcome cystique et cancer du sein chez la femme, par *Gamgee*. — Acide lactique dans la dyspepsie, par *C.-H. Jones*. — Convulsions puerpérales; trachéotomie, par *Williams*. — Lithotomie chez la femme, par *Square*. — Accouchement difficile; emploi des instruments, par *Hinton*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — Nos 816. Sur la hernie et ses complications, par *W. Hargrave*. — 817. Nature et traitement du choléra, par *Thomas Aickin*. — Cas de lithotomie, par *Fleming*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 217. — De la ménorrhagie, par *Ed. Rigby*. — De la céphalalgie chronique et périodique, par *Sieveking*. — Sur la chirurgie plastique, par *Spencer Wells*. — Traitement de la dartre, par *Monckton*. — Injections de créosote contre les hémorrhagies suites de cancer utérin, par *Thos. Thomson*. — Graisse cristalline dans les matières vomies, par *A. Leared*. — Sur le scorbut qui a paru dans la mer Noire en mai 1854, par *J. Rees*. — Traitement du choléra, par *H. Greenhow*. — Mort prompte, consécutive à un coup léger sur le tibia, par *R. Annan*. — Nouvel élévateur (pour les dents), par *Donaldson Mackenzie*.

THE LANCET. — Nos 8. Traitement du choléra dans divers hôpitaux; action du mercure dans le choléra, par *J. Taylor*. — Sur l'approvisionnement des armées. par *Glover*. — Mélanges d'obstétrique, par *R. Barnes*. — Affections cérébrales des enfants, par *W.-H. Willshire*. — Sur l'emphysème, par *C. Edwards*. — 9. Sur le choléra, par *J. Rae*. — Variole chez un fœtus dans le sein de la mère, par *Aulsebrook*. — Sur le choléra, par *W.-J. Thomas*. — Calomel et sublimé dans le choléra, par *J. Wearne*. — Hygiène des soldats et matelots britanniques et des alliés, par *Tucker*. — Sulfate de bebeerine contre la diarrhée, par *W.-Cl. Mattews*.

THE AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES. — Avril. Sur le vomissement noir, par *R. La Roche*. — Fièvre maligne qui a régné au village de Brandywine, par *Lewis P. Bash*. — Extraits des rapports de la Société de Boston, par *Morland*. — Ligature de l'artère iliaque interne, par *Chas. S. Tripler*. — Fièvres de Syrie, par *Wortabet*. — Certaines formes de cristaux trouvées dans l'urine, par *Hammond*. — Rapports du pouls avec certains états de la respiration, par *Weir Mitchell*. — Injections iodées dans la leucorrhée, par *Thos. T. Russell*. — Gastrotomie vingt et une heures après une rupture de l'utérus; extraction d'un enfant mort; guérison, par *T. Gilman*. — Ponction de la vessie à travers la symphyse pubienne, par *Leasure*. — Tumeur ovarienne contenant une grosse portion d'os; opération pratiquée avec succès, par *Taylor Bradford*. — Luxation simultanée des deux fémurs sur le trou obturateur, par *T.-C. Barker*. — Ablation de l'astragale, par *Robertson*, — Opium à l'intérieur contre les ulcères obstinés, par *W.-H. Roberts*. — Note médicale sur le naufrage du *San-Francisco*, par *Buel*. — Flux vaginal examiné au microscope, par *Luther Parks*.

EL HERALDO MEDICO. — N° 121. Bains de Puertellano, par *C. Mestre*. — Des coliques régnantes, par *T. Pellicer*. — 122. Bains de Puertellano, par *Mestre*. — 123. *Idem*. — 124. Épispadias ; treize calculs dans l'urètre ; opération ; guérison, par *J. Santaolaria*. — La durée doit-elle être prise pour règle dans la fixation des peines ? (*anonyme*.)

EL PORVENIR MEDICO. — N° 99. Pathologie générale, par *Teran*. — Question du choléra, par *A. Juderias y Cozella*. — 100. — 101.

EL SIGLO MEDICO. — N° 32. Électricité appliquée à la médecine, par *Nieto*. — Sur les bains de guano, par *Escolar*; analyse de cette substance, par *Casana*. — Typhus de Villafranca, par *V. Terron y Molees*. — 33. Traitement du choléra, par *L. Garcia Vazquez*. — Pneumonies traitées par l'ipéca. — Électricité dans ses rapports avec les causes de l'activité de la nature, par *J. Salgado*. — Typhus de Villafranca. — Eaux minérales de Charles III, à Trillo. — 34. Sur l'activité des corps, par *Nieto*. — Statistique de l'hôpital général de Madrid (*anonyme*). — Typhus de Villafranca, par *Molees*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 16. Importance de l'hygiène, par *F.-R. Vas*. — Hygiène des passions, par *B. San Martin*.

Livres nouveaux.

RECHERCHES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR L'ABSORPTION ET LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DES PRÉPARATIONS IODÉES. Paris, Victor Masson. In-4°. 3 fr. 50

BEITRÆGE ZUR KENNTNISS DER HAARE DES MENSCHEN UND DER SÆUGETHIERE. (Contributions à la connaissance des cheveux de l'homme et des mammifères), par *E. Reissner*. In-8°. Breslau, chez Trewendt et Granier. 5 fr.

COMPENDIUM DER PATHOLOGISCHEN ANATOMIE, par *R. Heschl*. 1re partie. In-8°. Vienne, chez Braumueller. 9 fr. 50

DAS EPITELIALGEWEBE DES MENSCHLICHEN KŒRPERS, par *F. Guensburg*. In-4°. Bonn, chez Weber. 3 fr.

PARAGRAMME UND BEITRÆGE ZUR THEORETISCHEN UND PRAKTISCHEN MEDIZIN. (Contributions à la médecine théorique et pratique), par *C.-C. Mahr*. 1re partie. In-8°. Brunswick, chez Schwetschke et fils. 6 fr.

PATHOLOGIE UND THERAPIE DER PSEUDOPLASMEN, par *F. Schuh*. In-8°. Vienne, chez Braumüller. 13 fr. 50

PHYSIOLOGISCHE STUDIEN, par *J. Czermak*. 1re partie : *Beitræge zur Physiologie des Gesichtssinnes*. (Contributions à la physiologie de l'organe de la vue.) In-8°. Vienne, chez Braumüller. 3 fr.

UEBER DIE FOLGE UND DEN VERLAUF EPIDEMISCHER KRANKHEITEN. (Sur la suite et la marche des maladies épidémiques), par *F. de Bærensprung*. In-4°. Halle, chez Schmidt. 6 fr.

UEBER PSEUDACORMUS ODER DEN SCHEINBAR RUMPFLOSEN KOPF, par *H.-C.-L. Barkow*. In-fol. Breslau, chez Hirt. 3 fr. 50

UNTERSUCHUNGEN UEBER DIE ERSTE ENTWICKELUNG VERSCHIEDENER GEWEBE DES MENSCHLICHEN KŒRPERS. (Recherches sur le développement primitif de différents tissus de l'homme), par *F. Günsburg*. In-8°. Breslau, chez Trewendt et Granier. 5 fr.

MM. les Abonnés à la GAZETTE HEBDOMADAIRE, *dont l'abonnement finit le* 30 *septembre, et qui ne l'auront pas renouvelé, sont prévenus qu'un mandat de* 13 *fr. leur sera présenté le* 31 *octobre prochain, pour renouvellement de* 6 *mois.*

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS

A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. PARIS, 29 SEPTEMBRE 1854. N° 52.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

UNIVERSITÉ DE FRANCE. INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 20 septembre 1854, sont nommés juges du concours pour l'agrégation de la Faculté de médecine de Montpellier, savoir :

1° *Pour la section de médecine* : MM. Parlier et Bourely, juges ; M. Lassalvy, juge suppléant.

2° *Pour la section de chirurgie* : MM. Courty et Quissac, juges ; M. Chrestien, juge suppléant.

3° *Pour la section des sciences anatomiques et chimiques* : MM. Bourdel et Brousse, juges ; M. Lombard, juge suppléant.

— Par arrêté, en date du 20 septembre 1854, M. le docteur Négrier, professeur d'accouchements, des maladies des femmes et des enfants à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, est nommé de nouveau directeur de ladite école.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 28 septembre 1854.

PHILOSOPHIE MÉDICALE ; APPRÉCIATION DES EXPÉRIENCES DE THÉRAPEUTIQUE. — DE L'OZONE A PROPOS DU CHOLÉRA.

Comme ce nous est un honneur de nous rencontrer sur une question de science avec M. Velpeau, nous tenons d'autant plus, quand le contraire arrive, à prouver que nous n'avons pas tort ; en sorte que l'insistance de notre opposition n'est, à bien prendre, qu'un témoignage de considération particulière et une reconnaissance d'autorité. C'est ainsi, certainement, que l'entend le très sagace professeur.

Donc, nous ne nous tenons pas pour battu sur la question relative à la valeur de la *durée* des maladies comme mesure d'appréciation thérapeutique, malgré ce qui en a été dit encore à la dernière séance de l'Académie de médecine. Nous ne voyons même rien, pour dire notre pensée entière, de

FEUILLETON.

Recettes médicales pour les maladies cutanées,

tirées d'un fragment égyptien en dialecte thébain, par J.-F. CHAMPOLLION.

Les manuscrits Borgia, publiés par Zoëga, renferment, sous le numéro CCLXXVIII, IIIe partie, page 626, un fragment copte qui devait faire partie d'un manuel de médecine. Cet ouvrage était assez considérable, puisque, d'une part, le fragment, qui consiste en deux feuillets formant quatre pages, porte les lettres numérales coptes correspondantes aux chiffres 241 à 244, et que, d'autre part, la 241e page comprend la fin d'un chapitre qui est le 36e du recueil.

L'ouvrage date du moyen âge, peut-être du xe ou xie siècle. Néanmoins, et c'est ici son intérêt principal, les recettes médicales qu'il contient seraient, d'après Champollion, empruntées aux anciens Égyptiens, ancêtres des Coptes, dont la langue est un dérivé direct de l'égyptien. Champollion fait remarquer que les productions naturelles indiquées pour la composition des remèdes, la grenade, le cumin, le myrte, l'huile de rose, la camomille, la datte, les melons ou pastèques, le chèvrefeuille, le laurier, appartiennent à l'Égypte ; que plusieurs même lui sont pour ainsi dire particulières : l'opium, par exemple, et le natron (nitre, que l'on tire des lacs de Natron, dans la Basse-Égypte). L'usage des bains, souvent indiqué dans les recettes, était très commun en Égypte, et la fréquence des affections de la peau dans ce pays portait à y multiplier les remèdes appropriés.

La date probable du manuscrit, attestée par le dialecte, rend raison de l'espèce de classification qui s'y fait remarquer ; et en même temps elle ouvre aux bibliophiles un sujet d'études. C'est au VIIIe et au IXe siècles seulement que les sciences et la philosophie grecques, appelées par les califes de Bagdad, ont joué un rôle sérieux dans l'empire. Jusqu'à quel point le manuscrit conserve-t-il dans ses divisions, dans ses dénominations, dans ses formules, le cachet de la médecine grecque et la trace des livres grecs traduits et commentés ? Ce serait un moyen de vérifier la conjecture de Champollion et de reconnaître si, en effet, les recettes indiquées sont d'origine égyptienne ; car s'il arrivait qu'on les retrouvât plus ou moins complétement dans les monuments de la médecine grecque, il faudrait bien abandonner cette supposition, quelque vraisemblable qu'elle soit d'ailleurs. D'un autre côté, on pourrait rechercher si les recettes reparaissent dans les auteurs arabes du XIIe siècle, comme Averrhoës ou Albucasis ; et, dans ce cas, s'il avait été établi préliminairement qu'elles

plus propre à montrer tout le faux de ce genre d'argument, que la petite escarmouche qui a eu lieu entre M. Bonnafont et M. Velpeau. M. Bonnafont dit : La durée moyenne des orchites traitées par le collodion a été de seize jours. M. Velpeau répond : Elle a été bel et bien de vingt-deux jours, plus une fraction ! C'est que le premier commence son addition à l'entrée du malade à l'hôpital, et le second au début même du gonflement testiculaire. Certes, M. Velpeau a parfaitement raison sur ce point ; il a raison de ne pas laisser dire qu'une orchite qui s'est terminée en trois semaines n'en a duré que deux. Mais M. Bonnafont n'a pas tort de se refuser à ce qu'on juge de l'efficacité de son remède par la longueur du temps qui s'est écoulé *avant qu'il fût appliqué*. Car voilà en deux mots la question. La résistance du mal à un certain nombre de remèdes, pendant un temps plus ou moins long, ne peut être imputée au remède qui vient après. Bien plus, nous nous chargeons volontiers de prouver, chiffres en main, que dans beaucoup de cas l'efficacité d'un moyen thérapeutique est d'autant plus manifeste, — remarquez bien ceci, — que la durée de la maladie *a été plus longue*. Il n'y a pour cela qu'à mesurer la durée à partir des premiers symptômes. Voilà une orchite qui dure depuis quinze jours ; rien n'y a fait ; les moyens ordinaires ont complétement échoué ; on en applique un autre, et en trois jours la guérison a lieu. Le moyen est évidemment efficace ; mais il est clair qu'il le serait plus encore si, antérieurement à son application, l'orchite avait résisté pendant un mois ; encore plus, si elle avait résisté six semaines ; encore plus, si elle avait résisté deux mois, et ainsi de suite. Donc, la valeur du *moyen qui a réussi* est proportionnelle à la durée totale de la maladie. Puisqu'on veut de l'algèbre, en voilà, et de la plus rigoureuse.

Imaginez maintenant le moyen de sortir de là par la méthode numérique. Hors la supposition, non réalisée encore, où elle serait en possession de quelques centaines de cas exempts de tout traitement, et d'autant de cas traités *dès le début* par un remède déterminé et par celui-là seulement, la méthode est condamnée à l'arbitraire le plus décevant. Du moment, en effet, où le moyen expérimenté n'intervient qu'à une période plus ou moins avancée de la maladie, le problème se complique d'un élément qui n'est plus du domaine du calcul. Cet élément, c'est l'influence qu'exerce sur l'action thérapeutique la somme de lésion déjà réalisée et le temps depuis lequel elle dure. Le calcul, évidemment, ne peut pas mesurer la différence qui pourra se manifester dans le résultat total, suivant le moment où le remède sera intervenu. Et c'est là, pourtant, une circonstance d'importance capitale.

A. DECHAMBRE.

Pendant les nombreuses recherches auxquelles a donné lieu l'invasion du choléra, l'attention de quelques médecins s'est dirigée vers l'étude d'un nouvel agent météorologique, vers le corps singulier désigné par les chimistes sous le nom d'*ozone*. Dans les cas d'épidémie, quand il est question de contagion et de miasmes, il est naturel de prendre en sérieuse considération tout agent qui se rattache à une modification de l'air atmosphérique. L'ozone, se trouvant manifestement dans ce cas, devait éveiller l'intérêt des pathologistes. On trouve, depuis quelque temps, dans les journaux anglais, de fréquentes notes sur l'ozone. Tout récemment, le recueil américain *Charleston Medical Journal* (cahier de juillet) a publié l'extrait d'une thèse de M. E.-S. Gaillard *sur les rapports de l'ozone avec les fièvres intermittentes et rémittentes*, et la *Gazette médicale de Strasbourg* nous donne, dans son numéro du 25 août, un très intéressant mémoire sur l'ozone, lu par le docteur Th. Bœckel dans la séance publique de la Société de médecine de Strasbourg.

La question de l'influence de l'ozone atmosphérique sur le développement de certaines maladies paraissant destinée à préoccuper sérieusement un jour les médecins et les physiologistes, nous avons pensé que les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* trouveraient quelque intérêt et quelque utilité à un exposé rapide de l'état de la science sur cette question, et à quelques explications précises sur la nature du curieux agent dont il s'agit. Ces explications sont peut-être d'autant plus nécessaires, que la substance désignée sous le nom d'*ozone* est encore aujourd'hui fort peu connue, et que sa véritable nature est demeurée pendant longtemps, pour les physiciens et les chimistes eux-mêmes, un problème assez embarrassant. Nous commencerons donc par faire connaissance avec l'ozone ; nous examinerons ensuite les résultats auxquels les observateurs ont été conduits en étudiant l'influence que la présence de ce corps semble exercer sur la production des maladies.

Il n'y a qu'un petit nombre d'années que l'opinion des chimistes est fixée d'une manière positive sur l'ozone. A une époque encore peu éloignée, M. Schönbein, par exemple, le considérait comme un composé d'hydrogène et d'oxygène, comme un bioxyde d'hydrogène, HO^2, différent du bioxyde d'hydro-

---

viennent de l'antique Égypte, on aurait ainsi la filiation directe de certaines notions médicales depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours.

Nous empruntons la traduction du manuscrit à un article de M. Poitevin inséré dans le dernier numéro de la *Revue archéologique* (15 sept. 1854), en choisissant seulement les recettes les plus importantes ou les plus curieuses. Nous avons eu soin de ramener le système métrologique ancien au système moderne.

A. D.

I. — *Pour toute espèce de gale*. Prenez du sel appelé olyctos dix trioboles (9 grammes), de la cire une demi-once, de la résine une demi-once, du blanc de plomb une demi-once, de l'huile superfine une demi-mesure, de la litharge d'argent deux onces, faites dissoudre la cire et la résine dans l'huile, brisez le résidu quand il sera sec et le mêlez aux autres ingrédients. Si vous avez du vitriol de cuivre, pilez-en un peu ; ajoutez-y du vinaigre, joignez-le au reste, et servez-vous en.

II. — *(Prière) pour la guérison*. Je te conjure, ange qui soulages de toutes les maladies dont l'homme est affligé, et particulièrement de celle qui le tourmente dans sa vieillesse, que la guérison procède des quatre (anges) Uriel, Gabriel, Raphaël et Michaël ! Que celui qui prie soit délivré de toute maladie...

(CHAPITRE 136.)

III. — *Pour les dartres et les démangeaisons*. Si celui qui a des démangeaisons par tout son corps se frotte avec du vinaigre chaud, il obtiendra du repos.

V. — Si vous prenez du raisin vert, et le broyez avec de la camomille, oignez-en les parties malades, elles seront soulagées.

VII. — Si vous prenez de l'encens (?) et que vous en fassiez un cataplasme sur les pieds affectés de démangeaisons, elles seront calmées.

VIII. — Si vous prenez du jus de scille qui est le *tallois* avec les parties intérieures d'un melon, et que vous frottiez de ce mélange les parties affectées, elles seront soulagées.

IX. — Prenez du natron, réduisez-le en poudre, faites-en des frictions sur les parties malades, elles seront guéries.

X. — Prenez de la datte verte (?) cuite, broyez-la avec de l'aloès, ajoutez-y du vin, frottez-en les parties affectées, elles seront guéries.

XI. — *Pour les dartres*. Mêlez ensemble du nitre d'Arabie et de la graisse de porc, oignez-en le malade dans le bain.

XII. — *Autre*. Servez-vous de cire, de poix molle, de natron et de soufre.

gène de M. Thenard, et qui existait naturellement dans l'air; tandis que d'autres chimistes, tels que Faraday et Berzelius, y voyaient une simple modification moléculaire du gaz oxygène, un état *isomérique*, ou, comme le disait Berzelius, *allotropique* de l'oxygène. Par ce mot, Berzelius entendait une modification physique de ce corps simple, qui lui prêtait des qualités particulières et différentes de celles que nous connaissons à l'oxygène ordinaire. Enfin, pour d'autres chimistes, l'ozone représentait un état particulier de l'azote, ou même un élément de l'azote.

Un tel désaccord d'opinions n'est pas habituel aux chimistes, qui, ordinairement, ont entre les mains les moyens de trancher promptement toute difficulté qui peut s'élever sur la nature d'une substance nouvelle ; mais cette divergence cesse de surprendre, quand on connaît les conditions délicates et véritablement singulières au milieu desquelles l'ozone avait pris naissance.

En 1785, le chimiste Van Marum avait reconnu que l'oxygène, enfermé dans un tube de verre et soumis à l'action d'une série d'étincelles électriques, devient très odorant et acquiert la propriété, qu'il ne possédait pas avant l'expérience, de se combiner avec le mercure à la température ordinaire. Ce curieux phénomène n'attira cependant aucune attention jusqu'à l'année 1840, époque à laquelle un fait analogue fut signalé par M. Schönbein, professeur de chimie à Bâle et l'auteur bien connu de la découverte du *coton-poudre*.

M. Schönbein s'occupait à décomposer l'eau au moyen de la pile de Volta. Il eut l'idée d'examiner les caractères de l'oxygène gazeux qui se dégageait au pôle positif, et il constata avec surprise que les propriétés de ce corps ainsi obtenu étaient loin d'être identiques avec celles de l'oxygène préparé par une autre voie. L'oxygène provenant de la décomposition de l'eau présentait une odeur *sui generis*, rappelant celle du phosphore, ou mieux l'espèce d'émanation odorante qui s'échappe des corps fortement électrisés. M. Schönbein désigna ce gaz sous le nom d'*ozone*, du mot grec ὄζω, *odeur*, et reconnut qu'il possédait des caractères tout particuliers, que l'on peut résumer comme il suit :

L'ozone est, à proprement parler, du gaz oxygène dont l'électricité a modifié les propriétés : il est devenu éminemment apte à contracter des combinaisons chimiques. A la température habituelle, il s'unit à beaucoup de corps devant lesquels l'oxygène ordinaire demeure inactif. C'est ainsi qu'en présence de l'eau, et à froid, il attaque le mercure et l'argent; il chasse l'iode de ses combinaisons dans les iodures, s'unit directement à l'azote pour former de l'acide azotique, détermine la suroxydation du protoxyde de plomb, etc. Jouant toujours le rôle d'un agent énergique d'oxydation, l'ozone disparaît par l'action des agents réducteurs, tels que le charbon, le soufre, les sels de protoxyde de fer, etc. Une température de 250 à 300 degrés suffit pour le ramener à l'état d'oxygène ordinaire.

On peut obtenir l'ozone par trois moyens différents : 1° en recueillant l'oxygène dégagé pendant la décomposition de l'eau par la pile, avec la précaution d'employer des conducteurs de platine ou d'or; 2° en laissant séjourner pendant un certain temps dans un flacon rempli d'air un bâton de phosphore en partie recouvert par l'eau et dont une petite portion est en contact avec l'air; 3° enfin en faisant passer pendant longtemps une série d'étincelles électriques dans un ballon plein d'oxygène.

M. Schönbein a donné aux chimistes un moyen très simple, et en même temps très remarquable, de reconnaître la présence de l'ozone. Il imprègne des papiers avec un mélange d'amidon et d'iodure de potassium; suspendus dans un vase qui contient de l'ozone, ces papiers bleuissent quand on vient à les humecter d'eau : le même résultat s'observe dans l'air atmosphérique *ozonisé*. Le papier bleuit parce que l'ozone s'empare du potassium pour former de l'oxyde de potassium, et met ainsi en liberté l'iode, qui exerce alors sur l'amidon son action ordinaire, en donnant naissance à de l'iodure d'amidon bleu. Cette coloration bleue est d'autant plus intense que la quantité d'ozone contenue dans l'air est plus considérable. M. Schönbein a eu l'idée de se servir de cette intensité comparative de la coloration des papiers, pour former une sorte d'instrument destiné à mesurer les quantités d'ozone contenues dans un gaz ou dans l'air; c'est ce qu'il nomme un *ozonomètre* ou mieux un *ozonoscope*. Une échelle comparative de coloration bleue marque les diverses quantités d'ozone contenues dans le gaz que l'on examine. Dans la construction de ce petit appareil de mesure, on admet dix nuances; le numéro 10 représente le degré maximum d'intensité de coloration, et, par conséquent, le maximum d'ozone ; 0 est le blanc ou l'absence de l'ozone.

Nous pouvons ajouter, pour terminer ce qui concerne cet aperçu de l'histoire chimique de l'ozone, que les doutes qui ont longtemps régné sur l'origine ou la nature de ce corps, ont entièrement disparu devant des expériences toutes récentes, dues à MM. Edmond Becquerel et Frémy. Déjà, il y a quelques années, MM. Marignac et de La Rive avaient établi, en sou-

---

XIII. — *Pour les dartres prurigineuses.* Prenez du vinaigre bien bouilli, arrosez-en plusieurs fois le malade, il sera guéri.

XIV. — Si tu prends de l'opium et que tu le mêles avec de la cire, il guérira les dartres.

XV. — Prenez du natron de Rakoté (1), de l'encens, du soufre natif, faites-les infuser dans du vinaigre auquel vous ajouterez du miel et un peu de cire mêlés ensemble, en y joignant de l'huile de camomille : après que le tout sera bien mêlé, faites-en usage dans le bain, le malade sera guéri.

XVI. — *Pour les dartres rebelles.* Servez-vous d'un triobole (9 centigrammes) de cumin blanc, d'une once de litharge d'argent et d'une once de soufre.

XVII. — Prenez des feuilles de figuier sauvage, du miel, du natron, du soufre natif, frottez-en le malade affligé d'une dartre, et l'humeur se dissipera.

XVIII. — Prenez des excréments de chien, mettez-les dans un linge, appliquez-les sur les dartres, et l'humeur se dissipera.

XIX. — Prenez du vieux bois, faites-le brûler, versez de l'huile dessus (sur la cendre qui en résultera), frottez-en les malades affligés de dartres, ils seront soulagés.

XXII. — *Pour la dartre.* Pilez de l'ail dans de l'huile, appliquez-le sur la dartre, elle sera guérie.

XXIII. — *Remède infaillible.* Prenez une corne de mouton et une peau d'âne, faites-les brûler, broyez les cendres dans du vinaigre et de l'huile, oignez-en le malade.

XXIV. *Remède admirable contre les dartres.* Servez-vous de deux trioboles (18 centigr.) de scories d'argent, de deux trioboles de blanc de plomb, de deux trioboles de soufre natif, de baies de laurier sèche deux trioboles, de vinaigre de bardane rosée deux trioboles.

XXV. — *Pour un homme dont le corps est attaqué de démangeaisons.* Prenez six onces de staphysaigre, six onces de natron, six onces d'hedera redimitus, six onces de litharge d'argent, six onces de soufre, six onces de cumin, broyez tout cela ensemble, portez-le au bain, et aussitôt que le malade transpirera, frottez-lui-en le corps et le lavez ensuite dans l'eau chaude.

XXVI. — *Autre pour ceux qui ont le corps attaqué de démangeaisons.* Prenez de l'ail, de la suie, du natron d'Arabie, du vinaigre vieux, une quantité suffisante de gomme de cèdre et d'huile de sésame, mêlez le tout

(1) Nom égyptien de la ville d'Alexandrie.

mettant de l'oxygène pur et sec à l'action d'une série d'étincelles électriques, que l'ozone n'est que de l'oxygène modifié par l'électricité, et avaient confirmé de cette manière l'opinion émise par Berzelius dès les premiers temps de la connaissance de ce corps. Par des expériences plus rigoureuses encore, MM. Becquerel et Frémy ont montré, cette année même, qu'un volume limité de gaz oxygène sec et très pur, soumis pendant plusieurs jours à l'influence d'une série d'étincelles électriques, devient entièrement absorbable par l'argent ou l'iodure de potassium humides. L'oxygène avait été préparé par les méthodes les plus diverses et purifié par les moyens les plus énergiques; enfermé dans un tube de verre, il fut soumis à l'action d'une série d'étincelles produites par une machine électrique ordinaire ou par la machine à induction de Rumkorf. Aussi MM. Becquerel et Frémy proposent-ils de remplacer le nom d'ozone par la désignation plus simple d'*oxygène électrisé*.

Tels sont les caractères, telle est, en quelques mots, l'histoire chimique de ce corps intéressant issu des travaux récents de la chimie.

Mais cet agent, qui ne nous apparaît que comme le produit artificiel d'expériences délicates accomplies dans les laboratoires, existe-t-il dans la nature? En certaines circonstances, peut-il faire partie constituante de l'air, c'est-à-dire y remplacer l'oxygène ordinaire, et peut-on se proposer dès lors d'étudier son action sur nos organes en état de santé, et l'influence qu'il peut exercer sur le développement de diverses maladies? Cette question a été résolue affirmativement. Le moyen de recherches pour cette nouvelle espèce d'observations météorologiques était des plus simples, et l'on n'a pas manqué de le mettre en pratique. On savait déjà, d'après les observations faites dès l'origine par M Schönbein, que si l'on expose à l'air libre le réactif ordinaire de l'ozone, c'est-à-dire le papier ioduré et amidonné, on observe souvent des signes manifestes de la présence de l'ozone dans l'atmosphère. L'existence de ce corps dans l'air n'a rien d'ailleurs qui doive étonner. L'ozone est le résultat de l'action répétée des étincelles électriques sur l'oxygène gazeux. Or, l'électricité qui se trouve constamment dans l'air et qui se décharge à certains intervalles, peut avoir pour effet de transformer en ozone l'oxygène atmosphérique.

M. Bœckel a eu la pensée de soumettre à une observation attentive les variations de la quantité d'ozone contenue dans l'air. Il s'est servi, pour cette recherche, de l'*ozonoscope* de M. Schönbein, c'est-à-dire de l'échelle comparative de coloration fournie par le papier ioduré et amidonné bleui. De son côté, M. Simonin père, de Nancy, se livrait, à la même époque, au même genre de recherches.

Des observations du docteur Bœckel il semble résulter que, rappelant en cela l'électricité météorique, l'ozone existe en quantité maximum de huit à dix heures du matin et de six à huit heures du soir; le minimum s'observe de deux à quatre heures du soir, un peu plus tôt en été et un peu plus tard en hiver.

« Les moyennes ozonométriques d'un mois, nous dit le docteur Bœckel, se sont montrées pendant l'été, dans mes observations du jour (recueillies le soir), constamment plus fortes que dans celles de la nuit, parce que du matin au soir le papier ozonoscope est exposé à deux moments maxima d'électricité; tandis que, dans les observations recueillies du soir au matin, le papier réactif ne traverse qu'une période de maximum, celle de deux à quatre heures du matin.

» J'ai dit que cela se passait ainsi en été. Pendant les mois d'hiver, le résultat inverse semble avoir lieu. C'est sans doute parce que, par suite de l'absence du soleil, les affinités électriques sont moins énergiques, quoique l'expérience semble avoir démontré qu'il se produit une plus grande somme d'électricité en hiver.

» Pendant les brouillards, l'ozonoscope marque souvent zéro, attendu qu'il n'y a que la formation rapide des vapeurs ou leur précipitation en pluie ou neige qui soit accompagnée de dégagement d'électricité.

» C'est ce qui a eu lieu en septembre, octobre, novembre et décembre de l'an dernier, où il y a eu souvent des brouillards. Les moyennes ozonométriques de ces mois ont été constamment inférieures à celles des autres mois de l'année. »

Voici maintenant le tableau qui expose la moyenne des observations de MM. Simonin et Bœckel pendant une année à partir du mois d'avril 1853. Les chiffres qui représentent ces moyennes se rapportent, d'après ce que nous avons dit plus haut, aux degrés de l'échelle conventionnelle du papier ozonoscopique de M. Schönbein, dans laquelle le chiffre 10 représente le maximum d'ozone et 0 l'absence de cet élément.

	SIMONIN.				BŒCKEL.			
	Matin.		Soir.		Matin.		Soir.	
Avril	5	93	6	66	5	50	6	33
Mai	5	71	6	71	5	70	6	60
Juin	5	55	6	37	4	34	6	25
Juillet	4	45	5	42	4	—	6	50
Août	4	39	4	74	4	33	6	18
Septembre	5	23	5	80	3	60	4	83
Octobre	3	94	4	32	3	—	3	50
Novembre	3	50	0	93	1	60	0	50
Décembre	5	16	1	58	4	—	2	—
1854.								
Janvier	»	—	»	—	5	35	2	71
Février	»	—	»	—	7	—	4	50
Mars	»	—	»	—	3	50	3	40

ensemble et frottez-en le corps du malade; trois jours après la peau sera enlevée; ensuite lavez-le avec de l'eau chaude, il sera guéri.

XXVII. — *Pour les écailles qui viennent sur le corps de l'homme, les dartres, les tumeurs (?) et les maux de doigt, ce remède a produit de bons effets: pour les abcès et démangeaisons.* Qu'on les lave avec.... drachmes de rue, du blanc de plomb.... drachmes, six drachmes (gr. 19,44) de litharge d'argent, six drachmes d'huile de myrte, et après avoir fait infuser dans un vase ces différentes drogues broyées ensemble, faites-en usage.

XXXI. — *Autre pour les dartres aqueuses.* Frottez le malade avec du natron en poudre, il sera guéri.

XXXII. — *Autre.* On oindra le malade avec de la staphysaigre, de l'huile et du vinaigre bouillis ensemble.

XXXIII. — *Autre pour les dartres aqueuses.* Servez-vous de litharge d'argent, de blanc de plomb, de soufre natif, deux grammes de chaque, d'un denier de cire, et d'huile de myrte en proportion.

XXXV. — *Démangeaisons.* Prenez de l'écume de plomb, du vin, de l'huile de myrte, servez-vous-en de cette manière: brisez l'écume de plomb dans le vin, ensuite on le mêlera avec l'huile de myrte, et frottez le malade.

XXXVI. — *Pour ceux dont la peau s'écaille et pour les chancres.* Il faut vous servir d'ammoniaque, d'encens, de raisins secs sans leurs pepins, et d'huile mêlés ensemble.

XXXIX. — *Autre pour la même maladie.* Servez-vous de soufre natif, de scorie de fer, de lie de vin vieux cuite, de natron, de cinq grammes de biscuit sec, de l'arsenic, de stacte en proportion, et si vous êtes dans l'impossibilité de vous en procurer, servez-vous de vinaigre.

XLI. — *Pour ceux qui ont des démangeaisons et le corps couvert d'écailles.* Il faut mêler un peu d'urine avec du natron et du vinaigre; mettez les malades dans le bain, oignez-leur-en le corps: il faudra les laver ensuite et les frotter avec de l'huile superfine dans du vin.

XLII. — *Autre.* Prenez de la fiente de pigeon triturée et dissoute dans du vin, frottez-en celui dont le corps est couvert d'écailles, et il sera guéri. Ce remède a produit aussi de bons effets pour les plaies ictériques.

XLIII. — *Pour les dartreux.* Il faut prendre de l'écale de noix sèche, du soufre natif, et les broyer dans du vin fort; oignez-en le malade dans le bain, en y ajoutant beaucoup d'huile.

XLIV. — *Pour les démangeaisons aux doigts.* Prenez le cœur d'un chou, du fiel de veau et du natron, broyez-les ensemble dans du miel, oignez-en une fois (les doigts du malade), ils seront guéris.

XLV. — *Pour un dartreux.* Prenez un gramme de rue, un gramme

Il résulte des observations rapportées dans ce tableau qu'au printemps et en été il se développe plus d'ozone pendant le jour, tandis qu'il s'en produit davantage pendant la nuit durant les mois d'automne et d'hiver. Suivant M. Bœckel, pour un mois d'été, la moyenne de la quantité d'ozone est presque toujours entre les chiffres 4 et 5 de l'ozonomètre; elle est moindre pour les mois d'hiver. Les vents, l'état du ciel, la hauteur barométrique, ne semblent pas influer notablement sur les quantités d'ozone contenues dans l'air. Ce qui paraît seulement exercer une certaine influence sous ce rapport, ce serait, selon M. Bœckel, le passage d'une constitution climatologique à une autre, « c'est-à-dire, nous dit M. Bœckel, l'état naissant du climat, si l'on peut s'exprimer ainsi. »

En rapportant les faits que nous venons de signaler, nous nous sommes renfermé dans la limite des résultats déduits de l'expérience. Ce serait abandonner cette voie que de reproduire avec détails les assertions émises par les divers savants dont nous avons cité les noms. D'après M. Schönbein, on aurait observé une quantité considérable d'ozone dans l'atmosphère de Berlin, pendant une épidémie de grippe et sous une constitution médicale prédisposant aux affections de poitrine. L'inverse aurait eu lieu sous le règne d'une constitution gastrique, et notamment pendant le choléra. Dans cette dernière circonstance, on aurait constaté une absence totale d'ozone. S'il faut s'en rapporter au docteur Bœckel, « la *malaria* se montre toujours avec le zéro de l'ozonoscope; et, lorsque les fièvres paludéennes règnent fortement, la même chose a lieu (1). » Enfin, selon M. Gaillard, dont le travail est en partie reproduit dans le journal américain que nous avons cité en commençant, on aurait observé en Amérique une relation manifeste entre l'*ozonisation* de l'air et l'apparition des fièvres intermittentes. Nous ne suivrons point les divers auteurs dans le développement de ces vues qui, sans aucun doute, sont en ce moment prématurées. Ce n'est qu'à l'observation future qu'il appartient de prononcer sur des appréciations si délicates. Comme les propriétés de l'ozone diffèrent notablement de celles de l'oxygène ordinaire et que, en particulier, les phénomènes d'oxydation s'accomplissent d'une manière beaucoup plus énergique avec cet état nouveau de l'oxygène, la présence de ce corps au sein de l'atmosphère pourrait évidemment exercer sur l'économie animale une action spéciale. C'est là un sujet brillant et nouveau qui s'offre à l'expérience des observateurs, et il serait fort à désirer que chimistes et médecins s'empressassent de se livrer, dans ce but, à une série de recherches entreprises sous différentes constitutions médicales, en différents pays, etc. Ainsi, la lumière se trouverait portée dans l'obscurité qui couvre encore cette remarquable question. Mais avant que ces recherches difficiles soient exécutées et que le résultat en soit connu, toute pensée hasardée à ce propos serait téméraire ou inutile. Par l'exposé qui précède, nous avons voulu seulement mettre aux mains de nos lecteurs les éléments qui composent l'intéressante question qui vient de naître et montrer ce qui était peut-être nécessaire, que les faits relatifs à l'ozone, reposant sur un fondement scientifique réel, méritent, à ce titre, d'exciter l'intérêt de la médecine française.

Dr L. FIGUIER.

(1) Une nouvelle note de M. Bœckel (*Gazette de Strasbourg*, n° 24) constate qu'à Strasbourg l'apparition du choléra a coïncidé avec l'absence d'ozone, et que l'ozone a reparu depuis que l'épidémie est en décroissance.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

EMPLOI CHIRURGICAL DE L'APPAREIL PLATRÉ, par M. le docteur DIDOT (de Liége). — Rapport fait à l'Académie de médecine de Belgique, dans la séance du 27 mai 1854.

Suite et fin. — Voir les numéros 45 et 49.

II. EXPÉRIENCES CLINIQUES.

OBS. VI. — *Fracture oblique des deux os de la jambe, contusion, ecchymose, application immédiate de l'appareil plâtré, guérison prompte de la fracture, tubercules pulmonaires.* — Le 2 octobre 1853, M. H..., maître menuisier, âgé de quarante ans, rue de la Casquette, à Liége, avait voulu profiter de la matinée du dimanche pour placer quelques ouvrages dans une fabrique. Il s'agissait de mettre en place quelques grosses pièces de menuiserie assemblées d'avance. Par malheur, une de ces pièces glissa sur le plan incliné à l'aide duquel on la hissait, et vint frapper la jambe droite du maître, au moment où le pied était arc-bouté dans un enfoncement. M. H... fut renversé, et les deux os de la jambe droite se trouvèrent fracturés obliquement. Une ecchymose considérable se dessina presque instantanément, et de vives douleurs se firent sentir dans tout le membre.

L'accident était arrivé vers dix heures; j'arrivai une heure après, muni de bandelettes plâtrées que j'avais préparées à l'avance.

Pendant que je disposais l'appareil, survint un honorable confrère qui m'engagea fortement à différer l'application de tout bandage fixe, se basant sur l'imprudence qu'il y aurait à emprisonner un membre fracturé et contusionné dans une coque inflexible qui ne pourrait suivre les progrès du gonflement. Je répondis que telle était cependant mon habitude constante, et que dans le cas actuel je n'aurais garde de m'en écarter, parce que l'application immédiate des appareils amovo-inamovibles offrait des avantages que l'on cherchait vainement dans toutes les autres *méthodes*;

de cadmia, un gramme de blanc de plomb, six grammes de litharge d'argent, une drachme de céruse brûlée, faites-les dissoudre dans du vin, de l'huile, et huit grammes de cire et un sextaire d'huile : vous placerez le tout dans un mortier, et le broierez pour en faire usage.

Par décret du 21 septembre 1854, les médecins dont les noms suivent ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, savoir :

Au grade de commandeur : M. Lévy, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées, directeur médical de l'armée d'Orient.

Au grade d'officier : MM. Salleron, médecin principal de 2e classe; Perrier, Grellois et Eichacker, médecins majors de 1re classe.

Au grade de chevalier : MM. Haspel, Pallier, Brumens, Burlureaux, Vaghette, Bertrand, Seigle, Raoult, Deslongchamps, Barberet, Cuignet, médecins aide-majors de 1re classe. — MM. Tirard, Jeannel, Latour, Castaing, Constantin, Delune, Cavaroz, médecins aide-majors de 2e classe. — MM. Xanthopulo, docteur médecin ottoman envoyé à Gallipoli; Clavette, infirmier major.

— Par arrêté du préfet de la Seine en date du 20 septembre, et sur la présentation du conseil des hôpitaux, M. le docteur Maisonneuve vient d'être nommé chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

— La distribution annuelle des prix à l'hôpital des Enfants a eu lieu ces jours derniers sous la présidence de M. le directeur de l'assistance publique.

— Le jury pour le concours de médecine que nous avons annoncé sera ainsi composé : *Juges titulaires*, MM. Briquet, Gendrin, Blache, Horteloup, Desprez; *juges suppléants*, MM. Bouley et Danyau.

— Les modifications que le décès de M. Roux devait amener dans le personnel des hôpitaux, après avoir commencé par le passage de M. Laugier à l'Hôtel-Dieu, viennent de continuer par la nomination, en date du 20 septembre, de M. Maisonneuve à l'hôpital de la Pitié. La question depuis longtemps agitée de savoir si on laisserait une clinique officielle à l'hôpital de la Pitié se trouve donc ainsi résolue négativement. L'Hôtel-Dieu comptera deux cliniques chirurgicales comme deux cliniques médicales.

qu'en conséquence je ne pouvais me rendre aux raisons qu'il faisait valoir, attendu qu'elles se trouvaient réfutées depuis longtemps par des milliers de faits. Là-dessus, ce confrère me quitta, fort peu rassuré, j'imagine, sur les conséquences de ce qu'il dut appeler témérité, si pas plus.

La réduction ayant été bientôt opérée, je plaçai le membre sur un coussin garni d'un appareil composé de deux couches de bandelettes de Scultet alternées, c'est-à-dire moitié plâtrées et moitié exemptes de tout enduit. En outre, et pour renforcer la partie postérieure du bandage, j'avais ajouté entre les deux couches de bandelettes deux pièces intercalaires fortement plâtrées, et de grandeur suffisante pour couvrir seulement la face postérieure du membre.

L'appareil ayant été bien mouillé, je procédai immédiatement à son application, sans recourir à aucun remplissage ni addition d'ouate. Ensuite, je traçai deux rainures sur les côtés du bandage à l'aide d'une spatule, et créai ainsi deux charnières dont j'eus lieu d'apprécier l'immense utilité.

En moins de dix minutes, le tout était parfaitement solide, et le patient déclara spontanément qu'il éprouvait un bien-être d'autant plus remarquable que les douleurs étaient plus vives un instant auparavant. Du reste, les orteils n'offraient pas le moindre gonflement, et pouvaient se mouvoir librement.

La nuit suivante fut bonne, et comme M. H... n'éprouvait aucune gêne, aucune douleur, je ne touchai point à l'appareil.

Le troisième jour, j'incisai le bandage, et constatai une diminution sensible du gonflement. Toute la jambe était ecchymosée, et çà et là on rencontrait quelques phlyctènes ; mais du reste aucune douleur n'était survenue. Je comblai le vide au moyen d'une couche d'ouate, et refermai l'appareil au moyen de deux bandelettes plâtrées, que je collai longitudinalement sur la fente produite par les ciseaux.

Quelques jours après, je comblai de nouveau le vide produit dans le bandage par le retrait du gonflement, et dès lors je n'eus plus à me préoccuper de la fracture, jusqu'au moment où je levai l'appareil et constatai une consolidation parfaite.

Malheureusement l'état de la poitrine est loin d'être rassurant ; car une toux opiniâtre est survenue, avec matité sous-claviculaire, expectoration, etc., etc., de sorte qu'il est à craindre que la fonte tuberculeuse n'amène bientôt des conséquences autrement sérieuses qu'une fracture, même compliquée.

Obs. VII. — Le 20 septembre 1853, le sieur C..., ouvrier chauffeur de la Société Saint-Léonard, à Liége, âgé de quarante-six ans, voulait aider des charpentiers à hisser des pièces de bois sur un échafaudage, quand un faux mouvement lui fit perdre l'équilibre, et le précipita d'une hauteur de trente pieds environ, avec une masse de planches et de différents matériaux. Les résultats de cet accident furent une entorse compliquée de fracture du péroné, plus une violente contusion de la face avec plaie et enfoncement des os propres du nez.

Une heure après l'accident, je procédai à l'application de l'*appareil à cataplasme plâtré*, qui fut immédiatement solidifié et produisit le meilleur effet ; car les douleurs disparurent pour ne plus se reproduire.

Cinq semaines après, la guérison était complète, et, chose remarquable, cet homme n'avait pour ainsi dire pas cessé de marcher sur le pied malade, bien que je lui eusse recommandé de ne point le laisser poser sur le sol pendant ses promenades. Du reste, j'avais donné à l'appareil une solidité suffisante pour neutraliser l'imprudence habituelle des ouvriers.

Obs. VIII. — *Fracture du péroné et du calcanéum, contusion violente, application immédiate de l'appareil plâtré, guérison rapide.* — Le 10 octobre 1853, M. Oscar M..., négociant, âgé de trente-six ans, se promenait le long du ruisseau de Chaudfontaine, derrière l'hôtel des Grands-Bains, quand son chien, charmant épagneul, tombe à l'eau, et fait pour en sortir des efforts inutiles, parce que la berge présente en cet endroit une élévation perpendiculaire de dix pieds environ.

Sans calculer le danger, M. M... s'élance au secours de l'animal, et le saisit au moment où il commence à manquer de forces pour lutter.

Le fidèle épagneul était sauvé, mais son maître venait de se faire une entorse avec fracture du péroné et écrasement du calcanéum.

Deux heures après l'accident, j'arrivais à Chaudfontaine et constatais une tuméfaction considérable, sous laquelle je pus néanmoins reconnaître la fracture du péroné, et une crépitation manifeste à la partie moyenne du calcanéum.

D'atroces douleurs se faisaient sentir dans le pied, et arrachaient parfois des cris aigus quand par mégarde on venait à lui imprimer le moindre mouvement.

M. M... est grand et très fort ; d'autre part, le ruisseau manque de profondeur et coule sur des galets de toute dimension : tout l'effort du saut s'était donc fait sentir sur le pied et avait produit les lésions.

Sans m'arrêter ni aux topiques froids que l'on avait déjà employés depuis le moment de l'accident, ni même aux applications de sangsues ; persuadé, du reste, que l'immobilisation et la contention exacte des parties sont les meilleurs antiphlogistiques en pareille circonstance, j'établis à l'instant un appareil plâtré qui embrassa le pied et la jambe et se moula intimement sur leurs formes.

La solidification était à peine opérée que les douleurs avaient déjà perdu beaucoup de leur intensité, mais elles n'avaient pas complétement cessé. Néanmoins, fort d'une longue expérience des bienfaits de la méthode amovo-inamovible, je promis du calme pour la nuit, et recommandai de ne point toucher à l'appareil avant mon retour.

Effectivement, le lendemain tout orage avait cessé, et M. M... éprouvait un bien-être dont il était heureux.

Le quatrième jour, il s'était fait un grand vide dans le bandage ; j'en appliquai un nouveau à *bandelettes alternées*, et dès lors tout marchait à souhait.

Pendant le cours du traitement, M. M... fit plusieurs voyages, et n'interrompit point le cours de ses occupations.

Cinq semaines après l'accident, tout était fini. Seulement il restait une sensibilité assez vive à la tête du cinquième métatarsien quand la chaussure comprimait cette partie, et parfois on sentait le tendon du péronier antérieur fortement contracté. Aujourd'hui ces derniers symptômes pathologiques ont disparu, et la marche reprend sa rectitude normale.

Obs. IX. — Le 15 septembre 1853, un ouvrier ajusteur des ateliers de M. Regnier-Poncelet fit une chute sur des rails, et se releva avec une entorse des mieux caractérisées. Pendant une heure, on plongea le pied dans l'eau froide, et au bout de ce temps j'appliquai l'appareil *à cataplasme* plâtré. Dès le troisième jour il put reprendre son travail, et la guérison était parfaite quand j'enlevai le bandage à la fin de la troisième semaine.

Obs. X et XI. — Le 20 septembre et le 10 novembre 1853, les sieurs Rasquin et Bovy, ouvriers mécaniciens des ateliers de Saint-Léonard, furent atteints d'entorses parfaitement caractérisées. Le bandage plâtré fut immédiatement appliqué, et c'est à peine si ces deux ouvriers durent interrompre leur travail. Au bout de dix-huit et vingt jours la guérison était complète, et tout bandage devenait inutile.

Obs. XII.— *Entorse et demi-luxation du pied.* Le 29 novembre 1853, le sieur Detioux, âgé de vingt-deux ans, tourneur en fer, rue du Champion, à Liége, se tordit le pied en voulant enjamber deux marches à la fois. Un craquement s'était fait entendre, une tumeur molle s'était instantanément produite autour de la malléole péronéale, et le pied lui-même se trouvait dévié, de façon que son bord externe appuyait seul sur le sol.

Il n'y avait point de fracture du péroné, mais l'astragale était à demi luxé, et les ligaments externes de l'articulation avaient cédé.

La réduction n'offrit aucune difficulté, et aussitôt j'appliquai l'appareil à cataplasme plâtré, que je construisis immédiatement avec de vieux morceaux de couverture de laine.

La douleur avait été très vive jusque-là, mais à l'instant elle cessa, et la solidification immédiate de l'appareil prévint son retour.

Quinze jours suffirent pour obtenir la guérison ; car ce délai était à peine écoulé que le jeune homme, impatient de récupérer la liberté des mouvements, avait enlevé le bandage et repris ses occupations d'atelier.

Obs. XIII. — Le 27 juin 1853, mademoiselle P..., âgée de dix-sept ans, pensionnaire dans un de nos grands établissements d'éducation, fit une chute dans laquelle le genou droit supporta latéralement tout le poids du corps, d'où résulta une entorse véritable avec déchirure de quelques ligaments articulaires du côté interne.

Des douleurs aiguës se manifestèrent bientôt, pendant qu'un gonflement considérable envahissait toute l'articulation lésée. Des applications résolutives d'abord, puis une forte apposition de sangsues, suivie de cataplasmes émollients, furent opposés à ces premiers symptômes.

Appelé le 2 juillet suivant, j'acquis la certitude qu'il n'existait aucun déplacement soit de la rotule, soit des grandes surfaces articulaires, et que tous les phénomènes étaient concentrés dans les tissus péri-articulaires, surtout du côté interne.

J'appliquai donc immédiatement un appareil plâtré s'étendant depuis le pied jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, avec la précaution de matelasser avec *un peu* d'ouate la portion correspondante au genou.

Je conseillai en outre quelques dérivatifs sur le tube digestif, et recommandai le repos pendant les premiers jours.

Bientôt un vide marqué se fit dans l'appareil, qui fut ouvert et garni d'une nouvelle couche d'ouate à l'intérieur.

Cependant mademoiselle P... n'éprouvait plus aucune douleur, et avait

pu reprendre le cours de ses études. Elle commençait même à marcher sans éprouver trop de gêne. Se croyant complétement guérie, elle me pria bientôt de la débarrasser d'un appareil dont elle ne comprenait plus l'utilité, disait-elle. Mais je me gardai d'accéder à ce désir, parce que je connais le danger des affections articulaires du genou, même quand elles se présentent avec les apparences les plus bénignes.

Ce ne fut donc qu'à la sixième semaine que je consentis à enlever définitivement le bandage, et dès lors la guérison était complète, sauf un peu de roideur, conséquence forcée de l'immobilisation des surfaces articulaires et des organes qui les font mouvoir. Du reste, peu de jours suffirent pour rendre aux tissus leur souplesse normale, et pour faire disparaître les moindres traces d'une affection dont on ne saurait contester la gravité.

Obs. XIV. — Le 14 novembre 1853, M. J..., pensionnaire au Collége des jésuites, à Liége, âgé de onze ans, se hâtant de descendre un escalier, tomba sur le poignet gauche et se luxa le coude en arrière. La réduction opérée, j'appliquai aussitôt un appareil plâtré embrassant l'avant-bras et les deux tiers du bras. La solidification était complète en dix minutes; et comme l'enfant n'éprouvait aucune douleur, et que d'ailleurs il voulait rejoindre ses camarades, je lui permis de reprendre ses études, qu'il n'a point discontinuées jusqu'au vingt-deuxième jour, époque où je levai l'appareil pour ne plus le réappliquer.

Obs. XV. — Le 17 août 1853, le sieur B..., mécanicien des ateliers de Saint-Léonard, fit une chute sur le poignet gauche pendant qu'il était occupé à soulever un lourd fardeau. A la douleur aiguë qu'il ressentit et à la difformité de la partie, il s'aperçut qu'il y avait quelque chose de dérangé; et aussitôt il vint me trouver. La réduction de la luxation se fit sans difficulté, et aussitôt j'appliquai un appareil plâtré que je laissai en place pendant trois semaines. Au bout de ce temps la guérison était parfaite, et cependant B... n'avait pas interrompu son travail pendant une seule journée.

Obs. XVI. — *Nécrose du péroné, tumeur blanche commençante.* — Le 9 mai 1853, je fus appelé à l'hôtel de ...., à Liége, à l'effet de donner des soins à l'enfant de M..., âgé de trois ans et demi, pour une affection de l'articulation tibio-tarsienne droite, à laquelle on avait opposé déjà plusieurs traitements prescrits par différents praticiens d'un haut mérite.

L'articulation, rouge et tuméfiée, permettait encore quelques mouvements sans éveiller infiniment de douleur, mais on sentait qu'elle était déjà plus sèche que dans l'état normal.

Sur la malléole externe existait une plaie étroite et profonde, dans laquelle le stylet rencontrait un corps dur et sonore à la percussion, sans pouvoir, du reste, le dépasser pour pénétrer dans l'articulation elle-même.

Quant à la malléole interne, elle était d'un rouge foncé, empâtée, et présentait cet aspect particulier qui révèle une suppuration imminente.

L'état général était loin d'être brillant; car une petite fièvre du soir, accompagnée d'une diarrhée que n'expliquait aucune condition du régime, annonçait que l'organisme entier commençait à se ressentir des effets d'une lésion dont je ne pus me dissimuler la gravité.

Ce n'était point l'élimination d'un séquestre plus ou moins volumineux qui me préoccupait : la chirurgie possède assez de moyens pour hâter la séparation définitive de ces sortes de corps étrangers, quand eux seuls constituent toute la maladie.

Ce qui m'inspirait de sérieuses inquiétudes, c'était l'affection articulaire, qui faisait des progrès incessants depuis une couple de mois, malgré les moyens employés par des praticiens aussi instruits qu'expérimentés; c'était aussi l'apparition de cette nécrose du péroné, que l'on ne pouvait rattacher à aucune cause appréciable, à aucune violence, à aucune fracture déterminée.

Je savais par expérience qu'il est de ces tumeurs blanches articulaires, à causes dyscrasiques, qu'aucun secours humain ne peut enrayer, et qui parcourent toutes leurs phases en se riant et de la science et des prétentions irréfléchies de ceux qui s'imaginent que la nature doit toujours se plier à leurs théories.

Cependant je ne désespérai point; car jusque-là personne n'avait songé à profiter des bienfaits de la méthode de M. Seutin pour immobiliser l'articulation au moyen d'un appareil amovo-inamovible qui aurait exercé une contention parfaite sur tous les points de la région malade.

C'était une planche de salut. Je la saisis avec d'autant plus d'empressement, que c'est à cet ordre de moyens que j'ai recours dans tous les cas de ce genre qui se présentent à mon observation; ce qui n'empêche en aucune façon que j'institue simultanément telle médication locale ou générale que les circonstances réclament.

J'appliquai donc immédiatement un appareil plâtré embrassant le pied et la jambe de l'enfant. Je ménageai une ouverture suffisante en face de la plaie malléolaire, et fus réellement enchanté en voyant que le bandage, solidifié en quelques minutes, avait exactement conservé la position que j'avais donnée au pied.

Cet avantage sera compris par les praticiens qui savent combien il est difficile d'appliquer un *bandage amidonné* chez des enfants indociles qui se tordent et se débattent pendant toute la durée de l'opération. Les efforts que l'on est obligé de faire pour les contenir déforment les appareils et leur ôtent cette pureté de moulage qui est leur attribut le plus précieux. Avec l'appareil plâtré, au contraire, il suffit de maintenir la jambe dans une bonne position pendant deux ou trois minutes, et la solidification est assez avancée pour défier tout effort musculaire d'un enfant.

L'appareil plâtré répondant complétement à mes vues, j'introduisis un morceau d'éponge préparée dans le pertuis malléolaire, et l'assujettis au moyen d'une bande et d'une compresse.

Je prescrivis le sirop d'iodure de fer à la dose d'une cuillerée à thé deux fois le jour; je recommandai que l'alimentation fût riche en principes, mais nullement stimulante par ses condiments; je conseillai l'usage de la petite bière de saison bien houblonnée, et permis même l'emploi d'un peu de vin de Bordeaux au repas. Bref, j'insistai sur la nécessité de tenir l'enfant au grand air aussi longtemps que le temps le permettrait, et parvins à convaincre les parents qu'en cette circonstance le traitement devait être surtout hygiénique.

Dès le lendemain, j'injectai dans le pertuis malléolaire, conformément aux indications de M. le docteur Van den Broeck, un mélange de baume opodeldoch liquide (un tiers) et d'huile de lin (deux tiers).

L'éponge préparée fut continuée, et je recommandai de renouveler ce pansement tous les matins.

Au bout d'une dizaine de jours, un mieux sensible s'était déjà produit. L'état général avait beaucoup gagné; les couleurs étaient plus vives, l'appétit plus prononcé, les digestions plus parfaites, les selles consistantes, enfin les nuits calmes et sans fièvre.

Un vide considérable s'étant produit dans le bandage par le retrait du gonflement, je préférai l'enlever et en appliquer un nouveau, plutôt que de recourir à des remplissages d'ouate. En même temps, je constatai la disparition de l'empâtement œdémateux de la malléole interne, qui déjà avait perdu cette tuméfaction livide dont je m'étais fort préoccupé.

Le même traitement fut employé avec persévérance pendant plus de quatre mois, et déjà au bout de six semaines le stylet ne donnait plus cette sensation spéciale que produit le choc du métal contre une lame d'os dénudé. Du reste, l'enfant marchait sans douleur et sans gêne, paraissant s'inquiéter fort peu de sa botte plâtrée. Je la supprimai donc quand j'eus acquis la certitude que l'articulation ne courait plus aucun danger.

Cependant le pertuis fistuleux continuait à rester ouvert, et donnait chaque jour quelques gouttelettes d'un liquide à peine purulent, mais il s'était spontanément déplacé, et avait remonté de plusieurs lignes sur le trajet du péroné, la demi-circonférence supérieure de la plaie ayant continué à s'amincir et à s'élever, pendant que la demi-circonférence inférieure se cicatrisait solidement.

Aujourd'hui l'enfant jouit d'une santé parfaite, et tout le traitement se borne à des soins hygiéniques.

Nous avons renoncé à toute tentative directe sur l'os malade, parce que l'organisme suffit à tous les frais d'élimination et de restauration, et qu'il n'y a, du reste, aucun motif de lutter contre la répugnance des parents à voir employer des moyens actifs.

Obs. XVII. — *Pied-bot* en dedans *ou* varus, *subluxation de l'astragale, section du tendon d'Achille et du jambier antérieur, application immédiate d'un appareil plâtré, redressement instantané.* — Mademoiselle W..., d'une ville frontière de la Hollande, âgée de quatre ans, forte et parfaitement constituée, du reste, est affectée d'un bied-bot *varus* des plus prononcés, avec subluxation de l'astragale. Pendant plus de deux ans, on a essayé de maîtriser le mal à l'aide d'une bottine armée d'une attelle de fer articulée; mais on n'est arrivé à aucun résultat, et la difformité a continué à faire des progrès à mesure que de son côté la masse musculaire de la jambe s'atrophiait notablement.

Le pied touche le sol par son bord externe; l'interne est dirigé en haut; la face plantaire regarde directement en dedans; enfin l'astragale, à moitié dégagé de la surface articulaire du tibia, fait une saillie prononcée sous les téguments. Avec de telles dispositions, on comprend que la marche doit être inégale, sautillante, et surtout très pénible.

L'opération pouvant seule remédier à cette infirmité, je la pratiquai le 10 novembre 1853, et divisai le tendon d'Achille, puis le jambier antérieur. A peine s'écoula-t-il une goutte de sang, et aussitôt je m'empressai de boucher les piqûres du ténotome avec un morceau de sparadrap.

N'ayant pas eu le temps de faire confectionner d'avance un appareil mécanique, je saisis l'occasion qui s'offrait à moi d'essayer si le bandage plâtré ne pourrait pas maintenir le pied dans sa rectitude naturelle, et le succès dépassa toutes mes espérances.

Voici comment je procédai :

Pour obtenir une contention parfaite chez une petite fille devenue indocile à la suite de l'opération, il était important d'agir rapidement, et surtout d'éviter le moindre vice de construction dans la confection d'un appareil aussi prompt à se solidifier. Pour cela, je procédai en deux temps.

Dans le premier, j'établis une coque solide autour de la jambe, depuis le dessus des malléoles jusqu'au genou. Au bout de quelques minutes, la dessiccation était assez avancée pour offrir un appui convenable au bandage que j'allais établir autour du pied.

Dans le second temps, après avoir protégé les saillies osseuses avec une légère couche d'ouate, je fis maintenir le pied dans une rectitude parfaite, par un aide qui d'une main saisit les orteils pendant que l'autre soutenait le talon ; puis une autre personne immobilisa la jambe en pressant doucement sur le genou, et en le tenant par conséquent dans l'extension. Alors je pris une bande roulée et plâtrée, large de 3 centimètres, et je l'appliquai sur le pied de façon à en ramener le chef de dedans en dehors sous la plante; puis je le collai sur le côté externe de la jambe, de façon à forcer le pied à se porter en dehors et en haut pour lui restituer sa position normale. D'autres bandelettes furent successivement appliquées de la même manière, et également collées au bord péronier de la jambe, de sorte que j'eus alors un moule parfait, dans lequel le pied était invariablement fixé sans être gêné par aucune pression pénible.

Ajoutons que j'avais eu la précaution de pratiquer avec une spatule deux rainures sur les côtés du bandage, pour obtenir deux charnières au moment où j'inciserais l'appareil, et l'on comprendra l'importance des services que le chirurgien peut en attendre chaque fois qu'il ne voudra ou ne pourra recourir aux appareils mécaniques.

La nuit suivante fut calme, et dès le lendemain l'enfant reprenait son régime ordinaire et ses jeux, sans s'occuper de sa botte plâtrée et sans accuser la moindre douleur.

Le quatrième jour après l'opération, j'incisai le bandage pour visiter le membre, et mis à profit les charnières que j'avais ménagées de chaque côté.

Quelques jours après, je l'enlevais définitivement pour employer la mécanique ingénieuse que M. Rubbers, de Liége, a substituée à la bottine de Stromeyer.

Le bandage plâtré eût certainement suffi pour contenir le pied, si j'avais pu continuer à donner moi-même des soins à ma petite opérée ; mais comme la mère me pressait de la laisser partir, je dus renoncer au plâtre pour recourir à un appareil plus facile à manier.

Depuis cette opération, j'ai eu encore une fois l'occasion d'employer le bandage plâtré comme moyen d'attente à la suite de l'opération du pied-bot, et le succès a été aussi décisif.

De son côté, M. le professeur Michaux, de Louvain, a eu quatre fois l'occasion d'utiliser le même appareil dans des circonstances identiques, et toujours il a pu s'assurer qu'avec ce moyen de redressement on peut se passer de toute autre pièce mécanique. La contention est complète, facile, et parfaitement exempte de douleurs, de sorte que le plâtre deviendra nécessairement l'adjuvant de la ténotomie. Or il y a là un avantage que tous les opérateurs comprendront, puisqu'ils pourront se dispenser désormais de ces pansements quotidiens si longs et si fastidieux.

Expériences faites avec le phosphore; remarques sur sa dose et sur son action, lorsqu'on le donne sous forme de teinture alcoolique ou de solution, par M. Williams Boling, docteur-médecin à Montgomerry (États-Unis).

Dans un mémoire aussi remarquable par le fond que par la forme, et qui a été publié dans le numéro de janvier 1854 du *New-Orleans Medical and Surgical Journal*, sur la pneumonie, par le docteur Saint-Ames (de Montgomery), le phosphore est désigné comme un remède d'une grande valeur dans cette maladie ; et, si je ne me trompe, on attribue son influence curative à une action sédative sur le cœur.

Cela m'a engagé à faire à cet égard quelques expériences dont je donnerai les résultats.

Le docteur Ames mentionne deux préparations de cet agent, à savoir : 1° une teinture alcoolique anhydre concentrée, qu'il suppose être d'une puissance égale à la teinture éthérée et contenir 4 grains par once ; 2° une teinture diluée, faite en ajoutant neuf parties d'alcool à une partie de teinture concentrée.

Quant à la dose, il administre la teinture concentrée depuis une demi-goutte jusqu'à deux gouttes, et affirme que le médicament « ne peut être continué longtemps, même à cette dose si minime, sans apporter un grand trouble dans les fonctions de l'estomac; ce qui est démontré soit par les nausées, soit par le vomissement, soit par la chaleur de la tête, soit enfin par une sensation d'oppression à l'épigastre. » L'auteur remarque également que « les effets du médicament sont susceptibles de s'accumuler ; ce qui veut dire qu'une simple dose, qui n'est pas suffisante pour produire des effets sensibles, peut devenir nuisible et même dangereuse, si on la répète plusieurs fois à des intervalles de trois ou quatre heures ; » et il croit que, « pour le développement de ce fâcheux effet, il suffit de répéter l'administration du médicament, sous la forme d'une forte solution alcoolique, à la dose de deux gouttes, trois fois en vingt-quatre heures. »

En ce qui concerne l'action sédative, le docteur Ames fait remarquer que « cette action, dite encore contro-stimulante, n'est autre chose que l'action thérapeutique ; » et dans une note il rend compte du fait suivant : « Deux jeunes confrères, mes amis, se sont livrés récemment à quelques expériences pour examiner les effets du phosphore sur des personnes en santé, et se sont faits eux-mêmes les sujets de cette expérience. Ces messieurs (les docteurs Pollard et Oliver) ont reconnu qu'une simple dose de deux gouttes de solution alcoolique concentrée diminue invariablement la force et la fréquence du pouls. La somme de diminution, évaluée par minute, est de huit à douze pulsations. Ce changement devenait perceptible en vingt minutes environ, et il atteignait son maximum en une heure ou une heure et demie. »

Pour des raisons qu'il donne dans son mémoire, le docteur Ames préfère la solution la plus faible (teinture diluée). Sa méthode d'administration consiste à ajouter seize gouttes de cette teinture à quatre onces d'eau, dont il donne une cuillerée à thé toutes les trois ou quatre heures, ordinairement toutes les quatre heures. Comme quatre onces de ce liquide contiennent trente-deux cuillerées à thé, la quantité de teinture diluée renfermée dans chaque dose équivaut à une demi-goutte. Le docteur Ames préfère cette dose, « après avoir fait quelques essais avec des doses plus fortes. »

J'ai rappelé avec détails les effets attribués par M. Ames à l'usage des deux préparations de phosphore, mais plus spécialement ce qui concerne la dose et le mode d'administration, qu'on pourra ainsi comparer facilement avec la dose et le mode d'administration adoptés par moi-même. On jugera s'il y a quelque erreur ou quelque défectuosité dans mes expériences. Je me sens disposé à les poursuivre, si je n'ai pas fait tout ce qui était nécessaire pour les mener à bien.

Le pouls, comme presque tout le monde le sait, et comme chacun peut s'en convaincre, varie chez quelques personnes, sinon chez toutes, plusieurs fois dans les vingt-quatre heures; et souvent même, lorsqu'on le tâte à de courts intervalles, on le trouve modifié par des causes ou vulgaires ou inappréciables. Pour prévenir toute erreur qui pourrait naître de cette circonstance, on remarquera que, dans mes expériences portant sur plusieurs jours, j'ai noté la fréquence du pouls à différentes heures, bien que le phosphore n'eût pas été administré. On a ainsi l'état comparatif du pouls pour les jours où j'ai donné le prosphore et pour ceux où je ne l'ai pas donné.

Obs. I. — Mon premier sujet, nommé Sam, était un jeune mulâtre en bonne santé âgé de dix-sept ans.

1re *Expérience*. 25 février. — L'ayant mis quelque temps dans la position du décubitus, son pouls marquant 102 à une heure après midi, je lui administrai 7 gouttes de teinture *concentrée ;* à 2 heures, pouls variant de 90 à 108 ; à 3 heures, le sujet étant endormi, le pouls marque 94. On répète la dose de 7 gouttes à 4 heures (le malade endormi) ; son pouls est à 104.

2e *Expérience*. 26 février. — 1 heure après midi, pouls à 100 ; à 1 heure 1/2, pouls à 114. Ce jour-là, on n'a pas donné de phosphore.

Les expériences subséquentes sur Sam furent faites avec la teinture *diluée*. En outre, au lieu de le faire coucher comme dans les expériences précédentes, on lui faisait quitter le jeu chaque fois qu'on devait lui donner une dose ou compter son pouls.

3e *Expérience*. 10 mars. — A 11 heures du matin, le pouls est à 100,

on donne 1/2 goutte de teinture *diluée ;* à midi, pouls à 103, 1/2 goutte est donnée ; à 1 heure, pouls de 100 à 106, 1 goutte ; à 2 heures, pouls à 104, 2 gouttes ; à 3 heures, pouls à 108, 2 gouttes ; à 4 heures 1/2, pouls à 92, 2 gouttes ; à 6 heures, pouls à 88 ; 5 minutes après, 96.

4ᵉ *Expérience.* 11 mars. — Midi et demi, pouls à 96 ; 1 heure, pouls à 104 ; 2 heures, pouls à 100 ; 3 heures, pouls à 101 ; 5 heures, pouls à 86 ; 6 heures, pouls à 92. On ne donne pas de phosphore ce jour-là.

5ᵉ *Expérience.* 12 mars.—10 heures du matin, pouls à 98, 50 gouttes ; 11 heures, pouls à 102 ; 1 heure, pouls à 96, on donne 100 gouttes ; 2 heures, pouls à 104 ; 5 heures, pouls à 100, on donne 200 gouttes ; 5 heures 1/2, pouls à 100, on donne 200 gouttes, ce qui fait en tout 550 gouttes en 7 heures 1/2 ; 6 heures 1/4, pouls à 107 ; 7 heures 1/2, pouls à 94.

6ᵉ *Expérience.* 13 mars.—8 heures, pouls à 92, on donne 500 gouttes ; 9 heures 1/2, pouls à 92.

7ᵉ *Expérience.* 17 mars. — 4 heures, 910 gouttes en une seule dose (ainsi un enfant de dix-sept ans a pris d'un seul coup 1820 fois la dose que M. Ames administre à un adulte) ; à 4 heures 1/2 après midi, pouls à 116 ; à 5 heures, pouls à 120 ; à 7 heures, pouls à 104.

Et le sujet se trouve très bien.

Les deux heures qui ont suivi chacune des deux dernières doses, Sam les a passées avec moi dans ma voiture, gardant mon cheval aux différents endroits où je m'arrêtais ; et quoique je l'aie examiné avec soin, je n'ai vu se manifester en lui aucun effet appréciable, si j'en excepte la variation du pouls. Il semblait seulement avoir comme une petite *pointe de vin* à un degré agréable, ce que l'on attribuera comme moi, je le pense, à l'influence de la partie alcoolique de la dose (environ 1/2 once en une fois, et 1 once l'autre fois). Il n'y aurait aucune utilité à pousser la chose plus loin avec Sam en présence des inconvénients que pourrait faire naître la grande quantité d'alcool.

Obs. II.—Mon second sujet était un nègre âgé de vingt-cinq ans, traité et gardant le lit pour un petit ulcère au pied, du reste, en très bonne santé. Je le pris à ma charge durant les expériences qui furent toutes faites avec la teinture *concentrée* de phosphore.

1ʳᵉ *Expérience.* 27 février.—1 heure, pouls à 78, on donne 10 gouttes ; à 4 heures, pouls à 72.

2ᵉ *Expérience.* 28 février. — Midi, pouls à 78, on donne 10 gouttes ; 1 heure, pouls à 80 ; 3 heures, pouls à 72 ; 4 heures, pouls à 78.

3ᵉ *Expérience.* 1ᵉʳ mars.—11 heures, pouls à 74 ; 2 heures, pouls à 74 ; 3 heures, pouls à 68 ; 4 heures, pouls à 80. Pas de phosphore ce jour-là.

4ᵉ *Expérience.* 2 mars. — Midi, pouls à 72, on donne 20 gouttes ; 1 heure 1/2, pouls à 71 ; 3 heures, pouls à 67.

5ᵉ *Expérience.* 3 mars. — Midi, pouls à 74, on donne 25 gouttes ; 2 heures, pouls à 74, on répète la dose ; 3 heures, pouls à 67 ; 3 heures 1/2, pouls à 72.

6ᵉ *Expérience.* 4 mars.—11 heures, pouls à 80 ; midi et demi, pouls à 72 ; 3 heures, pouls à 68. Pas de phosphore ce jour-là.

7ᵉ *Expérience.* 5 mars. — Midi, pouls à 74, on donne 40 gouttes ; 1 heure, pouls à 74 ; 3 heures, pouls à 66.

8ᵉ *Expérience.* 6 mars.—9 heures, pouls à 70, on donne 60 gouttes ; 10 heures, pouls à 71, 70 gouttes ; 2 heures, pouls à 72 ; 3 heures, pouls à 80 ; 4 heures, pouls à 80.

9ᵉ *Expérience.* 7 mars. — Midi, pouls à 78 ; midi 1/2, pouls à 64, 8 gouttes ; 2 heures 1/2, pouls à 76.

10ᵉ *Expérience.* 8 mars. — Midi et demi, pouls à 74, 100 gouttes 1 heure 1/2, pouls à 76 ; 2 heures 1/2, pouls à 74 ; 3 heures 1/2, pouls à 74, 10 gouttes ; 4 heures 1/2, pouls à 84, 21 gouttes ; 6 heures 1/4, pouls à 84.

11ᵉ *Expérience.* 9 mars.—8 heures, pouls à 74, 2 gouttes ; 9 heures, pouls à 74, 30 gouttes ; 10 heures, pouls à 76, 40 gouttes ; 10 heures 1/2, pouls à 76 ; 2 heures, pouls à 70 ; 3 heures, pouls à 78, 50 gouttes ; 3 heures 1/2, pouls à 75, 50 gouttes ; 4 heures, pouls à 84 ; 5 heures 1/2, pouls à 84, 100 gouttes, ce qui fait pour cette journée 272 gouttes de teinture *concentrée.*

A 6 heures 1/2, le pouls était de 82.

12ᵉ *Expérience.* 10 mars. — 7 heures 1/2, pouls à 76 ; 8 heures 1/2, pouls à 70 ; 10 heures, pouls à 80 ; 11 heures, pouls à 80 ; midi, pouls à 82 ; 1 heure et 1/2, pouls à 76 ; 2 heures, pouls à 68 ; 3 heures, pouls à 74 ; 4 heures 1/2, pouls à 80 ; 6 heures, pouls à 82. On n'a pas donné de phosphore.

13ᵉ *Expérience.* 11 mars.—Pas d'administration de phosphore ; mais en comptant le pouls par intervalles, j'ai trouvé qu'il présentait les même variations qu'hier.

14ᵉ *Expérience.* 12 mars.— 10 heures, pouls à 76, 100 gouttes ; 11 heures, pouls à 82 ; 1 heure, pouls à 74 ; 2 heures, pouls à 82.

15ᵉ *Expérience.* 13 mars. — 8 heures, pouls à 72, 2 gouttes ; 9 heures 1/2, pouls à 80 ; 10 heures 1/2, pouls à 84, 2 gouttes ; 1 heure 1/2, pouls à 78, 2 gouttes ; 2 heures 1/2, pouls à 80, 2 gouttes ; 3 heures 1/2, pouls à 78, 2 gouttes ; 4 heures 1/2, pouls à 80.

16ᵉ *Expérience.* 14 mars. — 9 heures, pouls à 74, 150 gouttes ; 9 heures 1/2, pouls à 74 ; midi et demi, pouls à 84 ; 1 heure 1/2, pouls à 80.

17ᵉ *Expérience.* 15 mars. — 9 heures, pouls à 72, 200 gouttes ; 10 heures, pouls à 72 ; 11 heures, pouls à 74.

Le sujet fut questionné et examiné avec soin ; il n'y eut ni nausées, ni vomissement, ni chaleur à la tête, ni sentiment d'oppression à la région épigastrique. En fait, il dit qu'il se trouve très bien. A 1 heure, pouls à 76. Peu de temps avant de prendre les 200 gouttes, il fit un excellent déjeuner, et à 2 heures, avec un appétit très prononcé, un dîner substantiel avec du lard, des choux, des pommes de terre et du pain. A 4 heures 1/2, son pouls marquait 80.

Pour le moment, je ne saurais dire jusqu'où l'on peut pousser la dose avec sécurité et sans effet appréciable.

Des expériences précédentes, il résulte, comme très probable, que, dans les préparations prescrites et données, c'est plutôt la quantité d'alcool que la quantité de phosphore qui doit fixer les limites de la dose. J'ai suivi dans ces expériences deux méthodes d'administration. Dans l'une, la teinture fut versée dans un verre avec de l'eau, et donnée au sujet quelquefois avant le dégagement complet de la vapeur blanche qui s'élève au moment où le mélange avec l'eau s'opère ; et souvent une partie de la vapeur s'échappait avec la première expiration du sujet aussitôt que la dose venait d'être avalée. Dans l'autre méthode, la solution était versée dans une fiole avec de l'eau ; on agitait et l'on bouchait cette fiole, et lorsqu'on voulait administrer la dose, on la versait dans un verre. Ce sont là les deux méthodes suivies, ce me semble, par ceux qui se sont servis du phosphore comme agent curatif dans la pneumonie ; et la dernière me paraît être celle qui a été adoptée dans les prescriptions que contient le mémoire de M. Ames.

La première préparation dont je me suis servi pour mes expériences, je la tiens d'un pharmacien chez qui j'ai l'habitude de prendre des médicaments pour mon propre usage, et qui a préparé celui-ci à ma demande ; mais, quoique je n'eusse aucune raison de supposer que ce médicament n'était pas de bonne qualité, je pris néanmoins des deux teintures chez le même pharmacien qui a préparé celles dont M. Ames s'est servi.

Quant à l'influence du médicament sur le pouls, d'autres peuvent, aussi bien que moi, porter un jugement sur le résultat de mes expériences. L'action sédative m'a semblé complétement nulle, et je crains bien que ce ne soit là le dernier mot des expérimentateurs. Par mes lectures antérieures sur la matière, j'ai été conduit à demander une action stimulante à de plus fortes doses ; mais je n'ai point observé d'effets de ce genre qu'on ne puisse attribuer à une cause plus évidente que le phosphore, c'est-à-dire à l'alcool. Mon opinion, d'après ce qui précède, ne paraîtra pas étrange. Le phosphore n'a produit aucun effet d'aucune sorte ; il n'y a eu, dans aucun cas, ni trouble de l'estomac, ni nausées, ni vomissement, ni sensation brûlante à l'épigastre, ni oppression à la région épigastrique, quoique les deux dernières doses prises par Sam permissent de s'attendre à quelque chose de semblable, vu la quantité d'alcool qu'elles contenaient. Jamais le moindre changement dans l'apparence de la langue, pas de diminution de l'appétit, pas d'altération appréciable, pas de trouble dans l'une ou l'autre des fonctions. Mes sujets mangèrent avec un bon appétit, burent, dormirent, et, à tous égards, se comportèrent comme si rien ne leur eût été administré : toutes leurs fonctions s'accomplirent régulièrement. Je n'en dois excepter qu'une excitation alcoolique momentanée dans le cas de Sam, et seulement après les deux dernières doses. Lorsqu'on demandait à mes sujets ce qu'ils éprouvaient après avoir

pris une forte ou une faible dose ; ils répondaient généralement « Très bien, » ou « Au mieux. »

Le docteur Ames a prétendu que, lorsque la dose de phosphore est portée au delà d'une certaine limite, l'influence sédative est contre-balancée ou prévenue par une action stimulante résultant d'une inflammation locale de l'estomac et des intestins. Comme, dans mes expériences, rien de semblable n'existait, ni avant, ni après, et que, par conséquent, l'action sédative du médicament n'était en rien contrariée ; comme, dans les expériences mentionnées par le docteur Ames, le pouls s'abaissait invariablement de huit ou douze battements à la minute dans le cours d'une heure à une heure et demie, sous l'influence d'une seule dose de 2 gouttes de teinture concentrée, à quel état de sédation et de dépression extrême devait arriver le sujet qui avait pris 200 gouttes de la même teinture en une seule dose, puis 100 gouttes en une seule dose, puis deux doses de 50 gouttes chacune, outre quelques doses plus petites, donnant ensemble 272 gouttes ; le tout pris en neuf heures et demie ! De même, on se serait attendu à une inflammation formidable de l'estomac et des intestins.

Voyons maintenant si les teintures ont exercé une action stimulante. On observera qu'après l'administration de quelques-unes des doses il survint une légère *augmentation* dans la fréquence du pouls. Encore la variation ne semble pas plus grande (si l'on excepte les doses du 13 et du 17 mars prises par Sam, et portant avec elles une cause fortuite d'excitation, à savoir l'ingestion d'une once d'alcool à la fois, puis d'une once et demie) ; cette variation, dis-je, n'est pas plus forte que dans d'autres cas où l'on a donné de très faibles doses, et où même on n'en a pas donné du tout. Si, cependant, on pouvait supposer qu'il y a eu stimulation par le phosphore dans le cas que je rappelle, l'absence de tous les symptômes d'inflammation locale de l'estomac et des intestins, dont le docteur Ames fait dépendre l'effet stimulant, prouverait que, dans mes expériences, cet effet a dépendu de quelque autre cause. Et alors il ne serait pas déraisonnable d'admettre que quelque effet stimulant peut réellement avoir été produit par le phosphore, et que l'explication donnée par les auteurs relativement à son action diffusible ne manque pas d'exactitude. On ne saurait douter, toutefois, que le phosphore ne puisse, à une certaine dose, produire une irritation locale sur l'estomac, et engendrer consécutivement une réaction fébrile.

Outre les expériences rapportées, j'ai pris, moi aussi, une grande quantité de ce médicament ; j'en avais même pris quelquefois avant d'en administrer à Sam. Je m'en administrai d'abord, pendant un certain temps, avec des interruptions occasionnées par les exigences de la profession. Mais une fois j'en pris successivement pendant huit jours à la dose de 5 gouttes de teinture *concentrée*, trois fois par jour et sans omission aucune. Or, je n'ai jamais constaté le moindre effet appréciable. Et pourtant, non-seulement j'avais le soin de me verser le nombre voulu de 5 gouttes, mais encore je ne regardais pas comme une chose très importante qu'une demi-douzaine de gouttes de plus vinssent à s'échapper, et je prenais la totalité, comme si c'eût été la dose exacte.

A l'occasion de ces expériences pratiquées sur moi-même, j'appellerai de nouveau l'attention sur les vues du docteur Ames, touchant l'effet des teintures de phosphore et leur dose. Ainsi, en parlant de la teinture concentrée, il dit qu'elle ne saurait être continuée, même aux plus faibles doses, pendant longtemps (une demi-goutte, par exemple), sans faire naître dans les fonctions de l'estomac des troubles caractérisés, selon lui, par des nausées, des vomissements, des chaleurs de tête et un sentiment d'oppression à l'épigastre. Quoiqu'il admette qu'à la quantité de deux gouttes une ou plusieurs doses puissent être données impunément, évidemment il regarde l'usage prolongé du phosphore à une semblable dose comme une chose très grave et très sérieuse, et il parle d'une circonstance dans laquelle de fâcheux effets résultèrent de l'administration de trois doses de deux gouttes chacune à des intervalles de vingt-quatre heures. Il est très désirable qu'on puisse découvrir la cause de ces résultats si différents. Je les résume. Tandis que le docteur Ames nous dit que des doses d'une demi-goutte ne sauraient être continuées longtemps sans les résultats les plus funestes, j'ai moi-même expérimenté à la dose de 5 gouttes (quantité dix fois plus considérable), et cela pendant huit jours successifs, sans observer le moindre effet; tandis que, dans son observation, par suite d'une action accumulée, trois doses de 2 gouttes, administrées à des intervalles de vingt-quatre heures (ce qui fait en tout 6 gouttes prises en trois jours), produisirent de dangereux effets, j'ai pris, moi, pendant huit jours successifs, trois doses de 5 gouttes chacune ; à savoir 15 gouttes par jour, sans en ressentir le moindre effet. En vérité, à moins qu'il ne m'arrive de découvrir dans l'action du phosphore quelque chose qui ne se soit pas encore manifesté dans mes expériences sur autrui et dans celle qui m'est propre, guidé seulement par les lumières dont je dispose actuellement, je n'hésiterais pas, si ce n'était le dérangement qui s'ensuit, à continuer de la même manière pendant des années.

Au moins, chez un sujet bien portant, le médicament devrait produire quelque effet, comme nausées et vomissement, ce qui serait facilement apprécié et ne donnerait lieu à aucune méprise. Cependant, non-seulement les sujets sur lesquels j'ai expérimenté ont pris le phosphore aux doses mentionnées, qui sont infiniment supérieures à celles que le docteur Ames gratifie de tels effets ; mais encore ils les prirent dans des circonstances bien propres à favoriser la production des accidents. En effet, si quelquefois ils ingéraient la teinture dans les intervalles des repas, d'autres fois aussi ils l'ingéraient immédiatement avant de manger ou immédiatement après. Dans quelques cas, ayant oublié moi-même la dose que je prenais habituellement avant de manger, et me trouvant près de quitter la table, il m'est arrivé de demander ma fiole, de prendre la dose et d'achever mon repas sans le moindre dégoût et sans effet apparent.

Un mot d'éclaircissement au sujet des doses que recommande le docteur Ames..... Il suppose que la teinture alcoolique concentrée contient 4 grains par once ; dans ce cas, la teinture diluée contiendrait 4 grains par 10 onces ; soit 1 grain par 2 onces 1/2 de liquide ; alors la dose d'une demi-goutte du docteur Ames renfermerait 1/24000^e de grain.. .. J'ai fait moi-même des séries d'expériences dans le but d'établir avec plus de certitude le degré de solubilité du phosphore dans l'alcool. Dans une fiole contenant 1 once d'alcool anhydre, je plaçai 4 grains de phosphore, dans une autre 2 grains et dans une troisième 1 grain ; après quatorze jours, temps considéré ordinairement comme nécessaire pour la prépation des teintures par macération et prescrit par le plus grand nombre des pharmacopées, la dissolution enleva un quart environ des 4 grains, la moitié des 2 grains, et, quant au grain seul, il en resta encore une portion non dissoute. En versant ces diverses teintures dans de l'eau, elles donnèrent toutes des vapeurs blanches, aussi abondamment que quelques-unes des teintures qui m'avaient été fournies par les pharmaciens. On peut dire, je crois, que la teinture alcoolique concentrée, au lieu de tenir en solution 4 grains par once, n'en contient en réalité que 1 grain — un peu plus ou un peu moins. Dès lors, la préparation favorite du docteur Ames, la teinture diluée, contiendrait 1 grain par 10 onces (en accordant que 100 gouttes sont égales à 1 drachme (4 grammes) de liquide, et ceci est estimer bien bas) ; nous avons dans les 10 onces 8000 gouttes. 8000 gouttes, donc, de la teinture diluée, contiendront 1 grain de phosphore, et 1 goutte contiendra la 8000^e partie du grain. Et comme la dose ordinaire du docteur Ames est une demi-goutte, la quantité de phosphore qu'elle contient est la 16000^e partie d'un grain. De plus, il est très probable que le malade ne reçoit pas tout le phosphore contenu ; qu'il ne reçoit même qu'une très faible partie d'une quantité déjà si petite. En se servant de la teinture concentrée ou de la solution au moment du contact entre la goutte et l'eau, une quantité de vapeur se dégage, soit sous forme de phosphore passant à l'état libre, soit sous forme d'un acide résultant de la décomposition chimique. Il est possible que ce soit là la cause du défaut apparent d'effet dans mes expériences, et s'il en est ainsi, nous sommes forcé de supposer une égale nullité d'action par la même cause dans les mains de tous ceux qui se servent de la solution alcoolique suspendue dans l'eau — et c'est la méthode suivie par le docteur Ames.— Il me semble également probable que l'effet de la transformation chimique dont

nous venons de parler, accompagnée d'une perte proportionnée, a lieu aussi lorsque la teinture diluée est combinée avec l'eau, quoique la vapeur qui s'en dégage puisse ne pas être appréciable à la vue, en raison de la très minime quantité de phosphore qui y est contenue.

Il est donc plus que probable que la solution alcoolique, ou teinture, n'est pas la meilleure préparation phosphorée avec laquelle on puisse manifester avec certitude l'action de ce médicament, bien qu'elle puisse être réelle.....

Le docteur Baldwin, mon ami, me permet de dire qu'il a fait une série d'expériences à peu près semblables aux miennes. Il a même donné de plus fortes doses et avec le même résultat (1).

Note du Rédacteur. Ce travail est important comme établissant, à l'aide d'expériences, ce que la chimie permet d'affirmer *à priori*. La teinture alcoolique de phosphore est une très mauvaise préparation, encore moins chargée en principe actif que ne le suppose l'auteur lui-même. On sait que du phosphore *plongé dans l'eau* s'oxyde sous l'action de l'air dissous et communique au liquide une odeur d'acide phosphoreux. Il est probable que, même dans l'alcool, après quatorze jours de contact, surtout si le flacon n'est pas rempli, le phosphore s'oxyde et se transforme en vapeurs. L'oxydation devient plus complète encore pendant qu'on verse la teinture dans l'eau, et augmente chaque jour à mesure qu'on expose plus souvent cette teinture à l'action de l'air. A. D.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 18 SEPTEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

M. *le président* annonce la perte douloureuse que vient de faire l'Académie dans la personne de M. *de Mirbel*, membre de la section de botanique.

CHIRURGIE. — *De la cautérisation cutanée dans les maladies du système osseux*, par M. *Bouvier*. — Frappé depuis longtemps de l'abus que l'on fait de la cautérisation révulsive dans les maladies des os, notamment dans le mal vertébral, la tumeur blanche, la coxalgie, l'auteur s'est convaincu par une longue pratique, qu'au lieu de détruire le derme, il suffisait d'agir sur les couches superficielles de la peau, sur les tissus *sus-dermiques*.

Pour produire cette cautérisation *épidermique*, M. Bouvier se sert de l'allumette de Goudret, ou d'un cachet métallique chauffé à la lampe à alcool. Le stylet de M. Sédillot peut servir au même usage.

L'auteur a réussi, par cette seule ustion épidermique, à calmer la douleur symptomatique de lésions osseuses, à guérir la paralysie liée au mal vertébral, à procurer la résorption d'abcès ossifluents, aussi bien que par les procédés ordinaires, auxquels la nouvelle méthode mérite d'être substituée. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

PHYSIOLOGIE. — *Expérience pour déterminer l'action des fluorures sur l'économie animale*, par M. *Maumené*. Chez une chienne à laquelle il avait administré pendant plus de quatre mois 10 grammes de fluorure de sodium, l'auteur vit distinctement apparaître un gonflement général du cou, une sorte de collier ou bourrelet qui rappelait l'apparence d'un *goître*. D'où M. Maumené croit devoir attribuer à la présence des fluorures dans certaines eaux une part d'action dans l'hygiène des goîtreux. (*Comm. :* MM. Pouillet, Babinet, Regnault.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Communication de la découverte d'une source minérale auprès du pont d'Austerlitz, à Paris, avec échantillon à l'appui, et demande d'analyse et d'avis. — *b*. Envoi d'échantillons d'une source minérale découverte à Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), avec demande d'avis et d'analyse. (*Commissions des eaux minérales.*) — *c*. Douze lettres relatives à des remèdes contre le choléra ; quatre seulement émanent de médecins: Potion opiacée et antispasmodique (M. *Pradère*) ; électro-galvanisme à travers une forte solution saline (M. *Burggrave*, de Gand) ; bleu de Prusse, charbon de bois, sucre de lait (M. *Rodon*, d'Ouzouer) ; bons résultats des laxatifs (hôpital du Christ, à Londres). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *d*. Des recettes contre le rhumatisme, l'hydrophobie et l'hydropisie. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Tableaux des vaccinations pratiquées en 1853, dans les départements de l'Aveyron et de Loir-et-Cher. (*Commission de vaccine.*)

3. Communications de : *a*. M. *Fayard*, pharmacien à Lyon (pli cacheté). — *b*. M. *Padioleau* (études sur l'épidémie cholérique de 1854, à Nantes). — *c*. M. *Legrand*, de Paris (emploi des pilules de noix vomique, de bismuth et de diascordium dans la diarrhée prémonitoire). — *d*. M. le docteur *Lalibarde*, de Paris (dix cas de choléra cyanique algide traités et guéris par le *sulfate de strychnine*). — *e*. M. le docteur *Rabelleau*, de Sully-sur-Loire (le choléra est peut-être dû à un empoisonnement par un excès d'acide carbonique dans l'économie). — *f*. Décès à Lille pendant les mois de juillet, août, et les quinze premiers jours de septembre 1854 (pièce *anonyme* destinée à nier l'apparition du choléra dans Lille, annoncée le 22 août par M. *Caseneuve*, directeur de l'école de médecine). — *g*. M. le docteur *Boniteau* (cause du choléra et des fièvres, échauffement général). — *h*. M. le docteur d'*Agar de Bus*, d'Issoudun (mon dernier mot sur le choléra épidémique). (*Commission du choléra de 1854.*) — *i*. M. *Rodon*, d'Ouzouer-sur-Trézée (médicament anticholérique, demande d'avis). — *j*. M. *Witmack*, de Hambourg (addition à ses précédentes communications sur le traitement du choléra par le café et la chaleur). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *k*. M. le docteur *Priou*, de Nantes (guérison spontanée d'une toux nerveuse durant depuis quatre ans). (A mentionner.) — *l*. M. le docteur *Metz*, d'Aix-la-Chapelle (de l'emploi du froid après l'opération césarienne). (*Comm. :* MM. Cazeaux, Dubois, Velpeau ; Danyau, rapporteur.) — *m*. M. le docteur *Cartano*, de Rome (emploi de l'*adénotritie* dans la guérison des bubons syphilitiques, avec un dessin de l'*adénotriteur*). (*Comm. :* M. Ricord.) — *n*. M. *Mathieu* (nouvelle réclamation de priorité pour les aiguilles à suture, avec une lettre, à l'appui, de M. le docteur Giraud, de Nice. (*Comm. :* M. Jobert.)

Lectures et Mémoires.

M. *Bonnafont*, membre correspondant, demande la parole à l'occasion du procès-verbal. L'orateur vient défendre sa méthode de traitement de l'orchite par le collodion, et relever une erreur de chiffres commise dans la dernière séance par M. Velpeau. D'abord il n'est pas exact, comme l'ont avancé certains journaux, que M. Armand ait institué ses expériences avec son concours ; et quant aux chiffres donnés par M. Velpeau comme l'expression de la durée de l'orchite traitée par le collodion dans les sept observations, ils sont tous forcés, ainsi que le démontre suffisamment une supputation plus exacte ; de sorte qu'au lieu d'un total de 157 jours pour les sept malades, et d'une durée moyenne de 22 jours et demi, M. Bonnafont trouve un total de 115 jours et une moyenne de 16 ; et même, en faisant abstraction du temps qui s'est écoulé pour chaque malade, d'une part, entre le jour de l'entrée et la première application du collodion, d'une autre part, entre le moment de la cessation du traitement et le jour de la sortie de l'hôpital, le total de la durée pour les sept malades de M. Armand se réduit à 79 jours, et la moyenne n'est plus que de 12. Ce résultat, bien différent de celui présenté par M. Velpeau, est encore loin de celui que vient d'obtenir encore récemment l'orateur par l'application régulière de sa méthode, puisque dans son service la durée moyenne a été de 7 jours 5/10 pour l'orchite blennorrhagique, et de 7 jours 8/10 pour l'orchite traumatique.

M. *Velpeau* pense que la différence des résultats numériques obtenus par M. Bonnafont et par lui, dans l'appréciation des observations de M. Armand, tient à ce que M. Bonnafont omet de compter les jours qui ont précédé ou suivi l'application du traitement, tandis que lui les faisait entrer en ligne de compte dans la détermination de la durée naturelle de l'orchite.

CHIRURGIE.—M. *Jobert* (de Lamballe) lit un rapport sur deux observations adressées en août 1846 par M. le docteur *Pamard*, membre correspondant de l'Académie à Avignon.

Le premier fait est relatif à une *tumeur sanguine osseuse*, développée à la partie inférieure du fémur droit chez un jeune homme de vingt-deux ans. Cette tumeur, dure, presque indolente, conserva longtemps le volume d'une petite orange ; puis tout à coup, un jour que le malade est debout et joue du violon, il est pris d'un élancement très pénible dans le lieu de la tumeur, le genou se tuméfie, et la tumeur, augmentant sans cesse avec des douleurs intolérables, acquiert bientôt un volume énorme. Elle est le siége d'une fluctuation profonde, obscure, et d'un mouvement d'expansion correspondant aux battements du cœur.

Après une ponction exploratrice qui donna lieu à l'issue d'un sang rutilant, M. Pamard, qui avait longtemps balancé entre la ligature de la crurale et l'amputation du membre, se décide à amputer la cuisse à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen.

(1) *The New-Orleans Med. and Surg. Journal*, mai 1854.

Le malade guérit rapidement.

L'examen de la tumeur a suffisamment démontré que c'était une tumeur sanguine osseuse développée à la partie externe du genou, immédiatement au-dessus de l'articulation, communiquant avec la cavité médullaire, et percée à son côté inférieur et externe d'un large trou par où le sang s'était épanché entre les muscles.

M. le rapporteur approuve la conduite de M. Pamard dans cette circonstance, et pense que l'amputation était le seul remède.

Une tumeur, peut-être de même nature, développée chez le même malade à un des doigts de la main gauche, paraîtrait à M. Jobert pouvoir autoriser à admettre, dans ce cas, l'existence d'une diathèse semblable à celles qu'on observe dans certaines tumeurs ou dans les anévrysmes même.

Le deuxième fait n'a de rare que sa présence à un âge où toute dégénérescence cancéreuse est une exception. Il s'agit d'un *sarcocèle* chez un enfant âgé de dix-sept mois. L'examen de la tumeur n'a laissé aucun doute sur sa nature, et le petit malade a guéri.

M. Pamard a terminé sa communication par quelques réflexions sur les suites des grandes opérations qu'il a pratiquées dans le Midi, comparativement à ce qui se passe à Paris dans les hôpitaux : la mortalité lui semble de beaucoup inférieure. Sans tenir compte de toutes les circonstances, M. Pamard attribue ce résultat à l'habitude qu'il a toujours de faire de *très rares pansements*, et par conséquent de préserver la plaie du contact répété de l'air extérieur.

M. le rapporteur termine sa lecture en proposant à l'Académie d'adresser à M. Pamard de sincères remercîments et de déposer son mémoire aux archives.

M. *Robert* demande si le mot de *guérison* contenu dans le rapport s'applique au *cancer* lui-même ou aux suites de l'opération ; car les exemples de guérison de cancer sont tellement rares, que ce fait mériterait d'être noté comme un des plus exceptionnels de la pathologie chirurgicale.

M. *Jobert* répond qu'il a cru suffisant d'énoncer le fait sans entrer dans une discussion approfondie, sans chercher à l'expliquer autrement que l'avait fait l'auteur du mémoire lui-même.

M. *Robert* insiste sur l'extrême rareté des guérisons confirmées du cancer; le travail de M. Pamard lui paraît incomplet ; il propose de restreindre les éloges proposés par le rapporteur.

M. *Jobert* fait remarquer que l'époque des récidives après une opération de cancer est variable, indéterminée, et qu'il est par conséquent difficile de se prononcer prématurément sur la guérison de ces sortes de tumeurs.

M. *Velpeau* trouve que M. Robert a tranché un peu hardiment la question de la curabilité des cancers ; il exprime le désir que cette importante question soit discutée à fond par l'Académie.

Quant à l'observation de M. Pamard, M. Robert la trouve sans doute incomplète, parce que la tumeur encéphaloïde n'a pas été soumise à l'examen du microscope, ce qui permet d'élever des doutes sur sa nature. L'orateur pense qu'une longue expérience vaut bien dans ce cas un microscope, et qu'un chirurgien habile, attentif, expérimenté, peut prononcer avec certitude sans le secours de cet instrument.

M. *Robert* soutient que trop souvent on a présenté comme guéris d'un cancer des sujets qui n'étaient guéris que des suites de l'opération, et que certainement l'enfant opéré par M. Pamard doit rentrer dans cette catégorie, puisque l'observation a été communiquée après la réparation de la plaie chirurgicale, c'est-à-dire à une époque trop rapprochée de l'opération pour en pouvoir conclure à la guérison du cancer.

Après une courte discussion entre MM. *Velpeau* et *Robert* touchant l'opportunité de l'examen microscopique dans le diagnostic des tumeurs, M. *Larrey* demande qu'il soit mis fin à l'incident en modifiant la proposition du rapport qui l'a fait naître, et en constatant que l'enfant a été guéri, *non du cancer*, mais de l'opération et de ses suites.

M. *Moreau* trouve les faits communiqués par M. Pamard assez importants pour mériter d'être envoyés au comité de publication, et alors chacun sera libre de leur donner l'interprétation qu'il croira la plus convenable, sauf à demander à M. Pamard des explications nouvelles sur les conséquences éloignées de son opération.

M. *Gerdy* approuve les éloges adressés à M. Pamard, mais il regrette que le rapport ne se termine pas par une conclusion scientifique qui exprimerait la réserve que l'on doit mettre dans la foi à la guérison d'un cancer.

M. *Jobert* maintient ses conclusions, qui sont adoptées.

Le renvoi au comité de publication du mémoire de M. Pamard, proposé par M. *Moreau*, et appuyé par MM. *Velpeau* et *Gerdy*, est également adopté et ajouté aux conclusions du rapport.

M. *Rostan*, président, propose de renvoyer à la prochaine séance la question de la *curabilité du cancer*. (Adopté.)

Aliénation mentale. — M. le docteur *Scipion Pinel* donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Des formes de la paralysie générale et de ses conditions anatomiques*. Après avoir signalé l'incertitude et l'obscurité qui règnent dans la science touchant la connaissance exacte des altérations qui produisent la *paralysie générale*, l'auteur estime que pour arriver à la vérité, il est nécessaire d'établir les rapports des altérations, soit avec la marche de la maladie, soit avec le caractère des symptômes. Tel est le but de son travail qui repose sur 176 observations, recueillies à la Salpêtrière et à Bicêtre.

M. Pinel admet *quatre formes de la paralysie générale* ou *cérébrite paralytique* : 1° La *forme sur-aiguë*, qui se lie à une congestion inflammatoire de la périphérie et de quelques centres du cerveau, et dans laquelle les symptômes ordinaires de la cérébrite sont dominés par le *frémissement et l'embarras de la prononciation*.

2° La *forme chronique*, caractérisée par la désorganisation lente de la substance corticale, et surtout de la couche moyenne de cette substance et par des ramollissements partiels des corps striés.

3° La *troisième forme*, marquée par une *hypertrophie aiguë* de la substance blanche, hypertrophie qui gonfle chaque hémisphère, et qui coïncide avec un état fébrile très prononcé.

4° La *quatrième forme*, qui se révèle par l'*atrophie* de quelques circonvolutions, et même d'un lobe entier, compliquée souvent d'épanchements sanguins ou séroso-sanguins à la périphérie cérébrale.

A ces quatre formes principales, M. Pinel en joint deux autres résultant de l'observation de la marche de la paralysie, lorsqu'elle n'est pas nécessairement mortelle.

Dans la *cinquième forme*, la paralysie affecte le *type intermittent*, elle disparaît, puis reparaît à des intervalles toujours indéterminés.

Enfin, dans sa *sixième forme*, la paralysie générale guérit entièrement, soit par les effets d'un bon traitement, soit par l'heureuse constitution des sujets.

M. Pinel n'admet pas l'identité de siége et de lésion pour la paralysie générale, et c'est par l'épanouissement des fibres nerveuses de la moelle dans la masse encéphalique qu'il explique que la même maladie puisse avoir son siége dans des points fort éloignés les uns des autres. Il en est de même de l'*épilepsie* ou *cérébrite convulsive*, qui peut être produite par des lésions différentes de nature et de siége.

L'*altération de la parole*, qui est le symptôme caractéristique de la paralysie générale, et d'autre part l'état morbide des corps olivaires presque constant dans cette maladie, ont amené M. Pinel à cette conclusion : que par leur configuration singulière, et surtout par leur développement considérable *chez l'homme seul, les olives président à une fonction propre à l'homme seul, à l'articulation des sons laryngiens, à l'exercice de la voix et de toutes ses modifications*.

Après une courte digression sur le système de Gall, que M. Pinel taxe d'erreur pour ne s'être pas inspiré des données de l'anatomie et de la physiologie comparées, l'auteur du mémoire arrive au *traitement* de la paralysie générale.

Après avoir tenté contre cette maladie tout ce qu'une connaissance assez intime de sa nature peut suggérer, M. Pinel, découragé par les résultats négatifs, quelquefois même funestes, fournis par les antiphlogistiques, par les exutoires, les révulsifs intestinaux, les toniques, les excitants musculaires, etc., a cru devoir s'arrêter aux moyens les plus simples, qui sont : les soins hygiéniques, la propreté extrême du corps, le changement presque continuel de position, de linge et de coucher, puis les ventouses scarifiées appliquées sur la nuque et derrière les oreilles, *tous les jours, et pendant des mois de suite*, mais en ayant soin de ne tirer que très peu de sang chaque fois ; le tout secondé par un régime fortifiant. (*Comm.*: MM. Londe, Cruveilhier, Bricheteau.)

La séance est levée à cinq heures.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement des fractures de l'extrémité inférieure du fémur, par M. Trélat.

Comme pour toutes les solutions de continuité osseuses voisines d'une articulation, c'est une question des plus délicates de savoir s'il faut, en traitant une fracture de l'extrémité inférieure du fémur, se préoccuper plutôt de prolonger l'immobilité absolue afin d'assurer la consolidation, ou d'imprimer de bonne heure quelques mouvements à la jointure, afin de garantir l'intégrité ultérieure de ses fonctions. Concilier ces deux indications importantes pour le fémur est d'autant plus difficile, que le fragment inférieur profondément situé ne peut être immobilisé pendant qu'on fait mouvoir sur lui le tibia.

Le travail de M. Trélat ne donne aucune indication bien précise sur ce point, qu'il eût effectivement été imprudent de vouloir fixer d'une manière absolue. Il brille plutôt par la netteté des indications diagnostiques. Analysant la valeur de chaque signe, crépitation, déformation, ecchymose, impotence, etc., à propos de la fracture soit d'un condyle, soit des deux, soit du fémur au-dessus d'eux, il montre que pas un ne peut suffire dans tous les cas à assurer le jugement du chirurgien.

Voici l'erreur la plus commune à laquelle donne lieu la fracture sus-condylienne : Le tibia, accompagnant le fragment inférieur, se déplace avec lui; de sorte que l'on peut croire à une luxation du tibia en arrière, alors qu'il n'y a qu'une fracture sus-condylienne oblique en bas et en avant. Mais, prévenu de cette confusion possible, le praticien remarquera que, dans le cas de fracture, l'extrémité saillante en avant est irrégulière et beaucoup moins volumineuse que la masse des condyles. Le ligament rotulien est relâché. En arrière, le plan supérieur du tibia est surmonté par les condyles. Parfois on peut sentir l'extrémité supérieure du fragment inférieur. Enfin la crépitation, les mouvements anormaux qui ont leur siége au-dessus du genou, leur persistance après la réduction, achèveront de lever les doutes. (*Archives générales de médecine*, août 1854, p. 164.)

Calcul vésical guéri en une séance par la lithothlibie, par M. Denamiel.

La lithothlibie consiste à écraser les calculs entre une sonde placée dans la vessie et le doigt du chirurgien introduit par le rectum. M. Denamiel raconte l'observation très curieuse d'un enfant de quatre ans, chez qui la pierre, grâce à cette manœuvre, fut réduite en bouillie dans une seule séance très courte. La sonde poussa d'abord le calcul vers le bas-fond vésical ; puis l'indicateur, porté dans le rectum, le comprima à plusieurs reprises sur la convexité de l'instrument jusqu'à pulvérisation complète.

Rien de plus authentique et de plus remarquable que ce succès ; rien qui doive plus encourager à essayer le même procédé dans tous les cas, pendant la séance qui sert à reconnaître la présence du calcul. Mais une perspective aussi limitée ne suffit point à l'auteur. Il réclame pour *sa méthode* une sphère d'application plus étendue, et s'ingénie à prouver que, « soit médiatement, soit immédiatement, les calculs peuvent être guéris généralement par la lithothlibie. »

D'abord, dit-il, il existe plus de calculs friables par une simple pression qu'on ne le croit. Chopart, Boyer, Sabatier, en citent des exemples. Les calculs les plus durs, ceux d'oxalate de chaux, ont même quelquefois cette mollesse; M. Civiale l'a constaté.

Quant à ceux qui sont décidément trop durs pour se laisser ainsi écraser avec les doigts, M. Denamiel fonde les plus grandes espérances sur l'effet que les eaux alcalines auront, soit en boissons, soit en injections, pour détruire le mucus qui tient leurs molécules unies, et les disposer à céder à la pression.

Ainsi, d'après lui, là où la lithothlibie devrait s'arrêter devant des calculs trop durs pour céder tout de suite à une pression modérée, les lithontriptiques donneront à ces pierres la friabilité nécessaire pour pouvoir être écrasées ; et là où les lithontriptiques exigeraient un emploi tellement prolongé que la constitution des malades en souffrirait, — comme aussi là où des pierres renfermant peu de mucus dans leur composition ne se disjoindraient pas si une force étrangère ne les désagrégeait, — la lithothlibie viendra, à l'aide de manœuvres répétées par intervalles, dépouillant graduellement le calcul, rendre ses parties profondes plus promptement accessibles aux lithontriptiques.

— Nous craignons de le deviner et nous regrettons de le dire ; mais M. Denamiel nous paraît avoir dépensé beaucoup d'esprit et d'érudition pour convaincre fort peu de lecteurs et guérir encore moins de malades. Malgré leur parfaite appropriation, en théorie, malgré quelques succès bien réels dus à leur emploi, la lumière s'est faite aujourd'hui sur la vertu lithontriptique des alcalins; et nulle médication fondée sur leur efficacité absolue ne saurait prétendre à devenir méthode générale pour le traitement des calculeux.

Quant à la lithothlibie en elle-même, sans discuter sur la fréquence ou la rareté de ses cas d'application, une remarque préalable semble s'élever contre elle, et demanderait à être d'abord discutée. Là où, par la friabilité du calcul, ce procédé paraîtrait indiqué, ne serait-il pas mieux et moins douloureux, pour le malade, d'introduire simplement dans la vessie un instrument lithotriteur, que de chercher à écraser la pierre entre deux pressions qui portent nécessairement sur la cloison recto-vésicale ? (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 août 1854, p. 171.)

De la céphalalgie chronique, par M. E.-H. Sieweking.

Dans le long travail lu devant la *Société harvéienne*, l'auteur s'applique à déterminer les diverses *causes prochaines* de la céphalalgie, pour en tirer des principes de thérapeutique. Il s'attache spécialement aux trois causes suivantes : 1° excès de sang dans la boîte crânienne ; 2° pénurie du sang dans la même cavité ; 3° altération du sang. Par une analyse détaillée, où nous aurons peu de faits importants à relever, il recherche quelles sont, dans les maladies de l'encéphale lui-même, des organes de la nutrition et des organes sexuels, celles qui sont susceptibles de produire une augmentation, ou une diminution, ou une altération du sang dans le crâne.

La partie de ce mémoire qui nous a paru mériter une attention particulière, et qui en forme d'ailleurs près des deux tiers, est destinée à montrer qu'il existe une espèce de céphalalgie dépendant d'un excès de sang dans les veines encéphaliques, et à indiquer le moyen de la reconnaître.

L'inextensibilité, la fixité des parois crâniennes, a fait dire à quelques physiologistes que la quantité de sang contenue dans les organes encéphaliques ne peut varier. En Angleterre même, le docteur Kellie a soutenu cette opinion dans une publication *ex professo* (*On Disorders of the Cerebral Circulation*, London, 1846). Il a été réfuté spécialement par M. Burrows (*Teerwdie's Library of Medicine*, vol. II, art. *Cephalalgia*), qui croit, au contraire, que la quantité de sang contenu dans le crâne est extrêmement variable (*extremely variable*), suivant le temps et les circonstances.

Il est certain que la thèse de M. Kellie est trop absolue. La nature de la boîte crânienne n'entraîne qu'une conséquence : l'invariabilité de volume du contenu en masse ; mais la quantité du sang peut varier, à la condition que le centre nerveux sera plus ou moins comprimé, à la condition aussi que le liquide céphalo-rachidien sera plus ou moins abondant et que la pie-mère et ses prolongements seront plus ou moins engorgés. Seulement, l'impossibilité d'une grande variation dans la masse du sang intra-crânien sans un changement parallèle et *simultané* dans le reste du contenu est une condition capitale dans l'étiologie des maladies encéphaliques; et l'on conçoit que, dans la pléthore ou dans les soustractions subites de sang, une très faible différence dans la quantité de liquide pourra amener des accidents graves, si, par suite de quelque circonstance pathologique, la différence de pression qui en résulte ne peut être balancée à l'instant. L'auteur, sans entrer dans ces explications, maintient le fait d'une fréquente variation dans la quantité du sang qui circule dans les sinus et dans les veines ; il y voit une cause particulière de céphalalgie, soit par pléthore, soit par anémie, et s'attache particulièrement, comme nous avons dit, à la céphalalgie par pléthore locale.

Comment la distinguer des autres espèces? M. Sieweking signale à l'attention un moyen de diagnostic sur lequel un de ses compatriotes, M. Romberg, a beaucoup insisté, et qui est d'ailleurs bien connu : c'est de produire artificiellement une stase dans la circulation cérébrale. On a coutume, dans la pratique, de dire au malade de se baisser comme pour ramasser quelque chose. L'auteur conseille de faire maintenir la poitrine, pendant un instant, dans la position où la met l'expiration. Une expiration un peu prolongée ne tarde pas, en effet, à augmenter la pression du sang sur les parois vasculaires et sur le cerveau. Si la douleur augmente aussitôt, pour diminuer sous l'influence de l'inspiration, c'est que la céphalalgie a pour cause un excès de sang; et l'indication qui s'ensuit est de saigner.

Nous ferons quelques remarques sur ce point de pratique. Une respiration trop longtemps soutenue, quand elle *fait monter le sang à la tête*, comme on dit, chez les personnes bien portantes, ne détermine pas de céphalalgie. Si la céphalalgie existe préalablement, et que l'expiration ne fasse que l'augmenter, nous ne voyons pas trop comment on pourrait déduire de ce fait qu'elle avait sa cause prochaine dans une pléthore. L'encéphale, déjà endolori, le devient davantage sous l'influence d'un afflux de sang. Cela laisse tout entière la question de savoir comment et pourquoi s'était produit au début l'endolorissement. Il est extrêmement probable que des céphalies de tout autre origine se trouvent également fort mal de l'excès de pression auquel on soumet tout à coup le cerveau, de la même manière que la pression sur l'épigastre augmente, par exemple, les douleurs de certaines gastralgies. En réalité, et nous en parlons sciemment pour en avoir fait *souvent* l'expérience, l'expiration soutenue augmente, et les grandes inspirations soulagent des maux de tête tellement liés à l'embarras intestinal, qu'il suffit d'un laxatif pour les faire disparaître comme par enchantement. Y avait-il alors congestion cérébrale? C'est ce qui n'est pas du tout prouvé. En tout cas — et l'exemple précédent justifie cette remarque — l'épreuve de l'expiration ne saurait suffire pour juger l'indication des évacuations sanguines. (*Medical Times and Gazette*, 1854, nos 215, 216 et 217.)

Sur une partie de l'appareil d'érection du pénis et du clitoris, passée inaperçue jusqu'à présent, comme contribution à la physiologie des parties génitales, par le professeur Bochdalek, à Prague.

Dans l'excellente monographie de Kobelt, sur l'*appareil du sens génital*, sans contredit le travail le plus important qu'on ait publié dans ces derniers temps sur cette matière, on lit avec regret : « ...... Depuis longtemps on cherche en vain, chez » l'homme et chez les animaux, un ...... appareil de rétention pour » les grosses veines profondes qui passent sous la symphyse des » pubis en émergeant des corps caverneux ; je n'ai pas été plus » heureux dans mes recherches. » — Et cependant on ne comprend guère la grande rigidité des corps caverneux dans l'érection, sans une compression qui interrompe la circulation de ces veines, principaux vaisseaux efférents de la verge. Eh bien ! ce que Kobelt n'a pu trouver, l'auteur croit l'avoir découvert dans une disposition spéciale des fibres musculaires qui entourent les plexus veineux rétropubiens. Nous nous bornerons ici à rapporter deux des conclusions du savant professeur de Prague, laissant à d'autres le soin de vérifier l'exactitude de ses descriptions.

« 1° Le mécanisme de l'érection du pénis est complexe, et consiste » en muscles volontaires et involontaires, en éléments tendineux » et élastiques, et en veines excessivement remarquables et nom» breuses ; celles-ci sont pourvues, en certains points, de dilata» tions sinueuses et ont un trajet très flexueux. Ainsi, dans certaines » circonstances, le sang peut n'y progresser que très lentement, et » même y stagner quelque temps.

» 2° Pendant l'érection, n'entrent pas seulement en action les » muscles ischio- et bulbo-caverneux, qu'habituellement on regarde » comme seuls intéressés dans cet acte; que, dernièrement, Theile » mettait avec raison au nombre des muscles *demi-involontaires*, » et qui sont, d'après Kœlliker, les muscles de la charpente des » corps caverneux. Elle exige encore la coopération d'un autre ap» pareil musculaire situé dans la cavité pelvienne, c'est-à-dire d'un » grand nombre de fibres et de faisceaux qui naissent en partie des » pubis et des ischions, en partie et surtout du fascia pelvia, et qui » couvrent et enlacent les réseaux veineux placés dans le voisinage » de la paroi antérieure du bassin, soit à l'état de muscles, soit au » moyen de tendons et de fibres élastiques ; disposition qui leur » permet d'exercer une constriction ou une compression immédiate » ou médiate sur ces veines. » (*Vierteljahrsschrift für die prakt. Heilk.*, 11e année, IIIe vol.)

De l'hydrochlorate d'ammoniaque, par M. le docteur Smith (de Varsovie).

M. Delvaux, dans un article publié par la *Presse médicale belge* (1854, n° 23, et *Gazette hebdomadaire*, n° 48), se loue des bons effets obtenus, dans la bronchite chronique, de l'emploi de l'hydrochlorate d'ammoniaque.

Le docteur Smith (de Varsovie) publie sur ce sujet un travail dans lequel il fait ressortir toutes les applications physiologiques et thérapeutiques de ce sel.

Supérieur au calomel et aux antimoniaux comme altérant, il diminue, dit l'auteur, l'irritation du système vasculaire, favorise les sécrétions de la membrane muqueuse intestinale et des bronches, active les fonctions de la peau et de l'urine, et suffit à lui seul, quelquefois, pour guérir la maladie.

Smith l'emploie dans les fièvres muqueuses, dans l'état pituiteux de l'estomac et des intestins, dans les fièvres intermittentes, la pleuro-pneumonie, l'asthme et la bronchite chronique, la phthisie pulmonaire, laryngée; les maladies de vessie, etc.

Dans plusieurs de ces états pathologiques, le sel ammoniac est employé, à cause de son effet résolutif d'abord, puis comme préparant la voie aux autres médicaments. Les observations qu'il cite à l'appui de quelques-uns de ces états morbides donnent un grand poids aux expériences de M. Smith et ouvrent une nouvelle voie d'expériences aux praticiens éclairés.

Le meilleur mode pour l'administrer à l'intérieur, est en poudre, avec le suc de réglisse, en solution ou en pilules. En l'administrant, il faut éviter l'emploi simultané des alcalis fixes, de l'eau de chaux, du calomel, de l'alun, des acides. Les formules recommandées par Smith sont les suivantes :

I. Pr. Hydrochlorate d'ammoniaque. 2,00
Nitrate de potasse 4,00
Eau distillée de framboises. 200,00
Sirop d'écorces d'oranges. 30,00

Dans la première période de la fièvre rhumatismo-catarrhale.

II. Pr. Hydrochlorate d'ammoniaque. } ãã. . . 8,00
Jus de réglisse . . . . }
Eau de tilleul 200,00
Émétique . . . . 0,05 à 0,10

Dans l'état pituiteux, dans le commencement de la fièvre muqueuse, dans la deuxième période de la pneumonie, dans l'angine, dans l'asthme.

III. Pr. Potion de Rivière 60,00
Eau de fenouil. 150,00
Hydrochlorate d'ammoniaque 8,00
Jus de réglisse. 6,00
Émétique 0,05

A prendre toutes les heures, une cuillerée à bouche, dans la phthisie pulmonaire, pour faciliter l'expectoration de masses tuberculeuses.

IV. Pr. Hydrochlorate d'ammoniaque. } ãã . . . 1,00
Jus de réglisse . . . . }
Ext. de pissenlit. . . . . q. s. pour un bol.

Toutes les deux heures un bol. Contre l'endurcissement de la prostate, de la vessie, des ovaires, avec un régime nourrissant.

V. Pr. Sel ammoniac 8,00
Asa fœtida. } ãã. 4,00
Aloès . . . }
Jus de réglisse . . . . q. s.

Pour des pilules de 0,10. Six à dix pilules par jour. Dans les obstructions opiniâtres du foie, de la rate.

(*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, nos 14-15.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Annales d'oculistique. — V^e^ SÉRIE. — TOME V.

(Suite. — Voir le n° 18.)

D'une propriété peu connue de la belladone en instillation dans l'œil, par le docteur WARLOMONT.

Il s'agit ici d'un phénomène fort remarquable, et sur lequel l'attention des physiologistes s'est à peine arrêtée, mais qui ne paraît pas être constant chez tous les sujets, lors même que les conditions de son existence sont identiques, et que voici : *Dans le mydriasis qui résulte de l'action de la belladone instillée dans les yeux, les personnes qui le présentent voient les objets plus petits qu'ils ne sont en réalité.* L'observation suivante en offre un exemple :

OBS. — M. J. V..., de Bruxelles, âgé de quarante ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, n'ayant jamais eu de maladies antérieures, est tourmenté depuis quelque temps de mouches volantes qui l'inquiètent beaucoup. Les yeux n'offrent aucun symptôme objectif ; il n'y a pas de vascularisation anormale ; la pupille est modérément dilatée et très dilatable ; la santé générale est parfaite. Pour faciliter l'exploration plus complète de l'organe, quelques gouttes d'une solution d'extrait de belladone sont instillées le soir dans les deux yeux. M. V... passe une très bonne nuit, et à son réveil il est très étonné de voir les objets qui l'environnent sous un aspect nouveau. Le journal qui est sur sa table de nuit et dont il s'empare lui paraît composé en caractères microscopiques qu'il ne peut déchiffrer qu'à grand'peine, et grâce, dit-il, à ce qu'il a toujours eu la vue excellente. Cependant les objets apparaissent aussi clairs que de coutume ; ils ne sont entourés ni de nuages ni d'auréoles lumineuses ; les dimensions seules en sont singulièrement amoindries. M. V... sonne, et la servante, qui entre aussitôt, ne lui semble pas plus grande qu'une fille de dix ans. Il se lève, de plus en plus surpris ; les vêtements qu'il saisit sont des vêtements d'enfant, cependant il s'y introduit sans efforts ; il descend à la salle à manger, et au lieu de sa femme et de ses enfants rangés autour de la table, il n'y aperçoit qu'une naine et des poupées. Sa surprise et sa frayeur sont au comble ; il s'empresse de courir chez son médecin, non sans s'y faire accompagner, tant ses embarras sont grands : les chevaux qu'il rencontre lui semblent des chiens, les chiens des rats ; en un mot, tous les êtres qui l'entourent lui semblent empruntés au monde liliputien créé par l'imagination de l'immortel auteur des *Voyages de Gulliver*. A ce moment, l'examen de l'œil ne décèle qu'une dilatation assez considérable de la pupille ; d'ailleurs, rien d'anormal dans les autres parties de l'organe. Des lotions d'eau froide sont appliquées, et dès le lendemain tout est rentré dans l'ordre, sauf les mouches volantes, qui ont persisté.

Dans un des numéros suivants des *Annales d'oculistique*, M. le docteur Warlomont, actuellement rédacteur en chef, a extrait de la *Nederlansche Lancet* (avril 1851) un article du docteur Douders, où le même sujet se trouve traité sous le titre de *Micropie*, et où l'auteur, affecté lui-même de cette anomalie de la vision après une instillation de belladone dans les yeux, en a donné l'explication que voici :

Le premier élément de l'appréciation de la grandeur des objets, dit-il, réside dans la grandeur de l'angle visuel sous lequel nous les apercevons, et quand cet angle est grand il faut encore y ajouter la tension musculaire volontaire exigée, pour diriger l'axe visuel d'une extrémité à l'autre de l'objet. Cet élément étant donné, il en faut un second, la connaissance de la distance à laquelle se trouve l'objet. Nous voyons à une distance rapprochée un crayon dans le même angle visuel qu'un tronc d'arbre ; nous appelons le premier mince et le second gros, parce que nous introduisons la distance comme élément de notre appréciation. Comment juge-t-on la distance ? Ici il y a plusieurs éléments à faire intervenir ; tels sont : l'expérience acquise antérieurement, les objets placés à côté de ceux que l'on considère, l'inclinaison des axes visuels l'un vers l'autre, et à grande distance le tracé nettement marqué des contours, la couleur de l'objet, la façon dont il est éclairé, etc. — Cependant ceci n'a trait qu'aux petits objets dont la dimension diffère beaucoup, mais dont la forme est à peu près la même, de façon que l'expérience acquise est ici d'un faible secours ; dans ce cas, nous jugeons de la distance par la contraction musculaire nécessaire à l'accommodation ; la distance nous paraît d'autant plus petite, qu'il nous faut recourir davantage à cette faculté. Or la contraction doit être augmentée pour l'œil qui a subi une diminution instantanée de sa force de réfraction, et bien que l'angle visuel sous lequel on aperçoit alors un objet reste le même, il paraît plus petit parce qu'on le croit plus rapproché qu'il n'est en réalité. *La micropie repose donc sur une fausse appréciation des distances.*

M. le docteur Warlomont fait deux objections à cette théorie. La première, c'est qu'avant d'admettre que la force de réfraction de l'œil se trouve diminuée par l'instillation de belladone et par la dilatation de la pupille qui en est la conséquence, il faudrait d'abord prouver que le fait est réel, et dans ce cas dire pourquoi la micropie qui en résulte est l'exception au lieu d'être la règle chez les mydriatiques. La seconde est relative au rôle attribué par l'auteur à l'action des muscles accommodateurs : Ces muscles, dit-il, entrant en jeu à l'insu du sujet, accommodent l'œil aux grandeurs et aux distances sans attendre l'intervention de la volonté. C'est un de ces actes insensibles et involontaires qui échappent à la perception, et dont l'énergie plus ou moins grande doit être inaperçue. Comment comprendre dès lors que l'impression des dimensions puisse être le résultat de l'action plus ou moins vive de contractions musculaires dont nous n'avons pas la sensation ?

M. Warlomont avoue en attendant que ce sujet exige de nouvelles études ; il les sollicite de ses abonnés, mais en terminant il est porté à admettre que dans les cas semblables à celui qu'il a rapporté la balladone exerce sur le système nerveux une action dynamique qui en modifie les perceptions de façon à faire paraître à celui qui y est soumis les objets plus petits qu'ils ne le sont en réalité. Explication qui n'explique rien, et qui rappellera sans doute à plus d'un lecteur la réponse du *Malade imaginaire* argumentée sur la vertu soporifique de l'opium.

Du pannus et de son traitement par l'inoculation du pus d'une ophthalmie purulente des nouveau-nés ou d'une ophthalmie blennorrhagique, par M. VAN ROOSBROECK, de Gand.

L'auteur définit le pannus une maladie dans laquelle le feuillet conjonctival de la cornée est ramolli, épaissi, et parcouru par un nombre plus ou moins considérable de vaisseaux variqueux, de sorte que ce feuillet perd sa transparence et que son aspect se rapproche de la conjonctive scléroticale.

Il n'en admet que deux formes distinctes l'une de l'autre dès leur début : la première constituée par le *pannus vasculaire*, la seconde par le *pannus sarcomateux*.

Il distingue cette affection d'une autre d'à peu près même nature et même siége, qu'on désigne sous le nom de *ptérygion*, en disant que le ptérygion est une tumeur de nature fibrilleuse, un produit nouveau entièrement organisé, qui a pris droit de domicile dans la conjonctive, qui vit aux dépens de l'organisme animal, tandis que dans le *pannus* l'épaississement de la conjonctive provient de l'exsudation d'une matière amorphe, non organisée, et accumulée sous le feuillet épithélial de la conjonctive.

Après avoir décrit les symptômes et la marche des deux variétés du *pannus* qu'il admet, l'auteur disserte longuement sur leur étiologie, et déclare dans le pronostic que le *pannus* peut être considéré comme une des maladies les plus rebelles auxquelles est exposé l'œil humain.

Plus loin, passant en revue les différentes méthodes de traitement recommandées par les auteurs, il arrive enfin à celle qui fait le sujet spécial de son article, et qui consiste à provoquer une blennorrhée aiguë de l'œil, à la suite de laquelle le *pannus* disparaît.

Cette méthode, qui paraît avoir été recommandée, il y a déjà quelques années, par le professeur Frédéric Jaeger, de Vienne, a été essayée en plusieurs points de l'Allemagne, en Italie, en Angleterre, en Belgique et en Amérique ; elle ne paraît pas, toutefois, avoir inspiré une grande confiance aux oculistes français, qui en ont décrit le manuel opératoire ainsi que les effets, mais qui, je crois, s'en sont tenus là.

Aux faits déjà nombreux de succès obtenus par cette méthode par MM. Fallot, Stout, Piringer, M. Van Roosbroëck vient aujourd'hui ajouter un contingent très important par son chiffre. Il dit, en effet : « Sur plus de *cent cas* où nous avons eu recours à ce moyen en apparence si effrayant, nous n'avons pas eu un seul accident grave à déplorer. Tous les malades qui ont été soumis à ce traitement ont éprouvé une très grande amélioration, et chez la plupart la guérison a été si complète, que quoiqu'ils eussent été aveugles pendant cinq, six années et plus, il eût été impossible à l'œil le plus exercé de découvrir dans leurs yeux aucune trace de maladie antérieure. Je regarde ces résultats comme si complets, si merveilleux et si extraordinaires, que je ne crains pas de dire qu'on ne fait rien de plus beau en ophthalmologie. »

Il n'y a rien à opposer à une appréciation comme celle-ci, et ceux qui ont foi dans l'auteur doivent employer tout de suite une méthode qui réussit toujours, et qui n'est suivie d'aucun accident. Pour nous, qui sommes tout disposé à reconnaître à M. Van Roosbroëck un grand talent d'observation uni à un jugement sévère, nous eussions préféré, à la place d'un panégyrique aussi complet de ce mode de traitement entièrement empirique, une série d'observations bien faites, établissant en premier lieu un diagnostic irréprochable de la maladie contre laquelle l'inoculation du pus blennorrhagique a été employée ; car il nous a semblé qu'en plus d'un endroit les auteurs qui ont employé la méthode nouvelle ont confondu la kératite vasculaire générale avec le *pannus*, qui est une maladie essentiellement limitée, et qui peut, sous ce rapport, être confondue, au dire de tous, avec le *ptérygion*. Or, dans la kératite vasculaire générale, il y a un moyen oublié par l'oculiste belge, et qui nous fait rarement défaut, c'est la cautérisation circulaire de la cornée à l'aide de l'anneau cannelé de Sanson, moyen qui a sur l'inoculation d'un pus virulent l'avantage d'être rationnel dans son emploi et facile à comprendre dans ses résultats. — Nous aurions beaucoup d'autres considérations à ajouter ; mais à quoi bon? La méthode nouvelle est violente, héroïque, dit-on, de plus elle est inexplicable dans ses effets. N'en voilà-t-il pas assez pour qu'elle soit adoptée par tous les *essayeurs ;* et le nombre en est grand parmi les chirurgiens, oculistes ou non, de nos jours.

Méthode de traitement applicable à l'épiphora dépendant du renversement en dehors ou de l'oblitération des points lacrymaux, par le docteur BOWMANN.

Le déplacement du point lacrymal et l'espèce d'épiphora dont l'auteur traite dans ce travail ne sont pas de ceux qui résultent du renversement de la paupière dans l'ectropion. Au contraire, la paupière peut être en contact avec le globe de l'œil, ou tout au plus s'en éloigne-t-elle un peu dans certaines situations, par exemple, quand l'œil est tourné en haut. Mais la saillie naturelle sur laquelle est placé le point lacrymal n'existe plus, et, à sa place, on aperçoit une surface cutanée aplatie ou arrondie, sur laquelle on peut distinguer, bien qu'avec difficulté, son orifice situé à une petite distance de la surface muqueuse de la paupière, fortement réduit de volume, n'étant plus baigné de larmes, mais bien sec et contracté. Un stylet, introduit par cet orifice, pénètre sans difficulté dans le sac lacrymal, qui est vide lui-même. Il résulte de cette disposition ou un épiphora continuel, ou une accumulation des larmes au-devant de la cornée, qui occasionnent de fausses réfractions de la lumière. L'auteur lui reconnaît deux causes : 1° une inflammation chronique légère de cette partie de la conjonctive située au voisinage du point lacrymal, déterminant un épaississement de cette partie de la membrane, et, par suite, son renversement avec celui du point lacrymal ; 2° une affection eczémateuse chronique de la paupière inférieure, par suite de laquelle il se produit une rétraction modérée, mais générale, de la paupière. Quant à expliquer comment ce déplacement léger de la paupière en dehors suffit pour suspendre les fonctions du point lacrymal inférieur, M. Bowman pense que l'épiphora tient à la transformation de la conjonctive exposée à l'air, dont la surface devient graisseuse et cuticulaire, et repousse l'eau, absolument comme le ferait un papier graisseux. M. Bowman, ayant vu des épiphora de ce genre résister à toute espèce de traitement le plus rationnellement indiqué, eut l'idée de les traiter désormais par un procédé très simple, qui consiste à fendre dans une petite étendue le canal lacrymal, à partir du point lacrymal du côté de la conjonctive. « En détruisant ainsi le point lacrymal, dit ce chirurgien, je n'étais pas sans inquiétude ; je me demandais si les larmes seraient reprises par cet orifice que je créais artificiellement dans un point où le canal lacrymal ne présente pas la disposition de structure qu'on attribue généralement aux points lacrymaux. Ces craintes n'étaient pas fondées, car les larmes s'engagèrent parfaitement dans le canal lacrymal, bien que ce fût au milieu de son trajet. » Si d'autres faits viennent par la suite confirmer les brillants résultats de ceux-ci, il ne faudra plus tenir compte du jugement porté par Mackenzie sur ces sortes d'opérations. « Il est facile, dit-il, de décrire des méthodes pour faire des points et des conduits lacrymaux artificiels ; mais c'est une autre chose de faire absorber et transmettre les larmes par ces points et ces conduits nouveaux. » Quant à nous, jusqu'à nouvel ordre, nous sommes de ceux qui croient encore à la physiologie.

A. LENOIR.

VI.

CHOLÉRA. — Mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine depuis le 20 septembre :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 21 septembre.	5	5	10	17	6
22	6	8	14	12	3
23	7	2	9	8	9
24	5	6	11	14	7
25	6	2	8	7	7
26	4	2	6	7	5
27	2	2	4	20	5
Résumé de 7 jours. .	35	27	62	85	42

Situation au 27 septembre : Cas traités depuis novembre. 6,222

Sorties . . . . . . 2,802 }
Décès . . . . 3,208 } 6,010

Il reste en traitement 212

VII.

Livres nouveaux.

RECHERCHES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR L'ABSORPTION ET LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE DES PRÉPARATIONS IODÉES, par le docteur *Titon*. In-4°. Paris, Victor Masson. 3 fr. 50 c.

RECHERCHES SUR QUELQUES PHÉNOMÈNES DE LA VISION, précédées d'un Essai historique et critique des théories de la vision, depuis l'origine de la science jusqu'à nos jours, par *F. Trouessart*. Brest, in-8° avec planches. Paris, Victor Masson. 5 fr.

HANDBUCH DER PATHOLOGISCHEN ANATOMIE, par *A. Fœrster*. Tome II. Specielle pathologische Anatomie. In-8°. Leipzig, chez Voss. 16 fr.

MM. les Abonnés à la GAZETTE HEBDOMADAIRE, *dont l'abonnement finit le 30 septembre, et qui ne l'auront pas renouvelé, sont prévenus qu'un mandat de 13 fr. leur sera présenté le 31 octobre prochain, pour renouvellement de 6 mois.*

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. — PARIS, 6 OCTOBRE 1854. — N° 53.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 5 octobre 1854.

COUP D'ŒIL SUR LA CONSTITUTION MÉDICALE ET L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA A PARIS.

Nos lecteurs auront remarqué, quelques-uns peut-être avec regret, que nous ne nous montrions pas très empressé de continuer sur le choléra épidémique le travail commencé dans notre numéro du 18 août, ni même, en général, d'emplir nos colonnes de cet amas de documents avec lesquels on se hâte de construire, — à ce qu'on dit, — l'*histoire* de l'épidémie. Au moment de réparer ce retard, nous dirons franchement nos motifs, les croyant assez bons pour être agréés.

C'est la coutume, en de semblables circonstances, qu'il s'établisse dans la presse une lutte de vitesse. *Courir la nouvelle* est la grande affaire; l'attraper le premier est un honneur insigne. Le danger de cette précipitation est de jeter dans la science une foule de faits suspects, de fausses déductions, de prétentions naïves, de spéculations déguisées, dont l'observation ultérieure ne vient à bout qu'à grand'peine. Même dans les questions de chiffres, de nombreuses erreurs sont journellement commises, comme on en a pu juger, en France et à l'étranger, par des réclamations publiques; comme nous en ont également averti des lettres de nos correspondants. Or, des erreurs de cette nature, si elles n'ont pas immédiatement de bien graves inconvénients, peuvent en avoir dans la suite, puisqu'elles vicieront nécessairement toutes les études relatives à la marche et au mode de propagation de l'épidémie. Mais c'est surtout en ce qui concerne l'histoire de la maladie elle-même, de ses causes, de ses symptômes, de son traitement, des affections concomitantes ou consécutives, qu'il est du devoir de la presse de s'entourer, autant qu'il est en elle, de garanties sérieuses. Un honorable et savant confrère nous écrit qu'il est *dégoûté* du choléra et de tous ses historiens. Nous n'endossons pas l'expression, mais nous la répétons comme écho d'un sentiment qui nous paraît assez motivé. Quelle que soit la valeur de l'axiôme *Ars tota in observationibus*, tout le monde conviendra, du moins, que l'observation, une observation attentive, soutenue, sur une grande échelle, n'est jamais plus nécessaire que dans une épidémie dont les manifestations sont mobiles et varient de pays à pays. Nous ne connaissons d'autre manière d'être historien fidèle que d'écrire sous la dictée des faits, et les faits ne peuvent être donnés que par le temps.

Par ces considérations, nous avons, il y a déjà longtemps, établi une correspondance directe avec un grand nombre de foyers épidémiques de la France. Nous ne possédons que depuis peu de jours nos informations. De plus, nous avons relevé sur le choléra d'Angleterre, d'Italie et d'Espagne, les documents qui, par leur origine ou leur concordance, nous ont paru le plus dignes de foi. C'est avec ces matériaux que nous allons poursuivre notre tâche. Nous achèverons d'abord notre exposé de la constitution médicale de *Paris*; après quoi nous présenterons le tableau abrégé du choléra en France et à l'étranger, et nous examinerons d'une manière un peu générale quelques-unes des questions qui se rattachent à l'histoire de l'épidémie. A. D.

II. Ce que nous disions dans notre précédent article (voyez n° 46) sur les maladies régnantes autres que le choléra et se montrant en même temps que lui, est resté vrai jusqu'à présent. Les affections cholériformes que nous avons spécialement signalées ont continué d'occuper la scène. Un observateur judicieux, M. Legroux, dans une note qu'il a bien voulu nous remettre depuis la publication de notre article, confirme notre observation relativement à l'existence d'une forme morbide uniquement caractérisée par un sentiment de faiblesse et d'anéantissement, par des défaillances subites. Les diarrhées, qui diminuent de fréquence aujourd'hui, se sont multipliées à l'extrême pendant le mois d'août, en paraissant prendre un caractère phlegmasique ou dysentérique de plus en plus accusé. Les indigestions étaient très nombreuses, et s'observaient chez des personnes qui n'en avaient éprouvé de leur vie. Mais il serait peu utile de revenir sur ce côté de la constitution pathologique : nous arrivons tout de suite au choléra, en rappelant qu'il ne s'agit que de la période de recrudescence (1).

ÉTIOLOGIE ET MARCHE. — Examinons successivement *les conditions météorologiques*, *les conditions d'hygiène*, *l'infection* et *l'état antérieur de la santé*.

1° Nous disions, dans notre étude de la première période (p. 197), que rien n'avait dénoté une influence quelconque

(1) Voir pour le tableau de la première période les n° 13, 14, 16 et 17.

des vicissitudes atmosphériques sur la marche de l'épidémie. Comme cette influence a été affirmée par plusieurs écrivains quant à la seconde période, nous avons voulu y regarder de près, et nous avons mis en regard, dans des tableaux parallèles, tout le mouvement de l'épidémie et la série des variations météorologiques depuis le 1er mars (date approximative de la recrudescence), jusqu'à la fin de juin (date à laquelle se terminent les relevés de l'Observatoire). Or voici ce qui en résulte. D'abord, la température était basse dans la première semaine du mois de mars; le thermomètre marquait de 2 à 3 degrés centigrades à neuf heures du matin, de 6 à 9 à midi, et de 9 à 10 à trois heures. C'est seulement à partir du 9, c'est-à-dire quand le mouvement de recrudescence était commencé, que la chaleur est devenue assez forte (15 degrés environ à trois heures). Ce mouvement a pris, vers le 23 avril, un développement particulier, qui s'est continué jusqu'au 12 ou 13 mai; puis il s'est ralenti jusque dans les derniers jours du même mois, s'est ranimé du commencement de juin aux premiers jours de juillet, a décliné encore pendant une vingtaine de jours, et est devenu plus fort que jamais de la fin de juillet au milieu d'août, pour entrer définitivement dans la décroissance à laquelle nous assistons. Eh bien! quant à la recrudescence qui s'étend du 23 avril au 12 mai, s'il fallait la rapporter à une variation de la température, ce serait à un abaissement et non à une élévation; car la chaleur, qui avait été considérable jusqu'au 15 avril, a commencé à diminuer vers cette époque; et à des chaleurs insolites de 19, 20, 23 degrés (trois heures du soir), a succédé une température moyenne de 14 à 15 degrés, qui s'est prolongée jusqu'à la fin de juin. Cette dernière circonstance ôte la tentation de rattacher cette recrudescence de la fin d'avril aux chaleurs qui avaient régné dans le reste du mois; car, comment expliquer dès lors les variations survenues en mai et en juin, pendant un froid relatif *continu*?

Les relevés météorologiques ne permettent pas de rechercher s'il y a eu quelque rapport entre les recrudescences passagères et la quantité de pluie tombée. Mais on peut affirmer qu'il n'y en a eu aucune entre cette dernière condition atmosphérique et la naissance de la période du 1er mars, séparée de la première par deux mois d'intervalle et qui fut, pour ainsi dire, une seconde épidémie. En effet, le mois de février a donné 23mm,65 de pluie dans la cour de l'Observatoire, et 20mm,10 sur la terrasse, ce qui est très peu; et mars n'en a donné que 2mm,12 et 1mm,14. On voit par là également que l'élévation de la température n'a pas coïncidé avec l'état pluvieux de l'atmosphère; en sorte que la condition à laquelle se rapporte souvent le développement des épidémies présumées miasmatiques ne peut être invoquée ici.

En constatant l'impuissance de ces déterminations, on ne peut s'empêcher de regretter, au point de vue spécial où nous sommes placé, que l'ozonoscopie reste entièrement étrangère aux relevés météorologiques de la capitale. Il en est autrement en Angleterre, où les variations de l'ozonoscope sont soigneusement notées à côté de celles du baromètre et du thermomètre; et l'on a vu récemment, par un article d'un savant collaborateur, que ce moyen d'investigation n'est pas oublié dans un de nos grands centres scientifiques.

Au reste, pour dire la vérité entière, il y a peu de lumières à tirer d'études météorologiques locales, en matière d'épidémies. De même que l'histoire vraie d'une épidémie se compose, non de telle ou telle manifestation, dans un lieu et dans un temps donnés, mais de ses manifestations multiples et diverses dans toute l'étendue de sa sphère d'action; de même, pour apprécier avec quelque sûreté l'influence d'une certaine qualité de l'air, il faudrait rechercher si, toutes choses égales, elle coïncide avec les mêmes caractères pathologiques, demain comme aujourd'hui, dans une contrée ou dans une autre. Par exemple, à supposer que les recrudescences eussent été précédées, à Paris, d'une grande abondance de pluie, cette rencontre perdrait beaucoup de son importance quand on remarquerait que la constitution n'a pas été pluvieuse dans le midi, bien que le choléra y ait fait de grands ravages. M. Babinet, qui fait cette observation dans le dernier numéro de la *Revue des Deux-Mondes*, regrette l'absence de *postes météorologiques* nombreux et liés par une organisation commune. C'est un *desideratum* auquel tout médecin s'associera de grand cœur.

2° Pour l'étude générale des conditions hygiéniques, nous suivrons, comme dans l'histoire de la première période, la division de M. Blondel, c'est-à-dire que nous comparerons les quartiers riches aux quartiers pauvres, la richesse et la pauvreté étant une mesure assez exacte du milieu hygiénique où se passe l'existence. Au début de la recrudescence, c'est presque exclusivement dans les 10e, 11e et 12e arrondissements, et surtout dans le premier des trois, qu'a eu lieu les décès par choléra; les 11e et 12e et une partie du 10e comptent parmi les arrondissements pauvres. Peu à peu c'est le 12e qui a acquis la prédominance, et, en même temps, des arrondissements ou aisés ou riches ont payé un tribut considérable. Nous voyons, par exemple, que du 4 au 10 août, le 12e arrondissement a compté 63 décès; le 10e, 31; le 11e, 20; les 1er, 2e et 3e (arrondissements riches), chacun 26. Plus tard, le 12e a vu à son tour diminuer sa mortalité, qui a été alors égalée par celle d'arrondissements riches; ainsi, du 25 août au 7 septembre, le 12e donne 72 décès, 2e 71, le 1er 49 (1). Aussi, en classant les arrondissements suivant la proportion décroissante des décès, on trouve que, si le 12e occupe le premier rang, le 1er vient au septième rang et le 2e au sixième. Une remarque à faire c'est que le 11e, l'un de ceux qui s'étaient signalés au début de la recrudescence, et qui venait au troisième rang dans la première période, ne vient, cette fois, qu'à l'avant-dernier; tant il est vrai que, dans l'étiologie si complexe d'une épidémie, il est difficile de mettre en relief même l'action d'un ensemble de causes bien défini! Ajoutons que le 8e arrondissement (comprenant le Marais, la Roquette, Popincourt, etc.), qui n'avait pas fourni en 1832 et 1849 une proportion très élevée de décès, mais qui avait tenu le premier rang au début de l'épidémie de 1853, occupe le second dans la recrudescence actuelle.

Somme toute, depuis le 15 février jusqu'au 27 septembre, le choléra a fait un peu plus de 4,000 victimes à domicile, non compris les communes rurales.

Ainsi, le choléra envahit d'abord les localités pauvres, où il trouve une prise facile dans des organisations débilitées par un air vicié, une mauvaise nourriture, l'excès du travail; et il ne s'étend que consécutivement sur les classes aisées. Si ce n'est la règle invariable, c'est du moins la marche ordinaire. Et la conséquence à en tirer est, d'une part, que le principe cholérigène, quel qu'il soit, trouve des adjuvants puissants dans les conditions individuelles, puisqu'il n'atteint pas tout le monde indifféremment, et, d'autre part, qu'il est supérieur à ces conditions mêmes, puisqu'il s'en joue dès qu'il a atteint

(1) On jugera, non plus seulement du *nombre*, mais de la *proportion* des cas dans les divers arrondissements, par le chiffre de leurs populations respectives: 1er, 112,740; 2e, 114,616; 3e, 65,359; 4e, 45,896; 5e, 97,208; 6e, 104,540; 7e, 69,735; 8e, 114,271; 9e, 50,198; 10e, 113,875; 11e, 69,581; 12e, 95,243.

un certain degré d'activité. Nous consignerons à cette occasion une remarque de M. Briquet. Ce scrupuleux observateur a fixé spécialement son attention sur l'influence des écarts de régime. « J'ai interrogé, nous écrit-il, tous mes malades sur les causes probables de leur affection ; et, sauf un petit nombre d'exceptions, j'ai toujours trouvé que les accidents avaient suivi de près une dérogation au régime habituel.... J'ai constaté l'influence très nuisible des boissons aqueuses, de celles surtout qui sont prises à basse température, et de l'abus des fruits. » L'occasion nous a été donnée de constater la justesse de cette dernière remarque. Plusieurs fois nous avons vu le choléra se développer à la suite d'une ingestion de prunes en grande quantité.

3° Nous n'allons pas pour le moment au fond de la question de transmissibilité, mais nous demandons si, dans la recrudescence du mois de mars, il est permis d'attribuer un rôle à des germes qu'auraient légués aux hôpitaux les services des cholériques institués pendant la première période? On se rappelle que ce qui a donné lieu à cette conjecture, c'est la part considérable qu'a prise à cette nouvelle explosion l'hôpital de la Charité, et surtout ce fait que la grande majorité des cas traités dans cet hôpital s'y étaient développés à l'intérieur, en commençant par les salles antérieurement affectées aux cholériques. On aurait tort de nier *à priori* la possibilité de cette filiation, qui n'a rien de contraire aux principes scientifiques. Mais nous remarquons : 1° Que les services spéciaux ne fonctionnaient plus depuis au moins deux mois, temps suffisant pour la dispersion des germes hors d'un espace bien ventilé ; 2° Qu'à l'époque où l'hôpital était envahi, tout le quartier, comme nous l'avons dit en temps et lieu (voir n° 29), était déjà travaillé par des affections cholériformes, et que dès les premiers jours de mars on y constatait au moins un cas de choléra mortel (nous avons dit plus haut que cet arrondissement est celui qui a donné le plus grand nombre de décès à domicile *pendant plusieurs mois*); 3° Que, dans d'autres hôpitaux où avaient existé également des services spéciaux, le chiffre proportionnel des cas développés à l'intérieur n'a pas été plus élevé que dans la première période épidémique, alors que la supposition des germes ne pouvait être alléguée ; 4° Enfin, et cette considération nous semble assez importante, que, dans cette seconde période, l'épidémie a opéré une migration remarquable, à laquelle ont participé les cas des hôpitaux comme ceux de la ville ; c'est-à-dire qu'elle a exercé d'abord ses principaux ravages sur la rive gauche, dans le 10e arrondissement, qui comprend l'hôpital de la Charité, et dans les 11e et 12e, pour les porter ensuite sur la rive droite, dans les huit autres arrondissements. Ce ne sont pas, encore une fois, des fins de non-recevoir que nous élevons, mais des éléments d'appréciation qu'il est nécessaire de rappeler.

4° Relativement aux maladies qui ont paru jouer un rôle occasionnel dans le développement du choléra, rien à dire de bien nouveau. On a vu l'affection cholérique se développer dans le cours de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la pleurésie, de la phthisie pulmonaire, du rhumatisme, des fièvres éruptives, etc. M. Gubler a vu et fait voir à M. Requin un malade qui a eu successivement le choléra, une affection douée de tous les caractères de la fièvre typhoïde, et une varicelle. La fièvre typhoïde paraît, du reste, constituer, aujourd'hui comme il y a dix mois, une prédisposition particulière au développement du choléra. Est-ce analogie de nature? Est-ce simplement conséquence de l'état adynamique? Ce qui paraît certain, c'est que, parmi les sujets atteints de toute autre affection, comme une pneumonie ou un rhumatisme, ce sont les plus débilités qui subissent le plus souvent l'atteinte de l'épidémie.

Dans quelques observations curieuses, on a vu le choléra traverser, pour ainsi dire, une autre affection aiguë sans l'arrêter dans son cours. Deux malades du service de M. Grisolle avaient été frappés du choléra dans le cours d'une fièvre typhoïde. La première affection passée, l'autre a continué sa marche régulière, mais en prenant un caractère grave. Nous ne savons si les sujets ont succombé.

Enfin, on voit quelquefois le *choléra intercurrent* faire disparaître certains états pathologiques. Chez deux autres malades du même service, une anasarque a disparu, peut-être sous l'influence du flux intestinal.

Prodromes.—La principale remarque qu'il y ait à faire relativement aux prodromes, c'est qu'ils ont manqué plus souvent que dans la première période de l'épidémie. A cet égard, il faut bien s'entendre. Ce serait, ce nous semble, une équivoque de donner le nom de prodrome à cette diarrhée profuse qui précède parfois d'une heure ou même moins l'établissement de la cyanose et de l'algidité. Scientifiquement, c'est là un choléra d'emblée comme serait une pneumonie qui n'en serait pas encore aux crachats rouillés. Si la cyanose ne vient qu'après le flux d'intestin, c'est qu'il lui faut quelque temps pour se constituer. Or, ces cas-là, beaucoup d'observateurs en ont rencontré ; peut-être même est-ce à cette catégorie qu'il faut rapporter les exemples de choléra *brusque et sans prodrome* que plusieurs ont signalés, ne songeant pas plus que nous à détacher cette courte et foudroyante diarrhée du vrai choléra. Quoi qu'il en soit, M. Sée, dans le travail qu'il a lu récemment à la Société des médecins des hôpitaux, a dit avoir vu des cas de ce genre. M. Aran a fait la même remarque. M. Legroux nous écrit : « Un certain nombre de mes malades ont été frappés *brusquement*, sans diarrhée. » Les salles de M. Grisolle ont présenté quelque chose de curieux. Tandis que chez les malades venus du dehors, les caractères graves du choléra se montraient plusieurs heures au moins après les premiers symptômes, chez ceux qui étaient frappés à l'intérieur, l'*absence de prodromes a été la règle ;* à tel point que ce professeur s'est demandé si le soin qu'il met à combattre toutes les diarrhées de son service dès qu'elles commencent à poindre n'entrait pas pour beaucoup dans *la rareté de la diarrhée prémonitoire*. Suivant cette explication, des individus destinés à avoir le choléra après des symptômes précurseurs l'auraient eu d'emblée, plus ou moins longtemps après la suppression de ces symptômes ; mais ce n'est qu'une explication.

La source de ces observations, le soin qu'on a dû y apporter dans l'état actuel de la question, ne permettent pas de contester leur exactitude. Il nous sera permis d'ajouter que, chargé pendant plusieurs mois de recueillir des notes sur les cholériques du 2e arrondissement, nous avons rencontré, nous aussi, un plus grand nombre de choléras soudains que par le passé. Des individus bien portants, exempts de dévoiement, sortant de table, après avoir bien mangé, sont pris tout à coup de flux intestinal et de vomissements ; une demi-heure après, leur pouls est misérable ; le refroidissement se prononce, et en deux ou trois heures, ils sont tués.

Disons à cet égard tout ce qui est à notre connaissance. Des observateurs également attentifs, également scrupuleux, n'ont jamais vu le choléra débuter aussi brusquement que nous venons de le dire. MM. Requin et Briquet sont de ce nombre. Comme, en définitive, le défaut de prodromes est et demeure une exception, il est naturel que le fait ne tombe

pas sous les yeux de tous les praticiens. Nous n'en tirons d'ailleurs aucune déduction sérieuse, et nous n'y insistons qu'à cause de l'importance attachée depuis quelque temps à la période prodromique.

Nous ne dirons plus qu'un mot sur cette période, et c'est pour appeler l'attention sur un signe d'assez grande valeur, c'est le facies cholérique, qu'il serait oiseux de décrire. Il est des individus qui le présentent, sans autre symptôme prémonitoire, pendant un ou deux jours avant le développement des accidents caractéristiques. Il faut, dans ce cas, agir avec autant et plus d'empressement que si déjà l'intestin sécrétait des flots de liquide. (*La suite prochainement.*)

A. Dechambre.

La discussion sur la valeur des observations microscopiques, provoquée, il y a huit jours, à l'Académie de médecine, par M. le professeur Velpeau, s'est engagée mardi dernier. M. Barth y a fait avec bonheur ses premières armes. Si ce débat se prolonge, nous ne laisserons pas passer une question de cette importance sans en dire notre avis.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Opération de la staphyloraphie dans la division congénitale du voile du palais, par M. Sédillot, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Suite et fin. — Voir le numéro 51.

Deuxième méthode. — *Relâchement du voile par des incisions auxiliaires. — Procédé de Dieffenbach. Incisions latérales.* — L'habile chirurgien de Berlin avait proposé, dans le but de faciliter le rapprochement des parties, de pratiquer une incision longitudinale à 8 millimètres en dehors et de chaque côté des bords de la fente anormale du voile. Il se servait d'aiguilles semblables à de petites lardoires et d'un fil de plomb pour les sutures. Pancoart (de Philadelphie) agissait de la même manière au moyen du couteau à cataracte de Wenzel. Liston recommandait de pratiquer des incisions latérales à travers la surface antérieure du voile, pour faciliter la réunion et éviter l'ulcération des sutures.

Procédé de M. Mittaner (de Virginie). Incisions multiples. — Quatre incisions demi-circulaires à convexité externe (fig. 6) et de 12 millimètres de longueur sont pratiquées de chaque côté du voile pour en amener la flaccidité et une consolidation plus assurée.

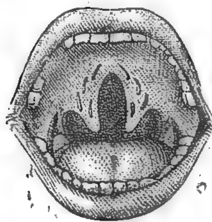


Fig. 6.

Procédé de J.-M. Warren. Section du pilier antérieur. — Ce chirurgien affirme qu'il a toujours réussi en divisant le pilier antérieur et en le séparant de l'amygdale et du pilier postérieur. Quelques journaux qui ont signalé le procédé de M. Warren ont indiqué la section du pilier postérieur au lieu de l'antérieur, et je suis disposé à croire que tel est le procédé du chirurgien américain.

Procédé de Fergusson. Division des muscles en arrière du voile. — L'habile professeur du King's College a imaginé et heureusement appliqué un remarquable procédé de staphyloraphie, basé sur des indications anatomiques très rationnelles (fig. 7). On porte en arrière du voile un petit couteau *a*, coudé sur le plat, obliquement tronqué au sommet, tranchant sur un des bords, et l'on pratique de haut en bas et de chaque côté une incision profonde, destinée à intéresser le péristaphylin interne et le pharyngo-staphylin. L'opérateur juge que la section des muscles est achevée lorsque le voile ne se rétracte plus. Il pratique l'avivement au moyen de pinces érignes *b*, et d'un bistouri à double tranchant *c*, ou de ciseaux courbes *e* ; procède au placement des fils qu'il engage d'arrière en avant avec un porte-aiguille ordinaire *d*, et qu'il noue avec les doigts.

Fig. 7.

Les muscles, étant très superficiels postérieurement, puisqu'ils sont seulement recouverts par la membrane muqueuse, doivent être atteints et coupés sans entamer la face antérieure du voile. C'est un avantage, mais il est assez délicat de porter l'instrument tranchant sur des parties que l'on ne voit pas ; tous les chirurgiens n'auraient peut-être pas assez de dextérité pour conduire le couteau dans une direction et à une profondeur déterminées, et s'il survenait une hémorrhagie, il serait fort difficile d'y remédier. Malgré ces inconvénients, le procédé de M. Fergusson est un des meilleurs qui aient été proposés ; je l'ai vu pratiquer par ce chirurgien avec une grande prestesse, et mon savant et ingénieux ami M. le docteur J. Avery y a eu recours plusieurs fois avec de très beaux succès.

Procédé de l'auteur. Appareil instrumental. — Les instruments dont je me sers sont : un ténotome, dont la lame pointue et tranchante n'a pas plus de 15 millimètres de longueur et peut atteindre et couper le péristaphylin interne, sans danger d'intéresser les parties situées en arrière du voile ; des ciseaux droits, pour la section

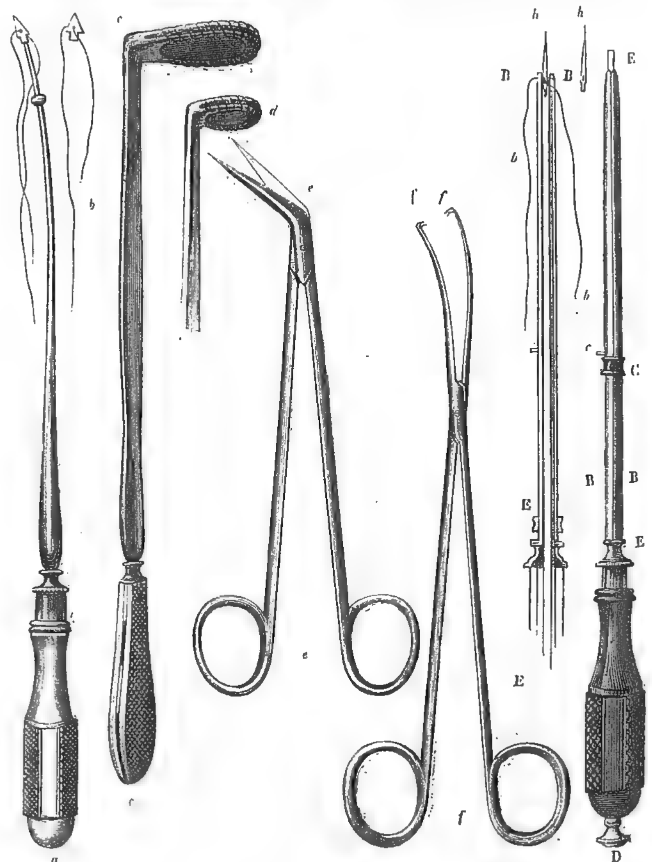


Fig. 8.

des piliers antérieur et postérieur ; de petites pinces de Museux très fines à double crochet *f*, servant à saisir et à tendre le bord libre du voile du palais ; de minces ciseaux coudés *e*, ou un bistouri à lame très étroite pour l'avivement de la plaie ; un porte-aiguille, légèrement courbe *a*, dont l'extrémité, barrée à 15 millimètres de la pointe, ne saurait pénétrer au delà d'une profondeur déterminée ; des aiguilles *b*, de 5 millimètres de longueur sur 2 de largeur, composées d'une partie antérieure triangulaire et percée d'une fenêtre pour le passage du fil, et d'une autre partie plus courte, arrondie et creuse, destinée à s'emboîter sur l'extrémité du porte-aiguille ; des tiges d'acier plates *c d*, soutenues d'un côté par un manche, et dont l'autre extrémité, plus ou moins haute, présente un anneau garni d'une lame de caoutchouc, et est coudée à angle droit : cette portion de l'instrument, placée en arrière du voile, sert de point d'appui et se laisse traverser par les aiguilles, qui marchent facilement d'avant en arrière, mais ne peuvent revenir d'arrière en avant, en raison de la petite saillie qu'en offre la base de chaque côté de la tige ; enfin, des fils de soie cirés, et deux pinces ordinaires à ligature pour serrer les nœuds.

Tel est notre appareil instrumental, auquel nous avons ajouté dans ces derniers temps un porte-aiguille et une aiguille spéciale pour la suture de la luette. Cet organe est si étroit et si mobile, que l'instrument le plus propre à le traverser régulièrement dans un point déterminé est une courte aiguille à coudre ordinaire, avec laquelle on parvient à piquer la muqueuse et le corps même de la luette. Nous avons réalisé ce perfectionnement, en faisant construire un instrument dans lequel l'aiguille est fixée et poussée d'avant en arrière, lorsque l'opérateur le juge convenable (1).

Position du malade, des aides et de l'opérateur. — Si le malade est assez avancé en âge et assez maître de lui pour qu'on puisse compter sur sa docilité, on le fait asseoir sur un tabouret un peu plus bas que celui du chirurgien ; un aide lui soutient la tête en l'appuyant contre sa poitrine, un autre aide présente les instruments, et un troisième est chargé des détails accessoires.

Si l'on opérait un enfant très jeune, comme je le crois possible et avantageux, on le ferait tenir sur les genoux et entre les bras d'un aide, et on le maintiendrait la bouche ouverte avec un corps mousse interposé entre les dents.

Section des muscles. — Le premier temps opératoire consiste à diviser le muscle péristaphylin interne, et il est nécessaire, pour le succès de cette section, de bien remarquer les dispositions suivantes : Les deux moitiés du voile, quand on les touche, se froncent de chaque côté et se contractent fortement en haut et en dehors en produisant un angle rentrant très prononcé au-dessus de la luette. Cet angle, ou enfoncement latéral, est dû à la contraction du péristaphylin interne, et en indique la direction oblique de bas en haut et de dedans en dehors. On utilise cette indication en saisissant la partie inférieure et interne du voile avec la pince érigne, que l'on dirige en bas et en dedans, et l'on plonge dans l'épaisseur du voile la lame du ténotome de haut en bas et de dedans en dehors, pour tomber perpendiculairement sur le trajet du péristaphylin. C'est à 10 millimètres environ au-dessus et en dehors du bord supérieur de la luette que le ténotome doit être enfoncé un peu en arrière et en dedans de la dernière grosse molaire supérieure. La plaie pourra être d'autant plus petite que l'on tombera plus exactement sur la portion la plus étroite du muscle, tandis qu'il faudrait prolonger beaucoup l'incision de haut en bas, si on l'exécutait trop en dedans, par la raison que le péristaphylin se développe dans ce sens en éventail et occupe toute la hauteur du voile sur la ligne médiane.

(1) Fig. 8. *Instrument pour la suture de la luette.* — A, manche de l'instrument supportant les deux valves B B creusées d'un canal central et maintenues réunies par un anneau C dont la marche est arrêtée par une petite saillie *c*. Une tige centrale E E, située entre les deux valvules B B, est creusée supérieurement d'une cavité de 2 millimètres de profondeur pour recevoir l'aiguille *h*, et terminée inférieurement par un bouton mobile D.

Même instrument, dont la moitié a été enlevée longitudinalement par une coupe fictive, pour mieux représenter la tige centrale E E que l'on voit armée de l'aiguille *h* soutenant les fils *b b*. Les valves B B dépassent un peu l'extrémité de la tige centrale E, qui a été abaissée par l'éloignement d'un bouton D du manche de l'instrument.

La lame du ténotome, étant plus longue que le voile n'est épais, ne doit pas entièrement disparaître aux yeux de l'opérateur. C'est un moyen de repère certain pour ne pas blesser les parties profondes.

Une incision de moins d'un centimètre d'étendue suffit à la section complète du muscle, si l'on en a atteint le milieu ; autrement on se guide sur la persistance des contractions musculaires, et l'on prolonge davantage en haut ou en bas l'action de l'instrument. Dès que le muscle est divisé, le voile se rapproche de la ligne médiane et présente supérieurement un angle plus aigu, comme on en peut juger d'après les figures 9, 10, qui ont été dessinées d'après nature, et montrent les différences de position et de forme des deux

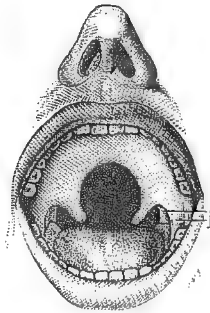


Fig. 9.

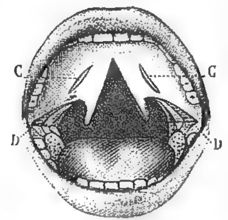


Fig. 10.

moitiés bifides du voile, avant et après la section des muscles de cet organe. Un confrère devant lequel j'avais simulé la section du péristaphylin interne a écrit que j'étais exposé à ne pas atteindre ce muscle, parce qu'il l'avait trouvé plus ou moins intact sur la pièce anatomique qui avait servi à l'opération. Un peu de réflexion lui eût fait comprendre l'insignifiance de cette objection. Les muscles se divisent moins facilement sur le cadavre que pendant la vie, et la position du péristaphylin interne n'est pas la même sur un voile interne ou sur un voile du palais bifide. La contraction, ce critérium essentiel du succès de la manœuvre, manque dans les exercices d'amphithéâtre, tandis qu'il conduit à la certitude sur l'homme vivant. Il nous est arrivé, dans nos opérations de staphyloraphie, de ne pas avoir intéressé du premier coup la totalité du péristaphylin, et rien n'était plus facile à reconnaître par la persistance des mouvements du voile, et il suffisait de reporter le ténotome dans la plaie et d'agrandir l'incision du côté où la rétraction de l'organe était le plus marquée, pour les faire bientôt entièrement cesser.

Je puis affirmer qu'aucun chirurgien ne conservera le moindre doute à cet égard, après avoir vu faire, ou avoir pratiqué lui-même cette partie de l'opération qui est aussi rapide que facile.

Lorsque la plaie produite par le ténotome est étroite et ne dépasse pas 8 à 10 millimètres, elle ne forme pas d'ouverture béante au travers du voile. Les lèvres de cette petite solution de continuité se renversent en dehors, les follicules muqueux suivent le même mouvement, et la plaie se trouve immédiatement comblée. C'est le cas le plus ordinaire. Si le chirurgien s'est trop rapproché du bord interne du voile et a été obligé d'exécuter une incision plus étendue, il peut arriver que la plaie devienne béante au moment de la striction des sutures. Cette circonstance n'offre aucun danger. Le gonflement des parties détermine promptement l'occlusion de cette espèce de boutonnière et la continuité du voile se rétablit parfaitement.

Dès que les muscles péristaphylins internes ont été divisés, on procède à la section des piliers. On saisit d'abord le milieu de l'antérieur avec la pince érigne, on le tire directement en dedans et on le coupe largement avec des ciseaux, en prolongeant en dehors l'incision de la membrane muqueuse jusqu'au milieu de l'intervalle des deux dernières molaires supérieure et inférieure.

Le pilier postérieur se coupe plus bas et de la même manière. Il ne faut pas craindre d'en comprendre entre les mors de la pince une trop grande épaisseur. Le muscle pharyngo-staphylin est très volu-

mineux, et en le soulevant et l'entraînant en dedans, pour mieux l'offrir à l'action des ciseaux, on ne risque d'intéresser aucun autre organe.

Ces diverses manœuvres sont simples ; l'effet en est sur-le-champ très remarquable, et sur quelques-uns de nos malades, les deux moitiés du voile, dont l'écartement était auparavant considérable, se trouvaient spontanément rapprochées et presque ramenées au contact.

L'écoulement du sang est peu marqué, et quelques expuitions suffisent pour en débarrasser le malade, qui se repose et se gargarise à la suite de chaque section musculaire.

Avivement. — Chaque côté du voile est saisi de bas en haut, avec les mors de notre petite pince de Museux, et l'on en détache un léger lambeau d'un millimètre à peine d'épaisseur, avec le soin de prolonger l'avivement au delà de l'angle supérieur de la scissure. Il n'est pas sans intérêt d'insister un moment sur une particularité qui paraît être restée inaperçue. La muqueuse est très peu adhérente aux bords de la fente anormale du voile, et dès qu'on en a excisé une bandelette très mince, la membrane se rétracte de chaque côté et laisse une surface saignante, propre à la réunion et infiniment plus large que la perte de substance. C'est à ce point qu'on pourrait quelquefois se borner à inciser la muqueuse, et ce serait particulièrement applicable à la luette, qui joue très lâchement dans l'espèce de fourreau muqueux dont elle est entourée, et qui s'en montre presque totalement dépouillée si l'on n'a pas assez ménagé l'incision dans l'avivement. La surface traumatique doit présenter un diamètre transversal d'environ 6 millimètres, large r nécessaire au succès de la réunion, et si la plaie était restée trop étroite, on en étendrait la surface par un nouvel avivement. Les dents de notre pince sont tellement fines, qu'elles mordent aisément sur le voile et permettent d'en enlever des parcelles d'un millimètre, si on le juge convenable.

Ces premières manœuvres constituent la partie la plus importante, la plus délicate et la plus longue de la staphyloraphie, dont les autres temps s'achèvent avec beaucoup plus de rapidité.

Application des sutures. — L'opérateur abaisse la langue avec la tige plate de l'instrument *b* (fig. 11), dont la fenêtre terminale *a*, garnie de caoutchouc, est placée en arrière de la portion du voile où doit être placée la suture. De la main droite, pour le côté gauche du voile, et *vice versâ*, à moins qu'on ne soit pas ambidextre, cas où l'on ne change pas de main, on saisit le porte-aiguille tout armé *c*, c'est-à-dire engagé dans la petite aiguille triangulaire *f* que la tension des fils pressés contre la tige de l'instrument empêche de vaciller, et on l'implante avec la plus facile précision à 5 ou 6 millimètres en dehors du bord avivé du voile, au niveau de la luette. On s'assure que la rondelle de caoutchouc qui sert d'appui correspond bien à ce point, et en poussant l'aiguille, on perfore le voile. Un bruit sec, le sentiment d'une résistance vaincue, et la profon-

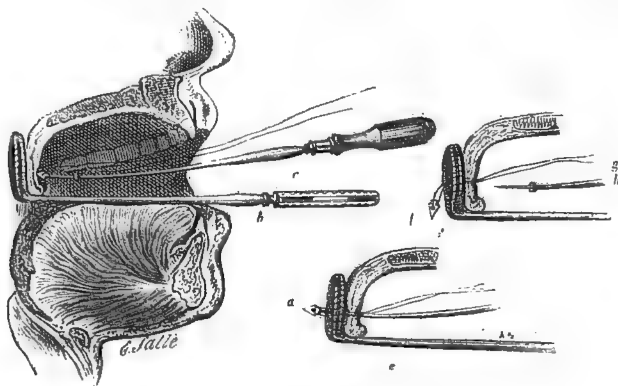


Fig. 11.

deur à laquelle on a porté l'instrument, dont on juge par la petite tige transversale que nous avons signalée, révèlent clairement le succès de cette manœuvre. On retire à soi le porte-aiguille *c* en abandonnant complétement les chefs de la suture, et l'on fait décrire à la rondelle de caoutchouc des mouvements de haut en bas, puis d'arrière en avant, pour l'amener hors de la bouche avec l'aiguille et le fil qui s'y trouve suspendu *f* (fig. 11).

Il suffit alors de détacher le fil de l'aiguille, qui est remise à un aide, et l'on répète la même opération de l'autre côté du voile, au moyen d'une nouvelle aiguille dans laquelle a été passée d'avance l'extrémité opposée du fil.

Le peu de volume du porte-aiguille et la perforation du voile d'avant en arrière, permettent d'apercevoir nettement le point où l'on dirige l'instrument, et l'on réussit ainsi à placer les fils à une égale distance des bords du voile et à un même niveau. Le seul reproche spécieux que l'on puisse adresser à ce mode d'application de la suture, est la disposition de l'anse du fil, qui est située en avant du voile, pendant que les chefs sont en arrière et doivent être ramenés en avant. Il y a là une légère perte de temps sans importance. On noue les deux bouts du fil, et l'on fait passer le nœud d'arrière en avant au travers du voile, dont la petite plaie, produite par l'aiguille, est assez large pour ne pas faire obstacle à cette manœuvre.

Le fil en place présente un cercle complet que l'on relève lâchement sur le front, et on le donne à maintenir à un aide, à moins qu'on ne puisse le fixer momentanément au bonnet ou à une bandelette de diachylon.

Il faut apporter beaucoup d'attention au bon état de la rondelle de caoutchouc, qui doit avoir une certaine épaisseur, et être renouvelée, lorsqu'elle a été plusieurs fois traversée par l'aiguille. Il serait à craindre, autrement, que l'aiguille, tirée d'arrière en avant par le fil, ne fût pas arrêtée par la résistance du caoutchouc et le traversât de nouveau de manière à rester accolée à la face postérieure du voile. Cet accident nous est arrivé et n'a pas été sans nous causer quelque embarras. Une forte traction eût été insuffisante pour ramener l'aiguille par la plaie, nous eussions certainement brisé le fil, et dans ce cas, outre la violence subie par le voile, que serait devenue l'aiguille ? Mieux eût valu encore tirer seulement une des extrémités du fil pour le dégager de l'aiguille, qui aurait été rejetée par expuition ou eût été avalée. Je ne crois pas qu'il en fût résulté aucun danger, mais nous commençâmes par essayer de la saisir derrière le voile avec une petite pince dont les mors étaient fortement recourbés, et nous fûmes assez heureux pour réussir. Le malade ne s'aperçut même pas de cette légère complication, et l'opération fut à peine retardée.

On place de la même manière deux points de suture supérieurs, puis on s'occupe d'en appliquer un dernier à la luette. L'instrument spécial que nous avons décrit pour remplir ce but (fig. 8) permet de piquer avec l'aiguille la muqueuse et les parties subjacentes, et si la luette était très longue et pendante, rien ne serait plus aisé que d'y apposer deux fils. On peut sans doute réunir très régulièrement les deux moitiés de cet organe ; mais, si par hasard l'extrémité inférieure en restait ou légèrement bifide ou un peu inégale, il n'y aurait pas à s'en inquiéter ; un simple coup de ciseaux après la consolidation y remédierait.

Lorsque les fils ont été posés, on les reprend successivement et on les assujettit par un double nœud dont la striction doit maintenir en contact les deux surfaces avivées. Cette partie de la manœuvre opératoire présente quelques difficultés dont il est important d'être averti. On coupe le nœud provisoire, qui a servi à fixer les deux extrémités du premier fil ; on en prend un des bouts, on y fait un nœud simple, et l'on y engage l'autre, et tirant à soi avec précaution les deux chefs de la ligature au moyen de pinces à ligature ordinaires, on amène le nœud sur le voile et on le serre au point convenable. Le nœud simple n'a pas assez de solidité et se desserre avant qu'on ait achevé le second. Deux nœuds simples superposés peuvent encore glisser et se relâcher. Le nœud du chirurgien n'est pas plus sûr, et celui que nous venons de décrire et que nous avons emprunté à Fergusson nous a toujours paru d'une grande supériorité. On le complète par un second nœud simple, serré comme le premier à l'aide de deux pinces. En agissant ainsi, le chirurgien voit très nettement ce qu'il fait et fatigue beaucoup moins le malade qu'en portant ses doigts dans sa bouche pour nouer les fils. On place alternativement les nœuds à droite et à gauche, et l'on en

coupe les bouts à 4 millimètres des nœuds (fig. 12). L'opération achevée, le malade se gargarise, boit immédiatement avec plus de facilité, et l'on peut l'engager à parler, pour juger des changements survenus dans sa prononciation. Si l'on a opéré une personne atteinte de bifidité congénitale, la parole est encore nasonnée; mais si le voile a été détruit ou divisé occasionnellement à un âge où la prononciation était régulière, on constate le rétablissement normal de la voix, comme nous en avons été témoin dans un cas que nous rapporterons.

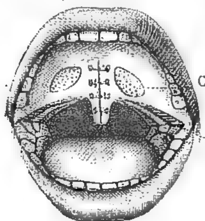


Fig. 12.

Renouvellement des sutures. — Personne jusqu'à ce jour n'avait songé à la possibilité de renouveler les points de suture, dans le cas où les premiers menaceraient de couper le voile par ulcération, ou seraient devenus trop lâches avant une suffisante consolidation de la plaie. C'est un moyen que nous avons employé et dont l'application en certaines circonstances exceptionnelles serait une ressource précieuse. Nous avons fait construire des tiges à fenêtre garnie de caoutchouc, de 35 millimètres de hauteur et 18 millimètres de largeur, dont les dimensions, bonnes chez l'adulte, devraient être moins considérables pour des malades plus jeunes.

Si l'on s'aperçoit qu'une des sutures coupe les tissus ou est relâchée, et qu'on juge nécessaire de la remplacer, on porte derrière le voile le staphylostat, et l'on s'en sert pour placer un point de suture sur une partie intacte et résistante de l'organe dans un des espaces intermédiaires aux premières sutures. Dès que le nouveau fil a été noué, le voile se trouve solidement réuni pour deux ou trois jours au moins, et la consolidation en devient plus assurée. Il est prudent de ne retirer les anciens fils qu'après avoir posé les nouveaux, afin de ne pas s'exposer à ébranler les adhérences déjà formées.

Nous avons eu recours à ces sutures supplémentaires chez quelques-uns de nos premiers malades. C'était un excès de précaution, et nous nous sommes convaincu que notre méthode de staphyloraphie en dispensait. Le procédé mérite néanmoins d'être connu et conservé, pour être mis en usage, le cas échéant.

Enlèvement des sutures. — Après quatre jours pleins depuis l'opération, on pourrait retirer toutes les sutures. Cependant on commence ordinairement par enlever celle qui occupe le milieu du voile. On détache le lendemain ou le surlendemain les autres fils, en les attirant légèrement à soi avec l'extrémité d'une pince, et les coupant sur un des côtés du nœud avec des ciseaux. On amène alors facilement en dehors l'anse de chaque suture.

Disposition des plaies latérales du voile et des piliers. — Les plaies latérales du voile se présentent, comme nous l'avons indiqué, dans deux conditions distinctes. Elles sont étroites et immédiatement remplies par le renversement d'arrière en avant des bords de la plaie, ou bien elles restent béantes et se comblent deux ou trois jours plus tard, par l'effet de la tuméfaction inflammatoire (fig. 13). Nous avons toujours vu la cicatrisation s'achever régulièrement, et à peine avons-nous dû toucher quelquefois avec le crayon de nitrate d'argent les surfaces traumatiques. Les plaies des piliers (fig. 12) guérissent spontanément sans laisser de traces bien apparentes.

Nous avons constaté que la mobilité du voile se rétablissait d'une manière très complète, et que les fonctions de la déglutition, de la respiration et de la parole n'étaient nullement compromises par la section des muscles, dont la continuité et l'action se rétablissaient promptement.

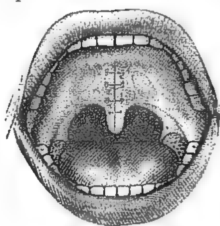


Fig. 13.

Complications. — Le seul accident que nous eûmes l'occasion d'observer à la suite de nos staphyloraphies fut une hémorrhagie survenue sur un adulte, au moment de la section ténotomique du péristaphylin droit. Nous fûmes assez heureux pour l'arrêter par l'emploi de l'eau de Pagliari. Un morceau d'agaric trempé dans la liqueur hémostatique, et appliqué sur la face antérieure de la plaie, y adhéra par la formation subite d'un caillot et suspendit l'écoulement du sang. Deux ou trois fois, le caillot fut chassé par des efforts de toux, mais se reforma sous l'influence du même moyen, dont le succès fut complet.

On pourrait, dans des circonstances semblables, et à défaut d'une liqueur hémostatique efficace, introduire dans la plaie un morceau d'agaric plus étroit au milieu qu'aux extrémités, ou tamponner avec la même substance ou des boulettes de charpie, dont la première serait portée en arrière du voile par un double fil ramené en avant au travers de la plaie, tandis que la seconde serait embrassée antérieurement par le fil. Ce serait, on le voit, le même mécanisme que pour le tamponnement des fosses nasales, avec la différence d'un moindre écartement entre les tampons oblitérateurs.

Rien n'empêcherait, si l'hémorrhagie se continuait, de passer un fil de chaque côté de la plaie avec notre porte-aiguille et d'en réunir les bords par un double nœud.

On pourrait encore faire usage des serres-fines, d'un point de suture sur une épingle courbe, ou de la cautérisation; mais je ne pense pas qu'on soit obligé de recourir à ces ressources, puisque nous avons eu un seul cas d'écoulement de sang persistant, et que cet accident paraît tout à fait exceptionnel.

Une vive inflammation de l'arrière-bouche, la tuméfaction du voile, une forte congestion de la tête, indiquent quelques évacuations sanguines et l'usage de gargarismes émollients, de pédiluves sinapisés et de doux minoratifs.

Nécessité des exercices vocaux. — Les enfants opérés de la staphyloraphie n'ont aucun besoin de l'éducation orale que réclament absolument les adultes. Ces derniers doivent se livrer chaque jour à des exercices de déclamation en présence de maîtres chargés de les diriger, et c'est seulement avec beaucoup de peine et de travail qu'ils arriveront à une prononciation régulière. Cette remarque n'est pas applicable aux personnes atteintes de division ou de perforation du voile à une époque où elles avaient déjà acquis l'habitude de la parole. Leur voix se rétablit spontanément avec la restauration du voile du palais.

Obs. I. — X..., opérée deux fois par le procédé ordinaire, m'est adressée par le docteur Ruhlmann, et est opérée à la clinique de Strasbourg. La guérison est parfaite au huitième jour.

Obs. II. — X... Marie, sœur de la précédente, âgée de cinquante ans, également envoyée à la clinique par M. le docteur Ruhlmann, est opérée le 9 mars 1850. La division du voile, très haute et très large, n'empêche pas les deux moitiés de la luette de se mettre momentanément en contact, pendant les mouvements énergiques de déglutition. Les sections musculaires amènent le relâchement et l'immobilité du voile et donnent très peu de sang. Quatre ligatures sont appliquées. La malade put alors, pour la première fois de sa vie, se gargariser, et sa voix parut immédiatement plus distincte. On lui recommanda de peu parler, mais on lui permit de boire à sa soif et aussi souvent qu'elle en sentirait le besoin. Dans la soirée, une saignée du bras remédia à une assez forte céphalalgie avec douleurs dans l'arrière-bouche et les oreilles. Le lendemain, la déglutition est assez facile. Les plaies sont grisâtres et blafardes. La malade se lève et s'en trouve bien. Le 12, deux potages. Le 13, quatrième jour de l'opération, la réunion des deux moitiés du voile paraît solide. On enlève les quatre points de suture. Dès le lendemain, l'opérée n'est plus astreinte à aucune précaution, et elle quitte la clinique le 24. La forme régulière du voile est rétablie. Les piliers se sont reformés, et la cicatrice des plaies verticales est presque complète. La voix est plus claire, moins nasonnée, et la déglutition parfaite.

Obs. III. — Madame X..., de Lunéville, nous fut adressée par M. le docteur Saucerotte, pour une perte de substance du voile du palais, située à 5 millimètres au-dessus de la luette, de forme irrégulièrement arrondie et assez large pour recevoir le bout du doigt. Cette perforation, survenue sans causes traumatiques, avait été deux fois plus étendue, mais s'était graduellement rétrécie par les progrès de la cicatrisation. La voix est très nasonnée, forte, enrouée, et peu distincte.

Le 10 octobre 1849, je pratique la suture des piliers postérieurs avec des ciseaux droits portés transversalement à 15 millimètres de la luette. Le voile remonte manifestement, la perforation change de forme, devient un peu transversale et se trouve en partie fermée dès le lendemain par la membrane muqueuse postérieure remontée vers les os palatins.

Le 11 octobre, nous divisons les piliers antérieurs de dedans en dehors, dans une étendue de 6 à 8 millimètres. L'écartement de la muqueuse de

bas en haut est immédiatement de 3 centimètres, et ne laisse pas de doute sur l'extrême tension du voile du palais. Cet état est probablement une des causes de l'altération de la voix ; car, malgré la persistance de la perforation, qui est encore d'un diamètre assez considérable, la voix a repris un timbre plus sonore et plus net. La malade, obligée d'abandonner son traitement par suite d'affaires particulières, revient le terminer en juin 1850. Après diverses tentatives infructueuses d'occlusion de la perforation, je prends le parti de pratiquer la staphyloraphie en complétant la division du voile par deux incisions latérales en Λ qui servent en même temps à l'avivement. Les péristaphylins internes sont coupés avec le ténotome. Deux fils appliqués en premier lieu sont retirés le sixième jour, et ont été renforcés par un troisième fil placé entre les deux premiers le quatrième jour de l'opération et enlevé le huitième. La consolidation s'est très bien maintenue, et la voix est devenue parfaitement naturelle. La malade, qui était musicienne, chante comme avant son affection et n'en éprouve aucune fatigue.

Obs. IV. — M. le comte de M... me fut confié par mon excellent confrère et ami M. le docteur Boeckel pour être traité d'une division congénitale du voile. Nous eûmes cette seule fois à remédier à une hémorrhagie que nous n'observâmes sur aucun autre malade. Quatre points de suture furent placés le 14 mai 1851 après les sections musculaires. Les trois premiers fils maintinrent la réunion du voile, et le quatrième celle de la luette. Le fil occupant le milieu du voile est enlevé le 16. La même extraction est appliquée le lendemain 17 à la suture de la luette. Les deux derniers fils n'ayant entraîné aucun accident inflammatoire ni ulcératif, sont laissés en place jusqu'au 22, et retirés sans difficulté ; la réunion était achevée depuis longtemps, et explique l'innocuité de la présence des ligatures.

Le malade fut bientôt délivré de toute gêne dans les mouvements de déglutition et de phonation, et il put prononcer de la manière la plus distincte les mots qu'on lui apprenait à répéter. Je lui ai fait lire avec beaucoup de netteté et de correction des pages entières ; mais la prononciation redevenait vicieuse dès qu'elle n'était plus surveillée. L'organe, rétabli et susceptible d'un jeu régulier, manquait d'éducation et réclamait des soins patients et prolongés.

Obs. V. — M. le docteur Schneider me présenta et m'aida à opérer la fille d'un de ses clients, jeune enfant de dix ans, atteinte d'une division congénitale du voile, dont la prononciation était très nasonnée et très peu distincte. La staphyloraphie, pratiquée le 12 novembre 1851, réussit bien, et la malade a recouvré une prononciation nette et régulière. Le seul accident qui compliqua l'opération fut un léger écartement de la luette produit par la persistance de quelques fibres musculaires du pilier postérieur (pharyngo-staphylin) qui ne furent pas assez profondément divisées.

Obs. VI. — Mademoiselle X..., âgée de vingt ans, nous fut adressée à la clinique de la Faculté. Cette jeune femme portait une large division congénitale du voile, très arrondie près des os palatins. Les sections musculaires ramenèrent les deux moitiés du voile à une forme triangulaire, avec une diminution très considérable de l'écartement primitif du voile. Quatre fils furent appliqués. Saignée le soir. Boissons émollientes.

Les ligatures furent enlevées le quatrième jour, et deux jours après la malade retournait chez elle.

Cette opération, faite d'après les règles précises de notre méthode, eut le succès le plus complet et le plus rapide, et fut d'une simplicité et d'une facilité vraiment remarquables.

Obs. VII. — Mademoiselle X... de B... nous fut adressée et recommandée par mes honorables confrères et amis MM. Colette et Hergott (de Belfort). La jeune malade, âgée de dix-sept ans, présentait une division du voile placée à gauche de la luette qui était restée entière et intacte. Il y avait un peu de paralysie du voile, dont les mouvements, sous le contact d'un corps étranger, manquaient d'énergie. Les piliers antérieurs étaient arrondis, tendus et très gros ; les piliers postérieurs disparaissaient dans les replis pharyngiens.

L'opération fut faite le 3 mai 1853. Les piliers furent largement divisés, et trois points de suture assurèrent la réunion. Les premiers jours furent rendus pénibles par une sorte de diphthérite (état œdémateux et pultacé des plaies) qui nous inspira quelques craintes. Plusieurs purgatifs remédièrent néanmoins à cette complication. Les plaies se détergèrent en reprenant une teinte rosée. J'enlevai le 8 les ligatures, et la réunion persista très régulièrement. J'attribue, dans ce cas, notre succès à la possibilité de modifier l'état général de l'opérée par des médications qui eussent été impossibles dans l'ancien procédé, où tout mouvement de déglutition était impérieusement défendu. Notre jeune malade acquit assez vite la facilité de prononcer tous les mots et les phrases qu'on l'exerçait à bien dire ; mais elle reprenait des intonations défectueuses dès qu'elle n'était plus surveillée. C'était, on le voit, une éducation toute nouvelle à poursuivre, sous le rapport de la parole, et c'est, comme nous l'avons fait remarquer, le cas commun chez les adultes.

Obs. VIII. — Les opérations de staphyloraphie dont nous venons de rapporter l'histoire sont les seules que nous ayons pratiquées, d'après les règles de notre nouvelle méthode, et toutes eurent les résultats les plus favorables. Il est des cas cependant où les sections musculaires ne seraient pas indispensables ; ce seraient ceux où le voile a pris une amplitude exagérée et où l'on n'a pas à redouter la tension des tissus mis en contact. Dans de telles circonstances, on pourrait se borner au procédé de suture que nous avons fait connaître. En voici un exemple :

Une malade âgée de cinquante-deux ans entre à la clinique, le 24 juillet 1853, pour une tumeur squirrheuse développée dans l'arrière-bouche, en arrière et au-dessus du voile du palais. La déglutition et la respiration sont assez gênées pour compromettre la vie. Le voile du palais est repoussé très fortement en avant et en bas et a pris, par distension, un grand développement.

Le 28 juillet, à ma leçon de clinique, et en présence de mes honorables collègues MM. Shutzemberger, Antoine, Michel, Fourquet, je fends le voile sur la ligne médiane avec des ciseaux, et j'enlève la tumeur au moyen des pinces-érignes et de ciseaux courbes. L'orifice postérieur des fosses nasales et la paroi pharyngienne sur lesquels s'implantait la tumeur sont ainsi débarrassés de la présence du tissu morbide, dont l'ablation a donné peu de sang.

La staphyloraphie, qui, avec mon appareil instrumental, est immédiatement pratiquée, et l'application de six points de suture, ont à peine exigé quelques minutes. La déglutition est impossible pendant les premières heures, mais devient à peu près libre le soir. Mieux le lendemain. Appétit le troisième jour ; on accorde des soupes. Le quatrième jour, la respiration est beaucoup plus facile qu'avant l'opération. Le cinquième, on enlève les sutures. La réunion du voile est parfaite, et la malade quitte la clinique le huitième jour, très satisfaite de la grande amélioration qu'elle a obtenue.

III.

CORRESPONDANCE.

Sur le mécanisme de l'érection du pénis.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire* renferme l'analyse d'un travail allemand qui prouve combien les idées les plus vraies ont quelquefois de peine à s'infiltrer dans la science. Il y a maintenant quatorze ans que j'ai exposé dans tous ses détails le mécanisme de l'érection du pénis, qu'ignorait Kobelt, et qui vient d'être découvert par le professeur de Prague (voyez mes *Recherches sur les maladies des organes urinaires et génitaux des hommes âgés*, page 90) ; ce mécanisme a même été discuté et développé, il y a quelques années, dans la *Gazette médicale* (année 1850, page 824).

On trouvera signalées dans les travaux que je viens de rapporter : 1° l'influence du trajet long et sinueux de certaines veines ; 2° la compression exercée sur les divisions des sinus de Santorini et sur ces sinus eux-mêmes par la contraction de certains *muscles rétro-pubiens* incomplétement décrits avant moi.

J'ai même fait voir que ces muscles, qui obéissent dans certaines circonstances à la volonté, en sont indépendants dans le cas dont il s'agit, et que si le clitoris ne présente pas une turgescence aussi forte que celle du pénis, c'est que la prostate offre à l'action de ces muscles compresseurs un point d'appui qui n'existe pas chez la femme.

Mille amitiés. Aug. Mercier.

30 septembre 1854.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Il n'a été fait dans cette séance aucune communication relative aux sciences médicales.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 3 OCTOBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet : *a.* Trois lettres d'avis relatives aux eaux minérales de Plombières, de Saint-Yorre-lez-Vichy, de Vals. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Cinq nouvelles recettes contre le choléra. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *c.* Un échantillon d'une huile composée contre les douleurs rhumatismales. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *d.* Deux rapports sur le choléra épidémique de M. le docteur *Albert*, de Saint-Chinian, et de M. le docteur *Vergne*, en mission dans la Haute-Marne (*Commission du choléra de 1854.*) — *e.* Deux rapports concernant des épidémies de rougeole et de variole, par M. *Petitgand*, de Gorze, et par M. *Comon*, de Longuyon; suivis de neuf rapports négatifs de divers médecins des épidémies du département de la Moselle. (*Commission des épidémies.*)

2. Tableau des vaccinations pratiquées en 1853 dans le département de la Dordogne. (*Commission de vaccine.*)

3. Communication de : *a.* M. le docteur *Vergne*, de Paris (de la non-contagion du choléra). — *b.* M. le docteur *Bizet*, de Paris (Recherches sur le siége du choléra asiatique). — *c.* M. le docteur *Thomas*, de Paris (de la nature non contagieuse du choléra). — *d.* M. le docteur *Gigot*, de Levroux (prophylaxie hygiénique du choléra-morbus). — *e.* M. le docteur *Terrier*, de Saint-Denis (note relative à la marche du choléra dans cette commune). — *f.* M. le docteur *Caseneuve*, de Lille (réclamation contre la note anonyme communiquée dans la dernière séance, et tendant à prouver l'inexactitude des assertions de M. Caseneuve relatives au choléra dans Lille). (*Commission du choléra de 1854.*) — *g.* M. le docteur *Simonin*, de Nancy (note sur les résultats thérapeutiques des eaux minérales). (*Commission des eaux minérales.*) — *h.* M. *Berthé*, pharmacien à Paris (des moyens de constater les falsifications des huiles de foie de morue). (*Comm.*, MM. Bussy, Robinet, Bouchardat.)

Discussion.

M. *Rostan*, président. L'ordre du jour appelle la discussion sur la *curabilité du cancer.*

M. *Leblanc* entend par *cancer* une maladie très grave, sujette à récidive et toujours incurable. Il admet quatre variétés de ces tumeurs : des cancers vrais, des cancers épithéliaux, des cancers fibro-plastiques et des cancers mélaniques. Enfin, il est des tumeurs cancéreuses *mixtes*, qui sont composées de plusieurs éléments morbides combinés en diverses proportions.

Le cancer a été souvent confondu, surtout chez les animaux, avec une tumeur hypertrophique. Du reste, l'orateur pense que quelquefois l'hypertrophie simple peut dégénérer, et constituer une prédisposition au cancer. Il croit donc à la *transformation* des éléments organiques, et au passage des cellules cancéreuses dans le torrent de la circulation. Aussi M. Leblanc est-il d'avis qu'il faut toujours opérer une tumeur cancéreuse *le plus vite possible.*

M. *Rostan*, président. Plusieurs orateurs sont inscrits, mais je ne sais à qui donner la parole, M. Velpeau désirant ne pas parler avant M. Robert, et M. Robert demandant à ne parler qu'après M. Velpeau.

M. *Robert*, vu l'étendue de la question, voudrait qu'on en précisât nettement les limites. Il désirerait connaître surtout sur quel point M. Velpeau veut *opérer son débarquement.*

MM. *Bégin* et *Robert*, ramenant la discussion à son point de départ, qui est le rapport de M. Jobert (de Lamballe) lu dans la dernière séance, demandent que la question soit restreinte à ces termes primitifs : *curabilité du cancer ; opportunité de l'application du microscope dans le diagnostic de cette affection.*

MM. *Velpeau*, *Gerdy* et *Moreau* pensent qu'on doit laisser à la question toute sa généralité, et ne pas imposer de restrictions aux orateurs qui viendront parler du *cancer*.

Cette opinion est adoptée, et l'incident n'a pas de suite.

M. *Barth*, après avoir réclamé l'indulgence de l'Académie, et résumé en quelques mots le débat de MM. Robert et Velpeau dans la séance précédente, continue ainsi : Je parlerai successivement du *diagnostic du cancer*, auquel se rattache la question de l'utilité du microscope, et de la *curabilité de cette maladie.*

Le microscope est-il indispensable dans le diagnostic du cancer ? Oui, répondent ses partisans exclusifs. Cette prétention me paraît exagérée. Je reconnais, j'apprécie les immenses services rendus par le microscope, et je viens, loin de le combattre, le défendre contre un enthousiasme et un excès de zèle qui pourraient nuire à sa cause plutôt que la servir.

Dans un très grand nombre de cas, l'œil, sans le secours d'aucun instrument, suffit pour reconnaître un cancer. C'est lorsqu'il peut constater la présence de la *matière pulpeuse, caractéristique*, soit qu'elle prédomine comme dans l'encéphaloïde ; soit qu'elle s'associe à divers éléments, à une trame fibreuse, comme dans le squirrhe ; à un riche réseau vasculaire, comme dans le fongus hématode ; à de la matière noire, comme dans le cancer mélanique ; à une substance gélatineuse, comme dans le cancer colloïde.

Ces éléments, qu'un œil exercé peut le plus souvent distinguer, en s'aidant du secours d'un scapel, se retrouvent sous le champ du microscope, mais avec d'autres formes. Pour l'œil, l'élément essentiel, c'est la pulpe cancéreuse ; pour le microscope, c'est la cellule. Si la pulpe est assez abondante et manifeste, le microscope devient superflu ; il ne peut que venir confirmer le diagnostic. Si la pulpe n'est pas bien évidente, le doute est permis ; mais alors on peut s'aider encore des symptômes rationnels, tels que la dégénérescence des ganglions voisins et la récidive de la lésion.

Dans ce cas, l'utilité du microscope est incontestable, surtout s'il démontre la présence des cellules cancéreuses.

Mais cette cellule mérite-t-elle toute l'importance qu'on lui attribue, et n'est-elle pas quelquefois absente dans les tumeurs qui présentent tous les autres caractères du cancer ? Elle manque parfois, en effet, soit qu'elle ait été arrêtée dans son évolution, soit que, par les transformations consécutives du tissu, elle ait été modifiée, altérée, atrophiée, convertie en un détritus informe. Dans un cas semblable, l'insuffisance du microscope pourra bien être suppléée par la simple vue et par la dissection.

Le cancer est-il une affection *incurable*, comme le pensent encore quelques médecins ? Pour moi, je crois à la *curabilité* du cancer comme à celle de la phthisie, tout en reconnaissant qu'il est très rarement curable, et qu'il serait de la plus haute importance de déterminer dans quelles conditions il peut être guéri.

L'opinion de l'incurabilité absolue me semble être désastreuse pour la science, désespérante pour le malade ; de plus, je la trouve erronée.

Elle est erronée, parce qu'elle repose sur une hypothèse sans démonstration, et qu'elle est en opposition avec un assez grand nombre de faits de guérison.

Une tumeur, cancéreuse d'emblée, un cancer primitif, paraissent bien être le résultat d'une diathèse, le produit d'une altération générale. On comprend que, la tumeur enlevée, la dyscrasie reste et que le cancer récidive.

Quant aux tumeurs qui n'acquièrent que consécutivement les caractères du cancer, ne doivent-elles pas être considérées comme une lésion locale, au sein de laquelle s'accomplit un travail pathologique, analogue, comparable à la formation du pus ? Dans ce cas, enlever la tumeur, c'est enlever le foyer même du cancer : c'est guérir. Voilà la théorie ; j'espère que les faits viendront la confirmer.

La possibilité d'une récidive ne doit pas toujours arrêter dans le traitement du cancer : car c'est rendre un grand service aux malades que de prolonger leur vie, pendant plusieurs mois, pendant quelques années. Pendant ce temps, une révolution salutaire peut s'opérer dans l'économie, une heureuse modification de l'état constitutionnel peut enrayer la diathèse, comme cela s'est vu dans la phthisie, dans la maladie de Bright et dans les scrofules.

Il faudra donc rechercher dans quelles conditions le cancer offre des chances de guérison, dans quelles conditions il n'en présente point, afin d'agir dans le premier cas et de s'abstenir dans le second.

Toutes ces conditions sont subordonnées : à l'espèce du cancer, à l'état d'avancement de la lésion, à son extension, à son siége, à sa multiplication.

Il y a chance de guérison pour une tumeur cancéreuse récente, ferme, renfermant une petite quantité de matière pulpeuse ou de cellules, unique et sans altération concomitante des ganglions voisins.

En résumé, dans un grand nombre de cas, l'œil suffit pour diagnostiquer un cancer ; dans d'autres, le microscope est utile : en toute cir-

constance, c'est un élément de conviction de plus. Dans certains cas, il peut seul démontrer la présence d'un élément morbide qui échappe à la vue ; de même qu'à lui seul, il peut aussi conduire quelquefois à l'erreur.

Quant à l'incurabilité du cancer, je crois que c'est une opinion dangereuse, qu'on ne saurait admettre d'une manière absolue.

M. *Gerdy*. Cette discussion sur le cancer a été soulevée à propos de la seconde observation de M. Pamard, où il est question d'un sarcocèle développé chez un enfant. Pour moi, je viens fixer l'attention de l'Académie sur la première observation relative à un fait de tumeur sanguine osseuse du fémur.

Dans la pathologie chirurgicale il n'est point de question plus obscure que celle de ces sortes de tumeurs. Leur anatomie pathologique est fort intéressante ; elles sont riches en vaisseaux et présentent une texture qui ressemble beaucoup à celle de la rate : on y trouve des cavernes quelquefois très grandes et très nombreuses, et en dedans des coagulums sanguins, stratifiés, plus ou moins ramollis, ou bien une matière blanchâtre qui est sans doute de la fibrine décolorée, déjà altérée, en voie de dégénération, et susceptible de *tourner à l'encéphaloïde*. Aussi beaucoup de ces tumeurs, que l'on a décrites comme simplement sanguines, sont-elles de mauvaise nature et sujettes à récidiver comme les tumeurs cancéreuses, dans la famille desquelles il est juste de les ranger.

La plupart de ces tumeurs, que je nomme *baso-capillaires-cancéreuses*, se développent au voisinage des os, envahissent leur tissu et le dévorent. On trouve un fait de ce genre dans les œuvres de Pott ; Thompson en a cité trois autres. La nature cancéreuse de ces tumeurs paraît encore plus manifeste dans les observations rapportées par Scarpa. Presque toujours, à côté de ces tumeurs, on trouve des altérations nombreuses du tissu colloïde ou du tissu squirrheux ; il est bien évident alors que ce sont des tumeurs mixtes, au lieu d'être des tumeurs caverneuses purement sanguines.

On pourrait certainement faire rentrer dans cette catégorie les tumeurs sanguines osseuses dont parlent Breschet, Dupuytren, Roux et Lallemand. La ligature est impuissante contre de semblables tumeurs ; elles exigent l'amputation du membre, et le plus souvent, après cette importante opération, elles récidivent.

La diathèse cancéreuse est, à mon sens, de toutes la plus redoutable : aussi, un délai de quinze ou vingt années même ne me paraît pas suffisant pour mettre à l'abri de toute récidive et pour établir une présomption favorable à la guérison du cancer. Il permet tout au plus de supposer que la diathèse est peu active et autorise le médecin à faire aux malades un *pieux mensonge* et à relever leur moral en les abusant sur le danger réel de leur mal. Je ne saurais donc trop insister sur la nécessité de bien distinguer les tumeurs sanguines en deux espèces : tumeurs sanguines simples et tumeurs sanguines mixtes ou cancéreuses. L'intervention du microscope est souvent utile pour établir cette distinction. Je n'ai jamais cru à la doctrine de Laënnec qui n'admettrait que deux variétés de cancer, le squirrhe et l'encéphaloïde : aussi je trouve que le microscope a rendu un grand service quand il a prêté son secours aux yeux pour la détermination des autres genres de tumeurs cancéreuses.

Cependant, je suis forcé d'avouer que ma confiance dans cet instrument a été beaucoup ébranlée depuis le jour où, examinant avec M. Broca le suc osseux du cal, nous vîmes, au lieu d'éléments osseux, des corpuscules graisseux, et, après un tour de vis de plus, des globules sanguins. Ce qui a augmenté encore mon scepticisme, ce sont les innombrables formes de la cellule cancéreuse décrites par les micrographes. Tant de variété dans l'unité m'a paru si singulier que je me suis pris à douter plus fort que jamais.

Je crois donc qu'il n'est pas permis de faire du microscope un moyen infaillible de diagnostic.

Ce n'est pas que je considère aussi comme toujours positifs, toujours certains, les caractères assignés au cancer avant l'application du microscope ; je sais qu'ils sont quelquefois aussi insuffisants et infidèles ; mais un des signes les moins équivoques de ce genre de lésion, c'est, à coup sûr, cette tendance fatale à se reproduire, à récidiver, tendance difficile à expliquer, et pour laquelle on a récemment imaginé la théorie de l'infection des humeurs par la cellule cancéreuse, prétention malheureuse, théorie fausse et erronée, qui a été démentie par de vaines tentatives d'inoculation de matière cancéreuse.

Le cancer est-il curable ? Je crois qu'il est impossible aujourd'hui de répondre à cette question. Il n'existe pas d'observation qui prouve d'une manière péremptoire la guérison d'un cancer ; et à ceux qui prétendent en avoir vu guérir, on peut toujours répondre : « Ce n'était point un cancer ! »

Quelle sera donc la conduite du praticien en face d'un cancer ? — Il devra rassurer avant tout le malade et lui laisser ignorer la nature de sa maladie. Mais si le malade sait ce qu'il a et si son mal lui cause de l'inquiétude, il faudra l'opérer, ne serait-ce que pour remonter son courage et agir utilement sur son moral.

La séance est levée à cinq heures.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Péritonite idiopathique, par M. Wilson.

L'existence de la péritonite *idiopathique*, de celle qui n'est pas consécutive à une perforation intestinale, à la présence de tubercules, à une lésion du foie, à une métrite, etc., mais qui se déclare spontanément, sans cause appréciable, ou sous l'influence du froid, à la manière des pleurésies, n'est pas encore admise par tous les praticiens. A supposer que cette exclusion soit trop rigoureuse, comme nous sommes porté à le croire, il est certain que cette espèce de péritonite n'est pas commune. Le fait que rapporte M. Wilson mérite donc d'être examiné.

Obs. — Une femme de vingt-quatre ans est prise tout à coup, à minuit, *au milieu d'une santé parfaite*, d'une violente douleur de ventre occupant d'abord la région inférieure et s'étendant bientôt au reste de la cavité. Le matin, il y eut des garderobes (probablement sous l'action d'un purgatif).

Les règles étaient venues à leur époque habituelle, environ quinze jours auparavant, et avaient été tout à fait normales.

Le traitement paraît avoir été fort négligé. Quand la malade entra à l'hôpital Saint-Georges, quatre jours après le début, elle présentait des signes évidents de péritonite qui n'offraient rien de particulier, et qu'il est inutile de décrire, en présence des résultats nécroscopiques, puisqu'il s'agit ici d'un question de diagnostic. La mort eut lieu trois jours après l'entrée. Le traitement avait consisté dans l'administration des laxatifs salins, de l'éther chlorique, de la poudre de Dower, etc.

Autopsie. Aspect général du corps indiquant de bonnes conditions de santé. — Abdomen distendu par des gaz ; le grand épiploon uni aux intestins grêles par des adhérences récentes ; circonvolutions réunies en paquet par de la lymphe plastique : nombreuses collections purulentes enchassées dans les intervalles laissés par les adhérences, sans compter une grande quantité de sérosité purulente épanchée dans la cavité péritonéale. État sain de l'iléum, des gros intestins, et de tous les viscères de l'abdomen, à l'exception du foie, *dont le lobe droit, près de sa face inférieure, était infiltré de pus*. — Du côté du thorax, rien à noter qu'un état œdémateux et congestif de la partie inférieure du poumon.

— Les affections hépatiques étant une des origines les plus fréquentes de la péritonite, on regrette, pour la thèse de M. Wilson, que précisément dans ce cas une infiltration purulente ait été trouvée dans le lobe droit du foie. Il est ordinaire que l'inflammation du péritoine se propage au repli séreux qui tapisse le foie, mais non au parenchyme hépatique lui-même. Il est fâcheux que la description de l'auteur soit, en cet endroit, si laconique, et que l'état du péritoine adjacent à cette infiltration ne soit même pas indiqué. Toutefois, l'excellente santé de la femme presque immédiatement avant l'explosion de la douleur, le début de cette douleur à la partie inférieure de l'abdomen, l'envahissement uniforme de la totalité du péritoine viscéral par la phlegmasie, sont autant de circonstances qui ne s'accorderaient pas très bien avec l'hypothèse qui ferait dépendre la péritonite de la suppuration du foie au lieu de rattacher la suppuration du foie à la péritonite. (*The Lancet*, 1851, vol. II, n° 6.)

Du vomissement matinal des femmes enceintes et de son traitement, par Kuechenmeister (de Zittau).

C'est un accident tellement fréquent, que la plupart des femmes en sont affectées. Il commence assez souvent dans les premiers jours, pour se terminer vers le troisième ou quatrième mois. Le matin, principalement, les femmes sont prises de vertiges, puis de vomissements. On a essayé contre ceux-ci tous les moyens thérapeutiques possibles, et ils ne s'arrêtent que parce qu'ils doivent s'arrêter. L'auteur en rapporte la cause à une action physiologique, et prétend l'avoir trouvée dans l'*inanition*. Aussi propose-t-il de faire manger dans le lit les femmes malades, et de ne leur permettre de se lever qu'une ou deux heures après.

Ce moyen, simple et à la portée de tous les praticiens, mérite d'être recommandé. L'état d'où procède le vomissement matinal a

quelque analogie avec la syncope, et un repos au lit nous paraît un moyen assez rationnel de le prévenir. (*Wiener Medizinische Wochenschrift.*)

Corps gras cristallins et sarcines de l'estomac dans les matières du vomissement, par MM. LAUDER LINDSAY et LEARED.

M. Lauder Lindsay a eu occasion d'étudier attentivement, dans les matières vomies par un sujet atteint de paralysie générale, les diverses formes que peuvent affecter les corpuscules graisseux dont il a plusieurs fois entretenu la presse médicale (voyez *Gazette hebdomadaire*, nº 44, p. 725). Dans ce cas particulier, les petits corps gras se présentaient sous les formes suivantes : 1º Petits globules huileux, incolores, semblables à ceux du lait ; 2º globules plus gros, en petites masses graisseuses, également sans couleur, mais un peu opaques ; 3º corps semblables, mais couverts de petits cristaux longs, soyeux, incolores, parfois sinueux et pliés sur eux-mêmes. Les globules formaient comme des noyaux autour desquels les cristaux étaient disposés comme des rayons. Sous l'action d'une très forte chaleur, les cristaux se dissolvaient et laissaient les noyaux à nu ; 4º masses volumineuses, irrégulièrement arrondies, granuleuses, de couleur grisâtre ; 5º mêmes masses, recouvertes de cristaux divergents, sinueux et pliés ; 6º agglomérations radiées de cristaux filiformes, sans noyau central ; 7º groupes de cristaux semblables, mais moins sinueux, et ressemblant quelquefois à des masses de cristaux raphidiens (on nomme *raphide*, en botanique, un faisceau de poils roides et pointus) qu'on trouve dans le parenchyme de certaines plantes ; 8º larges masses caséeuses et régulières, opaques, dépourvues de structure et incolores.

La chaleur, comme on l'a vu, fait disparaître les cristaux ; elle opère aussi la réunion des globules huileux, non granuleux. Les cristaux sont dissous par l'éther, qui réunit aussi les globules huileux et les noyaux, et dissout seulement les corps granuleux. Le même effet est produit par l'eau de potasse et l'ammoniaque. Il y a donc lieu de penser que ces cristaux sont simplement des parties cristallisables de certaines huiles ou graisses, lesquelles sont à l'état fluide dans l'estomac et se solidifient, sous l'action du froid, dans les matières du vomissement. La présence de ces corps dans les matières vomies ne se lie à aucun état pathologique.

M. Lauder Lindsey termine son travail par une note relative à la sarcine de l'estomac ; mais cette note n'ajoute rien à l'exposé que nous avons donné de l'état de la science sur cette question (voyez *Gazette hebdomadaire*, nº 12).

(*Medical Times and Gazette*, 5 août 1854, nº 214.)

Dans un des numéros suivants, M. Leared présente quelques remarques sur ce travail. Il croit voir dans le résultat des observations de M. Lindsay la confirmation d'une opinion qu'il a soutenue dans un mémoire présenté à la *section physiologique de la Société médicale de Londres* (voyez *Medical Times and Gazette*, nº 205). M. Leared pense que les cristaux sont dus à l'action du suc pancréatique sur la graisse. Dans plusieurs expériences, en faisant fondre de la graisse de bœuf avec un liquide vomi dans un cas de pyrosis, il a obtenu de petites masses épineuses, sans noyau central bien marqué. (*Medical Times*, nº 17.)

Emploi du chlorate de potasse à haute dose dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, par M. SOCQUET.

Si d'une certaine analogie de composition chimique on pouvait conclure à l'analogie d'effets thérapeutiques, on pourrait accorder *à priori* au chlorate de potasse le même mode d'action qu'au nitrate de potasse, si avantageusement employé dans le rhumatisme. Néanmoins, tandis que l'on constatait l'action sédative du nitrate, on n'a pas cessé de ranger le chlorate parmi les médicaments excitants. On l'a conseillé, ainsi que le bichromate (voy. *Gaz. hebd.*, numéros 18 et 27), contre la syphilis et le scorbut, et en ce moment on l'emploie en Angleterre contre le choléra. Or les expériences entreprises par M. Socquet tendent à démontrer que le chlorate de potasse est un agent sédatif du système circulatoire, qu'il rend le pouls moins dur, moins brusque et moins fréquent, exactement comme fait le nitrate. Il s'agit uniquement de doses élevées.

M. Socquet ne rapporte que cinq observations détaillées, et ne fournit pas de renseignements sur les autres expériences qu'il a pu faire. Dire que la durée de la maladie a été de douze à quinze jours, ce n'est pas apporter un argument bien décisif, quand la moyenne porte sur un si petit nombre de faits ; mais il y a plus à tirer de l'effet direct du remède sur l'appareil symptomatologique. Or il est certain que, dans les cas rapportés par l'auteur, il a toujours suffi de donner le médicament pendant deux ou trois jours pour amener l'abaissement et la dépressibilité du pouls, et parallèlement une diminution dans la phlegmasie locale. Néanmoins, dans aucun de ces cas, nous ne trouvons de ces fortes dépressions du système circulatoire qui font descendre le pouls à 60, à 50, à 40 même, comme on le voit après l'emploi de certains médicaments doués du même mode d'action. Une saignée de 200 grammes, des vésicatoires volants sur les articulations malades, ont-ils concouru à l'effet sédatif en atténuant l'élément inflammatoire? C'est la plus forte objection que l'on puisse élever contre les conclusions de l'auteur, bien que, nous nous hâtons de le dire, à la lecture des observations, le sel de potasse paraisse bien avoir été l'agent spécial de la réaction.

La dose du remède peut être portée à 12, 15, 20, et même 30 grammes par jour sans accident. (*Gazette médicale de Lyon*, 17 juillet 1854.)

Emploi de l'acide lactique dans la dyspepsie, par M. HANDFIELD JONES.

La proposition qu'a faite depuis longtemps M. Magendie d'employer l'acide lactique dans la dyspepsie, le soin même qu'il a pris d'indiquer des formules (sirop et pastilles), n'ont pas beaucoup tenté la pratique française. Quelques expériences, entreprises d'abord, ont été bientôt abandonnées. M. Handfield Jones dit y avoir eu recours dans des cas de *dyspepsie irritative* (c'est la gastralgie des Anglais) accompagnée de difficulté de la digestion, après avoir attendu, toutefois, dans les cas sérieux, que les symptômes d'irritation eussent disparu. L'auteur conseille d'étendre cette médication à tous les cas où il est indiqué de relever l'énergie gastrique. L'acide lactique, qui est, comme on sait, de consistance sirupeuse, est administré dissous dans l'eau (15 à 20 gouttes par once) ; il peut être placé sur la table comme condiment, et mêlé à la viande en guise de jus de citron.

L'auteur ne cite d'ailleurs aucun fait particulier à l'appui de sa recommandation.

A supposer que l'acide lactique, ainsi venu du dehors dans l'estomac, puisse suppléer avantageusement les acides naturels, c'est un tort de s'imaginer, comme on le fait ici, qu'il soit capable d'une action pareille à celle du *suc gastrique*. D'une part, le suc gastrique ne contient pas que de l'acide lactique : on y trouve, entre autres éléments, du chlorure de sodium ; de l'autre, l'acide du suc gastrique, pris isolément, n'est pas l'agent essentiel de la digestion, et ne sert qu'à faire subir aux aliments une préparation préalable qui permet au principe digestif, au ferment (*pepsine*), de les attaquer. En outre, la dyspepsie douloureuse n'est pas, selon nous, la forme d'affection gastrique où les acides sont indiqués ; car elle est elle-même bien souvent le résultat d'un excès d'acide dans l'estomac. (*Association Medical Journal*, nº 87, 1er sept. 1854.)

Recherche du manganèse dans le sang, par M. GLÉNARD, professeur de chimie à l'École de médecine de Lyon.

Le manganèse, métal d'un blanc jaunâtre, dur et cassant, non sans analogie avec le fer, se trouve très abondamment en certaines contrées à l'état d'oxyde. On emploie surtout cet oxyde pour la décoloration du verre. En médecine, on ne connaissait guère, il y a quelques années, de ce métal que le composé suroxygéné servant à la construction des piles sèches de Zamboni, à l'extraction de l'oxygène ou à des réactions chimiques. MM. Jadelot et Morelot

en ont cependant préparé des pommades contre les maladies dartreuses.

Dans ces derniers temps, le manganèse a acquis une certaine importance médicale. M. Millon, dans un mémoire présenté à l'Institut, en 1847, conclut d'expériences confirmées plus tard par M. Hammon, en Belgique, que cette substance est un principe constituant du sang; d'où, par suite de son excès ou de son défaut, possibilité de maladie.

En 1853, M. Burin du Buisson, pharmacien à Lyon, va plus loin; non content d'affirmer l'existence de cet élément en proportion variable dans le sang, il en place le siége dans la matière colorante, et le retrouve même dans le pus.

Toutefois, et malgré des essais thérapeutiques heureusement tentés par M. Pétrequin, divers auteurs, entre autres MM. Bérard, Robin et Verdeil, doutent des faits avancés; un chimiste distingué, M. Melsens, a multiplié les analyses sans succès.

C'est pour trancher cette question, qui intéressait à la fois la thérapeutique et la physiologie, que M. Glénard, professeur de chimie à l'École de médecine de Lyon, a repris une série d'expériences dont la *Gazette médicale* de Lyon a rapporté les résultats. M. Glénard n'a pu réussir à constater dans le sang de l'homme la présence des plus faibles traces de manganèse. Bien plus, en soumettant à l'analyse le sang d'un mineur de Romarieck constamment en contact avec une atmosphère chargée d'émanations de manganèse mêlé au fer, M. Glénard n'a pu y déceler l'existence du métal cherché. Voici, en abrégé, l'analyse des expériences de M. Glénard, rapportées par la *Gazette médicale* de Lyon et reproduites dans le dernier cahier du *Journal de pharmacie*.

1re *Expérience*. 300 grammes de sang desséché et carbonisé ont produit un résidu rougeâtre, qui, dépouillé de ses sels solubles par la lixivation et calciné, a été mis en contact pendant trois heures avec de l'eau régale en ébullition. La liqueur, deux fois décantée, n'a laissé qu'un léger dépôt noir de charbon et de silice. Évaporée alors à siccité, elle a fourni un second résidu qui, dissous dans de l'eau distillée, devait contenir le fer et le manganèse. Le fer ayant été précipité par le succinate d'ammoniaque, on a de nouveau, après filtration et évaporation, repris par de l'eau distillée les matières fixes pour y découvrir l'élément recherché. Mais l'ammoniaque liquide, le cyanure jaune de potassium et de fer, le cyanure rouge, le sulfhydrate de soude et le carbonate de soude ayant été tour à tour essayés, ce dernier a seul donné un léger précipité blanc reconnu pour du carbonate de chaux.

2e *Expérience*. La même analyse faite sur 500 grammes de sang desséché n'a produit aucune trace de manganèse.

3e *Expérience* se composant d'une double épreuve également insignificative et d'une contre-épreuve avec addition de 1 décigramme de sulfate de manganèse qui donna lieu à des réactions nettes et tranchées.

4e *Expérience*. M. Glénard s'était servi pour la carbonisation d'une capsule de platine au lieu d'un creuset de porcelaine, dans lequel M. Burin du Buisson avait opéré. Il recommence en vain avec ce dernier vase; seulement, en employant un creuset de terre, une très faible proportion de manganèse se décèle, due, selon l'apparence, au creuset lui-même.

5e *Expérience*. Cette fois, M. Glénard varie le procédé; il traite immédiatement le sang desséché par l'eau régale ou un mélange d'acides sulfurique et nitrique. Point de manganèse.

6e *Expérience*. Selon le procédé donné par M. Millon, il introduit le sang immédiatement sorti de la veine dans un flacon rempli d'eau distillée, puis reverse le mélange dans un autre flacon rempli de chlore gazeux. De quatre sangs ainsi traités, un seul a fourni des traces appréciables du métal.

7e *Expérience*. Ici le procédé fut le même que dans la première expérience; l'individu à qui la saignée avait été pratiquée était un mineur de Romanèche, enveloppé dans une atmosphère de poussière manganésique. Néanmoins, aucune trace de manganèse ne fut trouvée.

En somme, suivant M. Glénard, le manganèse n'est point un élément essentiel du sang humain. S'il s'y rencontre quelquefois, c'est accidentellement et en quantité minime. (*Journal de pharmacie et de chimie*, septembre 1854.)

Analyse du guano, par M. Julian Casana.

Nous détachons d'un travail publié en commun par MM. Escolar et Casana sur l'emploi médical du guano, la partie relative aux analyses chimiques. M. Casana a comparé sous ce rapport du guano de diverses provenances, et voici les résultats auxquels il est arrivé :

	Pérou.	Chili.	Bolivie.	Saldanhah.	Shark.
Eau	9,30	20,46	16,00	17,92	14,47
Matière organique	57,30	18,50	13,16	14,08	7,85
Sable	0,75	22,70	3,16	2,80	14,47
Phosphates terreux	23,05	31,00	60,20	59,40	29,54
Sels alcalins	9,60	7,34	7,45	5,80	5,80
	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00 (1)

Sous le rapport des substances gazeuses, les diverses sortes de guanos présentent les différences suivantes :

Azote	15,54	4,50	2,11	0,63	0,35
Ammoniaque	18,87	5,47	2,56	0,76	0,47

On voit que c'est le guano du Pérou qui renferme la plus forte quantité des substances alcalines qui lui donnent surtout ses propriétés thérapeutiques, à savoir, les sels alcalins et l'ammoniaque. (*El Siglo medico*, 1854, n° 31.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Des gaz dans le sang (Luft im Blute), par le docteur G. Cless. In-8° de 72 pages. Stuttgart, 1854.

Le docteur G. Cless n'a pas voulu, comme on pourrait le soupçonner d'après le titre de sa brochure, étudier d'une manière complète la question des gaz dans le sang au point de vue physiologique et pathologique, médical et chirurgical; le mémoire de notre confrère allemand ne s'occupe que du développement spontané des gaz dans le sang, relativement à la pathologie. L'introduction de l'air dans les veines à la suite des opérations chirurgicales demeure donc complétement en dehors de la question.

Notre collaborateur et ami le docteur Durand-Fardel (*Académie de méd. de Paris*, 1851) appelait de nouveau, il y a quelques années, l'attention des médecins sur ce chapitre un peu oublié de la pathologie interne; déjà avant lui Nysten (*Recherches de physiologie et de chimie path.*), Ollivier, d'Angers (*Diction. de méd.* en 30 vol., art. Air), avaient ajouté à l'expérience de Ruysch, Valsalva et Morgagni, le résultat de leur propre expérience. L'observation de cas semblables a engagé le docteur G. Cless à entretenir le monde médical de cette partie encore peu connue de l'hématologie médicale.

Les ouvrages classiques de médecine renferment peu de renseignements sur l'existence et la valeur, au point de vue de la pathologie, de l'accumulation en excès des gaz dans le sang. Les anciens auteurs n'avaient pu faire de l'excès même des principes gazeux du sang une condition pathologique; mais aujourd'hui, depuis les recherches de Magnus et de tant d'autres physiologistes, on ne peut mettre en doute l'existence à l'état normal de gaz dans le sang. Mais l'excès de ce principe intégrant du liquide circulatoire peut-il devenir une cause d'accidents? C'est là une question qui intéresse vivement les médecins.

(1) Nous copions les chiffres tels qu'ils sont; mais on verra aisément que, pour ce qui concerne le guano de Shark, il y a quelque part erreur, car le total donne 72,13, et non 100,00.

M. G. Cless croit pouvoir admettre ce développement spontané et en excès des gaz dans le sang comme cause de mort subite. Deux faits de ce genre ont été observés par lui dans un court espace de temps.

Une femme de vingt et un ans, d'une bonne constitution, entra à l'hôpital de Stuttgart pour quelques accidents de fièvre typhoïde légère qui parurent diminuer encore de gravité vers le deuxième septénaire de la maladie; à cette époque, cette femme fut atteinte de quelques phénomènes convulsifs; quarante-huit heures plus tard, elle succombait tout à coup. A l'ouverture du cadavre, outre les lésions d'une fièvre typhoïde, on trouva le ventricule droit du cœur distendu par des gaz qui s'échappèrent avec bruit quand on pratiqua l'incision de la paroi.

La deuxième observation du docteur G. Cless offre une grande analogie avec la première :

Une jeune fille de quatorze ans entra à l'hôpital pour une fièvre typhoïde à son début; sans aucun accident qui pût faire soupçonner une terminaison aussi rapidement fatale, cette jeune fille succomba subitement. A l'ouverture du cadavre, on constata l'existence des lésions habituelles de la fièvre typhoïde, et une distension considérable du ventricule droit par des gaz, qui se rencontrèrent également dans les veines du cou et dans celles de la convexité du cerveau.

M. G. Cless cite encore une troisième observation : c'est celle d'un homme ayant succombé subitement à la suite d'un pneumothorax tuberculeux, et qui présentait à l'autopsie une accumulation de gaz dans le ventricule gauche du cœur.

Tels sont les faits nouveaux que l'auteur nous a fait connaître. En les comparant aux observations analogues que la science possède, M. G. Cless a cherché à jeter quelque lumière sur cette partie peu explorée de la pathologie interne.

Treize observations seulement lui paraissent susceptibles d'être employées utilement dans ce travail d'analyse : ce sont, outre les deux qui appartiennent à M. G. Cless lui-même, celles de J.-N. Pechlin, Graetz, Ruysch, Morgagni, Jaer et Nysten (*Recherches de chimie et de phys. path.*), Nasse (*Leichenoeffnungen*, Bonn, 1824, p. 133-143), Ollivier (*Dict. de méd.* en 30 vol., art. Air), Herrich et Popp (*Der ploetzliche Tod aus inneren Ursachen*, Regensb., 1848), Adelmann et Durand-Fardel.

Les gaz en excès que l'on rencontre dans l'appareil vasculaire sont-ils le résultat de la décomposition cadavérique? M. Cless ne le croit pas. En effet, dans un grand nombre d'observations, il est dit expressément que les cadavres ne présentaient encore que peu ou point de traces de putréfaction ; d'ailleurs la putréfaction seule ne donne pas lieu en général à ce développement anormal de principes gazeux; une autre raison milite encore à l'appui de l'opinion qui tend à faire admettre la possibilité du développement de ces gaz pendant la vie : c'est que dans certains cas rares (Joubert, Peyrilhe, Durand-Fardel) on a vu ces gaz sortir d'une veine divisée dans la phlébotomie. Enfin l'auteur cite un dernier argument en faveur de l'opinion qu'il soutient : les sujets qui présentent une accumulation anormale de gaz dans les cavités vasculaires présentent un ensemble de symptômes en général très analogues, dyspnée, crampes, convulsions, et enfin rapidité de la terminaison fatale. Ce sont ces mêmes accidents que l'on observe lorsque l'on introduit artificiellement une certaine quantité d'air dans les veines des animaux vivants; enfin l'introduction de l'air dans les veines, dans les opérations chirurgicales, donne également lieu à des accidents rapidement funestes.

Pour M. G. Cless, quoique l'analyse chimique n'ait jamais été appelée à prononcer sur ce sujet, les gaz que l'on trouve dans ces cas ne sont pas de l'air atmosphérique introduit de l'extérieur, mais bien des gaz développés spontanément dans l'appareil circulatoire, et le plus souvent dans les cavités droites.

Dans une autre partie de son travail, M. G. Cless s'occupe, sans y insister, des gaz que l'on rencontre quelquefois dans les veines cérébrales; c'est là un phénomène beaucoup plus fréquent qu'il ne semble le croire, et qui dépend, sans aucun doute, dans l'immense majorité des cas, comme on l'a dit depuis longtemps en Allemagne, de la déchirure violente des petites veines qui, de la dure-mère, gagnent les os du crâne, et laissent ainsi facilement pénétrer l'air pendant les tractions que nécessite l'ablation de la voûte du crâne.

On a encore indiqué comme cause d'accumulation de gaz dans le sang l'empoisonnement par certaines substances : par la strychnine, comme M. G. Cless nous en indique deux exemples, par le chloroforme, et enfin par le virus de la rage.

Le mémoire de M. G. Cless, comme on pourra le comprendre par cette analyse, présente, outre des faits pratiques intéressants, un exposé complet des observations antérieures. Ce travail doit donc être signalé au nombre de ceux qui serviront à avancer cette partie encore obscure de l'hématologie médicale.

LEUDET.

Des luxations du coude, par M. DENUCÉ, aide d'anatomie de la Faculté de médecine. Paris, 1854, in-4°, 216 pages, avec 1 planche. Chez GERMER BAILLIÈRE. (Th. inaug.)

M. Denucé a déjà publié, il y a trois ans, dans le *Bulletin de la Société anatomique*, un mémoire sur les luxations latérales du coude. Depuis lors, il a fait de nouvelles recherches sur cette question; et les riches matériaux qu'il a recueillis lui ont permis de présenter à la Faculté de médecine un travail complet sur les luxations du coude, véritable monographie où il a réuni tout ce que la science possède sur les nombreuses espèces et sur les variétés plus nombreuses encore des déplacements dont l'articulation huméro-radio-cubitale peut devenir le siége.

L'auteur commence par exposer l'anatomie et la physiologie de l'articulation du coude, et, quoique cette étude ait été faite avec soin par ses prédécesseurs, il a réussi à combler plusieurs lacunes, relatives surtout aux déductions chirurgicales. Nous signalerons en outre un ligament qui joue un rôle important dans le mécanisme de la pronation et de la supination : nous voulons parler du *ligament carré radio-cubital*. On dit généralement que la tête du radius n'est fixée au cubitus que par le ligament annulaire, lequel, comme on sait, prend ses deux insertions sur le cubitus et n'adhère nulle part au radius. Or M. Denucé a découvert, montré à la Société anatomique, décrit avec soin dans le texte de son travail, et représenté sur une planche, un autre ligament de forme quadrilatère, long et large d'environ 12 millimètres, et inséré d'une part sur le col du radius, d'autre part sur le bord inférieur de la petite cavité sigmoïde du cubitus (page 20). Ce ligament limite les mouvements de pronation et de supination en s'enroulant autour du col du radius.

Le paragraphe suivant, consacré à l'historique des luxations du coude, échappe, par la nature même des détails qu'il renferme, à toute tentative d'analyse. Nous signalerons, toutefois, une note très savante où l'auteur se livre à de longs commentaires sur un passage d'Hippocrate diversement interprété jusqu'ici (pages 32-43). Il s'efforce de prouver que l'auteur du *Traité des fractures* a connu les déplacements isolés de l'extrémité supérieure du radius. — Les textes précis qu'il invoque, et en particulier le commentaire d'Hippocrate par Apollonius de Citium, nous semblent établir cette opinion sur une base solide.

Dans le paragraphe suivant, M. Denucé classe les diverses espèces et variétés de luxations du coude, celles du moins dont l'existence est démontrée par des faits bien observés. Il établit d'abord quatre genres de déplacement : 1° les luxations de l'avant-bras; 2° les luxations du cubitus seul; 3° celles du radius seul; 4° celles dans lesquelles le cubitus passe en arrière de l'humérus, tandis que le radius passe en avant.

I. Les *luxations de l'avant-bras*, celles dans lesquelles le radius et le cubitus, en conservant leurs rapports réciproques, se déplacent simultanément sur l'humérus, peuvent se diviser en quatre espèces, et chacune de ces espèces en variétés, ainsi qu'il suit :

1° *Luxations en arrière*. Variétés : 1° complète; 2° incomplète ou subluxation; 3° en arrière et en dehors; 4° en arrière avec fracture de l'olécrâne; 5° en arrière avec fracture de l'apophyse coronoïde; 6° en arrière avec fracture de la tête du radius.

2° *Luxations en avant*. Variétés : 1° complète; 2° incomplète;

3° en avant et en dehors ; 4° en avant avec fracture de l'olécrane.

3° *Luxations en dehors*. Variétés : 1° complète sus-épicondylienne ; 2° complète sous-épicondylienne ; 3° incomplète.

4° *Luxations en dedans*. Il n'y a qu'une seule variété connue jusqu'ici : c'est la luxation incomplète. La luxation complète en dedans n'a pas encore été observée.

II. Les *luxations isolées du cubitus*. Une seule espèce, dans laquelle le cubitus se porte en arrière. Deux variétés : 1° luxation complète du cubitus en arrière ; 2° luxation incomplète.

III. Les *luxations isolées du radius*. Quatre espèces, qui sont : 1° la luxation du radius en arrière ; 2° *idem* en avant ; 3° en dehors ; 4° luxation incomplète du radius chez les enfants.

IV. Les *luxations du radius en avant et du cubitus en arrière*, observées trois fois jusqu'ici, se sont présentées avec des caractères assez fixes pour qu'on ne doive les diviser ni en espèces ni en variétés.

Tel est le tableau, très compliqué comme on voit, tracé par l'auteur. Pour légitimer cette classification, il décrit isolément, en se basant sur l'analyse des observations publiées, chacun de ces genres, chacune de ces espèces et chacune de ces variétés. Mais avant de descendre dans le détail des cas particuliers, et pour éviter d'innombrables répétitions, il consacre un long chapitre à des considérations générales sur les causes, le mécanisme, les signes, les complications, la marche et le traitement de toutes les luxations du coude.

Nous ne saurions avoir la prétention d'analyser successivement les divers articles qui composent le chapitre consacré à la description des différentes espèces de luxations. Cela nous entraînerait trop loin. L'auteur y invoque sans cesse les faits, cite les observations, et s'étaie de préférence sur celles qui sont accompagnées de la dissection du membre. Il reproduit textuellement toutes ces dernières, montrant ainsi qu'il désire avant tout subordonner la classification et la description des luxations à l'anatomie pathologique. Sous ce rapport, il est évident qu'il appartient à l'école de M. Malgaigne, et nous ne saurions trop l'en féliciter. Trop longtemps l'histoire des luxations a été écrite avec le raisonnement pur, ou assaisonné d'une faible teinte d'observation. Énumérer toutes les erreurs, toutes les mystifications que la science a enregistrées par suite de cette marche vicieuse, serait chose longue et instructive ; mais nous n'en avons ni le temps ni le désir. Du reste, tous les bons esprits reconnaissent aujourd'hui que, pour tracer avec quelque certitude l'histoire d'une luxation, il faut faire table rase des descriptions classiques, lesquelles, dans l'origine, ont été imaginées plutôt qu'écrites d'après nature. Conserver, au contraire, tous les faits authentiques, les grouper, les comparer entre eux, en déduire des conséquences, se comporter, en un mot, comme s'il s'agissait d'une maladie observée pour la première fois, est œuvre lente, pénible, mais toujours utile et durable. — Cette régénération de la science à l'endroit des luxations, entreprise par M. Malgaigne il y a une vingtaine d'années, est loin d'être achevée, malgré les laborieuses recherches qu'elle a déjà provoquées. Les luxations de l'épaule, de la hanche, de la rotule, du cou-de-pied, des phalanges digitales, ont été successivement étudiées à ce point de vue. Il faut y joindre aujourd'hui les luxations du coude, grâce à l'importante monographie de M. Denucé.

La lecture de ce travail, instructive pour tout le monde, sera indispensable surtout pour ceux qui voudront écrire plus tard sur le même sujet. Ils y trouveront l'état *complet* de la science jusqu'à ce jour, et profiteront des soixante-trois observations péniblement recueillies et reproduites par l'auteur à l'appui de ses assertions.

A. Dechambre.

VII.

VARIÉTÉS.

Nous recevons de M. A. de Martonne, archiviste du département de Loir-et-Cher, et ancien élève pensionnaire de l'École impériale des Chartes, quelques indications historiques et philologiques sur la médecine chez nos aïeux, et une liste de tous les médecins et chirurgiens des rois de France. Cette liste a été dressée avec beaucoup de soin et de patience par l'auteur ; c'est la seule complète qui existe aujourd'hui.

I. — **Médecins**.

Aux connaissances que tout le monde peut avoir sur ces matières, nous ajouterons seulement quelques renseignements historiques sur les médecins chez nos aïeux.

On les appelait *physiciens*, *physicus*, mot qui s'est conservé en anglais. *Physician* veut encore dire médecin dans cette langue.

On disait également *mire*, *myre* et *mirre*, du latin *miror* (*unguentarius*, celui qui oint), tiré du grec μύρον (*unguentum*). Le même mot a été varié : en *mière*, *mierre* (d'où le nom *Le Mierre*), *meire*, *miége* ; dans le midi, *mégé*.

Les femmes pratiquaient aussi la médecine ; on les appelait : *miresse*, *mirresse*, *meiresse* et *mirgesse*. On disait *mirer* et *mirgiciner*, pour *soigner*, *panser*, *guérir*.

Une dernière forme du mot est *mie*, qui vient sans doute de *medicus*, dont il est la contraction purement française. Il est possible qu'on ait fait *mire* de *mie*, pour le distinguer des autres sens du mot *mie* (*amante* et *pas*, négation).

Nous avons pensé que l'on trouverait ici avec plaisir la liste des médecins des rois de France, qui n'a pas encore été publiée complétement jusqu'à nos jours :

Marcleif, médecin sous Childebert. — *Pierre*, sous Thierry. — *Henri le Sourd*, de la ville de Chartres, médecin de Henri Ier, en l'an 1059. — *Obizon*, sous Louis VI ; son épitaphe était placée dans le cloître de l'abbaye de Saint-Victor, à Paris. — *Gille de Corbeil*, sous Philippe-Auguste. — *Maître Jean de Saint-Albans*, *physicien* du même roi, vers l'année 1215, doyen de Saint-Quentin, Anglais de nation. — *Maître Ernaud Poitevin*, *physicien de monseigneur le roi* en 1235, chanoine de Saint-Quentin. — *Maître Robert de Douai*, *physicien du roi*, ou plutôt (suivant Naudé) de Marguerite, femme de saint Louis, chanoine de Senlis. — *Maître Roger de Provins*, *physicien du roi*, chanoine et chancelier de Saint-Quentin, sous le même prince. — *Maître Dudon*, *physicien et clerc* de saint Louis, en l'an 1270. — *Dudon*, *physicien*, sous Philippe le Bel, en l'an 1285 ; peut-être le même que le précédent. — *Henri de Hermanville* ou *Hermondaville*, médecin de Philippe le Bel, au XIVe siècle, élève de Théodoric et de Lanfranc, maître de Guy de Chauliac. — *Geoffroy de Courvot*, *physicien du roi*, en 1321. — *Everard de Conty*, sous Charles V. — *Gervais Chrestien*, *physicien du roi*, chanoine de Paris, de Lisieux et de Bayeux, archidiacre de Chartres, fondateur du collége de l'Académie de Paris qui portait son nom, en 1367, mort en 1382, et enterré dans la cathédrale de Bayeux. — *Jean Tabari*, chanoine de Paris, ensuite évêque de Thérouanne, en 1384. — *Guillaume de Harsely*, sous Charles VI, dont Froissart fait l'éloge (IVe vol., cap. 44-5). — *Jacques des Parts*, médecin de Charles VII, ami du célèbre médecin Avicenne, chanoine de Tournay et de Paris. — *Enguerrand de Parent*, médecin de Louis XI, doyen de la Faculté de Paris. — *Jacques Coitier*, médecin du même roi, son ami intime, nommé par lui bailli du palais, puis président-clerc dans la Chambre des comptes, en l'an 1482. — *Adam Fumée*, premier médecin de Charles VII, de Louis XI et de Charles VIII, seigneur des Roches, de la ville de Tours, docteur de la Faculté de Montpellier, maître des requêtes et garde des sceaux après le grand-chancelier Guillaume de Rochefort, mort à Lyon (1430-1494). — *Jean Martin*, de Javoux en Gévaudan, docteur-doyen de l'Université de Montpellier, maître de la chambre des comptes, sous Charles VIII, mort en 1491. — *Jean Trosselier*, de Javoux, premier médecin de Charles VIII, docteur et chancelier de l'Académie de Montpellier, mort à Séni, dans l'expédition de Naples, en 1495. — *Gabriel Miron*, de Perpignan, médecin du même roi. — *Jacques Ponceau*, d'Orléans, médecin du même roi, et maître de la Chambre des comptes de Paris. — *Jean Loiseau* ou *Loisel*, premier médecin de Louis XII. — *Guillaume Copeau*, premier médecin du même roi et de François Ier. — *Guillaume Goileurot*, premier médecin de ce dernier roi, né dans la province du Perche. — *Louis Bourgeois*, *Burgensis* dans les actes latins, premier médecin de François Ier et de Henri II. — *Jean Fernel*, médecin de Henri II et de Catherine de Médicis, homme célèbre par ses écrits, dont J. de Thou a fait l'éloge, né à Clermont en Beauvoisis (et non à Amiens, comme le dit Ducange), en 1496, mort à Paris, âgé de cinquante-deux ans, le 26 avril 1558, inhumé dans l'église de Saint-

Jacques de la Boucherie. — *Jean Chapelain*, premier médecin de Henri II et de Charles IX. — *Guillaume Milet*, sous François II. — *Jean Mazille*, de Beauvais, premier médecin de ce dernier roi. — *Marc Miron*, premier médecin de Henri III, sous lequel il remplit plusieurs ambassades, seigneur de l'Hermitage, père de Charles Miron, archevêque de Lyon. — *André du Laurens*, conseiller et premier médecin de Henri III et de Henri IV, né à Arles, docteur et professeur de l'Université de Montpellier, auteur de l'*Historia academica corporis humani*, mort à Paris en 1609, âgé de cinquante-cinq ans. — *De la Rivière* et *d'Aliboux*, médecins de Henri IV. — *Jean Héroard*, seigneur de Vaugrigneuse, premier médecin de Charles IX, de Henri III, de Henri IV et de Louis XIII, conseiller du roi, docteur de la Faculté de Montpellier, auteur de l'*Hippostologie* (in-4°), né à Montpellier, mort plus qu'octogénaire au siége de la Rochelle, en 1627. — *Bouvard*, premier médecin de Louis XIII, né à Montoire en Vendômois, 1572†1658. — *Antoine Vallot*, sieur de Magnan d'Andeville, premier médecin de Louis XIV, surintendant du jardin du Roi, né à Reims en 1594, mort au Jardin du Roi en 1671. — *Antoine d'Aquin*, premier médecin de la reine, puis du roi, 1627†1696. — *Guy Crescent Fagon*, premier médecin de Louis XIV, membre de l'Académie des sciences, botaniste, chirurgien, directeur et professeur du jardin des Plantes, celui que Molière a ridiculisé sous le nom de *Purgon*, 1638†1718. — *Messire Poirier*, premier médecin du roi après Fagon, jusqu'en 1718 inclusivement, docteur, régent en médecine de la Faculté de Paris. — *Messire Claude-Jean-Baptiste Dodart* fils, ci-devant premier médecin de *Monseigneur*, puis de Madame la dauphine, premier médecin-conseiller du roi depuis 1719 jusqu'en 1730 inclusivement, docteur régent de la Faculté de Paris. — *Messire Pierre Chirac*, premier médecin pendant les années 1731-2-3, conseiller d'État, premier médecin du régent, surintendant du jardin du Roi (Jardin des Plantes), docteur de l'Université de Montpellier, membre de l'Académie des sciences. — *Messire François Chicoyneau*, premier médecin du roi de 1733 à 1752 inclusivement, conseiller d'État, membre de l'Académie des sciences, chancelier de la Faculté de médecine de Montpellier, auteur des *Observations sur la peste de Marseille*. — *Messire Jean-Pierre* (ou *Baptiste*) *Sénac*, d'abord premier médecin du duc d'Orléans, puis premier médecin du roi Louis XV, de 1753 à 1771 inclusivement, conseiller d'État, membre de l'Académie des sciences et de la Faculté de Montpellier, auteur du *Traité de la structure du cœur* (2 vol. in-4°). — *Messire N. Lieutaud*, premier médecin du roi de 1775 à 1780 inclusivement, après trois ans d'interruption dans la place, conseiller d'État, docteur en médecine de l'Université d'Aix, agrégé de la Faculté de médecine. — *Messire Joseph-Marie-François de Lassone*, premier médecin de Louis XVI, de 1781 à 1788 inclusivement, d'abord médecin du commun de la reine, puis premier médecin de la reine, puis premier médecin en survivance sous Lieutaud, conseiller d'État, auteur des mémoires *sur l'organisation des os, sur le zinc*, etc. — *Le Monnier*, premier médecin du roi, après trois ans d'interruption dans le titre, d'abord premier médecin ordinaire, puis premier en survivance de Quesnay, premier ordinaire, enfin premier médecin en titre, de 1791 à la Révolution française (1793), où il rentre avec tout le monde dans la vie privée; auparavant conseiller d'État, membre de la Faculté de Paris, de l'Académie des sciences, des Académies de Londres et de Berlin. — *Jean-Nicolas Corvisart des Marets*, d'abord *médecin du gouvernement* (avec Barthez, de Montpellier), de 1801 à 1804 inclusivement, puis *premier médecin de Sa Majesté* (l'empereur Napoléon), de 1805 à 1814, après douze ans d'interruption du titre, premier médecin de l'impératrice, du prince et de la princesse Louise, de la princesse Caroline, créé baron de l'Empire, membre de l'Institut, professeur de clinique à la Faculté de médecine, auteur de l'*Essai sur les maladies du cœur* et des traductions de *Stoll* et d'*Auenbrugger*. — *Lefevre*, premier médecin du roi en 1814 et 1815. — *Antoine Portal*, premier médecin de Louis XVIII et de Charles X, de 1819 à 1830, après trois ans d'interruption des fonctions (remplies par Lefaivre, premier médecin ordinaire), d'abord premier médecin consultant depuis 1817, créé baron en 1825, professeur de médecine au collége de France, d'anatomie au jardin du Roi, membre de l'Institut, de l'Académie royale de médecine, auteur de l'*Histoire de l'anatomie et de la chirurgie*. — *Marc* père, premier médecin du roi Louis-Philippe, de 1832 à 1839 inclusivement, après une année (1831) d'interruption du titre, depuis longtemps chirurgien de la duchesse d'Orléans. — *Fouquier*, premier médecin du roi, de 1840 à 1848. — *Henri Conneau* et *Delaroque*, médecins du président de la République, de 1848 à 1852. — *Conneau*, premier médecin de l'empereur, 1852-1854.

Ces personnages ont porté le titre de *premier médecin du roi* depuis le XVIe siècle, époque où la maison royale se constitue régulièrement. Au moyen âge, ils habitaient le palais du roi, et plus tard ce que l'on appelait *en cour;* ils occupaient une dignité éminente; plusieurs ont joué un rôle politique important. Leur nom était d'abord *archiater*, puis *physicus regis*, puis *médecin du roi*, avant l'organisation complète de la maison royale. Il y avait en outre, depuis le XVIe siècle, le *médecin ordinaire du roi*, le *chirurgien du roi* (voy. ce mot), dont on pourrait établir les listes; en outre, des chirurgiens-dentistes, chirurgien-accoucheur, médecin des haras, médecin du commun, médecin-oculiste, apothicaire-artiste, médecin breveté, médecin servant par quartier, consultant, honoraire, de la grande et de la petite vénerie, chirurgien-major, médecin des armées, des écuries, des bâtiments, du palais, des différents corps de troupes, médecin renoueur, bandagiste, etc., le tout, *du roi*.

Les médecins et chirurgiens des autres personnages célèbres, princes seulement, formeraient une liste plus longue et aussi curieuse.

(*La suite au prochain numéro.*)

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ.

PROGRAMME DE DEUX CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS DE MÉDECIN ET DE PHARMACIEN AIDE-MAJOR STAGIAIRE A L'ÉCOLE IMPÉRIALE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES, A PARIS.

PREMIER CONCOURS. — L'ouverture des épreuves de ce premier concours aura lieu à Paris, Strasbourg et Montpellier, le 9 octobre prochain.

DEUXIÈME CONCOURS. — L'ouverture des épreuves de ce deuxième concours est fixée comme il suit : à Strasbourg, au 3 janvier 1855; à Montpellier, au 17 du même mois; à Paris, au 31 du même mois.

Les conditions d'admission aux emplois d'aide-major à l'École impériale du Val-de-Grâce ont été ainsi déterminées par l'article 2 du décret du 13 novembre 1851, qu'une décision du 22 août 1854 a modifié : 1° être né Français; 2° être docteur en médecine de l'une des trois Facultés, ou pharmacien de 1re classe reçu dans l'une des trois Écoles supérieures de pharmacie de l'Empire (*toutefois, les candidats qui ne seraient point encore docteurs ou pharmaciens pourront prendre part aux épreuves du second cours, à la charge par eux, en cas d'admission, d'avoir acquis l'un de ces titres à l'époque de leur entrée a l'École, fixée approximativement au 1er mars 1855*); 3° être exempt de toute infirmité qui rende impropre au service militaire; 4° n'avoir pas passé l'âge de 30 ans à l'époque de l'ouverture du concours; 5° avoir satisfait à des épreuves déterminées par le ministre de la guerre.

Formalités préliminaires. — En exécution des dispositions qui précèdent, chaque candidat doit déposer dans les bureaux de l'intendance militaire du lieu où il doit concourir : 1° son acte de naissance, dûment légalisé; 2° le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien de 1re classe, ou, dans le cas prévu par le paragraphe 2 ci-dessus (*et par les candidats du second concours*), un certificat constatant le nombre d'examens passés; 3° un certificat délivré par un médecin militaire ayant au moins le grade de major, et constatant qu'il est apte au service militaire : cette aptitude pourra, d'ailleurs, être vérifiée par le jury de chaque localité; 4° l'indication exacte de sa demeure, pour qu'il puisse être convoqué en temps utile aux épreuves du concours.

Concours des candidats médecins. — Nature des épreuves.

1° Une composition sur une question de pathologie et de thérapeutique médicales; 2° une épreuve orale d'anatomie des régions, avec application à la médecine et à la chirurgie pratiques; 3° une épreuve orale de chirurgie, suivie de l'application de deux appareils ou bandages.

Concours des candidats pharmaciens. — Nature des épreuves.

1° Réponse écrite à une question d'histoire naturelle des médicaments et de matière médicale; 2° épreuve orale sur une question de chimie; 3° épreuve orale sur une question de pharmacie, suivie de l'exécution d'une préparation officinale.

Stage à l'École impériale du Val-de-Grâce.

La durée de ce stage ne peut dépasser une année, et peut être abrégée si les besoins du service l'exigent. Pendant leur séjour à l'École, les docteurs admis sont exercés à l'examen des malades, aux prescriptions d'après le régime et le formulaire des hôpitaux militaires, aux opérations, aux pansements, aux analyses de chimie usuelle dans l'armée, aux expertises d'hygiène et de médecine légale, à la connaissance et à l'application des lois et règlements qui concernent le service de santé militaire. Les pharmaciens sont astreints à des travaux analogues, qui ont pour but de les familiariser avec la gestion des officines des hôpitaux militaires, avec les règles d'une comptabilité spéciale, avec le service pharmaceutique des ambulances.

Les uns et les autres sont soumis aux obligations de la discipline militaire, et reçoivent, pendant leur séjour à Paris, des appointements de 2,800 francs. Au terme de leur stage, ils obtiennent, sous la réserve d'examens de sortie, le brevet du grade dont ils sont investis par commission ministérielle, et jouissent, à partir de ce moment, des priviléges inhérents à la position d'officier.

Paris, le 23 septembre 1854.

Le maréchal de France, ministre secrétaire d'État de la guerre,
VAILLANT.

— Par décret en date du 30 septembre, le Muséum d'histoire naturelle a été autorisé à accepter le legs fait à cet établissement par M. Auguste de Saint-Hilaire, et consistant en un herbier et plusieurs échantillons d'or du Brésil.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Archives d'ophthalmologie. — Juillet et août. Paralysie de la septième paire, par *M. Francès*. — Tumeur lacrymale par dilatation du conduit extérieur des larmes, par *Jarjavay*.

Bulletin général de thérapeutique. — 15 septembre. Sous-nitrate de bismuth à haute dose dans le traitement de plusieurs maladies, par *Monneret*. — Ponction d'un kyste hydatique du foie et injection d'iode, par *Aran*.

Revue médicale française et étrangère. — 15 septembre. Scrofules chez le vieillard, par *Dumoulin*.

Revue médico-chirurgicale de Paris. — Septembre. Luxation du fémur en arrière, par *Malgaigne*. — Calcul vésical; guérison en une seule séance par la lithothlibie, par *Denamiel*.

Journal de pharmacie et de chimie. — Septembre. Recherche du manganèse dans le sang, par *Glénard*. — Sur la falsification du lait, par *M. Rosenthal*.

Gazette médicale de Montpellier. — N° 6. Médecine arabe, particulièrement en Algérie, par *L. Leclerc*. — Cours de physiologie, par *Lordat*. — Sur le cancer de la lèvre inférieure; application de la méthode anesthésique aux opérations qui se pratiquent à l'entrée des voies aériennes, par *A. Millet*.

Revue thérapeutique du Midi. — N° 5. Racine de caïnça dans l'hydropisie scarlatineuse, par *Bruguier*. — Névralgies périodiques suites de lésions traumatiques, par *Liegey*.

Annales d'oculistique de Bruxelles. — 30 septembre 1854. Du pannus et de son traitement, etc., par le docteur *L. Warlomont* (suite). — De l'application de l'occlusion palpébrale dans le but de préserver l'œil resté sain au début de l'ophthalmie gonorrhéique, par le docteur *L. Warlomont*. — Revue ophthalmologique suisse, par le docteur *L. Cornaz*.

Annales et archives de médecine belge et étrangère. — Août 1854. Extraits de divers journaux.

Annales médicales de la Flandre occidentale. — 15e livraison. Considérations thérapeutiques sur les fièvres typhoïdes, par *F. Chabaud*. — Traitement du cancer par la méthode de *Landolfi*, par *Ossieur*. — Hernie engouée réduite par le procédé de M. Seutin, par *le même*.

Archives belges de médecine militaire. — Juillet. Vaccine et ses adversaires, par *Verheyen*. — Développement des gaz chez l'homme vivant; effets auxquels donne lieu leur présence dans le sang, par *Fromont* fils. — Fièvres continues, par *H. Stacquez*.

Gazette médicale de Liége. — N° 17. Constitution pathologique régnante. — Le choléra à Ostende.

Presse médicale belge. — N° 38. Sur le nitrate d'argent et ses dérivés, par *Crocq*.

Allgemeine medicinische Central-Zeitung. — Nos 75. Cas de rétroflexion de l'utérus pour démontrer l'utilité de la sonde et de l'hystérophore, par *Meding*, à Paris. — Les eaux minérales de l'Annstadt. — La source minérale d'Ivanda, au Banat. — 76. Cas de rétroflexion. etc., par *Meding* (fin).

Deutsche Klinik. — N° 38. Sur le traitement des fractures, particulièrement à l'aide des bandages à ouate, par *Ravoth* (suite). — Recherches sur l'urine, pour servir à l'étude physiologique, etc., par *Falk* (suite). — Communications puisées dans la pratique privée, par le prof. *Uhde de Brunswic*. — L'allongement ostéoplastique de la jambe dans l'articulation du pied, proposé par *Pirogoff* et apprécié par *G. Ross*.

Medicinische Zeitung. — N° 38. Rapports entre la fièvre et l'inflammation, etc., par *Zimmermann* (fin).

Archiv f. Pathol. Anatomie, etc., par *Virchow*. — VIe vol., IVe cah. Étude toxicologique et pharmaco-dynamique sur la delphinine, par *Leonides van Praag* (fin). — La tumeur caverneuse sanguine du cerveau, par le professeur *Luschka*, avec gravure. — Sur la pathologie du typhoïde du choléra, par le docteur *L. Meyer*. — Anatomie pathologique de la grenouillette, par *C.-O. Weber*, à Bonn. — Sur un fœtus *in fœtu* et la présence de paralbumine dans un kyste de la tumeur, par *le même*. — Sur les tumeurs caverneuses (érectiles) et les téléangiectasies, par *Virchow*, avec dessin. — Le dermoïde simple de l'œil, par *le même*. — Examen des cornées altérées par suite des maladies, par *W. His*. — Sur la présence d'une substance analogue à la moelle des nerfs répandue dans les tissus animaux, par *Virchow*. — Les liquides albumineux sous l'influence des sels, par *le même*.

Association medical Journal. — N° 88. Propriétés de l'éther chlorique, par *G.-B. Mead*. — Traitement de la coqueluche, par *Davey*. — Acide gallique contre l'hémoptysie, par *W. Bayes*.

Dublin medical press. — Nos 818. Huit cas de fièvre intermittente compliquée de bronchite, par *W. Crooke*. — Traitement du choléra dans les hôpitaux de Londres. — 819. Nature et traitement du choléra, par *T. Aickin*. — Choléra dans les hôpitaux de Londres. — Traitement du choléra par les purgatifs.

Medical Times and Gazette. — Nos 219. Accouchements; dix-sept cas d'emploi du chloroforme suivi d'accidents, par *R. Lee*. — Des meilleurs moyens de combattre les fâcheux effets du chloroforme, par *J. Lizars*. — Chirurgie pratique, par *Sp. Wells*. — 220.

The Lancet. — Nos 10. Emploi de la saignée dans certaines maladies, par *J. Langley*. — Observations sur le choléra, par *J. Rae*. — Luxation du genou, avec fracture du condyle interne, par *W. Walker*. — 11.

Charleston medical Journal and Review. — Juillet 1854. N° 4. Malaria et causes générales de la fièvre, par *Rumph*. — Causes de la parturition, par *Golsan*. — Rapport prétendu entre les phases de la lune et la quantité de pluie, par *J. Johnson*. — Cas de muguet, par *Wragg*. — Influence de la quinine sur l'utérus imprégné et non imprégné, par *A. Cochrane*. — Ozone dans ses rapports avec la fièvre intermittente, par *Gaillard*. — Examen microscopique d'un fœtus de baleine, par *A. Browne*.

New-York medical Times 1854. — Nos 10. Pierre dans la vessie, par *A.-C. Post*. — Leçons sur les maladies de la peau, par *Bulkley*. — Observations météorologiques, par *Loines*. — 11. Traitement du rhumatisme, par *J.-B. Chapin*. — Maladies de la peau, par *Bulkley*. — Apoplexie placentaire, par *T.-F. Cock*.

The American Journal of the medical Sciences. — Juillet 1854. Statistique des amputations pratiquées à l'hôpital de Pensylvanie de janvier 1840 à janvier 1850, par *G.-W. Norris*. — Climat et salubrité du fort Moultrie, de l'île de Sullivan et du port de Charleston; remarques sur la fièvre jaune de Charleston, par *J.-B. Porter*. — Mouvement de la glotte dans la respiration, par *J.-C. Dalton*. — Divers extraits des Comptes rendus de la Société de Boston, par *W. Morland*. — Pathologie des cas de fièvre jaune admis à l'hôpital de Pensylvanie, par *T. Hewson Bache*. — Fistule très étendue traitée par une nouvelle méthode, par *H.-G. Jameson*. — Fausse ankylose de la mâchoire inférieure, par *Fenner*. — Cas d'hydrométrie, par *D. Shanks*.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — Nos 35. Pneumonie, pleurésie, traitées par la nouvelle méthode anglaise, par *Biagio Gandini*. — Histoire de deux calculs urétraux, par *Daina*. — 36. Sur la pellagre, par *Lussana*.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — Nos 36. Usage interne et externe de l'éther et du chloroforme, par *Berruti*. — Sur la contagion cholérigène, par *A. Zambianchi*. — 37. Cas de choléra à Magliano (Mondovi), par *Forneris*.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — Nos 36. Mélanges (syphilisation, perchlorure de fer, anesthésiques), par *P. Landi*. — Cas d'hydrophobie, par *Pucci*. — 37. Obstacle à la circulation des matières fécales précédé de phénomènes inflammatoires, par *Seghieri Rizzari*.

Giornale delle Scienze mediche della Reale Accademia medico-chirurgica (Torino). — Nos 16. Éducation des crétins, par *Demaria*. — Sur le choléra, par *Sella*. — 17. Quelques mots sur le choléra, par *Sella*. — Cas de néphrite avec autopsie, par *Linoli*. — Sur le choléra de Mazzo, par *Gallone*. — Sur le choléra, par *Rignon*.

Il Filiatre Sebezio. — Nos 284. Blépharo-kératite scrofuleuse, par *Posta*. — 285. Mode de traitement anticholérique adopté à l'hôpital de Loreto. — Essai chimique et thérapeutique sur l'antimoniate de morphine, par *Falciani*.

Il Progresso. — 8e fascicule. Plaie mortelle d'intestin; question de médecine légale. — Sur le choléra, par *A. Conti*.

El Heraldo medico. — Nos 125. Traitement des plaies par la poudre de sucre et de gomme, par *C.-L. Peyrani*. — *Idem*, par *J.-G. Abajo*. — Génération spontanée d'un entozoaire rare, par *J.-M. Calvo y Nunes*. — Otalgie et paralysie du bras; guérison par le galvanisme, par *F.-A. Perales*. — 126. Influence de la médecine sur la civilisation des peuples, par *F Vilches y Fuentes*. — 127. — 128.

El Siglo medico. — Nos 35. Transmissibilité du choléra-morbus (*anonyme*). — 36. La médecine et la société.

El Porvenir medico. — Nos 102. — 103. Réflexions sur le choléra, par *R.-T. Munos y Luna*. — Choléra; méthode préservative, par *A. Judérias y Corella*. — 104.

La Cronica de los Hospitales. — N° 17. Contagion, infection et traitement du choléra, par *Z. Benito Gonzales*. — Réflexions sur le choléra, par *Felix Benito*. — Empyème guéri par l'opération, par *Jose Angulo*.

Livres nouveaux.

Cours spécial sur l'induction, le magnétisme de rotation, le diamagnétiseur, et sur les relations entre la force magnétique et les actions moléculaires, par *M.-C. Matteucci*. In-8° avec planches. Paris, Mallet-Bachelier. 5 fr.

De l'air comprimé comme agent thérapeutique, par le docteur *Milliet*. In-8° de 66 pages. Lyon. 1 fr. 25

Mémoire sur les luxations des cartilages costaux, par le docteur *L. Saurel*. In-8° de 48 pages (extrait des *Mémoires de l'Académie des sciences et lettres de Montpellier*). 1 fr.

Prophylaxie du choléra. Conseils d'hygiène adressés aux ouvriers des villes et aux habitants des campagnes pour se préserver du choléra, par *Adrien Bories*, pharmacien de la marine. Brest. In-8° de 24 pages. 75 c.

Traité d'anatomie comparée des animaux domestiques, par *A. Chauveau*, chef des travaux anatomiques à l'École impériale vétérinaire de Lyon. Ire partie, contenant l'ostéologie, la syndesmologie, la myologie; 1 vol. in-8, de VI-304 pages, avec 90 fig. dans le texte. Chez J.-B. Baillière. Prix: 6 fr.; de l'ouvrage complet, 11 fr.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS

A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. PARIS, 13 OCTOBRE 1854. N° 54.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

UNIVERSITÉ DE FRANCE. INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

M. le Ministre de l'Instruction publique et des Cultes à M. BÉRARD, *inspecteur général de l'Ordre de la médecine.*

Monsieur l'inspecteur général, d'après les dispositions de l'article 17 du décret du 22 août, sur le régime des établissements d'enseignement supérieur, les jurys médicaux doivent cesser leurs fonctions au 1er janvier prochain, en ce qui concerne la délivrance des certificats d'aptitude pour les professions d'officier de santé, sage-femme, pharmacien et herboriste de deuxième classe.

A partir de cette époque, la délivrance des certificats d'aptitude sera exclusivement réservée, pour les professions d'officier de santé et de sage-femme, aux Facultés de médecine et aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et pour les professions de pharmacien et d'herboriste de deuxième classe, aux écoles supérieures de pharmacie et aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Cette réforme devait être la conséquence nécessaire de l'heureux développement donné à l'enseignement médical en France par la création successive de vingt et une écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. On comprend, en effet, qu'avec ces nombreuses et sérieuses annexes de nos trois facultés de médecine et de nos trois écoles supérieures de pharmacie de Paris, Montpellier et Strasbourg, répandues sur les divers points de la France, l'institution de commissions spéciales, de commissions départementales, pour la délivrance des grades, n'avait plus sa raison d'être. Non-seulement cette institution devenait inutile; mais elle créait une position singulière et fâcheuse à nos écoles, qui, chargées de l'enseignement médical et pharmaceutique, se trouvaient privées du droit de vérifier l'aptitude de ceux qui aspirent à pratiquer la médecine et la pharmacie. Il leur appartenait de maintenir et d'élever, par l'enseignement, le niveau des connaissances médicales; de répandre et de sanctionner les meilleures méthodes, les plus saines doctrines, les pratiques les plus sûres; et il ne leur appartenait pas de juger si ceux aux mains de qui doit être remise la santé publique possèdent des connaissances offrant des garanties suffisantes.

Les nouvelles dispositions du décret font cesser cette situation anormale. Elles restituent aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie une mission pour laquelle elles sont si compétentes; et en leur conférant une prérogative qui leur est due, elles donnent à ces écoles une nouvelle importance, une nouvelle vie.

Ces dispositions ne peuvent que profiter à l'art médical lui-même.

FEUILLETON.

Du droit de réquisition en temps d'épidémie.

Il a été agité tout récemment dans la presse médicale, au sujet d'une consultation demandée à l'UNION, une question de devoir professionnel à laquelle les circonstances présentes donnent un intérêt et un à-propos particuliers. Un médecin pratiquant dans la ville de ... et habitant un quartier où le choléra sévit avec intensité, est requis par le maire d'aller porter ses soins dans un autre quartier, situé à l'extrémité de la ville. Notre confrère se déclare prêt à secourir, et secourt d'ailleurs spontanément, les cholériques de son quartier; mais il croit pouvoir résister à la réquisition. A-t-il ce droit? *Id est in controversiâ.*

Le premier soin à prendre, si l'on veut jeter un regard assuré sur cette question délicate, est de soustraire son jugement à l'obsession des sentiments charitables. Il n'est pas oiseux d'examiner si le médecin, quand il accomplit ces prodiges d'abnégation dont il est coutumier, s'abandonne à l'inspiration spontanée de son cœur, ou bien obéit à une injonction de la loi; et si conséquemment il peut, en cas d'abus ou de faux calcul de l'autorité, se refuser à ce qu'on dispose de lui. Or la solution de cette difficulté ne se trouve ni dans l'Évangile ni dans les épîtres aux Corinthiens, mais uniquement dans le *Bulletin des lois* et les arrêts de la jurisprudence. Si la justice répond *non*, il faut le constater soigneusement, en se réservant au fond de sa conscience le droit précieux de s'imposer librement plus que la justice n'oserait jamais demander. Il y a plus. Le corps médical est intéressé dans son honneur à ce que, même en vue d'un bien public, l'indépendance de son ministère ne soit pas entamée. On n'exige que de ceux qui ne donnent pas. Mieux il sera démontré que l'autorité ne s'est armée contre nous d'aucun moyen de compulsion, plus grand paraîtra l'hommage rendu par elle à une tradition de dévouement et de courage qui, en fait, ne s'est jamais démentie. Et ceux qui voient les choses d'autre manière nous paraissent entendre la pudeur de la profession à peu près comme entendent la leur ces femmes syriennes qui, apercevant un étranger, se cachent la figure avec leur robe..... en montrant tout le reste.

La vraie portée de la question ainsi déterminée, voyons les éléments de la solution.

Deux articles de loi seulement sont en cause, à savoir, l'article 475, n° 12, du Code pénal (loi de 1810), et l'article 13 de la loi du 3 mars 1822. Quant à la loi du 22 juillet 1791, le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE, qui l'avait d'abord invoquée comme favorable au système de la

En rattachant nécessairement la direction des épreuves pour la délivrance des grades à la direction de l'enseignement, elles impriment à ces épreuves un caractère d'unité qui les rendra plus sérieuses et leur donnera plus de valeur.

D'ailleurs, c'est désormais dans l'enseignement des facultés et des écoles préparatoires que les candidats au titre d'officier de santé devront aller puiser les connaissances qui leur seront nécessaires. Le décret du 22 août supprime le certificat de pratique médicale, seule garantie exigée d'eux jusqu'ici, dont il était impossible de vérifier la sincérité, et remplace cette scolarité illusoire par une scolarité réelle, constatée par des inscriptions.

Si les pharmaciens de deuxième classe sont dispensés du diplôme de bachelier ès sciences, ils devront suivre pendant un an les cours d'une école de pharmacie, pour y acquérir des notions théoriques et pratiques mieux appropriées à la profession qu'ils doivent exercer.

Les nouvelles dispositions du décret auront ainsi pour résultat, tout en assurant la prospérité de nos écoles médicales, de donner à la société des officiers de santé plus habiles et des pharmaciens plus dignes de la confiance publique.

Mais, en posant les principes de cette importante réforme, le décret a réservé la discussion des détails et des moyens d'exécution au conseil impérial de l'instruction publique.

Dans une question qui touche aux intérêts les plus sérieux de la société, j'ai voulu m'entourer des lumières des hommes les plus compétents, des hommes qui ont voué avec tant de succès leur vie à l'enseignement et à la pratique de l'art médical et dont les noms font autorité dans l'art de guérir.

J'ai institué une commission dont la présidence devait vous appartenir à tous les titres, monsieur l'inspecteur général. Cette commission, chargée de préparer et d'élaborer le projet d'arrêté qui doit être soumis au conseil impérial, se composera, sous votre présidence, de :

MM. P. Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Paris.
Bussy, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.
Lestiboudois, maître des requêtes au conseil d'État.
Coze, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.
Bérard, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.
Gintrac, directeur de l'École préparatoire de Bordeaux.
Richard, directeur de l'École préparatoire de Lyon.
Dassier, directeur de l'École préparatoire de Toulouse.
Lesieur, chef de la 1re division au ministère de l'instruction publique et des cultes.

Je vous prie de réunir cette commission, le plus tôt qu'il vous sera possible, dans une des salles du ministère de l'instruction publique et des cultes.

Les questions principales que vous aurez à lui soumettre sont comprises dans l'article 18 du décret du 22 août, ainsi conçu :

« Un arrêté du ministre de l'instruction publique, délibéré en » conseil impérial de l'instruction publique, déterminera la circon» scription des Facultés de médecine, Écoles supérieures de phar» macie, et Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, » chargées de la délivrance des certificats d'aptitude pour les pro» fessions mentionnées en l'article 17, la composition des jurys » d'examen, l'époque de leur réunion, la répartition des droits de » présence entre les professeurs, et généralement tous les moyens » d'exécution dudit article. »

La détermination des circonscriptions appellera une attention d'autant plus sérieuse, que les officiers de santé, les sages-femmes, les pharmaciens et les herboristes de deuxième classe ne pourront, comme par le passé, exercer leur profession que dans le département pour lequel ils auront été reçus.

Agréez, monsieur l'inspecteur général, etc.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,
H. Fortoul.

Paris, le 5 octobre 1854.

Par arrêté en date du 1er octobre, M. le ministre de l'instruction publique a confirmé dans ses fonctions, pour une nouvelle période triennale, M. le docteur Mahot, professeur suppléant à l'École préparatoire médicale de Nantes.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 12 octobre 1854.

LE MICROSCOPE ET LE CANCER DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — ÉTAT DE LA DISCUSSION.

Le microscope, connu depuis des siècles, mais qui n'avait jusqu'alors fourni que des résultats incertains, douteux, et d'une utilité assez contestable, a été depuis quinze ans, et grâce surtout aux perfectionnements qu'il a subis, appliqué à un grand nombre de branches de la science; il a donné la solution d'une foule de problèmes, et a considérablement élargi le cercle de nos connaissances. Il a, comme on l'a dit, révélé des mondes nouveaux, des êtres à tout jamais cachés à la vue et dont on ne soupçonnait pas l'existence; de telle sorte que, si l'on interrogeait aujourd'hui un naturaliste, un botaniste, un médecin légiste, un physicien, tous répondraient que son utilité ne saurait être mise en doute. La chimie lui doit de plus la possibilité d'analyser des quantités infiniment petites, et personne ne niera que la physiologie et l'anatomie

---

réquisition, y a bientôt renoncé. Nous devons seulement faire remarquer, à ce sujet, que ce qui écarte cette loi de la discussion actuelle, ce n'est pas, comme on le dit, le défaut de toute mention expressément relative à la profession médicale, — car il n'y en a pas davantage dans la loi de 1810; — c'est que les deux lois n'en font qu'une, la seconde n'étant en réalité que la première étendue et complétée. Or, que contient la loi de 1810, article 475 du Code pénal? Que contient la loi de 1822 en son article 13? Le voici textuellement :

Article 475 du Code pénal. « Seront punis d'amende, depuis six francs jusqu'à dix francs inclusivement, ceux qui, *le pouvant*, auront refusé ou négligé de faire les travaux, les services, ou de prêter le secours dont ils auront été requis, dans les *circonstances d'accidents, tumultes, naufrages, inondations, incendies* ou AUTRES CALAMITÉS, ainsi que dans les cas de *brigandage, pillage, flagrant délit, clameur publique* ou d'*exécution judiciaire.* »

Article 13 de la loi du 3 mars 1822. « Sera puni d'un emprisonnement de quinze jours à trois mois et d'une amende de cinquante francs à cinq cents francs, tout individu qui, n'étant dans aucun des cas prévus (1) par les articles précédents, aurait refusé d'obéir à des réquisitions d'urgence pour un service sanitaire, ou qui, ayant connaissance d'un symptôme de maladie *pestilentielle*, aurait négligé d'en informer qui de droit.

» *Si le prévenu de l'un ou de l'autre de ces délits est médecin*, il sera en outre puni d'une interdiction de un à cinq ans. »

En ce qui concerne l'article 475, il importe d'examiner d'abord, à un point de vue plus général, jusqu'à quel point les professions dites libérales se doivent à l'autorité. C'est un fait, que les tribunaux s'accordent à restreindre le droit de réquisition à des cas bien clairement, bien expressément spécifiés dans la loi. Quelle profession, par exemple, est plus enchaînée au devoir, plus réglementée, plus en situation de prêter assistance, et partant d'être requise (car il peut s'agir de vie ou de mort), que celle d'avocat? Néanmoins, l'avocat a le droit de refuser son ministère, *même quand il est nommé d'office*, et cela sans être tenu de rendre compte de ses motifs (Cour de Riom, 11 juillet 1828; Sirey, t. XXVIII, p. 233; Merlin, *Répertoire*, § V). Le médecin lui-même peut décliner la mission d'expert. Il le peut d'abord indubitablement dans tous les cas non spécifiés par l'article 475; dans ces limites, pour lui comme pour tout autre, le ministère d'expert est libre tant en matière criminelle qu'en matière civile (Chauveau et F. Hélie, Trébuchet, Devergie, Duverger). En outre, il n'est

(1) Cas d'impossibilité matérielle.

générale ne lui empruntent les observations les plus précises et les plus nombreuses.

Sans chercher ici de quel pays est partie l'impulsion, il est manifeste que, depuis quelques années, une série d'observateurs laborieux a cherché à appliquer l'emploi des instruments grossissants à l'étude de l'anatomie pathologique et de la pathologie en général. L'École française surtout, marchant sur les traces de l'immortel Bichat, s'est posé la question suivante : La texture intime de nos tissus et de nos organes étant connue, peut-on s'en servir pour étudier les phénomènes pathologiques ? Puis encore cet autre problème : Une maladie étant donnée, chercher si elle consiste dans une altération quelconque des éléments anatomiques normaux et préexistants, ou dans l'apparition d'éléments, de tissus accidentels étrangers à notre organisme ?

Comme la structure de nos organes et de nos tissus, comme les caractères précis des éléments anatomiques, qui sont les corps simples de l'organisme, ne peuvent être étudiés qu'avec les instruments grossissants, puisque leur petitesse les dérobe à la vue, l'École moderne s'est crue logiquement dans le vrai, en recherchant avec ces instruments grossissants les lésions élémentaires Étudiant d'abord un certain nombre de types de chaque maladie et retrouvant toujours la même structure, ou constatant au moins la présence constante d'un élément normal plus ou moins altéré ou d'un élément sans analogue dans l'économie, elle a tenté, d'après l'observation et sans hypothèse, une généralisation légitime en principe, et qui consiste à dire : Telle affection est caractérisée anatomiquement par une simple déviation de la force nutritive, hypertrophie, atrophie, altération dans la forme, le volume, le nombre, la densité, etc., etc. ; telle autre est stigmatisée par la présence d'un élément nouveau, insolite, inutile dans l'économie, sinon nuisible, et qu'on appelle, je suppose, cellule de pus, de tubercule ou de cancer.

Comme l'anatomie pathologique pure est stérile, cette École française, qui se flatte de savoir aussi quelque peu de médecine et de chirurgie, a cherché si les renseignements fournis par le microscope coïncidaient avec l'histoire des maladies faite au lit du malade; elle a trouvé, chemin faisant, que l'observation pure renfermait quelques erreurs semées dans un champ de vérité; elle s'est rendue un compte facile de faits prouvés par l'expérience, mais non encore expliqués : dès lors, elle a avancé que les études histologiques avaient une utilité incontestable en pathologie. Cette déclaration était au moins un acte de reconnaissance, puisque les micrographes avaient acquis beaucoup de notions nouvelles, rectifié quelques erreurs et expliqué des faits pratiques jusque-là sans théorie. Ces quelques lignes renferment, je l'affirme, les tendances, les vœux, et ce que l'on appelle les exigences exorbitantes de l'École moderne. Mais tandis que toutes les sciences accessoires se servent du microscope ; pendant qu'il prête à l'anatomie générale et à la physiologie l'appui le plus efficace, et qu'il est, en un mot, un levier puissant pour l'étude de la nature normale, le champ de la pathologie lui serait fermé, et les renseignements qu'il offre à l'anatomie pathologique et à la science du diagnostic et du traitement, devraient être regardés comme stériles, trompeurs, non avenus, ou tout au moins comme inutiles, sinon susceptibles d'entraîner l'observation dans une voie mauvaise.

Tel est, en résumé, le terrain sur lequel se passe le débat. Il ne saurait y avoir aucune équivoque sur ce point, puisqu'un des adversaires les plus éminents des études microscopiques a dit en haut lieu : « Un chirurgien habile, expérimenté, » attentif, peut toujours se passer du microscope. » Et ailleurs : « Le microscope, jusqu'à ce jour, n'a encore été d'aucune » utilité dans l'étude des tumeurs. »

Lorsque des assertions aussi contraires sont formulées par des hommes inégaux, à la vérité, en titres, en âge et en autorité, mais également loyaux, laborieux et convaincus, la lutte est imminente. Plusieurs fois déjà elle s'est engagée, mais dans les forums secondaires de la science. Le procès, aujourd'hui, est porté pour la première fois devant le tribunal le plus imposant, devant l'Académie de médecine ; et, à quelque parti que l'on appartienne, on ne saurait trop s'en applaudir, dans les intérêts de la vérité.

Comme cela arrive presque toujours, c'est un fait insignifiant qui a été le signal de l'engagement. Un chirurgien distingué de province, M. le docteur Pamard (d'Avignon) adresse à l'Académie deux observations. L'une est relative à un encéphaloïde du testicule chez un enfant de trois ans. L'opération est pratiquée, *le malade guérit.* M. Jobert, rapporteur, rend compte de ce fait sans le discuter.

M. Robert, bien désintéressé dans la question du microscope, mais qui suit toujours avec ardeur et intérêt les efforts du progrès, risque une réflexion bien naturelle. L'existence d'un encéphaloïde chez un enfant de trois ans est curieuse ; mais ce qui est bien plus remarquable encore, c'est la guérison. Or il y a guérison et guérison. Si M. Pamard a voulu dire que la plaie de l'opération s'est cicatrisée, il n'y a rien là d'étonnant ; mais si le sujet est à tout jamais débarrassé de

---

pas certain qu'il ne puisse s'excuser encore sans encourir de peine, dans les cas de réquisition qui concernent spécialement son ministère : dans celui, par exemple, que détermine l'article 44 du *Code d'instruction criminelle*, et qui est relatif à la mort violente ou par cause suspecte. Du moins la jurisprudence n'est-elle pas d'accord sur ce point. Comme cet article 44 n'a pas de sanction, la cour de cassation a appliqué au refus de mission les peines portées par l'art. 475 du Code pénal (arrêt du 6 août 1836). Mais, d'un autre côté, la cour de cassation belge a cassé (4 juillet 1840) un jugement du tribunal de Namur qui, *par application de ce même article 475*, avait condamné le docteur Cambrelin à 6 francs d'amende et aux dépens, pour avoir refusé de faire l'autopsie du cadavre d'un enfant nouveau-né, y étant requis par un officier de police judiciaire. La cour s'est fondée sur ce que l'article du Code pénal ne s'applique qu'à des *faits actuels*, qu'un travail, service ou secours pourrait empêcher ou aider à réparer (Briand et Chaudé, *Manuel de médecine légale*, 4e édition, p. 18).

Ces considérations préliminaires laissent entrevoir déjà le véritable esprit de l'article 475. Il a pour but de parer aux *accidents fortuits ;* et la question est de savoir si, dans les circonstances désignées par cette expression collective *autres calamités*, sont comprises les épidémies. Nous partageons entièrement à cet égard l'opinion de M. le docteur Sanderet, professeur d'hygiène et de médecine légale à l'École préparatoire de Besançon, qui, dans deux lettres de beaucoup de raison et de goût, a combattu l'opinion, d'ailleurs prudente et réservée, de l'UNION MÉDICALE. Nous pensons comme lui que l'autorité n'a pas le droit de réquisition, à l'égard du médecin, en temps d'épidémie.

Il faut se rappeler d'abord que l'article invoqué est, comme il a été dit, une extension de l'article 17 de la loi de 1791. Ce dernier ne comprenait que le refus de secours et services requis *en cas d'incendie ou autres fléaux calamiteux.* Plus tard, on a senti la nécessité de spécifier plus complétement les *circonstances d'accidents* qui pouvaient donner lieu à réquisition, et c'est alors qu'on y a fait entrer les naufrages, les inondations, les incendies, etc. Or, si l'article devait se rapporter à tout fléau quelconque, sans distinction de nature ou d'origine, comprendrait-on qu'on eût oublié d'y mentionner le plus grave de tous, l'épidémie, qui exerce parfois de si épouvantables ravages ? Un fleuve débordé, une maison qui brûle, un vaisseau qui sombre, ce sont autant de désastres qui peuvent ne compromettre que la fortune; et, dans ces cas-là même, la loi oblige à porter secours. Mais une épidémie en veut directement à la vie des citoyens. Si donc la loi entend contraindre et gouverner le ministère du médecin, si elle juge cela nécessaire au salut public, ce n'est pas dans

son cancer, s'il est guéri radicalement, le fait mérite d'être encadré (*sic*), à cause de sa rareté. D'ailleurs, si cette dernière interprétation est celle de M. Pamard, il y a à se demander si l'on avait affaire à un véritable cancer, car le microscope n'a pas été consulté. Répondre, comme le fit M. le rapporteur, en invoquant l'instruction et l'honorabilité non douteuses de l'auteur, ne satisfaisait personne.

M. Velpeau, qui de coutume proteste hautement contre les opinions de l'école moderne, relève le gant et soutient que le microscope n'est d'abord pas nécessaire pour le diagnostic d'une tumeur, et qu'un chirurgien habile, attentif et expérimenté peut s'en passer, puis que d'ailleurs on se fait illusion sur l'incurabilité du cancer.

Utilité du microscope dans la détermination de la nature des tumeurs, degré de curabilité du cancer, tels sont les deux termes de la question, le canevas sur lequel ont brodé et broderont sans doute encore de nombreux orateurs.

Nous nous proposons, lorsque la discussion sera close, de dire notre opinion complète sur ces deux points, et de montrer les connexions qui relient entre elles la question d'anatomie pathologique et celle de pronostic et de thérapeutique; mais, en attendant, nous avons sous les yeux les discours de plusieurs académiciens, et nous allons chercher à en extraire la quintessence. Nous compterons à mesure les antagonistes et les défenseurs; nous discuterons franchement avec les uns et nous remercierons les autres de n'avoir pas considéré nos labeurs comme absolument stériles.

C'est M. Leblanc qui monte le premier à la tribune. Depuis vingt ans il étudiait le cancer sans microscope; depuis huit ans il se sert de cet instrument. Avant ses recherches microscopiques, l'auteur se trompait *extrêmement* souvent. Il confondait, entre autres, l'hypertrophie de la mamelle avec le cancer vrai; il a reconnu que ces deux espèces morbides pouvaient se combiner dans une même tumeur. Ainsi donc, point de doute pour M. Leblanc sur l'utilité du microscope, vingt ans d'études ne lui avaient pas suffi pour éviter l'erreur fréquente; en moins de huit ans, non-seulement il distingue les hypertrophies du cancer, mais il reconnaît dans ce dernier plusieurs variétés distinctes. Le microscope, dit-il, m'a rendu un immense service au point de vue scientifique. Ne faut-il pas admettre, devant une déclaration aussi formelle, qu'il y a au moins une grande économie de temps à se servir du microscope? Voici pour la première question, et, sans contredit, le savant vétérinaire est des nôtres.

Suit la question clinique, que nous continuerons à distinguer avec soin de la première. Le mot *cancer* doit être un terme générique, et l'on doit admettre : 1° un cancer cancéreux, ou cancer vrai, dans lequel fourmille la cellule cancéreuse; 2° un cancer fibro-plastique, où existent en abondance les cellules fibro-plastiques; 3° un cancer épithélial; 4° un cancer mélanique, composé de cellules d'épithélium ou des éléments mélaniques seuls.

Rassembler ces diverses maladies dans un seul cadre, a pour but d'indiquer qu'elles peuvent toutes, dans un cas donné, avoir une évolution et une terminaison semblables.

Pourtant nous signalons ici une légère contradiction : M. Leblanc reconnaît que toutes les tumeurs où les éléments cancéreux et mélaniques n'ont pas été trouvés, et que celles aussi où les éléments fibro-plastique et épithélial n'étaient pas extraordinairement abondants (tumeurs qu'il avait souvent prises pour des tumeurs cancéreuses), avaient un caractère bénin *qui doit nécessairement les faire ranger dans une autre catégorie que le cancer*. Est-ce donc la quantité et non la qualité des éléments pathologiques qui doit servir de base de classification?

Vient ensuite une distinction dans le pronostic. La tendance à la repullulation et à la généralisation doit être distinguée de la tendance fatale à causer la mort. Aucune variété ne se généralise plus largement, ne repullule avec plus d'opiniâtreté que la mélanose, et rarement elle trouble la santé et entraîne la mort.

Il n'en est pas de même du cancer vrai, qui tue si fréquemment, même sans avoir envahi un très grand nombre d'organes et avoir acquis un très grand volume.

M. Leblanc a moins profité du microscope que de l'observation quand il s'est agi des indications opératoires, ce qui est une toute autre question; il a continué à opérer les hypertrophies, les kystes, les indurations cellulaires, les tumeurs chondroïdes comme devant et comme les cancers; mais il a remarqué relativement à ces dernières, que la récidive, même au bout de quatre, cinq, six ans et plus, était assurée quand les tumeurs étaient volumineuses, anciennes, ramollies, ulcérées. Dans des conditions opposées, la récidive a manqué quelquefois. Malgré cela, il n'ose pas dire encore que le cancer est curable; cependant, en opérant de bonne heure, on risque peut-être de guérir, et à coup sûr on recule la récidive. Conclusions tirées par nous de ce discours :

1° Services immenses rendus par le microscope à la science;

---

un *et cætera*, ce n'est pas à la queue des cas de réquisition légale, c'est en tête qu'elle doit placer l'invasion d'une épidémie. Encore une fois, ni en 1791, ni en 1810, elle n'y fait la moindre allusion. Ce silence est tout à fait significatif.

Une autre considération qui vient à l'appui de la précédente et qu'a fait valoir avec force M. le docteur Cambrelin devant la justice belge, c'est l'insignifiance de la peine. Comment! une population est décimée par le choléra; vous, autorité, vous jugez que la présence de tel médecin est nécessaire dans une ville, dans un quartier; vous supposez apparemment que sa résistance compromettra la santé des citoyens, puisque son obéissance l'aurait sauvegardée. Il résiste cependant, et vous le *punissez* d'une amende de *six à dix francs!* Voilà la peine d'un pareil crime! voilà le prix auquel vous croyez pouvoir vous assurer son zèle! A ce compte, son zèle n'est pas bien cher, et il est étrange que l'on n'essaie pas de l'avoir pour rien. Non, la loi a été plus sage et plus juste envers nous. Elle a compris que, en dehors d'un service public organisé, comme celui des quarantaines, une coercition contre la bonne volonté serait un contre-sens, et que la charité médicale ne se tarife pas.

Plus on y réfléchit et plus on reste convaincu, avec M. Sanderet, que l'article 475 a prévu uniquement les événements calamiteux qui comportent et appellent le secours du *citoyen* et non celui du médecin. Comme citoyen, il va sans dire que, dans les cas prévus, le médecin se doit avec tout le monde à la justice. Mais hors ces cas, il ne se doit qu'à sa conscience et — pourquoi ne pas le dire? — à son intérêt, quand son intérêt n'est pas en contradiction avec l'intérêt public. Aucune profession n'est atteinte, en raison de sa spécialité, par le droit de réquisition; ou si l'exercice de ce droit peut s'adresser de préférence à celles qui ont le plus de rapport avec la nature des accidents à réparer, tout annonce que c'est seulement pour en réclamer des services manuels. Il suffit d'ailleurs d'aller un peu au fond des choses pour comprendre que la profession médicale en particulier proteste d'elle-même, par son caractère, par ses conditions d'exercice, contre l'application de l'article. Œuvre de pure intelligence, œuvre occulte et échappant à l'appréciation du public, œuvre qui engage la responsabilité personnelle, la pratique du médecin n'est possible, ne se comprend, qu'à la condition de rester libre. C'est un point de vue qui vaudrait la peine, si l'espace le permettait, d'être développé longuement. Ajoutons seulement que, jusqu'ici, la jurisprudence elle-même s'est montrée jalouse de cette liberté jusque dans des circonstances où les devoirs du ministère semblaient le plus engagés. Il a été décidé par exemple, en cour de cassation, que le refus fait par un officier de santé de recevoir

2° Bénignité relativement grande des tumeurs où manque la cellule cancéreuse ;

3° Curabilité encore douteuse des cancers ;

4° Lacune regrettable, puisque l'auteur ne nous dit point à laquelle de ses variétés de cancer appartenaient les tumeurs récentes, petites, dures et entières qu'il n'a pas vues récidiver jusqu'à ce jour.

M. Barth prend la parole. Il n'a point l'intention d'attaquer le microscope, qui a rendu de trop grands services à la science pour qu'on soit injuste à son égard ; mais peut-être a-t-il été trop loin, et dans le cas actuel il suffit de se demander si son intervention est indispensable pour diagnostiquer un cancer. M. Barth répond par la négative.

Après avoir reconnu que l'application de cet instrument est extrêmement utile au diagnostic des tumeurs, il ne veut pas néanmoins qu'on le substitue complétement au scalpel ; employé concurremment avec ce dernier, ajoute-t-il, c'est un précieux moyen auxiliaire.

Si l'idée de substituer complétement le microscope au scalpel, de se priver de la vue simple pour se servir exclusivement de la vue armée, venait à l'un des micrographes, tous les autres protesteraient ; et dans les publications d'anatomie pathologique que nous avons eu l'occasion de faire, nous nous sommes assez efforcé de constater minutieusement les apparences extérieures, les caractères descriptifs des produits pathologiques, pour que cette accusation ne puisse s'adresser à nous.

M. Barth continue ; et, avec toute la précision, la netteté que lui donne son immense expérience anatomo-pathologique, il trace les caractères de la pulpe cancéreuse, dont la présence a pour nous aussi une valeur incontestée. Nous entendons plus loin sortir de sa bouche un aveu précieux en notre faveur. La pulpe cancéreuse peut manquer (or je me propose de revenir avec détail sur ce point, et de prouver aussi qu'un suc crémeux lactescent peut se trouver dans des tumeurs qui ne sont point des cancers). Que faire alors ? Le diagnostic, fondé sur tous les caractères de la maladie, était seulement probable : le microscope, consulté, révèle la présence de la cellule. Oh alors, s'écrie M. Barth, il rend un grand service en tranchant la question ; le diagnostic est dès lors tout à fait certain.

L'absence de la cellule ne semble pas aussi caractéristique à M. Barth, et il entre dans quelques détails sur les causes qui peuvent la faire méconnaître ou passer inaperçue. Il est possible alors que l'œil ne soit plus efficace ; proposition que nous discuterons plus tard.

M. Barth a fait preuve d'un sage éclectisme dans cette première partie ; il reconnaît le progrès, tout en faisant des réserves ; et quoiqu'en parlant des partisans du microscope il dise *nos adversaires*, nous ne demandons pas d'autre encouragement pour nos efforts et pour une science que personne de nous ne regarde comme parachevée.

Peut-on et doit-on admettre l'incurabilité du cancer ?

Dans la discussion de cette seconde partie, M. Barth nous paraît moins heureux. L'opinion de l'incurabilité est désastreuse, dit-il ; elle compromet les progrès de la science dans l'avenir, l'art dans le présent, et conduit à abandonner les malades à toute l'horreur de leur position. Cette série d'arguments sensibles, qu'on me passe l'expression, nous l'avons déjà entendue bien des fois, et pour la syphilis, et pour le tubercule, comme pour le cancer. Si l'incurabilité est réelle, il faudra bien accepter cette vérité, quelque cruelle qu'elle puisse être ; mais je ne connais pas un chirurgien, même parmi ceux qui y croient, qui pour cela abandonne ses malades et cesse de leur prodiguer mille secours, y compris ceux du bistouri et des caustiques. Je rejette donc complétement ce mode de démonstration.

Mais, suivant M. Barth, cette opinion est erronée. Ici l'auteur entre dans d'assez longs développements sur les diathèses, sur les avantages d'une opération même palliative, sur la curabilité absolue et relative, curabilité qu'on doit admettre par analogie. Nous aurions préféré de beaucoup que l'honorable académicien nous apportât des faits bien nets, bien authentiques, et s'il les avait tirés de sa propre observation, nous aurions été fort disposé à les admettre.

Que fait-il à la place ? Il cherche à édifier une échelle de gravité relative des cas de cancer ; « dans tel cas, dit-il, le mal sera tout à fait incurable ; dans tel autre, on aura des chances de guérison. » Nous avons examiné avec attention les conditions qui, suivant M. Barth, rendent le pronostic plus ou moins favorable, et malheureusement, nous n'y avons trouvé que des approximations. Les causes qui activent ou retardent la récidive, l'infection générale et la mort sont bien loin d'être traduites par le volume, la consistance, le nombre des tumeurs, l'état des ganglions, la proportion plus ou moins grande des cellules spécifiques ou l'abondance de la pulpe ; on a cherché déjà bien des fois à subdiviser les variétés de cancer et à déduire le pronostic des caractères inhérents à la tumeur ; mais, l'état général du sujet, des anomalies inexpli-

---

dans sa maison un homme blessé qu'on lui amène pendant la nuit ne peut être passible des peines portées contre les refus de secours en cas d'incendie ou autres fléaux calamiteux (Devilleneuve et Gilbert, *Jurisprudence du XIX^e^ siècle*, t. III, p. 343). Des décisions analogues ont été rendues au profit de sages-femmes.

Il ne nous reste plus qu'à déterminer le sens de l'article 13 de la loi du 3 mars 1822. Mais d'abord cette loi a-t-elle force d'exécution ? M. A. Latour assure qu'elle n'a jamais été promulguée ; c'est ce que nous ignorons. Mais il se trompe assurément et quand il assure qu'elle est restée comme non avenue et quand il la regarde comme abrogée de fait par le *décret sur la police sanitaire* du 24 octobre 1850. En relisant avec plus d'attention ce décret, il reconnaîtra que ce n'est qu'une modification *partielle* de la loi de 1822, à laquelle on renvoie en maint endroit pour tout ce qui n'est pas contraire aux dispositions nouvelles. Si le décret régissait seul la police sanitaire, il serait entièrement illusoire, car on n'y découvre pas la moindre sanction pénale, et l'on pourrait enfreindre impunément toutes les dispositions sur lesquelles repose la santé publique. L'article 13 de la loi de 1822 subsiste en particulier, et il s'agit de savoir si l'on en peut tirer le droit de réquisition contre un médecin en temps d'épidémie.

La tâche est facile et peut être terminée en deux mots. Cet article n'a aucun rapport avec la question qui nous occupe ; la loi dont il fait partie concerne exclusivement les *lazarets et quarantaines*, et a été rendue, aussi bien que le décret, *contre la peste*. C'est ce qui ressort et du titre général de la loi et, pour ainsi dire, de chacun de ses articles. La disposition même qu'on a invoquée le prouve péremptoirement. Que dit-elle, en effet ? Que celui-là sera puni d'amende qui, ayant connaissance d'un symptôme de maladie *pestilentielle*, aurait négligé d'en informer qui de droit. Or est-il possible de supposer qu'une telle injonction s'applique à toutes les épidémies, et que, par exemple, on soit passible de peine pour avoir négligé de déclarer à la mairie les cas de choléra qu'on peut avoir observés ? Il suffit de poser la question.

Pour finir par une conclusion applicable à la position de notre confrère de la ville de X..., nous ne croyons pas qu'un médecin requis par l'autorité pour aller soigner des cholériques, surtout quand les malades habitent loin du milieu habituel de sa clientèle, soit tenu d'obtempérer à l'injonction.

A. DECHAMBRE.

cables dans l'évolution, etc., etc., sont venus trop souvent démentir ces données, qu'il faut connaître, mais avec lesquelles il ne faut pas trop compter.

Comme dernière remarque, je m'aperçois que M. Barth n'a nulle part confondu avec le cancer vrai, les tumeurs fibro-plastiques, les hypertrophies glandulaires et les productions épithéliales. Nous lui savons gré de n'avoir admis qu'un cancer.

M. Gerdy succède à M. Barth. A l'étroit dans les limites posées à la discussion, le savant professeur avait demandé pour champ l'histoire du cancer tout entière; aussi, en dehors des deux termes que nous nous proposons d'examiner, il dit des choses utiles et pleines d'intérêt sur les tumeurs vasculaires des os. Arrivé à la question de l'utilité du microscope, M. Gerdy avoue qu'en présence du grand nombre de variétés du cancer, variétés qu'on ne peut faire toutes rentrer dans le squirrhe et l'encéphaloïde de Laënnec, il avait espéré que les instruments grossissants seraient d'un grand secours; mais il a été désenchanté en voyant l'influence qu'avait sur une image un tour de vis de plus ou de moins; puis encore, il a été effrayé du nombre d'aspects et de la complication que présentait la structure du cancer. M. Gerdy, qui a tant de fois fait preuve de connaissances solides en physique, doit-il s'étonner que l'image change suivant qu'elle se trouve ou non au foyer de la lentille? Le microscope est-il pour cela en faute, et doit-on douter de son exactitude parce que la texture du cancer est compliquée, et parce que, contrairement aux désirs de notre honorable contradicteur, l'élément spécifique affecte plus de deux ou trois formes? Faut-il donc accuser le scalpel de ce qu'il révèle aussi cent formes différentes dans les pièces qui composent le système musculaire?

M. Gerdy, avec sa bienveillance ordinaire pour la jeunesse, nous permettra bien d'avancer qu'il a été rebuté par les premières difficultés d'un métier difficile, comme le serait l'étudiant de première année qu'on armerait d'un scalpel, d'une pince et d'un marteau, pour disséquer, sans guide, le rameau de Jacobson, voire même le ganglion otique.

M. Gerdy est donc plutôt un incrédule qu'un adversaire dans la première question.

Quant à la curabilité du cancer, à peine a-t-elle été par lui effleurée; aussi n'avons-nous rien à ajouter.

Dans la séance dernière se sont fait entendre les deux promoteurs du conflit.

M. Robert a été assez bref, probablement il se réserve, car nous ne lui avons presque rien entendu dire sur l'utilité du microscope, qu'il semble admettre implicitement. Il attendait que M. Velpeau exposât ses griefs contre l'instrument incriminé, et fournît les preuves de la curabilité en question.

Néanmoins, à défaut de sujet précis d'argumentation, il a pris à partie une statistique publiée dans le *Traité des maladies du sein*, statistique d'où il résulterait que M. Velpeau a constaté vingt fois la guérison radicale sur cinquante malades, tenues pendant un temps assez long en observation. Cette proportion, mise en regard des résultats acceptés par la majorité des chirurgiens anciens et modernes, lui a paru exorbitante, et il a cherché à démontrer, à l'aide d'arguments heureux, il faut le dire, que quelques erreurs de diagnostic avaient bien pu grossir le nombre des succès. C'est avec ses propres armes qu'il a combattu l'éminent chirurgien de la Charité. La grande discussion de 1844 sur les tumeurs fibreuses du sein lui a fourni des matériaux. Après cette critique, M. Robert s'est cru en droit de maintenir, comme au début, que la guérison radicale de l'encéphaloïde était au moins un fait fort rare.

En terminant, le savant praticien a déclaré, d'une manière explicite, qu'il fallait pour faire sortir la science de l'incertitude où elle se trouve, distinguer avec soin du cancer les tumeurs épithéliales, hypertrophiques et fibro-plastiques, qui ont avec lui des affinités incontestables, mais qui offrent aussi des différences tranchées quant à la structure, à l'évolution et au pronostic.

Ceci nous suffit pour pressentir dans M. Robert un appui impartial et éclairé.

On attendait la réponse de M. Velpeau; elle ne s'est point fait désirer, et l'Académie a entendu un de ces longs et intéressants discours auxquels elle est habituée en pareille occurrence. Réclamant sa part de fragilité humaine, l'orateur a décliné une infaillibilité dont son prédécesseur à la tribune l'avait malicieusement accusé. En disant qu'il ne se trompe jamais, M. Velpeau a voulu seulement dire que ses affirmations positives s'appliquent uniquement aux faits les plus tranchés, aux tumeurs types, et que, comme tout le monde, aujourd'hui comme autrefois, il reconnaît des cas difficiles, mal tranchés, des tumeurs intermédiaires, par leurs caractères, aux tumeurs malignes et bénignes, des nuances infinies comme il en existe entre les séries animale, végétale et minérale; ici l'erreur est permise, même les pièces à la main. Son diagnostic certes n'était pas aussi sûr, il y a dix ans, que maintenant; aussi nous a-t-il paru passer condamnation, sans trop de résistance, sur les objections faites par M. Robert à sa statistique.

Aux preuves d'incurabilité tirées des statistiques de Monro, de Mayo, de Boyer, de Mac-Farlane, il pourrait, dit-il, opposer des documents contradictoires; et il faisait sans doute allusion aux étonnantes assertions de Hill et de Flajani; mais il a déclaré, et en cela nous partageons complétement son avis, qu'il fallait faire table rase de ces documents anciens. C'est précisément ce que nous demandons, quand nous nous permettons d'élever des doutes sur les faits de cancers déclarés tels, sans que le microscope ait prononcé sur leur nature.

Après cette courte réplique, M. Velpeau, provoqué par les derniers mots du discours de M. Robert, a exposé sa pensée tout entière sur l'utilité du microscope, sur les avantages des distinctions pathologiques établies par les fauteurs de ce mode d'exploration, et sur le poids qu'avaient les recherches modernes dans la balance du pronostic et de la thérapeutique chirurgicale du cancer. A l'exception de quelques faits nouveaux, l'éminent chirurgien a reproduit, presque mot pour mot, la préface de son livre sur les maladies du sein. Nous avons pu nous convaincre, une fois de plus, que la jeune école avait en lui un rude antagoniste. M. Velpeau — et nous lui en savons un gré infini — a, dans son discours plus que dans son livre et dans son enseignement, adouci les angles de la polémique. Chacun a eu sa part d'éloges, et il a adressé à ses contradicteurs les mieux dessinés des qualifications flatteuses, que ceux-ci, de leur côté, lui ont toujours décernées.

Mais en regard de cette lance rompue en l'honneur de la courtoisie, nous avons pu voir l'intention bien arrêtée de démolir pierre par pierre l'édifice de cette école moderne, de contester les résultats mêmes fournis par le microscope, et surtout de récuser formellement son intervention dans la chirurgie et les déductions formulées par ses partisans en matière de pathologie générale et de classification.

Depuis 1830, M. Velpeau nous affirme qu'il a fait appel aux micrographes, qu'il a toujours favorisé une étude dans l'avenir de laquelle il avait foi; qu'aujourd'hui encore il les

engage à persévérer et à ne pas déserter leur cause : « *Il serait ridicule*, dit-il, *de ne pas se servir du microscope.* » Et il ajoute enfin que s'il *tourmente un peu* (*sic*) ces laborieux chercheurs, c'est pour stimuler leur zèle et faire qu'ils trouvent enfin quelque chose de mieux, de plus satisfaisant que ce qu'ils ont produit jusqu'à ce jour.

Il paraît, en effet, que le bagage scientifique du microscope est bien léger, puisque l'orateur termine son discours en disant que cet instrument n'a, jusqu'à ce jour, été d'aucune utilité dans l'étude des tumeurs, et en se demandant à quoi il sert réellement.

Que pouvons-nous conclure de tout ceci? C'est que M. Velpeau estime les micrographes, dont plusieurs sont ses élèves et quelques-uns presque ses amis; qu'il considère leurs efforts comme louables et leur tâche comme difficile, mais que jusqu'à ce jour leurs travaux ne lui ont rien appris qu'il n'ait su avant eux. Je dirai même qu'ils sont tombés, malgré ses avis, dans maintes erreurs ou exagérations qu'il avait su éviter.

Le discours de M. Velpeau est un long réquisitoire; s'il n'était mélangé d'encouragements et s'il était sans réplique, ce serait folie de remettre les yeux sur un oculaire. Qui oserait, en effet, persévérer dans la voie, si les publications si nombreuses de MM. Lebert, Robin, Broca, Paget, Bennett, Hannover, et tant d'autres, étaient complétement inutiles; si ces distinctions caractéristiques que M. Velpeau demande depuis si longtemps aux micrographes n'étaient pas même encore soupçonnées?

Nous n'avons, jusqu'à présent, esquissé que l'esprit général du discours de M. Velpeau. Ce discours renferme des faits et des doctrines. Nous citerons, parmi ces dernières, les opinions de l'auteur sur la valeur qu'il faut accorder à la division des tumeurs en homœomorphes et hétéromorphes, épithètes qu'il continue à confondre avec celles de bénignes et de malignes, puis une triade de propositions fondamentales et que je ne fais qu'énoncer ici.

1° La cellule cancéreuse n'est pas l'élément spécifique du cancer.

2° Cette cellule existe dans des tumeurs qui ne sont pas cancéreuses.

3° Elle manque dans de vrais cancers.

Sans parler de quelques faits de détail, comme la confusion entre les tumeurs fibro-plastiques, les enchondromes et les tumeurs panniformes, la bénignité accordée aux tumeurs vasculaires des os, etc., etc., nous rencontrons encore la définition suivante, quelque peu vague et discutable : *Le cancer est une maladie qui tue en rongeant les tissus.*

Toutes ces propositions seront plus fructueusement discutées dans les articles que nous nous disposons à publier plus tard.

M. Velpeau, qui combat depuis trente ans pour l'avénement de la vérité, ne saurait nous en vouloir, nous en sommes assuré, de l'ardeur que nous mettons à défendre nos convictions; c'est un honneur pour notre jeunesse d'avoir un adversaire aussi libéral, aux yeux duquel la discussion n'aura jamais le caractère d'une attaque. Si quelqu'un en doutait, nous le renverrions à la dernière phrase de la préface, qui renferme un défi d'émulation à tous ceux qui ont à cœur les progrès de notre belle science.

AR. VERNEUIL,
Agrégé à la Faculté de médecine.

EXPÉRIENCES SUR LA TRANSMISSION DU CHOLÉRA AUX ANIMAUX.

Nous nous sommes rendu jusqu'ici à un désir fréquemment exprimé par l'administration et par la presse elle-même, en ne nous occupant pas de la contagion du choléra. Nous nous y sommes rendu, non sans regretter que plusieurs de ceux qui insistaient le plus sur la convenance d'une abstention, au moins passagère, aient cru pouvoir, de leur côté, jeter la pierre aux contagionnistes. Ridiculiser, comme on l'a fait, une opinion aussi sérieuse, c'est provoquer à la défendre. Nous aurons, pour notre part, occasion de nous en expliquer. En attendant, nous ne laisserons point passer, sans les recueillir, quelques expériences faites récemment en Angleterre par un observateur distingué, dont nos lecteurs connaissent le nom. Il est à peine utile de dire que nous ne nous portons aucunement garant des résultats annoncés. Si nous les reproduisons, c'est qu'ils s'accordent avec des vues étiologiques qui sont les nôtres, et peuvent servir de point de départ à une expérimentation plus étendue et plus variée. Voici de quoi il s'agit :

Le docteur Lauder Lindsay a essayé de transmettre le choléra aux animaux de trois manières : 1° en les alimentant avec le produit des déjections et vomissements, et avec l'urine de malades parvenus à diverses périodes du choléra; 2° en alimentant, les uns avec du sang d'individus cholériques, ou tiré pendant la vie, ou extrait du cœur et des gros vaisseaux après la mort; les autres avec le sang des muscles et des viscères d'*autres animaux* atteints du choléra; 3° en les obligeant à inhaler les effluves des évacuations et du sang des cholériques, ou même des vêtements que ceux-ci avaient trempé de leurs sueurs.

Les deux premiers modes d'expérience n'ont donné aucun résultat. Mais par le troisième mode, le médecin de l'hôpital d'Edimbourg affirme avoir produit chez quatre chiens *tous les phénomènes spécifiques* du choléra. (Ce sont sans doute ces chiens *cholérisés* qui ont fourni le sang et les viscères mangés par d'autres.) Les caractères de l'affection cholérique ont été vérifiés sur le vivant et sur le cadavre, avec l'assistance de vétérinaires.

Nous le répétons, ces expériences méritent confirmation. On ne saurait surtout se montrer trop exigeant quant aux caractères des accidents éprouvés par les animaux; mais il est juste aussi de reconnaître que les résultats signalés se recommandent déjà par leur analogie avec ceux qu'ont donnés d'autres expériences entreprises sur le mode de transmission de maladies positivement et incontestablement contagieuses. Malgré quelques affirmations contradictoires, sans fondement bien assuré, il est avéré qu'en ingérant le sang et la chair d'animaux morts d'affections contagieuses, on s'expose bien aux accidents qui peuvent résulter de la mauvaise qualité de l'aliment, mais non à contracter la maladie. Tout le monde connaît la grande expérience de 1814, dans laquelle a été consommée, sans inconvénients sérieux, une grande quantité de viandes provenant de chevaux morts de fièvre charbonneuse. On se rappelle aussi que, lors de la grande épizootie qui a ravagé les basses-cours des départements de la Seine et de Seine-et-Oise, en 1851, M. Renault (d'Alfort) n'a jamais pu transmettre la maladie par la voie des intestins. Au contraire, la transmission avait lieu presque à coup sûr par l'inoculation de la plupart des humeurs, sang, bile, sperme, humeur aqueuse de l'œil, etc. M. Lauder Lindsay, à la vérité, ne paraît pas avoir eu recours à l'inoculation. Mais l'inoculation et l'inhalation se ressemblent fort sous ce rapport

essentiel, que l'un et l'autre font entrer la substance toxique dans l'organisme par les voies circulatoires. Et, d'ailleurs, il n'est pas douteux que les deux modes de transmissibilité n'aient appartenu à l'épizootie de 1851.

Quelques circonstances de cette épizootie justifient plus particulièrement le rapprochement qui précède et prêtent en même temps aux expériences de M. Lindsay un appui que leur petit nombre et leur isolement dans la science rendent assez opportun. C'était d'une affection *cholériforme* qu'étaient frappés, il y a quatre ans, les poulets, oies, canards, paons, pintades et lapins des environs de Paris (*Académie de médecine*, séance du 10 mai 1851), comme on l'avait vu déjà en 1832 et 1849. Le choléra des animaux est donc contagieux; il est donc transmissible par absorption veineuse. En second lieu, des expériences rigoureuses et multipliées ont démontré qu'il se transmet, non pas seulement de volaille à volaille, ou de volaille à lapin et réciproquement, mais de l'une ou l'autre de ces espèces au chevreau, au chien, au cheval. D'où il suit, d'une part, que le chien est réellement susceptible de prendre le choléra, conformément à l'assertion de M. Lindsay; de l'autre, qu'il peut le prendre d'une autre espèce que la sienne. Toutefois, sur ce dernier point, nous ne devons pas oublier que, dans les expériences de M. Renault, le mal n'a pas paru transmissible des animaux à l'homme, puisque deux de ses collaborateurs et lui-même, s'étant blessés aux doigts, ont pu continuer impunément à travailler les cadavres des animaux malades. Le serait-il de l'homme aux animaux, comme l'assure l'auteur écossais? C'est le cas d'employer la formule anglaise : *That is the question*.

Poser les termes de la question est, en effet, tout ce que nous désirons pour le moment, bien convaincu qu'elle mérite toute l'attention des esprits sérieux.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Valeur pathologique de la diarrhée dite prémonitoire.

Rapport lu à la Société médico-physique de Florence, dans sa séance du 3 septembre, par le docteur Lemmi, au nom d'une commission composée de MM. Tito-Landi, Gonelli et Lemmi (1).

Dans sa séance du 30 juillet, notre honorable président a bien voulu nous charger de déterminer, par des études précises, la valeur pathologique de la diarrhée dite prémonitoire du choléra-morbus; de rechercher, dans les contrées où elle a régné, le traitement qui a paru le plus efficace pour la combattre; de constater enfin la nature des affections gastro-entériques qui dominent actuellement en Toscane.

Quoique cette tâche ait paru tout d'abord très ardue à votre commission, elle ne s'est préoccupée que de la gravité des circonstances, et elle vient aujourd'hui vous présenter le résultat de ses investigations et de ses recherches.

Pour suivre dans les réponses l'ordre indiqué par les demandes, nous diviserons le sujet en deux parties.

La première sera spécialement consacrée à l'étude de la diarrhée prodromique.

La seconde contiendra l'examen de la nature des affections gastro-entériques régnantes.

Voici les questions que nous nous sommes posées :

1° Au moment de l'explosion d'une épidémie cholérique, et pendant son cours, existe-t-il une propension générale à la diarrhée?

2° Chez les cholériques, les manifestations successives de la maladie sont-elles toujours précédées d'une diarrhée prodromique?

3° Cette diarrhée, quand elle existe, a-t-elle une nature distincte des diarrhées que l'on observe communément; peut-on lui assigner des symptômes caractéristiques?

4° Cette supersécrétion est-elle simplement symptomatique, ou doit-on la considérer comme un phénomène critique?

5° Quel est le traitement qui a plus aisément triomphé de cette diarrhée; jusqu'à quel point, en la combattant immédiatement et convenablement, peut-on prévenir la transformation de l'affection en choléra cyanique?

1° *Dans les localités menacées ou envahies par le choléra, on constate toujours une propension générale à la diarrhée.* — Ce fait, sur lequel les travaux modernes ont plus particulièrement appelé l'attention des médecins, se trouve énoncé dans les descriptions de toutes les épidémies antérieures.

En Europe comme en Asie, tous ont observé la coïncidence de cette affection, qui s'étendait à toutes les classes de la Société, et qui, en faisant son apparition longtemps avant la présence de l'épidémie, formait dès lors le caractère essentiel de la constitution médicale régnante.

Le journal *The Lancet*, dans la statistique qu'il donne des cas de choléra épidémique traités en 1853 à Newcastle on Tyne, affirme que très peu de personnes ont été exemptes de dérangements d'entrailles.

Sur les 519 soldats qui composaient la garnison, 451 ont eu de la diarrhée.

Un régiment de 1,100 hommes, qui se trouvait à Colombo (île de Ceylan) à l'époque du choléra, n'a compté que 150 hommes en parfaite santé.

Dès 1832, le docteur Lemanon avait recueilli, dans le service du professeur Bouillaud, un certain nombre de cas, que l'un des premiers il avait désignés sous le nom de cholérine, et qui faisaient dire au savant professeur :

« La cholérine nous a présenté des phénomènes peu graves; et » si l'on peut dire qu'elle ne constitue pas le choléra algide qui » répand la terreur dans l'Europe entière, on conçoit facilement » qu'elle puisse en être le prélude. »

Quelques mois après, l'épidémie la plus violente régnait dans Paris.

Ce qui donne de la valeur à ces paroles, c'est que prononcées et publiées avant l'invasion du choléra, elles n'étaient pas le reflet d'une théorie préconçue.

En parcourant les ouvrages de médecine qui nous ont transmis les relations des épidémies qui ont tour à tour affligé les Indes, l'Angleterre, l'Allemagne, la Russie, la France, l'Italie, etc., on constate clairement la manière d'être de ces flux ou évacuations entériques.

1° Ils ont précédé de quelques mois, et même de deux années, la manifestation cholérique (diarrhée préépidémique).

2° Ils se sont mêlés au choléra, au point de n'épargner aucun des individus compris dans la périphérie épidémique.

3° Ils ont été très fréquents et se sont étendus, à une certaine distance, dans les pays environnants (diarrhée épidémique).

4° Ils ont survécu de quelques jours à la disparition de l'épidémie cholérique (diarrhée postépidémique).

Vous connaissez tous les leçons cliniques faites, en 1835, par notre illustre maître, le professeur Bufalini, qu'il résumait en ces termes : « On dirait qu'il domine une constitution épidémique et stationnaire de choléra, dont les effets se manifestent à des degrés divers, en rapport avec la coopération d'autres causes congénères, c'est-à-dire de flux entériques, parfois semblables aux diarrhées

(1) Nous avons cru devoir insérer *in extenso* un document qui, outre son intérêt d'actualité, a l'avantage de présenter une opinion collective et d'un poids considérable. Nous devons dire toutefois que nous faisons nos réserves sur quelques points, particulièrement sur les vues émises au troisième paragraphe relativement à la valeur de la diarrhée dite prémonitoire. A. D.

communes que l'on observe pendant la saison d'été, parfois analogues à ces flux abondants et terribles qui se rapprochent des symptômes caractéristiques du choléra asiatique. »

Un homme justement célèbre, le professeur Pucinotti, voulut combattre ces idées; il prétendit alors qu'à Livourne comme à Florence le choléra-morbus avait fait son apparition pendant que les conditions de la santé publique étaient les plus heureuses, pendant qu'aucun phénomène précurseur n'indiquait une disposition fâcheuse de l'organisme. Mais tous les médecins toscans ont été à même de vérifier la proposition du professeur Bufalini; et dans l'épidémie actuelle l'honorable docteur Beghé nous affirme que, plus de dix-sept jours avant l'apparition du choléra à Livourne, la ville était infestée d'affections entériques, de coliques, de flux intestinaux de toute nature.

Ces considérations sont propres à appuyer notre première conclusion : qu'en général, à l'approche de l'épidémie cholérique et pendant son cours, il règne dans l'organisme une propension à la diarrhée.

2° *La diarrhée est-elle un prodrome constant de l'attaque cholérique?* — Des faits nombreux nous portent à répondre :

C'est un prodrome fréquent, très fréquent, mais non constant.

Les écrivains les plus recommandables ont de tout temps mentionné cette circonstance, qui a conduit les modernes à nommer cette diarrhée *prémonitoire*. M. Macloughlin rapporte que pendant l'épidémie de Londres, en 1849, sur 3,902 cas de choléra, toujours on a observé la diarrhée; si parfois elle ne datait que de quelques heures, dans d'autres cas elle remontait à des jours entiers, à des semaines.

De juillet 1853 à février 1854, sur 878 décès de choléra, 21 seulement ont été déclarés comme foudroyants, et M. Macloughlin conserve encore des doutes sur l'authenticité du fait.

Le docteur Guérin déclare aussi que la diarrhée prémonitoire ne fait jamais défaut, puisqu'il dit :

« Les cas de choléra foudroyant sont les manifestations ultimes d'une maladie inconnue dans son origine. »

Quant à nous, nous ne pouvons faire table rase d'un nombre assez considérable de morts instantanées, observées à toutes les époques, par les médecins les plus recommandables des diverses écoles; et, quoique l'on n'eût pas donné à ce phénomène l'importance pathologique qui lui est justement accordée aujourd'hui, il n'avait cependant pas échappé aux minutieuses investigations de Joseph Brown et d'Annesley.

Les renseignements que nous avons recueillis à Livourne constatent aussi que si la diarrhée prémonitoire n'a pas été constante, elle a été du moins excessivement fréquente; sa durée a varié d'un jour à une et deux semaines.

Voici le résultat statistique publié par M. Barwell dans *The Lancet* du 4 février 1854 :

Attaque subite de choléra				8
Diarrhée prémonitoire datant de moins de			10 heures	19
—	—	—	de 24 heures	23
—	—	—	de plusieurs jours	35
			Total	85

3° *Cette diarrhée prémonitoire offre-t-elle des caractères assez spéciaux et assez constants pour la différencier pratiquement et scientifiquement des flux entériques ordinaires?* — Rien de plus indispensable pour le praticien que la recherche et la détermination des caractères qui établiront le diagnostic différentiel de cette diarrhée prémonitoire.

Les auteurs des premières descriptions de la maladie ont complétement négligé cette étude. Les travaux publiés en France et en Angleterre, dans ces derniers temps, ont apporté plus de lumière dans la solution de la question; aussi la commission a-t-elle profité de leurs enseignements; et, après les avoir mis en rapport avec ce qu'elle a observé dans l'épidémie qui règne actuellement à Livourne, elle croit devoir dire :

La diarrhée débute d'abord (probablement en raison des causes efficientes et de l'état des premières voies) par l'émission de matières fécales et bilieuses; plus tard elle prend l'aspect séreux, lactescent, floconneux, qui la rapproche de la décoction de riz, et qui en constitue le caractère permanent essentiel.

Souvent, et sans cause appréciable, les selles séreuses, inodores, abondantes, fréquentes, entrent immédiatement en scène et s'accompagnent de borborygmes, de gargouillements intestinaux.

Le docteur Guérin affirme que ces phénomènes préexistent à tous les autres; selon lui l'inappétence, les éructations, les nausées, les vomissements n'apparaissent que postérieurement; ces symptômes sont suivis par les douleurs d'entrailles, les crampes, les céphalalgies, le refroidissement, la prostration des forces, les lipothymies.

Voilà l'ensemble des caractères qui donnent à la diarrhée prémonitoire une physionomie distincte; toutefois, il se manifeste dans sa manière d'être des modifications capables d'en rendre pratiquement la constatation difficile.

Tantôt les matières évacuées ne prennent l'aspect riziforme que lorsque le choléra est parfaitement confirmé; tantôt il ne survient pas de crampes, de douleurs névralgiques, pendant la diarrhée: celle-ci est essentiellement suspecte, quand il n'y a pas d'inappétence, que la bouche n'est pas pâteuse, que les selles abondantes et fréquentes, non douloureuses, sont précédées par des gargouillements.

Voilà comment le docteur Tholozan décrit ces modifications :

Cette localisation intestinale, cette diarrhée prodromique, revêt des caractères différents suivant les individus et l'intensité de la maladie. Il est des cas dans lesquels elle ne se révèle que par quelques selles demi-liquides, sans coliques, sans borborygmes, sans gargouillement ni crépitation intestinale. Il en est d'autres dans lesquels tous ces phénomènes existent, et où il y a, en sus, des selles liquides plus ou moins abondantes, plus ou moins caractéristiques, des douleurs intestinales variables. Dans ces cas, la percussion de l'abdomen donne, à peu de chose près, la résonnance normale. Dans un troisième degré, la palpation et la percussion de l'abdomen donnent des résultats spéciaux, qui rapprochent ces cas du choléra confirmé. C'est, d'une part, la rétraction légère du ventre avec état pâteux; d'autre part, une diminution notable de la résonnance.

Ces signes constituent une indication importante pour le pronostic et permettent bien de saisir les rapports qui unissent ces diarrhées aux choléras confirmés. On voit ainsi les affinités devenir de plus en plus marquées, à mesure que l'on s'élève des cas légers aux cas intenses, de telle sorte qu'entre le dernier degré de ces diarrhées épidémiques dont nous parlons et les choléras légers, il est impossible d'établir une distinction nosologique bien fondée.

La commission adopte complétement ces idées du docteur Tholozan; elle ne voit, dans la diarrhée prodromique qui se présente à l'approche de l'invasion du choléra, et dans le choléra confirmé, que les divers degrés d'une seule et même affection épidémique; elle s'explique de cette manière leurs ressemblances, leur constante promiscuité, leur facile transmigration.

Le flux intestinal n'est que l'un des phénomènes de la maladie; seulement, comme il est le plus facile à constater, il a donné son nom à la maladie elle-même.

Nous devons actuellement nous demander :

1° Comment se guidera le médecin dans son diagnostic, lorsqu'il ne pourra pas trouver l'ensemble des phénomènes de la diarrhée prémonitoire?

2° Après le diagnostic, comment pourra-t-il déterminer si cette diarrhée, qui porte l'empreinte du génie épidémique, sera suivie ou non de la manifestation du choléra algide?

Pour le premier point, le jugement du praticien devra s'appuyer sur des recherches minutieuses, sur une élimination intelligente des phénomènes étrangers à l'influence épidémique. C'est ainsi que, vivant, comme nous le faisons depuis plusieurs années, sous une constitution épidémique permanente de fièvre miliaire, nous pouvons la diagnostiquer après avoir éliminé des causes congénères, en voyant seulement un peu d'inquiétude, de l'insomnie, de l'agitation, une odeur particulière de la transpiration.

Pour répondre à la seconde question, nous trouvons dans les auteurs peu de renseignements. Notons, toutefois, que le docteur Wahu a indiqué le gargouillement à gauche comme signe différentiel, et que le docteur Gossement donne de l'importance à l'opacité de la cornée, à sa couleur qui se rapproche de celle du parchemin, comme signe précurseur du choléra confirmé. Nous avons enregistré ces opinions à titre de documents historiques.

4° *L'existence de la diarrhée prodromique étant parfaitement établie, ainsi que l'identité de sa nature avec celle du choléra confirmé, quelle valeur doit-on accorder au flux intestinal lui-même? Est-il simplement symptomatique? Doit-il être regardé comme la manifestation d'une crise?* — Nous chercherons à résoudre cette quatrième question en dehors des théories.

Beaucoup d'honorables praticiens avaient observé que, lorsque le flux bilieux faisait partie des prodromes cholériques, loin de le supprimer, il fallait au contraire en faciliter l'expulsion, et ils administraient à cet effet les purgatifs.

Quand les selles fréquentes et abondantes ont un aspect séreux riziforme, il importe de les arrêter immédiatement, jusqu'au moment où l'aspect bilieux reparaîtra dans les matières évacuées. Ce fait de bon augure démontre que l'organisme rentre dans l'état normal. Des auteurs, entre autres le docteur Guérin, voyant toujours dans la diarrhée prémonitoire un caractère critique, établissent en principe qu'il faut constamment la respecter, alors même qu'elle revêtirait un aspect séreux.

« La diarrhée prémonitoire, dit M. Guérin, n'est pas toute la période prodromique : c'est un phénomène d'élimination; la diarrhée est une crise : l'intestin est une voie par laquelle est expulsé l'élément toxicholérique. Par elle-même, sans la douleur, sous la forme de sécrétion aqueuse, sans perte d'appétit, de sommeil, elle représente une fonction accidentelle..... Favoriser l'élimination cholérique et protéger l'organisme contre les attaques de ce travail éliminatoire, voilà les deux bases du traitement rationnel de la cholérine.

A l'appui de sa manière de voir, M. Guérin établit :

1° Que, chez le plus grand nombre des malades qui ont eu la diarrhée supprimée, on a constaté tous les autres symptômes de la période prodromique ;

2° Que, chez eux, la suppression de la diarrhée ne les a pas mis à l'abri du choléra confirmé ;

3° Qu'en général, après cette prétendue guérison, ils restaient longtemps convalescents.

Toutefois, M. Guérin lui-même est forcé d'admettre que, chez un grand nombre, la guérison a été complète, rapide, radicale. Un pareil résultat ne peut être d'accord avec la nature éliminatrice et critique de la diarrhée prémonitoire.

Un mouvement critique de la nature, quel qu'il soit, ne peut pas se supprimer impunément pour la santé des malades.

Les bons effets de la médication auxiliaire, le repos, la diète, la chaleur, que M. Guérin considère comme étant de nature à favoriser les évacuations intestinales, rentrent, pour votre commission, dans un ordre d'idées tout à fait opposé. Pour nous, ces adjuvants placent l'organisme dans les conditions d'autres crises salutaires; ils tendent à rappeler à l'extérieur l'activité organique; ils aident et favorisent l'action des opiacés, des émollients, des astringents, sur le tube gastro-intestinal.

Aussi, nous nous croyons autorisé à admettre que la diarrhée ne présente un caractère critique que lorsqu'elle a des apparences bilieuses; du moment qu'elle est séreuse, d'aspect riziforme, elle ne peut plus constituer un phénomène de crise, d'élimination.

5° *Quel est le traitement le plus efficace pour combattre la diarrhée prodromique? En la traitant convenablement, quelles chances a-t-on d'arrêter les manifestations successives de la maladie?*

Dès que la diarrhée prémonitoire envahit une contrée, tous les médecins sont d'accord pour proclamer la nécessité et l'utilité des grandes mesures d'hygiène que l'on met en œuvre dans toutes les épidémies, et qui ont pour but de conserver l'organisme dans l'état de santé le plus favorable.

Quand on aborde la partie purement thérapeutique du traitement, on trouve dans les auteurs les opinions les plus exclusives et les plus opposées. Toutes, cependant, se basent sur des faits pour préconiser les émissions sanguines, les lénitifs, les astringents, les toniques, les excitants, les purgatifs, les émétiques, les narcotiques, les bains, les rubéfiants, les épispastiques, sans compter la série interminable des remèdes éclos dans l'esprit des commères et des empiriques.

La commission rejette tout d'abord la possibilité d'un remède spécifique.

Pour elle, il n'y a de salut que dans un traitement symptomatique rationnel, traitement déterminé par l'étude clinique des divers cas en rapport avec les constitutions médicales régnantes et les éléments morbides prédominants.

Les émissions sanguines ne comptent qu'un nombre très limité de partisans; tous n'admettent pas la nature phlogistique du choléra, et plusieurs praticiens se bornent à combattre par quelques sangsues l'état pléthorique de certains organes; ils ne négligent pas les cataplasmes émollients et les bains.

Les purgatifs, au contraire, ont été souvent préconisés; les diverses préparations salines et les huiles, y compris celle de croton tiglium, ont été administrées avec succès.

Au début, les purgatifs peuvent et doivent réellement réussir, parce qu'ils attaquent l'élément bilieux; mais, dès que la diarrhée revêt son aspect caractéristique, nous ne pouvons admettre leur efficacité.

A Livourne, dit le docteur Beghé, les purgatifs, dans le cas où ils étaient le mieux indiqués, ont donné lieu à des supersécrétions abondantes et immodérées que nous avons dû combattre instantanément.

Les Anglais font grand cas de la rhubarbe et du calomel.

Les émétiques, et spécialement l'ipécacuanha, sont très utiles pour provoquer une réaction à la peau, augmenter l'activité du foie, débarrasser l'estomac des matières indigestes, tempérer le mouvement péristaltique.

Les préparations opiacées sont généralement admises par tous les praticiens. A Livourne on les a proclamées le remède souverain, soit que l'opium fût administré seul, soit qu'il fût uni à d'autres substances astringentes.

Les poudres de Dower (opium et ipécacuanha) ont fourni d'excellents résultats.

On a constaté aussi l'utilité de la décoction de pulpe de tamarin additionnée de quelques gouttes de laudanum.

Il ne faut pas, cependant, abuser de ces agents thérapeutiques, de crainte d'engendrer l'inertie et la faiblesse du tube gastro-intestinal.

Les toniques, les astringents et les excitants répondent à des indications spéciales.

M. Chilty emploie avec succès le cachou en boisson et en lavements. Il l'associe tantôt à l'opium, tantôt à l'éther et à l'ammoniaque.

MM. Reevel et Mitchell recommandent l'acide sulfurique et l'acide nitrique.

M. Cormack a constaté l'efficacité de l'acide sulfurique, de l'acétate de plomb, de la créosote, du nitrate d'argent.

M. Sproston préconise une mixture composée d'acide sulfurique, sirop de pavot, acétate d'ammoniaque et eau de menthe.

Nous rappellerons le sulfate de quinine, conseillé par M. Mandl dans les diarrhées prodromiques qu'il a observées en Hongrie, en Allemagne et sur les bords du Danube.

Cette série d'agents thérapeutiques ont été plus ou moins bien accueillis par l'expérience; ils n'offrent rien qui répugne à l'étude clinique, et ils peuvent répondre à des besoins réels de la maladie. Toutefois, il ne faut pas négliger, pendant leur administration, certaines précautions hygiéniques, certains soins prophylactiques, comme la diète, les boissons froides, les massages avec la flanelle, les frictions stimulantes, les sinapismes, etc., etc.

Ces moyens curatifs ne constituent pas un mode de traitement unique et toujours le même. En relation avec des éléments morbides divers, ils ne peuvent être employés ni contemporanément, ni indistinctement les uns pour les autres.

Le médecin seul pourra choisir celui qui convient le mieux au cas clinique spécial qu'il aura sous les yeux.

En tout état de cause, il répudiera les prescriptions par trop hardies et par trop dangereuses.

Quand on entreprendra le traitement immédiatement et d'une manière convenable, on aura beaucoup de chances pour triompher de la diarrhée et prévenir la manifestation cholérique.

La commission entre ici dans quelques développements pour déterminer la nature des affections gastro-entériques qui dominent actuellement en Toscane, et termine par les conclusions suivantes :

1° Au moment de l'explosion des épidémies cholériques, et pendant leur durée, il existe, dans la contrée infectée et dans ses environs, une tendance, une propension générale à la diarrhée.

2° Si la diarrhée n'est pas un prodrome constant du choléra-morbus, elle est tout au moins un prodrome excessivement fréquent.

3° Cette diarrhée prodromique possède des caractères spéciaux qui la différencient des flux entériques ordinaires, et qui en rapprochent la nature de celle du choléra-morbus.

4° On ne connaît pas de signes caractéristiques pour déterminer si la diarrhée peut ou non dégénérer en choléra.

5° Il est impossible de donner au flux séreux de la diarrhée prodromique la valeur d'une manifestation critique ou éliminatoire.

6° Il n'existe pas de remède spécifique pour le combattre. Le traitement indirect seul, appliqué sagement et opportunément, donne des résultats favorables.

CAS DE CHLOROFORMISATION SUIVIE D'ACCIDENTS GRAVES ; GUÉRISON, par M. DUPRAZ et M. DIDAY.

Madame D... était depuis six semaines à Évian, où elle avait été envoyée pour un affection calculeuse, lorsque, le 18 juillet 1854, vers neuf heures du soir, elle fut prise d'un ensemble de symptômes caractérisant une crise hystérique, mais accompagnée de phénomènes tout particuliers. Souffrant, depuis plusieurs années déjà, d'une maladie de matrice traitée par des cautérisations multipliées, madame D... avait souvent éprouvé les douleurs névralgiques que de semblables lésions suscitent. A plusieurs reprises il était survenu des accès hystériformes plus ou moins intenses, avec irradiations nerveuses dans les flancs, les aines, les reins; plusieurs fois aussi, la gravelle lui avait occasionné de véritables coliques néphrétiques ; tous états qu'elle savait fort bien distinguer entre eux.

Mais la crise du 18 se présenta sous un aspect entièrement différent. Les douleurs, ayant leur siége fixé dans l'utérus, s'accompagnaient d'envies de *pousser* et de contractions de la matrice et des parois abdominales violentes, tout à fait analogues à celles dont se compose le travail de l'accouchement. La malade, jeune femme de vingt-six ans, mère de deux enfants, fut la première à signaler l'identité de cette espèce de souffrances avec celles de la parturition; et, pour le spectateur, qu'il fût médecin ou non, la ressemblance était saisissante.

Et cependant il n'y avait pas grossesse. La menstruation avait été régulière jusque-là. La dernière époque, parfaitement naturelle, datait de trois semaines. D'autre part, la malade avait, il est vrai, été traitée pour une affection utérine ; mais il ne s'était agi, selon son médecin, que de granulations du col : jamais on n'avait ni reconnu, ni soupçonné l'existence d'un polype. D'ailleurs, la veille même, les parties avaient été examinées par celui de nous qui dirigeait actuellement le traitement, M. Dupraz, et il avait reconnu que le col était mou, souple, sans altérations visibles, légérement entr'ouvert. La matrice, dans une antéversion modérée, paraissait n'avoir qu'un volume normal.

Depuis l'invasion des symptômes, les douleurs suivirent en intensité une progression rapidement croissante, et qu'aucun des calmants usités en pareil cas ne parvint à enrayer. Haletante, ne répondant à aucune question, la malade se tordait sur son lit. De cinq en cinq minutes environ, un spasme général se déclarait, durant lequel les efforts visibles pour pousser, la tension du ventre, désignaient clairement le siége et la nature des douleurs. Pendant ces paroxysmes, madame D... saisissait machinalement, comme pour s'en faire un point d'appui, les mains qu'on lui tendait, et elle ne laissait échapper d'autres mots que ceux-ci : « Accouchez-moi ! les fers ! les fers ! » A chaque instant la contraction universelle prenait tant de force, que la malade, retenue avec beaucoup de peine par trois personnes sur son lit, ne le touchait littéralement plus que par l'occiput et par les talons. Le col était dans le même état, c'est-à-dire sans aucune trace appréciable de lésion organique.

Réunis en consultation le 19, à quatre heures et demie du matin, nous dûmes nous préoccuper sérieusement de cette situation. Autant une crise hystérique simple alarme peu l'homme de l'art, autant celle-ci nous inspirait d'inquiétudes. Sans précédents dans le passé de la malade, sans cause récente qui pût l'expliquer, elle durait depuis plus de sept heures, ne faisait qu'augmenter de violence, avait résisté aux moyens qui réussissent dans des cas à peu près semblables ; et, de plus, aucune indication positive n'apparaissait susceptible de nous conduire à modifier matériellement les conditions étiologiques de cet état. Ce fut donc avec confiance que nous adoptâmes l'idée d'employer non pas la chloroformisation *chirurgicale*, mais celle qui se pratique dans les accouchements, atténuant la sensibilité sans la détruire, n'allant jamais jusqu'à la perte complète de connaissance, le chloroforme *à la reine*, en un mot, ainsi qu'on le dit maintenant en Angleterre. Notre résolution fut communiquée au mari, homme sérieux et intelligent, qui y donna son assentiment.

Nous opérâmes de la manière suivante. L'un de nous, M. Diday, se tenant à la tête du lit, versa du chloroforme, 5 à 6 gouttes à la fois seulement, sur un mouchoir plié comme on le tient habituellement à la main ; puis il l'approcha peu à peu des narines de la malade, d'assez loin d'abord, puis de plus en plus près, mais sans jamais le rapprocher à une distance moindre de 5 centimètres, et en ayant soin de laisser toujours entièrement libre l'orifice de la bouche ainsi que celui des narines. L'agitation de la malade faisant souvent cesser ces rapports déjà éloignés des narines avec le mouchoir, diminuait notablement la quantité de vapeur réellement inhalée. Au bout d'un quart d'heure, 10 grammes de chloroforme avaient été consommés de cette manière et sans le moindre résultat ni pour la sensibilité tactile générale, ni pour l'état du pouls (un peu accéléré et assez fort), ni pour la sédation des douleurs.

Après cinq ou six minutes d'interruption, l'inhalation fut recommencée de la même manière ; mais, au bout de deux minutes, la scène changea avec une instantanéité effrayante. Madame D..., qui, le moment, la seconde d'auparavant, s'agitait encore avec la même force, sans ressentir aucun effet du chloroforme, tombe brusquement dans une résolution complète ; et celui de nous qui lui maintenait la tête la sent soudainement s'incliner de côté, cessant absolument d'être fixée par les muscles du cou. Le danger est aperçu sitôt qu'il s'est montré. Le pouls, exploré immédiatement, bat avec la même force, la même régularité ; mais la respiration est complétement abolie.

Nous portons la malade sous un courant d'air vif ; des frictions énergiques sont exercées sur la poitrine ; on approche l'ammoniaque des narines, on en introduit même jusqu'au fond des fosses nasales avec une plume ; on jette de l'eau froide sur la face et la poitrine. L'immobilité, l'insensibilité persistent. En entr'ouvrant les paupières, on trouve le globe de l'œil tourné en haut.

Voyant l'insuccès de ces premières tentatives, nous commençons l'inspiration artificielle, bouche à bouche, en fermant les narines, et en exécutant une pression méthodique sur le thorax après chaque insufflation. Pendant ce temps, les frictions sont continuées, l'ammoniaque est fréquemment rapprochée des ouvertures respiratoires ; on en applique même sur la région du cœur, comme vésicant. Mais tout demeure inutile. Une heure et quart s'est déjà écoulée depuis le début des accidents. Et pendant ce temps, horriblement long pour la famille, pour nous, pas une inspiration naturelle n'a eu lieu, pas le moindre signe de vie n'est manifesté. Bien au contraire, la face a peu à peu perdu sa coloration, les extrémités se sont refroi-

dies, le pouls a faibli à un degré alarmant; et dès qu'on cesse quelques minutes l'inspiration artificielle (pour en observer les résultats), les pulsations radiales et cardiaques semblent sur le point de s'éteindre.

Plus soutenus par le devoir que par l'espérance, nous ne voulûmes point abandonner une tâche dont nous commencions cependant à envisager avec angoisse la stérilité probable et la fin trop prochaine. Avec le concours du mari, aide aussi ferme que dévoué, nous nous relevons alternativement pour que la régularité de l'insufflation ne souffre point de notre fatigue; nous promenons des allumettes en ignition sur la peau de l'épigastre. Bientôt — mais au bout d'une heure et quart seulement, nous devons le répéter — une respiration naturelle succède à celles que nous exécutions. Au bout de quelque temps, nous en obtenons deux consécutives, puis trois; mais ce nombre n'est point dépassé, et si l'on suspend l'insufflation, la malade, après une, deux, très exceptionnellement trois inspirations assez profondes, retombe dans son état d'inertie. L'un de nous, M. Dupraz, a alors l'heureuse idée d'appliquer sur les parois thoraciques une cuiller plongée dans l'eau bouillante. Pour moins perdre de temps, nous songeons à la remplir d'alcool enflammé et à la promener sur la poitrine. Ainsi concerté entre nous, ce procédé complète en quelques minutes l'effet insuffisant et tardif des précédents. Voici, pour l'instruction de ceux qui se trouveraient en semblable position, comment nous l'appliquâmes.

L'alcool brûlant dans la cuiller, celle-ci était vivement portée en contact avec la peau de la paroi pectorale. On avait soin de répéter cette manœuvre régulièrement un instant après la fin de chaque expiration provoquée ou naturelle, afin de solliciter au moment le plus utile la suivante à s'accomplir spontanément. Effectivement, la douleur causée par ce stimulant décidait quelquefois un mouvement d'aspiration. Pendant près de dix minutes, nous dûmes continuer à déterminer la respiration par ce moyen; car, à plusieurs reprises, dès que nous avions cru pouvoir le cesser, la fonction respiratoire s'était de nouveau abolie. Mais, enfin, la victoire nous resta, et la malade reprit l'aspect d'une personne endormie, respirant selon le rhythme normal. Nous regardâmes alors la pendule: il était sept heures et demie. La chloroformisation avait commencé à cinq heures précises. La respiration avait été *nulle* pendant une heure et quart, puis vacillante et indécise pendant une demi-heure environ.

Les suites furent simples et heureuses. Après un assoupissement de deux heures, madame D... reprit ses sens. L'alcool n'avait agi nulle part que comme rubéfiant.

Réflexions. Le chloroforme avait l'odeur de celui qui est pur de toute substance étrangère. Il provenait d'ailleurs d'une des premières maisons de droguerie de Lyon. Nous l'essayâmes ensuite avec le papier de tournesol: il ne le rougit nullement. Nous devons dire cependant qu'une solution de nitrate d'argent le précipita partiellement sous forme de flocons globuleux demi-opaques.

Le point capital, la circonstance essentielle de ce fait est la persistance de la circulation, et, au contraire, l'abolition bien marquée de la respiration, comme phénomène primordial. Deux théories, on le sait, expliquent la mort à la suite de chloroformisation, l'une par l'asphyxie, l'autre par la syncope. Certes, l'hésitation ne serait plus permise entre elles, si tous les cas ressemblaient à celui que nous venons de décrire. Pour nous, néanmoins, nous ne pensons point qu'il en doive être ainsi. La brusque et complète suspension du pouls a été si souvent constatée au moment fatal, que nous ne saurions contester l'exactitude de ce qui a été avancé par tant d'excellents observateurs, sur l'influence de la syncope comme point de départ le plus ordinaire des accidents qui menacent alors l'existence.

Seulement, cette confiance que nous accordons sans arrière-pensée aux observateurs qui nous ont précédés, nous la réclamons naturellement pour nous-mêmes, quand nous affirmons que, chez notre malade, exceptionnellement, si l'on veut, mais très certainement, les pulsations du cœur et de la radiale ont, sans aucune interruption, continué, bien que la respiration spontanée eût cessé. Mais cette différence, dira-t-on, ne crée point à la théorie de la syncope de difficulté sérieuse, puisqu'il ne s'agissait ici que d'accidents terminés par guérison, et par conséquent peu graves!... Ceux à qui ce drame est aujourd'hui raconté dans le style décoloré d'une observation clinique, trouveront peut-être cette objection fondée. Mais ce que nous pouvons dire, nous, quoique habitués aux plus émouvantes des scènes que la chirurgie fait passer sous les yeux du praticien, c'est que le souvenir de cette malheureuse femme, inanimée, sans le plus léger signe de vie, se refroidissant graduellement sous nos yeux, malgré tous les secours, ne s'effacera jamais de notre mémoire, que jamais on ne nous persuaderait que le danger d'où l'art a su la tirer, après l'y avoir mise, ne fût pas extrême. On verra là, si l'on veut, une espèce différente, une variété spéciale des accidents que le chloroforme peut occasionner. Mais, à nos yeux, ce ne serait point par le défaut de gravité qu'elle se distinguerait de l'autre.

Quelques personnes, à qui ce fait fut communiqué, hésitèrent à croire que la respiration ait pu faire défaut aussi longtemps, quoique le pouls continuât à battre. « Des mouvements respiratoires imperceptibles ont eu lieu à votre insu, » nous ont-elles dit. D'abord, il faut observer que le pouls commença à se ralentir et à s'affaiblir sensiblement au bout de la première demi-heure. En second lieu, on devra, pour s'expliquer la longue persistance de la circulation, tenir compte de ce fait, que la respiration artificielle fut établie dès les premiers moments, un quart d'heure environ à partir du début des accidents. Mais, quant à l'absence complète de toute respiration naturelle pendant une heure et quart, nous affirmons qu'il en a été ainsi. Trois personnes aussi intéressées que le mari et nous à épier le retour de cette fonction, en interrogeant sans cesse et de près les moindres indices, soit par l'examen direct de la poitrine, soit avec un miroir placé devant la bouche, à la lumière d'une croisée immédiatement ouverte sur la malade, n'ont pu se tromper sur un point aussi important.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Chirurgie. — *Relation d'une opération césarienne pratiquée pour la seconde fois sur la même femme avec un succès complet*, par M. *Stoltz*. (*Comm.*, MM. Andral, Velpeau, Rayer.) Ce mémoire devant être prochainement suivi d'un autre qui en formera comme le complément, les Comptes rendus se bornent aujourd'hui à reproduire le titre de cette première présentation.

Médecine. — *Diverses communications relatives au choléra*, entre autres un recueil de nouvelles observations par M. *Boubée* relativement à la *marche géologique du choléra*, et desquelles il résulte que le *terrain diluvien* exerce une influence très puissante sur le développement de cette maladie.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 10 OCTOBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance (1).

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet: *a*. Les produits d'évaporation des eaux de Plombières. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Un rapport d'épidémie de variole de M. le docteur *Mouret*, d'Yssengeaux. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Deux nouvelles recettes contre le choléra. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Communications de: *a*. M. *Renault*, directeur de l'école d'Alfort

(1). *Erratum*. Dans le discours de M. *Gerdy* (compte rendu de la dernière séance), page 926, 24e ligne, au lieu de Thompson, lisez *Hogdson*.

(invitation à la distribution solennelle des prix de cet établissement). — *b*. M. le docteur *Lachaise* (tableaux des cas de choléra observés dans le département de l'Aube). — *c*. M. le docteur *Orliac*, d'Agen (découverte d'une source d'eau sulfureuse à Royan). — *d*. M. le docteur *Pigeon* (le choléra des auteurs est au choléra considéré *ab ovo* ce que l'incendie est à l'étincelle). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *e*. M. le docteur *Girard*, correspondant à Auxerre (note sur l'invasion et la marche du choléra dans l'asile d'Auxerre). (*Commission du choléra de* 1854.) — *f*. M. le docteur *Gosseaume*, de Chatenay (efficacité de la *renouée des oiseaux*, *Polygonum aviculare*, dans le traitement du choléra). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *g*. M. le docteur *Llau*, de Langerberg (découverte des préservatifs et remèdes infaillibles contre le choléra-morbus). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)—*h*. M. le docteur *Dumas*, de Villegailhenc (études sur le choléra dans cette localité). (*Commission du choléra de* 1854.) — *i*. M. le docteur *Vriès* (nouveau moyen de guérison de l'éléphantiasis et du cancer).—*j*. M. le docteur *Mathysen* (de l'appareil plâtré et de son application pour fracture, avec figures lithographiées. (*Comm.*, MM. Larrey, J. Cloquet, Gerdy, *rapporteur.*) — *k*. M. le docteur *Dehous*, de Valenciennes (appareil destiné à former le mamelon chez les femmes enceintes). (*Comm.*, M. Cazeaux.)—*l*. M. le docteur *Forget*, de Strasbourg [aperçu clinique sur la phthisie calculeuse primitive (non tuberculeuse)]. (*Comm.*, M. Barth pour un rapport verbal.)

M. *Jobert*, président, annonce que M. le docteur *Clot-Bey*, associé régnicole, est présent à la séance.

Curabilité du cancer (*discussion*). — M. *Robert*. Je n'ai pas pris la parole dans la dernière séance, parce que je pensais qu'il était convenable que M. Velpeau montât à la tribune avant moi, puisque c'est lui qui avait saisi l'Académie de la question du cancer. D'ailleurs, je ne savais pas sur quel point de cette vaste question ce savant collègue voulait engager la discussion, et j'étais bien aise de l'entendre parler le premier. En dehors de cette enceinte, j'ai eu un entretien avec M. Velpeau, et j'ai cru comprendre qu'il désirait engager plus particulièrement le débat sur la *curabilité du cancer*. Le langage de M. Velpeau m'a fait clairement comprendre qu'il ne partageait pas mon opinion en pareille matière, et qu'il croyait à la possibilité de la guérison du cancer. Je pense, au contraire, que cette affection est le plus souvent incurable, et qu'il n'existe pas actuellement dans la science d'exemple parfaitement avéré de guérison confirmée. M. Velpeau, dans son *Traité des maladies du sein*, cite 250 observations de malades qui ont survécu à l'opération : 100 d'entre ces malades ont été perdues de vue au bout d'un an, 50 au bout de deux ans; d'autres au bout de cinq ans. L'auteur omet de dire si, parmi ces dernières, quelques-unes ont été prises de récidive. 50 malades seulement sont demeurées en observation sous les yeux mêmes de M. Velpeau, et 21 d'elles sont restées guéries depuis cinq, vingt et même trente ans. M. Velpeau croit pouvoir conclure de ce long délai à une cure radicale, à une guérison confirmée.

J'avoue que de semblables conclusions me surprennent vivement, d'autant plus qu'elles sont en complète contradiction avec les résultats obtenus par Monro qui, sur 60 opérés, a vu 60 récidives, par Mayor, qui sur 100 opérés a eu 95 récidives. Les résultats obtenus par Boyer, les faits cités par les auteurs du *Compendium* viennent également démentir la doctrine de M. Velpeau. M. Broca, dans son mémoire sur le cancer, rapporte également les observations de 19 tumeurs cancéreuses enlevées par Blandin et toutes suivies de récidives. M. Lebert, dans son excellent ouvrage, cite 34 opérations et 21 récidives.

Les hommes les plus compétents, les plus autorisés sont donc unanimes sur l'incurabilité du cancer.

Si M. Velpeau a obtenu des résultats si différents, cela ne peut s'expliquer que par une erreur de diagnostic, si facile dans la détermination des tumeurs.

En 1844, une discussion s'éleva au sein de cette Académie sur ce grave sujet. M. Cruveilhier vint exposer à cette tribune sa doctrine des tumeurs *fibreuses* ou *bénignes* du sein ; cette opinion trouva de rudes adversaires dans Aug. Bérard, Blandin, Roux et M. Amussat. M. Velpeau adopta les idées de M. Cruveilhier, mais avec une grande réserve, alléguant l'extrême difficulté de distinguer les tumeurs bénignes ou adénoïdes des tumeurs cancéreuses ou malignes. Dans cette mémorable discussion, M. Velpeau demanda la concession de quatre erreurs de diagnostic sur l'examen de dix tumeurs. On voit donc combien alors notre honorable collègue mettait de restriction dans le diagnostic des tumeurs du sein et combien, à son avis, la confusion était facile entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes.

Si nous passons aux tumeurs qui se développent dans d'autres régions que la mamelle, nous trouvons un bien plus grand nombre de causes d'erreur pour le diagnostic : car dans les autres tissus on peut voir se développer les tumeurs les plus variées par leur structure et leur nature intime. C'est ici que le microscope devient un instrument précieux et presque indispensable pour le diagnostic. N'est-ce pas, en effet, au microscope seul qu'il a été donné de révéler l'existence des éléments du tissu épithélial et du tissu fibro-plastique? et n'est-ce pas encore cet instrument seul qui peut nous faire reconnaître les tumeurs de cette espèce ? Or, avant l'application du microscope à l'examen des tumeurs, n'est-il pas très probable qu'on a souvent et même presque toujours confondu les tumeurs fibro-plastiques ou épithéliales avec les véritables tumeurs cancéreuses? Et pourtant, quelle différence dans la nature, l'évolution, la marche et la terminaison de ces productions pathologiques ! Dans les vrais cancers, la récidive est inévitable ; elle peut s'opérer dans tous les tissus. La maladie est nécessairement mortelle. Dans les tumeurs épithéliales ou fibro-plastiques, les récidives sont très rares, exceptionnelles ; elles sont toujours locales : avec elles, il est constamment permis de recourir avec quelque espoir de succès à de nouvelles opérations.

Dans la question de la curabilité du cancer, il est donc très important, si l'on ne veut pas apporter dans les statistiques des résultats erronés, de distinguer avec le plus grand soin les tumeurs cancéreuses de celles qui en ont l'apparence sans en contenir les éléments.

M. Velpeau. Je crois que c'est à tort que M. Robert m'accuse d'avoir amené la discussion sur la curabilité du cancer ; si j'ai bonne mémoire, c'est lui qui a provoqué cette question en mettant en doute les résultats obtenus par M. Pamard (d'Avignon).

Il y a deux questions à traiter dans cette discussion : celle de la curabilité du cancer et celle de l'utilité du microscope dans le diagnostic des tumeurs cancéreuses ; M. Robert a presque négligé la dernière, mais en revanche il ne m'a pas épargné sur la première.

Il invoque contre la curabilité du cancer l'opinion d'un certain nombre de chirurgiens célèbres dont les noms font certainement autorité en pareille matière, mais il me serait facile de lui en citer d'autres tout aussi recommandables qui admettent que le cancer est une affection curable, et qui ont rapporté des observations de guérison.

Puis M. Robert combat ma doctrine avec les faits qui me sont propres. Je cite 250 cas d'ablation de tumeurs cancéreuses : la plupart des sujets ont été perdus de vue après l'opération ; chez d'autres le cancer a récidivé. Restait une vingtaine d'opérées en observation quand j'ai publié le travail, chez lesquelles il n'y avait point eu de récidive et que j'ai considérées comme guéries.

M. Robert s'étonne d'un pareil chiffre, et ne croit pouvoir l'expliquer que par une erreur de diagnostic. Sans doute je n'ai pas la prétention d'être infaillible, mais il est des tumeurs sur lesquelles l'erreur n'est pas possible, ce sont celles qui réunissent tous les caractères du cancer, celles où le squirrhe ou l'encéphaloïde ne sont point équivoques. Sur de pareilles tumeurs j'ose dire que je n'ai jamais reçu le démenti du microscope lui-même : M. Lebert peut affirmer que j'ai toujours été d'accord avec lui sur ce point. M. Robert m'objecte qu'il n'est pas facile de discerner une tumeur bénigne d'une tumeur maligne, et que les plus habiles peuvent s'y tromper. M. Robert a raison pour les cas où les tumeurs se rapprochent tellement par leurs analogies, qu'elles paraissent se confondre ; mais moi je veux parler des cas où les tumeurs sont si nettement accusées, que le doute n'est plus permis.

J'étudie le cancer depuis trente ans, et jamais je ne me suis fait illusion sur la difficulté de son diagnostic. Dès 1836 j'ai provoqué M. Donné, qui s'occupait de micrographie, à chercher dans les tumeurs cancéreuses un élément caractéristique, particulier, susceptible de révéler leur nature.

Plus tard on a trouvé un élément solide, la cellule ; je n'étais pas satisfait ; c'est dans le sang des cancéreux que j'aurais désiré que l'on découvrît cette matière toxique inconnue qui doit circuler avec lui, qui l'appauvrit, et qui produit la cachexie.

Néanmoins j'ai tenu compte des résultats fournis par les recherches nouvelles : grâce à elles et avec le secours des données, des enseignements cliniques, j'ai fini par distinguer les tumeurs bénignes du cancer proprement dit, et par isoler des tumeurs malignes celles que j'ai nommées *adénoïdes* : je suis même arrivé, pour les tumeurs malignes ou cancéreuses, à discerner trois espèces, suivant qu'elles récidivent *inévitablement*, qu'elles repullulent *souvent*, ou qu'elles ne repoussent que *rarement*. Allant encore plus loin, j'ai admis d'autres tumeurs cancéreuses qui ne récidivent pas du tout : d'où j'ai conclu que le cancer est curable dans quelques cas.

M. Robert contestera la valeur de mes observations parce qu'elles n'auront pas reçu la sanction du microscope. En 1836, j'ai opéré une dame d'un cancer encéphaloïde du sein ; en 1841, j'ai opéré une autre dame d'une tumeur cancéreuse de l'aisselle, déjà opérée par M. Jobert une fois, et qui en était à sa troisième récidive : je n'ai pas cessé de voir ces deux malades, et maintenant encore leur santé est parfaite, leurs tumeurs n'ont point reparu ; cependant je soutiendrais, en dépit de tous les microscopes, qu'elles ont été opérées de vrais cancers. . . . . . .

Depuis 1847, toutes les tumeurs que j'ai opérées ont été soumises au

contrôle du microscope; un certain nombre d'entre elles ont été guéries, dans lesquelles, cependant, MM. Lebert, Follin, Broca ou Robin avaient constaté la présence de la cellule caractéristique.

Quelle objection restera donc aux partisans de l'incurabilité absolue? On me dira, sans doute, que la guérison n'est pas assez ancienne, que la récidive peut se manifester plus tard, ou enfin qu'une mort prématurée peut ne pas laisser au cancer le temps de reparaître. Avec de pareils arguments il est clair qu'on peut contester la guérison de bien d'autres maladies encore que le cancer.

Pour moi, je pense qu'on peut considérer comme guéris des malades qui ont été opérés depuis huit, dix, quinze ans, comme j'en ai des exemples, et chez lesquels le cancer n'a point reparu, la santé est demeurée parfaitement intacte, à l'abri du plus léger signe de diathèse. J'appelle ces résultats une guérison, parce que les récidives de cancer ont surtout lieu dans les premiers mois qui suivent l'opération, et que plus on s'éloigne, moins sont grandes les chances de repullulation.

M. Robert a avancé qu'il était possible, probable même, que j'avais confondu des tumeurs épithéliales ou fibres plastiques avec de véritables cancers.

Eh bien! puisque nous sommes sur ce terrain, voyons un peu de quel côté existe la confusion, si c'est du mien ou de celui des micrographes.

Les micrographes distinguent les tumeurs en deux grandes classes, les tumeurs *homœomorphes* et les tumeurs *hétéromorphes*, ce qui rappelle singulièrement la division de Laënnec en tumeurs *homologues* et tumeurs *hétérologues*.

Sous le nom de tumeurs *homœomorphes* les micrographes ont décrit les productions les plus disparates, les plus dissemblables par leurs caractères, leur évolution, leur marche et leurs effets sur l'économie: c'est ainsi que dans cette classe se trouvent confondus les productions innocentes de la peau, les cors, les verrues, etc., avec ces condylomes qui peuvent prendre un si grand accroissement, compromettent souvent le membre du malade, quelquefois même sa santé et sa vie. Dès l'origine cette confusion étrange m'a choqué, et j'ai fait observer à M. Lebert que ces tumeurs dans lesquelles le microscope découvrait seulement la cellule épithéliale avaient un caractère de malignité et une tendance presque constante à la récidive qui pour moi leur donnaient tous les caractères du vrai cancer. M. Lebert me fait une première concession et admet que ces tumeurs sont susceptibles de récidiver *sur place*. Cela ne me suffisait pas, et bientôt je lui en montrai qui avaient repullulé en dehors du siége primitif: on m'accorde encore que ces tumeurs pouvaient se développer aussi *dans les ganglions lymphatiques de la région*. Mais des observations ultérieures sont venues démontrer que les tumeurs dites épithéliales par les micrographes récidivaient à distance dans les os, dans les viscères même. En quoi donc diffèrent ces tumeurs du vrai cancer, puisqu'elles en ont toute la malignité, qu'elles récidivent aussi fréquemment que lui, qu'elles sont quelquefois mortelles et qu'aucun remède ne peut les guérir, si ce n'est une opération chirurgicale, le fer, le feu ou les caustiques?

Ce que j'ai dit des tumeurs épithéliales je pourrais le répéter à propos des tumeurs *fibro-plastiques*, qui sont d'autres productions *homœomorphes* ou *bénignes* pour les micrographes. Comment admettre que ces tumeurs ne renferment pas d'autres éléments que ceux que l'on rencontre normalement dans l'économie? Comment admettre qu'elles sont en tout comparables et analogues, par exemple, au chancre induré, à la chéloïde ou au tissu hypertrophique simple? Pour mon compte, j'ai opéré beaucoup de ces tumeurs dites fibro-plastiques, et qui ont récidivé, non-seulement sur place, mais encore à distance. Dira-t-on que j'ai dû laisser dans les tissus quelque parcelle de la tumeur? Mais le plus souvent j'avais soin d'enlever avec la tumeur une portion du tissu sain qui l'entourait. Objectera-t-on que ce n'était point du tissu fibro-plastique pur, qu'il devait être mélangé de quelques cellules cancéreuses? Mais les tumeurs ont été soumises à l'examen du microscope, et le microscope n'y a pu découvrir que du tissu fibro-plastique pur, sans mélange.

(L'orateur cite trois exemples confirmatifs de ces propositions. Le premier est relatif à un jeune homme qui en était à sa troisième récidive et qui avait été opéré les deux premières fois par Blandin et par M. Malgaigne. La tumeur, qui ne renfermait que du tissu fibro-plastique, récidiva une quatrième fois et fut enlevée alors par M. Roux. Le malade mourut deux mois après, à sa cinquième récidive; ses poumons étaient farcis de petites tumeurs en tout identiques avec les premières. Dans le second cas, il s'agit d'un enchondrome très volumineux de l'épaule, chez une jeune fille de vingt ans, pleine d'ailleurs de force et de santé. Dans le troisième cas, c'est encore une tumeur de même nature développée sur le pied. Dans ces deux faits encore, le microscope ne découvre que du tissu fibro-plastique; cependant les tumeurs repullulent et les malades meurent de tous les signes de la cachexie cancéreuse. A l'autopsie on trouve les mêmes tumeurs développées dans le tissu pulmonaire.)

M. Lebert s'est rendu à l'évidence; et il a reconnu que les tumeurs homœomorphes pouvaient repulluler sur place, dans les ganglions lymphatiques voisins, et exceptionnellement à distance, en infectant l'économie.

Mais qui peut prouver que la *cellule* dite *cancéreuse* est bien le caractère pathognomonique du cancer? Déjà cet élément semble avoir perdu de son importance première parmi les micrographes mêmes, et aujourd'hui ces messsieurs se partagent en *micrographes purs* et en *micrographes cliniciens*. Il y a aussi les micrographes de la *cellule* et les micrographes du *noyau*. Pour les premiers, c'est la cellule qui est l'élément essentiel et caractéristique du cancer; pour les seconds, c'est le noyau. Qui prouve que plus tard on ne fera pas intervenir un troisième élément.

Je suis loin d'être ennemi des recherches microscopiques, puisqu'un des premiers je les ai provoquées et que je ne manque jamais encore, lorsque j'opère une tumeur, de la soumettre à l'examen des micrographes; mais j'aimerais que la jeunesse actuelle ne fût pas si prompte à se croire en possession de la vérité; je voudrais, non point arrêter son zèle, son élan, mais le modérer, le préserver de l'exagération. Est-il possible, en effet, de considérer comme pathognomonique une cellule qui est susceptible de tant de modifications, de tant d'altérations, une cellule que l'on trouve quelquefois dans des tumeurs qui ne sont pas des cancers, et que l'on ne découvre pas souvent dans d'autres tumeurs qui ont tous les caractères du véritable cancer.

Je puis citer, en effet, l'exemple d'une jeune fille que j'ai opérée d'une tumeur de la mâchoire inférieure, l'exemple d'un jeune homme auquel j'ai fait l'ablation d'une tumeur du calcanéum. Dans ces deux tumeurs, le microscope a découvert les éléments du cancer; j'ai soutenu, malgré lui, que ce n'était point du tissu cancéreux: le temps jusqu'à ce jour m'a donné raison.

Le fait le plus concluant est relatif à une dame de 40 ans que j'ai opérée d'une tumeur du sein droit. J'avais diagnostiqué un *squirrhe lardacé*, un cancer de la pire espèce, et j'avais prédit une récidive inévitable. La tumeur enlevée est examinée par cinq micrographes différents; nul n'y trouve de cellule cancéreuse; et pourtant au bout d'un mois la tumeur récidive, et la malade succombe dix mois après l'opération avec tous les symptômes de la cachexie cancéreuse.

Dans les tumeurs hématiques osseuses dont a parlé M. Gerdy dans la dernière séance, le microscope a découvert un très grand nombre de cellules cancéreuses, et pourtant je doute que ces tumeurs soient aussi souvent de nature cancéreuse que le dit M. Gerdy; je crois en effet qu'elles récidivent très rarement: comme je pourrais le prouver par l'exemple d'une dame que j'ai opérée il y a plus d'un an aux Andelys et qui jouit aujourd'hui de la plénitude de la santé; et par l'observation plus concluante encore d'une autre personne de la place Royale que j'ai amputée pour une tumeur de même nature, et chez laquelle il n'y a point eu de récidive depuis quinze ans.

Dans d'autres cas, on voit des tumeurs qui ne présentent point de cellules cancéreuses tout d'abord: elles récidivent, et cette fois le microscope y découvre la cellule caractéristique. M. Mayor a cité des faits de ce genre dans sa thèse inaugurale. Je possède également deux observations semblables. Pour moi, il est évident que la première tumeur devait être identique avec la seconde et de nature cancéreuse comme elle, ce qui est contraire aux enseignements des micrographes.

En présence de pareils faits, je ne puis admettre ici l'infaillibilité du microscope ni la spécificité de la cellule dite cancéreuse.

Dans les cas douteux, incertains, le microscope est-il capable de décider la question, de la résoudre? Je ne le pense pas, au moins dans l'état actuel de la science, puisqu'il trouve la cellule cancéreuse là où il n'y a pas de cancer, et qu'il ne la découvre pas souvent dans les tumeurs franchement cancéreuses.

Dans ces cas équivoques, le microscope peut seulement *aider*, prêter son secours à la vue; il ne peut point encore engendrer la certitude: c'est un œil plus clairvoyant, mais il ne faut pas lui demander de nous faire voir ce qui n'existe pas. Dans l'état actuel des choses, il n'est donc pas encore capable de nous éclairer beaucoup sur la nature des tumeurs, et je soutiens qu'un praticien exercé peut, sans le secours de cet instrument, arriver dans la majorité des cas à un diagnostic précis.

Anatomie pathologique. — *M. Leblanc* soumet à l'examen de l'Académie l'encéphale d'un cheval qui avait présenté pendant la vie plusieurs attaques d'épilepsie. La masse cérébrale est fortement injectée, et une certaine quantité de sang a été trouvée dans l'un des ventricules latéraux.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

IV.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de médecine opératoire, bandages et appareils, par M. Ch. Sédillot. 2e édition. Paris, 1853-1855, 2 volumes grand in-18, avec figures dans le texte, publié en quatre parties (la 1re et la 2e sont en vente). Chez Victor Masson, libraire éditeur, 17, place de l'École-de-Médecine.

C'est un livre tout nouveau, que cette seconde édition d'un traité déjà recommandé par un succès dont cette circonstance même est la meilleure preuve. Jaloux de maintenir son œuvre à la hauteur que le suffrage public lui avait fait prendre, M. Sédillot a profité, et des récentes acquisitions de la science, et des avertissements de la critique, et de ses propres réflexions, pour agrandir le cadre qu'il s'était primitivement tracé. Outre un remaniement de détail aussi attentif que judicieux, et dont chaque page porte la trace irrécusable, de nombreuses additions sont venues donner au livre lui-même, un peu trop semblable en premier lieu à un manuel, toute l'importance d'un ouvrage classique complet.

Un chapitre très étendu comprend, sous le titre d'*Introduction* et *Prolégomènes*, toutes les notions générales dont le praticien a besoin pour devenir un opérateur. Les divers problèmes qui se posent devant l'homme de l'art dès qu'il va prendre en main l'instrument tranchant, problèmes relatifs aux préparations, aux indications, à l'anesthésie, à l'hémostase, à la pyohémie, etc., sont étudiés dans leurs données les plus ardues, de manière à lui fournir une solution qui lui laisse ensuite toute sa présence d'esprit pour lutter contre les difficultés spéciales inhérentes à chaque cas particulier. — Ne pouvant tout analyser dans cette revue rapide, où se reconnaît une intelligence habituée à sonder le côté le plus positif des questions pour en extraire des préceptes immédiatement et sûrement applicables, nous citerons seulement quelques-uns des traits que l'auteur a ajoutés au célèbre *portrait* du chirurgien, d'après Celse : « Il le faut, dit M. Sédillot, persuasif.... exercé à résoudre les problèmes les plus difficiles de la séméiologie, car son diagnostic peut être une question de vie ou de mort ; familiarisé avec la marche des maladies, afin de ne pas pratiquer une opération que l'emploi de traitements plus rationnels eût fait éviter, et de n'en pas différer une autre qu'une exécution plus prompte eût fait réussir... Il faut que sa mémoire lui rappelle tous les exemples et toutes les indications de la science, dans un cas donné ;... qu'il interroge l'état constitutionnel du malade ; qu'il sache les influences des saisons, des épidémies, des affections régnantes, des localités, etc. » Ainsi augmenté, ce programme impose à ceux qui aspirent à le remplir une responsabilité immense. Mais les conditions qu'il exige ne sont cependant point hors de notre portée ; et ce n'est pas en parlant de M. Sédillot qu'il serait permis de taire combien la chirurgie française compte de maîtres dont le talent consommé enlève à cette peinture le caractère d'un portrait de fantaisie !

N'omettons pas non plus un excellent conseil adressé aux élèves. Bien suivi, il contribuerait plus que tout autre à les élever à la hauteur que M. Sédillot vient de marquer : « Pour faire des progrès rapides dans la médecine opératoire, leur dit-il, qu'ils ne se bornent pas à l'étudier dans les livres : ils doivent suivre les hôpitaux, prévoir les opérations qui y seront pratiquées, s'aider des ouvrages qu'ils possèdent pour en passer en revue les indications, les modes d'exécution et de pansement, les accidents à craindre et les résultats probables. Ils en peuvent ainsi comprendre les divers temps, se rendre raison des manœuvres du chirurgien, des innovations qui lui sont commandées par des obstacles imprévus. Ils profitent réellement alors des faits qui se passent sous leurs yeux !... » Quelle intarissable source d'instruction dans un pareil précepte ! Mais aussi quelle profonde différence dans la conduite de ces étudiants amateurs, qui suivent la clinique au jour le jour, examinent un malade par les interstices laissés entre les épaules de leurs camarades, et se donnent, comme au théâtre, le spectacle d'une opération pour s'aguerrir à la vue du sang, souvent aussi pour critiquer le chirurgien ! Nous comprenons si bien la portée du conseil de M. Sédillot, que nous en voudrions voir la pratique régularisée par une institution faisant partie de l'enseignement obligé. Le chef de service qui veut bien remplir les devoirs du professorat ne saurait, selon nous, mieux faire que d'en assurer l'exécution par un interrogatoire détaillé que chaque élève devrait subir, avant l'opération, pour reconnaître s'il a eu soin de se placer, par une étude préalable suffisante, dans les conditions qui viennent d'être désignées.

La part originale prise par M. Sédillot à cette amélioration de son œuvre primitive ne se borne pas à des agencements de matériaux ou à des généralités didactiques. Il est plus d'un procédé opératoire qu'il a imaginé ou simplifié, plus d'une manœuvre que ses recherches ont rendue plus sûre ou plus facile. Parmi les idées qui lui appartiennent en propre, nous citerons de préférence, dans ce premier volume, la coupe du lambeau plantaire pendant l'amputation tarso-métatarsienne de Lisfranc ; le moyen indiqué pour prévenir le renversement du pied en arrière à la suite de l'amputation de Chopart ; le procédé d'amputation de la jambe à lambeau externe, etc. Fréquemment aussi on voit surgir d'excellents fragments de pathologie chirurgicale que la suite naturelle des sujets amène sous sa plume, témoin les discussions parfaites de sens et de clarté qu'il entreprend et conclut en une page sur l'indication du trépan, sur l'opportunité du débridement. Ailleurs, ce sont des aperçus féconds relativement à l'utilité variable des ressources opératoires selon les cas ; la distinction, par exemple, établie (et qu'il aurait pu, ce nous semble, encore mieux faire ressortir) quant à l'efficacité des résections, suivant qu'il s'agit de remédier à un traumatisme articulaire ou à une maladie osseuse d'origine spontanée. Ces excursions hors du strict domaine de la médecine opératoire pourront être critiquées comme étant de véritables hors-d'œuvre Pour nous, nous ne nous sentirons jamais le courage de les désapprouver quand elles ressembleront à celles-ci. Du reste, toujours discrètes et naturellement intercalées, elles ne font que réveiller l'attention qu'une série de règles énoncées sans développement, dans le style des manuels, lasse infailliblement.

La critique avait jadis fait à M. Sédillot un reproche sur le laconisme parfois excessif de ses préceptes. Sans rien omettre d'essentiel, dans quelques cas la description d'un procédé offrait une concision telle, que le praticien eût hésité à s'aventurer sur la foi d'un guide qui lui marchandait à ce point les renseignements. Nous sommes heureux d'avoir aujourd'hui à constater, sous ce rapport, une amélioration très sensible dans la manière de l'auteur. Plus à son aise dans le cadre moins étroit qu'il s'est donné, il cause volontiers avec son lecteur, va au-devant de ses doutes, éclaire la matière par des exemples, ne se refuse pas même, nous venons de le voir, quelques digressions ; se fait, en un mot, accessible à première vue, au lieu de se laisser, comme autrefois, deviner. Dire que la transformation est complète serait manquer à la franchise que le caractère de l'auteur, que l'intérêt de cette œuvre remarquable, nous commandent. Trop souvent encore un peu d'aridité, quelque obscurité même, naissent de cette recherche constante de la brièveté. Et pour justifier notre critique, ainsi que tout à l'heure nos éloges, par des exemples, nous citerons l'article sur la transfusion, l'exposé du procédé de M. Goyrand pour l'extraction des corps intra-articulaires, et la section des divers tendons, notamment ceux du jarret.

Signalons encore (mais seulement parce que la prochaine continuation de l'ouvrage permettra à l'auteur de réparer ce qui n'est sans doute qu'une lacune laissée par mégarde) l'omission de toute mention relative au collodion, ainsi qu'à l'emploi, si ingénieusement vulgarisé par M. Gariel, du caoutchouc vulcanisé.

Encore un grief, dont M. Sédillot a trop de sens pour ne pas faire son profit. Un mode d'exposition dont il use, dans certains cas, est le suivant : Après avoir décrit les divers procédés, il néglige d'en donner l'appréciation comparative, et se contente d'ajouter : « Je me suis bien trouvé d'agir de telle manière ; » ou bien : « Telle méthode m'a valu de beaux succès. » Il y a là une tendance à l'arbitraire que toute la confiance due à l'opinion d'un maître ne saurait suffire à légitimer. C'est fort bien fait, sans doute, à la suite de l'exposé dogmatique, de produire ainsi les résultats de

son expérience ; mais, dans un livre classique, s'ils peuvent servir à appuyer le précepte, jamais ils ne doivent le suppléer.

Quoique la première moitié de l'ouvrage ait seule paru jusqu'à ce jour (1), nous n'avons point voulu différer l'occasion de joindre nos sincères encouragements à ceux dont les divers organes de la presse ont déjà pris l'initiative. Les principaux sujets de la médecine opératoire, amputations, résections, ligatures d'artères, forment la matière de ce premier volume. On peut donc parfaitement juger dès aujourd'hui, par le mérite de la rédaction comme par la facile clarté des nombreuses planches intercalées, de la supériorité que ce livre doit avoir sur ses nombreux prédécesseurs. Ce rang honorable, M. Sédillot n'a qu'à continuer pour le garder : mais ce qui suffirait à d'autres ne saurait être son dernier mot ; et nous augurons trop bien de son zèle toujours ardent, toujours infatigable, pour douter qu'il ne tâche de dépasser encore le niveau où ses efforts l'ont élevé. P. Diday.

(1) La 1re partie du second volume paraît aujourd'hui même (voir plus bas, aux *livres nouveaux*).

V.

VARIÉTÉS.

Falsification des farines. Nous lisons dans un article de M. Midavaine (*Gazette médicale de Liége*, n° 18) que, dans plusieurs villes de Belgique, Tournay, Mons, Charleroi, etc., beaucoup d'habitants ont pris le parti, pour se prémunir contre l'altération des farines, d'acheter le blé, de le faire moudre et de le pétrir eux-mêmes. Ils appliquent ensuite un cachet sur la pâte avant de la porter au four des boulangeries.

— L'École impériale vétérinaire d'Alfort a tenu aujourd'hui, dans le grand amphithéâtre de l'École et sous la présidence de M. Yvart, sa séance publique annuelle pour la distribution des prix et la remise des diplômes. Après une allocution de M. Yvart, M. le professeur Bouley a prononcé l'éloge de M. Girard, ancien directeur de l'École de 1814 à 1831 et membre de l'Académie impériale de médecine. Les noms des élèves admis cette année à l'École, de ceux à qui des prix ont été décernés, et enfin de ceux qui ont obtenu le diplôme, ont été proclamés par M. le professeur Goubaux.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Gazette médicale de Strasbourg. — N° 9. Sur l'éclampsie uro-émique, par *F. Vieger*. — Nouveau moyen de suture, par *Sédillot*.

Annales médicales de la Flandre occidentale. — 16e livraison. Peine de mort par décapitation, par *Moll* (traduit du hollandais).

Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique. — N° 10. Appareils ouatés, par *Burgraeve*. — Gangrènes spontanées, par *Didot*.

Gazette médicale de Liége. — N° 18. Falsification des denrées alimentaires, par *Midavaine*. — Transmissibilité et traitement du choléra (*anonyme*).

Presse médicale belge. — N° 40. Position à donner aux membres dans les arthrites chroniques, par *Crocq*.

Allgem. medicinische Central-Zeitung. — Nos 77. Communications puisées dans la pratique, par *Eichmann*. — 78. Sur l'odeur fécale perpétuelle sentie dans quelques affections, par *Fr. Betz*. — Sur le congrès des médecins et naturalistes à Gœttingue.

Deutsche Klinik. — N° 39. Sur le traitement des fractures, etc., par *Ravoth* (suite). — Rapport annuel sur l'établissement hydrothérapique de Laubach près Coblentz, par *Petri* (fin). — Communications pratiques du docteur *Vogler* (le jeune). — La clinique chirurgicale et ophthalmiatrique de l'Université d'Erlangen (du 1er octobre 1853 au 31 juillet 1854), par le prof. *Heyfelder*. — 31e congrès des naturalistes et médecins allemands, par *Goschen*.

Journal f. Kinderkrankheiten v. Th.-J. Behrend et A. Hildebrand. XIIe année, cah. 5 et 6, 1854. — Sur quelques influences malsaines auxquelles sont exposés les enfants employés aux différents métiers, par *Mauthner*. — Doctrine des épidémies de la scarlatine, par *Santlus*. — Cas d'imperforation du rectum, avec atrésie de l'anus, par *Stein*, de Francfort-sur-le-Mein. — Ankylose de la mâchoire inférieure, principalement chez les enfants, et son traitement opératoire, par *P. Niemeyer*. — Contributions à la pédiatrique, par *C.-A. Tott*. — Sur le goître des nouveau-nés, par *Maurer*.

Medicinische Zeitung. — N° 39. Inflammation chronique de la membrane de Descemet, par *Breithaupt*. — Remarques pratiques sur l'emploi de la coniine. — Opérations chirurgicales pratiquées (en 1852 et 1853), par *H.-W. Berend* (quatre cas de cancer).

Monatsschrift f. Geburtskunde u. Frauen-Krankheiten, v. Busch, etc. — vol. VIe, 3e cah. — Obstacle à l'accouchement par suite d'extension énorme des reins du fœtus, par *Ed. de Siebold*. — Sur l'opération césarienne de Bœcker, par *Lehmann*. — Deuxième communication sur mon hystérophore, par *Zwanck* (de Hambourg). — Rapport statistique sur l'efficacité du chloroforme dans les accouchements, par *Helfft*. — Clinique obstétricale de l'Université de Berlin, troisième rapport (de 1842 à 1847), par *Busch*.

Neue Medicin. chirurg. Zeitung (Munich). Nos 33. Analyse des travaux pathologiques et thérapeutiques. — 34. Travaux pharmacologiques, par *Friedrich* (suite) — 35. Analyse des travaux balnéologiques et hydrothérapeutiques. — — N° 36. Analyse des travaux pédiatriques, par *O. Buchner*.

Schmidt's Jahrbuecher. Vol. LXXXIV, année 1854. — N° 10. Analyses et extraits des travaux les plus récents.

Wiener medicinische Wochenschrift. — Nos 35. Sur le traitement le plus parfait des rétrécissements organiques de l'urètre, et sur l'espèce d'urétrotomes les plus avantageux, par *V. Ivanchich*. — Cas d'insuffisance de la valvule semilunaire de l'artère pulmonaire, par *J. Benedikt* (de Vienne). — Aphorismes sur le choléra asiatique, par *Friedmann* (de Munich). — 36. Sur le traitement le plus parfait des rétrécissements, etc., par *Ivanchich*. — Interception des attaques hystériques à l'aide de grandes doses de sulfate de quinine, par *Meyer* (de Berlin). — Rapport sur les obductions légales faites pendant le mois de juin, par *Weinberger* (de Vienne). — 37. Nouvel instrument inventé pour faciliter l'excision des grands polypes fibreux de l'utérus, par *Mikschich* (de Vienne). — L'épidémie du choléra au Semmering, en 1850, par *Piltz*. — Rapport sur les obductions légales, etc., par *Weinberger*. — Huitième congrès scientifique des médecins militaires d'Autriche, à Vienne.

Zeitschrift f. klinische Medicin, v. Friederich Guensburg. — Topographie médicale du cercle de la campagne de la ville de Breslau, par *W. Klose*. — Rapport sur les malades soignés en 1852 et 1853 dans la deuxième section interne de l'hôpital des Toussaints, à Breslau, par le docteur *Cohn* (suite). — Sur l'hôpital Béthanie, de Berlin, par le docteur *Jütte*.

Zeitschrift f. wissenschaftliche Zoologie herausgeg., v. C.-T. Siebold et Kölliker. VIe vol., 2e cah. — Sur le tissu conjonctif, par le prof. *Bruch* (de Bâle). — Examen microscopique des tissus du bras d'une momie prise au caveau de Saint-Michael, à Bordeaux, par *Joh. Czermak*.

Association medical Journal. — Nos 90—91. Plaidoyer en faveur des aliénés, par *G. Davey*. — Abcès dans le ligament large, par *J.-S. Fletcher*. — Empoisonnement par l'huile d'amande amère, guérison, par *Purseel*. — Nouveau mode d'application du tringentum, par *W. Rayes*.

Dublin medical Press. — Nos 820. Nature et traitement du choléra, par *Th. Aikin*. — Acétate de plomb contre le choléra (*anonyme*). — 821. Sur l'anesthésie locale, par *W. Hargrave*. — Guérison d'un *noli me tangere* à la suite d'une rougeole, par *Buckmaster*. — Traitement du choléra, par *Barry*.

Medical Times and Gazette. — N° 221. Ménorrhagie liée à un déplacement de l'utérus, par *Ed. Rigby*. — Observation de hernie étranglée, par *Prescott Hewett*.

The Lancet. — Nos 12. Anesthésie locale par une opération de l'œil, par *G. Critchett*. — Sur le choléra, par *David Lewis*. — 13. Deux cas mortels de rupture de l'utérus, par *C. Vaudin*. — Traitement du choléra par le sucre, par *S. Wolff*.

The Indian Annals of medical Science (paraît deux fois seulement par an, le 1er oct. et le 1er avril). — N° d'avril 1854. Narration médicale de la guerre de Burmah, par *Taylor* et *J. Stewart*. — Choléra à Assam en 1853, par *J.-H. Barry*. — Fièvres tropicales et dysentérie, par *Hare*. — Abus des purgatifs, par *Campbell*. — Sur la diarrhée et la dysentérie, par *A. Green*. — Sur le muriate d'ammoniaque, par *Ebden*. — Divers cas de chirurgie (anévrysme, amputation de l'épaule, ligature de l'axillaire, etc.). — Cas de médecine (hystérie, péricardite, sarcine de l'estomac). Traitement de la salivation mercurielle, par *N. Chevers*. — *Mahamurr* ou peste indienne, par *Francis* et *Pearson*. — Sur les remèdes natifs, par *Mouat*. — Sur la santé des prisonniers du Bengale, par *Bedfort*. — Sur la folie des Européens au Bengale, par *J. Macpherson*. — Influence de l'oblitération des artères carotides sur la circulation cérébrale, par *N. Chevers*.

The New-Orleans medical and surgical Journal. — Mai 1854. Ossification du placenta, par *Troy*. — *Idem*, par *Bowler*. — Deux cas de maladie organique du cœur, par *Maggibon*. — Expériences sur le phosphore, par *Boling*. — Recherches analogiques et expérimentales sur les différentes conditions électriques du sang veineux et du sang artériel, par *J. Gorrie*. — Iodure de potassium dans l'empoisonnement par le plomb, par *S.-L. Grier*. — Cas de présentation de l'épaule, éventration, par *W. Taylor*. — Deux cas de présentation transversale, par *J.-S. Davis*. — Deux cas de tétanos, par *J.-U. Ball* et *A. Poitevin*. — Cas de tétanos, par *Dowler*. — Immobilité de la mâchoire inférieure, par *J.-J.-M. Elrath*. — Cas de fistule vésico-vaginale, par *N. Bozeman*.

Livres nouveaux.

Considérations sur quelques affections scrofuleuses observées chez le vieillard, par le docteur *Aug. Dumoulin*. In-8 de 88 pages. Paris, Germer Baillière. 2 fr.

Du Choléra épidémique, par le docteur *Léopold Durant*. Grand in-8 de 32 pages. Bruxelles, chez Decq. 2 fr.

Du mucilage de coings dans la médication émolliente antispasmodique. Thèse présentée à la Faculté de médecine de Berne, par *Philippe de La Harpe* (de Berne). In-8. de 40 pages.

Traité de Médecine opératoire, Bandages et Appareils, par le docteur *Ch. Sédillot*. Troisième partie. Tome II, partie 1re, avec 67 figures dans le texte. La deuxième partie de ce second volume paraîtra fin décembre, et complétera l'ouvrage. Prix de chaque partie : 4 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS | A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. PARIS, 20 OCTOBRE 1854. N° 55.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

UNIVERSITÉ DE FRANCE. INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

Réorganisation de l'École de médecine de Bordeaux.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes ;

Vu les ordonnances des 13 octobre 1840, 12 mars et 18 avril 1841 ;

Vu l'ordonnance du 6 mars 1842, qui constitue l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux ;

Vu le décret du 13 août 1854, qui a réorganisé l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon ;

Le conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. L'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux est réorganisée de la manière suivante :

L'enseignement comprendra : 1° anatomie et physiologie ; 2° pathologie externe et médecine opératoire ; 3° clinique externe ; 4° pathologie interne ; 5° clinique interne ; 6° accouchements, maladies des femmes et des enfants ; 7° matière médicale et thérapeutique ; 8° pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Art. 2. Le nombre des professeurs adjoints de ladite école est fixé à trois qui seront attachés : à la chaire de clinique externe ; à la chaire de clinique interne ; à la chaire d'anatomie et physiologie.

Art. 3. Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés : aux chaires de médecine proprement dite ; aux chaires de chirurgie et d'accouchement ; à la chaire d'anatomie et physiologie ; aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Art. 4. Il est également attaché à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux : un chef des travaux anatomiques ; un prosecteur ; un préparateur de pharmacie et toxicologie.

Art. 5. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Saint-Cloud, le 10 octobre 1854.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur : *le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,*

H. FORTOUL.

FEUILLETON.

Les hommes à queue. — Nouveaux renseignements.

M. le docteur Hübsch, médecin des hôpitaux à Constantinople, veut bien nous adresser, au sujet des *hommes à queue*, une note qui ajoute de très intéressants détails à ceux que l'on doit déjà aux récits des voyageurs. Avant de la mettre sous les yeux de nos lecteurs, nous rappellerons brièvement les renseignements plus ou moins positifs qu'on possède aujourd'hui sur l'existence de cette curieuse variété de l'espèce humaine.

La première indication remonte à 1677. Un voyageur hollandais, Jean Struys, assurait avoir vu en Afrique un homme porteur d'une queue *longue de plus d'un pied*. Un tel indice était de peu de valeur ; rien ne démontrait d'abord que l'appendice fût véritablement une queue, c'est-à-dire un prolongement coccygien ; puis, l'appendice caudal ayant été observé exceptionnellement, à titre de difformité, chez certains individus (M. Hübsch en rapporte un exemple), la constatation d'un cas isolé en Afrique n'impliquait pas l'existence d'une peuplade caractérisée par une telle disposition anatomique.

Un marabout de Kachenah, ville de la Nigritie centrale, par 15°,18' latitude nord, 8°,3' longitude Est, a affirmé, dit M. du Couret, qu'entre le golfe de Benin et l'Abyssinie il existe des anthropophages à queue que l'on nomme *Niam-Niams*. Voilà déjà quelque chose de plus précis et qui offre une certaine garantie. Mais les premiers renseignements vraiment dignes d'une grande attention ont été fournis par M. du Couret lui-même. D'une part, il a observé à la Mecque, en 1842, un nègre venu de l'Afrique centrale qui portait une véritable queue ; et, de l'autre, des témoignages précis et concordants de plusieurs djelabs (marchands d'esclaves) arabes et nubiens lui ont désigné, dans cette partie de l'Afrique, un lieu où tous les indigènes ont la même conformation que ce nègre. Voici comment il décrivait les individus de cette race, en 1849, dans une communication à l'Académie des sciences de Paris (séance du 20 août) : Plus petits que les autres nègres, leur taille dépasse rarement cinq pieds. Ils sont communément mal proportionnés. Leur corps est maigre et paraît faible. Leurs bras sont longs et grêles ; leurs mains et leurs pieds plus longs et plus plats que chez les autres races humaines. Ils ont la mâchoire inférieure forte et très allongée ; les joues saillantes ; le front court et fortement incliné en arrière ; les oreilles longues et difformes ; les yeux petits, noirs, brillants et d'une mobilité extrême ; le nez gros et plat ; la bouche grande, garnie de dents aiguës, fortes, et d'une blancheur ex-

En conséquence de ce décret, M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a nommé, par arrêté en date du 12 octobre courant, à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux :

Professeurs titulaires :

Anatomie et physiologie. — M. Bitot, chirurgien-adjoint de l'hospice des enfants.

Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Costes, médecin de l'hôpital Saint-André.

Clinique externe. — M. Chaumet, chirurgien de l'hôpital Saint-André.

Pathologie interne. — M. Mabit, médecin de l'hôpital Saint-André.

Clinique interne. — M. Gintrac père, médecin.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Barnetche, chirurgien.

Matière médicale et thérapeutique. — M. Jeannel, pharmacien en chef de l'hôpital Saint-André.

Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Barbet, pharmacien, membre du comité de consultations du bureau de bienfaisance.

Professeurs-adjoints attachés aux chaires suivantes :

Clinique externe. — M. Puydebat, chirurgien-adjoint de l'hôpital Saint-André.

Clinique interne. — M. Gintrac fils, médecin-adjoint de l'hôpital Saint-André.

Anatomie et physiologie. — M. Oré, médecin du bureau de bienfaisance.

Professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite : M. Lacaussade, médecin de l'hospice des enfants trouvés.

Pour les chaires de chirurgie et d'accouchement, de maladie des femmes et des enfants : M. Rousset, médecin-accoucheur-adjoint de l'hospice de la Maternité.

Pour la chaire d'anatomie et de physiologie : M. Azam, chirurgien du bureau de bienfaisance.

Pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie, M. Métadier, pharmacien.

M. Oré, professeur adjoint, attaché à la chaire d'anatomie et de physiologie, est nommé chef des travaux anatomiques.

M. Gintrac père, professeur de clinique interne, est nommé directeur de l'école.

— Par arrêté du 18 octobre 1854, M. le docteur Duval a été nommé de nouveau directeur de l'École préparatoire médicale de Rennes.

— Par arrêté en date du même jour, M. Cazeneuve, directeur de l'École préparatoire de médecine de Lille et M. Brigandat, professeur à la même école, ont été nommés officiers de l'instruction publique. MM. Fabre, Parise et Garrault, professeurs dans le même établissement, ont été nommés officiers d'Académie.

— Par décision du même jour, M. le ministre a nommé M. Petit, chef du 2e bureau de la 1re division, membre de la commission qui est chargée de préparer et d'élaborer un projet d'arrêté concernant les certificats d'aptitude pour les professions d'officier de santé, sage-femme, pharmacien et herboriste de deuxième classe.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

RÉORGANISATION DE L'ÉCOLE PRÉPARATOIRE DE BORDEAUX.

Paris, ce 19 octobre 1854.

Le décret de réorganisation de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, que nous avons inséré dans notre 49e numéro, n'était, dans la pensée du gouvernement, que la première application d'une mesure plus générale et qui doit atteindre successivement toutes les écoles préparatoires de médecine placées près des Facultés des sciences. Ce sera, sous beaucoup de rapports, répondre à un besoin accusé depuis longtemps, et qu'on a cherché déjà à satisfaire. Dans les centres scientifiques un peu considérables, on avait été amené à séparer, contrairement aux dispositions de l'ordonnance du 13 octobre 1840, la *clinique* de la *pathologie*, tant pour la médecine interne que pour la médecine externe, et à instituer même, en dehors du cadre normal, plusieurs chaires spéciales. Ces modifications partielles et arbitraires avaient jeté dans cette partie des institutions d'enseignement supérieur une confusion que nous avons nous-même signalée dans ce journal, et que l'organisation actuelle fera disparaître.

La ville de Bordeaux, désireuse de mettre immédiatement à profit les intentions du gouvernement, a, par un vote du conseil municipal, en date du 5 septembre, pourvu à toutes les dépenses que doit entraîner le nouvel état de choses. Elle a répondu en cela aux désirs du ministre de l'instruction publique, qui était empressé de fortifier l'enseignement dans une grande cité où la vie scientifique est fort active et qui est riche en noms dont s'honorent les sciences médicales.

Bordeaux comptait déjà parmi les écoles préparatoires dotées de chaires de *pathologie* interne et externe indépendantes des chaires de clinique (ordonnance du 6 mars 1842). Elle avait en outre, *hors cadre*, une chaire d'opérations et appareils, et une d'hygiène et de médecine légale (même ordonnance). Le présent décret la constitue exactement comme l'École de Lyon. Les deux chaires de pathologie sont maintenues. Celles de *chimie et pharmacie*, — d'*histoire naturelle médicale et matière médicale* sont remplacées par des chaires de *matière médicale et thérapeutique*, de *pharma-*

trême ; les lèvres grosses et épaisses. Leurs cheveux frisent, mais sont peu laineux, peu épais, et restent courts. Ce qui les distingue particulièrement, *c'est le prolongement extérieur de la colonne vertébrale*, ce qui donne à chaque individu *mâle ou femelle* une queue de 2 à 3 pouces de longueur. — Celle de l'individu observé par l'auteur était très mobile.

M. du Couret vient de reproduire le croquis du nègre observé à la Mecque dans un article publié par la France médicale (1er sept. 1854), et auquel nous nous permettons d'emprunter des indications historiques.

Après des communications analogues de MM. Arnault et Vayssières à l'Académie des sciences et de M. Rochet d'Héricourt à la Société orientale, est venue une brochure importante de M. Francis de Castelnau. Ce voyageur, se trouvant il y a quelques années à Bahia (Brésil), eut la pensée de mettre à profit la multitude de nègres esclaves que renferme cette résidence, pour obtenir des renseignements sur les parties encore inexplorées du continent africain. Un de ces esclaves, dit-il (1), appelé Mahammah ou Manuel, était surtout remarquable par son intelligence, et avait fait d'immenses voyages. Mes études de naturaliste me permirent plusieurs fois de contrôler ses récits et je les avais toujours trouvés d'une grande exactitude, lorsqu'un jour il me parla des *Niam-Niams*, ou *hommes à queue*, qu'il assurait avoir vus. » Ce fut de cet esclave qu'il obtint les informations les plus positives, et que nous trouvons ainsi consignés dans sa brochure : « Manuel a fait (avec les Haoussas) une expédition contre les Niam-Niams, sous les ordres du sultan de Kano... En sortant d'un bois, on commença à escalader de hautes montagnes, et peu de jours après on aperçut une bande de sauvages Niam-Niams. Ces gens dormaient au soleil. Les Haoussas s'en approchèrent sans bruit et les massacrèrent jusqu'au dernier. *Ils avaient tous des queues d'environ 40 centimètres de long et qui pouvaient en avoir de 2 à 3 de diamètre.* Cet organe est lisse. Parmi les cadavres se trouvaient ceux de plusieurs femmes, qui étaient conformées de la même manière. Du reste, ces gens étaient semblables aux autres nègres ; ils étaient absolument nus. Les jours suivants, l'expédition rencontra plusieurs autres bandes qui eurent le même sort. L'une était occupée à manger de la chair humaine ; et les têtes de trois hommes rôtissaient encore au feu, suspendues à des perches enfoncées en terre. Manuel faisait partie de l'avant-garde, et a vu tuer beaucoup de ces gens ; *il a examiné les cadavres, mesuré les queues*, et il ne peut concevoir aucun doute relativement à leur existence.... La plupart

(1) *Renseignements sur l'Afrique centrale et sur une nation d'hommes à queue qui s'y trouverait*, etc., par Fr. de Castelnau. Paris, 1851.

cie et notions de toxicologie. Les deux chaires hors cadre sont supprimées.

L'École de Lyon a trois professeurs *adjoints*, un professeur *adjoint hors cadre* et trois professeurs *suppléants.* Celle de Bordeaux a trois adjoints et quatre suppléants. Dans ces deux écoles, les adjoints sont attachés à l'enseignement de la clinique interne, de la clinique externe, de l'anatomie et de la physiologie; les trois professeurs suppléants de Lyon à l'enseignement de la médecine, de la chirurgie, des sciences accessoires, et l'adjoint hors cadre à l'enseignement de la pharmacie et de la toxicologie. Les quatre suppléants de Bordeaux appartiennent aux chaires de médecine, de chirurgie, d'anatomie et physiologie, de matière médicale et thérapeutique, de pharmacie et toxicologie. A. D.

LE MICROSCOPE ET LE CANCER DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.— ÉTAT DE LA DISCUSSION.

Suite. — Voir le n° 54.

L'ordre du jour appelait la continuation de la discussion sur le cancer. M. Jobert, à ce propos, fournit sur les deux opérés de M. Pamard des renseignements très satisfaisants; car chez aucun d'eux la guérison ne s'est démentie. L'enfant qui renfermait dans son testicule le germe de la guerre actuelle se porte très bien; depuis huit ans que la castration a été faite, il n'y a pas de trace de récidive. Voici, quelle que soit la nature du mal, une observation qui, ainsi complétée, est intéressante, et qui mérite d'être notée. Cependant, on va voir combien il eût été important que l'examen microscopique ôtât jusqu'à la moindre arrière-pensée. Dans ces derniers temps, un des chirurgiens les plus distingués de Paris, M. Guersant, nous adressa un fragment d'une tumeur de la glande séminale qu'il avait enlevée chez un enfant de deux à trois ans. Il était disposé à croire qu'il s'agissait d'un cancer; et, en effet, le tissu morbide, d'un blanc laiteux, translucide, homogène, élastique, criant légèrement sous le scalpel, avait une ressemblance assez marquée avec l'encéphaloïde cru; cependant le suc crémeux et lactescent manquait; nous fîmes l'examen de la petite parcelle qui nous avait été remise, et nous fûmes fort surpris de trouver une grande quantité de tubes séminifères hypertrophiés, mélangés, et comme empâtés de tissu fibro-plastique. Nous ne trouvâmes pas vestige d'éléments cancéreux. Comme la pièce n'a pas été mise complétement à notre disposition, nous n'affirmons point d'une manière absolue qu'elle ne renfermait nulle part de cancer; mais nous citons seulement ce fait, pour démontrer que l'examen à l'œil nu était susceptible de tromper, surtout dans des faits aussi rarement observés, et que le microscope a, dans tous les cas, révélé là une structure bien curieuse, en montrant une hypertrophie testiculaire à un âge où l'existence de cette affection pourrait à peine être admise ou soupçonnée.

M. Cloquet paie à la discussion le tribut de sa grande expérience et de ses méditations. Après avoir résumé avec un concision élégante les opinions principales qui se sont produites jusqu'à ce jour, il finit par prendre rang à côté de M. Velpeau, dont il adopte à peu près complétement et l'opinion sur le microscope et les consolantes idées sur la curabilité du cancer. Il ne rejette pas l'emploi de l'instrument en question, mais il craint que son usage ne détourne des recherches cliniques qui sont les plus importantes. Comme, tout bienveillant et sage qu'il est, ce conseil est à l'état de récidive dans la discussion actuelle et tend à la généralisation, nous lui opposerons, pour ne plus y revenir, une réponse radicale. Nous avons en grand honneur l'étude clinique et la symptomatologie, et la preuve, c'est que nous recherchons avec persévérance à établir des rapprochements ou des différences appréciables entre les caractères extérieurs, la marche, les périodes des tumeurs, d'une part, et, de l'autre, leur structure intime et l'évolution des éléments qui les composent. Si nous prétendons aujourd'hui aider la pratique, c'est que nous avons d'abord accepté et étudié les catégories établies par les praticiens; d'ailleurs n'avons-nous pas l'espoir de devenir à notre tour cliniciens émérites?

En sortant du domaine de l'anatomie pathologique, M. Cloquet s'est demandé quel était le caractère essentiel du cancer. Pour lui, c'est la tendance à la récidive après l'opération. A ce point de vue, les tumeurs épithéliales, fibro-plastiques, etc., etc., sont tout naturellement des cancers. Si M. Cloquet, fidèle à ce principe, voulait le suivre avec nous jusqu'au bout, nous lui démontrerions que la famille cancéreuse est plus nombreuse qu'il ne l'a exprimé, car les tumeurs érectiles et les varices récidivent, les kystes et les hypertrophies glandulaires aussi, de même que les polypes muqueux, les tumeurs des cicatrices, les affections organiques des os, etc., sans compter le tubercule, le pus, même après l'ablation ou l'évacuation complètes de toutes ces productions morbides.

La tendance à la récidive, qui appartient à tant de tissus

---

des Niam-Niams vivent dans des trous de rocher, mais quelques-uns se construisent de misérables cahutes de paille... Ils sont d'un noir obscur et leurs dents sont limées; leur corps n'est pas tatoué...; ce sont de beaux hommes; leurs cheveux sont crêpus... Le chef des Niam-Niams demanda grâce; mais le roi de Kano fit tuer tous ceux que l'on prit, *parce qu'ils avaient des queues* et qu'il supposait que personne ne voudrait acheter de semblables esclaves. »

D'autres nègres font des récits analogues. L'un d'eux, originaire d'Adamah (à l'est du pays des Niam-Niams), où il a été pris par les Haoussas pour être conduit à Booché, l'une de leurs villes, non-seulement raconte que tous les gens de Booché connaissent les hommes à queue, mais assure que lui-même en a vu. C'étaient des enfants de huit à dix ans, amenés comme objet de curiosité par les corps expéditionnaires; il a vu et touché leur appendice, qui avait à peu près la grosseur et la longueur du doigt. Un autre, qui a fait la guerre chez les Niam-Niams et en a tué plusieurs de ses propres mains, leur a vu des queues de diverses longueurs. A la naissance, elle est de 5 à 6 centimètres; en s'allongeant avec l'âge, elle n'atteint pas, en général, la longueur de 50 centimètres; mais l'esclave qui parle en a vu une de 70 centimètres. Cette queue est lisse et noire. Elle n'est douée d'aucun mouvement propre, et les indigènes sont obligés, pour s'asseoir, de la faire passer par un trou pratiqué à cet effet.

Un voyageur bien connu, M. d'Abbadie, a rapporté à la Société de géographie, dans sa séance du 9 janvier 1852, qu'un prêtre abyssin lui a fourni des détails très circonstanciés sur la même race d'hommes. Suivant ce prêtre, la queue est longue de 1 palme (29^{mm}, si c'est la palme maritime de France), et couverte de poils. Les femmes du pays en sont dépourvues.

Tels sont les documents sérieux qui tendent à prouver l'existence réelle des hommes à queue dans la Nigritie centrale (ou *Soudan*). Nous espérions trouver quelque chose de plus dans le petit livre que vient de mettre en vente M. du Couret sous le pseudonyme arabe *Hadji-abd-el-hamid-Bey* (seigneur pèlerin serviteur de Dieu), d'autant plus que cette brochure a pour titre : VOYAGE AU PAYS DES NIAM-NIAMS. Mais le livre nous apprend tout aussitôt que l'auteur n'a pu accomplir son voyage, vaincu par des obstacles de toutes sortes. Il ne fait donc, à très peu près, que répéter son article de la *France médicale;* et ce sont des récits sur d'autres peuplades, avec une préface d'un romancier célèbre, qui forment l'appoint de la brochure. Les seules particularités que nous trouvons à y relever, c'est que les Niam-Niams se nourrissent des produits de leur chasse ou de leur pêche, de racines, de plantes et de fruits; qu'ils sont anthropophages;

pathologiques, est si peu propre au cancer, que l'éminent professeur, à l'exemple de M. Leblanc, veut qu'on la distingue de la tendance fatale à causer la mort, tendance que, par malheur, le cancer vrai possède à un si haut degré.

M. Cloquet a vu, en effet, les tumeurs de la lèvre inférieure récidiver avec une ténacité désespérante; mais, en revanche, les cancroïdes des autres parties du visage, qui naissent surtout sur des verrues irritées, excoriées, guérissent parfois dans les conditions les plus désespérées, comme le prouve un fait des plus intéressants dont M. Cloquet nous donne le récit. Sur ce point, nous sommes tout à fait d'accord avec lui. M. Lebert, entre autres, a noté que les tumeurs épithéliales de la lèvre étaient difficiles à guérir radicalement, et que, sans cesser d'être *homœomorphes*, elles pouvaient être très *malignes*, ce qui ne s'exclut point du tout dans notre esprit, lorsque l'on conserve à ces deux mots leur rigoureuse signification.

Si, comme le veut l'orateur, le mot *cancer* s'applique, non point à une espèce pathologique, mais bien à une famille, il faut, de toute nécessité, établir des degrés dans la gravité, et, par conséquent, dans la curabilité (ce mot s'applique aux chances de guérison par l'opération, le cancer ne guérissant jamais spontanément). C'est ce que fait notre savant antagoniste; il est donc disposé à grouper ainsi les membres de la corporation cancéreuse :

1° Le cancer mélanique, à pronostic fatal sans appel, que la tumeur soit grosse ou petite, superficielle ou profonde, unique ou multiple; 2° le cancer encéphaloïde, à horizon presque aussi sombre; 3° le cancer fibro-cartilagineux; 4° colloïde; 5° cartilagineux; 6° épithélial; 7° fibro-plastique.

On doit aussi tenir compte de l'état dans lequel se trouve le dépôt accidentel, qui peut être enkysté, infiltré, congloméré, etc., etc. Déjà MM. Leblanc et Barth dans leurs discours, M. Velpeau dans son livre et devant l'Académie, ont dit choses semblables. Mais comme nous l'avions déjà fait dans notre précédent article, M. Cloquet met le marteau dans son édifice, quand il dit : « Malgré ces renseignements utiles, le » pronostic qu'on en déduit est tous les jours trompé. Dans » maintes circonstances, des tumeurs opérées dans les meil» leures conditions ont rapidement été suivies de la récidive, » de la cachexie et de la mort, tandis que le chirurgien, opé» rant à contre-cœur et uniquement pour consoler le malade, » a guéri parfois dans les cas les plus désespérés en appa» rence. » Ces faits, qui jettent l'incertitude dans le camp ennemi, sont pour nous la source d'indications thérapeutiques précieuses, et je dirai même de quelques données consolantes. Nous ne disons plus : il y a des tumeurs qu'il faut toujours opérer, d'autres auxquelles il ne faut jamais toucher; nous constatons de notre mieux la nature du mal, et si nous conservons peu d'illusions, lorsque nous avons reconnu le cancer vrai, nous poursuivons, au contraire, avec ténacité les récidives des tissus fibro-plastique et épithélial, et nous ne reconnaissons à nos tentatives chirurgicales d'autres limites que celles que posent en général les saines traditions de la médecine opératoire. Si la récidive du mal, après l'ablation complète, traduisait toujours le cancer, bien peu de chirurgiens oseraient opérer trois, quatre, cinq fois, et même plus, dans la même région, avec l'espoir légitime et légitimé déjà d'obtenir une guérison radicale. Or, dans plusieurs cas bien avérés, le malade et le chirurgien ont obtenu la récompense de leur courage et de leur persévérance.

M. Cloquet a terminé par la narration de plusieurs faits qui se rapprochent naturellement de ceux que M. Velpeau a produits. Les uns sont relatifs : 1° à des tumeurs évidemment cancéreuses, suivant l'auteur, et qui ont été guéries radicalement par l'opération; 2° à une tumeur cartilagineuse qui n'avait pas, par conséquent, les apparences du cancer, et qui, pourtant, a eu une terminaison aussi dramatique. Ces observations sont destinées à étayer deux propositions du chirurgien de la Charité, à savoir : 1° que le cancer peut guérir; 2° que des productions non cancéreuses pouvant récidiver et amener la mort, doivent être assimilées au cancer véritable.

Les faits de guérison ont trait à des tumeurs du sein et de la région parotidienne. Ils ont été observés en 1823, 1829, 1843. Dussions-nous encourir le reproche d'être d'une exigence incorrigible, nous dirons que la concision des détails ne nous a pas permis de reconnaître dans ces faits des exemples incontestables de maladies cancéreuses; nous avancerons même que, malgré cette concision, on se ferait plus volontiers une opinion contraire. M. Cloquet nous dit bien : « A la » dissection, ces tumeurs étaient manifestement cancéreuses. » Cependant, les caractères *cliniques* caractérisent bien mal l'existence de la terrible maladie.

1re Obs. — Une malade porte au sein une tumeur volumineuse, granulée, tuberculeuse, très dure; il n'y a nulle trace de cachexie; les ganglions *cervicaux et sus-claviculaires* (remarquez le siége) sont engorgés. Richerand opère. Au bout de quinze jours les ganglions deviennent le siége

que le besoin de manger de la viande crue les poursuit jusque dans la vie régulière de l'esclavage; enfin qu'ils adorent, les uns le soleil, la lune, certaines étoiles fixes, d'autres des serpents et les sources d'une grande rivière à laquelle ils immolent des victimes (probablement le Nil).

Sur la carte qu'a dressée M. F. de Castelnau, d'après les indications fournies par les nègres de Bahia, nous trouvons le pays des Niam-Niams marqué à l'extrémité sud du Soudan, entre le pays d'Adamah et celui des Tangalais.

Ces notions préliminaires ajouteront, ce nous semble, à l'intérêt que mérite la communication de notre confrère de Constantinople. Nous la donnons ci-après :

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

« Monsieur le Rédacteur,

» Dans un moment où l'attention semble se porter sur les hommes à queue appelés Niam-Niams, je me plais à citer quelques observations curieuses à leur sujet, que j'ai eu occasion de faire à Constantinople.

» C'est en 1852, pour la première fois, que je vis une négresse à queue; je fus frappé de ce phénomène, et j'interrogeai son maître, marchand d'esclaves. J'appris de lui qu'il existe une tribu appelée *Niam-Niam*, qui occupe le fond de l'Afrique. Tous les membres de cette tribu portent l'appendice caudal; et, comme l'imagination orientale est surtout portée à l'exagération, il m'assura que parfois la queue atteignait jusqu'à 2 pieds de long. Celle que j'observai était lisse et sans poils, de la longueur de 2 pouces environ, et se terminait en pointe. Cette femme était d'un noir d'ébène; ses cheveux étaient crépus; ses dents étaient blanches, grosses, et plantées sur des alvéoles fortement inclinés en dehors: ses quatre canines étaient limées; ses yeux étaient injectés de sang. Elle mangeait de la viande crue; ses habits la gênaient; son intelligence était au niveau de celle des gens de son espèce. Depuis six mois son maître ne pouvait pas la vendre, malgré le bas prix auquel il l'eût cédée; le motif de l'horreur qu'elle inspirait ne résidait pas dans sa queue, mais dans son goût, qu'elle ne cachait pas du reste, pour la chair humaine. Sa tribu se nourrit de la chair des prisonniers faits aux tribus voisines, qu'elle attaque souvent. Dès qu'un d'entre eux meurt, ses parents, au lieu de l'enterrer, le dépècent et s'en régalent; aussi il n'existe pas de cimetières dans leurs contrées. Ils ne mènent pas tous une vie errante; beaucoup parmi eux se construisent des baraques de branches d'arbres. Ils se façonnent des outils de guerre et d'agriculture; ils cultivent le maïs, le blé, et élèvent du bétail. Les Niam-

d'une inflammation violente, des collections purulentes se forment, une suppuration très abondante s'établit, puis tout se calme, et lorsque la guérison est effectuée, les ganglions avaient disparu. En 1830, il n'y avait point eu de récidive.

Qui pourrait affirmer et l'existence irréfragable d'un cancer, et la nature cancéreuse de l'engorgement ganglionnaire? Chacun sait combien il serait facile d'interpréter tout différemment ce fait.

2e Obs. — Une dame de soixante ans, autrefois rachitique, porte au sein droit une tumeur bosselée, grosse comme les deux poings, recouverte de veines variqueuses et siége de douleurs lancinantes, engorgement axillaire douteux; dans le sein gauche existe une autre tumeur moins volumineuse. On opère la mamelle droite; la plaie suppure très abondamment, puis guérit. Pendant ce temps, la tumeur de la mamelle gauche avait disparu! Opérée en 1829, cette dame n'avait pas de récidive en 1834. Ou ce n'est pas là un cas de cancer, et tout se conçoit, car nous connaissons des faits semblables, ou c'était un cancer double, et celui du côté gauche a guéri spontanément sans attendre le bistouri, fait bien plus merveilleux!

3e Obs. — Dame, soixante ans, très maigre, nerveuse; tumeur au sein gauche du volume du poing, recouverte de veines variqueuses, pas d'engorgement axillaire; opérée en 1843, point de récidive. La dissection avait bien montré la nature cancéreuse.

Que M. Cloquet nous pardonne notre critique; mais dans une question aussi litigieuse les faits qu'il fournit sont-ils assez riches de détails? La 4e observation renferme l'histoire d'une tumeur ulcérée de la région parotidienne ayant débuté, à ce qu'il paraît, par les ganglions (je dis à ce qu'il paraît, car M. Cloquet n'a pas vu le début du mal, la tumeur avait déjà été opérée *d'une manière incomplète* par un chirurgien du lieu). Cet ulcère avait tous les caractères de l'ulcère cancéreux; M. Cloquet n'opéra qu'avec répugnance, la malade guérit bien et la récidive ne s'est pas montrée. Même concision de la part de l'auteur, mêmes réserves de la nôtre; il est bien entendu que *réserves* ne veut pas dire *négation*. Mais si nous étions au lieu et place de nos rigoureux adversaires j'augure qu'ils n'accepteraient pas, sans argumentation, des documents tels.

Dans la 5e observation, je crois reconnaître un enchondrome ou une tumeur fibreuse adhérant tellement au sternum et aux côtes, qu'on fut obligé de *sculpter* ces os au milieu de la masse avec la gouge et le maillet. Cette circonstance pourrait bien faire croire à une ablation incomplète. La tumeur se reproduit quelques années plus tard *au même endroit*, elle asphyxie le malade. Est-ce là un cancer? existait-il des tumeurs semblables sur d'autres points du squelette? La maladie s'était-elle généralisée, en trouvait-on dans les viscères? Y a-t-il eu cachexie? Tous ces détails sont omis.

Personne ne remplace M. Cloquet à la tribune, et si M. Robert ne promettait de répliquer mardi prochain, la discussion serait close. Le contingent de la séance a donc été intéressant, mais bien restreint : nous nous en étonnons. L'Académie compte dans ses sections d'anatomie pathologique, de pathologie chirurgicale et de médecine opératoire bien près de vingt-cinq membres, sans compter nombre d'hommes compétents disséminés dans les autres sections : pourquoi n'apportent-ils pas leur part d'expérience? Comme nous pensons bien qu'ils pourraient dire maintes choses utiles, nous nous plaignons de leur silence, bien regrettable dans une question qui intéresse à un si haut degré la science et la pratique.

Ar. Verneuil,
Agrégé à la Faculté de médecine.

P. S. Nous apprenons à l'instant qu'à la fin de la séance, M. Velpeau, qui avait gardé le silence lorsque la discussion avait menacé de se clore, a montré plusieurs pièces pathologiques; une d'entre elles, que nous venons d'examiner, et sur laquelle nous donnerons notre avis, a paru à M. Velpeau fournir la preuve péremptoire de la vanité du microscope.

COUP D'ŒIL SUR LA CONSTITUTION MÉDICALE ET L'ÉPIDÉMIE DE CHOLÉRA A PARIS.

Suite et fin. — Voir le numéro 53.

Caractères symptomatiques et pronostic. — La symptomatologie du choléra, *dans la période de recrudescence dont nous nous occupons*, n'a pas offert un grand nombre de traits distinctifs. Le plus remarquable nous paraît se rapporter aux crampes. On se rappelle que, dans la première période, elles avaient été sensiblement moins fréquentes, moins douloureuses, que dans les épidémies de 1832 et de 1849. Presque tous les témoignages se sont accordés sur ce point (voir n° 16, page 232). Or, depuis le mois de mars, ce phénomène a repris à peu près son importance accoutumée dans l'appareil symptomatologique. C'est du moins ce qui a été

Niams ont une langue à eux, langue tout à fait primitive; elle renferme beaucoup de mots arabes. Ils vivent tout à fait nus, et ne cherchent qu'à satisfaire leurs appétits sensuels. Les fils couchent avec leurs mères, les frères avec leurs sœurs, etc.; c'est un pêle-mêle affreux. Le plus fort parmi eux constitue le chef de la tribu; c'est lui qui les mène au combat, c'est lui qui fait la part du butin. On ne sait pas s'ils ont une religion; mais il est probable que non, vu la facilité avec laquelle ils embrassent celle qu'on veut leur enseigner. On parvient difficilement à les apprivoiser tout à fait; leur instinct les pousse toujours à rechercher la chair humaine, et l'on cite des exemples d'esclaves qui ont massacré et dévoré ensuite des enfants de leurs maîtres confiés à leur garde.

» Je vis l'année dernière un homme de la même race, qui portait une queue longue de 1 pouce 1/2 et recouverte de quelques poils. Il semblait âgé de trente-cinq ans; il était robuste, bien constitué, d'un noir d'ébène, et avait aussi cette conformation particulière de la mâchoire que j'ai notée plus haut, c'est-à-dire les alvéoles inclinés en dehors. On leur lime les quatre canines pour diminuer leur force masticatoire.

» Les Niam-Niams sont doués d'une force herculéenne. Les marchands d'esclaves les rejettent, car ils sont difficiles à subjuguer, et leurs maîtres craignent de leur confier la garde de leurs maisons.

» Je connais à Constantinople le fils d'un pharmacien, âgé de dix ans, qui est né avec une queue longue de 1 pouce; il appartient à la race blanche caucasienne. Un de ses aïeux présentait la même anomalie. On regarde généralement ce phénomène, en Orient, comme un signe de force brutale.

» Les Turcs connaissent depuis longtemps cette race d'hommes, et se sont montrés très étonnés de ce que l'Europe scientifique semblait ignorer leur existence jusqu'à ce jour. » Le docteur Hübsch,
» médecin des hôpitaux. »

En comparant les divers documents qui précèdent, on s'aperçoit aisément qu'ils ne s'accordent pas sur tous les points.

Le prêtre abyssin dont parle M. d'Abbadie assure que les femmes sont dépourvues d'appendice, tandis que les nègres de Bahia affirment le contraire, et l'affirment pour l'avoir constaté de l'œil et de la main. La note de M. Hübsch lève toute difficulté à cet égard, puisque l'un des deux sujets de son observation personnelle était une négresse.

Les marchands d'esclaves auprès desquels M. du Couret a pris ses informations sont d'accord avec les nègres de Bahia pour attribuer à la queue une surface lisse et glabre. Le prêtre abyssin, qui n'a observé que des

observé à l'Hôtel-Dieu, dans les services de MM. Requin et Grisolle. M. Requin nous écrit : « Les crampes m'ont paru être plus rares que dans les épidémies qui ont envahi entièrement la capitale et dans celle du département de Vaucluse, que j'ai pu observer en 1835. *Elles sont devenues plus fréquentes pendant la recrudescence.* » M. Grisolle, qui précédemment n'avait noté de fortes crampes qu'une fois sur 20 cholériques, en a constaté, depuis plusieurs mois, dans *la plupart des cas graves ;* et deux ou trois fois (sur 70 cas environ), elles ont constitué le symptôme prédominant. Une fois elles ont présenté une intensité exceptionnelle, et ont donné lieu à des douleurs atroces ; c'était chez un vieillard, qui a succombé dans la salle Saint-Lazare. Nous ajoutons à ces renseignements qu'à la même époque, dans la pratique civile, des malades atteints de simple diarrhée, ou seulement de coliques sèches, accusaient des crampes douloureuses dans les membres inférieurs ; ce que nous n'avions pas remarqué dans la première période de l'épidémie. On sait que les crampes font souvent partie du cortége de symptômes par lequel se traduisant les affections intestinales d'été. L'influence saisonnière s'est-elle fait sentir aussi sur les crampes du choléra ? C'est une question qu'on ne peut que poser. La seule déduction à tirer du fait, est que la fréquence ou l'intensité de la contracture douloureuse des muscles est loin d'être corrélative à la gravité de la maladie.

L'absence de vomissements et de garderobes, ou de vomissements seulement, a été observée dans cette seconde période comme dans la première. Un de nos confrères a offert uu triste exemple de cette absence de vomissement ; c'est le docteur Henry. Bien portant la veille, ayant bien dormi, il s'aperçoit en se levant qu'il a la diarrhée. Il vaque néanmoins à ses affaires, rendant dix ou douze selles, dont les dernières étaient très caractéristiques. Vers midi, les crampes surviennent et la figure se décompose. Notre malheureux confrère a succombé à minuit, ayant accusé quelques nausées, mais sans avoir vomi une seule fois. Il n'y a du reste, dans cette circonstance, rien qui soit spécial à la présente épidémie. Nous en dirons autant de la constriction épigastrique, sur laquelle certaines personnes insistent beaucoup, et dont la prolongation, après l'apaisement des accidents intestinaux, nous a paru tenir souvent à l'ingestion de substances excitantes. Mais nous signalerons spécialement une forme rare, que nous avons rencontrée une fois dans notre pratique et dont M. Grisolle a vu un exemple à l'Hôtel-Dieu. On pourrait l'appeler forme *cérébrale*, par opposition à la forme *gastro-intestinale*. Il ne s'agit pas de ces accidents cérébraux qui surviennent parfois pendant la période de réaction, et qui peuvent consister en un délire ou bruyant ou tranquille. Nous voulons parler des symptômes habituels de la méningite, faisant, pour ainsi dire, explosion très peu d'heures après l'apparition des premiers symptômes de choléra (vomissements, selles blanches, crampes, etc.) et dominant, par leur intensité, tout l'appareil symptomatologique. Nous avons vu un jeune homme qui, cinq ou six heures tout au plus après avoir pris le lit pour des accidents cholériques parfaitement caractérisés, est tombé dans une extrême agitation, avec délire, vociférations, efforts vigoureux pour se dégager de ses gardiens, etc. En même temps, les extrémités étaient bleues, enduites d'une sueur visqueuse, et il existait des vomissements et une diarrhée caractéristiques. Le pouls se relevait pendant les plus violents accès de fureur, pour se déprimer (sans pourtant disparaître) dans les intervalles. Ce jeune homme a succombé en moins de quarante-huit heures, à l'intensité des accidents cérébraux plutôt qu'aux progrès du choléra. Chez un petit malade, couché au nº 52 de la salle Saint-Lazare à l'Hôtel-Dieu, un délire brusque s'établit presque en même temps que les manifestations cholériques, et dura jusqu'à la mort, qui eut lieu au bout de deux jours. Il est vrai de dire que ce malade était en pleine rougeole quand les accidents se manifestèrent.

La période de réaction a continué à se caractériser chez un assez bon nombre de sujets par une apparence typhique. Et plusieurs fois, dans les hôpitaux, quand les malades étaient apportés à cette période, le diagnostic n'a pas été sans quelque incertitude, tant l'abattement des forces, la stupeur, la coloration de la face, la lenteur de la parole, le gargouillement du ventre, simulaient la fièvre adynamique. Dans plusieurs cas qui, par leur rareté, méritent d'appeler l'attention, on a constaté une véritable récidive. «Une fois, dit M. Requin dans sa note, chez un cholérique qui s'était assez bien relevé pour arriver à manger une portion, mais chez qui l'estomac et l'intestin étaient restés très sensibles, j'ai vu une *rechute parfaite*, un vrai choléra réitéré, et le malade en est mort.» Et M. Grisolle nous écrit aussi : « Quelques malades, après avoir échappé à une première atteinte de choléra, en général peu grave, ont été frappés de nouveau et ont succombé. » Ces faits sont très exceptionnels, et probablement le choléra n'en offre pas plus fréquemment l'exemple, que la fièvre typhoïde bien caractérisée.

Une question qui concerne le *pronostic* a été plusieurs fois

---

individus mâles, dit, au contraire, qu'elle est couverte de poils. Ne se peut-il pas qu'elle soit glabre chez la femme et poilue chez l'homme ? Il en était ainsi, du moins, dans les observations de M. Hübsch : la négresse avait la queue lisse ; le nègre, âgé de trente-cinq ans, l'avait « recouverte » de quelques poils. »

Relativement à la longueur de l'appendice, les appréciations sont assez variables. Mais si l'on s'en rapporte seulement, comme il est prudent de le faire, aux mesures prises par MM. du Couret et Hübsch, la longueur est, chez l'adulte, de 5 à 7 centimètres. Il est, du reste, possible que la longueur varie beaucoup d'individu à individu ; et celle de 40 centimètres indiquée par le nègre Manuel, qui dit en avoir pris la mesure, n'est peut-être pas exagérée. Cette queue n'est présentée comme douée de mobilité que dans l'observation de M. du Couret.

On voit par la lettre de notre confrère que, pour se prémunir un peu contre le goût des Niam-Niams esclaves pour la chair humaine, on leur lime les dents canines. Mais il paraît que c'est un usage de la tribu d'aiguiser leurs dents pour les rendre plus aptes à déchirer la chair ; car cette particularité du limage des dents a été signalée par les nègres de Bahia, qui avaient fait leurs observations, non parmi les esclaves, mais sur les indigènes vivant à l'état de liberté.

Enfin, si les Niam-Niams sont positivement anthropophages et amateurs de viande crue, on constate avec quelque satisfaction qu'ils se contentent parfois de légumes et de racines, et que quelques-uns ont l'attention de nous faire rôtir avant de nous avaler.

Terminons par un vœu scientifique. L'existence des *hommes à queue* paraît incontestable ; et si quelques voyageurs élèvent encore des doutes sur ce point, c'est probablement qu'ils confondent les Niam-Niams à queue avec d'autres Niam-Niams voisins des précédents, anthropophages comme eux, mais dépourvus d'appendice. Nous rappelions plus haut qu'un désagréable vice de conformation dote quelquefois accidentellement d'un prolongement caudal des individus de race caucasique. Un savant critique, M. Victor Meunier, en rappelait dernièrement quelques exemples dans le journal LA PRESSE. Le fait cité plus haut par M. Hübsch est plus intéressant encore, parce qu'il constate la transmission héréditaire. Or qu'est-ce qu'une race, sinon la perpétuité de certains caractères anatomiques par la voie de l'hérédité? Si donc l'existence d'une race *caudée* paraît positive, il est permis d'exprimer le désir, pour l'anthropologie, que l'on parvienne à réunir sur cette race d'hommes des observations assez nombreuses et assez détaillées pour fixer les caractères de la transition qu'ils paraissent former entre l'homme et cer-

posée dans la presse. Un journal sérieux affirmait, il n'y a pas bien longtemps, que le choléra d'emblée, celui dont les symptômes graves ne sont précédés de diarrhée que pendant une ou deux heures, offre plus de chances de guérison que le choléra précédé de signes précurseurs. Une vue de l'esprit a sans doute égaré en cette circonstance l'exactitude habituelle de notre confrère. On s'est dit que, dans une affection rapide, l'organisme n'avait pas le temps d'être miné, et qu'il lui était plus facile de recouvrer son équilibre. Eh bien ! tout ce que nous avons vu, toutes les notes que nous ont confiées les médecins des hôpitaux, donnent un démenti à cette assertion. C'est, au contraire, dans ce cas que les vomissements et la diarrhée se montrent le plus incoercibles, que la cyanose et le refroidissement acquièrent le plus d'intensité, que la mort enfin arrive le plus fréquemment. A coup sûr, s'il en a été autrement dans la pratique de quelqu'un, c'est pur hasard ; et voilà une nouvelle preuve de l'inconvénient des histoires d'épidémies entreprises prématurément et sur une étroite échelle d'observation.

THÉRAPEUTIQUE ET RÉSULTAT. — L'expérience thérapeutique de ces derniers mois n'a apporté aucun enseignement nouveau. Nous ne nous occuperons des médications spéciales ou spécifiques qu'à l'occasion du choléra des départements et de l'étranger. Quant à ce qui tombe sous notre observation directe, à Paris, ce qui nous paraît le mieux acquis est ce qui va suivre.

Dans la période dite prodromique, quand les premières voies sont engagées, quand il existe des nausées, des dégoûts, et l'ensemble des phénomènes qui constituent l'état saburral, l'ipécacuanha en infusion n'a pas de rival. Il est bon de le prendre au lit et de rester couché une partie de la journée, afin de soutenir le mouvement réactionnel et la diaphorèse qui succède d'ordinaire aux vomissements. Presque constamment, une dose de 1 gramme à 1 gramme et demi suffit pour rétablir la normalité des fonctions gastriques et pour amener en même temps la cessation de la diarrhée. Si ce dernier symptôme existe seul, sans trouble manifeste du côté de l'estomac (ce qui est commun), il faut bien se persuader qu'on n'a pas devant soi, *pour l'immense majorité des cas*, d'autre problème que celui de la thérapeutique ordinaire des affections intestinales. Nous ne disons pas qu'il n'y ait aucun rapport étiologique entre le choléra régnant et les divers troubles gastro-intestinaux qui se groupent autour de lui ; mais seulement que ces troubles, pour la plupart, prennent le caractère habituel de ceux qu'on observe hors des épidémies cholériques ; qu'ils n'ont pas plus de gravité ; qu'ils posent dans la pratique les mêmes indications et cèdent aux mêmes remèdes. La forme qui est le plus à considérer ici est celle qui se caractérise par l'état séreux des selles et par l'absence de coliques. L'expérience vient de prouver plus péremptoirement que jamais que l'usage de quelques boissons excitantes ou des opiacés en vient à bout, le plus souvent, dans l'espace d'un jour ou deux, et même parfois de quelques heures. Et ce résultat qui ressort, pour le dire en passant, de la pratique de tous les pays, d'une pratique qui compte les faits par *centaines de mille*, est ce qui nous met aujourd'hui en garde contre une théorie qui nous avait séduit comme les autres : celle qui considère la diarrhée comme un moyen employé par la nature pour éliminer le poison cholérigène. Nous aurons occasion de revenir sur cette question capitale. Dès à présent, constatons que la suppression brusque de ce qu'on appelle la *cholérine*, d'une part, est obtenue très aisément et par les moyens les plus simples — ce qui n'est pas déjà très favorable à la théorie ; — d'autre part, n'est suivie d'aucun accident. Mais, ces faits reconnus, parce qu'ils sont incontestables, nous n'en persistons pas moins à penser que l'emploi des purgatifs salins au début de la diarrhée est préférable à la médication opiacée ; que celle-ci laisse en dehors de son influence un assez bon nombre de cas dont les purgatifs seuls peuvent avoir raison, et qu'on est moins exposé à la récidive en recourant tout de suite à ce dernier moyen. Seulement il nous paraît clair que la théorie dont nous parlons est infiniment plus contrariée par le nombre immense de cas où l'opium guérit d'emblée, que par les cas exceptionnels où les purgatifs mettent seuls à l'abri d'une récidive. Le mode d'action des purgatifs est loin de se réduire à une action éliminatrice.

Rien à dire de particulier sur le *traitement du choléra constitué*. La thérapeutique rationnelle, celle qui se dirige par les indications et ne prétend pas à la spécificité, a été suivie dans tous les hôpitaux : excitants internes et externes, opium à haute dose (sauf dans les cas de refroidissement trop considérable), eau de Seltz, glace, vésicatoire à l'épigastre ; parfois évécuations sanguines dans la période de réaction, etc. Nous ne sachions pas qu'aucune autre médication ait donné de meilleurs résultats que celle-là. Nous n'avons à notre disposition que les statistiques de deux services : celui de M. Requin et celui de M. Grisolle. Dans le premier, sur 121 cas de choléra *grave*, traités du 1er janvier au 14 août, il y a eu 70 guérisons et 51 décès. Dans le second, sur

tains genres de l'ordre des quadrumanes. Déjà quelques dispositions plus spécialement indiquées par M. du Couret, la longueur des bras, la longueur et la forme plate des pieds, la proéminence des lèvres, etc., rapprochent beaucoup cette race de la famille des singes. D'autres caractères plus significatifs encore pourraient être tirés de l'étude du bassin, qui a une forme assez spéciale chez le singe. On sait aussi que les mammifères à queue, surtout quand cette queue est mobile, portent à sa face inférieure, sur la ligne de réunion de chaque couple de vertèbres, un os surnuméraire en forme de V, destiné à donner attache aux muscles moteurs de l'appendice. Combien les Niam-Niams ont-ils de vertèbres coccygiennes? Ces vertèbres sont-elles munies d'os supplémentaires ? Sont-elles mues par des muscles particuliers ? Autant de questions réservées à l'observation ultérieure. Nous ne sachions pas, d'ailleurs, que l'occasion se soit encore présentée de procéder à ces vérifications.

A. DECHAMBRE.

M. Beugnot, médecin français à la Nouvelle-Orléans, a été nommé chevalier de la Légion-d'Honneur. Le docteur Beugnot a été professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et s'est distingué par un bon traité de chimie et d'excellentes publications sur l'art vétérinaire. Il est établi depuis quatorze ans en Amérique.

— Par décret impérial en date du 14 octobre 1854, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, les chirurgiens de la marine ci-après : *Au grade d'officier* : MM. Marroin et Beau. *Au grade de chevalier* : MM. Gourrier, Leroy de Mérécourt, Bourgarel, Pellegrin et Macé.

— Par décret du 17, a été nommé au grade de chevalier : M. Boisserie-Lasserve, médecin du bureau de bienfaisance depuis plus de trente ans, chirurgien-major de la première légion de la garde nationale de Paris pendant douze ans.

43 cas, traités pendant les mois de juin et juillet, 22 guérisons, 21 décès. On voit des statistiques plus avantageuses, mais où nous sommes convaincu que le choléra léger entre pour une certaine part.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoire sur un nouveau procédé de cheiloplastie, par le docteur Desgranges, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon, lauréat (médaille d'or) de la Société de chirurgie de Paris, etc.

Étant donné un cancroïde sur les trois quarts ou la totalité de la lèvre inférieure, trouver un procédé qui permette à la fois :

1° De refaire la lèvre excisée ;

2° De conserver à l'orifice buccal des dimensions convenables ;

3° De corriger le froncement et la saillie de la lèvre supérieure,

Avec la condition expresse — de ménager la dissection des chairs, — de ne point laisser béante une plaie d'emprunt, — de se passer de tout débridement qui, par cicatrice vicieuse, pourrait laisser une difformité.

Ainsi posé, le problème nous conduit à faire un examen critique des procédés connus, — puis à donner le procédé nouveau qui satisfait aux trois indications.

I. — Des procédés connus pour le cas actuel.

§ 1. — Je dis que les procédés simples ne remplissent pas simultanément les trois indications posées ; et pour preuve je prends le *procédé ancien* ou l'*incision en V*, que son application journalière élève presque au rang de méthode générale.

Par ce mode, en effet, enlever tout le mal ; puis, avec ou sans dissection des lambeaux, rapprocher les lèvres de la plaie, et finalement combler par la suture un vide calculé, c'est chose facile en général. Mais, avec une tumeur comme nous l'avons supposée, une difformité va suivre immédiatement : la bouche prendra la forme d'un orifice irrégulier; et la lèvre supérieure, exubérante, sera ramassée sur la ligne médiane.

Que faire alors? Exciser une portion de la lèvre supérieure, comme l'a pratiqué M. Bernard (d'Apt) dans un cas soumis à l'appréciation de la Société de chirurgie? C'est agir, il est vrai, contre l'exubérance de la lèvre ; mais en quoi, je le demande, corrige-t-on la coarctation buccale ? Loin d'y remédier, ne l'aggrave-t-on pas ? — D'où il suit, à mon avis, que cette excision partielle n'est admissible qu'avec une coarctation légère ; qu'elle est mauvaise en face d'un rétrécissement marqué, et qu'ainsi elle ne s'adresse qu'à une saillie de la lèvre peu digne d'attention.

S'agit-il, au contraire, d'un resserrement prononcé de la bouche ? A coup sûr, il est avantageux d'ajouter au procédé ordinaire, ou bien la stomatoplastie de Dieffenbach, ainsi que l'a fait récemment M. Désormeaux (*Gazette hebdomadaire*, 16 juin 1854), ou plutôt le mode opératoire de Serre (de Montpellier) : dans les deux cas on peut donner aux commissures telle distance que l'on veut. — Mais, encore une fois, la bouche, pour être plus large, en sera-t-elle plus régulière ? La lèvre supérieure ne fera-t-elle plus, comme précédemment, un bourrelet plissé, disgracieux, au-dessus de la lèvre inférieure ? Ce sera mieux, sans doute ; ce ne sera point tout ce qu'on doit espérer.

En somme, le procédé ordinaire le plus approprié aux dimensions de la tumeur supposée ne donne les moyens, ni de tendre la lèvre supérieure, ni d'élargir la bouche ; et, malgré le secours d'une opération complémentaire, des trois indications, il en est une au moins qu'on ne saurait remplir.

§ 2. — Pour le cas actuel, je rejette sans exception tous les procédés qui prennent *directement en bas, au menton et au cou, les éléments de la restauration*.

Je rejette le lambeau rectangulaire de Chopart, taillé sur le menton et sur le cou par deux incisions verticales, bien que, par dissection, il puisse remonter jusqu'à prendre la place de la lèvre emportée, sans rien ôter à la bouche de ses dimensions normales. — Qu'importe, en réalité, ce dernier avantage, si ce lambeau, venu de loin, assez mal soutenu d'ailleurs, est sujet à se recroqueviller en dedans ; si rarement il fait une lèvre assez haute pour recouvrir les dents, et si plus d'une fois la gangrène en a frappé les bords ?

Je repousse également le procédé de Chopart modifié par le professeur Roux, qui fit aux commissures une petite incision transversale, comme pour élargir la bouche, et conduisit, de ces premières divisions, les incisions verticales du lambeau. De cette manière, le lambeau, fixé aux joues par les angles, est un peu mieux soutenu, et la lèvre doit être plus convenable. Mais aussi ce lambeau, plus large qu'il ne faut, devient la cause d'une plaie outremesure, et, partant, un obstacle à la réunion immédiate, si nécessaire quand il s'agit d'autoplastie.

Le procédé de M. Roux (de Saint-Maximin) ne servant qu'à des altérations très graves de la face, échappe par cela même à notre appréciation. S'agit-il, en effet, de discuter l'élégance d'une lèvre, quand toute la question est de savoir si l'on en peut faire une? Complète ou insuffisante, régulière ou disgracieuse, peu importe ; qu'elle ferme la plaie, on doit être content.

Je n'admettrais pas non plus, dans les conditions où je me place, l'exagération de M. Morgan, qui, pour éviter l'abaissement du lambeau et l'insuffisance de la nouvelle lèvre, fit, après avoir enlevé le mal par une incision transversale, fit, dis-je, une seconde incision parallèle à celle-ci, passant environ à 5 centimètres plus bas. De la sorte, il obtint une bande transversale qu'il disséqua au milieu, sans toucher aux extrémités, puis qu'il fit remonter par glissement à la place de la lèvre inférieure. — A cette manière de faire il y a deux objections sérieuses : la première, le recroquevillement d'une bande de peau isolée ; la seconde, cette large plaie qu'on laisse à la région sus-hyoïdienne, sans parler des obstacles matériels à l'exécution d'un pareil procédé.

Donc, jusqu'ici, rien qui résolve heureusement le problème posé. Tous ces procédés à lambeau inférieur, s'ils ont l'avantage de conserver l'intégrité de l'orifice buccal et d'éviter la déformation de la lèvre supérieure, ont, d'un autre côté, l'inconvénient d'être exécutés par un lambeau qui tend à redescendre, donnant ainsi une lèvre insuffisante, sujette encore à diminuer par la cicatrisation rétractile de la face saignante.

§ 3. — Voyons maintenant quel parti nous pourrons tirer des procédés qui empruntent les *éléments de la restauration aux parties latérales*.

Ces procédés, généralement, se distinguent des précédents par un résultat plus stable et meilleur, à la condition, toutefois, ainsi que je l'ai dit, de ne pas laisser de vides après l'opération et de n'avoir pas besoin de débridements profonds pour éviter le tiraillement des sutures.

Que dirai-je, par exemple, de la cheiloplastie de Dieffenbach, de ces lambeaux rectangulaires, adhérant par la base au bord du maxillaire et réunis sur la ligne médiane, par glissement, en laissant des deux côtés un vide? Que dirai-je surtout de la division profonde des joues qu'il pratiqua dans le but de détendre une réunion médiane forcée ? Rien — si ce n'est que le premier procédé est purement théorique, et que l'autre, s'il devait passer dans la pratique, ruinerait la cheiloplastie.

Un mode opératoire vraiment utile à la lèvre supérieure, mais bien moins convenable à la lèvre inférieure, est celui que décrit M. Serre (de Montpellier), et qu'ont exécuté avec succès A. Bérard et M. le professeur Bonnet (de Lyon). — Il consiste à emporter le mal par trois incisions rectangulaires : deux verticales et une horizontale ; après quoi l'on divise la joue de chaque côté jusqu'au masséter, par deux incisions parallèles qui partent, l'une de la première incision transversale, et l'autre de la commissure. De la

sorte, on obtient deux lambeaux rectangulaires adhérents par le bord externe, libres par les trois autres bords. On les attire, on les réunit sur la ligne médiane, et l'on termine en suturant les bords parallèles à la peau adjacente. — Ce procédé, à peu près seul applicable à la lèvre supérieure, n'a plus sur l'inférieure que fort peu d'avantages, et ceci à raison des nombreuses cicatrices qu'il entraîne et des chances de gangrène aux extrémités d'un lambeau aussi étroit et aussi long. En conséquence, je ne l'adopte pas, je puis même affirmer n'en avoir jamais rencontré l'indication précise.

Après cette critique, juste plus que sévère, de la plupart des procédés connus, je dois citer avec éloge le procédé de cheiloplastie de M. Serre (de Montpellier). Plus que les autres, il permet d'aborder de graves restaurations de la face; mieux que les autres, il satisfait aux indications principales. Néanmoins, il n'est pas exempt de tout reproche : la description va nous le démontrer.

Procédé de M. Serre (exécuté le 15 septembre 1831). La tumeur est emportée par une incision en V dont l'extrémité inférieure est prolongée, au besoin, jusqu'au cartilage thyroïde, afin d'avoir un angle très aigu.

Immédiatement après, on divise les joues, des commissures aux masséters, en suivant, au niveau des dents inférieures, une courbe légère dont la convexité regarde en haut.

Puis aussitôt on détache les chairs de la face externe du maxillaire inférieur, et l'on obtient deux lambeaux latéraux qu'on réunit sur la ligne médiane; après quoi l'on termine par la suture du lambeau à la joue, avec le soin de porter les extrémités de la lèvre supérieure assez loin pour que l'ouverture buccale soit régulière et convenable. (Serre, *Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face*, p. 119.)

Ainsi, j'avais raison de dire que cette opération remarquable pèche de plus d'un côté. — Elle exige une large dissection, qui aggrave l'état du malade et fait obstacle à la réunion immédiate — elle sillonne les joues de longues cicatrices — et, tandis que la moitié inférieure de la joue est aplatie, tendue, la moitié supérieure en est exubérante, plus ou moins — toujours trop — suivant les proportions données à la nouvelle bouche. Si bien, que j'ai cherché d'abord à corriger le procédé, et que, plus tard, j'ai trouvé le moyen d'en restreindre l'emploi.

De tout ce qui précède, je tire les conclusions suivantes :

1° Étant donné un cancroïde volumineux, tel qu'on en trouve si fréquemment dans la pratique, le procédé ordinaire est insuffisant; et même, quoiqu'on le modifie par l'excision de la lèvre supérieure ou par la stomatoplastie, le résultat, bien que meilleur, n'est point encore parfait.

2° Tous les procédés de cheiloplastie à lambeau inférieur donnent une lèvre mal soutenue, trop petite, que la cicatrisation rétrécit encore et que la gangrène a plus d'une fois endommagée. Dès lors, rien d'étonnant qu'ils soient tombés dans l'oubli.

3° Parmi les procédés à lambeaux latéraux, un seul, celui de M. Serre (de Montpellier), mérite vraiment une mention à part. — Toutefois, le résultat qu'il donne pourrait être obtenu plus simplement, avec de moindres cicatrices. Tel est l'objet du procédé nouveau.

II. — PROCÉDÉ NOUVEAU : — CHEILO-STOMATOPLASTIE.

Nom bien long et bien dur pour désigner une opération assez peu compliquée en soi; seul pourtant approprié à la restauration simultanée de la lèvre et de la bouche. J'ose donc l'adopter : on me le passera.

Mais, avant d'aller plus loin, je rappellerai deux conditions de succès dont la pratique dans les hôpitaux démontre bien vite l'indispensable nécessité; je veux dire l'*acclimatement* et la préparation du malade.

En opérant trop vite, on s'expose à faire coïncider la fièvre traumatique avec ce malaise qu'éprouvent tant de gens de la campagne au changement de régime et sous les premières influences d'une atmosphère d'hôpital. En opérant sans avoir préalablement débarrassé les premières voies, on néglige à grand tort de prévenir un excès de fièvre, une complication saburrale, et surtout l'apparition fâcheuse d'un érysipèle traumatique. Depuis que j'ai adopté, en règle générale, avant toute opération, même légère, de donner d'abord un éméto-cathartique, plus tard deux purgatifs salins, je n'ai plus à redouter ces érysipèles graves qui entravent les réunions et compromettent la vie. Si quelquefois encore j'en ai vu survenir, il m'a suffi de topiques astringents, de nitrate d'argent en pommade ou de collodion, pour en triompher localement et sauver les sutures, sans que l'état général m'ait inspiré des craintes. — Ceci dit en passant, je reviens au sujet principal.

L'opération, telle que je la pratique, se divise en deux parties : d'abord, l'ablation du cancroïde, y compris la réunion de cette première plaie; en second lieu, la *cheilo-stomatoplastie*, à l'effet de corriger la saillie de la lèvre supérieure et de rendre à la bouche des dimensions convenables. Je rappelle de nouveau, pour plus de clarté dans les détails, qu'il s'agit ici d'un cancroïde occupant, de haut en bas, toute la portion libre de la lèvre et s'approchant des commissures à quelques millimètres.

A. — *Ablation du cancroïde.*

1° On le circonscrit par une incision en V, à la manière ordinaire, ce qui ne demande point une description nouvelle. Seulement, il faut tailler aussi largement que possible dans les tissus sains pour prévenir la récidive, et, de plus, ne négliger aucun détail en faveur de la réunion immédiate.

Ainsi, l'on doit allonger assez le V pour que la plaie se réunisse linéairement sans former de bourrelet à l'angle inférieur, mais pas au point d'agrandir la plaie en pure perte. Un autre soin à prendre, soit qu'on arrête l'incision au bord du maxillaire, soit, *à fortiori*, qu'on la pousse plus loin, c'est d'adopter une incision en Y curviligne resserré en dedans, attendu que l'adhérence des chairs au repli du niveau muqueux gingival est un obstacle sérieux au rapprochement des vastes plaies de cette région, tandis que le bord libre de la lèvre, siége du plus grand écartement, est toujours le point qui cède le premier.

2° Le cancroïde est enlevé; l'hémorrhagie est tempérée par la ligature ou par torsion; mais vainement on essaie, je suppose, de rapprocher la plaie : les lèvres en sont à distance, et la suture est impossible.

Alors commence un temps laborieux de l'opération : la dissection des lambeaux jusqu'à réunion par glissement.

Les premiers points sur lesquels porteront les incisions adjuvantes sont les restes du repli muqueux gingival; et si, après avoir divisé le quart ou la moitié, de part et d'autre, la tension n'est pas encore vaincue, il faut hardiment couper jusqu'aux masséters.

Cela fait, il se peut que le rapprochement ne soit point encore permis; eh bien! tout cède en détachant les chairs du maxillaire inférieur au niveau de son bord, là où elles adhèrent assez intimement. Cette dissection a lieu par petits coups, en mesurant, d'un instant à l'autre, ce qui est obtenu et ce qu'il faut encore, jusqu'à ce qu'enfin les lambeaux se touchent sans effort.

On aurait tort de s'inquiéter du nerf mentonnier et de l'artériole dentaire qui le suit; les troubles de sensibilité dus à la section du nerf sont nuls ou insignifiants; l'hémorrhagie de l'artériole s'arrête par simple compression, soit à l'aide du doigt, soit par le fait seul de l'application contre l'os du lambeau cutané.

3° La suture entortillée avec des épingles fines d'entomologie est la plus convenable par l'affrontement exact de la peau qu'elle permet. Les épingles fines ont un double avantage : en premier lieu, d'amener lentement la suppuration du trajet qu'elles parcourent, et par là de n'être point, comme les grosses, une cause d'inflammation; en second lieu, de s'opposer par flexibilité à un degré de constriction incompatible avec la réunion immédiate, contrairement aux grosses épingles qui, en permettant de serrer trop, exposent les bords affrontés à se disjoindre par gangrène partielle ou totale.

On ne saurait trop non plus apporter d'attention à régulariser le bord libre de la lèvre, dans le but d'éviter une échancrure médiane, contraire à la beauté des formes. — A la face, il ne suffit point d'enlever tout le mal, il faut encore dissimuler les pertes; à

la face, le chirurgien doit être artiste, homme de goût autant qu'opérateur. Et, d'ailleurs, les difficultés vaincues, une cicatrice peu marquée, au lieu d'une infirmité repoussante, le dédommageront amplement du mal qu'il se donne.

En résumé, pour l'ablation du cancroïde :

Coupez largement en emportant le mal, afin de prévenir la récidive ;

Disséquez sans crainte les lambeaux jusqu'à ce que, par glissement, ils arrivent à se réunir sans effort;

Faites la suture entortillée à l'aide d'épingles fines.

B. — *Cheilo-stomatoplastie.*

L'opération, dans la première partie, en est arrivée à ce point où toute la dégénérescence est enlevée, et la plaie résultante fermée par une suture médiane ; mais il reste une difformité à laquelle on doit porter remède : la lèvre supérieure est ramassée sur la ligne médiane, et la fente buccale n'est plus qu'un orifice irrégulier. (fig. 1.)

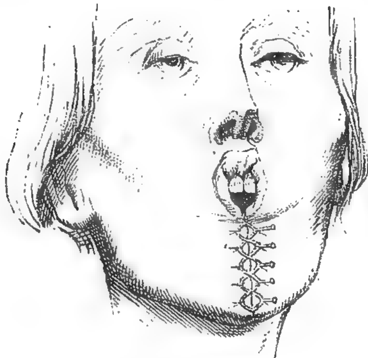


Fig. 1.

1° Le chirurgien, alors armé de ciseaux droits, dont il introduit une branche derrière la joue, coupe celle-ci dans toute l'épaisseur, en ayant soin que la section soit dans le même plan horizontal que le bord libre de la lèvre ; ou (s'il n'en reste rien, de ce bord) dans le même plan que l'extrémité supérieure de la suture médiane.

Cette incision de toute l'épaisseur de la joue varie de 1 à 2 centimètres 1/2, suivant ce qu'on est tenu d'ajouter à l'ouverture buccale pour avoir, une fois la restauration achevée, 6 centimètres au moins d'une commissure à l'autre.

Avec une section de 1 centimètre seulement, l'artère faciale échappe à l'instrument, parce qu'elle est naturellement un peu plus en dehors, et aussi parce qu'à raison de sa mobilité elle fuit et se cache au milieu des tissus respectés.

A 2 centimètres, on la coupe; mais qu'importe, on la lie, on la tord, sans préjudice pour le résultat définitif : la richesse des anastomoses à la face supplée bien vite à la perte du vaisseau principal.

2 centimètres 1/2 de chaque côté suffisent, même quand on a amputé jusqu'aux deux commissures ; car, aux 5 centimètres obtetenus de la sorte, on peut en ajouter un sixième, dû au tiraillement des lambeaux réunis. Au reste, je dis 25 millimètres environ parce que cette longueur m'a suffi ; mais je ne vois pas d'inconvénients, le cas échéant, à poursuivre plus loin.

2° Le chirurgien, toujours armé de ciseaux, achève, par deux nouvelles incisions, de tailler un lambeau triangulaire qui doit être emporté (fig. 2).

L'une de ces incisions (fig. 2, B) part de l'extrémité externe de l'incision horizontale, remonte sur la joue verticalement, ou plutôt légèrement inclinée en avant, dans la direction du pli naso-labial, et s'arrête après un trajet de 12 à 15 millimètres. L'autre (fig. 2, A) entame la lèvre supérieure au point où finit la muqueuse du bord libre, c'est-à-dire à l'extrémité interne de la section horizontale ; puis elle vient à l'extrémité de la précédente compléter le triangle qui doit laisser un vide.

3° Par deux ou trois points de suture entortillée, on réunit les bords des incisions verticales, ce qui, du même coup, élargit la bouche et tend la lèvre supérieure de toute la base du triangle emporté. Mais il faut avoir soin d'adapter exactement les points A et B

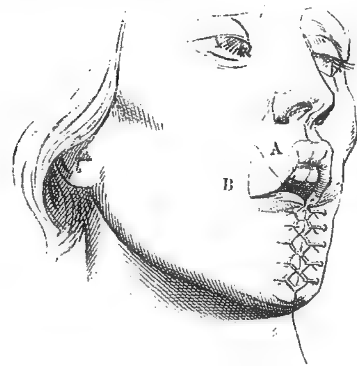


Fig. 2.

de la figure 2 ; seul moyen d'obtenir une commissure régulière et de garder toute la largeur que l'incision horizontale doit donner à la bouche.

D'autre part, on est sûr qu'en dépit du contact, la lèvre supérieure, garnie de sa muqueuse, et l'inférieure, saignante à son bord libre, resteront isolées. Le défaut d'union est prouvé dans ce cas. Pourtant, tout n'est pas dit sur la lèvre inférieure de nouvelle fabrique. Elle peut diminuer de largeur par la rétraction du bord libre cicatrisé ; elle peut perdre de sa hauteur par le fait de la cicatrisation de sa face saignante ; et telle ouverture buccale qui paraît large, telle lèvre que l'on dirait trop haute de prime abord, prennent des dimensions exiguës après la guérison.

La conséquence de tout ceci, c'est qu'il faut tailler plus largement que les proportions auxquelles on veut atteindre.

Est-il besoin de réunir la muqueuse à la peau dans les points saignants du bord labial inférieur ? A la rigueur on peut s'en dispenser; néanmoins il est mieux de le faire, et l'on y gagne du temps et de la régularité. La suture à points passés comprenant à la fois la muqueuse et la peau, ainsi que la pratiquait M. Serre (de Montpellier), est ici le plus simple et le meilleur moyen ; en ayant soin toutefois d'évider le milieu avec de petits ciseaux courbes, si le rapprochement offrait quelques difficultés.

4° Ce temps de l'opération achevé d'un côté, doit être immédiatement exécuté de l'autre aussi souvent que le cancroïde est médian et que la bouche est transformée en un trou irrégulier. Si, au contraire, il s'agit d'un cancroïde latéral, et que la bouche soit plus déviée que rétrécie, l'ablation d'un triangle du côté dévié seulement rétablit l'uniformité. C'est donc dire surabondamment que l'adresse et le goût peuvent seuls poser des règles en rapport avec un cas donné. Que le chirurgien prenne bien ses distances, et chacun sera frappé de l'heureuse transformation du *facies* (fig. 3).

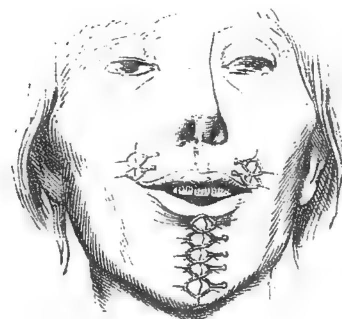


Fig. 3.

Les *soins consécutifs* sont ceux de toute opération délicate et sé-

rieuse. Surveiller l'état général; enlever les épingles du deuxième au cinquième jour; soutenir, par des bandelettes de collodion, les points qui menacent de se rompre; et, dès les premiers indices, combattre l'érysipèle par les moyens appropriés, tels que : enduit de collodion, pommade au sulfate de fer (Velpeau), pommade au nitrate d'argent (Jobert), voilà ce qui convient. S'il survient quelques gonflements précurseurs d'un abcès, des cataplasmes d'amidon cuit, préférablement à ceux de farine de lin.

En cas d'hémorrhagie, comme il importe avant tout de ne pas enlever les sutures, qu'on fasse usage de glace dans la bouche, d'eau de Pagliari en gargarisme, et surtout de petites injections d'une solution étendue de perchlorure de fer.

En définitive, il importe, si l'on veut réussir dans la *cheilo-stomatoplastie :*

1° De calculer les incisions de manière que l'ouverture buccale, une fois l'opération achevée, ait environ 6 centimètres ; car il faut qu'après la rétraction des cicatrices, elle conserve 5 centimètres au moins ;

2° De couper plus ou moins à droite ou à gauche, si la bouche est à la fois difforme et déviée, le nouvel orifice devant être médian en même temps que régulier ;

3° De ne rien négliger en faveur de la réunion immédiate.

III. — Observations.

Obs. I. — *Cancroïde épithélial occupant les deux tiers de la lèvre inférieure ; — cheiloplastie par le nouveau procédé. — Érisypèle sans gravité; guérison prompte. — Bon résultat.* (Obs. recueillie par M. A. Gayet, interne des hôpitaux de Lyon.)

Nicolas Guidard, cinquante ans, cultivateur, de Saint-Maurice (Ain), entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 7 mars 1853, pour un cancroïde de la lèvre inférieure, dont l'origine remonterait à dix ans, suivant le malade, mais dont l'accroissement n'aurait été rapide que depuis un an tout au plus.

Aujourd'hui (8 mars) la tumeur envahit la lèvre au point de ne laisser intacts, du bord libre, que 1 centimètre à gauche et 1 centimètre à droite. Oblongue transversalement, la dégénérescence paraît limitée à ce bord ; pourtant il n'en est rien, car en explorant la lèvre on trouve sous la peau des duretés, des lobules, indices d'une altération plus profonde ; et d'ailleurs, renverse-t-on la lèvre en dehors, on voit que la muqueuse, sur la partie médiane, est ulcérée, bourgeonnante, et imprégnée d'une sanie séro-sanguinolente ; de plus, on voit que cette ulcération se continue avec l'ulcère de la tumeur, qu'elle en a tout l'aspect, sauf, sur ce dernier, des bourgeons plus saillants, des anfractuosités plus profondes, et des croûtes noirâtres dépassant les limites du mal.

État général bon. Préparation convenable à l'opération.

15 mars. *Cheiloplastie par le nouveau procédé.*

Après une préparation de plusieurs jours, le malade est soumis à une opération qui se résume ainsi :

1° Ablation de la tumeur par une incision en V à distance du mal;

2° Dissection des lambeaux jusqu'à facile rapprochement ;

3° Réunion sur la ligne médiane à l'aide de six épingles fines.

4° Excision des deux triangles latéraux et réunion par deux points de suture de chaque côté.

La lèvre supérieure qui, après la première réunion, était plissée sur la ligne médiane, se tend ; la bouche, qui avait la forme d'un orifice arrondi, se dessine en une fente de 6 centimètres d'étendue ; en un mot, un aspect régulier succède à un état difforme. — Pansement à plat.

Anatomie pathologique. La tumeur n'a pas autant que d'autres cancroïdes l'aspect papillaire, strié. Les surfaces de sections en sont plus homogènes, plus vitreuses : elles ont généralement une coloration gris-jaunâtre, sauf quelques points qui sont de nuance rosée. — Vascularisation à peu près nulle au centre, assez marquée au voisinage de l'ulcère, et, là, sous forme de piqueté rougeâtre.

Par la pression, issue d'un suc demi-transparent tenant en suspension de petits grumeaux blanchâtres. Cohésion, densité des tissus, qu'un certain degré de force peut seul réduire en pulpe.

Au microscope : Cellules épithéliales ; — noyaux fibro-plastiques isolés; — corps fusiformes pourvus de noyaux avec un ou plusieurs nucléoles.

Suites. Elles sont, durant trois jours, d'une grande simplicité : le malade est calme, sans souffrance, presque sans fièvre.

18. Apparition d'un érysipèle peu intense, accompagné de tension dans la région opérée, de céphalalgie et d'un mouvement fébrile plus prononcé. — Rien d'inquiétant néanmoins. — Frictions matin et soir avec une pommade ainsi composée :

Axonge.	20	grammes.
Nitrate d'argent . . .	1	—

19. L'érysipèle semble se limiter ; on enlève les deux épingles inférieures de la suture médiane et toutes celles des sutures latérales.

20. L'érysipèle pâlit visiblement. — L'état général n'est presque pas troublé. On enlève de nouveau trois épingles à la suture médiane : deux à l'extrémité inférieure et celle du bord libre, qui ne tient presque plus aux tissus déchirés et sous laquelle existe une petite échancrure en V.

21. L'érysipèle diminue ; on enlève la dernière épingle du menton, et, sauf la très petite échancrure d'en haut, la réunion immédiate est complète.

12 avril. Jusqu'à ce jour, point d'entraves à la guérison. — La bouche s'est régularisée ; les cicatrices des sutures latérales sont linéaires et perdues dans le sillon naso-labial. — La cicatrice médiane est linéaire aussi, et les dimensions de la bouche sont de 5 centimètres 1/2 ; seulement la lèvre supérieure est un peu plus épaisse que la lèvre inférieure, et celle-ci plus tendue que la première. Somme toute, que les mâchoires soient ou non rapprochées, l'état des parties constitue un fort beau résultat. — *Exeat.*

Obs. II. — *Cancroïde épithélial volumineux de la lèvre inférieure. — État typhoïde intercurrent; — gangrène de la tumeur ; — perte de substance comprenant presque toute la lèvre ; — cheiloplastie par le nouveau procédé ; — guérison prompte. — Résultat remarquable.* (Obs. recueillie par M. A. Gayet, interne des hôpitaux.)

Le 10 décembre 1853, Pierre Hébrard, soixante-deux ans, cultivateur, de Laon (Haute-Loire), entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour un énorme cancroïde qui occupe de haut en bas toute la portion libre de la lèvre inférieure, et qui va transversalement de la commissure labiale gauche jusqu'à 1 centimètre de la commissure droite. — La tumeur est dure, bosselée, ulcérée et anfractueuse. L'ulcération, dans plusieurs points, laisse voir des bourgeons charnus saignant au moindre contact ; ailleurs, des croûtes noirâtres assez épaisses ; dans d'autres points, une couche grisâtre, diphthéritique.

La lèvre, saillante, déjetée en dehors, est baignée continuellement d'une sanie ichoreuse, mêlée de salive ; et, soit à cause de la tumeur, soit à cause du liquide qui s'en écoule, l'aspect du malade est repoussant. — Point de ganglions sous-maxillaires engorgés.

Le mal, chez cet homme, a débuté par un petit bouton blanchâtre qui, plusieurs fois arraché, a reparu chaque fois et pris en dernier lieu les dimensions que nous venons de dire.

L'état général du malade est mauvais. Il est faible, rachitique, avec de la fièvre, sous l'influence du voyage, à l'en croire. — Quoi qu'il en soit, la peau est sèche, terreuse, le pouls plein et fréquent, la langue brunâtre et parcheminée. Soif vive ; inappétence ; faiblesse extrême ; joint à cela de l'insomnie, un facies anxieux, un état typhoïde, en un mot. Aussi craint-on de le perdre et se garde-t-on bien de le disposer à l'opération.

Pourtant, vers le 20 décembre, l'état grave du malade s'améliore : l'appétit renaît, le sommeil revient, le facies est plus naturel.

En même temps la tumeur est frappée de gangrène presque en totalité ; si bien qu'elle laisse en tombant une vaste échancrure dont le plus grand écartement mesure, ou peu s'en faut, la distance des deux commissures, et dont le sommet, tourné à gauche, touche au trou mentonnier (fig. 4). Les bords de cette large perte de substance sont bourgeonnants, durs, bosselés, fermés par un reste de dégénérescence que n'a point emporté la gangrène.

La santé revient tous les jours ; et, bien qu'Hébrard ne soit pas très fort, sa difformité paraît assez grave pour décider à une opération. — Éméto-cathartique ; deux purgatifs salins.

24 janvier 1854. *Cheiloplastie par le nouveau procédé.*

1° Ablation des restes de la tumeur par une incision en V qui touche à la commissure gauche, s'approche de 1 centimètre de la commissure droite, et descend sur le bord inférieur du maxillaire, vers le trou mentonnier. *L'écartement* du V, mesuré avant l'opération, est de 7 *centimètres.*

2° Dissection des lambeaux pour en favoriser le glissement et les ramener au contact.

3° Réunion sur la ligne médiane par six points de suture entortillée.

4° Excision des triangles latéraux ; réunion par deux points de suture de chaque côté. — La lèvre supérieure est tendue ; la bouche est régulière, de ronde qu'elle était, et sa largeur est de 6 centimètres.

5° Pansement simple.

Le malade, dans une demi-anesthésie, a supporté parfaitement toutes les phases de cette longue opération.

Anatomie pathologique. Les coupes de la tumeur offrent cette apparence

papillaire due à l'accolement de petits corpuscules qui se distinguent par une coloration blanchâtre du tissu cellulaire qui les unit.— La pression les dissocie en petits grumeaux allongés, sans faire sourdre de suc véritable. Pas de vaisseaux apparents, si ce n'est au niveau de l'ulcère.

Au microscope : Cellules épithéliales en abondance.

Fig. 4.

Les *suites* immédiates de l'opération sont très simples : point d'hémorrhagie ; peu de douleurs ; calme, repos dès le premier jour ; état fébrile modéré. Le menton et les joues sont le siége d'un léger gonflement, mais sans rougeur érysipélateuse. L'appétit revient très vite, à tel point que le surlendemain de l'opération le malade mange deux potages au riz.

Fig. 5.

27. On enlève sur la suture médiane les deux épingles les plus rapprochées du menton, et sur les sutures latérales l'épingle la plus éloignée de la commissure. L'état local et l'état général sont excellents, sauf un peu de céphalalgie, que l'on combat par des sinapismes aux jambes.

28. On enlève les épingles qui tiennent encore aux sutures latérales, et en même temps deux autres épingles inférieures de la suture médiane. Le 29, on retire celle du bord libre de la lèvre, et le 30 la dernière qui reste.

Les trois réunions sont immédiates et solides : les deux latérales à peine visibles, la médiane un peu plus apparente. La bouche a des dimensions fort convenables ; seulement les contours n'en sont pas très réguliers, à cause du renversement de la nouvelle lèvre sur l'arcade dentaire, à cause aussi d'un certain gonflement de la lèvre supérieure.

Bien que les tissus ne soient pas trop tiraillés, par mesure de précaution on soutient la réunion médiane par une bandelette de linge imbibée de collodion.

2 février. De ce moment au jour de la sortie, tout se passe avec une extrême simplicité ; car on ne saurait donner le nom de complication à deux petits abcès survenus de chaque côté près du bord maxillaire, lesquels n'ont duré que huit jours, depuis la formation jusqu'à la guérison complète.

L'appétit est bon, les forces augmentent, les grandes fonctions s'exécutent régulièrement.

La lèvre supérieure se dégorge graduellement ; l'inférieure se redresse et devient verticale ; la bouche, enfin, prend un air naturel ; et, malgré le retrait des cicatrices, elle conserve 5 *centimètres* d'ouverture.

Les cicatrices des commissures se perdent dans le pli naso-labial ; seule la cicatrice médiane est assez apparente, mais on peut espérer qu'elle s'effacera plus tard (fig. 5).

7 mars. *Exeat.*

IV. — Résumé général.

I. — Pour la face, il ne suffit pas d'enlever tout le mal, il faut aussi sauvegarder l'élégance des formes. Or, s'il s'agit d'un vaste cancroïde, on peut dire, sans être trop sévère, que les procédés connus, voire même les meilleurs, laissent beaucoup à désirer.

II. — Le procédé nouveau, bien compris et bien exécuté, permet une cheiloplastie régulière, le cancroïde ayant jusqu'à 6 ou 7 centimètres de large.

III. — Dans l'ablation d'un cancroïde, il faut :
1° Couper largement pour prévenir la récidive ;
2° Disséquer les lambeaux jusqu'à les réunir sans effort ;
3° Adopter la suture entortillée à l'aide d'épingles fines.

IV. — Pour la *cheilo-stomatoplastie*, il importe :
1° De calculer les incisions de manière que la bouche ait, immédiatement après l'opération, 6 centimètres d'ouverture ;
2° De couper, plus ou moins d'un côté ou de l'autre, pour faire une nouvelle bouche qui soit à la fois médiane et régulière.

V. — Préparer les malades comme pour les grandes opérations ; attendre quelques jours qu'ils soient acclimatés à l'hôpital.

Granules carbo-tanniques, par Émile Mouchon, pharmacien, à Lyon.

Il est, en pharmacie, des agents tellement repoussants, — tels, par exemple, que l'huile de foie de morue, le baume de copahu, —qu'ils inspirent une répugnance invincible, et ne peuvent être supportés par les organes digestifs, s'ils ne sont accompagnés de quelque puissant correctif qui en efface ou corrige plus ou moins la saveur. Or, nous sommes assez dépourvus de ressources, en présence de tels moyens, pour que nous éprouvions un certain embarras, une certaine hésitation, lorsqu'il s'agit de faire choix d'un auxiliaire assez puissant pour remplir, bien ou mal, le but désiré, quelque bien appropriés que paraissent les agents modificateurs qui ont été proposés dans ces temps derniers.

Certes, personne ne contestera aux capsules gélatineuses ou autres enveloppes le degré d'utilité qui leur appartient, lorsqu'il s'agira de dissimuler aux organes du goût et de l'odorat certains remèdes à doses minimes ou fractionnées ; mais leur insuffisance

n'en sera pas moins reconnue toutes les fois qu'un stratagème de ce genre devra porter sur des doses élevées, comme le sont en général celles de l'huile de foie de morue. Là surtout est la difficulté; aussi faut-il s'adresser à d'autres moyens, lorsque son emploi est indiqué. Celui qui me paraît lever le mieux cet obstacle, qui me semble remplir le mieux possible la lacune que je signale ici, non-seulement pour l'huile de foie de morue, mais aussi pour d'autres agents qu'il est superflu d'énumérer, doit se trouver dans la réunion du carbone, du cachou et de quelques aromates, comme le composé que voici :

Pr. Graphite (1) en poudre impalpable . .	125	grammes.
Extrait de cachou, id.	125	id.
Sucre blanc, id.	250	id.
Essence de menthe anglaise.	60	gouttes.
Essence d'anis.	60	id.

Formez du tout une masse homogène, à l'aide d'un mucilage épais de gomme adragant, et réduisez cette masse en petits granules réguliers, du poids de 10 centigrammes.

Quelques-uns de ces granules, pris avant et après l'ingestion du remède dont on cherche à masquer la saveur et l'odeur, suffisent à ce besoin impérieux.

Ils ont aussi cela de bon, qu'ils peuvent remplacer avantageusement les petits grains de cachou, dits *de Bologne*, dont l'usage s'est assez généralement répandu parmi les fumeurs, en même temps qu'ils sont utilement applicables dans les cas où il s'agit de neutraliser une odeur fétide de la bouche, résultant soit de la carie d'une ou plusieurs dents, soit d'un état anormal de la sécrétion des follicules muqueux, de certaines dispositions vicieuses de l'estomac, etc., tout en raffermissant les gencives et tout en protégeant l'émail des dents.

(1) *Carbure de fer ou mine de plomb.*

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Absorption des médicaments dans les cas de choléra grave.

Monsieur le rédacteur,

La thèse que j'ai soutenue sur l'*absorption des médicaments dans les cas graves de choléra* a été l'objet de critiques qui ne tendraient à rien moins qu'à détruire complétement les résultats auxquels je suis arrivé; j'espère qu'en raison de l'importance du sujet vous voudrez bien accueillir quelques réponses aux objections les plus importantes qui m'ont été adressées.

On a conclu que, si les résultats de mes expériences sont exacts, il n'y a plus rien à faire dans le choléra; cette conséquence dépasse évidemment de bien loin les prémices, comme M. Vernois a pris soin de le faire remarquer. En effet, qu'ai-je voulu démontrer? Que dans les cas de choléra algide, cyanique, asphyxique, les médicaments, administrés par les voies ordinaires, sont inutiles parce qu'ils ne sont pas absorbés; est-ce à dire pour cela que le médecin, privé d'une arme sur laquelle il comptait, doive courber la tête et attendre, en détournant les yeux, qu'il ait plu à cet horrible fléau de mettre un terme à ses ravages? Bien loin de moi une semblable pensée! Je crois trop fermement au progrès incessant et illimité des sciences d'observation, pour me laisser aller à un si fatal scepticisme. Voici quelle m'a paru être la conséquence de mon travail : L'estomac, l'intestin, la vessie, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, ont perdu la faculté d'absorber les médicaments; Eh bien! tâchons de pénétrer les causes de ce phénomène; voyons s'il est possible d'y soustraire l'organisme; et si nous désespérons d'y parvenir, abandonnons sans regret une voie qui ne conduit qu'à la déception, et ouvrons une voie nouvelle à toutes les tentatives de l'art. Ceci est loin de l'inertie dont on parle; mais je dis plus; lors même que je n'aurais pu entrevoir cette voie nouvelle (*que je n'ai fait qu'indiquer dans ma thèse*), la question de savoir si les médicaments donnés dans le choléra sont absorbés n'est-elle pas déjà, à elle seule, un sujet du plus grand intérêt? Et le résultat de pareilles investigations, si désespérant qu'on le suppose, n'a-t-il pas déjà une haute importance par cela seul qu'il nous apprend que nous sommes engagés dans une voie sans issue? Quelque triste que soit une situation, la reconnaître est la première condition pour en sortir.

En recherchant si les médicaments que prescrivait mon excellent maître, M. Vernois, décelaient leur absorption par des signes physiologiques, je ne pouvais, d'après un de mes honorables contradicteurs, M. Lemaire, qu'arriver à l'erreur;

« D'abord, dit-il, parce que les médicaments, même dans l'état physiologique, produisent des effets différents suivant les individus; »

« Ensuite, parce que ces agents agissent différemment dans l'état physiologique et dans l'état pathologique. »

Le premier de ces principes est reconnu vrai, sans doute, pour un certain nombre de médicaments, et encore dans certaines limites; mais celui qui s'en fait une arme contre moi pense-t-il que les différences individuelles soient tellement tranchées, qu'en administrant, par exemple, de l'acide prussique, ou de l'acide arsénieux, ou de la strychnine, ou de la belladone, ou de la morphine, ou même de l'iodure de potassium et du sulfate de quinine, à dose suffisante, ou pendant un temps suffisant, on doive rencontrer beaucoup de sujets réfractaires à l'action de ces substances? Pense-t-il que les 21 malades soumis à notre observation doivent être considérés tous comme des réfractaires, c'est-à-dire des *exceptions?* Évidemment cela ne peut se soutenir.

Si j'avais eu la prétention de constater sur ces malades des effets inconstants et difficiles à saisir, comme ceux qui peuvent résulter de l'ingestion d'une infusion de tilleul, ou même d'une pilule contenant un centigramme d'extrait d'opium, l'argument précité eût pu, en effet, s'appliquer à mon travail; mais M. Vernois a prescrit des doses souvent très considérables de substances dont les effets sont des plus constants et des plus faciles à observer. Ainsi les bourdonnements d'oreilles, après l'ingestion de 5 et 6 grammes de sulfate de quinine; les signes propres à l'absorption de l'iodure de potassium, après l'introduction de 5, 8 et 14 grammes de ce médicament; la dilatation des pupilles sous l'influence de 40, 90, 110 centigrammes d'extrait de belladone introduits dans les voies digestives, ou de frictions faites avec 2 grammes d'extrait de belladone dans chaque aisselle; la stomatite, à la suite de doses énormes de mercure administrées à un nombre considérable de malades; voilà certes des effets sur lesquels il était raisonnablement permis de compter, au moins dans la plupart des cas, malgré les différences individuelles, et même malgré les modifications que la maladie peut imprimer à l'économie.

D'ailleurs, si l'on y réfléchit, la première objection de M. Lemaire, prise à la lettre, détruirait toute la thérapeutique médicale.

Le même critique, pour justifier la différence d'action des médicaments dans l'état physiologique et dans l'état pathologique, cite l'exemple du tartre stibié donné à haute dose dans la pneumonie, et qui agit, dit-il, *sans produire de phénomènes physiologiques.* Mais d'abord je ferai observer que, le plus souvent, cela n'est pas exact; car les premières cuillerées produisent le *vomissement*, et souvent encore les antimoniaux déterminent la *diarrhée.* Ensuite, qu'on veuille bien remarquer le *modus administrandi;* très souvent on associe le médicament à l'opium, précisément dans le but de s'opposer à la manifestation des signes physiologiques principaux, le vomissement et la diarrhée.

Si donc, même dans cet exemple qu'on m'oppose, les signes physiologiques existent dans la majorité des cas, pourquoi voudrait-on que les malades de M. Vernois eussent fait encore ici, tous de concert, une exception dont on ne trouve pas d'exemple dans d'autres maladies? Sans doute, s'il n'y avait eu qu'une ou deux expériences avec un seul médicament, l'objection pourrait avoir quelque va-

leur ; mais l'identité des résultats d'un très grand nombre d'expériences fait que celles même qui, prises isolément, présenteraient un côté vulnérable, acquièrent de la valeur, réunies au faisceau commun.

En résumé, si les principes invoqués par M. Lemaire sont quelquefois vrais, ils ne sont pas susceptibles d'application aux observations que contient ma thèse. C'est, d'ailleurs, ce qu'avait reconnu M. Am. Latour, dans le compte rendu qu'il a donné de ce travail (*Union médicale*, 5 sept.)

On a encore objecté que j'aurais dû, pour convaincre, puiser mes preuves dans l'analyse chimique ; mais, outre que j'ai essayé bien des fois inutilement de recueillir de l'urine dans la vessie de nos cholériques, je crois pouvoir annoncer que la *réaction* de la belladone sur les pupilles est un critérium de l'absorption de ce médicament aussi sûr que la réaction que l'on peut produire dans un verre à expériences. J'ai vu employer tant de fois ce médicament par M. Vernois, que je suis parfaitement convaincu que la belladone, *absorbée à dose suffisante*, produit la dilatation des pupilles, nonobstant la maladie du sujet, presque aussi infailliblement que l'amidon décèle la présence de l'iode. Mais, même en admettant que ce fait puisse souffrir quelques exceptions, pour que mes expériences fussent frappées de stérilité, il faudrait encore ici que nous n'ayons rencontré dans tous nos malades que des êtres exceptionnels ; ce qui serait au moins fort bizarre !

Voici enfin une dernière réponse, qui, si je ne m'abuse, englobe toutes les objections, fortes ou faibles, qu'on a pu adresser à ma thèse. Il y avait un moyen fort simple de savoir si, comme le prétendent mes honorables critiques, les médicaments administrés aux cholériques de M. Vernois ne donnaient pas les signes physiologiques de leur absorption, parce que l'état morbide s'opposait à leur manifestation, tout en permettant l'absorption du médicament ; ou bien si, comme j'en ai la profonde conviction, l'absence de ces signes tenait à la perte de la propriété d'absorber. Pour cela, il suffisait de remplacer l'absorption, que je croyais anéantie, par une opération qui pût, comme elle, porter le médicament dans la trame de nos tissus, et de s'en référer à ce simple raisonnement : Si c'est bien par le fait de l'état morbide que les signes physiologiques ne paraissent pas, ils ne se produiront pas davantage après cette opération ; si, au contraire, ils n'ont pas eu lieu par le fait de la perte de l'absorption, ils devront se manifester aussitôt que j'aurai suppléé à cette faculté en produisant artificiellement ses résultats. Eh bien ! la réponse a été précise, et je l'avais fait pressentir dans ma thèse, en racontant une injection de belladone dans les veines : *trois minutes après, les pupilles étaient complétement dilatées !* J'ai répété, depuis, ces injections avec d'autres substances, et le résultat, sauf quelques légères variations, a été le même.

Donc, dans les observations que contient ma thèse, c'est le défaut d'absorption qui a empêché la production des signes physiologiques.

Veuillez agréer, etc. DUCHAUSSOY.

Médecins des rois de France.

Monsieur le Rédacteur,

Tous vos lecteurs applaudiront sans doute aux articles que vous ou vos collaborateurs consacrez de temps en temps à l'histoire de la médecine et des médecins ; mais pour que cette étude trop délaissée de nos jours ait une véritable utilité, il faut qu'elle soit faite avec exactitude et marquée du cachet d'une saine critique. Permettez-moi donc d'examiner à ce double point de vue la liste envoyée par M. A. de Martonne.

Puisque monsieur l'archiviste de Loir-et-Cher s'intéresse à l'histoire de notre art, il ferait bien de lire d'abord quelques-uns des historiens de la chirurgie, Chomel, Quesnay, ou même Bernier, que son titre d'historien de Blois lui recommande particulièrement. Cette lecture l'eût dispensé de nous donner pour nouvelles historiques et philologiques les noms de *Physicus* et de *Mire* appliqués aux médecins ; il y eût aussi appris que ce mot de *mire* et ses dérivés s'appliquent surtout et presque exclusivement aux chirurgiens, à ceux qui exécutent les traitements, ce qui est d'ailleurs parfaitement d'accord avec l'étymologie. Enfin notre nouvel historiographe eût évité l'histoire de *l'amitié d'Avicenne*, mort en 1036, pour *Jacques des Parts*, qui vivait en 1453. Tout le monde sachant que le médecin de Charles VII n'a d'autres rapports avec Avicenne que la publication d'un assez pauvre commentaire, le *renseignement historique* de M. de Martonne tombe de lui-même.

Vous avez bien raison, monsieur le rédacteur, d'encourager le soin et la patience que déploient les érudits pour éclairer une question ou compléter une liste. J'accorde volontiers ce mérite à M. l'archiviste de Loir-et-Cher, mais il eût pu s'épargner tant de peine : l'*Essai sur la médecine en France*, par Chomel, et l'*État de la médecine en Europe*, année 1777, contiennent des listes plus complètes que la sienne, et accompagnées d'intéressantes justifications.

Je pardonne volontiers à M. le pensionnaire de l'École des chartes, s'il ignore quelque chose de ce que *tout le monde peut savoir sur ces matières* ; mais je me demande si ses collègues lui pardonneront de n'avoir pas même feuilleté le glossaire de du Cange. La glose du mot *Archiater* eût fourni à elle seule, outre tous les noms relatés par votre correspondant, les noms, qualités et origines de *trente-neuf* premiers médecins des rois de France qui lui sont parfaitement inconnus, et dont quelques-uns, comme *Rigord* et *Jehan Michel*, sont familiers à quiconque a pénétré dans le domaine de l'histoire ou de la littérature française.

Je ne surchargerai pas ma lettre de ces trente-neuf nouveaux médecins, qui formeraient une liste presque aussi longue que les cinquante-quatre noms de la *liste complète* de M. de Martonne ; vous les trouverez sans peine au mot indiqué et pourrez les signaler à vos lecteurs, que je dois toutefois prémunir contre quelques erreurs et omissions de ce savant catalogue.

La science moderne a fait justice des deux prétendus médecins juifs de Charlemagne, *Buhahylyba-Ben-Gezla* et *Farragius*. On sait depuis Astruc, et les savantes recherches de M. Malgaigne ont prouvé, que c'est à Charles Ier, duc d'Anjou et roi de Sicile, que se rapporte la dédicace qui a causé l'erreur ; ces deux médecins vivaient, l'un au XIe, et l'autre au XIIIe siècle de notre ère. Pour en finir avec les radiations, j'ajouterai que le catalogue de Bernier donne le titre de médecin de Charles VI à *Balescon de Tarente* ; Éloy, Chomel et M. Malgaigne ont démontré que cette assertion n'est nullement justifiée. Enfin Vidus Vidius, qui fut médecin de François Ier, n'a porté nulle part le titre de premier médecin. Revenant au catalogue de du Cange, voici ce qu'on y peut ajouter :

1° D'après le père Mabillon, autorité bien respectable, *Tranquillinus* fut médecin de Clovis Ier, avant 511.

2° On peut compter comme médecins de Gontran, roi d'Orléans, *Nicolas* et *Donat*, qui payaient de leur vie l'incurabilité de la maladie dont mourut Austregilde, femme de ce prince (voyez Marius d'Avenches et Grégoire de Tours).

3° Dans la seconde race, Charles le Chauve eut pour médecin le juif *Sedecias*, devenu trop célèbre par le crime auquel succomba son maître, en 877.

4° Aux médecins de Charles Ier, il faut ajouter *Deodat Bassolo*, chancelier de Montpellier.

5° A ceux de Charles VIII, déjà si nombreux, vient se joindre *Honoré Piquet*.

En tout quarante-trois médecins qui ont échappé aux recherches de M. de Martonne. A défaut de tout autre mérite, l'importance du nombre justifiera peut-être à vos yeux ma rectification. J'ai hâte d'ajouter que je n'ai en aucune façon la prétention de *compléter* : j'apporte un simple contingent. Avec le temps, d'autres noms se révéleront sans doute ; et, pour rendre justice à votre correspondant, j'avouerai que ces découvertes nous viendront surtout de messieurs les élèves de l'École des Chartes, pour lesquels je suis plein d'estime, et dont quelques-uns m'honorent de leur amitié.

Un mot pour finir. M. de Martonne ne fait pas remonter au delà du XVIe siècle le titre de premier médecin, qui distingue le savant chargé plus spécialement de la santé du roi des médecins ordinaires ou consultants. Déjà le grand nombre de médecins qu'on rencontre sous chaque règne, à partir de Charles V, m'avait fait penser que tous ne venaient pas au même rang. J'en trouve la démonstration dans le titre de *protophysicus*, donné en 1386 à Regnault Fréron, médecin de Charles VI, un des inconnus de M. de Martonne, par opposition à *Jacques du Bourg*, *Thomas de Saint-Pierre*, etc., etc., nommés seulement *physici regis*.

En attendant la liste des chirurgiens, qui sera sans doute plus heureuse, veuillez agréer, etc. (1). Docteur L. FARGE,
professeur suppléant à l'École d'Angers.

(1) M. de Martonne, absent de Paris, n'a pu recevoir communication de cette lettre. On trouvera à l'article *Variétés* la liste des chirurgiens des rois de France.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

MÉDECINE. — *De l'emploi de la méthode hémospasique dans le traitement du choléra épidémique*, par M. *Junod*. — Envoyé par M. le ministre dans le département de la Haute-Marne, pendant qu'y régnait le choléra, M. Junod a eu occasion d'y appliquer, avec succès, sa méthode de dérivation. Des faits et des considérations rapportés dans son nouveau mémoire, il déduit les conclusions suivantes :

1° La méthode hémospasique (grandes ventouses) présente des avantages qui procèdent tous des modifications qu'elle apporte à la répartition du sang. — 2° Combinée avec le calorique, elle étend son action au système nerveux, qui se trouve profondément modifié; de là ces crises salutaires qui, au début d'une attaque de choléra, se caractérisent souvent par la cessation immédiate des accidents et par des sueurs critiques. — 3° Dans la période algide, elle opère la même dérivation de l'estomac et de l'intestin ; et, de plus, en attirant vers les extrémités une grande masse de sang, elle soulage d'autant le cœur, qui alors peut encore avoir action sur un liquide presque coagulé. — 4° Dans la période de réaction, elle dégage le cerveau et les poumons, sans faire perdre au malade un sang qui peut lui devenir nécessaire. — 5° L'effet dérivatif est encore le même, alors que les accidents typhoïdes ont remplacé les phénomènes purement cholériques. — 6° Enfin, dans la convalescence, cette dérivation devient souvent l'unique ressource du praticien, lorsqu'il s'agit de prévoir ou de combattre avec énergie et promptitude les accidents inflammatoires qui peuvent encore survenir. (*Renvoi à l'examen de la section de médecine.*)

— *De l'aptitude anesthésique des sujets pour le chloroforme, et du dosage de cet agent*, par M. E. A. *Ancelon*. — Nous publierons ce travail. — (*Comm.*, MM. Flourens, Velpeau, Bernard.)

CHIRURGIE. — *Cure radicale des hernies par les injections iodées, procédé très simple pour faire pénétrer l'injection dans l'intérieur du sac*, par M. *Maisonneuve*. — L'opération se fait en trois temps :

Premier temps. — Étant donnée une hernie scrotale, par exemple, on refoule d'abord les viscères dans l'abdomen ; puis, saisissant entre le pouce et l'index de la main gauche la partie moyenne du scrotum, dans laquelle se trouve le sac herniaire vide, on transperce perpendiculairement le tout avec un trocart long et mince qu'on enfonce jusqu'au niveau du manche et dont on retire immédiatement le mandrin.

Deuxième temps. — Au moyen de tractions douces et de pressions modérées, on étale sur toute la longueur de la canule la peau du scrotum et les parois du sac qu'elle renferme; de sorte que le trou d'entrée et celui de sortie deviennent le plus écartés possible, et que, par conséquent, la tige de l'instrument parcourt la cavité du sac dans son plus grand diamètre transversal.

Troisième temps. — Pendant qu'avec le pouce et l'index de la main gauche on maintient les parties molles du côté du trou de sortie, on retire doucement la canule, jusqu'à ce que son extrémité rentre dans la peau des bourses et arrive dans l'intérieur du sac. On reconnaît sans peine cette circonstance capitale à la facilité qu'on éprouve à faire mouvoir la pointe de l'instrument dans la cavité libre du sac herniaire. On pratique alors l'injection d'après les préceptes posés par M. Velpeau. — (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*)

MÉDECINE. — *Preuves cliniques de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde*, par M. *Forget*. — Après avoir prouvé que cette question n'est pas encore résolue, l'auteur expose une série d'observations avec autopsie qui démontrent l'absence de l'entérite folliculeuse dans le typhus. Comme corollaire des faits précédents, il établit un parallèle entre les deux maladies, d'où résulte qu'elles diffèrent, non-seulement par les caractères anatomiques, mais encore par les causes, les symptômes, la marche, la durée et le traitement. (*Comm.*, MM. Serres, Andral, Rayer.)

CHIMIE ORGANIQUE. — *Note sur l'éthérification*, par M. *Alvarès Reynoso*. Travail purement chimique. L'auteur a constaté que l'iodure de mercure produit l'éthérification de l'alcool ordinaire sans subir aucune modification et sans donner autre chose que de l'éther.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : *a*. Trois communications relatives au choléra, à sa propagation, à son traitement, par MM. *Davenne*, de Givonne, *Ourgaud*, de Pamiers, *Lazowski*, de Saint-Maixent. (*Commission du choléra de* 1854.) — *b*. Communication d'un rapport sur le système du docteur *Burq*, traitement préservatif du choléra par les plaques métalliques. (*Commission déjà nommée*, M. Gibert, *rapporteur*.) — *c*. Rapport sur le cas d'hydrophobie rabique observé sur la femme *Funel*, d'Audon, par M. le docteur *Spitalier*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.) — *d*. Nouveau traitement du choléra avec une brochure à l'appui, par M. le docteur *Tourrette*, de Chambly (Oise). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet une lettre sur le choléra de M. le docteur *Doin*, de Bruyères-le-Châtel.

3. Un tableau des vaccinations pratiquées en 1853 dans le département de la Haute-Loire. (*Commission de vaccine.*)

4. Communications de : *a*. M. le maire de Lille, à propos de la dernière lettre de M. le docteur *Caseneuve* (relevé officiel des décès pendant les mois de juillet, août et septembre : total, 601 ; par le choléra, 27 ; par la cholérine, 11). — *b*. M. *Nadau*, de Tonneins, qui laisse à l'Académie la liberté de faire, relativement au prix qu'il a fondé, ce qu'elle trouvera juste et convenable dans l'intérêt de l'humanité. — *c*. M. le docteur *Dalmas*, de Marseille (des frictions ammoniacales sur la poitrine contre la dyspnée dans le choléra). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *d*. M. le docteur *Vicenté*, de Montmorency (bons résultats de l'emploi du sesquichlorure de fer dans le traitement du choléra). — *e*. M. le docteur *Sainctelette*, de Paris (de la contagion du choléra asiatique). — *f*. M. le docteur *Baudrimont*, professeur à la Faculté des sciences de Bordeaux (observations sur la nature du choléra et sur les principaux traitements employés pour combattre cette maladie). (*Commission du choléra de* 1854.) — *g*. M. *Blondeau*, professeur de chimie à Rodez (envoi d'échantillons des efflorescences salines des sources de Cransac, avec demande d'avis et d'analyse). (*Commission des eaux minérales.*) — *h*. M. le docteur *Marguliez*, de Londres (envoi d'un appareil destiné à pratiquer des douches sur les yeux). (*Comm.*, M. Poiseuille.) — *i*. M. le docteur *Montelivo*, de Villefranche-maritime (envoi de deux brochures et demande du titre de membre correspondant). (*Future commission des correspondants étrangers.*) — *j*. M. le docteur *Autelmier*, de Paris (envoi d'un bandage destiné à maintenir les pansements dans les régions inguinale et crurale). (*Comm.*, MM. Huguier et Ricord.)

M. *Jobert* demande la parole à l'occasion de la correspondance. D'après de nouveaux renseignements qui viennent de lui être communiqués par M. *Pamard*, d'Avignon, les deux malades qui ont fait le sujet du dernier rapport vivent encore et demeurent parfaitement guéris. Depuis huit ans que le testicule cancéreux a été enlevé, il n'y a point eu trace encore de récidive.

DIAGNOSTIC ET CURABILITÉ DU CANCER (*discussion*). — M. *J. Cloquet*. Je viens aussi apporter à cette discussion le tribut de mon expérience et de mes observations. Je me restreindrai aux deux points qui ont été seulement traités jusqu'ici par les précédents orateurs, le diagnostic des affections cancéreuses et leur curabilité.

M. Robert a élevé des doutes sur la nature de la tumeur enlevée par M. Pamard; il a contesté la guérison de l'encéphaloïde du testicule. M. Jobert vient de lui répondre en faisant part de la nouvelle communication de M. Pamard : aujourd'hui le doute n'est plus permis. Le malade a guéri non-seulement de l'opération, mais encore du cancer.

M. Barth, dans son remarquable discours, admet avec réserve la curabilité du cancer, et fait avec un grand discernement la part des signes cliniques et des symptômes micrographiques dans le diagnostic du cancer.

M. Velpeau, sans rejeter l'emploi du microscope, pense que le plus souvent cet instrument ne prouve rien, qu'il peut engendrer fréquemment l'illusion et l'erreur, comme il le prouve par des exemples ; il accorde plus de confiance à l'expérience clinique.

Les tumeurs épithéliales et les tumeurs fibro-plastiques des micrographes sont pour lui de véritables cancers dans la plus grande majorité des cas.

Je suis entièrement de l'avis de M. Velpeau sur les deux questions ; comme lui, je crains que les jeunes étudiants, accordant trop de foi au microscope, ne négligent en sa faveur les études cliniques.

Comme lui aussi, je crois que les tumeurs épithéliales et les tumeurs fibro-plastiques sont généralement de nature cancéreuse.

En effet, j'ai opéré un grand nombre de tumeurs dites *épithéliales* des lèvres, et presque toujours elles ont repullulé. J'ai opéré aussi un nombre passable de tumeurs fibro-plastiques : beaucoup ont encore récidivé.

Et par contre, que de tumeurs dites cancéreuses par les micrographes, et qui ne repullulent pas ? J'ai opéré un homme de soixante-dix ans, le chevalier de Saint-Aubin, d'une tumeur énorme qui occupait la région cervicale et la région parotidienne droite, et qui avait rongé toute l'oreille de ce côté. Quatre ans après l'opération, la tumeur n'avait point reparu ; le malade mourait d'une autre affection.

On voit donc combien le diagnostic du cancer est chose difficile !

Ces affections constituent une grande famille, dont les genres et les espèces ne se distinguent que par les dangers plus ou moins grands qu'ils entraînent pour la vie, et par leur facilité plus ou moins prompte à récidiver. Il semble que le cancer s'attaque au principe même de la vie : aussi Antoine Dubois en plaçait-il le siége primitif dans le système nerveux. Mais tous ne sont pas au même degré meurtriers.

Au point de vue de leur malignité, on pourrait les classer dans l'ordre suivant : le cancer *mélanique*, que je n'ai *jamais* vu guérir ; l'*encéphaloïde*, qui repullule souvent ; le cancer *fibro-cartilagineux ;* le cancer *fibreux ;* le cancer *colloïde ;* le cancer *cartilagineux ;* le cancer *épithélial* et le cancer *fibro-plastique*. On sait encore que la gravité de ces affections varie suivant que la tumeur est enkystée ou rameuse, ulcérée ou intacte à la surface, compliquée ou non d'engorgement des ganglions lymphatiques ou de symptômes de diathèse.

Et malgré ces distinctions, malgré ces signes, tous les jours les praticiens sont exposés à se tromper, non-seulement dans le diagnostic, mais encore dans le pronostic.

Je vais citer quelques observations à l'appui des opinions que je viens d'énoncer :

1° En 1823, Richerand opéra à Saint-Louis une femme, d'un squirrhe lardacé du sein gauche, avec engorgement des ganglions sus-claviculaires et cervicaux. Sept ans après, en 1830, je retrouve la malade à Saint-Antoine. La guérison s'était maintenue. Elle mourut d'une affection interne étrangère à la diathèse cancéreuse.

2° En 1829, j'ai enlevé une tumeur cancéreuse, un squirrhe ramolli et enkysté du sein droit, chez une dame de cinquante ans, très grasse, mais rachitique. Elle mourut cinq ans après d'une pneumonie aiguë, sans que la tumeur eût repullulé.

3° En 1843, j'ai opéré une dame de soixante ans, une amie de M. Adelon, d'une tumeur squirrheuse et encéphaloïde du sein gauche. Elle vit encore et se porte très bien depuis douze ans.

4° En 1841, j'ai enlevé à M. Pellegrin, alors directeur du théâtre de Toulon, une tumeur cancéreuse occupant toute la région cervicale droite, et déjà opéré une première fois par un chirurgien de Toulouse. Cette opération, dans laquelle je fis la section du nerf facial du côté droit, fut suivie d'hémiplégie faciale. La guérison fut prompte, l'hémiplégie disparut graduellement. Le malade se porte à merveille ; il est actuellement directeur du théâtre de Marseille. Point de récidive.

5° En 1830, j'ai pratiqué l'ablation d'un cancer cartilagineux qui occupait tout le devant de la poitrine, chez un jeune homme d'une vingtaine d'années. La guérison se maintint quelque temps, mais en 1834 le malade mourait dans un des hôpitaux de Paris, avec une tumeur identique récidivée sur place, et tous les signes de la cachexie cancéreuse.

Je pense donc qu'il nous reste encore beaucoup à apprendre sur les tumeurs cancéreuses.

Je ne nie pas l'utilité du microscope, mais je crois que les études micrographiques ne doivent pas faire tort aux études cliniques. Par le microscope nous prolongeons notre vue ; mais ni nos yeux ni le microscope ne peuvent se dire infaillibles. Ne l'acceptons donc que comme un moyen d'exploration de plus pour arriver à la vérité.

Le pronostic de ces tumeurs est aussi difficile, aussi douteux que leur diagnostic : car des tumeurs qui présentent tous les signes du cancer peuvent ne pas repulluler, malgré les prévisions du chirurgien ; de même que d'autres repullulent, qui paraissaient être de nature bénigne.

Dans les cas embarrassants, douteux, équivoques, difficiles, on ne saurait trop mettre sa responsabilité à couvert. Il est prudent de s'éclairer de l'expérience des autres, et de ne prendre un parti qu'après mûres réflexions.

M. *Robert* demande à ne prendre la parole que dans la prochaine séance.

Oblitération intestinale chez un nouveau-né. — M. *Depaul* soumet à l'examen de l'Académie le cadavre d'un nouveau-né présentant un cas intéressant d'*oblitération intestinale*. Le ballonnement du ventre, la rétention du méconium et quelque temps après son évacuation par les vomissements firent promptement soupçonner un obstacle au cours des matières. L'anus était bien conformé ; le rectum admettait assez facilement l'introduction du doigt auriculaire et d'une sonde de caoutchouc ; mais un petit lavement poussé avec précaution fut immédiatement rendu.

Où devait donc siéger l'obstacle ? C'était à coup sûr au-dessus du rectum. M. Depaul alla plus loin, et émit l'opinion que tout le côlon devait être libre et que la lésion avait son siége plus haut. Voici les raisons sur lesquelles il appuyait son diagnostic : issue par l'anus d'un bouchon demi-solide d'un blanc grisâtre, sans teinte bilieuse, composé de mucus et de cellules épithéliales très abondantes ; météorisme peu considérable, et, à la percussion, sonorité sur tout le trajet du gros intestin, ce qui eût été incompatible avec la distension du côlon par des matières intestinales, et partant avec l'existence d'un obstacle à la partie inférieure du tube digestif. M. Depaul ne s'arrête donc point à l'idée de pratiquer un anus artificiel d'après le procédé le plus commun de nos jours. Adoptant, au contraire, la méthode ancienne, il pratique l'opération dans la fosse iliaque gauche afin de tomber sur une anse d'intestin grêle plus éloignée de la valvule iléo-cæcale.

L'incision des parois abdominales est suivie de l'issue d'un bourrelet de tissu cellulo-adipeux qui offrait tout l'aspect d'une hernie épiploïque, mais qui n'était autre que la graisse des parois qui présente chez les enfants une teinte et une apparence toutes spéciales. Une des anses intestinales est incisée, fixée aux lèvres de la plaie des parois par des points de suture.

Une matière jaunâtre assez abondante s'écoule par cette ouverture ; le ventre s'affaisse ; le malade prend le sein de la mère ; le lendemain matin il est sans fièvre ; l'état local et l'état général sont très satisfaisants. Mais dans la nuit l'enfant meurt presque subitement, 43 heures après l'opération.

Autopsie. — Les résultats de l'opération ne laissent rien à désirer ; les adhérences de l'intestin à la paroi sont complètes, mais faibles encore ; nulle trace d'hémorrhagie ni d'inflammation autour de la plaie.

Tout le gros intestin est intact ; seulement il est revenu sur lui-même et ne présente guère que le tiers de son calibre normal.

Vers sa terminaison, l'intestin grêle est complétement oblitéré dans l'étendue de 4 centimètres environ ; toute communication est interrompue entre lui et le gros intestin, et le jejunum n'est uni au cœcum que par un cordon fibreux extrêmement délié.

M. Depaul fait observer que la nécropsie est bien venue justifier son diagnostic, légitimer le procédé opératoire et le choix du lieu d'élection de l'anus contre nature.

L'incision de l'intestin portait à quelques centimètres au-dessus du point oblitéré.

Des traces non équivoques de péritonite chronique, des brides, des adhérences, etc., portent M. Depaul à faire remonter l'obstruction intestinale à une cause inflammatoire déjà ancienne.

Tumeurs cancéreuses. — M. *Velpeau* présente une série de *tumeurs cancéreuses* enlevées par lui depuis l'ouverture de la discussion sur le cancer :

a. Un cancer *encéphaloïde* du maxillaire inférieur ;

b. c. Deux *squirrhes lardacés* du sein, enlevés chez deux femmes différentes ;

d. Des tumeurs *épithéliales* de la lèvre et des ganglions sous-maxillaires, enlevées chez le même sujet ;

e. Une *tumeur adénoïde* du sein, de celles que les micrographes appellent *hypertrophiques*, mais qui, d'après M. Velpeau, renfermeraient des éléments autres que le tissu mammaire.

f. La dernière tumeur, qui est des plus récentes, présentait des signes douteux à la vue et au toucher : c'est un de ces cas où l'exploration clinique est incertaine, et que M. Velpeau ne mentionne point dans ses statistiques. Il incline à penser, néanmoins, que celle-ci est de nature *bénigne*. Dans le doute, il l'a soumise à l'examen de deux micrographes. L'un y a trouvé des cellules cancéreuses ; l'autre n'y en a point découvert.

La séance est levée avant cinq heures.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Emploi de l'antimoniate de morphine,
par M. Alfonso Falciani.

C'est une simple invitation que l'auteur adresse aux praticiens. Il a pensé que l'association de l'antimoine à la morphine donnerait un médicament plus spécialement approprié que la morphine seule aux maladies douloureuses d'origine rhumatismale ou ayant leur

point de départ dans l'axe cérébro-spinal. L'antimoniate qu'il prépare par voie de double décomposition (en mettant en présence une demi-once de sulfate de morphine et une once d'antimoniate de potasse, et débarrassant ensuite la liqueur du sulfate de potasse formé), contient un équivalent d'acide antimonique et un équivalent de morphine.

Nous ne pouvons que transmettre aux praticiens cette sorte de proposition, qui n'a donné lieu encore à aucune expérience clinique (*Il Filiatre sebezio*, sept. 1854.)

Substitution de l'huile de noix de coco à l'huile de foie de morue, par M. Thompson.

Nous n'avons sous les yeux qu'une simple indication de quelques lignes. Le docteur Thompson a lu récemment, devant la Société royale de Londres, un mémoire où il cherche à établir que l'huile de noix de coco produit dans l'économie les mêmes effets thérapeutiques que l'huile de foie de morue, tandis que les huiles d'amandes douces et d'olive sont entièrement inefficaces. La première contient, selon lui, plus de carbone que les trois autres. Celle dont il a fait usage avait été retirée par expression de la noix de coco.

Sauf expérience, nous n'avons qu'une médiocre foi dans les résultats annoncés. Ou l'huile de foie de morue agit *en partie* par l'iode qu'elle contient, et alors elle ne saurait avoir son équivalent dans le beurre de coco, qui ne renferme pas d'iode ; ou elle agit par sa substance grasse, et, dans ce cas, les huiles d'amandes et d'olive sont celles qui doivent s'en rapprocher le plus par l'effet thérapeutique ; car le beurre de coco, qui contient de la glycérine et divers acides gras, diffère complétement de l'huile de foie de morue. (*Annals of Pharmacy* et *Dublin Medical Press*, 23 août 1854, p. 127.)

Tænia chez les enfants.

Le tænia passe pour être extrêmement rare chez les enfants. Il est rare, en effet, d'une manière relative, mais moins, peut-être, qu'on ne l'a dit. Nous partageons à cet égard l'opinion exprimée par M. le docteur Buisson devant la Société de médecine de Bordeaux, où, coup sur coup, ont été rapportés quatre exemples de tænia chez de très jeunes enfants, dont l'un n'avait que deux ans. M. le docteur Laforêt, de Lavit (Tarn-et-Garonne), dans un travail où se trouvent exposées, à l'occasion d'un fait, toutes les questions de la génération des entozoaires, et que, pour cette raison même, nous ne pouvons analyser ici, M. Laforêt relève plus particulièrement, par des témoignages historiques et par son observation personnelle, le fait de l'existence assez fréquente du tænia dans le jeune âge. Wolphius parle d'une petite fille *à la mamelle* qui, peu de mois après sa naissance, avait rendu trois aunes de tænia (voy. Leclerc, *Historia naturalis et medica latorum lumbricorum*, etc., Genève, 1715). Parmi les 206 cas relevés par le docteur Wavruch, de Vienne (voy. *Archives générales de médecine*, 4e série, t. I), l'un des sujets n'avait que trois ans et demi. Hufeland rapporte qu'un enfant a rendu trente aunes de tænia dans l'espace de six mois. M. Laforêt, pendant une pratique de trente-deux ans, a rencontré le tænia une seule fois chez l'adulte et quatre fois chez l'enfant, de quatre à neuf ans (*Journal de médecine de Bordeaux*, août 1854, p. 466). Une petite fille de deux ans, observée par M. Moussous, eut douze accès de convulsions, à la suite desquels elle rendit un tænia d'un mètre et demi de longueur (*Ibid.*, p. 484). Enfin, M. Buisson a vu tout récemment le même entozoaire rendu par deux enfants dont l'un avait trois ans (*Ibid.*).

Traitement de la cholérine, chez les enfants en particulier, par M. Semanas.

Malgré le titre qu'on vient de lire, le traitement préconisé par notre habile confrère de Lyon n'a rien qui doive restreindre les indications à la cholérine des enfants. Le traitement, en effet, s'adresse aux deux éléments suivants : d'une part, le trouble intestinal qui produit la diarrhée; de l'autre, l'infection miasmatique présumée. De là deux indications en rapport avec cette complexité pathologique, et auxquelles l'auteur satisfait par l'emploi simultané du sous-nitrate de bismuth uni au sirop diacode et du sulfate de quinine. Pour ne pas irriter le tube digestif, il emploie le plus ordinairement le sel quinique en frictions, incorporé à l'axonge.

On voit que la cholérine des adultes s'arrangerait également de cette indication. Seulement il est très vrai (et c'est la pensée qui a sans doute dirigé l'auteur) que la forme irritative de l'affection intestinale est plus commune et en général plus accentuée chez les enfants. A ce titre, le sous-nitrate de bismuth et les opiacés leur conviennent plus spécialement. Et quant à l'adjonction du sulfate de quinine, nous l'avons nous-même conseillé dans ce journal. (*Gazette médicale de Lyon*, 1854, n° 8, p. 242.)

Traitement de la pneumonie et de la pleurésie par la méthode anglaise, par M. Biagio Gandini.

Cette méthode anglaise consiste dans l'emploi du calomel et de l'opium, avec abstinence plus ou moins complète de saignées. M. Gandini, sans entrer dans aucun détail ni sur les faits, ni sur les indications particulières et diverses qui se rencontrent toujours, même dans des affections de même nature, ni sur les doses employées, se borne à dire qu'il a guéri par cette méthode, sans un seul revers, 41 inflammations des organes thoraciques, très graves pour la plupart, à savoir : 9 pleuro-pneumonies doubles, 7 pleuro-pneumonies droites, 5 pleuro-pneumonies gauches, 4 pleuro-pneumonies avec péricardite, 10 broncho-pleurites et 6 pleurites. Suivant lui aussi, la durée de la maladie avait été très courte (sept jours en moyenne), la convalescence rapide et la guérison complète.

— On ne peut que consigner de telles affirmations, qui échappent à tout contrôle. M. Gandini, dans le cours de son travail, exprime la confiance la plus grande dans ce mode de traitement, et ses paroles respirent une entière bonne foi. Resterait la question de diagnostic, mais nous n'avons à cet égard aucun élément d'appréciation. (*Gazzetta medica italiana, Lombardia*, 28 août 1854.)

Hémoptysie traitée par l'acide gallique, par M. W. Bayes.

Nous avons analysé, dans notre numéro 39, un travail de M. Bayes sur l'emploi de l'acide gallique dans les maladies en général. La présente observation est destinée à fournir un exemple particulier de l'efficacité de cet agent thérapeutique. Il y aurait peu d'utilité à rapporter l'observation entière. Un homme de soixante-six ans fut pris d'un abondant crachement de sang ; le pouls était plein, à 110 ; le stéthoscope faisait entendre des rhonchus au niveau de la bronche droite. On prépara immédiatement une solution de 4 grammes d'acide gallique dans 250 grammes d'eau et 8 grammes d'alcool, et l'on donna de cette solution 32 grammes toutes les dix minutes. A la troisième dose l'hémorrhagie avait cessé. Bientôt le malade expectora environ 30 grammes de sang noir et à moitié coagulé. On lui donna alors deux autres doses à intervalle d'un quart d'heure, puis une troisième demi-heure après. Pendant l'heure qui suivit la dernière de ces doses, il rendit des crachats tout à fait noirs.

L'auteur, conformément à une observation consignée dans son précédent mémoire, fait remarquer que le sang est devenu noir dès que l'organisme a été saturé d'acide. A cet égard, soit que les expressions de l'auteur aient été ambiguës, soit que nous les ayons mal comprises, nous craignons d'avoir commis une erreur dans notre précédente analyse. En constatant la coloration noire du sang expectoré après ingestion d'acide gallique, M. Bayes a voulu exprimer seulement ce fait qu'il ne s'échappait plus de sang nouveau du parenchyme pulmonaire, et non que le sang sortait noir des vaisseaux. Il porte approximativement à 4 grammes la dose d'acide nécessaire pour que la saturation soit obtenue. (*Association Medical Journal*, 8 septembre, n° 88.)

Observation d'emphysème général, par M. Chas. Edwards.

Le cas observé par M. Edwards aurait pu être mieux utilisé pour l'éclaircissement des questions que soulève l'étiologie de l'emphy-

sème général. On sait que, chez certains sujets, à la suite d'un violent accès de toux, on voit apparaître à la base du cou une tumeur crépitante qui va s'étendant graduellement et peut devenir le point de départ d'un emphysème de tout le corps. Il est naturel de rattacher cette lésion à ce que Laënnec appelait l'emphysème *interlobulaire*, résultant, comme on sait, de la rupture de vésicules pulmonaires et de l'extravasation de l'air dans l'épaisseur des cloisons. Cependant, quelques auteurs, en France aussi bien qu'en Angleterre, doutent encore de cette relation, les uns s'appuyant sur ce que l'infiltration interlobulaire n'est pas clairement indiquée dans les cas connus d'emphysème général, les autres se demandant s'il n'existait pas quelque rupture de la trachée ou des petites bronches. Ce qui manque donc à la science, quant à présent, ce sont des autopsies sévères. Or, le malade dont M. Edwards raconte l'histoire, et qui n'a offert rien de particulier sous le rapport des symptômes, a succombé aux progrès de l'emphysème sous-cutané. C'était le moment de commencer les recherches ; et le cadavre n'a pas été ouvert !

Nous profitons néanmoins de cette circonstance pour appuyer l'opinion de l'auteur sur l'existence réelle de l'emphysème général consécutif à la rupture des vésicules. Dans quelques observations publiées, la coexistence de l'emphysème interlobulaire et de l'emphysème sous-cutané ne paraît pas douteuse. Et de plus, à supposer que, dans certains cas, la plèvre se soit rompue sur un point en même temps que les vésicules, et que l'air ait passé tout droit dans le médiastin, ce ne serait, après tout, qu'une particularité anatomique bien insignifiante et qui ne peut tenir grand'place dans une division nosologique. (*The Lancet*, vol. II, n° 8.)

Emploi de l'éther chlorique, spécialement dans la diarrhée et le choléra, par M. George B. Mead.

Il y a déjà huit ans que M. Mead expérimente l'éther chlorique contre la diarrhée. En 1846-47-48, le *typhus fever* fit des ravages dans le district de Bradford (Yorkshire). Il régnait en même temps beaucoup de diarrhées, principalement chez les individus débilités par une mauvaise nourriture. Après avoir employé divers moyens, l'opium en particulier, et constaté qu'ils n'arrêtaient les accidents que pour un temps, surtout quand le ventre était douloureux, il eut recours à l'éther chlorique *à la dose de 8 grammes*, mêlé à la craie dans une mixture aromatique. Il ajoutait parfois un peu de teinture d'opium à la mixture. Les effets de ce remède furent, dit-il, *merveilleux*. La diarrhée cessait, les douleurs, les spasmes, étaient soulagés *comme par enchantement*.

En 1848, le choléra visita la même contrée. A Spalding, comme à Bradford, la diarrhée prémonitoire, des accidents cholériformes graves avec crampes, furent arrêtés *d'une manière magique*, et le choléra n'atteignit pas, dans ces localités, le degré de gravité qu'il a eu presque partout ailleurs. Dans un cas d'algidité et de cyanose, la dose ordinaire d'éther chlorique n'ayant pas amené de soulagement, on l'augmenta, et la crise ne tarda pas à être sans danger.

Enfin, en 1850 et 1851, l'auteur ayant pratiqué de nouveau dans le Yorkshire, y traita beaucoup de diarrhées par le même moyen et avec le même succès.

— Nous avons rapporté les termes enthousiastes dans lesquels est vantée la vertu de l'éther chlorique. Il est prudent de ne pas trop s'y fier ; mais il y a, au moins dans les résultats annoncés, de quoi tenter les expérimentateurs, d'autant plus que l'efficacité des éthers, dans les attaques cholériformes, est déjà bien établie. (*Assoc. Medical Journal*, 8 sept., n° 88.)

Matière médicale indienne. — Du chaulmoogra, par M. F. Mouat.

M. le docteur Mouat, chargé, depuis quelques années, de professer la pathologie interne au Bengale, a entrepris une série de recherches thérapeutiques sur les médicaments indigènes. Il a déjà collectionné un grand nombre d'échantillons tirés de toutes les parties de l'Hindoustan et quelques-uns empruntés à la Chine et aux possessions anglaises. Son intention est de les passer en revue dans une série d'études qui s'ouvrent par le présent travail. Il n'est pas douteux que, dans ces riches contrées, le règne végétal ne recèle des trésors dont la connaissance et surtout l'importation seraient d'un haut intérêt pour la médecine européenne. Après l'importation pourrait venir la culture, comme on l'a vu déjà pour beaucoup de plantes exotiques.

Le chaulmoogra, dont l'auteur s'occupe aujourd'hui, et qui a été décrit pour la première fois par Roxburg dans la *Flore indienne*, sous le nom de *Chaulmoogra odorata*, est un arbre qui croît dans le district de Sileth et acquiert la grosseur du sycomore (*Acer pseudoplatanus*). Il fleurit en avril et mai, et la graine est mûre vers la fin de l'année. On cueille alors le fruit, on en enlève la graine, qui est séchée avant d'être livrée au commerce. On la vend environ 5 roupies (12 à 13 francs) les 80 livres anglaises (la livre vaut 453 grammes). Les graines sont employées par les naturels contre les affections cutanées. Pour cela ils les dépouillent de leur enveloppe, les écrasent avec du beurre de manière à faire une masse molle, et appliquent cette pâte, trois fois par jour, sur la partie malade.

On retire des graines, par expression, une huile fixe, d'une odeur et d'une saveur un peu désagréables, laissant un arrière-goût d'amande amère. On l'emploie contre la lèpre. M. Mouat rapporte une observation dans laquelle des lotions sur les ulcères avec l'huile de chaulmoogra et l'usage interne de la graine à la dose de 6 grains, trois fois par jour, paraissent avoir produit une très grande amélioration. Chez un second sujet, atteint de scrofule, le résultat ne fut pas moins avantageux. Enfin, une troisième observation est relative à un syphilitique qui avait les os du nez détruits, le pharynx rongé par un ulcère, les gencives ramollies et douloureuses. Il était regardé comme incurable. L'usage du chaulmoogra, aidé de la cautérisation des ulcères, amena la guérison en six semaines. (*The Indian Annals of Medical Sciences*, avril 1854, p. 646.)

Anesthésie locale dans le traitement de la goutte, par M. Renouard.

Il ne s'agit pas d'une dissertation sur le parti que l'on pourrait tirer de l'anesthésie locale dans le traitement de la goutte, mais simplement d'une observation dans laquelle l'application locale de vapeurs anesthésiques a fait disparaître rapidement des douleurs goutteuses.

Obs. — Le malade, sujet à cette infirmité depuis cinq ans, éprouvait un accès à la fin de chaque hiver. Le 21 février dernier, après plusieurs jours de pincements dans les articulations, le pied *droit* était devenu gonflé et douloureux. Dans la nuit du 24 au 25, le pied *gauche* est envahi tout entier. La douleur est des plus intenses. Elle augmente encore dans la journée, et le soir elle est telle que le malade pousse des cris et se tord en mordant ses draps. Aucun soulagement pendant la nuit, malgré l'emploi des narcotiques à l'intérieur et à l'extérieur. Le pied est très sensible au toucher, œdématié, la peau tendue et d'un rose luisant. — Le 26, à midi, insufflation des vapeurs de chloroforme à l'aide de l'appareil de M. Hardy (de Dublin). Après vingt minutes de l'opération, qui fut interrompue deux ou trois fois (ce qui réduit sa durée réelle à seize ou dix-sept minutes), le malade demande qu'on la suspende ; il est considérablement soulagé ; le pied est pâle et froid ; on peut y exercer une pression modérée.

Calme pendant une heure et demie, puis retour graduel des accidents, mais à un moindre degré. Le soir, à neuf heures, nouvelle insufflation de quinze minutes sans interruption. A partir de ce moment, amélioration progressive sans qu'il ait été besoin de recourir au chloroforme. Le 7 mars, le pied avait repris son volume, sa forme et sa couleur ordinaires.

Les vapeurs du chloroforme ont-elles agi par anesthésie directe ou par refroidissement ? Peut-être des deux manières ; mais il est au moins certain que l'action du froid a joué ici un grand rôle. L'observation dit expressément que le pied, après l'insufflation, était pâle et froid. Or cette interprétation, qui n'est guère contestable, soulève une question que l'on se serait attendu à voir aborder dans un journal et par un auteur ayant les doctrines scientifiques qu'on leur connaît. C'est une violente répercussion qu'a exercée M. Renouard. L'emploi d'un répercussif dans la goutte,

n'est-ce pas une pratique étroite et périlleuse? Eh bien, non. L'expérience est loin de réaliser les appréhensions de la théorie. Quelques raisons qu'on en veuille donner, il est plus aisé de transporter le travail de phlegmasie goutteuse d'une articulation à une autre, en irritant cette dernière, en la couvrant, par exemple, de sinapismes, qu'en appliquant sur la première des moyens de répercussion; nous connaissons bon nombre de malades qui ne manquent jamais de couvrir de compresses trempées dans l'eau froide, ou de placer tout simplement sous le robinet d'une fontaine, leurs articulations rouges et tuméfiées, sans en avoir jamais éprouvé autre chose que du soulagement. Nous savons combien nous heurtons en cela l'opinion commune; mais le fait est tel que nous le disons. (*Revue médicale française et étrangère*, 31 août 1854.)

Observation d'un cas de gastrohystérotomie, précédée de la relation sommaire de trois autres cas observés à l'hospice de la Maternité de Turin, par M. S. Giordano.

L'opération césarienne pendant la vie a été pratiquée quatre fois, dans l'espace de seize ans, à la Maternité de Turin, depuis l'époque où M. Giordano y est attaché. Le nombre des femmes reçues pour y être accouchées pendant cette période a été d'environ douze cents. Le nombre des opérations césariennes après la mort a été de onze, et dans aucune l'enfant extrait n'a donné de signes de vie. Il y aurait lieu de s'étonner d'une si forte proportion, dans l'un et dans l'autre cas, d'opérations césariennes, si l'on ne savait pas que la plupart des cas graves de la classe la plus nombreuse de la société sont destinés à l'hospice. Les quatre opérations pratiquées sur le vivant ont été nécessitées par des vices graves de conformation du bassin, soigneusement constatés avant l'opération et vérifiés après la mort. L'opération fut de nécessité absolue; car ces infortunées ne vinrent réclamer les secours de l'art qu'à la fin de leur grossesse ou après le travail commencé, et il n'y eut pas lieu de poser la question de provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré artificiel. Dans tous les cas, l'auscultation indiquait que l'enfant vivait, et chaque fois il fut extrait vivant et parfaitement apte à vivre. Dans les trois premiers cas, l'opération a été funeste aux mères dans les trois ou quatre premiers jours, et l'autopsie montra les lésions ordinaires, à savoir, des épanchements, des phlogoses du péritoine, des traces de phlébite pelvi-utérine, et, chez une, une hernie de l'intestin par la plaie de l'utérus. Ces trois premiers cas n'ont point été publiés, et n'ont guère d'autre intérêt que celui d'attendre leur place dans les relevés d'opérations césariennes. Il n'en est pas de même du quatrième, qui mérite à plusieurs égards de fixer l'attention, et qui complète une communication faite à l'Académie royale de médecine de Turin, d'après laquelle, vu l'état satisfaisant de la malade à une époque déjà éloignée de l'opération, on pourrait croire à une guérison qui malheureusement n'a pas eu lieu. C'est en annonçant prématurément des succès qui ne se sont pas soutenus, et par l'espèce de prédilection à publier tous les succès et à taire souvent les insuccès, que se sont formées ces statistiques qui, malgré une apparence de rigueur, sont loin d'exprimer l'état réel des choses.

Obs. — Entrée à l'hospice le 5 mai à cinq heures et demie du soir, trente-six heures après le début du travail : la poche des eaux était rompue, une grande quantité de liquide amniotique s'était écoulée, et une saignée lui avait été pratiquée. Agée de dix-neuf ans, primipare, bien réglée depuis l'âge de quinze ans, mariée depuis dix mois environ, elle n'avait pas eu d'autres maladies que le rachitisme, dont elle portait des traces. Elle avait habité avec ses parents un des quartiers les plus insalubres de la ville. Son père était mort à cinquante-deux ans de pleurésie aiguë; sa mère, en apparence assez robuste, âgée de trente-huit ans, avait eu des accouchements nombreux et assez difficiles. De onze enfants, six garçons et cinq filles, tous, à l'exception de celle qui fait l'objet de la présente observation, moururent en bas âge, d'affections évidemment scrofuleuses. Encore toute jeune, elle tomba sous une voiture qui lui fractura les deux fémurs; c'est à cet accident qu'elle attribue d'être contrefaite. Sa taille est de 1 mètre 12 centimètres; la colonne vertébrale présente deux déviations latérales; la première, de droite à gauche, comprend toutes les vertèbres cervicales jusqu'à l'avant-dernière dorsale; la seconde s'étend de cette seconde vertèbre dorsale à la base du sacrum. La région lombaire n'était pas déprimée. Les fémurs, longs de 20 centimètres, sont tordus en dedans et les jambes arquées en avant, et ces os sont renflés à leurs extrémités. Il y a défaut de parallélisme entre les deux crêtes iliaques, la droite est de 1 centimètre plus basse que la gauche; le sacrum n'est pas exactement central, mais dévié de quelques lignes à gauche. Le diamètre sacro-pubien, mesuré successivement avec le doigt, avec les pelvimètres de Baudelocque et Van-Heuvel, donne par chacun de ces moyens des résultats différents, qui s'expliquent par la forme du bassin; son étendue fut estimée d'environ deux pouces 1/5; l'excavation et le détroit inférieur parurent être à peu près à leur état normal.

L'utérus, très saillant en avant, est situé sur la ligne médiane; il est dans un état de rétraction spasmodique; le col aminci, souple et encore peu dilaté; les douleurs rares et peu fortes; la tête, au-dessus du pubis, comme repoussée en avant, est ferme, élastique; on entend bien les battements du cœur. La malade a la face injectée, les yeux animés et le pouls fréquent. L'opération césarienne est décidée pour le lendemain matin.

L'état de la patiente est peu changé, à peu près même état du col et du corps de l'utérus; on constate de nouveau que le fœtus est vivant, bien qu'il n'ait pas remué depuis vingt heures environ. Assisté, comme pour l'examen de la veille, des professeurs Alliprandi et Rossi, après avoir mis la patiente dans un état complet d'anesthésie, M. Giordano commença l'incision à 6 centimètres au-dessus des pubis, en la faisant dévier un peu à gauche avant d'arriver au niveau de l'ombilic, et lui donna une étendue de 15 centimètres; l'incision de l'utérus fut prolongée le plus haut possible; les aides s'attachèrent avec le plus grand soin, à l'aide des mains appliquées contre les parois du ventre, à prévenir tout épanchement de sang et de liquide amniotique dans la cavité du péritoine; l'incision des parois du ventre et de l'utérus ne donnèrent pas lieu à une effusion de sang très grande. L'enfant fut retiré par le siége; le placenta, qui était au fond et en arrière, fut extrait à son tour, sans qu'il se fît d'épanchement dans la cavité du péritoine, grâce à l'exacte application des mains des aides. La plaie abdominale fut réunie par quatre points de suture enchevillée, et l'opérée ne commença à donner des signes de sensibilité qu'au moment où l'on passa les points de suture.

L'enfant, sain, bien développé et à terme, ne présentait pas de traces de rachitisme; le corps thyroïde seulement était très développé. Il fut envoyé en nourrice. Quelques heures après l'opération, le pouls était relevé, la malade était assez calme; la douleur qu'elle éprouvait dans le ventre était déterminée par l'incision de la paroi abdominale et par les points de suture. Du deuxième au sixième jour, il y eut des symptômes très intenses de péritonite qui furent combattus avec succès par deux saignées, des applications de sangsues, etc. Il s'écoula au bout de quelques jours, par l'angle inférieur de la plaie, une grande quantité de sang mêlé de pus.

Le huitième jour, le ventre est presque indolent et peut être pressé; la diarrhée, qui avait été abondante les jours précédents, continue; les deux points de suture inférieurs sont tombés, et remplacés par des bandelettes agglutinatives; la suppuration continue à être de bonne nature; l'opérée prend depuis deux jours quelques cuillerées de panade. Le douzième jour, les points de suture supérieurs tombent à leur tour, tiraillés par un peu de météorisme développé la veille; ils sont remplacés par des bandelettes agglutinatives et par un bandage compressif; le ventre est toujours indolent; la diarrhée a cessé, et les matières rendues sont moulées; légère fluxion lochiale; la plaie abdominale est en voie de cicatrisation dans une partie de son étendue. L'opérée a dormi six heures la nuit passée. Jusqu'au dix-neuvième jour, l'état de la malade va en s'améliorant; plus de fièvre, quelquefois un peu de diarrhée qui cède promptement à quelques pilules de cynoglosse; état moral bon, espérance de guérison prochaine; la cicatrisation de la plaie progresse, la moitié supérieure est réunie, l'inférieure est couverte de bourgeons charnus de bonne nature; la plaie de l'utérus, que l'on aperçoit encore à sa partie inférieure, est aussi en voie de cicatrisation. Le vingtième jour, les douleurs de reins, qui s'étaient fait sentir à plusieurs reprises, s'aggravent; le membre inférieur gauche est légèrement gonflé près des malléoles; le ventre est toujours indolent. Le lendemain, le gonflement est augmenté et s'est étendu de bas en haut; un cordon noueux et douloureux se fait sentir à la face interne de la cuisse; la région ovarique du même côté est également douloureuse; fièvre. Ces symptômes s'aggravent, malgré une saignée qui est mal supportée, et une application de sangsues sur la région ovarique; le membre droit est pris à son tour de gonflement douloureux, et, la *phlegmatia alba dolens* continuant à faire des progrès, la malade succombe le vingt-sixième jour.

L'autopsie révéla du pus floconneux en grande quantité dans l'abdomen et le petit bassin, et des adhérences récentes des viscères tapissés par le péritoine. Les veines cave et iliaque étaient saines, mais la veine fémorale gauche avait ses parois épaissies, infiltrées, et remplies à l'intérieur de sang coagulé et de pus.

Le bassin préparé présenta un beau type du bassin oblique ovalaire

de Nægelé, ce qui explique les résultats discordants de la mensuration du diamètre sacro-pubien par les différents moyens mis en usage. (*Giornale delle Scienze della Reale Accademia med.-chirurg. di Torino*, 15 juillet 1854.)

Sur la nature et le traitement de la coqueluche, par M. Sée.
Traitement de la coqueluche, par M. James G. Davey.

C'est le caractère de quelques-uns des travaux de M. Sée de s'appliquer à l'étude des analogies pathologiques ; de rechercher, pour ainsi dire, les titres de parenté qui peuvent exister entre des affections que séparent de notables différences symptomatologiques. Son mémoire sur les rapports de la chorée avec le rhumatisme accusait déjà, d'une manière heureuse, cette excellente tendance. Celui que nous avons sous les yeux en est un autre témoignage. (*Archives générales de médecine*, septembre 1854.)

Par une *dissection* attentive, suivant l'expression de M. Aran, rapporteur de ce travail à la *Société médicale des hôpitaux*, M. le docteur Sée est arrivé à établir les propositions suivantes : 1° La rougeole et la coqueluche ont toutes deux une période de préparation de cinq à huit jours. 2° L'une et l'autre ont un catarrhe initial qui en constitue les prodromes. 3° Toutes deux portent sur la muqueuse bronchique et déterminent une toux spécifique (celle de la rougeole est passagère, mais avec un timbre spécial qui lui a fait donner le nom de *férine ;* celle de la coqueluche a un timbre plus caractéristique encore). 4° Si la coqueluche ne s'accompagne pas d'éruption, la rougeole peut aussi exister de la même manière. 5° Les deux maladies présentent de la fièvre au début et souvent dans le cours de la maladie. 6° Les pneumonies lobulaires sont communes à toutes deux, ainsi que la tendance aux hémorrhagies et la fréquence de la diarrhée. 7° Toutes deux favorisent la formation ou le développement des tubercules, la production des catarrhes chroniques, des gangrènes, des hydropisies. 8° Elles règnent souvent ensemble, principalement en automne et au printemps. 9° Ce sont enfin deux maladies récemment connues et dont les anciens ne font pas mention.

M. Sée ne va pas jusqu'à identifier les deux maladies ; mais on comprend que l'étroitesse du rapport qu'il établit entre elles l'amène naturellement à assigner à la coqueluche une durée fixe que les efforts de la thérapeutique ne sauraient abréger. A cet égard, nous croyons devoir nous associer aux réserves du rapporteur. Les analogies évidentes qui existent entre les deux affections laissent place encore à des dissemblances qui permettent de concevoir que l'action thérapeutique ne soit pas également bornée dans les deux cas. La coqueluche une fois établie s'entretient par une sorte d'habitude organique, qui ne procède plus de l'*évolution matérielle* de la maladie. Une modification produite dans la vitalité de la muqueuse laryngée, à l'aide d'une cautérisation, par exemple, ainsi que l'a rappelé M. Aran, peut rompre les accès de toux ; l'insolation, le changement d'air, certains remèdes astringents, peuvent arrêter presque subitement la sécrétion bronchique. En un mot, l'art a sur la coqueluche une action dont il est entièrement dénué à l'égard de la rougeole.

Et précisément, dans un des derniers numéros de l'*Association Medical Journal* (8 septembre 1854), nous trouvons une note de M. le docteur Georges Davey, relative à l'emploi de l'alun dans la coqueluche. Il le donne dissous dans de l'eau édulcorée avec le sirop de pavot rouge et additionnée d'un peu d'acide sulfurique dilué. C'est le remède qui lui paraît avoir le plus d'action contre les symptômes prédominants de la maladie.

Quoi qu'il en soit, la voie dans laquelle M. Sée s'engage de plus en plus est très féconde et digne d'un esprit distingué. Il y rencontrera, s'il y regarde bien, des perspectives larges et profondes où se poseront devant lui les plus hauts problèmes de l'étiologie pathologique.

Rapport du pouls avec certains états de la respiration, par M. Weir Mitchell.

Le fait général que veut établir M. Weir Mitchell, c'est que, toutes choses égales, le pouls devient moins fréquent pendant l'inspiration, et plus fréquent pendant l'expiration. Si les côtes sont maintenues immobiles au sommet de l'inspiration pendant un temps assez long, comme une demi-minute, la lenteur du pouls peut devenir telle qu'elle effraie l'observateur. Si c'est après l'expiration que les côtes restent fixes, la fréquence du pouls devient parfois considérable. Il y a des exceptions à ces résultats.

Pour rendre ce fait plus évident et en mieux préciser les conditions, l'auteur a varié ses expériences. Une table représente les différences marquées par le pouls chez quarante individus, pendant une inspiration et une expiration soutenues. Comme tous les sujets n'ont pas à cet égard la même puissance, et que la plupart ne peuvent retenir la poitrine immobile pendant plus de trente secondes, on a pris le chiffre que donnerait chacun d'eux en une minute entière. Or, il résulte de ce tableau que le pouls appelé par l'auteur *inspiratoire* a perdu, relativement au taux normal, de 0 à 28 pulsations, et que le pouls *expiratoire* en a gagné de 1 à 36. La différence entre le pouls inspiratoire et le pouls expiratoire a varié entre 11 et 46.

Une autre expérience, où deux sujets ont maintenu la poitrine fixe pendant une minute, est destinée à montrer que le pouls s'élève peu de temps après qu'on a cessé de fixer le thorax dans l'inspiration. Ainsi, un pouls qui bat ordinairement 66 fois, descend à 48 pendant une inspiration soutenue, et monte à 76 dans la minute qui suit.

Enfin, l'abaissement du pouls inspiratoire et l'élévation du pouls expiratoire sont proportionnels au degré de plénitude des mouvements d'inspiration et d'expiration.

L'auteur rappelle l'explication du docteur J. Reid (d'Edimbourg), qui a signalé aussi le même ordre de phénomènes. Pendant la dilatation du poumon, dit le docteur Reid, le sang est retenu dans cette sorte d'éponge, et son cours est ralenti ; le ventricule gauche du cœur en reçoit moins, et c'est pour cela qu'il bat moins souvent. Pendant l'expiration, au contraire, une certaine quantité de sang est chassée vers le ventricule gauche, qui est ainsi forcé de se contracter plus souvent pour se débarrasser de cet excès de liquide. En vue d'éclairer cette question, M. Weir Mitchell a fait deux expériences.

Dans la première, le poumon et le cœur ayant été détachés d'un cadavre, un long tube de verre, d'un pouce de diamètre, est adapté à l'artère pulmonaire ; un autre semblable, à l'embouchure des veines pulmonaires dans l'oreillette gauche. Un troisième tube, court et muni d'un robinet, est adapté à la trachée-artère. On verse du sérum dans le tube correspondant à l'artère pulmonaire. Au bout de quelques instants, le liquide arrive dans les vaisseaux du poumon, et on le voit monter dans le tube qui correspond aux veines pulmonaires. Le poumon est alors insufflé. Aussitôt la colonne de liquide descend dans les tubes, principalement dans celui de l'artère pulmonaire (probablement, dit l'auteur, parce que les vaisseaux pulmonaires sont plus aisément pénétrés de ce côté par l'injection). En forçant l'insufflation, le cours du liquide se ralentit et parfois même s'arrête. Si alors on ouvre le robinet de la trachée, le poumon revenant sur lui-même, la colonne de liquide descend dans le tube de l'artère pulmonaire.

Dans la seconde expérience, la poitrine d'un lapin fut ouverte, et, pendant qu'on pratiquait la respiration artificielle, on déchira la surface du poumon avec une aiguille à cataracte, et l'on vit qu'il coulait à peine une goutte de sang pendant l'insufflation, tandis que la plaie saignait abondamment pendant le retrait du poumon.

De ces résultats l'auteur conclut que la circulation pulmonaire est enrayée dans les grandes inspirations ; qu'en conséquence le cœur gauche reçoit moins de sang, tandis que le cœur droit en reçoit davantage. Telle est la cause de la lenteur du pouls. C'est, ajoute-t-il, ce qui arrive dans l'asphyxie.

— Les expériences de M. Mitchell seraient mieux intitulées : *Influence de l'état du poumon sur la circulation.* Il n'y est pas question, en effet, de l'influence qu'exercent sur le pouls les *divers modes de* respiration, mais simplement de ce qui arrive pendant l'absence du mouvement respiratoire : d'une part, quand le poumon est plein d'air ; d'autre part, quand il en contient moins (le poumon étant en expiration).

Deux mots sur le fait et sur l'explication.

Le fait nous paraît encore douteux. M. Mitchell a constaté, dit-il, des exceptions. Or, des exceptions à un fait physiologique de cette nature ne sont pas très admissibles. Puis nous avons fait quelques expériences sur nous-même (quatre pour l'inspiration et autant pour l'expiration), et nous n'avons pas constaté les résultats annoncés par l'auteur.

Quant à l'explication, elle est assez singulière. Le ventricule gauche, dit-on, reçoit moins de sang dans les inspirations soutenues, et c'est pour cela qu'il bat moins souvent. Mais le ventricule droit en reçoit davantage ! En suivant ce raisonnement, ce ventricule devrait battre plus souvent. Et comme les deux ventricules marchent ensemble, l'explication tombe d'elle-même. (*The American Journal*, avril 1854.)

Note sur le périnèvre, par M. le docteur CH. ROBIN.

Sous ce nom, M. Robin décrit un élément anatomique entrevu déjà par plusieurs observateurs, mais confondu généralement avec le névrilème, qui en diffère essentiellement par sa structure et par ses propriétés. Le périnèvre existe dans tous les nerfs de la vie de relation et dans les racines et filets blancs du grand sympathique ; il forme des cylindres qui servent d'enveloppe immédiate aux faisceaux primitifs des nerfs et aux tubes isolés qui s'en détachent. Il est donc aux tubes nerveux, qu'il réunit en faisceaux, ce que le *myolemme* ou *sarcolemme* est aux *fibrilles contractiles* des muscles. Le *névrilème*, *enveloppe celluleuse* commune à plusieurs faisceaux nerveux primitifs, est l'analogue du *perimyzium*, qui réunit ensemble plusieurs *faisceaux striés* ou *primitifs* des muscles.

Le périnèvre suit les faisceaux de tubes nerveux et leurs ramifications dans toute leur étendue ; il se termine, soit en se confondant avec les corpuscules de Pacini et les corpuscules du tact, qui paraissent en être une dépendance, soit en se perdant peu à peu sur le tube, lorsque celui-ci finit par une extrémité libre, comme dans les appareils électriques, les muscles, etc. Sa *longueur* varie donc avec celle des nerfs ; sa *largeur* diffère suivant le nombre de tubes nerveux qu'il renferme : elle est de 0,02 à 0,05 de millimètre pour les cylindres qui ne contiennent qu'un ou deux tubes, et atteint jusqu'à 0,2 et 0,5 de millimètre dans les nerfs de la vie de relation.

Les *parois* du périnèvre, qui ont une épaisseur moyenne de 0,002 à 0,003 de millimètre, peuvent devenir huit à dix fois plus épaisses lorsqu'elles n'enveloppent qu'un ou deux tubes. Elles sont incolores, transparentes, résistantes à la traction, peu extensibles et peu élastiques. Leur déchirure est tantôt nette, tantôt dentelée. Sous l'influence des acides, elles pâlissent, se resserrent ; il s'y forme des plis arrondis et épais. Ces réactions différencient très nettement le périnèvre du tissu cellulaire ambiant.

Le périnèvre est formé par une substance homogène, quelquefois très finement striée en long, renfermant des granulations moléculaires grisâtres. Dans l'épaisseur de cette membrane sont des *noyaux* ovoïdes, moins réguliers et plus larges que ceux des tubes de Remak, à grand diamètre ordinairement longitudinal, plus rapprochés dans les dernières ramifications nerveuses, moins cependant que dans les capillaires, avec lesquels le périnèvre pourrait être confondu. Leur longueur est de 0,015 à 0,020 de millimètre ; ils ont des bords réguliers, pâles, une couleur peu foncée, et renferment des granulations grisâtres très fines, sans nucléole.

Par les progrès de l'âge ou par suite d'un état morbide, le périnèvre éprouve quelquefois une altération spéciale qui consiste dans le dépôt de granulations graisseuses dans son épaisseur. (*Arch. gén. de méd.*, sept. 1854.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

The Modern Treatment of Syphilitic Diseases, etc. (TRAITEMENT MODERNE DES MALADIES SYPHILITIQUES PRIMITIVES ET SECONDAIRES, comprenant le traitement de la syphilis constitutionnelle et confirmée par une méthode sûre et efficace, avec de nombreuses formules et observations cliniques), par M. LANGSTON PARKER. 3e édition, 1 vol. in-8, 1854. Londres, chez JOHN CHURCHILL, Prince's-Street, Soho.

Bien qu'il ait été, ce nous semble, principalement conçu pour faire connaître et pour préconiser un mode particulier de thérapeutique, ce livre offre par ses dimensions, par son plan, et aussi par le mérite de sa rédaction, tous les caractères d'un traité didactique de la syphilis. La maladie vénérienne y est étudiée dans ses formes originelles si diverses, puis dans son envahissement graduel, puis enfin dans son état confirmé, chapitre par chapitre, avec une précision et une abondance de détails pratiques que peu de nos classiques se piquent d'imiter en France, du moins à un égal degré.

L'auteur, néanmoins, ne pouvait se dispenser de toucher aux questions doctrinales. Mais ce tribut au côté abstrait de l'art, M. Parker se montre, à ce qu'il nous a paru, plus pressé de s'en débarrasser que jaloux de le payer compendieusement. Ainsi il expose rapidement ses vues générales en deux ou trois chapitres placés à la tête de l'ouvrage, sans beaucoup d'ordre, effleurant chaque sujet, remplaçant volontiers par l'opinion d'autrui son propre jugement sur les questions litigieuses. Il appartient d'ailleurs pleinement, dirons-nous, à cette *école* anglaise qui continue Hunter, mais refuse d'aller plus loin ; qui semble professer la vérité par patriotisme plus que par conviction, tant elle oppose de restrictions et mesure l'éloge aux déductions que M. Ricord a su tirer des données dues au génie de l'éminent pathologiste d'outre-Manche. Ainsi il admet que la balanite, après plusieurs récidives, peut produire des symptômes constitutionnels, à la vérité *légers*. — Il enseigne que la gonorrhée qui résulte chez l'homme du coït avec une femme affectée de pertes blanches n'est pas contagieuse. — Enfin il recommande de donner du mercure dans quelques cas, il est vrai assez rares, de blennorrhagie urétrale simple.

Un autre point de doctrine a été, de la part de M. Parker, l'objet de développements plus étendus. Adoptant, quoique timidement et avec une certaine réserve, une opinion opposée à celle de M. Ricord, il croit que les lésions de la syphilis secondaire, bien que non inoculables, sont transmissibles, par le contact, à un individu sain. A l'appui de cette thèse, il cite les deux cas suivants :

OBS. I. — Un homme prend un chancre qui guérit par induration. Il se marie, bien portant en apparence. Au bout de 3 à 4 mois, il lui sort des papules rouges, luisantes, écailleuses. Peu après, sa femme offre une éruption semblable. C'est alors seulement et dans cet état que l'auteur les vit. Il examina à plusieurs reprises la femme qui dit n'avoir jamais rien eu aux organes génitaux, et il n'y trouva effectivement aucun mal. Le mercure les guérit.

Ce cas, — M. Parker n'y a peut-être pas pris garde, — prouverait, plus que les adversaires les plus décidés de M. Ricord n'ont osé le prétendre, la transmissibilité d'une éruption à forme sèche ! Malheureusement pour le système de M. Parker, il a été, dans ce cas, appelé trop tard. Les accidents constitutionnels étant déjà bien caractérisés quand il a vu sa malade pour la première fois, le chancre primitif, origine réelle de l'infection, avait parfaitement eu le temps de guérir et de devenir méconnaissable chez elle.

OBS. II. — Un monsieur guéri depuis 12 mois d'une syphilis secondaire se marie. Bientôt après il revient une éruption et des ulcères au gosier. Sa femme est atteinte de la même affection, et accouche à 6 mois d'un enfant mort. Envoyée à M. Parker, elle fut examinée soigneusement par lui, mais il ne trouva pas vestige de maladie vénérienne primitive chez elle.

Outre l'objection que nous adressions à l'observation précédente, une autre circonstance concourt encore à dépouiller ce fait de la signification qu'on prétend lui donner. La femme a fait une fausse couche. Sous quelle influence? Très vraisemblablement parce que l'embryon avait reçu du père la contamination spécifique. Il a donc pu infecter l'être qui le portait dans son sein; et la maladie de la mère s'explique par là bien plus naturellement que par le contact d'un mari porteur d'une éruption secondaire.

A l'appui de cette même thèse, M. Parker argue encore de quelques cas où un nourrisson vénérien a infecté la personne qui lui donnait des soins. — Mais il faut se garder d'admettre sans réflexion, entre le virus d'un enfant qui le tient par génération, et celui d'un adulte qui l'a accidentellement contracté, une égalité complète de pouvoir de transmission. Nous avons, dans notre récent *Traité de la syphilis des nouveau-nés*, établi la réalité de cette différence sur des considérations qu'il faudrait, ce nous semble, avoir appréciées avant d'être autorisé à conclure aussi affirmativement que le fait l'auteur, de ce qui se passe dans un cas à ce qui doit arriver dans l'autre.

La vertu antisecondaire du mercure, administré alors qu'il n'y a encore que chancre primitif, a aussi préoccupé M. Parker. Selon lui, le remède donné à cette période prévient la vérole constitutionnelle. — Ce n'est pas ici le lieu d'approfondir cette grande question. Nous l'avons seulement mentionnée pour signaler deux idées assez singulières de l'auteur à ce sujet. D'abord, il veut que l'on ordonne le mercure, dans le but précité, toutes les fois que le chancre est induré : et ceci, quoique discutable, est au moins rationnel. Mais immédiatement après, et comme indication à ses yeux tout aussi formelle, il recommande également de l'administrer à cette période « contre tous les chancres primitifs *qui ont fourni par l'inoculation une pustule caractéristique* (p. 15)! » Ceci, on le comprend, reviendrait absolument à prescrire le mercure contre tous les chancres primitifs indistinctement; car il n'en est aucun dont le pus, s'il a été emprunté au moment favorable, manque de reproduire la pustule caractéristique. Mais si telle est, en effet, la pensée de l'auteur, à quoi bon alors établir aussi soigneusement qu'il le fait des catégories parmi les espèces d'accidents primitifs qui nécessitent ou ne nécessitent point le traitement spécifique?

En second lieu, M. Parker affirme que le mercure, employé à ce moment, diminue la proportion des cas de vérole constitutionnelle, s'il est bien administré, mais qu'il l'*augmente*, au contraire, si le malade l'a pris irrégulièrement ou en quantité insuffisante!... La raison, l'analogie, l'expérience, s'inscrivent à l'envi contre une pareille assertion. Un remède approprié à l'indication, à plus forte forte raison un spécifique, peuvent rester impuissants : mais comment deviendraient-ils dangereux? Où a-t-on vu le quinquina ou le copahu exaspérer la fièvre ou la gonorrhée, pour avoir été dosés parcimonieusement? Et le mercure lui-même, quand il est prescrit en pleine vérole, si trop souvent il laisse marcher les symptômes ou ne les réfrène que mollement, les a-t-il jamais aggravés?... Aussi ne voulons-nous voir dans la déclaration de M. Parker qu'une hyperbole destinée à frapper l'esprit de ses antagonistes, mais que, pour l'apprécier justement, il faut, comme toute figure de rhétorique, renvoyer à sa véritable adresse, à l'imagination plutôt qu'au raisonnement.

Dans les questions de pratique, nous retrouvons avec plaisir en M. Parker l'homme de tact et de sens, incapable de se laisser séduire par de vaines théories, et éclairant tous les sujets des lumières d'une expérience consommée. Ainsi, il sait apprécier à sa juste valeur l'illusoire méthode Malapert, pour la cure abortive des bubons. Il signale l'insuffisante action du nitrate d'argent employé pour détruire un chancre commençant. Citons encore d'ingénieuses considérations sur le rapport de causalité qui existe entre certaines espèces de flueurs blanches chez la femme, et certaine espèce de balanite qu'on voit naître chez l'homme qui est exposé à leur action.

Le plan de M. Parker l'a amené à aborder plusieurs questions de syphilis topographique qui ne rentrent pas dans le cadre de nos habitudes scolaires, non plus que de nos traités classiques. Un chapitre distinct décrit les affections syphilitiques des fosses nasales; un autre celles de la bouche; et là, suivant la terminologie anglaise, on trouvera, différenciées entre elles, la *langue iodique*, la *langue mercurielle* et la *langue syphilitique*. Quelque incomplète qu'elle soit encore, signalons avec intérêt cette application d'un système d'études dont nous avons été assez heureux pour inaugurer nous-même l'enseignement méthodique.

Nous avons dit que M. Parker préconise contre la syphilis constitutionnelle une méthode particulière de traitement. Elle consiste dans l'emploi, tous les deux ou trois jours, d'une fumigation de cinabre. Ce qu'il y a de propre à sa pratique, c'est qu'il fait en même temps évaporer l'eau d'un récipient placé sous l'appareil; de sorte que le malade est simultanément soumis à l'action de la chaleur, à celle de la vapeur d'eau et à l'impression des vapeurs cinabrées. Les règles relatives à l'application de ce moyen sont soigneusement détaillées, et l'auteur rapporte de nombreuses observations pour établir sa prééminence sur les autres procédés curatifs. Du reste, s'il est persuadé de sa supériorité en général, il ne le recommande cependant point d'une manière systématiquement exclusive; car, dans plusieurs cas, il admet que le traitement interne doit venir en aide aux effets de celui-ci.

P. Diday.

Considérations théoriques et pratiques sur l'oblitération et l'aberration de l'esprit, déduites de 300 autopsies, par M. Follet, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Quimper.

Nos confrères de province se distinguent, en général, par une certaine défiance d'eux-mêmes. Ce sentiment, qui fait honneur à leur réserve, n'est peut-être pas aussi fondé qu'on le jugerait au premier aspect. Il y a, sans doute, dans le mouvement et les ressources des capitales, une condition très favorable à l'éclosion des idées; mais, pour l'observateur studieux, le calme des petites villes est beaucoup plus propice aux méditations profondes et suivies. Si l'on produit moins, on mûrit davantage. Cela établit une compensation.

M. Follet est un de ces savants modestes, qui se défendraient presque, comme d'une témérité, de confier à la publicité le résultat de leurs investigations. Il a, toutefois, renfermé dans un cadre restreint, et traduit sous une forme aphoristique pleine d'originalité, une série de faits et d'aperçus d'une importance incontestable, comme tout ce qui s'appuie sur une observation sévère, sur une statistique judicieuse.

Ce n'est pas que nous approuvions entièrement le point de départ de notre honorable collègue. M. Follet incline trop, à notre avis, pour nous servir du langage actuel, vers l'élément somatique. Se figurer toujours, à propos du moindre trouble mental, une lésion matérielle de la substance nerveuse est, nous ne saurions trop le redire, supprimer, non résoudre l'éternel problème de la formation de la pensée.

Le travail de M. Follet est partagé en six études, suivies de corollaires, et correspondant aux principales questions théoriques et pratiques de l'aliénation mentale.

La première contient quatre tableaux où, dans une période de vingt ans, le chiffre de mortalité de l'asile est mis en rapport avec l'âge des malades, leur état mental, sa durée antérieure à l'admission, sa durée totale, etc.

La seconde, intitulée *céphalométrie*, offre le résumé d'opérations nombreuses par lesquelles le cerveau et le crâne ont été mesurés et pesés dans les conditions les plus variées.

Dans la troisième sont décrites les lésions anatomiques cérébro-méningiennes ou viscérales, rencontrées dans les diverses formes de la folie.

La quatrième a trait à la physiologie et à la psychologie.

La cinquième montre les sources pathologiques d'où émanent les causes des modifications nerveuses.

M. Follet expose enfin, dans la sixième et dernière, ses vues thérapeutiques.

On comprend la difficulté de préciser les données qui ressortent de tant de points. L'idée dominante du livre est que chacun des hémisphères recèle un foyer d'innervation dont l'équilibre respectif constitue l'état normal, et que le désordre commence dès que, dans l'un des courants dérivant de ces centres, il y a déficit ou excès. Les conséquences de ce fait sautent aux yeux : elles sont infinies. Ce n'est point, du reste, une simple opinion, « toute rupture d'équilibre étant démontrée, dit M. Follet, par une différence de poids entre les hémisphères, telle, par exemple, chez les épileptiques qu'elle s'est élevée jusqu'à 290 grammes. »

Tous les points traités par M. Follet appellent une attention sérieuse. On consultera surtout avec profit les parties relatives à l'hygiène et au traitement, dans lesquelles l'auteur a déposé les trésors d'une expérience de vingt années, fécondée par une haute intelligence et un profond dévouement à l'humanité.

DELASIAUVE.

VII.

VARIÉTÉS.

II. — Chirurgiens. (Voir, pour les *médecins* des rois de France, le n° 53, p. 930.)

Nous nous restreindrons sur ce point à quelques renseignements chronologiques. Voici la liste des chirurgiens des rois de France depuis le XVI[e] siècle.

Guillaume Vavasseur, chirurgien de François I[er]. — *Ambroise Paré*, premier chirurgien de Henri II, de François II, de Charles IX, et de Henri III, né au Bourg-Hersent, près Laval, en 1510, mort à Paris en 1590, inhumé à Saint-André-des-Arcs, auteur de la *Manière de traiter les plaies faites par les arquebuses*. — *Jacques Guillemeau*, chirurgien des rois Charles IX, Henri III et Henri IV, disciple de Riolan et d'Ambroise Paré, accoucheur, auteur du *Traité des maladies de l'œil*, 1550 † 1613.—*Barthélemy Cabreuil* ou *Cabrol*, chirurgien du roi, anatomiste, de l'université de Montpellier, né à Gaillac, 15.. †1594. — *François Juif*, chirurgien du roi, 1577 †1643. — *David de Planis-Campy*, dit l'*Edelphe*, chirurgien du roi, médecin chimiste ou spagyriste, 1589†16... — *Pierre Pigray*, premier chirurgien de Henri IV, doyen de la Faculté de chirurgie, mort en 1613. — *Roland-Paul Arnaud*, chirurgien du roi, 1636†1723.—*Félix*, premier chirurgien du roi Louis XIV, 16..†1703.— *Georges Mareschal* père, premier chirurgien de Louis XIV et de Louis XV, chef et garde des chartes, statuts et priviléges de la chirurgie et barberie du royaume, maître en l'art de chirurgie de la ville de Paris, conseiller du roi, un des fondateurs de l'Académie de chirurgie, né à Saint-Tricot près Calais, 1658 † 1736. Son fils Louis-Georges Mareschal est reçu en survivance jusqu'en 1720, mais ne lui succéda pas, à cause de sa paresse. — *François Gigot de la Peyronie*, premier chirurgien du roi et médecin consultant de Louis XV, de 1738 à 1747 inclusivement, premier chirurgien en survivance depuis 1720, écuyer, anatomiste, membre de l'Académie des sciences, auteur des mémoires *sur les petits œufs de poule sans jaune*, *sur les maladies du cerveau*, etc. — *Messire Germain Pichault de la Martinière*, d'abord chirurgien ordinaire du roi servant par quartier, puis premier chirurgien de 1748 à 1783 inclusivement, chef de la chirurgie du royaume, écuyer, conseiller, chevalier de Saint-Michel, membre de l'Académie de Stockholm. — *Messire Andouillé*, premier chirurgien en survivance du précédent depuis 1761, premier chirurgien en titre de 1784 à la Révolution (1792), époque où il rentre dans la vie privée ; auparavant écuyer, conseiller d'État, associé libre de l'Académie des sciences. — *Jean-Baptiste Loustonau*, d'abord chirurgien du roi servant par quartier en 1747, puis chirurgien des enfants de France en 1747, chirurgien du duc de Bourgogne, premier chirurgien de *Monsieur* et de madame Adélaïde, enfin premier chirurgien du roi en survivance sous Andouillé, de 1786 à 1792, où il rentre dans la vie privée; auparavant, conseiller d'État. — *Corvisart*, *médecin du gouvernement*, de 1801 à 1805. — *Boyer*, premier chirurgien de Napoléon, baron de l'empire, de 1805 à 1811. — *Antoine Dubois*, premier chirurgien de l'impératrice, de 1811 à 1815, accoucheur de Marie-Louise, professeur de chirurgie, doyen de la Faculté de médecine à Paris, baron de l'empire. — *Le père Élysée*, premier chirurgien du roi, de 1814 à 1817 inclusivement, et premier chirurgien de *Monsieur*.— *Distel*, d'abord premier chirurgien ordinaire du roi, puis remplissant les fonctions de premier chirurgien depuis 1821, enfin premier chirurgien honoraire de 1824 à 1825. — *Guillaume Dupuytren*, premier chirurgien du roi, de 1825 à 1830, après sept ans d'interruption dans les fonctions (1818-1824), membre de l'Académie des sciences, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, baron de la Restauration. — *Adolphe Pasquier* père, d'abord premier chirurgien du duc d'Orléans, puis premier chirurgien du roi Louis-Philippe, de 1832 à 1848, créé baron, son fils Alphonse Pasquier étant premier chirurgien ordinaire.— *Jobert de Lamballe* et *Larrey*, chirurgiens du président de la République, puis de l'empereur, de 1848 à 1854. — *Paul Dubois* (baron), premier chirurgien accoucheur, 1852-1854.

Avant le XVI[e] siècle, on ne trouve que des noms épars, parmi lesquels il faut citer *Jean Pitard*, premier chirurgien de saint Louis, de Philippe le Hardi et de Philippe le Bel, instituteur du collége de chirurgie, mort à Paris, rue de la Licorne (1228 † 1319).

A. DE MARTONNE.

On lit dans *la Presse* :

Une observation intéressante a été faite dernièrement, pendant la durée du choléra, dans les cantons de Saint-Jean-de-Losne et de Genlis (Côte-d'Or).

L'épidémie sévissait avec violence à Tar-l'Abbaye. Il y mourait 8 à 10 personnes par jour sur une population de 5 à 600 habitants ; l'épidémie régnait depuis huit jours, et la démoralisation était extrême. Un enfant met imprudemment le feu à une grange pleine de paille et de blé : on transporte morts et mourants au milieu des champs ; l'incendie n'est complétement éteint qu'après plusieurs jours, parce que le feu s'était communiqué à plusieurs meules de blé. A partir de ce jour-là, les mourants se sont rétablis, et pas un seul cas nouveau de choléra n'a été constaté depuis.

A Aiseray, la cholérine faisait presque autant de ravages que le choléra. Le feu consume deux granges remplies de fourrages : à partir de ce moment aussi, plus de cholérine.

Enfin, il y a dix jours, à Brazey, la suette miliaire enlevait 8 à 10 victimes par jour. Le feu prend à deux endroits du village ; on transporte plusieurs morts dans des maisons éloignées du feu. Il restait encore dans le village 42 malades atteints de la suette ; mais, depuis que l'incendie a éclaté, on n'a pas eu à constater un seul nouveau cas.

L'observation qui précède a été faite par un de nos correspondants de la Côte-d'Or ; elle nous a remis en mémoire le passage curieux qu'on va lire d'un ouvrage imprimé à Berlin, en 1773, sous le titre : *Recherches philosophiques sur les Égyptiens et sur les Chinois*, par M. de Pernety.

L'auteur s'exprime ainsi :

« Les anciens Égyptiens n'ont pas connu le riz, et, quand ils l'auraient connu, ils se seraient bien gardés de le cultiver. Aujourd'hui on le cultive tellement qu'on en exporte tous les ans plus de 400,000 sacs par Damiette. Cela suffirait pour engendrer des maladies dans un pays où il ne tonne jamais ou très rarement, et où l'atmosphère, imprégnée de substances salines que le feu du ciel ne consume point, est fort sujette à s'altérer. Aussi, au moindre signe de contagion, les anciens Égyptiens allumaient-ils des feux, distribués d'une certaine manière qui nous est inconnue ; il sont les inventeurs de cette méthode, qu'ils enseignèrent au Sicilien Acron, qui l'employa dans la peste du Péloponèse, et nous voyons bien clairement que les médecins grecs qui suivirent Acron n'eurent longtemps d'autre secret que celui-là. Ils ont mis même quelquefois le feu à d'immenses forêts pour sauver de petits cantons ; mais quand le feu est bien distribué et entretenu par des matières résineuses, il fait plus d'effet que l'embrasement d'un bois, car il s'en faut de beaucoup que ce soit dans la qualité absorbante des cendres, ou de leur alcali, que consiste la vertu de cette méthode, comme un médecin qui l'essaya dans la peste de Tournai se l'est persuadé.

» Ce qui prouve bien qu'il fallait apporter de grandes et de continuelles précautions en Égypte pour entretenir la salubrité de l'air, c'est que les prêtres faisaient faire tous les jours, à différentes reprises, des fumigations dans les villes. »

Le même auteur nous apprend que les anciens Égyptiens combattaient surtout les maladies pestilentielles ou épidémiques par de rigoureuses prescriptions d'hygiène :

« Ils avaient multiplié extrêmement le nombre des médecins, dit-il dans le même ouvrage ; tout le pays en était rempli, et cela devait être ainsi. Dès qu'on se proposait d'éteindre la contagion partout où elle éclatait, il fallait veiller partout ; cependant, comme l'expérience a démontré qu'en temps de peste la police peut autant que la médecine, cela explique pourquoi les lois avaient beaucoup borné en Égypte le pouvoir des médecins : on craignait que leur penchant à essayer de nouveaux remèdes et à changer à chaque instant de méthode ne rendît inutile la police, dont l'effet était certain contre des maladies toujours semblables à elles-mêmes. Ceci a paru fort ridicule à quelques auteurs modernes, qui disent que c'était le comble de la folie de borner le pouvoir des médecins ; mais la vérité est que rien n'a été plus sage. »

Nous pourrions citer plusieurs passages du même ouvrage qui paraissent prouver que le choléra était connu des anciens Égyptiens ; mais nous avons seulement voulu, quant à présent, mettre en regard de l'observation faite par notre correspondant le moyen employé autrefois pour empêcher le développement des épidémies. Le hasard d'accidents malheureux a fait dans la Côte-d'Or ce que les anciens Égyptiens faisaient avec connaissance de cause.

CHOLÉRA. — Mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine depuis le 27 septembre :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
Le 28 septembre	»	5	5	15	4
29	2	4	6	3	7
30	1	3	4	10	»
1 octobre .	»	3	3	8	2
2	2	4	6	9	2
3	2	2	4	3	6
4	10	3	13	6	2
5.	8	2	10	5	7
6	8	9	17	2	5
7	6	7	13	5	4
8	20	4	24	5	14
9	16	10	26	7	12
10	12	8	20	5	12
11	16	11	27	2	13
12	22	12	34	5	9
13	16	5	21	3	13
14	11	10	21	7	11
15	7	7	14	8	12
16	4	3	7	3	13
17	10	11	21	7	10
18	15	10	25	5	8
Résumé de 21 jours. .	188	133	321	123	166

Situation au 18 octobre : Cas traités depuis novembre. 6,543

Sorties . . . . . . 2,925 }
Décès . . . . 3,374 } 6,299

Il reste en traitement 244

MORTALITÉ COMPARÉE DANS LES ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA DE 1832, 1849 ET 1854. — La proportion des décès sur la totalité des cas traités dans les hôpitaux et hospices civils de Paris a été : en 1832, de 47 pour 100 ; en 1849, de 55 pour 100 ; pour 1854, elle est jusqu'à ce jour de 52 pour 100. On voit que le besoin de *spécifiques* n'a jamais été plus grand.

— L'épidémie de choléra qui sévissait avec une faible intensité depuis deux mois à Toulouse, y a pris, le 9 octobre, une violence extraordinaire. Plus de 300 cas, dit-on, se sont déclarés dans la journée et la nuit du lundi 9. — M. le docteur Tellier, secrétaire général de l'association médicale, a succombé le 10 à une attaque de choléra.

— ÉTAT SANITAIRE DE BRUXELLES. On lit dans le rapport du collége des bourgmestres et échevins de cette ville :

L'état sanitaire de la capitale a été satisfaisant pendant l'année 1853-1854. La mortalité dépasse, en 1853, de 110 le nombre des décès de 1852 ; mais il faut tenir compte d'un double accroissement de la population, et par le fait du mouvement habituel et par celui de l'adjonction du quartier Léopold. Nous avons cependant été éprouvés deux fois par le choléra ; mais nous ne pouvons donner à cette double invasion le nom d'épidémie. Une première fois, la choléra fut signalé le 14 septembre 1853 et jusqu'au 12 février 1854 il fit 32 victimes. Il reparut le 5 juillet de cette année et nous a enlevé, jusqu'au 20 septembre, 35 personnes, parmi lesquelles se trouvent deux étrangers qui étaient arrivés malades dans notre ville. Le typhus a fait plus de victimes que le choléra ; mais dans le tableau que nous donnons, il figure un assez grand nombre de personnes décédées dans les hôpitaux et qui y étaient transportées des faubourgs. Cette observation s'applique à toutes les autres maladies. Ainsi nous indiquerons 178 décès à la suite de fièvres typhoïdes, et dans ce nombre il y a 29 habitants des faubourgs qui avaient été recueillis à Saint-Jean et à Saint-Pierre. Par contre, la variole a presque entièrement disparu et le nombre d'hydrocéphales tend à décroître.

— Le n° 19 de LA CRONICA DE LOS HOSPITALES a paru encadré de noir, en annonçant la mort de son rédacteur en chef le docteur JOSÉ RODRIGUEZ VILLARGOITIA. Nous regrettons nous-mêmes, en la personne de M. Rodriguez Villargoitia, un collègue qui avait exprimé dans son journal de vives sympathies pour la *Gazette hebdomadaire*.

Un de nos abonnés, dont il nous a été impossible de déchiffrer la signature, nous adresse, sur le décret relatif au régime de l'enseignement supérieur, des remarques dignes de considération et qui annoncent un esprit versé dans ces matières. Mais nous ne pouvons les insérer sans contrevenir formellement au *décret organique sur la presse*, du 17 février 1852.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ALLGEM. MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — N° 79. Quatre cas de dégénérescence granuleuse et adipeuse de tous les muscles soumis à la volonté, par *A. Genth*. — N° 80. Observation d'atrophie musculaire progressive, par *Betz*.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 40. Communication de la pratique du docteur *Vogler*. — La clinique chirurgicale et ophthalmologique de l'Université d'Erlangen, par *Heyfelder* (suite). — Le 31e congrès des naturalistes et médecins allemands, par *Goeschen* (suite). — Esquisses tirées de la pratique du docteur *H. Lippert*, de Hambourg.

MEDICINISCHE ZEITUNG. — N° 40. Les rapports entre la fièvre et l'inflammation, IIe article, par *Zimmermann*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DELLE STATI SARDI. — N° 39. Sur l'échinocoque de l'homme, par *Ercollani* et *Vella*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — Nos 37. Pellagre, par *Lussana*. — Epidémie typhoïde de Brescia en 1854, par *R. Rodolfi*. — 38. Sur un cas de pleuropneumonie et de péricardite, par *Pozzoli*. — Fistule borgne externe de l'anus, guérison par les injections astringentes par *Scotti*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nos 38. Epidémie de fièvre typhoïde épidémique à Tobello (Valle Sesia), par *G. Rota*. — 39. Choléra de Castellaro, par *Bottini*. — Clin. chirurg., par *Salvolini*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N° 38. Mélanges (syphilisation, perchlorate de fer, anesthésique, etc.), par *P. Landi*. — Sur le choléra de Calcinaja, par *Turchetti*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — N° 18. Progrès de l'éducation des crétins, par *Demaria*. — Choléra-morbus de Gênes, par *Pogliani*. — Hôpital des cholériques du bourg Dora, à Turin, par *Carletti*.

IL SEVERINO. — Juillet et août. Extraits.

EL HERALDO MEDICO. — Nos 129. Carbonate de soude contre le choléra, par *T. Pellicer*. — 130 — 131. Traitement du choléra (*anonyme*). — Sur le choléra, par *R. Carranza*. — 132.

EL PORVENIR MEDICO. — Nos 105. Intoxication paludéenne, par *G. Lopez*. — Pathologie générale, par *Teran*. — Prophylaxie du choléra, par *E. Galan*. — 106 — 107. Intoxication palustre, par *G. Lopez*. — Choléra d'Alcala, par *F. Macado*.

EL SIGLO MEDICO. — Nos 37. Revue thérapeutique du choléra, par *Mendez Alvaro*. Statistique du Lazaret de Mahon, de 1817 à 1843, par *Monlau*. — 38. Importance de l'anatomie pathologique, par *Z.-R. Gonzales*. — Choléra-morbus, par *P. Pastor*. Part que l'électricité prend à la vertu des eaux minérales, par *Salgado*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 18. Doit-on conseiller l'isolement des cholériques ? par *F. Ramirez Vas*. — Sur la contagion, l'infection et le traitement du choléra, par *Z.-B. Gonzales*.

Livres nouveaux.

DULONG DE ROUEN ; sa vie et ses ouvrages, par MM *J. Girardin* et *Ch. Laurens*. Rouen, chez Rivoire, in-8 de 76 pages, avec un portrait et un *fac-simile*. Paris, chez Victor Masson. 3 fr. 50 c.

ÉLÉMENTS DE CHIRURGIE OPÉRATOIRE OU TRAITÉ PRATIQUE DES OPÉRATIONS, par le docteur *Alph. Guérin*. 1 vol. grand in-18 avec fig. Paris, Chamerot. 7 fr. 50 c. En vente la 1re partie de 304 pages, avec 159 figures.

EXAMEN DE LA BROCHURE DE M. LE DOCTEUR BOUDIN, intitulée : *Histoire statistique de la colonisation et de la population en Algérie*, par le docteur *L. Cazalas*. In-8 de 16 pages. Alger, 1854 (extrait du *Moniteur algérien*).

ATLAS DER MIKROSKOPISCHEN PATHOLOGISCHEN ANATOMIE, par *A. Foerster*. 1 vol. grand in-4, en étuis. Leipzig, chez Voss. 13 fr. 50 c.

A MANUAL OF PATHOLOGICAL ANATOMY, par *C.-H. Jones* et *E.-H. Sieveking*. 1 vol. in-8. Londres, chez Churchill. 17 fr. 50 c.

PRACTICAL OBSERVATIONS ON CONICAL CORNEA AND ON THE SHORT SIGHT AND OTHER DEFECTS OF VISION CONNECTED WITH IT, par *J. Nottingham*. 1 vol. in-8. Londres, chez Churchill. 8 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. — PARIS, 27 OCTOBRE 1854. — N° 56.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 26 octobre 1854.

LE MICROSCOPE ET LE CANCER DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE : ÉTAT DE LA DISCUSSION. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS : NON-ABSORPTION DES MÉDICAMENTS DANS LE CHOLÉRA.

(Voir les numéros 54 et 55.)

La dernière séance de l'Académie a pu convaincre le monde médical que la cause du microscope, loin d'être perdue, comptait au contraire un défenseur de plus, et nous ne craignons pas d'être accusé de partialité, en annonçant que M. Velpeau a trouvé, dans les rangs mêmes de l'illustre compagnie, un adversaire digne de lui.

M. Robert a prononcé aujourd'hui un long discours dans lequel il a exposé avec talent et simplicité des opinions que faisait pressentir sa première allocution; il a posé les véritables bases du double problème aujourd'hui mis en cause, et, adoptant les principes de la doctrine nouvelle, tels qu'ils sont posés par les micrographes, il a démontré que ces prémisses étaient logiques, et qu'elles avaient conduit à des résultats importants.

M. Robert a consulté le microscope : celui-ci lui a fourni des renseignements précieux et lui a appris des choses qu'il ne connaissait pas et qu'il n'aurait pu apprendre sans lui. Le microscope est donc très utile pour le praticien et pour le savant. Cette déclaration est d'autant plus importante, que, si l'on n'y prenait pas garde, les affirmations contraires de M. Velpeau pourraient amener les spectateurs du débat à substituer une question toute personnelle à une question de doctrine scientifique. Qu'un chirurgien, en effet, quel qu'il soit, déclare que le microscope et les travaux modernes d'anatomie générale ne lui ont rien appris, et que déjà son habileté avait devancé les données que l'instrument et l'école en question vulgarisent aujourd'hui, nous n'aurons rien à faire qu'à féliciter ce chirurgien d'être aussi en avance sur ses contemporains; mais que le même savant affirme que les moyens qui sont superflus pour lui n'ont rien appris aux autres, voilà ce qui, à notre avis, cesse d'être démontré; car, à toutes les époques, il y a eu des esprits qui, marchant avec leur siècle, n'ont pas dédaigné les ressources qui facilitent l'étude et substituent la preuve à la prévision.

Pour acquérir la certitude de diagnostic que possède M. Velpeau, lorsqu'il s'agit d'une tumeur du sein, il lui a fallu trente ans de pratique laborieuse et l'inspection de cinq cents tumeurs. Pour savoir si l'on a affaire, en quelque région du corps que ce soit, à un cancer, à une tumeur fibro-plastique, à une hypertrophie glandulaire, il nous suffit d'avoir, pendant trois ou quatre ans, étudié l'anatomie générale et suivi les enseignements cliniques des hôpitaux. M. Leblanc, dans son premier discours, a bien fait voir que le microscope économisait le temps d'une façon précieuse.

Dire que le microscope a appris beaucoup de choses, c'est reproduire une opinion généralement acceptée par la grande majorité des chirurgiens de Paris, comme nous en avons acquis la conviction d'après de nombreux témoignages inédits.

Que M. Robert reçoive ici les remercîments de ceux pour lesquels il a bien voulu plaider d'une manière aussi remarquable. Lorsqu'on écrira l'histoire de la science, on lui saura gré de s'être engagé résolument dans la voie d'un progrès évident, bien qu'il ne fasse encore que luire à l'horizon.

Avant d'entrer dans le cœur de la question, l'orateur a résumé brièvement l'état de la discussion; il a fait voir que, dans l'esprit de la majorité de ceux qui y ont déjà pris part, l'utilité du microscope était reconnue en principe, et que la guérison du cancer était douteuse ou constituait une exception très rare.

MM. Velpeau et Cloquet avaient seuls fourni, à l'appui de la curabilité du cancer, des faits qu'il convenait, non pas de nier, mais d'apprécier à leur juste valeur. Or, les observations du dernier de ces chirurgiens n'ont pas paru à M. Robert suffisamment concluantes : il a pensé que l'on avait admis trop facilement, peut-être, ce qui était précisément à prouver;

c'est-à-dire, la nature cancéreuse du mal. On sait que le savant chirurgien se montre difficile pour les observations qui sont âgées de plus de quinze ou vingt ans, et en les discutant, comme il l'avait fait tout d'abord, anciennes guérisons de M. Velpeau, il avait déjà, et avant leur mise au jour, fait la critique des *souvenirs* de M. Cloquet. A partir de ce moment, c'est contre M. Velpeau, à peu près uniquement, que M. Robert s'efforce de lutter; il revient sur la question des statistiques anciennes. « Quiconque, dit-il, a lu et médité les résultats de la pratique de Hill et de Flajani, ne peut songer sérieusement à les opposer aux documents fournis par Monro, Mac-Farlane, Boyer (1). D'ailleurs, en supposant qu'on dût confondre dans le même oubli des témoignages d'une valeur aussi inégale, on ne pourrait pas faire aussi bon marché des statistiques autrement rigoureuses de MM. Lebert et Broca. »

M. Velpeau, il est vrai, a publié des faits de guérisons radicales de cancer vrai pour tout le monde, même pour les micrographes qui y avaient trouvé la cellule spécifique; mais la date de ces guérisons est si peu ancienne, que rien ne garantit contre la récidive. Les malades ont été opérées en 1847, 1848, 1850; elles sont peu nombreuses, et déjà l'une d'elles, que M. Velpeau croyait guérie, a succombé en état de récidive en 1853, c'est-à-dire dans les délais les plus ordinaires de la reproduction du mal; voici donc un cas bien normal, et qui, sans le hasard, aurait grossi la liste si maigre des guérisons authentiques. Que dire des autres faits, dont le plus ancien date à peine de sept ans, quand M. Velpeau a vu lui-même la récidive survenir au bout de douze et quatorze ans (*Traité des maladies du sein*, p. 616)!

Les récidives au bout de quatre ans ne sont pas rares; au bout de sept à huit ans, elles sont peu communes, et vraiment exceptionnelles, nous en convenons, lorsque dix ou douze ans se sont écoulés. Mais aussi les faits de guérison sont tout aussi exceptionnels, et il importe de se demander si l'on n'a pas affaire à des cas de cette catégorie, quand on voit la récidive tarder beaucoup à se produire.

Déjà, il est vrai, dans la discussion de 1844, M. Roux cherchait à réfuter l'objection que M. Robert invoque aujourd'hui, et ne voulait pas qu'on appliquât au cancer le raisonnement bien connu de Condorcet pour la variole. Je ferai remarquer que la comparaison n'est pas très exacte; car il est possible qu'on puisse avoir deux fois la variole ou quelque chose d'analogue, tandis que l'indépendance de deux manifestations cancéreuses éloignées reste à démontrer.

M. Robert revient encore aux difficultés du diagnostic clinique, et l'on reconnaîtra sans peine que si un praticien aussi instruit que lui se trompe, d'autres pourront se tromper. Suivant lui, l'erreur est possible à deux périodes des tumeurs du sein, au commencement et à la fin; — au commencement, quand la mamelle renferme une tumeur petite, mobile, circonscrite, libre d'adhérences à la peau, qui peut tout aussi bien être un encéphaloïde enkysté qu'une tumeur hypertrophique. Dans ces cas, on opère, et le microscope, séance tenante, établit le diagnostic et fait prévoir l'issue de la maladie histologique. Certes, M. Velpeau admettrait difficilement l'utilité de l'intervention, puisqu'il dit dans son livre, page 529 : « On peut donc dire du microscope ce que j'ai dit de la douleur; il n'éclaire rien et n'engendre que doute et incertitude alors qu'on aurait le plus besoin de son concours, c'est-à-dire dans la première période des maladies cancéreuses. »

Les deux chirurgiens cliniciens ne sont pas plus d'accord devant les cas où la maladie est arrivée à sa période ultime. Je suppose que l'on rencontre une femme atteinte d'une tumeur de la mamelle ulcérée à bords renversés, à fond sanieux; la malade est épuisée par la suppuration et les hémorrhagies; si l'on a des idées trop arrêtées sur sa nature et qu'on proclame qu'il s'agit d'un cancer, on n'opérera pas, et la mort ne se fera pas attendre. M. Robert s'est trouvé devant un fait de ce genre; malgré sa grande habileté, il hésita; il supposait bien qu'il s'agissait d'un cancer des plus graves; cependant, il opéra, *et moins confiant ou plus curieux*, dit-il, que son éminent adversaire, il consulta le microscope, qui lui répondit : « Hypertrophie mammaire. » La clinique et les signes extérieurs étaient vaincus cette fois par la lentille, pour le plus grand salut de la patiente, qui survécut à l'opération, et vit encore aujourd'hui, c'est-à-dire cinq ans après.

Ce fait me paraît extrêmement important, car il démontre qu'il convient toujours de se défier un peu de soi-même; certes, je n'approuve pas le *prurigo secandi* contre lequel M. Velpeau s'élève avec raison; mais je dis qu'il pourrait aussi être dangereux de s'en rapporter aveuglément aux caractères extérieurs pour accorder ou refuser l'opération; et d'établir en principe qu'il y a des tumeurs qu'il faut toujours opérer, d'autres auxquelles il ne faut jamais toucher. Si un jeune praticien avait vu la tumeur du sein dont a parlé M. Robert, et que, s'en rapportant à son effroyable aspect, il l'eût déclaré encéphaloïde, il n'aurait rien fait, sans doute, et l'expectation aurait une victime à se reprocher.

On sait qu'à plusieurs reprises, M. Velpeau a dit, en parlant de certaines tumeurs, que, quand bien même tous les microscopes du monde seraient braqués sur elles et déclareraient qu'elles ne sont point cancéreuses, il dirait à son tour que tous les microscopes se trompent. M. Robert a protesté contre cet argument qui accorde encore la prééminence aux caractères extérieurs et cliniques sur les caractères tirés de la structure. Pour raisonner ainsi, il faut admettre que jamais les productions non cancéreuses ne peuvent revêtir les apparences extérieures du cancer, ce qui est fort contestable. J'ai étudié, en effet, plusieurs fois des tumeurs ulcérées du col de l'utérus, et en particulier, cette variété décrite par MM. Robin et Lebert, et qui est due à l'hypertrophie des follicules de la muqueuse du col, avec infiltration de l'épithélium nucléaire, en dehors même des acini hypertrophiés. Or, j'affirme qu'il m'a paru souvent impossible de distinguer à l'œil nu ce tissu pathologique du cancer véritable le moins équivoque. Friabilité du tissu, infiltration diffuse du produit, végétations fongueuses à la périphérie, bords taillés à pic, fond sanieux, tapissé d'un putrilage gangréneux et infect; rien n'y manquait, pas même un suc crémeux très abondant à la coupe. Quelque prévention que j'eusse en faveur de l'existence d'un cancer, qui ne me paraissait pas douteuse, j'ai exploré, et j'ai d'abord été fort surpris de ne point trouver la cellule en question; puis, en examinant, comme le recommande M. Robin, à la périphérie et sur les limites du mal, plus tard, en retrouvant des pièces où les désordres étaient commençants, j'ai pu me convaincre qu'il s'agissait de ce que personne ne confond avec le cancer, c'est-à-dire d'une hypertrophie glandulaire.

Je suppose même un squirrhe des mieux tranchés. Qu'en coûte-t-il donc d'ajouter une preuve à celles qu'on possède déjà? N'y a-t-il pas, au contraire, satisfaction à voir un puis-

(1) Nous partageons d'autant plus volontiers les impressions de l'orateur sur les deux optimistes du cancer, que nous avons parcouru ces jours derniers une série d'élucubrations de Hill rassemblées dans un volume, et pleines d'assertions tout à fait divertissantes.

sant moyen d'investigation corroborer l'opinion qu'on s'est formée ?

Si l'on accepte le microscope dans les cas douteux, il faut l'accepter aussi dans les cas qu'on regarde comme types ; vouloir s'en passer dans ces dernières circonstances, c'est presque avoir l'air de craindre un démenti qui n'a rien de blessant, au contraire, quand on s'est contenté de formuler une opinion réservée.

Jusqu'à nouvel ordre et jusqu'au moment où, suivant les espérances de plusieurs hystologues, le microscope sera devenu superflu, il faut faire passer toutes les tumeurs sous son contrôle; c'est le meilleur moyen, d'ailleurs, d'arriver à faire le plus tôt et le mieux possible l'histoire naturelle du cancer lui-même, sur lequel tout n'est certainement pas dit.

Jugez par un autre exemple combien il importe d'examiner les cas même qui ne laissent pas de doute. Certes, s'il existe une espèce de tumeur douée de caractères extérieurs bien tranchés, c'est l'hypertrophie mammaire ou tumeur adénoïde, mais le tissu glandulaire peut s'hypertrophier notablement autour d'un petit noyau cancéreux, et M. Leblanc nous parlait encore une fois de ces tumeurs mixtes si importantes à connaître ; certes, et la chose est facile à comprendre, il pourrait arriver qu'après l'extirpation même, l'existence du cancer fût méconnue si sa proportion était infime dans la masse générale. La nature bénigne du mal serait prononcée sans hésitation et sans exploration; puis, comme en résumé, la présence de cette cellule cancéreuse est de nature à inspirer des craintes sérieuses (M. Velpeau lui-même, qui n'admet pas sa spécificité, est, je crois, de cet avis?), on concevrait très bien et la repullulation, et la généralisation, et la cachexie, et la mort. De là grand trouble dans les idées légitimement admises de nos jours et mises surtout en lumière par le savant professeur : ou il faudrait admettre que l'hypertrophie glandulaire peut se comporter comme le cancer, et tuer, en se généralisant; ou il faudrait retomber dans l'hypothèse mal établie de la dégénérescence consécutive des tumeurs primitivement bénignes, ou bien enfin supposer que l'opération a été le point de départ de l'invasion de la diathèse cancéreuse.

Ainsi, faute d'avoir examiné assez attentivement une pièce pathologique qui paraissait suffisamment claire, on en serait réduit à adopter une des trois hypothèses précitées, à moins qu'on n'aimât mieux ne rien adopter du tout et laisser perdre un fait très important néanmoins à consigner.

L'histoire des tumeurs mixtes, au double point de vue de la clinique et de l'anatomie pathologique, est à peine ébauchée, et elle me paraît cependant du plus grand intérêt. On ne sait pas exactement si l'existence simultanée de deux éléments anatomiques dans une tumeur, si la prédominance de l'un sur l'autre, si le retentissement plus ou moins marqué sur des organes voisins, modifient la marche, l'évolution, le pronostic des productions accidentelles.

Quelques données acquises à la science montrent cependant tout ce que cette étude pourrait avoir de fécond. Il suffit, en effet, que les granulations du pigment, qui sont normales dans l'œil et la peau, se trouvent combinées chez l'homme à la cellule cancéreuse, pour que la maladie ait un cachet de malignité sans égale; si au contraire dans une tumeur cancéreuse les fibres prédominent beaucoup sur les cellules, la vie se prolonge généralement beaucoup plus. Plus le cancer renferme de vaisseaux, plus en général la mort est rapide, et le *fongus hematodes* des Anglais est presque aussi grave que le cancer mélané.

Quelles inductions tirer aujourd'hui du mélange de l'élément cancéreux avec les cellules fibro-plastiques, épithéliales ou avec les acini hypertrophiés? Aucune, que je sache.

Voyez donc combien le cercle de ces études s'agrandit, et que de nouveaux problèmes surgissent. Je ne pense pas, pour ma part, que de longtemps le microscope rentre dans sa boîte, car plus j'ai de confiance en lui, plus je lui vois d'obligations à remplir. Il nous faudra, dans tous les cas, examiner encore bien des tumeurs types ou douteuses avant de pouvoir dire que notre tâche est remplie.

Je dirais bien d'autres choses que je sais sur les tumeurs mixtes, si je ne me rappelais que dans ce moment j'oublie que je fais un compte rendu.

Je me résume en disant que je ne conçois guère comment on regarde le microscope comme utile dans certains cas et superflu dans d'autres, à moins qu'on ne dise de lui comme le fait un chirurgien de Paris qui a cependant toutes nos sympathies : « Quand le microscope s'accorde avec les données de la clinique, je le crois utile et j'accepte ses renseignements; mais quand il en est autrement, je déclare qu'il se trompe ! »

Je ne sais si c'est présomption de ma part, mais je suis porté à croire que, ne fût-ce que d'hier, le microscope a été utile à M. Velpeau lui-même, en le fixant mieux qu'il ne l'était mardi dernier sur la nature d'une des six tumeurs qu'il a présentées à l'Académie pour éclairer, comme il l'a dit, la discussion, et pour montrer qu'il pouvait presque toujours se passer de l'oculaire et de l'objectif.

Cette fameuse pièce embarrassait beaucoup notre illustre contradicteur, au lit du malade comme à l'amphithéâtre. Deux micrographes avaient donné des avis contraires; mais si deux avis valent mieux qu'un, il est présumable que quatre examens ont plus de valeur encore.— M. Robert, qui avait couru aux renseignements, a fourni une première note de M. Robin, puis une seconde que, de notre côté, et tout à fait séparément, M. Houel et moi avions rédigée après un examen scrupuleux (1). J'ai appris depuis que M. Laboulbène, interne très distingué des hôpitaux et fort habile dans les études histologiques, avait constaté la nature non cancéreuse de la lésion. Il y a une telle coïncidence entre les détails anatomiques que nous avons observés, que si notre témoignage a quelque peu de valeur aux yeux de M. Velpeau, il voudra bien croire que la pièce en question est une variété de tumeur adénoïde, ce qui ferait croire à sa bénignité, qui était encore hypothétique aux yeux du chirurgien de la Charité.

M. Velpeau renoncera sans regret, nous en sommes convaincu, au léger triomphe que lui avait procuré la dissidence momentanée entre ses deux anatomistes consultants, quand nous lui accorderons qu'au reste les micrographes sont fragiles comme toute chose terrestre : comme les médecins, qui ne reconnaissent pas toujours une pneumonie centrale; comme les chirurgiens eux-mêmes, qui ne diagnostiquent pas du premier coup une fracture du col du fémur.

Ici commence, à proprement parler, l'exposé dogmatique des opinions de M. Robert. Et d'abord, dit-il, la discussion de la curabilité du cancer manque de base; car la première chose à faire pour décider si une maladie est curable, c'est de savoir ce qu'est cette maladie, c'est de la définir, en un mot.

Le cancer n'étant pas plus défini aujourd'hui que du temps de Peyrilhe, on a confondu entre elles une foule d'affections ; « Il en résulte qu'au lieu de servir à dénommer une espèce

(1) Cette note, ainsi que celle de M. Robin, a été reproduite textuellement dans le discours de M. Robert.

» pathologique unique, le mot de cancer devient l'attribut » qualificatif d'une classe immense de maladies, devient un » nom de famille au même titre que ceux de sarcocèle, de » tumeurs blanches, qui n'ont pas grande valeur et qu'on ne » prononce plus que par habitude.»

Il faut sortir de cet embarras malheureux, de cette déplorable confusion, de cette classification sans limites. Invoquant les idées toujours grandes de Bichat, M. Robert conclut que, lorsque les caractères physiologiques ne sont pas suffisants, il faut étudier le siége ou la structure. Cette profession de foi, renouvelée de Morgagni, de Pinel, de Bayle, de Laënnec et de tous les anatomo-pathologistes présents et passés, est tellement vraie, tellement simple, qu'on ne peut s'imaginer un instant qu'elle soit même discutée.

Si donc la base des distinctions nosologiques repose sur la connaissance des lésions intimes, si le clinicien doit demander sa route à l'anatomiste, il faut que l'anatomie pathologique montre quels moyens elle a de séparer le cancer des maladies qui le simulent.

A propos de l'insuffisance démontrée du scalpel, M. Robert, qui n'a probablement jamais vu de cancer ressemblant à des navets, à des pommes de terre ou à des champignons, et qui traite avec assez peu d'égards le célèbre cri sous le scalpel, s'élève avec force et raison contre ce glossaire barbare qui encombre la science et qui constitue la synonymie indigeste du cancer.

Après avoir indiqué également que ni l'analyse chimique, ni l'emploi de la vue simple et des procédés d'amphithéâtre, ni même la constatation de la pulpe, ne sont aptes à trancher tous les doutes, il déclare que, dans son esprit, le microscope est actuellement le seul moyen susceptible d'établir des distinctions qui deviennent indispensables.

Il expose alors les principes de l'école moderne, son point de départ, la voie dans laquelle elle marche et les progrès qu'elle a déjà réalisés. C'est la première fois que *publiquement* les tendances des micrographes sont interprétées par un esprit impartial qui n'a pas plus d'intérêt à les défendre qu'à les combattre, mais qui, croyant la cause bonne, expose sans les modifier les principes qui nous guident.

Sans entrer dans les détails spéciaux et dans les descriptions des éléments anatomiques, — car, dit-il, on ne doit pas trop se mêler des choses que l'on n'a pas suffisamment étudiées, — il prend pour démontré ce que personne ne conteste, c'est-à-dire la structure tout à fait dissemblable des tumeurs cancéreuses, épithéliales et fibro-plastiques, puis il cherche si ces différences de structure entraînent des différences dans l'origine, le siége, la marche, les symptômes, la terminaison des maladies correspondantes.

Rentré tout à fait ici sur son terrain de clinicien, M. Robert compare les caractères physiologiques des trois espèces de tumeurs en question, montre que les analogies ne sont point des similitudes, et que la séparation est aussi impérieusement commandée au lit du malade que dans le cabinet de l'anatomiste. Avec des faits choisis, tirés de sa pratique et des auteurs étrangers, M. Robert fait voir que M. Velpeau, indulgent pour le cancer, n'a guère tracé devant l'Académie que le martyrologe des pseudo-cancers, tandis que les tumeurs fibroplastiques et épithéliales sont réellement susceptibles de guérisons nombreuses et radicales.

L'orateur s'élève avec force contre l'argument qui consiste à dire que, si le malade doit mourir, peu lui importe que ce soit d'un pseudo-cancer ou d'un cancer vrai, avec des cellules fusiformes ou des noyaux cancéreux. Nous trouvons, en effet, un semblable raisonnement peu scientifique, et, à la rigueur, nous pourrions, à ceux mêmes qui persistent à confondre tout ce que nous cherchons à distinguer, adresser la question suivante : Si vous aviez une tumeur en quelque endroit, et qu'elle fût extirpée, vous serait-il indifférent qu'elle fût mélanique, encéphaloïde, ou bien fibro-plastique, ou épidermique ? et, lorsque arriverait, je suppose, la seconde récidive, dans quel cas votre vie serait-elle plus menacée ?

Si l'on prenait au sérieux un pareil argument, il faudrait tout simplement supprimer les deux tiers de la pathologie, et surtout la plupart des travaux publiés depuis quarante ans.

Qu'importe donc à un malade qui meurt, de mourir d'une pleurésie ou d'une pneumonie ? Qu'importe à celui qui porte un abcès par congestion, qu'on se soit amusé à décrire une carie, une ostéite, une nécrose, des tubercules du rachis ? N'est-il pas bien égal à un malheureux qui succombe aux suites d'une amputation de mourir de tétanos ou de diathèse purulente ? Et si diathèse il y a, j'estime qu'il ne se soucie guère des belles recherches et des opinions célèbres de Maréchal, de Blandin, de MM. Bérard, Velpeau, Tessier, Cruveilhier, etc., etc.

J'entendais dire que les caractères différentiels invoqués par M. Robert étaient subtils : *de minimis curatur*, disait-on. J'ai renvoyé ces gens-là à la page 482 du livre de M. Velpeau, qui, luttant en 1826 contre les doctrines de l'époque, soutenait que les différences, quelquefois si légères en apparence, qui existent entre les tumeurs, expliqueraient sans doute les résultats si opposés obtenus par des praticiens également instruits et recommandables. Nous trouvons, dans le même paragraphe, la phrase si remarquable qui suit : « N'est-ce » pas dans les nuances qu'on trouve l'explication de la diver» sité d'opinions qui règne encore parmi les chirurgiens sur » l'utilité ou les dangers de l'ablation de ces tumeurs, sur la » possibilité de les guérir radicalement ? » M. Velpeau, depuis cette époque, a cherché les nuances ; il en a trouvé beaucoup et des plus utiles. Que faisons-nous donc, si ce n'est d'en chercher aussi, et de plus précises, et de moins faillibles ? Et pourquoi sommes-nous, aux yeux de M. Velpeau, des novateurs imprudents, comme sans doute il l'était lui-même pour les cliniciens de l'école physiologique ?

Nous ne faisons que signaler en passant, car nous comptons y revenir plus tard, une argumentation plaisante, au moyen de laquelle M. Robert aurait pu prouver que M. Velpeau, pas plus que bien d'autres, n'avait guéri de cancer. Ce dernier chirurgien, en effet, a dit bien des fois : « La cellule cancé» reuse n'est pas l'élément spécifique du cancer, car elle se » trouve dans des tumeurs qui n'étaient pas cancéreuses. » — Qui prouve, dit M. Robert, qu'elles n'étaient pas cancéreuses ? C'est, réplique-t-on, parce qu'elles n'ont pas récidivé après l'opération. Toute production qui ne récidive pas après l'extirpation ne serait-elle donc jamais cancéreuse, quand bien même elle renfermerait des myriades de cellules en question ? S'il en est ainsi, les cas de guérison invoqués par M. Velpeau, alors même que les tumeurs possédaient ce caractère important, ne s'appliqueraient donc pas à des cancers vrais, et alors il ne faudrait pas s'en prévaloir, puisqu'on avait affaire à des tumeurs de bonne nature. Je ne sache pas, d'ailleurs, que personne ait jamais dit, comme M. Velpeau paraît le croire, que la présence de la cellule cancéreuse rendait la mort inévitable. Qui oserait donc ainsi engager l'avenir ? qui se permettrait de dire, en parlant d'une maladie : « Elle tuera toujours, *nunc et in secula seculorum ?* » Les micrographes ont dit seulement : « Nous n'avons pas encore

vu guérir de cancer vrai, ou les observations qu'on donne comme des exemples de cure radicale ne sont ni assez probantes, ni assez anciennes.» Mais il n'est pas un des fauteurs de la doctrine histologique qui ne s'empresserait d'accueillir les faits rigoureusement probants, et qui ne serait même fort satisfait de connaître un remède contre une maladie trop commune et, par aventure, capable de faire invasion dans son propre organisme. On nous fait réellement plus pessimistes que nous ne le sommes.

Continuant l'exposé clinique, M. Robert a renoué heureusement les données fournies par l'observation, et la méthode naturelle qu'il a prise pour point de départ; il a montré qu'avec des structures bien différentes, les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques peuvent parfois, comme le cancer, être *malignes*, c'est-à-dire récidiver, repulluler, se généraliser, infecter, et enfin causer la mort.

De cette façon, tout le monde est d'accord ; car il faut dire qu'une des causes principales de la mésintelligence qui existe entre les traditions cliniques et les doctrines nouvelles, c'est le rapprochement malencontreux qu'on établit entre la bénignité absolue et l'homœomorphisme, la malignité absolue et l'hétéromorphisme. Or, qu'on nous permette ici une légère digression.

Malignité et *bénignité* sont deux mots qu'il faut conserver avec soin dans la science et dans la pratique pour qualifier les différences très notables que la même maladie peut présenter dans sa marche, dans son pronostic, et il faut en tenir grand compte dans le traitement.

Mais, en revanche, ces deux mots n'ont rien à faire dans l'édification des cadres nosologiques, sans quoi il n'y aurait qu'à dresser pour toute classification un court tableau indiquant les maladies qui tuent toujours, qui tuent souvent, qui ne tuent que rarement ou jamais; et encore, à peine existerait-il une seule affection qui, dans certaines conditions, ne fût exposée à passer d'une catégorie dans une autre.

La malignité et la bénignité appartiennent à l'immense majorité des maladies, dans des proportions diverses et avec des nuances presque infinies : la variole, la rougeole, etc., etc., sont malignes ou bénignes, suivant les années, les climats, les saisons, etc. C'est un *génie particulier*, comme disaient les médecins anciens, qui détermine le caractère plus ou moins funeste d'une épidémie.

La syphilis, la scrofule, et la plupart des affections organiques peuvent même reconnaître ces deux manières d'être, et les produits accidentels ne font pas exception.

Nous savons très bien que des tumeurs épithéliales, érectiles, que des maladies des os, des glandes, peuvent être malignes, et nous ne répugnons pas à admettre, en principe, que le cancer peut être bénin, puisque nous nous efforçons d'en chercher la preuve authentique.

Ainsi, il est bien entendu que l'un ou l'autre de ces deux états pouvant appartenir à la même espèce morbide, ne peut servir à lui assigner une place rigoureuse ; nous devons même avouer que nous ne savons pas toujours quelles sont les conditions qui prédisposent à la malignité et à la bénignité.

Depuis que les expressions de *produits hétéromorphes* et *homœomorphes* ont été proposées pour distinguer les éléments anatomiques normaux plus ou moins altérés, des éléments sans analogues dans l'économie, personne de nous n'a songé à dire que la présence des derniers, par exemple, annonçait toujours la malignité. Qui ignore que le pus est hétéromorphe, et que son apparition n'indique souvent aucun danger? Mais pour montrer que les maladies caractérisées par l'hétéromorphisme sont soumises aux mêmes lois que toutes les autres, il suffit de rappeler que la pyogénie essentiellement bénigne dans les plaies simples et peu étendues, dans le panaris, dans l'ecthyma, devient maligne par excellence dans les cas d'abcès multiple, dans l'infection purulente, dans l'état puerpéral. Ainsi, encore une fois, si quelqu'un commet la confusion dont nous voyons tous les jours des symptômes, ce n'est pas nous; et si quelqu'un nous l'attribue, qu'il se détrompe. C'est au clinicien et nullement à l'anatomiste, armé ou non du microscope, qu'il convient de faire le pronostic, comme c'est l'anatomie qui a le pas sur la pratique en matière de classification.

Une autre confusion presque aussi fâcheuse est de confondre la malignité et la bénignité avec la possibilité ou l'impossibilité de causer la mort. Le goître est une maladie bénigne qui peut tuer en asphyxiant, et les polypes fibreux du pharynx, qu'on ne doit considérer que comme entachés d'une médiocre dose de malignité, finissent presque toujours par faire périr, ou mécaniquement, ou par suite des hémorrhagies, des inflammations de voisinage, de la suppuration fétide avalée par le malade, etc.

Nous aurions bien à discuter aussi sur le mot *cachexie;* mais nous nous apercevons que notre plume a été bien prolixe aujourd'hui, et que nous serons obligé même de renvoyer au prochain numéro les quelques mots que nous avons à dire sur les discours brefs de MM. Leblanc et Barth, sur les nouvelles tumeurs apportées par M. Velpeau.

Nous ne terminerons pas cependant sans dire que M. Robert, après avoir établi que le microscope avait, entre autres services, constitué la classe si intéressante et si étendue des hypertrophies glandulaires, a opposé à la conviction si formelle de M. Velpeau en ce qui touche les instruments grossissants, la conclusion suivante : « Appliqué depuis peu » d'années seulement à l'anatomie pathologique, le micros- » cope a produit déjà d'heureux résultats. La jeune école » est donc dans une bonne voie; il faut qu'elle y persiste et » qu'elle y marche résolûment : chaque jour aura son pro- » grès. »

AR. VERNEUIL,
Agrégé à la Faculté de médecine.

Si, en rendant compte de la thèse inaugurale de M. Duchaussoy (n° 49), nous n'avons fait que très peu intervenir le nom de M. Vernois, son chef de service, ce n'est pas que nous ignorions que le médecin de l'hôpital Necker avait inspiré et dirigé toutes les expériences. Mais il nous a semblé que la critique, celle surtout qui croit devoir faire ses réserves, est tenue de s'adresser uniquement à la signature, sous peine de déplacer mal à propos la responsabilité. Notre honoré et distingué confrère ne l'aura pas compris autrement.

Depuis cette époque, M. Vernois a donné lui-même, dans la presse, des renseignements sur les expériences et sur les résultats obtenus ; et le compte rendu, tout récemment publié, d'une séance de la *Société médicale des hôpitaux de Paris* nous apprend que, le 23 août, dans la discussion soulevée par le travail de M. Hérard (voy. notre n° 49), il a exposé devant la Société l'ensemble des faits reproduits plus tard par son élève. Nous désirons constater que de ce débat la question est sortie à peu près telle que nous l'avions posée nous-même.

M. Vernois prouve péremptoirement que, dans le choléra

algide, l'absorption est gravement enrayée. Va-t-il jusqu'à dire, avec M. Duchaussoy, qu'elle est en général *perdue*, et ne persiste, même à un très faible degré, que dans un très petit nombre de cas? Cette opinion ne ressort pas précisément des paroles de M. Vernois, et nous nous félicitons d'autant plus de ne la lui avoir pas attribuée. Quoi qu'il en soit, la question peut être examinée à deux points de vue : 1° la faculté d'absorber est-elle perdue chez les cholériques algides? C'est le point de vue physiologique; 2° dans le cas où elle ne le serait pas entièrement, l'est-elle assez pour mettre obstacle à l'action de tous les médicaments sans exception? C'est le point de vue clinique.

La *physiologie* ne permet pas aisément d'admettre l'entière abolition de la faculté d'absorption chez des cholériques dont on peut encore tâter le pouls; qui absorbent encore de l'oxygène longtemps après que les extrémités sont devenues bleues et froides; qui sécrètent de l'urine, comme on l'a vu assez fréquemment dans la dernière épidémie? L'absence des phénomènes physiologiques que déterminent d'ordinaire les substances ingérées, la strychnine, l'iode, la belladone, etc., atteste bien que l'absorption est au moins très faible; mais la chimie seule, qui peut saisir et déceler des atomes, serait en état d'affirmer que l'absorption est anéantie. Voilà ce que nous disions dans notre précédent article; voilà ce qu'on peut encore répéter après la discussion de la *Société des hôpitaux*, où ce *desideratum* n'a pas été signalé. Et nous persistons à croire qu'il y avait moyen d'instituer sur ce point des expériences chimiques qui conduiraient à une solution certaine.

Cliniquement, il est démontré aujourd'hui que, dans beaucoup de cas, l'absorption de certaines substances fréquemment employées dans le choléra algide est, au moins, assez faible pour rendre nulle l'action thérapeutique. Voilà le grand service rendu par les recherches de M. Vernois. Il en résulte cette indication capitale, signalée particulièrement par M. Aran, que, l'algidité une fois établie, il faut agir principalement par les moyens capables de provoquer une secousse, comme les vomitifs, et par les applications extérieures, telles que vésicatoires, frictions, urtication, etc. M. Vernois lui-même, dans une lettre adressée à la Gazette des hôpitaux, n'a pas oublié de recommander les agents émétiques comme propres à déblayer la muqueuse gastrique des couches muqueuses qui embarrassent les voies absorbantes.

Donc, pas de doute sur ce point : l'absorption a été presque nulle, sinon abolie, dans les expériences de l'hôpital Necker. Mais il faut prendre garde d'exagérer ce résultat, et c'est sur ce point seulement que notre critique porte et a toujours porté.

Et d'abord, parmi les médicaments mêmes qui ont été expérimentés, il en est qu'on a vus ailleurs produire des effets physiologiques. Nous avons rappelé, en temps et lieu, un cas où le sulfate de strychnine, *administré pendant la cyanose*, a donné lieu, *deux heures avant le début de la réaction*, à la rigidité du cou. Ce fait pourra être contesté, la rigidité du cou n'étant pas toujours facile à mettre en évidence. Mais M. Requin l'a dit avec raison, le moment où l'absorption s'arrête ne peut pas être fixé; et c'en est assez pour donner une attention sérieuse à des caractères apparents d'intoxication. Il nous paraîtra toujours prudent, même dans l'algidité la mieux caractérisée, de procéder avec une certaine mesure dans l'administration des agents toxiques.

En second lieu, certaines substances paraissent susceptibles d'absorption, alors que d'autres sont gardées par les tissus. L'alcool, administré par la bouche, communique assez souvent une odeur caractéristique à l'air expiré. M. Vigla en a fait l'observation, qui nous semble parfaitement exacte, et qui, en même temps, est d'une grande importance pratique; car les alcooliques, on le sait, sont une précieuse ressource dans le choléra. Si les voies de l'absorption ne se ferment qu'à la dernière extrémité, ils peuvent, après y avoir pénétré en petite quantité, les rouvrir peu à peu en ranimant les fonctions nerveuses et le mouvement circulatoire, et permettre ainsi de faire passer après eux des agents qui eussent été repoussés tout d'abord.

En résumé, les expériences de M. Vernois ouvrent une belle perspective; elles ont seulement besoin d'être étendues et variées, pour donner aux conséquences cliniques à en tirer toute l'autorité et toute la précision désirables.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Considérations pour servir a l'histoire du bouton d'Alep, par M. le docteur Rigler, traduites de l'allemand par MM. les docteurs Mühlig et Hübsch, médecins des hôpitaux à Constantinople.

M. le docteur Rigler, professeur de clinique médicale à l'École impériale de médecine de Constantinople, connu par plusieurs travaux importants sur les maladies de l'Orient, a fait paraître dans la *Gazette médicale hebdomadaire de Vienne*, numéros 28 et 29 (1854) un article sur le bouton d'Alep, dans lequel il conteste plusieurs des assertions émises récemment sur la même affection par M. le docteur Villemin. Dans un article de la *Gazette médicale de Paris* (1854, nos 30 et suivants), nous avons exprimé le plaisir que nous aurions eu à voir élucider cette question d'une manière utile à la science par notre honorable confrère. Nous sommes peinés d'avouer que notre espoir a été déçu, et que le mémoire publié par M. Villemin laisse beaucoup à désirer. Franchement nous nous attendions à mieux que cela. L'attention de l'Europe étant dans ce moment fixée sur l'Orient, nous croyons utile de placer sous les yeux du lecteur les réfutations que le professeur Rigler a cru devoir lui faire, afin d'ouvrir la voie à des recherches ultérieures avantageuses aux progrès de la science.

Mühlig et Hübsch.

La place que j'occupe (c'est M. le docteur Rigler qui parle) depuis douze ans dans la capitale de la Turquie, l'étendue de ma pratique civile, m'ont offert si souvent l'occasion de suivre dans tous ses développements et dans toutes ses phases cette affection intéressante connue sous le nom de bouton d'Alep, que je puis avoir la conscience d'en avoir tracé, dans mon ouvrage sur la Turquie et ses habitants, un tableau fidèle. Loin de croire que j'ai atteint la perfection dans la description pathologique du bouton d'Alep, je suis plutôt d'avis qu'il reste encore beaucoup de points à élucider, et je serai toujours prêt à accepter des observations justes livrées à la publicité par des hommes de mérite.

La *Gazette médicale de Paris* nous donne, dans ses numéros 14, 16 et 17 de cette année, un article sur le bouton d'Alep par M. le docteur Villemin. La position qu'il occupait jadis comme médecin sanitaire du gouvernement français en Syrie et en Égypte, un voyage qu'il entreprit jusqu'à Alep, justifient ce travail. Je m'attendais d'autant plus à trouver de nouvelles lumières sur cette affection, qu'il prétend, avec une fière estime de lui-même, que nul avant lui n'avait bien saisi le sujet, et que toutes mes opinions sont erronées.

M. le docteur Villemin s'imagine qu'on ne peut étudier le bouton

d'Alep qu'à Alep même. Le mouvement de troupes des années 1842 et 1843, après la paix conclue avec l'Égypte m'offrit l'occasion d'en recueillir plus de 50 cas, chiffre augmenté depuis considérablement par suite de l'émigration de plusieurs familles aleppines pendant l'époque de la terreur dans cette ville (1850), par suite aussi d'un voyage que je fis à Brousse (en Asie Mineure, au pied de l'Olympe de Mysie), où l'on observe fréquemment ce bouton; et enfin par le mouvement de la clinique de l'École.

La partie historique, d'abord, de l'article de M. Villemin, est défectueuse, en ce sens qu'il oublie de mentionner le rapport intéressant que le docteur Grösschl présenta à la cinquième Assemblée scientifique des médecins militaires, sur un voyage qu'il effectua à Alep. (*Journal hebdomadaire médical de Vienne*, 1853, numéros 19 et 20.)

L'auteur traite, dans le second chapitre, de la géographie médicale du bouton d'Alep. Ce n'est qu'une reproduction fidèle de ce qui a été déjà dit par Kussell, Bo, Alibert, Guilhon, Rayer, Cazenave, Hebra, Pruner, Raffalovich, Eder, Gröschl et moi-même; seulement, il n'admet pas la présence du bouton d'Alep au Caire et à Suez, comme le prétend Pruner. Les professeurs Reyer et Lautner seraient à même d'éclaircir ce point; il ne s'agit pas, naturellement, de savoir si l'on y rencontre ce mal sur des personnes venues d'Alep, mais bien si le bouton y est endémique ou non.

M. Villemin serait d'avis de désigner cette maladie sous le nom de *tubercule oriental*. Quoique le nom d'une maladie soit peu important pourvu qu'on y attache une idée juste et basée sur l'état anatomique, cependant le nom de *tubercule oriental* est défectueux, d'abord parce qu'on rencontre une affection de même nature en Hongrie, appelée *Pokolvar*, et parmi les peuples nomades du nord, sous le nom de anthrax de la *Libirie* (Jaswa), puis à cause des caractères anatomiques. Ainsi le bouton d'Alep consiste en un dépôt circonscrit de plasma dans le tissu cellulaire sous-cutané; lequel plasma par suite d'un travail inflammatoire chronique, se transformant en pus ou en liquide sanieux, aboutit à une cicatrice le plus souvent encavée, lacuneuse, dure, rayonnée, qui, rouge d'abord, devient plus tard blanche et luisante, et ne présente que très rarement quelques traces de pigment sur ses bords. Or, comme on comprend sous le nom de tubercule cutané une tumeur exactement limitée, le plus souvent peu douloureuse, d'une résistance considérable, de couleur variée et d'une forme tantôt ronde, tantôt allongée; tumeur formée du dépôt d'un produit d'exsudation dans un follicule ou autour de lui, qui tantôt suppure, tantôt est résorbé; il ne me paraît pas convenable d'adopter le nom de tubercule pour le bouton d'Alep; car celui-ci naît dans le tissu cellulaire sous-cutané; d'abord limité dans son volume, il peut atteindre sur la face le diamètre de 5 centimètres, et enfin subit toujours le ramollissement et se transforme en ulcère. A part donc les furoncles à la suite de la suppuration des follicules cutanés, les affections tuberculeuses ne comprennent que l'éléphantiasis des Grecs (*Spedalskhed*) et quelques formes syphilitiques, telles que le lupus. J'aimerais mieux comparer le bouton d'Alep à l'anthrax, d'après le professeur Hébra (de Vienne); cependant encore ici nous rencontrons des signes distinctifs bien dessinés, tels que la localisation du bouton d'Alep à la joue et aux ailes du nez, son caractère endémique, son apparition dans le bas âge, l'immunité constante qu'en acquièrent les individus une fois atteints, et enfin sa marche chronique.

M. Villemin prétend, dans le troisième chapitre, que tous les indigènes, sans exception, sont atteints de ce bouton. En parlant, dans mon ouvrage, de la rareté de l'immunité des Aleppins, je faisais allusion à deux garçons âgés, l'un de onze, l'autre de quatorze ans, venus à Constantinople pour leur éducation sans avoir aucune trace de cette affection. Il est donc bien hardi de vouloir établir, après un séjour aussi court que celui de M. Villemin à Alep, une loi pathologique qui n'admette aucune exception.

L'auteur est d'opinion que cette maladie ne peut pas se développer à tout âge. L'expérience journalière nous démontre le contraire. Le bouton d'Alep se montre rarement avant l'âge de dix ans chez les Aleppins; mais quant aux étrangers, ils y sont exposés à tout âge indistinctement. Gröschl a vu à Alep un enfant de dix mois qui avait le bouton sur l'aile gauche du nez; et moi j'ai vu depuis peu un employé turc âgé de soixante-deux ans, revenant d'Alep, porteur de huit boutons aux extrémités et deux à la région du sacrum. La plupart des cas que j'ai observés, soit chez des Européens, soit chez des soldats turcs recrutés à Alep, à Mossoul, au Diarbékir, à Bagdad et à Brousse, se trouvent, sous le rapport de l'âge, entre ces deux limites extrêmes. Si, d'un côté, des étrangers peuvent habiter les pays sus-mentionnés durant plusieurs années impunément, ceux qui sont destinés à en être affectés présenteront le bouton bientôt après leur arrivée; chez la plupart il se développe durant les premiers dix mois, qu'ils y soient restés pendant ce laps de temps ou qu'ils s'en soient éloignés après un séjour de six à huit semaines; dans ce dernier cas, il est rare que l'apparition du bouton soit retardée jusqu'à un an, quoique l'on en compte quelques exemples. M. Villemin répète ce fait déjà connu; mais il a la bonhomie d'ajouter foi à cette fable qu'il a entendue raconter par les Levantins, amants du merveilleux, à savoir, qu'un homme fut atteint du bouton d'Alep *trente-cinq ans* après son départ de cette ville.

Dans le quatrième chapitre, M. Villemin considère le tempérament lymphatique comme le plus prédisposé à cette affection. C'est aussi mon opinion; mais je m'étonne qu'il y ajoute la diathèse syphilitique, car il est connu que toute solution de continuité, chez des vénériens, engendre une empreinte spécifique, de sorte qu'on ne peut admettre aucun rapport entre la syphilis et le bouton d'Alep.

Le cinquième chapitre est consacré à la description du bouton et à sa marche. M. Villemin conteste la fièvre au début. Il est vrai qu'il n'y a pas de réaction dans les premiers jours, et qu'elle ne devient jamais très forte; cependant elle apparaît et disparaît, pour reparaître encore seulement vers le soir, à mesure que l'exsudation plastique fait des progrès; elle est surtout prononcée chez les individus sensibles, si l'éruption est multiple, comme l'auteur l'avoue lui-même (page 229). Il va sans dire que la fièvre peut faire défaut tout à fait chez des individus flasques, et quand la localisation est très circonscrite, comme c'est d'ailleurs le cas dans toutes les maladies. Voici la description du bouton d'Alep, telle que je l'ai consignée dans mon ouvrage : « On voit à l'endroit affecté les signes de l'infiltration inflammatoire, tels qu'on les rencontre dans l'anthrax à son début, avec la différence que les douleurs sont plus modérées, à l'exception des endroits où un tiraillement continuel, suite des mouvements, est inévitable, comme cela a lieu dans les articulations. Après un laps de temps plus ou moins long, les symptômes deviennent plus prononcés; la tumeur augmente visiblement de volume; elle est moins résistante au toucher, d'un rouge plus foncé, entourée d'une rougeur érysipélateuse; elle est plus chaude et plus sensible. Bref, le tableau symptomatologique indique que l'exsudation a subi la suppuration, qui se manifeste d'abord très lente et tout à fait superficielle. Quand le liquide, qui ne présente le plus souvent que peu de plasticité, s'est frayé une voie au dehors, alors les symptômes sus-mentionnés diminuent, les ouvertures se rétrécissent et se ferment pour s'ouvrir de nouveau après quelques jours, jusqu'à ce que la peau des alentours soit détruite par suite des progrès de la suppuration, et que le travail morbide interne soit mis à jour. Cet ulcère est formé par un dépôt s'étendant en profondeur sous forme conique; il est modifié surtout par l'état de l'individu, sa crase particulière, etc. La sécrétion donne des croûtes que le manque de soins et de propreté laisse accumuler jusqu'à une hauteur considérable. Quand le ramollissement du plasma est achevé, les bords déchiquetés de la peau s'appliquent aux granulations, qui dans l'intervalle sont arrivées au niveau de la peau, et après une perte réitérée du nouvel épiderme, la maladie se termine par la formation de la cicatrice déjà décrite.

M. Villemin n'a rien ajouté dans son tableau descriptif à ce que ses devanciers avaient dit avant lui; il note seulement que le fond de l'ulcère est lisse, et que ses bords sont garnis de petites proéminences tuberculeuses. Il se contredit pourtant à plusieurs reprises dans les histoires des maladies qu'il décrit dans les pages 229 et 232 (*Gazette médicale de Paris*). Je ne mets pas en doute cette observation de M. Villemin; mais si l'on prend en considération que des ulcères de nature identique peuvent présenter des formes diverses sur le même individu, et que des ulcères de nature

tout à fait différente se ressemblent souvent quant à la forme et la qualité de leur fond, de leurs bords, de leur sécrétion, on aura trouvé facilement la clef de cette contradiction. Les irritations mécaniques et chimiques auxquelles les ulcères des parties extérieures sont exposés font que leur forme varie plus souvent que celles des ulcères des parties internes du corps.

M. Villemin prétend que des maladies intercurrentes ne modifient pas le cours du bouton d'Alep. Je proteste contre cette opinion. Je citerai à ce sujet un Albanais âgé de vingt ans, qui, de retour de la Syrie porteur d'un bouton d'Alep depuis six mois, fut attaqué de variole; or la première éruption eut lieu près du bouton, et elle eut une telle influence sur ce dernier, qu'il parcourut rapidement la période suppurative et se trouva guéri vers la septième semaine.

Le sixième chapitre, relatif au siége du bouton, ne renferme que des choses depuis longtemps connues, comme, par exemple, que le siége de prédilection est la face et les extrémités; qu'il est plus grave dans le premier cas que dans le second; qu'il se localise, chez les étrangers, le plus souvent seulement aux extrémités inférieures, tandis que chez les indigènes il peut occuper indistinctement les deux siéges. Il y a pourtant quelques exceptions à cette règle. D'après M. Villemin, le côté de l'extension des extrémités peut seul être atteint. M. le docteur Gröschl a observé, sur l'interprète de la commission militaire, un bouton qui s'est développé, après son retour à Vienne, sur le côté de la flexion du carpe. Quant à la face, M. Villemin énumère, comme endroits de prédilection, la joue, les ailes du nez, la paupière supérieure et le front; il aurait dû ajouter la région maxillaire et le conduit auditif externe.

M. le docteur Villemin considère aussi le tissu cellulaire sous-cutané comme siége primitif de l'affection. Quant au nombre des boutons, M. Gröschl en compta, chez un Français, dix-sept grands et plusieurs petits. J'en ai moi-même compté jusqu'à cinquante sur le même individu. M. Villemin semble ne pas croire à une éruption aussi riche.

Les dix cas dont il donne l'historique ne présentent rien de nouveau, rien qui ne se trouve déjà dans sa description de la maladie.

Le huitième chapitre traite des formes diverses que peut offrir le bouton d'Alep à l'état d'ulcération. M. Villemin affirme qu'il n'est point d'affection cutanée à laquelle il ne puisse ressembler. Ainsi, par exemple, on peut parfois le confondre avec l'herpès, l'impétigo, l'ecthyma, l'eczéma, l'acné, le lupus, des éruptions syphilitiques pustuleuses et tuberculeuses, voire même le cancer épithélial. Quant à moi, je ne saurais voir aucune analogie avec les affections en question; le siége particulier de la maladie et les renseignements que nous possédons sur son début et sa marche ne permettent aucun doute à cet égard. Si l'on peut confondre cette affection avec quelque autre, ce sera plutôt avec le lupus, dans le cas où plusieurs boutons ont leur siége sur la face, sur les ailes du nez, quoique, même dans ces cas, les particularités sus-mentionnées soient plus que suffisantes pour établir un diagnostic différentiel. La syphilis peut coexister avec le bouton d'Alep; mais elle lui imprime alors sa forme, de façon que le bouton perdra son caractère primitif, l'ulcère se nettoiera, quand la dyscrasie syphilitique aura disparu. Une pareille combinaison sera aisément reconnue. Je ne puis nullement concevoir la ressemblance du bouton avec le cancer épithélial et avec les autres affections qui peuvent être concomitantes par suite de quelque cause mécanique ou chimique.

Le neuvième chapitre traite de la durée de la maladie. Les Turcs et les Arabes lui ont donné le nom de bouton d'un an (*yil tchibani*) parce qu'il lui faut ordinairement dix à douze mois pour parcourir toutes les phases de son évolution. Il en est de même du bouton de Bagdad, d'Orfa, du Diarbékir, etc., qui est de nature identique. Pourtant, on voit la durée et l'intensité varier souvent, selon la constitution de l'individu affecté. C'est ainsi que je me rends compte de la divergence d'opinion sur ce sujet de MM. Pruner et Gröschl, le premier prétendant que l'affection est plus intense à Alep, tandis que le second la considère comme plus grave à Bagdad. Depuis la publication de mon ouvrage, j'ai vu deux cas dans lesquels le mouvement morbide ne s'était pas épuisé dans l'espace d'un an, mais s'était prolongé pendant deux ans et demi jusqu'à trois ans; de façon qu'aux environs de la localisation primitive, subsistant depuis trois ou quatre mois, se formaient plusieurs nouvelles éruptions tout à fait identiques avec les premières au début, qui en différaient seulement par une moindre extension, et terminaient leur cours en sept à huit mois. Cette nouvelle éruption se répéta ainsi deux fois chez l'un de mes malades (un Turc âgé de vingt ans, de constitution scrofuleuse, qui avait séjourné dix-huit mois à Bagdad), et trois fois chez un autre (un militaire âgé, adonné aux boissons, qui après un séjour de deux ans dans la même ville était venu à Constantinople). On considère, à Alep, ces phénomènes consécutifs comme produits par la morsure d'un cloporte appartenant à la classe des isopodes. Fable tout à fait orientale, que M. Villemin se donne la peine de réfuter! Déjà M. le docteur Russel (*Hist. natur. d'Alep et de ses environs*, chap. IV) rapproche cette éruption de l'affection primitive. M. Villemin cite le cas d'un *Aleppin* chez lequel le bouton d'Alep se prolongea jusqu'à *cinq ans*. Une pareille durée n'est possible que moyennant ces éruptions successives; ce qui nous fournit une preuve de plus en faveur de l'affinité du bouton d'Alep avec l'anthrax. Au mois de janvier 1848, je vis se développer sur la première phalange du petit doigt de la main droite, du côté de l'extension, un charbon de 1 *centimètre* à peu près de diamètre, qui, ouvert par une incision en *croix*, suivit son cours régulier. Il paraît pourtant que, cet endroit ayant été exposé, à plusieurs reprises, à des irritations mécaniques, l'exsudation y déposée ne fut pas expulsée en totalité, de sorte que la cicatrice qui en résulta après dix semaines conserva de la rougeur, de la dureté, et une excessive sensibilité. Quarante jours plus tard, un second charbon plus petit de moitié parut sur la face dorsale de l'extrémité supérieure de l'os métacarpien correspondant, suivit une marche très lente, et ne guérit qu'au bout de trois mois; en attendant, la sensation douloureuse de la partie primitivement affectée disparut, et la cicatrice prit un aspect normal. Après la guérison de cette seconde éruption, un troisième charbon, de la même grandeur que le dernier, se développa sur le côté cubital du même métacarpien, et, malgré les soins les plus assidus, ne put guérir qu'au bout de sept semaines. On pourrait donc soutenir que des éruptions secondaires de cette nature apparaissent aux alentours de l'affection primitive, quand le cours de cette affection est entravé par quelque agent local ou général, et qu'ainsi la maladie peut se prolonger à l'infini. Tout le monde sait que l'anthrax provoque souvent des éruptions secondaires autour de lui. M. Villemin ne nie pas le fait; mais il lui donne une autre interprétation qui tend à renverser la loi en vertu de laquelle le bouton ne se manifeste qu'une seule fois sur le même individu. Un mouvement morbide doit être épuisé complétement, pour qu'on puisse admettre que la réapparition de ses symptômes dénote un second envahissement. Ainsi on parle souvent de récidives de pneumonie, de pleurésie, d'endo-péricardite, de catarrhe gastro-intestinal, de typhus, de dysentérie, de maladie de Bright, lorsque ce n'est que la recrudescence inattendue des symptômes, qui n'est produite que par la continuation de la maladie originaire. M. Villemin cite (page 253) deux malades chez lesquels la seconde éruption n'eut lieu, selon lui, que plusieurs années après la première. Il est étonnant qu'un auteur sérieux pousse la crédulité si loin; car, dans un séjour d'*un seul mois* à Alep, il ne peut pas avoir recueilli des observations qui exigent naturellement des années; tandis que M. Gröschl, dans un laps de temps double, n'a rien vu de pareil, et persiste à croire que le bouton d'Alep ne se développe qu'une seule fois dans la vie, mais que sa durée peut être longue par suite du mauvais état de la constitution.

Les habitants de l'Asie Mineure prétendent tous qu'un individu attaqué du bouton à Bagdad perd la susceptibilité d'infection s'il se transporte à Alep. M. le docteur Gröschl dit: Pour dissiper tous les doutes sur l'identité des boutons de ces deux contrées, il suffit de savoir que le bouton d'Alep garantit contre celui de Bagdad, et *vice versâ*. M. Villemin cite trois cas qui tendent à prouver le contraire; et cependant ces deux médecins ont puisé à la même source. L'ambition de faire de nouvelles découvertes a malheureusement causé déjà mainte erreur en médecine.

Au chapitre du pronostic, M. Villemin ne nous apprend rien de

nouveau; il répète ce qu'ont dit ses devanciers. L'auteur a essayé, mais en vain, de soulever le voile qui enveloppe encore l'étiologie du bouton d'Alep; il partage l'opinion de Volney, soutenue par Kussel et Guilhon, qui regardent l'eau de la rivière *Coïk* et des canaux qu'elle alimente comme la cause de cette maladie. Cette opinion se fonde sur la fréquence du bouton parmi les habitants d'Alep et de ses environs, tels qu'Autaf, Chek-Saïd, qui font usage de cette eau. Nous voyons cependant les villages de Beilan, d'Ansary et de Bellarhamon, marqués sur la carte de Guilhon en rouge, qui semblent faire exception à cette loi. M. Villemin avoue que le bouton y est rare, et croit que c'est à cause de la précaution qu'ont les habitants de s'abstenir de boire de cette eau et de lui préférer celle des fontaines ou des pluies; et il ajoute aussi que les malades ne se rencontrent que parmi ceux qui fréquentent la ville d'Alep. Pour quiconque connaît les Orientaux, qui regardent comme un crime de chercher à éviter le sort que la Providence leur a créé, et par conséquent ne prennent de précautions d'aucune espèce, cette opinion de M. Villemin demeurera sans valeur aucune; et comme le bouton d'Alep attaque les enfants en bas âge, on ne peut pas admettre non plus qu'ils aient contracté la maladie à Alep, qu'ils n'ont jamais vue. Ajoutons encore que l'anthrax endémique s'observe également loin, très loin, des bords du Coïk, dans tout le Sind, au Carium (près d'Alexandrie), à Orfa, au Diarbékir, à Bagdad, à Mossoul, à Brousse, dans quelques contrées de la Hongrie et de l'Ibérie; et qu'à moins d'une analyse exacte de l'eau qui démontre la présence de certains éléments échappés jusqu'à présent à nos recherches, nous pouvons regarder cette hypothèse comme sans aucun fondement. M. Villemin nous fait savoir que M. Bussy a trouvé dans l'analyse de l'eau d'Alep une grande abondance de matières organiques; mais ce fait ne nous apprend rien, pas plus que toutes les recherches relatives au goître. En 1850, je fis la connaissance d'une famille venue d'Alep, dont trois enfants portaient les traces du bouton, quoique leur mère m'ait positivement assuré qu'elle ne leur avait jamais donné d'autre eau que celle des fontaines ou de la pluie. La différence du climat, de l'élévation du sol, des mœurs et des habitudes des contrées où règne cette affection, prouvent qu'il faut le concours d'une série de circonstances encore inconnues pour son développement. L'immunité que laisse le bouton d'Alep après sa guérison a donné déjà depuis plusieurs années l'idée de l'inoculation, pratique restée sans succès. Je l'ai faite en 1843 sur huit individus, dont quatre Asiatiques et quatre *Européens*, en introduisant dans le tissu cellulaire sous-cutané le pus du bouton; chez deux seulement une pustule se manifesta le septième jour, entourée d'une rougeur érysipélateuse étendue; après son évacuation il se forma une croûte brune, sèche et bien adhérente, et la guérison eut lieu le dix-huitième jour. Les vingt inoculations pratiquées par M. Gröschl sur des enfants comme sur des adultes, avec du pus frais, restèrent sans résultat.

M. Villemin pratiqua seize fois l'inoculation. Sur onze individus la plaie se cicatrisa rapidement; sur quatre la pustule se manifesta entre le cinquième et le huitième jours, puis s'ouvrit pour se transformer bientôt en ulcère superficiel, et se couvrit d'une croûte verdâtre, épaisse; chez un enfant de six mois on put voir encore, le dixième jour, une vésicule transparente et déprimée à son sommet, ayant un nombril (*Genabelt*) comme dans la variole, qui se dessécha plus tard sans s'ouvrir. La cicatrice était formée chez les quatre individus du quinzième au vingtième jour. M. Villemin se demande si le bouton, venant à paraître sur ces individus inoculés avec succès, serait modifié quant à son étendue et à sa durée. Quant à moi, je crois qu'on ne peut pas regarder ses inoculations ni les miennes comme probantes, puisque, selon l'analogie des expériences faites sur la vaccination, l'inoculation n'eût réussi que si le bouton eût été identique avec celui sur lequel on avait recueilli le pus, et s'il eût communiqué à l'organisme, d'une manière inoffensive, l'immunité contre les vicissitudes de cette maladie. Comme parmi les individus inoculés par M. Villemin se trouvait un jeune Aleppin qui avait payé déjà son tribut à la maladie, il y voit une nouvelle preuve de la possibilité d'une seconde manifestation morbide. Ces conclusions nous semblent un peu hasardées. M. Villemin inoculait d'homme à homme.

Jusqu'à présent le bouton d'Alep doit être considéré comme non contagieux et non inoculable. Si la première de ses qualités est hors de doute, la seconde peut être modifiée avec le temps. L'inoculation serait peut-être un moyen de rendre l'affection plus rare tant chez les indigènes que chez les étrangers, ou de modérer du moins sa gravité; il serait donc intéressant de répéter les expériences en grand, et, dans ce but, il faudrait :

1° Se servir de la matière des boutons des chiens, qui en sont affectés de même que les hommes;

2° Recueillir cette matière avant sa complète transformation en pus, comme on l'observe vers le cinquième mois dans le cours régulier de la maladie;

3° Enfin, ne pas la déposer sous l'épiderme, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané, qui est le véritable siége de l'exsudation dans le bouton d'Alep.

Le premier de ces points se justifie par l'analogie des avantages tirés du vaccin; le second est basé sur les principes qui nous guident dans la vaccination. Cependant, lorsque l'on connaît la répugnance de la population pour des essais de ce genre, on ne peut espérer de pouvoir jamais mettre à exécution ce plan, à moins que le gouvernement n'en prenne lui-même l'initiative et n'en surveille l'exécution, conditions tout à fait improbables.

Rien de nouveau non plus dans le chapitre consacré par M. Villemin au traitement. Il préconise la pâte de Vienne pour modifier la cicatrice; mais la pâte de Vienne donnerait naissance, je crois, à une cicatrice plus hideuse que celle formée naturellement. J'ai pratiqué trois fois l'incision croisée: non-seulement la guérison du bouton a été plus rapide (elle s'est opérée six ou sept mois plus tôt que d'ordinaire), mais la cicatrice est devenue plus régulière, surtout lorsque la fonte de l'exsudat est favorisée par des soins minutieux de propreté, et par des fomentations émollientes ou aromatiques, suivant l'exigence des cas. Je ne cesse de recommander ce mode de traitement; mais le peuple est si borné et si convaincu de l'impuissance de la médecine, qu'il a rarement recours aux médecins pour cette affection.

Comme moyen préventif du bouton d'Alep, M. Villemin recommande, à la fin de son travail, l'emploi longtemps continué d'un puissant dérivatif, tel que le fonticule. Outre que cette médication est impossible chez les enfants à la mamelle, l'abus des révulsifs, en Orient, n'a nullement modifié le cours de cette maladie.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

ADDITION A LA SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1854.

APTITUDE ANESTHÉSIQUE DES SUJETS POUR LE CHLOROFORME, ET DU DOSAGE DE CET AGENT. — M. le docteur Ancelon a déjà établi, il y a quatre ans, que l'anesthésie est d'autant plus *rapide*, d'autant plus *inoffensive*, que l'estomac est depuis plus longtemps en état de vacuité (*Mémoire sur la cause la plus fréquente et la moins connue des accidents déterminés par l'inhalation du chloroforme*; séance de l'Académie des sciences, du 7 janvier 1850), et que l'absorption est en général plus active.

a. Si donc l'action du chloroforme surprend l'estomac rempli de nourriture, comme cela est arrivé chez Hannah Greener (première victime), chez mademoiselle Stock, de Boulogne (deuxième victime), et autres, la mort survient pendant l'anesthésie, à moins que l'on ne parvienne à délivrer l'estomac du poids des aliments et de la tension des gaz qui l'encombrent. Durant l'état de réplétion stomacale, l'influence anesthésique paraissant toujours difficile, presque toujours insuffisante et souvent nulle, expose à faire inhaler des doses de chloroforme incompatibles avec la vie. Dans ces circonstances, l'agitation, les cris, le besoin impérieux de lutte, dès la première inspiration de vapeurs chloroformiques, indiquent certai-

nement qu'il faut s'abstenir et remettre à un autre moment l'opération projetée ; en persistant, on voit bientôt paraître les lipothymies qui précèdent et accompagnent les indigestions graves (mémoire cité, p. 6), et la mort suivre le collapsus.

b. Les sujets dont le tube digestif est en bon état, complétement à jeun depuis douze, quinze et vingt heures, restent calmes à la première approche de l'appareil anesthésique et cèdent facilement, sans agitation, sans lutte, à de petites doses de chloroforme. Parfois, cependant, on observe un délire tranquille, surtout chez les gens pusillanimes.

c. Les tempéraments sanguins, musculeux, lymphatiques, plus que les constitutions dites bilieuses et nerveuses, les hommes plus que les femmes, les vieillards plus que les enfants, résistent aux agressions hypnotiques du chloroforme.

Avant donc d'administrer le chloroforme, et afin d'acquérir quelque notion sur l'aptitude anesthésique des individus, il est de toute nécessité de s'assurer : 1° de l'état de vacuité ou de réplétion stomacale des sujets que l'on veut opérer ; 2° de la lenteur ou de la rapidité avec laquelle s'opère leur digestion, en même temps que de la difficulté qu'ils peuvent avoir à supporter la diète. Jamais, en agissant ainsi, je n'ai trouvé de patients réfractaires à l'action du chloroforme.

En ce qui concerne le *dosage* du médicament, l'auteur, après s'être plaint de la légèreté avec laquelle on traite d'ordinaire cette question, s'exprime ainsi :

Il est nécessaire de savoir, avant toute chose, que le maximum de la dose de chloroforme à employer, dans l'opération la plus longue, ne doit pas dépasser 19 grammes ; que la dose moyenne, calculée sur un nombre considérable (200) d'opérations, est de 12 grammes. Le malade chez lequel, exceptionnellement, j'ai employé 19 grammes de liquide anesthésique, avait cinquante ans ; il disait n'avoir jamais ressenti la faim et s'être mis à table, toute sa vie, sans appétit. Il portait, sur le dos et le côté gauche de la poitrine, un énorme lipome qui envoyait des prolongements comme digités dans l'aisselle. D'un autre côté, il est quelquefois nécessaire de descendre à des doses très minimes, puisque l'insensibilité s'est montrée immédiatement et pour un laps de temps remarquable, sous l'influence de trois, quatre et cinq gouttes de chloroforme.

En conséquence, toute l'échelle à parcourir entre ces deux points extrêmes, 19 grammes et trois gouttes, ne peut être l'objet que de sérieux tâtonnements ; la prudence et l'humanité exigent que l'on débute toujours par trois ou quatre gouttes de liquide exactement comptées, et que toute addition, jusqu'à production de l'insensibilité désirée, se fasse avec la même parcimonie. Dans le but de remplir cette double condition avec sécurité, il convient de distribuer tout le chloroforme à employer, en doses de 4 grammes, dans de petits flacons cylindriques, à goulots de 5 millimètres de diamètre et d'une capacité de 6 grammes environ. De la sorte, on est toujours maître de son liquide, et l'on sait exactement ce qu'on en a dépensé. Je compte plus de deux cents anesthésies, et point de revers.

Conclusions. — 1° L'aptitude anesthésique des sujets est en raison directe de la durée de la diète absolue qu'ils s'imposent.

2° Les doses de chloroforme à employer sont en raison inverse de l'appétit habituel des sujets et de la rapidité avec laquelle s'opèrent chez eux les digestions et l'absorption.

3° Le maximum des doses de chloroforme à présenter à l'inhalation est de 19 grammes ; le minimum de trois gouttes.

4° L'administration n'en doit être faite que par doses de trois et quatre gouttes, bien comptées, données successivement, et tout le liquide à mettre en usage, pour chaque opération, doit être divisé en doses de 4 grammes, dans des flacons cylindriques dont la capacité et le diamètre des goulots sont déterminés.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

MÉDECINE. — *Observations sur la nature du choléra épidémique et sur les principaux traitements employés pour combattre cette maladie*, par M. *Baudrimont*. L'auteur a employé avec succès : 1° à l'intérieur, le bicarbonate de soude à la dose de 4 à 10 grammes ; 2° à l'extérieur, les frictions ammoniacales et les sinapismes. (*Renvoi à la section de médecine.*)

— *Emploi du sesquichlorure de fer dans le traitement du choléra. Ouverture d'un paquet cacheté déposé en décembre* 1853, par M. *Vicenté*.

CHIRURGIE. — *Nouveaux résultats obtenus de l'emploi de l'électricité comme agent de cautérisation dans le traitement de certaines affections chirurgicales*, par M. *Amussat* fils. — Après avoir fait connaître les modifications qu'il a fait subir à ses appareils, l'auteur ajoute qu'il a cautérisé circulairement la base d'une tumeur hémorrhoïdale à l'aide d'une pince en ivoire dont les baguettes, articulées à l'une de leurs extrémités, sont traversées par un mince ruban de platine de 3 millimètres de large, fixé par un petit anneau à l'articulation de la pince. (*Comm.*, MM. Becquerel, Velpeau, Rayer.)

PHYSIOLOGIE. — *De la phosphorescence des yeux des animaux et du phosphène dans l'homme*, par M. *Goupil*. (*Comm.*, MM. Flourens, Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards.)

— *Mémoire sur la cessation des mouvements inspiratoires provoqués par l'irritation du nerf pneumo-gastrique*, par M. *Budge*.

L'auteur a prouvé par ses recherches que l'irritation du nerf pneumo-gastrique au cou fait cesser les mouvements inspiratoires, tandis qu'il excite les mouvements expiratoires. Il démontre encore comment les nerfs pneumo-gastriques étant coupés, l'expiration passive (c'est-à-dire celle qui a lieu par l'expansion du diaphragme et des muscles intercostaux) continue, tandis que l'expiration active cesse. C'est pour cela que les animaux sur lesquels on a coupé les deux nerfs pneumo-gastriques meurent au bout d'un temps plus ou moins long par l'effet des gaz nuisibles (acide carbonique) qui ne sortent pas par l'expiration.

ÉCONOMIE RURALE. — *Sur la production de l'opium indigène*, par M. *Decharmes*. — Par des documents numériques, l'auteur cherche à établir que l'extraction de l'opium, provenant du pavot cultivé dans le nord de la France sous le nom d'*œillette*, et qui est plus riche en morphine que les opiums du Levant, devrait être tentée sur une grande échelle, vu qu'elle rapporterait un bénéfice suffisant aux exploiteurs.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Des rapports relatifs à des eaux minérales, par MM. les docteurs : 1° *Bellety* (Sail-les-Bains) ; 2° *Cavaroc* et *Dufresse de Chassaigue* (Vic et Chaudesaigues) ; 3° *Savy* (Avène) ; 4° *Chevalier* (Bagnols) ; 5° *Sibille* (Plombières) ; 6° *Millet* (Montmirail) ; 7° *Vergé* (Ussat) ; 8° *Peyrocave* (Barbotan). (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Rapport de M. le docteur *Antellet*, de Civray, sur une épidémie d'angine scarlatineuse. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Une lettre de M. le docteur *Debeney*, de Paris, relative à une médication nouvelle contre le choléra et la fièvre typhoïde (purgatifs). (*Commission du choléra de* 1854.) — *d*. Une lettre de M. le ministre des affaires étrangères qui demande des renseignements sur le traitement du choléra. — *e*. Diverses recettes contre le choléra et pour la guérison des plaies. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Tableaux des vaccinations pratiquées en 1853 dans les départements de l'Aube, des Bouches-du-Rhône et du Gers. (*Commission de vaccine.*)

3. Communications de : *a*. M. le docteur *Martin*, d'Arles (tableau des cholériques civils et militaires traités à l'Hôtel-Dieu d'Arles du 16 au 30 juin 1854). (*Commission du choléra de* 1854.) — *b*. M. le docteur *Richard*, de Pont-Château (succès d'une potion anticholérique). — *c*. M. le docteur *Pitancier de Montigny*, de Madon (le choléra est dû à un gaz délétère). (*Commission du choléra de* 1854.) — *d*. M. le docteur *Leroy*, d'Étiolles (méthode électrique et rationnelle du traitement des rétrécissements de l'urèthre). (*Comm.*, MM. Jobert, Huguier, Robert.) — *e*. M. le docteur *Heurteloup* (tumeur mélanique du sein droit ; amputation du sein ; guérison depuis onze mois ; pas de récidive). (*Comm.*, MM. Barth, J. Cloquet.) — *f*. M. *Mathieu*, fabricant d'instruments (*érigne à ravivement*, construite pour M. le docteur *Chassaignac*). (*Comm.*, MM. Robert, Jobert, de Lamballe.) — *g*. M. le docteur de *Pietra Santa* : Nouveaux documents à l'effet de démontrer l'efficacité des mesures préventives et prophylactiques contre le choléra-morbus. Quatre conclusions termi-

nent ce travail : 1° Aux Madelonnettes (1), l'épidémie cholérique actuelle a été précédée d'une constitution médicale particulière (trouble des fonctions gastro-entériques avec tendance à l'adynamie) ; 2° la diarrhée prémonitoire s'est montrée presque constamment ; 3° la médication symptomatique, rationnelle, déduite de l'étude clinique de la constitution médicale et des idiosyncrasies particulières nous a donné d'excellents résultats (ipéca, bains d'air chaud, boissons glacées, stimulants ; dans la réaction, sulfate de quinine uni à l'opium) ; 4° il est possible de prévenir la manifestation cholérique par l'application immédiate, intelligente et bien entendue des lois de l'hygiène publique et de la prophylaxie privée.

A l'appui de cette dernière proposition, l'auteur cite les résultats statistiques recueillis aux Madelonnettes, où, sur 517 sujets qui ont subi l'influence de l'épidémie à des degrés divers, 12 seulement ont été atteints de choléra grave. (*Commission du choléra de* 1854.)

Diagnostic et curabilité du cancer. (*Discussion*). — M. *Robert* commence par résumer les opinions émises à la tribune par les orateurs précédents. Il rappelle qu'à l'exception de M. Velpeau, tous ont admis avec plus ou moins de réserve l'utilité du microscope dans le diagnostic des tumeurs.

Quant à la curabilité du cancer, rejetée par M. Gerdy, admise par analogie par MM. Leblanc et Barth, elle est professée par MM. Velpeau et J. Cloquet, qui seuls ont fourni des faits en faveur de cette doctrine.

D'ailleurs, les faits cités par M. J. Cloquet laissent des doutes sur leur véritable nature ; cependant, ajoute l'orateur, puisque j'ai été rigoureux pour la statistique de M. Velpeau, dois-je être moins sévère pour les souvenirs de M. Cloquet ?

Quant aux statistiques de Hill et de Flajani, citées par M. Velpeau, à l'appui de la curabilité, M. Robert les croit très contestables, et peu dignes surtout d'être opposées aux documents numériques fournis par Monro, Mayo, Boyer, Mac-Farlane, etc., etc.

Mais, ajoute M. Robert, quand bien même je consentirais à un échange si inégal, il resterait toujours deux statistiques, celles de MM. Lebert et Broca, qui présentent toutes les garanties exigibles, et dont on ne saurait, par conséquent, faire un aussi bon marché. Ainsi donc, je persiste à regarder les opinions des chirurgiens anciens et modernes comme très concluantes en faveur de la conviction que je partage.

M. Velpeau tire, il est vrai, de sa propre pratique, un nombre de faits très imposant ; mais ces faits peuvent être groupés en deux catégories, savoir : 1° ceux de date ancienne, sur lesquels j'ai fait planer un doute motivé, que M. Velpeau a défendu tièdement dans sa réponse, et auxquels on pourrait opposer deux exemples remarquables de récidive très éloignée, cités par M. Velpeau lui-même, à la page 615 de son livre *sur les maladies du sein ;* 2° ceux qui remontent à une époque beaucoup plus récente, puisque les guérisons ne comptaient pas plus de six, cinq, trois, deux ans, lors de la publication de l'ouvrage ; et que j'accepte franchement comme des cas avérés de cancer, puisqu'ils ont été déclarés tels par une autorité en laquelle j'ai confiance et à l'aide du microscope, que je crois compétent.

Si l'on reproche au microscope de poser des conclusions prématurées, il faut savoir attendre à son tour si l'on veut échapper à la même critique. Vous pourriez peut-être, messieurs, croire que j'invoque ici, pour les besoins de ma cause, une fin de non-recevoir banale, il n'en est pas ainsi : jugez-en vous-mêmes. M. Velpeau rapporte, à la page 585 et suivantes, quatre observations détaillées, dont la plus ancienne remonte à 1847, les autres à 1848 et 1850 : Les tumeurs renfermaient la cellule cancéreuse : l'opération a été pratiquée, et les malades sont données comme guéries. Or, le hasard m'a fourni des renseignements sur l'une d'elles, qui fait le sujet de la deuxième observation. Cette dame, examinée par un des premiers chirurgiens de Paris, est morte, l'an dernier, en état de récidive !

Quant à l'infaillibilité clinique de M. Velpeau, puisqu'elle est seulement relative aux cas les plus tranchés de tumeurs cancéreuses ou autres, chacun de nous est aussi avancé que lui, et certes il nous arrive fréquemment de nous prononcer d'avance et sans hésitation ; mais aux deux phases extrêmes de l'évolution des tumeurs de la mamelle, par exemple, le diagnostic quelquefois présente des difficultés presque insurmontables. Comment distinguer toujours une petite masse encéphaloïde enkystée, mobile, libre d'adhérences, roulant sous le doigt, d'une tumeur hypertrophique commençante ?

D'autre part, supposons une tumeur énorme, ulcérée, à surface sanieuse, à bords renversés et fongueux ; la suppuration est abondante et fétide ; quelquefois même les hémorrhagies ont miné la santé générale ; l'état cachectique ne fait pas même défaut. « Tous les microscopes du monde, a dit M. Velpeau, seraient braqués contre elle et la déclareraient non cancéreuse, que je déclarerais que les microscopes se trompent. » Eh bien ! messieurs, je rejette encore ce singulier mode de démonstration. Moins confiant et plus curieux que M. Velpeau, dans un cas semblable j'ai consulté le microscope, et il m'a répondu que cette horrible tumeur, que ce tissu si suspect, était formé par les éléments hypertrophiés de la mamelle ; j'opérai ; la malade a eu le bonheur de survivre à l'amputation du sein faite en 1849, elle a recouvré la santé, et la récidive n'a pas eu lieu.

Voyez donc combien de tels faits commandent la circonspection, et combien il est précieux d'avoir un moyen qui ait chance de rectifier notre premier jugement.

Faisant ensuite allusion aux tumeurs présentées par M. Velpeau à l'issue de la dernière séance, M. Robert ajoute : Ainsi donc, sur six pièces pathologiques prises au hasard, il se trouve un fait insoluble par les moyens ordinaires. M. Velpeau, dans l'embarras, consulte le microscope. Deux anatomistes sont interrogés : l'un trouve la cellule cancéreuse, l'autre ne la trouve pas. Dès lors M. Velpeau, aussi incertain qu'avant, met en doute l'efficacité du microscope, et si j'avais été présent, mes convictions auraient été, sans doute, fortement ébranlées.

Par bonheur, j'ai recueilli de mon côté des renseignements nombreux et précis sur cette tumeur importante, et ces renseignements m'ont été fournis par les micrographes les plus compétents. Voici la note de M. Verneuil, agrégé de la Faculté :

Le tissu pathologique est d'une couleur rose pâle, translucide, d'une apparence gélatiniforme, homogène, assez élastique quoique mou ; il se déchire assez facilement à l'aide d'une forte traction ; la déchirure est grenue et inégale ; la pression et le grattage ne donnent pas de suc cancéreux, mais bien une matière visqueuse, transparente, insoluble dans l'eau, et s'écrasant facilement entre deux verres. Examiné à divers grossissements, ce tissu présente : 1° Une grande proportion de matière colloïde, amorphe, et dépourvue d'éléments anatomiques spéciaux. 2° Quelques faisceaux de tissu cellulaire délicat et quelques éléments fibro-plastiques (noyaux libres et corps fusiformes). 3° Nous constatons l'absence presque complète de vaisseaux. 4° Des culs-de-sac glandulaires de la glande mammaire de dimensions variables, mais beaucoup plus grands que dans l'état normal. Les uns sont ovoïdes et complétement libres, d'autres allongés et presque tubuliformes sont groupés deux à deux, trois à trois. Ils sont remplis, les uns d'une substance amorphe, finement granulée, les autres de cellules d'épithélium pavimenteux régulièrement disposées en mosaïque, comme cela s'observe dans les autres variétés de tumeur hypertrophique du sein.

Ces cellules d'épithélium diffèrent de l'état normal en cela, qu'au lieu d'appartenir à la variété dite nucléaire, elles sont devenues pavimenteuses et polygonales par pression réciproque, altération de forme qui n'est pas rare dans les hypertrophies glandulaires en général.

L'addition de l'acide acétique qui, comme on le sait, ne modifie pas les éléments cancéreux, agit au contraire sur ces cellules, et fait nettement ressortir les caractères de leur noyau.

5° Le fragment que nous avons examiné en plusieurs points, ne nous a nulle part offert trace des éléments cancéreux.

M. Houel et moi nous n'hésitons pas à rapporter cette tumeur qui, à l'œil, n'offre nullement les caractères du cancer, à l'hypertrophie mammaire dont elle constitue une variété assez rare.

Le mélange des culs-de-sac glandulaires et de la matière colloïde, les changements survenus dans l'épithélium glandulaire sont les points remarquables de cette lésion.

Il résulte de la lecture de la note de M. Robin que les résultats obtenus par ce micrographe sont les mêmes que ceux qu'ont obtenus MM. Verneuil et Houel.

Depuis que j'ai recueilli ces éclaircissements, je suis, je l'avoue, beaucoup plus rassuré sur la validité du microscope.

Je conclus de ceci que l'art est difficile ; mais je n'accuse pas le moyen qui, dans le cas actuel en particulier, me paraît avoir facilement surmonté les obstacles qui avaient arrêté M. Velpeau lui-même.

Abordant la question de la *curabilité* du cancer, M. Robert reproche à la discussion d'avoir jusqu'ici manqué de base ; car jusqu'ici le cancer n'a été *défini* par aucun des orateurs. Cette lacune est malheureuse ; elle a conduit et conduira toujours à une confusion extrême ; elle rendra sans cesse les discussions vagues ; elle masquera la vérité.

Le cancer, ajoute l'orateur, est devenu nom de famille, au même titre que les mots si vagues de sarcocèle, de tumeur blanche, sans valeur aujourd'hui et qu'on ne prononce plus que par habitude. Or, cette famille se compose, d'un commun accord, d'éléments si divers qu'en se tenant aux caractères cliniques et en reléguant la structure au second rang, on est obligé d'admettre, comme l'ont fait devant vous, MM. Leblanc, Velpeau et Cloquet, un grand nombre de genres, subdivisibles eux-mêmes en

(1) La prison est située au milieu du quartier populeux du 6e arrondissement, entourée de petites rues étroites et mal aérées ; son personnel se compose en général de gens d'une conduite peu régulière. Pendant les huit mois de l'épidémie de 1849, il n'y a eu aux Madelonnettes, sur 1,100 prisonniers, que 19 cas de cholérine, et 19 de choléra algide (12 morts, 7 guérisons).

espèces, ce qui laisse à la classification des limites tout à fait arbitraires et indéterminées.

Rappelant les grands principes posés par Bichat, l'orateur établit que si nous ne trouvons pas dans l'observation clinique les éléments de distinction satisfaisants, si les caractères physiologiques ne sont pas assez généraux, souffrent trop d'exceptions et comportent trop de variétés, c'est à la structure, à l'anatomie pathologique qu'il faut nous adresser.

Mais les moyens qu'elle a mis en usage jusqu'à ce jour sont-ils suffisants? Quelle signification a pour vous la dureté ou la mollesse, ou bien encore le fameux cri sous le scalpel, si péremptoire autrefois?

Nul doute sur ce point ; il faut des caractères plus délicats, des pierres de touche plus sensibles. Mais à qui les demanderons-nous ? A l'analyse chimique? Elle est demeurée impuissante jusqu'à ce jour. — Au suc crémeux, lactescent, qu'on obtient par le raclage d'une tumeur? — Mais il manque quelquefois, et on le trouve dans des tissus qui ne sont pas du cancer.

Le microscope, au contraire, nous propose pour le cancer une définition nette, courte, précise. Il nous dit que le cancer est une maladie constituée par la présence d'un élément anatomique spécial, sans analogue dans l'économie et doué de caractères qui permettent à un œil exercé de le reconnaître sans peine. Le microscope nous dit : Il n'y a qu'un cancer, c'est celui qui renferme l'élément cancéreux; celui-ci se combine avec divers tissus simples ou composés de l'économie, et c'est de ce mélange, en proportions très diverses, que résultent les innombrables variétés que l'œil constate et qui ont été énumérées avec beaucoup de lucidité par M. Barth.

Le microscope ajoute encore : Il y a d'autres tissus morbides qui, au premier abord, peuvent être confondus avec le cancer; que leur développement dans l'économie indique souvent un véritable danger, et que parfois même ils peuvent causer la mort. — Au lieu d'être constitués, comme le cancer, par un élément anatomique sans analogue dans l'économie, ou hétéromorphe, ces tissus résultent seulement de la production exagérée, insolite, d'une ou de plusieurs des parties élémentaires qui entrent normalement dans la constitution de notre organisme.

Enfin, les laborieux investigateurs qui se servent du microscope ont fait marcher parallèlement aux études histologiques l'examen des tumeurs par les procédés connus, et l'observation au lit du malade. Les structures étant bien connues, ils ont trouvé que les maladies correspondant à telle ou telle d'entre elles différaient notablement par leur origine, leur siége, leur marche, leur évolution, leur pronostic; et, forts de ces données, ils ont résolûment proposé une révision de cette partie du cadre nosologique.

Que fallait-il faire, nous cliniciens, en présence d'un point de départ si conforme au principe de Bichat que nous proclamions tout à l'heure? Il fallait montrer les erreurs de la doctrine nouvelle, s'il y avait lieu, ou accepter le progrès, si réellement le microscope nous avait appris des choses utiles. Or, sur le terrain de la pratique, nous avons trouvé que plusieurs points de la doctrine nouvelle étaient justifiables, et que les différences de structure entraînaient aussi des différences de marche et d'évolution.

C'est en démontrant que les tumeurs cancéreuses, fibro-plastiques et épithéliales ne sont point des affections identiques, que l'orateur se propose de démontrer aussi l'utilité du microsoope, qui seul a pu tracer des distinctions précises.

Il rappelle que pour les micrographes la cellule cancéreuse est le caractère spécifique du cancer ; quant à la valeur relative de la cellule, des noyaux ou des nucléoles, il pense qu'il faut laisser cela aux hommes spéciaux et ne pas trop se mêler des choses qu'on n'a pas étudiées soi-même.

M. Velpeau a nié la spécificité de la cellule cancéreuse, sous prétexte qu'il l'avait trouvée dans ses tumeurs qui n'étaient pas cancéreuses, c'est-à-dire qui n'avaient pas récidivé.

D'où il suivrait que toute tumeur qui ne récidive pas, renfermât-elle une myriade de cellules cancéreuses, n'est point pour cela un cancer. D'où, ajoute M. Robert, je serais en droit de conclure que les observations qu'on lit dans le livre de M. Velpeau, aux pages 585 et suivantes, n'étaient pas des cancers, et en poussant le raisonnement plus loin, j'arriverais à prouver que mon éminent collègue n'a, pas plus que Monro et Mac Farlane, guéri un seul cancer.

L'orateur, après avoir énuméré les caractères physiologiques du cancer, rapporte une observation qui prouve que lorsque la chirurgie intervient en extirpant le mal, la récidive est constante, la marche du cancer devient d'autant plus rapidement funeste que les récidives et les opérations ont été plus multipliées. Il s'agit d'une femme de 38 ans qui portait une petite tumeur circonscrite au-dessus du sein gauche. La première ablation fut suivie de trois récidives et de trois autres opérations. La malade succomba peu de temps après la troisième récidive, avec tous les signes de la cachexie cancéreuse. A l'autopsie, on trouva toutes les parties sus-diaphragmatiques du corps criblées de tumeurs cancéreuses; il en existait jusque dans les parois des veines.

M. Robert décrit ensuite les caractères anatomiques et les signes physiologiques des tumeurs fibro-plastiques, qui diffèrent notablement de ceux assignés au cancer. Cependant, il reconnaît que ces tumeurs peuvent aussi se ramollir, s'ulcérer, se généraliser même et amener la mort. M. Velpeau en a cité des exemples. Mais pourquoi a-t-il passé sous silence les faits si nombreux de guérison ?

L'orateur cite trois observations de guérison confirmée de tumeurs fibro-plastiques.

La première est empruntée à M. Paget; elle est relative à une jeune fille de 22 ans, qui portait une tumeur dans la région lombaire gauche. Les deux premières opérations sont suivies de récidive. Mais 15 ans après la troisième opération, la malade se portait parfaitement bien.

La deuxième observation est fournie par M. Robert lui-même. Tumeur volumineuse de l'aisselle droite chez un jeune homme. Deux récidives. — Guérison depuis le mois de janvier 1849.

Le troisième fait appartient à M. Chassaignac. Tumeur fibro-plastique au-dessous de la clavicule gauche chez un homme. Cinq récidives. Dans l'intervalle des opérations la santé générale était parfaite : nul engorgement ganglionnaire.

La quatrième observation appartient encore à M. Paget. Tumeur fibroplastique au-devant de la première côte chez un homme de 48 ans. Cinq récidives. Le malade meurt pendant la cinquième récidive, épuisé par les nombreuses hémorrhagies dont la tumeur devint le siége. Aucune trace de la maladie ne fut trouvée dans les organes internes.

Malgré cette apparence de malignité des tumeurs fibro-plastiques, est-ce rester dans le vrai que de les assimiler entièrement aux tumeurs cancéreuses ? Est-il jamais arrivé qu'on ait enlevé à quatre, cinq, six reprises différentes, une tumeur encéphaloïde ou squirrheuse, sans que le mal se soit généralisé et que la constitution soit devenue cachectique ? Et enfin les cas de repullulation fibro-plastique, dans les viscères, peuvent-ils être comparés pour la fréquence à la manifestation à peu près constante du cancer dans les ganglions et dans les cavités splanchniques ?

Arrivant aux affections épithéliales, M. Robert s'étonne que M. Velpeau ait pu dire que la structure de ces tumeurs, si l'on s'en rapporte au témoignage du microscope, les rapproche des productions éminemment bénignes, telles que les verrues et les cors aux pieds. Qu'importe, en effet, que deux tumeurs aient de commun un élément anatomique normal, si ce dernier n'y est pas disposé et combiné de la même manière ? Cette assimilation est donc plus spécieuse que réelle.

Les tumeurs épithéliales doivent être étudiées séparément à la peau, où elles affectent une marche lente, où elles montrent peu de tendance à infecter l'économie, et sur les membranes muqueuses, où leur progrès est rapide, où elles repullulent fréquemment, peuvent se généraliser et causer la mort ; mais c'est à l'épuisement déterminé par leurs fréquentes hémorrhagies ou par leur abondante suppuration bien plutôt qu'à la généralisation du mal que succombent les malades.

Aux orifices du corps, les tumeurs épithéliales ont des caractères mixtes, et là encore la proportion des malades guéris par l'extirpation est généralement regardée comme très encourageante.

Les cas de généralisation des tumeurs épithéliales sont très rares ; à l'exemple cité par M. Velpeau, M. Robert ajoute ceux de M. Virchow et de M. Paget.

D'après ce qui vient d'être dit, il est évident que, si l'on ne peut considérer comme bénignes les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques, on ne saurait non plus, au point de vue de la malignité, les assimiler aux affections cancéreuses proprement dites.

M. Velpeau n'admet pas ces distinctions.

M. Robert fait ressortir l'utilité de ces distinctions établies par les micrographes au point de vue de la thérapeutique et surtout du pronostic.

Cherchons donc de plus en plus, dit M. Robert, à étudier ces maladies, et tâchons de les séparer au lieu de les confondre ; attachons-nous à reconnaître plus exactement leurs différences cliniques, et si nous rencontrons des cas douteux, aidons-nous des lumières que nous fournit l'examen du microscope.

Pour M. Velpeau, le microscope n'a point encore servi à éclairer le diagnostic des tumeurs, et d'ailleurs il ne peut intervenir qu'après l'opération, et ne saurait, en conséquence, influer sur la détermination du chirurgien.

Il y a quelques années, on ne connaissait point encore les hypertrophies glandulaires ; et il n'est aucun de nous, sans en excepter M. Velpeau lui-même, qui n'ait extirpé de ces tumeurs dans la pensée que c'étaient des cancers. Plus tard, quand les malades étaient radicalement guéris après l'opération, on se berçait de l'idée qu'on avait traité et guéri des cancers.

Le microscope seul est venu nous révéler la nature intime de ces tu-

meurs, et nous apprendre qu'elles pouvaient se développer dans toutes les parties du corps où il y a du tissu glandulaire.

Or, la nature de ces tumeurs étant bien connue, n'a-t-il pas été plus facile aux chirurgiens d'en étudier l'origine, la marche, l'évolution, les caractères cliniques, et d'agir enfin contre elles avec plus de précision et de sécurité ?

Certes, je suis loin de penser que la science ait dit son dernier mot à cet égard, et que nous n'ayons plus rien à désirer sur la connaissance des tumeurs, soit bénignes, soit malignes. On peut espérer que des recherches persévérantes nous conduiront tôt ou tard à la découverte complète de la vérité.

Appliqué depuis peu d'années seulement à l'anatomie pathologique, le microscope a déjà produit d'heureux résultats. La jeune école, comme l'appelle M. Velpeau, est donc dans une bonne voie. Il faut qu'elle y persévère et qu'elle y marche résolûment. Chaque jour aura son progrès.

M. *Leblanc*. Je viens aujourd'hui donner plus de développements aux propositions que je n'avais, pour ainsi dire, qu'indiquées dans une précédente séance. J'ai désiré surtout venir au secours du microscope, qui m'a rendu de véritables services.

Cependant je dois dire tout d'abord que je donne à la signification du mot *cancer* une étendue plus grande que ne le font les micrographes. J'appelle de ce nom toutes les lésions graves qui ne guérissent jamais spontanément, qui se propagent en se généralisant, lésions qui se manifestent par des caractères physiques particuliers à chaque espèce de tissu.

Je crois que pour les reconnaître il est utile de recourir au microscope, qui dans ce cas devient un puissant auxiliaire de l'œil nu et de la main. Grâce à lui, j'ai souvent évité des erreurs de diagnostic et surtout de pronostic.

Cet instrument, que je crois plus fidèle qu'on ne l'a dit ici, m'a constamment démontré l'existence de l'élément cancéreux, caractéristique, dans les tumeurs auxquelles les micrographes ont consacré la dénomination de *cancers*. Il ne m'a jamais trompé non plus quand il s'est agi de lésions mélaniques. Je pense qu'il y a là autre chose que du hasard.

Il m'a de plus rendu le service de m'éclairer utilement alors que par l'exploration ordinaire je jugeais faussement. Ainsi pour les tumeurs de la mamelle, si fréquentes chez les chiennes, il m'est arrivé souvent de croire que j'avais affaire à une tumeur *bénigne*, purement hypertrophique; mais le microscope y découvrait la cellule cancéreuse, et toujours, dans ces circonstances, de nouvelles tumeurs apparaissaient, s'accompagnant bientôt de tous les signes de l'affection cancéreuse.

Je continuerai, mais à regret, à donner le nom de cancer à la lésion qui a pour caractère l'élément cancéreux des micrographes; car si l'on ne peut nier l'existence de la cellule ou du noyau caractéristiques, il est trop évident que les micrographes ont une tendance fâcheuse à restreindre la signification étendue et même vague quelquefois du mot *cancer* à la désignation de l'espèce d'élément hétéromorphe dont je parle.

Mais je reviens aux faits relatifs à des tumeurs d'apparence bénigne où le microscope découvre des éléments cancéreux. C'est l'examen de ces espèces de tumeurs mixtes qui m'avait fait dire, dans une des dernières séances, que je n'étais pas loin de croire à la transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes; et par le mot *transformation* j'entends, non point la métamorphose des éléments, mais bien la substitution d'un élément à un autre, ce qui peut arriver, non-seulement pour l'élément cancéreux, mais encore pour tous les éléments hétéromorphes ou homœomorphes.

Aussi, pour moi, il n'est pas nécessaire qu'il y ait présence d'un élément spécial hétéromorphe pour qu'il y ait cancer. La condition capitale est une disposition morbide vitale spéciale ; mais il y a des conditions secondaires qui ont bien leur importance et que le microscope est très propre à nous faire reconnaître : ce sont des accumulations anormales d'éléments normaux qui se trouvent placés en proportions diverses dans des régions où ils ne doivent pas exister dans l'état de santé.

Je vais citer quelques faits de tumeurs mixtes, notamment des faits qui ont révélé les erreurs que j'ai commises.

1° Tumeur hypertrophique de la mamelle chez une chienne. Excision : cellules cancéreuses au microscope. Récidive sur l'autre mamelle, mêmes éléments cancéreux ; récidives multiples dans l'espace de cinq ans. — Cancers encéphaloïdes au microscope. — La chienne succombe en effet à la cachexie cancéreuse.

2° Tumeur adénoïde à la vue et au toucher, chez une autre chienne. Ablation : caractères du cancer, au microscope. Récidives nombreuses ; cachexie cancéreuse, mort.

Dans les deux faits précédents, l'hypertrophie mammaire coexistait avec le cancer. J'ai vu aussi s'unir dans une même tumeur les éléments fibro-plastiques, les éléments épithéliaux, ou les éléments anatomiques, diversement associés.

(Ici l'orateur cite le cas d'une chienne chez laquelle l'excision de plusieurs tumeurs fibro-plastiques fut suivie de l'apparition d'une nouvelle tumeur fibro-plastique à la cuisse et d'un cancer encéphaloïde à la mamelle.)

Ce qui prouve à la fois, dit-il : 1° Qu'il y a des cancers fibro-plastiques, c'est-à-dire des lésions fibro-plastiques qui repullulent, soit à la même place, soit dans des points différents ; 2° que ces sortes de cancers coexistent chez le même individu avec des tumeurs cancéreuses vraies, reconnues telles par l'examen ordinaire et par le microscope ; 3° que chacune de ces variétés de cancer a une gravité différente.

Je ne crois pas être le seul à qui l'exploration ordinaire des tumeurs paraisse le plus souvent insuffisante pour éclairer sur leur véritable caractère de bénignité ou de malignité. N'avons-nous pas vu M. Velpeau lui-même hésiter à se prononcer sur la nature d'une des tumeurs qu'il a présentées dernièrement à l'Académie ? A la vérité, il nous a dit que le microscope n'avait pas été plus heureux que ses yeux seuls. Mais, à mon avis, dans ce cas la contradiction des micrographes n'est qu'apparente. Comme je l'ai vu fort souvent, il a pu très bien se faire que la cellule cancéreuse ait réellement manqué dans la portion de tumeur examinée par l'un des micrographes ou qu'elle ne se soit pas présentée au champ de son instrument. S'il avait eu toute la tumeur à sa disposition, il est plus que probable qu'il eût trouvé le même élément cancéreux que son confrère. Il m'est arrivé souvent à moi-même de regarder dix, vingt fois, sans voir l'élément cancéreux, et à la vingt et unième fois j'en découvrais.

Le microscope est un instrument qui ne fait que grossir les objets sans les altérer, comme le font les agents chimiques, sans presque les déformer, quand ils sont très petits. Cela seul ne devrait-il pas donner confiance dans l'utilité de cet instrument qui ne peut faire voir que ce qu'il y a? Seulement, il ne suffit pas de voir, il faut *discerner* ; il faut bien connaître les éléments, leur configuration particulière, leurs nuances de forme : et ce n'est que par une immense étude qu'on peut y parvenir.

Quoique je sois encore jeune dans les études microscopiques, j'ai acquis la conviction que le microscope pouvait dire le plus souvent la vérité, et toujours mieux faire voir que l'œil nu seulement. Il faut donc encourager les observateurs laborieux qui se livrent à cette étude ; car c'est tendre vers le perfectionnement de la symptomatologie. Mais j'ai bien peur que la discussion pendante ne produise un effet contraire.

Je crois donc qu'il ne faut pas laisser le microscope entre les mains des micrographes de profession seuls. Il faut le vulgariser comme chose très utile. Deux contrôles valent mieux qu'un. On fera donc sagement d'unir en toute circonstance le contrôle du microscope aux données de l'exploration clinique, qui peut laisser des doutes même aux plus habiles. Cela donnera plus de solidité au diagnostic et surtout plus de certitude au pronostic.

Quant à la *curabilité* des lésions cancéreuses, la pathologie vétérinaire en présente peu d'exemples bien formels. Je n'ai vu, pour moi, guérir ces affections que chez des animaux opérés de très bonne heure, alors que le mal était très probablement local et peu développé. L'expérience m'a prouvé que les cancers fibro-plastiques et épithéliaux étaient moins sujets à repulluler que les autres, que les cancers mélaniques surtout, que j'ai toujours vus incurables, ainsi que M. J. Cloquet l'a aussi remarqué.

Les chances de non-récidive pour les tumeurs opérées de bonne heure m'amènent tout naturellement à conseiller d'opérer le cancer le plus tôt possible.

Je terminerai en rappelant quelques propositions émises déjà dans un mémoire que j'ai lu devant l'Académie, il y a deux ans environ : elles sont relatives au régime préventif. Il est d'observation que les herbivores sont moins sujets aux affections cancéreuses que les carnivores domestiques. Il est reconnu encore que les carnivores domestiques qui mangent le plus de viande, sont ceux qui sont le plus exposés au cancer. Il est donc tout naturel de conclure qu'il faut donner le moins de viande possible aux chiens et aux chats cancéreux.

Les résultats que je viens d'indiquer sont en contradiction avec les prescriptions que j'ai lues dans l'ouvrage de M. Lebert, et qui sont relatives au régime de l'homme cancéreux. Ce point de prophylactique mériterait de fixer l'attention des observateurs. Il serait curieux de savoir si les vrais dévots de la secte des *légumistes*, par exemple, sont moins exposés au cancer que nos voisins les Anglais qui se nourrissent peu de substances végétales.

M. *Barth* soumet à l'examen de l'Académie une tumeur volumineuse du testicule, opérée récemment par M. Amussat père chez un enfant de onze ans. Cette tumeur ne présentait point les caractères chimiques du vrai cancer : elle ne fournissait point surtout de suc, de pulpe *cancéreuse* à la pression. Examinée par trois micrographes, elle a offert les éléments caractéristiques du tissu fibro-plastique, mais du tissu fibro-plastique de la pire espèce, de celui qui est sujet à récidive et qui se rapproche le plus du vrai cancer.

A propos de cette tumeur, *de cette espèce de cancer*, M. Barth insiste de nouveau sur les propositions qu'il a récemment développées à la tribune.

Il reconnaît les services rendus par le microscope à l'anatomie pathologique, et surtout à la classification des tumeurs cancéreuses. Mais il reproche aux micrographes leur tendance à exagérer l'utilité de cet instrument, et à substituer ses données aux précieux résultats de l'observation clinique.

Il se plaint enfin de ce qu'en dehors de l'enceinte académique on a été bien au delà de sa pensée, en disant qu'il avait comparé le microscope, dans le diagnostic des tumeurs, à l'auscultation dans le diagnostic des affections thoraciques. Il n'a pas voulu établir le moindre parallèle ; il n'a fait ce rapprochement que pour rendre plus claire sa pensée.

M. *Velpeau* présente encore un certain nombre de tumeurs, afin de prouver que le diagnostic de la plupart de ces productions morbides n'est pas difficile, même sans l'intervention du microscope.

Le diagnostic de ces tumeurs a été porté au lit du malade et confirmé plus tard par le microscope.

Deux d'entre elles sont squirrheuses ; la troisième est de nature bénigne, c'est le cancroïde des micrographes.

M. Velpeau affirme qu'il est impossible de se tromper sur la nature de ces tumeurs.

M. *Gerdy* proteste énergiquement contre cette affirmation, et soutient que l'erreur est possible.

La séance est levée à cinq heures.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Essai sur les variations du ton dans la percussion et dans les bruits respiratoires, par M. A. Flint (de Louisville).

Il ne faut pas trop s'étonner qu'on ignore au Kentucky l'état de la science en Europe relativement aux variations diatoniques des sons obtenus par la percussion ou des bruits entendus par l'auscultation. Il n'y a qu'à ouvrir le *Traité de percussion et d'auscultation* de M. Skoda, récemment traduit par M. Aran, pour y trouver les données fondamentales du travail de M. Flint ; à savoir que, indépendamment de toutes les différences de *qualité*, 1° la respiration vésiculaire est plus grave que le bruit respiratoire laryngé ; 2° le bruit expiratoire vésiculaire est plus bas de ton que le bruit inspiratoire. Et quoique M. Skoda n'étudie pas spécialement les différences de ton du bruit respiratoire dans les différentes affections thoraciques, néanmoins les expressions de bruit plus *aigu* ou plus *grave*, qu'il emploie par intervalles, prouvent bien qu'il ne perd pas de vue le caractère du ton.

Quoi qu'il en soit, M. Flint a étudié cette question avec un soin tout particulier, et voici le résumé des résultats auxquels il est arrivé :

Respiration *trachéale* normale haute en ton.

Respiration *bronchique* également d'un ton élevé. Sur vingt examens, le ton de la respiration bronchique était plus haut à droite dans quinze cas, et il n'y avait pas de différence entre les deux côtés dans les cinq autres. Dans neuf expériences, le bruit expiratoire était *plus haut* de ton que l'inspiratoire ; ce qui est le contraire de ce qu'on observe pour la respiration vésiculaire, ainsi que nous l'avons dit.

Respiration *vésiculaire*. Le ton est bas dans l'inspiration ; plus bas encore dans l'expiration, sauf dans deux cas, où le bruit expiratoire était plus élevé de ton que l'inspiratoire sous la clavicule droite.

L'auteur fait des applications cliniques de ces données à la pneumonie, à la pleurésie et à la phthisie.

1° Dans la seconde période de la pneumonie, le bruit inspiratoire a un ton élevé ; il est suivi d'un son expiratoire qui est souvent, si ce n'est toujours, plus haut de ton que le bruit de l'inspiration. Ces traits se rencontrent joints à un plus ou moins grand nombre des autres caractères qui appartiennent à la respiration bronchique.

2° Dans les cas où il y a un dépôt tuberculeux peu considérable, ou, autrement dit, dans les cas de phthisie commençante, la modification la plus frappante du bruit respiratoire est l'élévation du ton. Cette élévation de ton est un élément important de ce qui est généralement appelé respiration rude, dure. Si un bruit expiratoire est appréciable dans ces circonstances, le ton peut en être aussi haut ou plus haut que celui du bruit de l'inspiration ; et la variation de ton qui existe dans le premier est aussi grande que le ton de l'expiration, dans le murmure normal, est plus bas que celui de l'inspiration. Ainsi donc, il peut se faire que l'élévation du ton de l'expiration soit le signe valable d'une phthisie commençante, dans quelques cas où la variation dans l'inspiration n'est pas sensible.

3° Si le dépôt tuberculeux est plus considérable, le ton de la respiration est plus sensiblement élevé. Le ton du bruit de l'expiration, quand il est appréciable, peut être soit aussi haut, soit plus haut, que celui du bruit de l'inspiration. Quelques-uns des autres caractères de la respiration bronchique s'y rencontrent aussi.

4° Dans la pleurésie avec épanchement, le ton du bruit respiratoire est élevé et se lie aux autres caractères de la respiration bronchique, dans les parties de la poitrine situées au-dessus du point comprimé. Dans les cas où il y a eu un grand épanchement, après son entière disparition par l'absorption, le côté affecté peut continuer à présenter une variation de ton, la symétrie des deux côtés se trouvant altérée d'une manière permanente, sous ce rapport, après que la qualité vésiculaire de la respiration est recouvrée.

5° Dans les cas où le tubercule est arrivé à la période d'excavation, le siége d'une cavité de grandeur considérable est indiqué par un bruit de soufflet d'un ton bas, avec un bruit expiratoire (s'il est appréciable) dont le ton est plus bas que celui du bruit de l'inspiration. Ces traits constituent les éléments de la respiration caverneuse, et la respiration caverneuse est le signe le plus constant d'une excavation, et celui auquel on peut le plus s'en rapporter.

Si la cavité est très grande, ou s'il y a plusieurs cavités, la respiration peut être tellement modifiée, qu'à l'auscultation immédiate sur tout le sommet de la poitrine elle présente les caractères caverneux. Ceci peut avoir lieu en même temps que de la matité indiquerait à la percussion l'existence d'une induration plus ou moins grande autour des cavités. La coexistence d'une matité relative à la percussion et d'une respiration soufflante à ton bas, dénote que l'excavation est prédominante.

La respiration caverneuse peut aussi exister dans les cas d'excavation causée par une gangrène circonscrite, et dans le pneumothorax avec perforation.

6° Dans la phthisie arrêtée, les traces de la maladie peuvent se manifester par une variation permanente dans le ton de la respiration, jointe à plus ou moins de matité à la percussion de l'un ou de l'autre côté du sommet de la poitrine.

(*Revue médico-chirurgicale*, septembre 1854.)

Cas de tétanos à la suite de la destruction d'une tumeur cancéreuse du col de la matrice, par le d^r Mikschik.

Dans le travail publié par M. Simpson (*Monthly Journal of Medical Science*, février 1854), et dont l'analyse se trouve reproduite dans le n° 41 de la *Gazette hebdomadaire*, travail relatif au tétanos consécutif aux lésions de l'utérus, à l'avortement et à la parturition, il est un fait propre à l'auteur et peut-être unique dans la science : c'est celui d'un tétanos chez une femme à la suite d'une ablation de polype.

Aujourd'hui, nous trouvons un autre cas tout aussi intéressant publié par M. Mikschick, et qui a beaucoup d'analogie avec le précédent.

Obs. — Le 5 août 1816, Madeleine P..., âgée de quarante-sept ans, fut reçue au dispensaire. Constitution lymphatique, faible et amaigrie. Elle a eu quatre enfants, dont le dernier, il y a douze ans, est arrivé mort. A la suite de cet accouchement, elle fut gravement indisposée.

Depuis quatre ans, elle éprouve de violentes douleurs dans les reins, qui s'irradient dans les cuisses ; pesanteur vive dans le rectum ; écoule-

ment vaginal purulent. Les règles cependant apparaissent bien, mais ne durent qu'un à deux jours.

État actuel. Mouvement fébrile tous les jours. A l'examen des organes respiratoires et de l'abdomen, rien.

A l'examen au spéculum, on trouve le col tuméfié, plus consistant, le bord de la lèvre postérieure mamelonné; tout le bord de la lèvre antérieure est occupé par une tumeur mamelonnée, saignante au moindre toucher, baignée dans un liquide sanguino-purulent, et paraissant s'étendre dans l'intérieur du col.

On institue un traitement par les préparations iodées et la ciguë à l'intérieur, des injections calmantes, et deux cautérisations au nitrate d'argent par semaine. Soulagement très marqué en octobre. Sept cautérisations avaient été pratiquées depuis l'entrée de la malade. Le professeur Rokitansky et M. Kiwisch la virent. On excisa quelques végétations au moyen de ciseaux courbes; elles furent examinées au microscope. La tumeur fut jugée être un cancer épithélial, avec texture aréolaire.

La même médication fut continuée; on cautérisa les 12, 18, 24 novembre, le 6 et le 12 décembre.

A chaque cautérisation, les végétations diminuèrent, et les plaies présentaient un bon aspect.

Le 18 décembre, au matin, la malade éprouva de la douleur et de la gêne dans la face. Les muscles de la mâchoire étaient contractés; difficulté dans la déglutition.

19 au matin, même état. — Le 20, roideur dans la nuque, trismus plus développé; douleurs vives dans la poitrine, le long de la colonne vertébrale.

Le 21, même état. — Le 22, les douleurs augmentent; convulsions toniques; tête renversée en arrière. Pouls dur, 80 à 90 pulsations.

Jusqu'au 27 décembre, les phénomènes tétaniques diminuèrent peu à peu, les règles reparurent, il se produisit un mieux sensible, et le 3 février la malade put quitter le dispensaire.

Avant sa sortie, on l'examina : la tumeur avait disparu, et à sa place un nouvel épithélium s'était formé; une hypertrophie assez considérable de la lèvre postérieure existait encore, mais qui était en voie de diminution.

Le traitement employé pendant l'accès de tétanos consistait en pilules d'opium et de musc, en bains alcalins, lavements purgatifs, et une saignée.

Le 20 octobre 1853, après sept années, et sans jamais avoir éprouvé d'autres accidents, la malade fut examinée. L'hypertrophie avait disparu, le col ne présentait que la trace d'anciennes cautérisations.

Que de réflexions et d'hypothèses cette observation pourrait-elle nous suggérer! D'un côté le tétanos se développant à la suite d'une tumeur ulcérée du col en voie de réparation et reconnue cancéreuse; de l'autre, la guérison radicale d'une des plus terribles affections des organes génitaux de la femme. Attendons que d'autres faits viennent s'ajouter à ces deux pour pouvoir présenter quelques remarques générales. (*Wiener Medizinische Wochenschrift*, n° 32.)

Cas de convulsions puerpérales dans lequel on a pratiqué la trachéotomie, par le docteur E. Willliams.

En publiant ce fait, M. Williams s'est proposé de glorifier l'application de la trachéotomie au traitement de l'éclampsie, et d'établir ses droits à la priorité de l'invention. Voici en substance ce fait :

Obs. — Madame G..., âgée de vingt-neuf ans, petite, pâle et d'habitudes dyspeptiques, était arrivée au terme de sa grossesse. Pendant la première période, elle fut considérablement fatiguée par des troubles gastriques, et pendant les quinze derniers jours elle fut prise d'une bronchite accompagnée d'une expectoration abondante, à laquelle elle ne fit aucune attention. Douze jours avant le début du travail, elle fut vivement impressionnée d'un propos indiscret d'un voisin qui lui fit concevoir des craintes pour la vie de son mari.

Le 7 mars dernier, à trois heures du matin, elle était éveillée par l'écoulement du liquide amniotique. Les douleurs suivirent de près et se succédèrent régulièrement; tout annonçait que la terminaison du travail serait prochaine et heureuse. Il est à remarquer cependant que, pendant cette première période, la figure était pâle et anxieuse, qu'il y eut de la céphalalgie, des bâillements, et quelques vomissements. A neuf heures et demie, au moment où l'accoucheur constatait l'état du col, et en apparence sous l'influence de cet attouchement, éclata le premier accès de convulsions qui dura une heure entière avec la plus grande intensité. Pendant tout ce temps, la face était livide, les veines du cou et de la tête distendues; les carotides battaient violemment. Pour calmer cet état alarmant, les veines des deux bras furent ouvertes, ce qui parut abréger la durée de l'accès; et les accès suivants, qui se succédèrent à de courts intervalles, durèrent vingt minutes environ. La rapidité de leur succession fit prendre à M. Williams le parti de vider l'utérus. L'orifice utérin et les parties étant suffisamment dilatés, et la tête se présentant, il perfora le crâne et fit promptement, sans difficulté, l'extraction du fœtus par la crâniotomie. Cinq minutes environ après, le placenta était expulsé par les contractions naturelles de l'utérus, et l'écoulement sanguin fut très modéré. Les convulsions s'étaient apaisées, la connaissance était revenue; la patiente prit un peu de gruau et se trouvait bien, se plaignant seulement de chaleur à la tête et sur tout le corps. Elle était à peine depuis une heure dans cet état de repos, lorsqu'elle fut reprise subitement d'une violente attaque de convulsions. La veine du bras fut ouverte de nouveau, ainsi que la jugulaire qui était énormément distendue, et une quantité considérable de sang fut retirée. Il fit raser la tête et appliquer dessus de la glace; il fit aussi appliquer des sinapismes à la nuque, aux jambes, et administrer un lavement de térébenthine. Les convulsions continuaient, et l'état de la malade devenait plus alarmant. Frappé de l'analogie qui existe entre l'éclampsie et l'épilepsie, M. Williams résolut de recourir à la trachéotomie, préconisée par M. Marshall Hall contre cette dernière affection. Le cas lui paraissant urgent, il fit d'un bout de sonde d'argent une canule provisoire à trachée, et ouvrit ce canal. Il s'en échappa avec force une grande quantité de mucus. La canule provisoire fut introduite et maintenue en place; la respiration s'établit librement par son canal, et il en résulta une amélioration marquée dans l'apparence extérieure de la malade. La face était moins livide, et les veines du cou relâchées. Cependant les convulsions n'avaient pas cessé, mais elles devenaient moins fréquentes et moins violentes. La personne que l'auteur avait envoyée chercher sa boîte à instruments étant de retour avec le consultant mandé, il remplaça la canule temporaire par une autre mieux appropriée, et une nouvelle saignée du bras fut convenue et pratiquée avec un avantage manifeste. Le lavement à la térébenthine fut renouvelé, les sinapismes continués; six sangsues furent appliquées aux tempes. Les convulsions continuèrent jusqu'à une heure du matin, et la malade était tombée dans l'état comateux : les membres étaient sans mouvement, la déglutition impossible, la vie semblait près d'être abolie. Des lavement composés alternativement de bon bouillon, d'eau-de-vie et d'un œuf, ou de térébenthine et d'un œuf, furent administrés avec persévérance par le médecin resté près de la malade pendant la nuit, et ils parurent ranimer sensiblement la vie. Le lendemain, à onze heures du matin, M. Williams trouva la malade un peu ranimée par les clystères de térébenthine et d'œufs. Et comme elle était enfoncée dans son lit, on essaya de lui donner une meilleure position en élevant avec soin et lentement la tête et la poitrine; mais à peine lui eut-on donné une meilleure position qu'elle expira, ayant survécu vingt-quatre heures environ à sa délivrance, et vingt et une heures environ à l'opération de la trachéotomie. Cet événement, ajoute M. Williams, est un nouvel exemple du danger de mouvoir un malade quand les forces de la vie sont dans un état très prononcé d'épuisement; et l'amélioration marquée dans la lividité et la tuméfaction de la face ont laissé dans mon esprit la plus favorable impression sur la grande utilité de la trachéotomie dans de semblables cas.

En présence d'une maladie qui a marché, comme cela arrive ordinairement dans les cas graves, avec une inflexible opiniâtreté vers une terminaison fatale, sans être modifiée par les moyens les plus propres à l'enrayer dans sa marche, il est difficile de partager la prévention de l'auteur en faveur de la trachéotomie, de croire avec lui que l'apparente amélioration qui précède souvent la mort doit lui être attribuée, et que l'action de relever la malade dans son lit a décidé de son sort. L'analogie des symptômes de l'éclampsie et de l'épilepsie permet sans doute de rapprocher ces deux maladies; mais induire des phénomènes consécutifs d'asphyxie et de congestion pulmonaire, qui se produisent dans l'une et dans l'autre, que tout le danger est constitué par la contraction des muscles du cou, et qu'en ouvrant la trachée-artère on doit conjurer la strangulation, et partant faire avorter les accès épileptiques, c'est émettre un paradoxe incapable d'en imposer aux médecins qui ont fait une étude sérieuse de ces deux maladies. — Il y a sur deux autres points de cette observation quelques réserves à faire. La durée du premier accès a-t-elle réellement été d'une heure et celle des suivants d'un quart d'heure? Il est difficile de l'admettre lorsqu'on sait que les accès les plus longs ne dépassent pas quelques minutes. Il est vraisemblable qu'on a confondu en un seul accès des accès rapprochés. Après des attaques aussi prolongées et aussi graves, la malade eût-elle repris toute sa connaissance et se fût-

elle trouvée bien, à l'exception d'un peu de mal de tête et de chaleur à la peau, pendant l'interruption d'une heure qui a suivi l'accouchement? — Une dernière remarque : L'indication de terminer l'accouchement était sans doute évidente ; mais pourquoi, si le col était dilaté et les parties dilatables, le terminer par la crâniotomie (sans dire si l'enfant était mort, et l'époque rapprochée du début de la maladie devait le faire présumer vivant), lorsqu'il pouvait être terminé aussi facilement par le forceps? C'est là un mépris gratuit pour la vie du fœtus, qui est trop familier à la pratique des accouchements en Angleterre. (*Association Medical Journal*, 17 septembre 1854.)

V.

VARIÉTÉS.

Au moment de mettre sous presse, nous recevons du ministère de l'instruction publique le *communiqué* suivant :

On sait qu'un concours doit s'ouvrir, le 2 novembre prochain, pour deux places d'agrégé vacantes, dans la section de pharmacie et d'histoire naturelle, à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

M. le ministre de l'instruction publique vient de compléter l'organisation du jury de ce concours, composé déjà aux termes du règlement du 6 février 1846, de quatre professeurs de l'École qui, à raison de la nature de leur enseignement, sont juges de droit. Ces professeurs sont MM. Lecanu, Guibourt, Chatin et Chevallier. Les juges adjoints, que M. le ministre a nommés par arrêté du 24 octobre 1854, sont : MM. Balard, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Paris ; Ducom, agrégé de l'École de pharmacie de Paris, et Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine. M. Balard est nommé président du concours.

Les candidats inscrits et dont M. le ministre a, en même temps, arrêté la liste, sont : MM. Ossian, Soubeiran fils, Vialla, Hébert et Lutz.

— La commission instituée pour préparer un projet d'arrêté concernant le certificat d'aptitude pour le titre d'officier de santé, de sage-femme, de pharmacien et d'herboriste de 2e classe, a terminé ses travaux le 24.

— La distribution des amphithéâtres de l'École pratique aura lieu samedi prochain, 28 octobre, à midi précis, dans la grande salle de la Faculté de médecine.

— La rentrée de la Faculté de médecine aura lieu, selon la coutume, le 2 novembre prochain. Les examens pourront avoir lieu immédiatement ; mais les cours ne commenceront que le 16, *après la prise des inscriptions.*

Le 15 aura lieu, sous la présidence de M. le doyen, la séance annuelle, dans laquelle M. Bérard prononcera l'éloge d'Orfila.

— Un correspondant écrit ce qui suit au journal *la Presse*, en donnant les chiffres comme officiels :

Le nombre des blessés envoyés de la Crimée s'élève au chiffre de 1,064. Il y a en ce moment :

A l'hôpital de Péra, 509 hommes ; à l'hôpital de Dolma-Baqtchè, 352 h. ; à l'hôpital de Quandidjè, 116 h. ; à l'hôpital de Ramis-Tchiflik, 5 h. ; à l'hôpital de Maltépè, 7 h. ; au dépôt des convalescents de Dahoud-Pacha, 75 hommes qui sont sortis presque immédiatement des hôpitaux. Total égal, 1,064 hommes.

On compte parmi ces blessés 182 Russes.

Au 9 octobre, le nombre total des morts n'avait pas dépassé 50, c'est-à-dire moins de 1 décès sur 19 blessés ; sur 90 amputations pratiquées, on ne compte que 11 décès. Parmi 28 amputés sur le champ de bataille d'Alma et transportés à Constantinople, 6 seulement ont succombé. Les Russes résistent mieux aux suites des amputations.

L'arrivée d'un certain nombre de cholériques envoyés de la Crimée inspirait des craintes sérieuses. Mais, d'après l'ordre de M. Lévy, directeur du service de santé de l'armée, les cholériques ont été isolés sous des tentes, et la terrible maladie dont ils étaient atteints ne s'est point propagée. Cette méthode avait déjà été expérimentée, du reste, à Varna ; les conséquences en sont complètes et décisives.

CHOLÉRA. — Mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine depuis le 18 octobre :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
19 octobre. .	13	2	15	14	12
20	2	3	5	1	7
21	7	6	13	14	13
22	5	4	9	10	8
23	5	3	8	5	1
24	6	4	10	8	6
25	3	4	7	7	8
Résumé de 7 jours. .	41	26	67	59	55

Situation au 25 octobre : Cas traités depuis novembre. 6,610

Sorties . . . . . . 2,984 }
Décès . . . . 3,429 } 6,413

Il reste en traitement 197

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 9. Hydropisie et tympanite utérine en dehors de l'état de gestation, par *Teissier*. — Sur l'inoculation lacto-variolique, par *Diday*. — Présence du manganèse dans le sang, par *Burin du Buisson*.

GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER. — N° 7. Étude sur Aristote, par *Girbal*. — Du degré de force dans le taxis, par *Cam. Bernard*.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE. — Septembre. Existence de l'affection syphilitique secondaire des viscères en général, et du cerveau en particulier, par *Faurès*. — Sur les maladies en général, par *Murat*. — Indications du mercure dans la syphilis, par *Diday*. — Cas de tératologie, par *Bourdet*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — N° 9. Perforation transversale de la poitrine par un échalas ; guérison, par *Lassaigne*. — Observation d'hydrophobie, par *Bernardet*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — Nos 6. Sur les champignons vénéneux, par *E. Desmartis*. — Danger de supprimer les évacuations alvines dans certaines formes de cholérine, par *Liégey*. — Cancer encéphaloïde ulcéré ; ligature en masse ; guérison, par *Mourgues*. — Méningite cérébro-spinale, observée à Carpentras, par *Barjavel*. — 7. Nécessité d'une réforme dans la classification des médicaments, par *A. Miergues*. — Tumeur blanche de l'artère huméro-cubitale, chez un enfant de sept ans, par *Cabaret*.

ANNALES ET ARCHIVES DE MÉDECINE BELGE ET ÉTRANGÈRE. — Septembre. Extraits et analyses.

GAZETTE MÉDICALE DE LIÉGE. — N° 19. Du secret en médecine. — Cliniques et revues.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — Nos 42. Études thérapeutiques sur le nitrate d'argent et ses dérivés, par *Crocq*. — Hernie guérie par le procédé de M. *Seutin*. — 43. Nitrate d'argent, par *Crocq*. — Cure radicale des hernies (nouveau procédé), par *de Roubaix*.

ALLGEM. MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — Nos 81 — 82. Communications puisées dans la pratique, par *Eichmann*.

DEUTSCHE KLINIK. — N° 41. Quelles sont les conditions pathologiques favorables au développement du narcotisme par le chloroforme, par *H.-M. Cohen*. — Rapport succinct sur les cours de démonstrations microscopiques de MM. Hasse et A. Hoefle à la clinique médicale de Heidelberg, pendant l'été de l'année 1854, par *A. Hoefle*. — Observations recueillies à l'hôpital de la ville de Kœnigsberg, par *Lange*. — La clinique chirurgicale et ophthalmologique d'Erlangen, etc., par *Heyfelder*. — Le 31e congrès des naturalistes et médecins allemands, par *Goeschen* (suite).

MEDICINISCHE ZEITUNG. — N° 41. Sur les rapports entre la fièvre et l'inflammation. Fièvre intermittente et typhus, par *Boecker*. — Le choléra et son traitement à Staraja-Russa (gouvernement de Nowgorod), en 1853.

NEW-YORK MEDICAL TIMES. — Septembre. Luxations spontanées du fémur, par *J.-R. Wood*. — Œdème de la glotte survenu après avoir bu du café bouillant, par *Hurlbutt*. — Maladies de la peau, par *Bulkley*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS

A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. PARIS, 3 NOVEMBRE 1854. N° 57.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

UNIVERSITÉ DE FRANCE. INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

Par arrêté, en date du 30 octobre 1854, M. Poincaré, docteur en médecine, est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 2 novembre 1854.

LE MICROSCOPE ET LE CANCER DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE : ÉTAT DE LA DISCUSSION.

(Voir les numéros 54, 55 et 56.)

L'étendue que nous avions donnée à l'article précédent ne nous avait pas permis de résumer la teneur complète de la séance dernière, dans laquelle la discussion a poussé de nouvelles et robustes racines. Mais tout d'abord qu'il nous soit permis d'invoquer le privilége de l'erratum pour une phrase du dernier article, qui, si elle était lue à la légère ou par des esprits peu bienveillants, pourrait nous faire accuser d'outrecuidance en matière de diagnostic.

Ceux qui voudront bien relire le second alinéa de la deuxième colonne à la page première, ajouteront au milieu de la ligne 6, du paragraphe, ces simples mots « après l'opération. » Car j'ai uniquement voulu dire que le microscope tranchait très vite les questions d'anatomie pathologique. Le simple bon sens indiquant cette rectification, on voudra bien nous accorder qu'elle ne nous a été dictée par personne.

M. Leblanc est monté à la tribune pour venir au secours du microscope qui décidément comptera mardi dernier parmi ses jours fastes. L'orateur conserve au mot cancer « sa valeur historique. » Nous voulons le contraire, c'est-à-dire restreindre son emploi et ne l'appliquer qu'à une espèce pathologique, distincte des autres par sa composition anatomique surtout, et aussi par son évolution toute spéciale ; il

FEUILLETON.

Évian et ses eaux.... minérales.

Malgré l'humble place dont il se contente ici, l'article qui sollicite de vous un coup d'œil de haut en bas, cher lecteur, n'en émane pas moins de la collaboration respectable d'un médecin et d'un malade. Mais en une seule et même personne, ils se sentent mieux en mesure de juger des causes par leur effet, méthode toujours plus sûre que la réciproque, surtout en hydrologie minérale. Ne redoutez point trop cependant la disquisition approfondie que ce début semble promettre. Il me reste un troisième coupable à vous signaler : le touriste. Que son adjonction vous rassure. Elle était de droit pour compléter la trinité racontante, puisque nous allons voyager en pleine Suisse... et en plein feuilleton.

Évian, *ab aquis* ; voilà l'étymologie qui s'étale au premier folio d'un opuscule rose édité sur la matière. Que vous semble de l'origine ? Elle ne saurait invoquer une analogie plus étroite, puisque, pour extraire du mot latin le français, il s'agit simplement — bagatelle ! — de changer *a* en *e*, *b* en *v*, et *quis* en *ian*. Quelque saisissante, toutefois, que soit la

ressemblance, me sera-t-il permis de proposer aussi ma solution ? Que d'ambitieux érudits remontent les siècles, tordent les racines, secouent les bouquins ! je ne veux m'inspirer, moi, que de mon sujet. L'aspect du lieu n'est-il donc pour rien dans le choix de son nom ? Et, dans ce site ravissant, au sein de cette suave atmosphère, les vagues éblouissantes du lac, la végétation luxuriante de ses bords, la pittoresque corbeille de hameaux qui l'enserre, la bénigne et hospitalière nature des habitants, tout, jusqu'aux troncs desséchés où s'élance le cep, et qui de leurs branches anguleuses vous adressent, comme d'un doigt recourbé, le signe d'appel si connu des amis au retour... tout ne semble-t-il pas dire, à Évian : « Eh viens ! »

A peine débarqué, néanmoins, un désappointement vous attend. Le voyage a été fait pour boire les eaux : il vous tarde de les déguster. Vous courez, la coupe s'approche de vos lèvres... déception ! mais déception trop peu amère ! Ce remède si vanté, c'est l'eau pure, l'*eau commune* des officines, *aqua nostras*, ou protoxyde d'hydrogène. Humez, odorez, aspirez, savourez, vous n'en extrairez pas d'autre élément. Eau vive et fraîche, je l'accorde, agréable surtout, qui toujours tente et jamais ne lasse, mais sans gaz apparent, sans aucune saveur acide, saline, ferrique ou sulfureuse.

est facile, avec un peu d'attention et en relisant les discours de M. Leblanc, de se convaincre que la dissidence entre ses opinions et les nôtres n'existe réellement qu'à la superficie.

Le microscope, dit M. Leblanc, beaucoup plus fidèle qu'on ne l'a dit jusqu'ici, montre qu'il y a coïncidence entre les caractères constatés à l'œil nu et avec le toucher, et ceux qu'il découvre; il rectifie surtout les faux jugements et fait éviter les erreurs de diagnostic et de pronostic.

Les dissidences qui peuvent s'élever entre les micrographes ne lui paraissent pas une raison suffisante pour déclarer le moyen inutile; car, comme il le dit fort bien, pour arriver à la vérité en micrographie comme en clinique, il faut non-seulement voir, mais encore discerner; pour dire s'il y a élément cancéreux, il faut connaître exactement tout ce qui peut être confondu avec lui. C'est l'histoire du diagnostic en général. Cela suppose, dit l'orateur, une étude immense dont les résultats sont vrais, mais très difficiles à obtenir. M. Leblanc a d'autant plus raison que bien évidemment il en est de l'anatomie microscopique comme de celle qu'on fait avec la scie et le scalpel. Il faut, pour apprécier sainement les lésions d'un organe, connaître très exactement cet organe à l'état sain. Pour déclarer que la cellule cancéreuse, que le globule purulent ou le corpuscule du tubercule sont hétéromorphes, il a fallu, par de nombreuses études sur les tissus sains, s'être assuré que rien de semblable ne s'y trouvait. Nous rougirions vraiment de rappeler des vérités aussi banales, si l'on ne nous contestait jusqu'aux moindres résultats de nos études.

Nous sommes encore plus de l'avis de M. Leblanc quand il dit que l'on ne doit pas laisser le microscope entre les mains seules des micrographes de profession.

Personne d'entre eux, en effet, ne voudrait s'astreindre au rôle secondaire qui consisterait à constater uniquement la forme et le nombre de tel ou tel élément anatomique: ce serait abdiquer son titre de médecin et se réduire volontairement au métier de manœuvre. Aussi, dirons-nous avec Chelius : « Si l'anatomie pathologique veut être d'une utilité directe et d'une application immédiate à la médecine pratique, il ne faut pas qu'elle se borne à la recherche des altérations que subissent les parties organisées et les tissus morbides, mais il faut encore qu'elle tienne un compte rigoureux et des symptômes, et de la marche de la maladie, et de l'influence qu'elle exerce sur les parties qui l'avoisinent et sur le reste de l'économie (*Traité de chirurgie*, par J. Chelius, trad. franç. de M. Pigné, t. I, page 251, 1838). Dès lors, puisque nous ne voulons pas nous enterrer vivants dans une spécialité stérile, pouvons-nous tolérer qu'on nous dise : Vous regarderez, mais vous ne penserez pas; vous constaterez des faits, mais vous ne déduirez pas. Nous sommes les premiers à dire que le microscope n'est qu'un instrument physique, un œil plus pénétrant si l'on veut; mais le droit qu'on a de tirer des conclusions de l'observation des faits est, ce me semble, imprescriptible, et si un moyen d'exploration a des limites, il me paraît tout à fait arbitraire d'enfermer l'esprit dans le même cercle que l'œil, et de lui dire « tu n'en sortiras pas. » S'immiscer dans les affaires de la nosologie est pour nous plus qu'un droit, c'est un devoir, et les efforts redoubleront en raison directe de la résistance.

Il faut, ajoute M. Leblanc, vulgariser l'emploi du microscope et l'utiliser toutes les fois que l'occasion s'en présentera dans la pratique. Quelques personnes, et deux académiciens sont de ce nombre, pensent que cela est difficile et que le praticien ne pourra pas avoir sans cesse avec lui l'instrument en question, dont l'usage d'ailleurs sera généralement peu répandu, à cause des difficultés des études histologiques. Cette objection n'est pas acceptable. Le cercle de nos connaissances, en effet, s'agrandit tous les jours, c'est une nécessité inévitable, car chaque époque a toujours eu et aura toujours de nouvelles exigences en matière d'instruction. Il faut, au reste, en médecine, comme dans les autres professions, séparer les adeptes en deux catégories fort inégales à la vérité : les uns, plus nombreux, acceptent la science; les autres la font; et, soit désir de gloire, soit activité d'esprit, ces derniers consacrent toujours à la cause du progrès un temps qu'ils pourraient sans doute employer plus lucrativement. Il suffit donc que quelques-uns travaillent, observent et démontrent pour que le plus grand nombre profite. L'histoire de la science est pleine du triomphe des minorités et souvent même des individualités progressistes sur les majorités plus tardives dans leur marche.

D'ailleurs, les complications qui apparaissent dans les sciences à mesure que surgit un nouveau moyen d'investigation sont toujours temporaires, et l'équilibre est bientôt rétabli quand les premiers embarras sont dissipés. Moins une équation renferme d'x, plus sa solution est facile. Or, les problèmes de la pratique paraissent trop riches encore en inconnues pour qu'on ne s'efforce pas d'en diminuer le nombre. Je ne sache pas que des notions exactes aient jamais obscurci une science. Aussi, dirai-je avec le philosophe grec : « Tout ce qui est vrai est ou sera utile. »

Ce que le réactif naturel refusait, une analyse plus savante, je le sais, l'a fourni : et l'eau d'Évian, comme toute autre, peut exhiber son brevet authentique, dûment garanti de :

Bicarbonates.	quelques atomes.
Chlorures	traces.
Glairine.	quantité indéterminée.
Acide carbonique. . . .	pour mémoire.

Mais je tiens à le répéter, parce que l'avis peut épargner des regrets ou des reproches, partial ou indifférent, docteur ou client, indigène ou étranger, tous portent le même jugement; tous, en posant le premier verre vidé, s'écrient : « C'est de l'eau! »

De l'eau, en effet; mais ne vous hâtez, pour cela, de maudire ni de repartir, ainsi que je l'ai vu pratiquer. Si ces quelques centigrammes qui passent inaperçus du palais suffisent pour corriger les sécrétions perverties, que voulez-vous de plus? En croirez-vous plutôt le papier de tournesol que votre appétit renaissant, que vos urines dulcifluentes, que vos jarrets retrempés? Fiez-vous en à un vieux dyspeptique, riche d'une expérience dont son estomac sait le prix. Ce liquide insipide, avec ses impondérables parcelles alcalines, a, dans des cas déterminés, tout le pouvoir de l'héroïque Vichy, sans les dangers qui sont la compensation fatale d'une action parfois excessive. Aussi, impuissant pour le mal, quoique armé pour le bien, donnant peu, mais donnant à tous ceux qui lui demandent, faut-il s'étonner s'il a vu grandir sa réputation en raison directe de son abondance, si chaque année double le nombre de ses fidèles, si enfin, comme pour tout dogme en faveur, il peut déjà nourrir plusieurs sectes dissidentes.

Car, il est temps de le dire, la rivalité, sinon la discorde, passionne, à Évian, baigneurs et médecins. Deux sources sont en présence : l'une ancienne, officielle, dite de Cachat, ou de *l'Établissement*; l'autre, nouvellement célébrée, plus modeste, dépourvue de titre légal comme de robinet de cuivre et de bassin de marbre, mais plus copieuse, plus fraîche, et dotée du nom encourageant de *Bonne vie*. Et chacun de vanter la sienne, de lui trouver des vertus spéciales, de lui attribuer des cures marquantes. Des trois docteurs du lieu, l'un prescrit *l'Établissement*, l'autre la *Bonne vie* (ce qui, en fait de régime, fait, certes, une différence); le troisième, plus conciliant, formule *in utroque*. Et le pauvre buveur, tiraillé entre les menaces et les promesses, manquant même du guide qui suffit à la brute, le goût, se voit contraint, pour être plus sûr de son fait, d'ingurgiter ici et là, c'est-à-dire, en somme, une quantité de liquide double de la dose nécessaire et prescrite.

M. Leblanc est entièrement d'accord avec la doctrine nouvelle sur la signification qu'il faut accorder aux idées de transformation et de dégénérescence des tissus sains et des productions homœomorphes. La théorie de la substitution triomphe donc partout de celles qui admettent la métamorphose d'un élément en un autre ou l'organisation des produits exsudés autres que la lymphe plastique. C'est un point que Scarpa avait pressenti depuis bien longtemps; puis que MM. Cruveilhier, Lebert, Robin, Broca, etc., ont très clairement élucidé dans leurs écrits. Nous l'avons exposé nous-même dans quelques opuscules (1).

Indépendamment des questions de doctrine, le savant vétérinaire rapporte quelques faits tirés de sa pratique, et qui offrent un intérêt majeur : il s'agit des tumeurs mixtes. Deux fois l'hypertrophie de la mamelle était compliquée d'éléments cancéreux. La terminaison de la maladie fut dominée par l'existence de ces derniers : la généralisation, la cachexie et la mort survinrent rapidement; l'opération fut impuissante contre la diathèse, et à la fin toutes les tumeurs étaient encéphaloïdes.

L'histoire d'un troisième animal est plus curieuse encore : il y eut invasion des deux produits pathologiques. L'apparition et l'ablation successive de plusieurs tumeurs fibro-plastiques sur le corps et les membres n'avaient pas altéré la santé générale. Un cancer encéphaloïde se développe dans la mamelle; bientôt la cachexie se déclare, puis la mort s'ensuit. Observé moins scrupuleusement, ce fait aurait servi à étayer les théories de la dégénérescence ou de la terminaison fatale des tumeurs fibro-plastiques. Dans ce fait aussi exceptionnel que curieux, on peut ne voir qu'une coïncidence; d'autres diront sans doute que le tissu fibro-plastique peut récidiver en cancer, et en concluront à l'identité de ces deux productions. Nous laissons chacun libre de choisir entre ces deux interprétations.

Quelques-uns de nos antagonistes ont cru trouver dans l'existence de ces tumeurs mixtes un argument décisif contre l'importance des recherches microscopiques. Si les éléments cancéreux, disent-ils, se trouvent mélangés à d'autres produits, épithélium, tissu fibro-plastique, acini glandulaires, ou relégués dans un coin de la tumeur principale, comment le trouverez-vous, si vous n'en avez qu'une portion à votre disposition; cette portion précisément pourra ne pas renfermer votre cellule spécifique; dès lors, comment affirmer qu'une tumeur n'est pas cancéreuse, si vous n'avez pas fait passer sous l'objectif la masse tout entière! Ce qui, par parenthèse, ne laisserait pas que d'être assez fastidieux, pour peu que la pièce ait acquis seulement le volume d'un œuf.

Pour le micrographe, ajoutent-ils, une tumeur est un *microcosme* dont l'exploration est bien longue, sinon presque toujours incomplète. Ces arguments ne sont pas sans réplique, et ceux-là qui se livrent avec quelque assiduité au genre d'étude en question, sont parfaitement éclairés sur leur valeur. Lorsqu'on a toute la masse pathologique à sa disposition, il est bien rare qu'à l'aide de coupes multipliées, on n'arrive pas à découvrir quelque point suspect et à constater l'existence de l'élément cancéreux quand il existe. Mais, réserves faites, acceptons l'objection. Que prouve-t-elle? que l'on peut méconnaître le cancer, et que le résultat peut être insuffisant, que l'examen d'une tumeur suspecte est long, pénible, exige beaucoup de temps, d'attention, sans compter l'habileté; j'accorde tout cela. Mais entre l'insuffisance d'un moyen dans certains cas rares, la difficulté qu'engendre, la patience qu'exige son emploi, et son inutilité en général, il y a loin; et d'ailleurs je pourrais demander à mon tour à nos argumentateurs quel moyen ils ont, dans des cas si peu tranchés, pour reconnaître la présence du cancer qui nous échapperait dans les tumeurs. Ils ne les regardent pas, ne les dissèquent pas, ne les fragmentent pas plus ni mieux que nous. Si les chirurgiens qui nous ont envoyé des pièces fort mal caractérisées veulent bien rappeler leurs souvenirs, ils reconnaîtront que souvent nous leur avons donné une solution que la marche ultérieure du mal est venue justifier.

Le reproche d'insuffisance est beaucoup plus fondé quand il s'applique aux procédés d'exploration avant l'opération sanglante, et il est vrai qu'alors le diagnostic précis ne sort que de l'amphithéâtre; mais il faut reconnaître une tout autre valeur à l'absence de la cellule cancéreuse ou à sa constatation : dans le premier cas, l'incertitude peut persister, mais je ne vois pas qu'on soit moins avancé qu'avant. Je pourrais citer d'ailleurs un assez bon nombre de cas où le diagnostic a été éclairé par le microscope avant qu'intervînt l'*ultima ratio* du chirurgien.

M. Barth a pris la parole une seconde fois, pour présenter à l'Académie une pièce intéressante : c'est une tumeur du testicule, cancéreuse par ses ascendants et par le pronostic qu'on a porté sur elle, mais dans laquelle l'œil nu ne peut reconnaître les caractères du cancer. Le tissu est dur et comme fibreux; la pulpe, le suc manquent; il faut, en un mot, que

(1) *Étiologie des tumeurs fibrineuses* (*Moniteur des hôpitaux*, 1854); — *Hydarthrose chronique* (*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. III, p. 374, 1853).

Touché de cet embarras, que j'éprouvai moi-même, j'ai voulu en délivrer mes successeurs. Pour finir la contestation entre les deux sources rivales, que fallait-il? Tout simplement prouver que ce qu'elles se disputent n'appartient en propre à aucune; que la vertu dont chacune se prétend douée à un degré supérieur se trouve dans le premier filet d'eau qui sourd de cette terre bénie. J'emportai donc, soigneusement cachetées, deux bouteilles puisées l'une à la source de l'Établissement, l'autre à la fontaine publique de la *place du Marché* (où les habitants se servent pour leurs besoins domestiques). Je les remis à M. Glénard, professeur à l'École de médecine de Lyon, tout en lui célant, par excès de précaution, leur provenance. Ce chimiste, aussi habile que complaisant, vient d'en terminer l'analyse. Quoique faite superficiellement, elle suffit au but que je me propose, puisqu'il a constaté que le résidu blanc est égal (3 décigr. sur 1 litre) pour les deux. La quantité de glairine, autant qu'on en peut juger, est aussi la même. A la vérité, l'eau de l'Établissement lui paraît seule contenir un peu de gaz; mais (comme par compensation) la réaction alcaline lui a semblé plus marquée dans l'eau de la fontaine publique. En résumé, le poids des bicarbonates de soude, de chaux et de magnésie est identique dans toutes deux.

Ne taxez point cette analyse de malveillance, trop heureux Évianois! N'en devinez-vous pas les magnifiques conséquences? D'abord Bonne vie et Cachat se donnent la main, sans rancune, non d'après le précepte évangélique, mais en vertu de cette autre loi tout aussi formelle, par laquelle deux quantités égales à une troisième sont bien forcées de s'avouer égales entre elles; puis, le monopole étant détruit, c'est par de meilleurs aménagements, par la commodité, l'agrément, le luxe (s'il peut jamais s'importer à Évian) des dépendances, que l'on s'attachera dorénavant à gagner la vogue et la faveur. Or, rivalité pour rivalité, je l'aime mieux, je l'avoue, entre maître d'hôtels qu'entre chimistes ou docteurs.

Troisième et superbe conséquence : la liberté de locomotion rendue aux buveurs! Les voyez-vous, les malheureux, — là, du reste, comme à toutes les eaux, — parqués vingt-cinq jours durant dans un cercle infranchissable, tournant sans avancer comme un cheval de manége; maîtres en apparence de leurs pas, mais plus semblables au libéré qu'à l'homme libre, puisqu'ils sont forcés comme lui de se représenter toutes les demi-heures au robinet fatal! Audacieuse violation de l'hygiène, comment t'es-tu perpétuée sur ce sol enchanteur où tout engage à la promenade rêveuse et sans but? Reprenez votre indépendance, pauvres victimes! le ban est rompu, désormais. Errez au gré de vos caprices; parcourez sans remords ces sites ravissants, car chaque pli de terrain cache sa naïade, et

les apparences extérieures soient bien mal tranchées, pour que l'honorable anatomo-pathologiste se trouve dans l'impossibilité de se prononcer autrement qu'en disant : « C'est une tumeur maligne. »

Voici un fait qui met dans toute leur évidence les incertitudes assez fréquentes du diagnostic clinique. Quelle raison engage M. Barth à porter un pronostic grave? Ce n'est ni la marche de la maladie jusqu'à ce jour, ni l'aspect du tissu pathologique : c'est uniquement le commémoratif. Il est clair aussi que, pour lui, le diagnostic est provisoire. Il craint beaucoup pour son malade; mais il le condamnerait bien plus encore, si le testicule avait un aspect franchement encéphaloïde.

M. Barth s'adresse au microscope, et le microscope lui donne des résultats contradictoires. Voici la seconde fois que pareil fait arrive depuis le commencement de la discussion. Ceci prouve deux choses : c'est que les tumeurs, douteuses pour les anatomo-pathologistes les plus habiles, sont loin d'être rares ; la seconde, c'est que le microscope a aussi ses embarras, dont, par bonheur, il sort souvent, témoin la tumeur de la séance dernière.

J'ai examiné, pour ma part, un fragment de la tumeur testiculaire en question, sans savoir ni d'où il venait, ni quels étaient les antécédents. J'y ai trouvé l'élément cancéreux sans équivoque, mais dans des proportions et des combinaisons telles, que je me suis très bien expliqué comment la physionomie extérieure du tissu morbide était incertaine.

J'ai, au reste, remis à M. Barth lui-même une note détaillée de l'examen en question, que j'ai fait avec M. Robert; et je dirai, à ce propos, qu'il serait à souhaiter que chacun en fît autant et joignît même des croquis à ses descriptions. De cette façon, les documents seraient plus sérieux, plus authentiques, et surtout plus facilement rectifiables au besoin. Les erreurs seraient, il est vrai, plus saisissantes et plus gênantes pour leurs auteurs ; mais il faut savoir, ici comme ailleurs, affronter les périls et avouer les défaillances quand on en a fait. La science n'a rien à y perdre.

M. Barth après avoir fait au microscope une part honorable, craint toutefois qu'il ne conduise dans une voie périlleuse, en ne donnant qu'un seul caractère, auquel on accorderait trop de valeur. Mais nous répondrons, pour la centième fois, que nous tenons compte des autres, mais qu'il s'agit de classer ces caractères, et de savoir auquel d'entre eux il faut accorder la prééminence pour établir les classifications. Dans notre opinion, la structure doit être mise au premier rang, parce qu'elle est le caractère le moins variable. Qu'on laisse donc de côté l'instrument d'optique, et qu'on attaque notre principe, notre point de départ; qu'on cesse de poursuivre le moyen physique pour lutter contre la doctrine, et l'on nous trouvera, là surtout, inébranlables dans nos convictions. Nous appelons de toutes nos forces le débat sur ce terrain, et nous sommes surpris de ne nous être pas encore fait comprendre.

Ceci nous amène à la comparaison entre les anciennes et les nouvelles classifications des cancers. Que sont donc devenues les six espèces d'Alibert, les neuf espèces de Bayle, tous les sarcomes d'Abernethy, les distinctions entre le squirrhe et le cancer, le cancer occulte et le cancer ulcéré, le carcinome, le stéatome, et toutes ces innombrables variétés auxquelles M. Robert faisait énergiquement la guerre? Comment nous accuser de *multiplier à l'infini les divisions*, quand nous substituons à cet amas confus de mots quatre maladies seulement, dont une, entre autres, l'hypertrophie glandulaire, est acceptée sans contestation. Voici un singulier reproche pour nous, qui affirmons simplifier, en distinguant ce qui doit être distingué.

La séance de mardi dernier a été aussi bien remplie, elle nous montre que dans les rangs de l'Académie le vide se fait autour de M. Velpeau, dont personne n'admet l'arrêt sévère contre le microscope. Cet isolement nous justifie d'attaquer en sa personne, que nous estimons singulièrement, une réprobation que nous croyons injuste.

M. Larrey, dans un discours plein de dignité et qui révèle une fois de plus les sentiments si élevés de son auteur, s'étonne de la singulière position faite aux promoteurs de la doctrine nouvelle dont, pour sa part, il trouve les efforts louables et dignes des plus grands encouragements. Il est équitable, ajoute-t-il, d'aider le microscope, de le guider au besoin, et non de lui dresser des embûches. Il reprend les objections qui ont été faites à l'emploi de cet instrument, montre les services qu'il a rendus et ceux qu'il rendra encore. Le diagnostic du cancer était si obscur, il y a quelques années, qu'en fait de curabilité il suspecte les témoignages fournis par les hommes cependant qu'il honore le plus, et cite encore la conviction de Marjolin, qui croyait à la récidive constante du cancer.

M. Larrey raconte, avec son impartialité ordinaire, deux cas de tumeurs fibro-plastiques, l'un qui concorde avec l'opinion de M. Lebert sur l'évolution de cette maladie, et l'autre qui infirme cette opinion. On sait, d'ailleurs, que notre savant ami s'est lui-même empressé de publier les faits de généra-

---

chaque naïade vous tend le remède. Un gobelet dans la poche, ou celui de Diogène au bout du radius, partez jusqu'à l'heure du dîner, voilà tout le traitement; et votre fourchette m'en dira des nouvelles !

Puisque je suis en veine de licences, j'irai jusqu'au bout, et veux confesser tous mes torts. A vingt minutes d'Évian, du côté du port, il est un lieu vraiment féerique. Dominant le lac, mais sans rien d'abrupt, un vaste plateau d'épais gazon s'élève, ombragé de châtaigniers gigantesques assez rapprochés pour tamiser la lumière et intercepter la chaleur. Dans cet Eldorado (que je pourrais croire avoir découvert, tant nous nous y trouvions seuls, loin de la foule attachée aux buvettes officielles), que d'heures à long et fortuné souvenir j'ai dérobées à la rigueur du traitement orthodoxe ! A deux pas était la *Grande rive* et son eau ferrugineuse si apéritive. A cinq minutes, le lac, où j'allais chaque jour ressaisir à la nage un reste de jeunesse. Coin chéri, un jour, sans doute, villa somptueuse ou parc encombré de promeneurs, tu auras étouffé l'écho modeste de nos douces causeries ! Mais, dût-il en peuplant ta solitude faire de toi un ingrat de plus, cet hommage t'appartient ; besoin de mon cœur reconnaissant, pour te le rendre, je sacrifie volontiers au bonheur de tes hôtes futurs les intérêts de mon égoïsme, auquel souriait encore, l'an prochain, la perspective d'une jouissance exclusive.

Mais revenons à des soins plus vulgaires. Il m'en coûte de le dire (moins cependant que de l'avoir éprouvé) : le culte de la recomposition organique ne paraît pas aussi en honneur à Évian que celui de la fonction corrélative. On sait fort bien, en y abordant, par quelle voie se fera le départ des molécules ; mais où prendre pour les remplacer? Voilà le problème, et la solution, je le répète, n'en est point aussi facile qu'aux tables d'hôte des autres thermes. Peut-être entre-t-il, à mon insu, dans ces récriminations, un peu de jalousie. Sans doute, là où j'exhalais mes vains soupirs, d'autres bénissaient une chère si bien appropriée à l'indication pathologique. Tout, en effet, dans ce régime, semble créé pour une seule classe de malades. Fortunés graveleux ! Ici la pomme de terre se délite en fécule plus savoureuse qu'ailleurs; la chicorée vous invite par son âcreté de bon ton; le *daucus carotta* étale ses flavescentes amorces que jamais nul repentir n'accompagne ; le *fera*, pullulante espèce, vient deux fois par jour protester de toute sa fadeur contre ce vieux préjugé qui attribuait au poisson des qualités nutritives hyperréconfortantes ; le vin servi dans des carafons que l'on juge superflu de boucher, et dont la forme complète, hélas ! la très exacte ressemblance avec ceux usités pour la salade, tout apprend que : « Guerre à l'acide urique ! » est la devise du lieu. Mais nous, pauvres dyspeptiques ! que nous sert cette fastueuse abondance, ce beurre délicieux,

lisation du tissu fibro-plastique. Du reste, l'honorable académicien a fait remarquer que les micrographes connaissaient fort bien la nature maligne de certaines tumeurs non cancéreuses.

Nous sommes reconnaissant de l'assistance morale que M. Larrey a bien voulu nous prêter à une époque pour nous difficile, et nous apprécions à sa valeur la délicate proposition qu'il a faite à ses collègues avant de quitter la tribune.

M. Malgaigne est descendu à son tour dans l'arène. On aurait pu craindre un instant que son discours ne fût bref; heureusement qu'il en a été tout autrement. Contrairement à M. Velpeau, qui, peu ami du microscope, accorde ses sympathies aux micrographes, M. Malgaigne a fait une longue et grande apologie de l'instrument, et s'est montré presque toujours sévère pour ceux qui le cultivent et qui lui ont consacré leurs veilles. Il était dans son droit en séparant virtuellement les faits des doctrines, et les doctrines elles-mêmes de ceux qui les ont éditées. C'est pourquoi, dans notre désir sincère de voir triompher la vérité, nous reléguons les questions de personne au second plan, et nous déclarons que jamais le microscope n'a été plus solidement étayé, plus vigoureusement défendu que par la plaidoirie de M. Malgaigne. A en croire le brillant orateur, les micrographes allaient perdre le microscope et allaient retomber dans le chaos, si les cliniciens n'étaient survenus pour leur montrer le précipice et les empêcher d'y rouler, en les garantissant surtout du mirage causé par une certaine loi de pathologie générale mise en lumière par Bichat, et avant lui par Morgagni lui-même. S'il en est ainsi, il faut bien reconnaître que le gouffre était, par exception, au sommet de la montagne, et que les cliniciens avaient été fort peu soucieux des efforts qu'avaient faits les micrographes pour gravir et escalader la rude et âpre montée.

Acceptons volontiers que quelques chirurgiens ont à la fin tendu la main aux anatomistes; mais alors seulement que les principaux obstacles avaient été franchis, et alors aussi que les micrographes eux-mêmes avaient, et sans que cela leur fût commandé par personne, relevé bon nombre des erreurs inséparables d'un travail aussi rapide, aussi nouveau, aussi difficile.

M. Malgaigne, qui a exposé d'une manière si éloquente le tableau de nos connaissances avant et après 1844, et qui a dit qu'en dix années à peine le microscope avait opéré une révolution plus grande que les travaux de tous les siècles passés, aurait peut-être dû signaler que sur ces dix ans huit avaient été remplis, de la part du plus grand nombre des cliniciens, par l'indifférence, le dédain, le sarcasme souvent, et il aurait trouvé là sujet à louer la ténacité des anatomo-pathologistes modernes, et une cause naturelle d'excuse pour la susceptibilité quelquefois ombrageuse avec laquelle ils ont combattu la contradiction.

Aujourd'hui que la victoire de l'école moderne est un fait accompli et que l'utilité du microscope est prouvée jusqu'à l'évidence, la discussion calme et sérieuse remplacera la lutte ardente, car le succès légitime enfante la modération, et l'on accepte sans colère les objections de ceux qui vous concèdent quelque chose et cessent de vous regarder comme des illuminés ou des travailleurs inutiles. M. Malgaigne est, comme on le sait, l'homme des expositions saisissantes, et duquel nous dirons à nos enfants : « Que serait-ce si vous l'eussiez entendu lui-même ! » Aussi son discours a fait sensation. Selon sa coutume, il a commencé à interroger l'histoire, sans remonter toutefois plus haut que l'Académie de chirurgie. Là était le point de départ, le point d'arrivée était notre époque elle-même; entre ces deux extrêmes, le progrès a marché, mais à pas très inégaux, et c'est depuis dix ans seulement que la pathologie des tumeurs a eu sa vapeur.

La première étape est marquée par Boyer et Scarpa. Peut-être Ledran et Peyrilhe auraient dû avoir leur part, Peyrilhe surtout, auquel on doit la création si importante du mot *cancroïde*. L'orateur dissèque Boyer et sa classification; l'un et l'autre ont peu avancé la question; Scarpa n'en fait pas beaucoup plus. Il s'était, à ce qu'il paraît, servi du microscope, lui aussi; mais quel microscope, grands dieux! «Si cet instrument n'en avait jamais dit davantage, s'écrie M. Malgaigne, on ne s'en occuperait guère aujourd'hui. » Des tumeurs bénignes, il n'en est point question. Passons à la station suivante : Bayle et Laënnec la remplissent avec leur quatre variétés de cancer : l'encéphaloïde, le squirrhe, la mélanose, le colloïde. C'était là un progrès, mais les tumeurs bénignes restent encore dans l'ombre, et sont seulement pressenties dans un article plein de sagacité, dû à la plume de M. Bérard aîné.

Il y avait presque en même temps une école anglaise, dont les chefs étaient Abernethy et Astley Cooper, ce dernier, bien supérieur, suivant nous, au premier. Ici la distinction entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes est faite. Des huit sarcomes d'Abernethy, quatre sont bénins, quatre sont malins (1). Astl. Cooper admet, pour le testicule et pour la

(1) Je ferai observer qu'Abernethy n'admet que trois sarcomes franchement malins'

---

ennemi intime du pancréas, ces friandises savantes qui gaspillent en pure perte des forces dont on a tant de raisons d'être économes. Un peu de fibrine, par charité! voilà notre cri, à nous. Et que de fois ne l'ai-je pas poussé dans le *dessert!* Que de fois, parvenu à ce terme suprême de l'acte capital de la journée, mon *gaster* inassouvi ne s'est-il pas vu contraint à une revue rétrospective sur les débris aponévrotiques d'un bloc de chair déjà curieusement fouillé par vingt sculpteurs faméliques ! — Les tables d'Évian (et j'avais choisi la meilleure, l'hôtel de France) pèchent réellement, sous ce rapport, par le défaut d'approvisionnement suffisant. Ce sera la première lacune à combler par les futurs réformateurs, qui ne peuvent manquer à la prochaine régénération de cet établissement si prospère, même avec ses imperfections actuelles.

N'en ai-je pas dit assez ? Évian plaît à tous les visiteurs. Ses eaux, à l'encontre des autres thermes, qui ont leurs contre-indications formelles, font du bien à tous les malades. Ce n'est point de ma part flatterie : c'est une appréciation que je crois exacte; que, du moins, j'affirme sincère, bien qu'elle émane d'un cœur plein de gratitude.

Comme toute bourgade thermale, Évian s'enorgueillit des sites pittoresques qu'il peut offrir à ses hôtes comme but d'excursion. J'ai rempli envers tous le devoir d'un historiographe consciencieux. Mais le lac suffisait à mon admiration : le lac, miniature de l'immensité, réduction de l'océan, avec son eau tantôt calme et bleue comme le ciel qu'elle reflète, tantôt mugissante et soulevée jusqu'à hauteur d'homme, spectacle magique dont la fascination me poursuit encore en souvenir.

Mais, toute terrible qu'elle se prétend, cette petite mer offre encore moins de périls à traverser qu'à côtoyer. Les gouffres les plus dévorants ne sont pas dans ses flots : *Cave ripas, puer!* A trois kilomètres ouest d'Évian, une sirène joufflue fait, chaque soir, retentir la côte du tintement de l'or et du bruissement des cartes. Défiez-vous de l'amorce, vous qui veniez demander à ces rives fortunées le soulagement de vos maux! L'enjeu que vous risquez est plus précieux qu'il ne vous semble. Ce n'est pas un rouleau plus ou moins allongé, c'est l'anxiété, l'insomnie, la fiévreuse impatience, les espérances désordonnées, au lieu de la quiétude morale où devait se retremper votre système nerveux épuisé. Hésiteriez-vous encore? D'un mot je vais vous guérir. Apprenez-le donc: cet antre a plus d'un rapport avec celui du lion de la fable. Ceci n'est que littéralement vrai; car on a créé, pour l'alimentation de cette foire aux écus, un service non moins fabuleux d'omnibus, dont la marche fantastique a de quoi défier l'observateur le plus subtil. Pour aller d'Évian à *Amphion*, tous se disputent l'honneur de vous conduire. Mais exprimez-vous ensuite le désir

mamelle, des tumeurs qui sont spécifiques, mais non de mauvaise nature, et des *malignant tumours*. Mais rien de tout cela n'est rigoureusement à l'abri de la critique.

M. Malgaigne examine encore ce qui se passait en 1844 à l'Académie, lors de la fameuse discussion sur les tumeurs fibreuses du sein, puis à la Société anatomique, puis à la Société de chirurgie, devant laquelle on présentait tous les jours des tumeurs, sans qu'il fût possible de se prononcer péremptoirement, dit-il, et d'un commun accord, plus d'une fois sur dix !

Après cette revue rétrospective, qui, à elle seule, fournirait matière à une monographie pleine d'intérêt et d'enseignements, M. Malgaigne conclut, comme nous l'avons fait après avoir lu la plupart des écrits anciens et récents sur le cancer; M. Malgaigne, dis-je, conclut que la science était dans une véritable enfance, que les divisions étaient trop multipliées, les descriptions anatomiques grossières et souvent méconnaissables; que la nature du cancer était à peu près inconnue, et qu'enfin, une confusion inexprimable existait entre les tumeurs malignes et bénignes. Il ajoute que le diagnostic au lit du malade était extrêmement difficile, le diagnostic anatomique à l'œil nu, très vague lui-même, et le pronostic, enfin, couvert d'incertitude.

Notons cependant que M. Malgaigne distingue honorablement au milieu de ces décombres, MM. Cruveilhier et Velpeau, et ce dernier surtout, qui, par sa persistance bien digne d'éloges, était arrivé à donner beaucoup de précision à son diagnostic. M. Velpeau est digne à lui seul de constituer une école tout entière; nous aimons à le reconnaître ici en toute sincérité. Mais pour montrer que l'éminent chirurgien de la Charité était loin encore de la perfection il y a dix ans, M. Malgaigne énumère rapidement, et la classification qu'on trouve dans l'article MAMELLES, du *Dictionnaire* en 30 volumes, et le discours à l'Académie, de 1844, et les hésitations de cette époque. Il termine en faisant une remarque qui n'avait échappé à personne, à savoir que le microscope était alors, pour M. Velpeau, le *criterium absolu, essentiel, du diagnostic anatomique*, et de la distinction des tumeurs à cellules récidivant toujours et des tumeurs à fibres ne récidivant jamais.

Décidément, la discussion d'il y a dix ans est un véritable enfant terrible.

son sarcome mammaire lui paraît intermédiaire, et correspond probablement, autant qu'on peut en juger par ses descriptions, à des hypertrophies glandulaires et à des tumeurs fibro-plastiques.

En 1854, quel changement ! Le microscope, opérant une révolution sans exemple, comme rapidité et comme importance, a tout balayé devant lui : termes, nomenclatures, classifications, comparaisons, théories, depuis le sarcome jusqu'à la tumeur fibrineuse. Quoiqu'il ne soit pas partisan outré du microscope ni des micrographes, l'orateur s'étonne que M. Velpeau, qui a toujours favorisé et l'un et les autres, ait terminé son discours par une réaction aussi radicale, en prononçant que les résultats obtenus avaient été nuls jusqu'à ce jour.

Conformément à notre pensée intime, M. Malgaigne affirme que, à son insu même, M. Velpeau a subi l'influence profonde des études microscopiques, auxquelles son livre doit d'être au niveau de la science.

Il n'y a plus aujourd'hui que le cancer à cellules, le cancer fibro-plastique, le cancer épithélial ; pour le savant académicien, cette triade forme une classe définie, celle des *tumeurs malignes*. Il en distingue soigneusement les *tumeurs bénignes*, qui renferment surtout les hypertrophies glandulaires. Voilà, pour M. Malgaigne, la vraie classification, la seule utile, la seule pratique, celle à laquelle le microscope n'aurait jamais dû toucher ; les classifications anatomiques ne seront jamais bonnes à rien, car elles substituent l'amphithéâtre au lit du malade, la pathologie morte à la pathologie vivante, etc., etc.

On voit par là que M. Malgaigne tient grand compte de la malignité et de la bénignité, sur lesquelles nous avons, dans le dernier article, appelé l'attention de nos lecteurs; mais qu'il ne l'entend pas comme nous. C'est un malheur ; car la classification de M. Malgaigne tombera du jour où on lui montrera un cancer à cellules, ou fibro-plastique, ou épithélial, guérissant sans récidive et innocent de malignité.

Depuis longtemps nous demandons aux cliniciens une définition du cancer; ils devraient bien y joindre celle de ce qu'ils entendent par malignité. M. Malgaigne a, ce me semble, oublié de nous donner cette définition indispensable. Il nous paraît difficile d'admettre, comme il le fait, deux classifications : l'une anatomique, qui consiste à distinguer trois cancers absolument différents par la structure ; l'autre clinique, indépendante, et qui sera uniquement régie par la marche, l'évolution, la terminaison impossibles à prévoir de ces tumeurs cancéreuses.

Quand M. Malgaigne enlèvera une tumeur et qu'il aura constaté sa structure, il devra, avant de l'accuser de malignité, dire comme Celse : ***Discernere autem cacoethes quod***

de rentrer, habile si vous en découvrez un ! Leur mandat n'est point du tout d'emmener ; et si vous questionnez à ce sujet, il vous sera naïvement répondu que cette organisation suffit parfaitement aux nécessités du public, puisqu'il est sans exemple qu'un voyageur de retour ait jamais eu besoin de voiture pour transporter son bagage !

P. DIDAY.

— Sont nommés chevaliers de l'ordre de Léopold :

Le médecin de régiment *Vanden-Abeele* (*Alexandre-Bernard-Louis*), attaché au 12e régiment de ligne, et le médecin de bataillon de 2e classe *Vleminckx* (*Henri-Jean-Victor*), attaché au 1er régiment d'artillerie, en récompense du noble dévouement et de l'abnégation dont ils ont donné des preuves éclatantes en prodiguant leurs soins aux soldats de la garnison d'Ostende atteints du choléra. (*Le Moniteur belge.*)

CHOLÉRA. — Mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine depuis le 25 octobre :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
26 octobre. .	13	2	15	11	5
27	6	4	10	6	4
28	8	2	10	7	5
29	8	3	11	9	7
30	4	1	5	6	3
31	7	2	9	2	9
1er novembre	5	3	8	»	4
Résumé de 7 jours. .	51	17	68	41	37

Situation au 1er novembre : Cas traités depuis novembre. 6,678

Sorties . . . . . . 3,025 }
Décès . . . . 3,466 } 6,491

Il reste en traitement 187

curationem recipit, a carcinomate quod non recipit, nemo scire potest nisi tempore et experimento (1). Nous n'accepterions complétement la classification de M. Malgaigne que s'il la modifiait de la manière suivante :

1° Tumeurs bénignes;

2° Tumeurs qui sont malignes souvent mais pas toujours.

J'insiste beaucoup sur cette circonstance de la malignité : c'est le nœud de la question, et il sera absolument nécessaire de s'entendre là-dessus. Aussi soumettrai-je plus tard à cet honoré maître quelques objections mûries et soigneusement méditées.

M. Malgaigne a exposé ensuite les principales phases de la lutte entre les cliniciens et les micrographes.— Il a fortement attaqué la loi de Bichat invoquée par M. Robert; — il trouve obscur et confus le mot d'hypertrophie glandulaire que nous avons choisi. Nous espérons qu'il reviendra un peu sur ce dernier arrêt quand nous lui aurons fourni quelques éclaircissements à l'aide de notions tirées de l'anatomie générale du système glandulaire.

Enfin, arrivé à la curabilité du cancer, l'illustre académicien a caché sous des formes pleines d'aménité une rude critique des observations de M. Velpeau, et il est entré par là dans la question essentielle, l'utilité du microscope. Après avoir distingué les exigences diverses du diagnostic pratique et du diagnostic scientifique, quel éloge plus pompeux pouvait-il faire de notre instrument de prédilection, que de dire : « Le microscope doit contrôler toutes les tumeurs types ou douteuses ; — il n'y a pas de diagnostic scientifique sans son intervention ;— toute observation où le microscope n'a pas été consulté est une observation arriérée et doit être regardée comme non avenue. » C'est assez dire que M. Malgaigne est un appui immense pour la cause que nous servons.

Pour apprécier convenablement ce discours remarquable, il sera nécessaire de le reprendre en sous-œuvre quand le débat sera clos; mais nous ne pouvons taire l'impression qu'il a laissée dans notre esprit et probablement dans celui de tous les auditeurs.

M. Malgaigne s'est montré comme toujours avec son éloquence rare, son indépendance absolue, sa critique sévère et nerveuse. C'est bien toujours l'esprit qui doute d'abord, mais qui devine partout le progrès, à la cause duquel il est si sincèrement attaché. Nous aimons tout dans M. Malgaigne, même sa rudesse accoutumée, parce que nous savons qu'elle n'est incompatible ni avec l'impartialité et la tolérance, ni avec la bienveillance même pour ceux qui travaillent et qui sont convaincus.

(1) *De re medica*, livre V, 28, § II, page 287, *Editio Targa*, 1806.

Ar. Verneuil,
Agrégé à la Faculté de médecine.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION, par le docteur Paul Broca, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

Suite. — Voir les numéros 12, 13, 16, 21, 22, 33 et 46.

§ 4. ÉTUDE CLINIQUE DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION INDIRECTE (1).

3° APPRÉCIATION DES DIFFÉRENTS MODES ET DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS DE COMPRESSION INDIRECTE.

On n'a pas oublié que la ligature, pratiquée suivant la méthode d'Anel, ne supprime pas, qu'elle diminue seulement, le cours du sang dans l'anévrysme. Or la compression indirecte, de quelque manière qu'on l'applique, et quelque extrême que soit le degré de pression auquel on ait recours, ne saurait avoir la prétention d'opposer au sang un obstacle plus efficace que la ligature. On peut donc dire d'une manière générale que la compression indirecte agit sur les tumeurs anévrysmales en y *diminuant* l'énergie de la circulation ; mais, tandis que, dans la ligature, cette diminution, toujours très considérable, est à peu près uniformément la même dans tous les cas, dans la compression, au contraire, elle varie, au gré du chirurgien, suivant le procédé qu'il emploie. Entre la compression la plus faible, qui n'oppose au passage du sang qu'un obstacle presque illusoire, et la compression la plus forte, qui ferme l'artère, au niveau du point où on l'applique, aussi hermétiquement que pourrait le faire une ligature, il y a un grand nombre de nuances intermédiaires.

En réalité, par conséquent, la compression indirecte peut être exécutée d'une foule de manières différentes. Mais ces innombrables variétés peuvent être ramenées à deux types principaux que j'étudierai d'abord. Ce sont, d'une part, la *compression partielle*, qui laisse passer dans l'artère assez de sang pour communiquer encore de légers battements à l'anévrysme, et, d'autre part, la *compression totale*, qui porte à la circulation du membre une atteinte suffisante pour arrêter entièrement les pulsations de la tumeur.

La compression totale, lorsqu'elle est sévèrement appliquée et lorsque les malades ont le courage de la supporter, place les tumeurs anévrysmales dans les mêmes conditions que la ligature. Elle est donc susceptible de fournir des résultats extrêmement prompts. La théorie permettait déjà de le pressentir ; l'expérience l'a prouvé. Plusieurs anévrysmes traités par la compression totale se sont solidifiés complétement en moins de vingt-quatre heures ; c'est ce qui a eu lieu dans les cas suivants : n° 19, anévrysme poplité oblitéré en vingt-trois heures ; — n° 161, en seize heures ;— n° 77, en quinze heures; — n° 159, en onze heures. Ces cas sont exceptionnels; la plupart des malades ne peuvent pas tolérer, même pendant un temps aussi court, le supplice que leur inflige une compression portée du premier coup jusqu'au degré le plus extrême. En outre, il arrive souvent qu'il s'écoule plusieurs jours avant que l'anévrysme se solidifie entièrement, témoin les cas si fréquents où les battements reparaissent et persistent pendant trois ou quatre jours *à la suite de la ligature* pratiquée suivant la méthode d'Anel. Ainsi ce n'est pas pendant quelques heures, mais pendant plusieurs jours de suite, dans la plupart des cas, que les malades doivent se soumettre à la compression totale, circonstance propre à rendre presque toujours le traitement tout à fait intolérable.

Je répète donc que les guérisons si promptes dont je viens de parler sont très exceptionnelles ; mais elles sont tellement brillantes, tellement séduisantes, que bien des chirurgiens pourraient être tentés de faire l'essai de la compression totale, pour courir la chance d'obtenir de pareils résultats. Or qu'on se dé-

(1) Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que les numéros cités dans cet article renvoient aux tableaux d'observations qui ont été publiés dans le n° 46 de ce journal.

trompe à cet égard ; on doit toujours craindre de voir les anévrysmes s'oblitérer très promptement, parce que les oblitérations qui s'effectuent en quelques heures sont fréquemment défectueuses, en ce sens qu'elles résultent de la formation de caillots *passifs*. J'ai déjà eu l'occasion d'apprécier ce mode vicieux d'oblitération, si infidèle et si fécond en accidents. Il résulte d'une interruption trop brusque de la circulation, et il y a beaucoup de chances pour qu'il se produise lorsque les anévrysmes se solidifient très vite sous l'influence de la compression totale. Sur les quatre malades que je viens de citer, et qui ont été guéris en moins de vingt-quatre heures par ce mode de compression, il y en a deux chez lesquels le sac anévrysmal a été comblé par des caillots passifs ; et ce sont ceux précisément sur lesquels le résultat a été le plus prompt. Grâce au principe de la compression double et alternative qui sert de base à la méthode alsacienne, on parvint à intercepter le cours du sang aussi complétement qu'aurait pu le faire la ligature. En quinze heures, dans le cas de M. Humphrey, de Cambridge (n° 77), en onze heures seulement dans le cas de M. Wilmot (n° 159), l'anévrysme devint solide, et l'on reconnut avec joie, en enlevant alors les pelotes, que les pulsations avaient disparu. Mais, au lieu de décroître graduellement les jours suivants en devenant de plus en plus dures, les tumeurs se ramollirent et restèrent longtemps stationnaires. Il y avait lieu de redouter, d'une part, la récidive, et, d'autre part, l'inflammation et la rupture du sac. Il ne paraît pas que ces accidents soient survenus, mais le malade de M. Humphrey, revu dix mois plus tard environ, avait encore dans le jarret une tumeur fluctuante dont le volume ne diminuait qu'avec une extrême lenteur. Il est probable, toutefois, que cet homme aurait fini par guérir, s'il n'avait pas succombé à une autre maladie. On négligea de disséquer son membre. Quant au malade de M. Wilmot, il quitta l'hôpital un mois après l'oblitération de son anévrysme. La tumeur, à cette époque, était encore fluctuante, et n'avait que peu diminué. On ne sait ce qui est advenu plus tard.

Il faut donc se méfier de la compression totale, quelque brillants que puissent paraître, au premier abord, les résultats immédiats qu'elle a quelquefois fournis. Elle a l'inconvénient d'agir de la même manière que la ligature, et d'exposer comme elle à un mode vicieux d'oblitération. Lorsqu'elle fait disparaître les pulsations en quelques heures, elle a grande chance de faire déposer dans le sac des caillots purement passifs ; lorsque l'oblitération se fait plus longtemps attendre, et c'est de beaucoup le cas le plus ordinaire, cette éventualité fâcheuse est bien moins probable ; mais alors la compression totale, devant être prolongée sans interruption pendant plusieurs jours consécutifs, devient la source de plusieurs accidents que la compression partielle convenablement pratiquée évite d'une manière presque certaine.

Le premier de ces accidents, le plus fréquent de tous, et celui qui a donné lieu aux objections les plus nombreuses, c'est la douleur. Chez la plupart des malades, la compression totale ne peut être supportée au delà de quelques heures, et plusieurs même exigent qu'on la suspende avant que la première heure soit écoulée. Cet inconvénient n'est pas propre à la compression totale ; la compression partielle y expose aussi, quoique à un bien moindre degré. J'y reviendrai tout à l'heure, et je montrerai comment on peut en triompher ; mais ce que je dois dire maintenant, c'est que les cas nombreux jusqu'ici où la compression a été intolérable auraient été beaucoup plus rares si l'on ne s'était pas obstiné à pousser l'action des pelotes jusqu'à ses limites extrêmes. Je n'hésite pas à déclarer que la méthode compressive a dû la plupart de ses insuccès à ce procédé vicieux, sans lequel elle aurait depuis longtemps déjà supplanté la ligature.

En outre, la compression totale expose la peau à plusieurs accidents, dont le plus léger est de nature à interrompre le traitement et à en compromettre le résultat. La rubéfaction douloureuse, la vésication, l'excoriation de la peau se produisent promptement sous l'influence d'une pression trop énergique, et rendent nécessaire l'ablation des pelotes. Ces phénomènes surviennent surtout lorsqu'une cicatrice préalable occupe la région sur laquelle la compression doit s'exercer. On connaît la fréquence des cicatrices inguinales consécutives aux adénites suppurées. Or c'est précisément sur le pli de l'aine et au niveau même du point occupé par ces cicatrices, que doit porter la principale pression dans le traitement des anévrysmes des membres inférieurs, qui sont de beaucoup les plus fréquents des anévrysmes chirurgicaux. Il arrive quelquefois que la compression partielle elle-même est difficilement supportée en pareil cas, et il est clair que la compression totale offre, sous ce rapport, des inconvénients beaucoup plus graves qu'elle.

Si les cicatrices inguinales sont communes, il est bien plus commun encore de trouver au-devant de l'artère quelques ganglions plus ou moins engorgés, dont la présence gêne beaucoup l'action des pelotes. Pour exercer la compression totale, il faut, pour ainsi dire, écraser ces masses ganglionnaires, ce qui détermine promptement une tuméfaction douloureuse et inflammatoire. On a même vu des ganglions parfaitement sains le premier jour s'engorger et s'enflammer bientôt sous l'influence d'une pression trop énergique. La compression partielle, convenablement ménagée, n'expose pas à ces accidents.

La compression totale est fréquemment suivie, lorsqu'elle se prolonge pendant plusieurs jours, de l'engorgement œdémateux et douloureux de la totalité du membre, ce qui résulte de l'obstacle opposé par la pelote inguinale au retour du sang vers le cœur et à la circulation de la lymphe. Non-seulement la compression partielle permet presque toujours d'éviter la production de ce phénomène, mais encore elle a fréquemment un résultat précisément inverse, c'est-à-dire qu'elle dissipe promptement l'œdème symptomatique dû à la compression que la tumeur exerce sur la veine adjacente. Par exemple, s'il s'agit d'un anévrysme poplité, il suffit d'amoindrir légèrement l'énergie des pulsations pour que le sac, moins distendu, revienne un peu sur lui-même et rende aussitôt le passage libre dans la veine poplitée. C'est ce qui a eu lieu sur les malades n° 49, n° 65, n° 67, et sur un grand nombre d'autres. Ces exemples prouvent combien on a eu tort de considérer l'œdème préalable du membre comme constituant une contre-indication à la compression. Ceux qui ont commis cette erreur avaient en vue la compression totale, et ne connaissaient sans doute pas les effets de la compression partielle.

Je n'ai pas fini d'énumérer les accidents auxquels expose la compression totale. Il est possible qu'un érysipèle surgisse sous une pelote trop serrée, et c'est à cette cause qu'il faut attribuer la mort d'un des malades de M. Bellingham. On employait la compression partielle depuis plus de deux mois, lorsque le malade, impatienté de la longueur du traitement et croyant accélérer sa guérison, serra lui-même les vis de son appareil avec une grande force ; la peau, ainsi froissée, devint le point de départ d'un érysipèle qui détermina la mort six jours après (1).

Enfin, le plus fâcheux de tous les accidents de la compression totale, c'est sans contredit la gangrène de la peau. Cette circonstance a bien des fois compromis le succès de la méthode compressive ; alors, en effet, on est obligé, avant de reprendre le traitement, d'attendre la chute des eschares, puis la cicatrisation des ulcères qui en résultent, et, pour avoir voulu accélérer la guérison, il se trouve précisément qu'on l'a rendue beaucoup plus tardive. Un malade de Liston (n° 96), chez lequel la compression avait été assez forte pour produire des eschares sous la pelote et *même sous la contre-pelote*, finit néanmoins par guérir sans opération. Mais il arrive quelquefois que les progrès de l'anévrysme ne permettent pas d'attendre le moment où la compression serait de nouveau applicable, et l'on est obligé alors d'affronter les dangers de la ligature. Le malade n° 14, imbu d'une théorie erronée, crut qu'il guérirait d'autant mieux que la compression serait plus énergique : il serra si bien son appareil, qu'il finit par le casser ; une eschare se forma sous chaque pelote, et il fallut en venir à la ligature. Le n° 58 avait un anévrysme de la partie supérieure de la fémorale ; on plaça *au-dessus* du pubis une pelote qui fut trop serrée et qui produisit une eschare. Il fallut lier l'iliaque externe. L'anévrysme s'oblitéra, mais l'eschare, s'étant détachée quelques jours après,

(1) J'ai déjà parlé de ce malade, page 759 (1re *autopsie*). Je profite de cette circonstance pour corriger une faute d'impression : la mort survint *six jours*, et non *six mois* après l'apparition de l'érysipèle.

mit à nu la partie supérieure du sac, qui s'enflamma et se rompit dans la plaie. Il n'y eut heureusement aucune hémorrhagie; le malade en fut quitte pour une grave suppuration, et finit par guérir. Cet exemple prouve qu'il faut éviter, autant que possible, d'appliquer la compression trop près des poches anévrysmales. Je rappellerai enfin un cas plus malheureux encore, tiré de la pratique de Boyer. L'eschare produite par la compression totale avait pénétré jusqu'à l'artère fémorale; lorsqu'elle se détacha l'artère se rompit et donna lieu à une hémorrhagie mortelle (1). Tant d'accidents fâcheux prouvent qu'il n'est pas prudent d'avoir recours à la compression totale, et que la compression, pour garder toute sa supériorité sur la ligature, doit être pratiquée d'une manière moins brutale, soit que l'on se contente de diminuer le passage du sang (*compression partielle*), soit qu'on l'intercepte d'une manière progressive, en accroissant chaque jour la force de la pression (*compression graduelle*).

En agissant ainsi on ménagera la peau, on soustraira la plupart des malades aux vives douleurs qui ont fait si souvent échouer la méthode compressive; on obtiendra des résultats moins prompts peut-être que ne le sont quelquefois ceux de la compression totale, mais plus certains et plus stables, et l'on écartera autant que possible les chances de l'oblitération du sac par des caillots passifs. — Autant que possible, ai-je dit, car il y a des anévrysmes qui, quoi qu'on fasse, ne s'oblitèrent presque jamais d'une manière complète par des caillots fibrineux : ce sont les *anévrysmes diffus*. Il arrive quelquefois que toutes les tuniques artérielles se déchirent simultanément (anévrysme diffus primitif), ou que le sac d'un anévrysme spontané s'amincit et se rompt sous l'influence d'une distension trop grande (anévrysme diffus consécutif). — Alors le sang s'extravase dans le tissu cellulaire et s'y creuse une cavité anfractueuse qui ne se prête pas aux phénomènes ordinaires de la guérison des anévrysmes. Il n'est pas impossible que la compression, ou la ligature, y fasse déposer quelques caillots fibrineux, mais presque toujours des caillots passifs se forment dans une partie ou dans la totalité de cette cavité irrégulière. Dès lors il n'y a pas lieu de s'étonner que les malades de MM. Hutton (de Newcastle) et Jacob (n° 80 et n° 85), atteints l'un et l'autre d'anévrysme volumineux et diffus de l'artère poplitée, aient présenté les phénomènes du ramollissement de la tumeur après l'oblitération. Dans les deux cas l'anévrysme s'ouvrit et suppura abondamment. Le second malade guérit néanmoins, mais le premier mourut d'érysipèle soixante-dix jours après la cessation de la compression. Il est permis de croire que sur ces deux malades la ligature n'eût pas oblitéré la cavité anévrysmale autrement que ne l'a fait la compression, et eût été suivie des mêmes accidents. Mais plusieurs chirurgiens, se basant sur ces faits et supposant en outre que la compression devait être le plus souvent inefficace dans le cas d'anévrysme diffus, ont été conduits à dire que la méthode compressive n'était pas applicable au traitement de ces sortes d'anévrysmes.

Je crois pouvoir affirmer que cette conclusion était prématurée. Indépendamment des deux faits qui précèdent, 9 anévrysmes diffus figurent sur mon second tableau (n^{os} 2, 6, 34, 57, 60, 68, 109, 126 et 157). Le n° 126 doit d'abord être mis de côté. La compression, exercée avec un instrument défectueux, ne fut appliquée que pendant quelques heures. On n'eut pas le temps d'attendre un meilleur instrument, et l'on pratiqua la ligature avec succès. Le n° 109, après avoir passé six jours sous la pelote, subit la ligature et finit par guérir. Mais cette observation est pleine d'excentricités : entre autres, le chirurgien avait lié je ne sais quoi en même temps que l'artère, et il en résulta que le fil de la ligature ne tomba qu'au bout de cinq mois! Pour peu que les pelotes aient été appliquées aussi méthodiquement que la ligature, on s'explique vraiment l'insuccès de la compression. Le n° 57 était un très mauvais cas. La fémorale était complétement rompue en travers, ses deux extrémités étaient écartées de 1 pouce, et il n'y avait pas de sac. La compression échoua. La ligature aurait-elle réussi? Je l'ignore, puisque le chirurgien, M. Fox, préféra pratiquer l'amputation. Ce cas ne peut nous servir pour comparer la compression à la ligature. Restent donc six observations à l'abri de toute objection : ce sont les n^{os} 2, 6, 34, 60, 68 et 157. — Sur ce nombre, la compression a obtenu cinq guérisons sans accident. Le n° 68 seul a résisté à la compression et a guéri par la ligature. Or, si à ces cinq succès on ajoute celui de M. Jacob (n° 85), puisque son malade a fini par guérir, si l'on remarque, en outre, que sur le malade de M. Hutton (n° 80) la compression avait réellement oblitéré l'anévrysme, on arrive à cette conclusion que jusqu'ici la méthode compressive, appliquée au traitement des anévrysmes diffus, a donné des résultats très avantageux. C'est donc à tort que l'on parle des insuccès fréquents de cette méthode en pareil cas.

Mais laissons de côté des faits en quelque sorte exceptionnels, et tâchons de profiter des documents que nous fournissent la clinique et la physiologie pathologique, pour apprécier la valeur des différents modes de compression.

Je crois avoir prouvé que la compression totale constitue un procédé vicieux lorsqu'on l'applique d'emblée. Mais elle ne doit pas pour cela être entièrement rejetée; elle devient très acceptable, au contraire, lorsqu'on n'y arrive que par degrés, comme dernier terme de la compression graduelle. Alors, en effet, elle accélère beaucoup la guérison, sans exposer à l'oblitération défectueuse que produisent les caillots passifs. Lorsque le sac, à la faveur d'une compression partielle continuée pendant quelque temps est déjà en partie comblé par des caillots fibrineux, la formation des caillots passifs n'est plus à craindre; on dirait que les couches fibrineuses déjà déposées exercent une sorte d'attraction élective sur la fibrine du sang qui traverse encore l'anévrysme; peut-être ce phénomène est-il dû à l'irrégularité de la couche fibrineuse la plus interne, et à la facilité bien connue avec laquelle les caillots actifs se déposent à la surface des corps étrangers contre lesquels le sang vient se heurter. Quelle que soit, du reste, l'explication que l'on adopte, il est certain qu'en pareil cas la coagulation continue à s'effectuer par le même mécanisme, c'est-à-dire par des caillots actifs. La tendance que je signale est tellement prononcée, qu'elle suffit quelquefois à elle seule pour achever la cure, quoique la compression ait été abandonnée avant la cessation des battements. Je connais plusieurs observations dans lesquelles il en a été ainsi (n^{os} 45, 46, 118, 125, 135); peut-être faut-il y joindre le n° 20 et les n^{os} XXIX et XXXVII du premier tableau. Ces faits prouvent que le dépôt fibrineux, commencé sous l'influence de la compression, peut continuer après l'ablation des appareils, et même lorsque les malades commettent l'imprudence de reprendre leurs occupations avant d'être guéris. Il est clair que dans ces conditions l'oblitération est lente et incertaine, qu'il ne serait pas sage d'y compter, et qu'il est de rigueur de continuer la compression jusqu'au moment où les battements sont tout à fait éteints. Cela a l'avantage de rendre la guérison plus sûre et plus rapide. Mais il est possible d'abréger encore la durée du traitement; il suffit, pour cela, de changer la compression partielle en compression totale dès qu'on reconnaît, à la diminution des battements et à la dureté de la tumeur, qu'il y a déjà dans le sac une notable quantité de fibrine.

Il est remarquable, en effet, qu'en agissant ainsi on obtient des guérisons très promptes. Personne, que je sache, n'a érigé en procédé régulier cette manière d'appliquer la compression; mais il est arrivé plusieurs fois que des circonstances accidentelles ont permis aux chirurgiens d'employer la compression totale pour des anévrysmes déjà traités pendant quelque temps par la compression partielle. J'ai rassemblé un assez bon nombre de faits de ce genre, et les résultats ont été assez frappants pour que j'en dise quelques mots. Le malade n° 121 avait subi la compression partielle pendant trois semaines à Reading Hospital; sa tumeur avait diminué, mais il avait perdu patience, avait exigé sa sortie, et était presque aussitôt rentré à Westminster Hospital. M. Benj. Phillips appliqua alors la compression totale; *en trois jours* la guérison fut complète. Le n° 133 était un nègre indocile qui relâchait son appareil quand on le laissait seul, de sorte que la compression était fort irrégulière. Au bout d'un mois environ on s'aperçut de sa fraude. On le fit garder à vue *pendant soixante-douze heures*, en ayant soin de tenir l'artère exactement comprimée; cela suffit pour oblitérer entièrement l'anévrysme. Le n° 155 subissait depuis vingt-sept jours la

(1) Voyez plus haut, page 313, observation XV.

compression à l'aide d'un appareil défectueux et insuffisant; *deux jours* d'une compression double et non interrompue amenèrent la guérison. Les cas suivants sont plus remarquables encore. N° 66 : compression partielle et irrégulière pendant cinq mois, amélioration; compression totale pendant *quarante-huit heures*, guérison. — N° 99 : compression partielle pendant sept jours, amélioration légère ; compression totale *pendant douze heures*, guérison. — N° 78 : compression faite pendant un mois environ à Regimental Hospital; la tumeur ne diminue pas, mais elle cesse d'être complétement réductible ; le malade est transporté à Royal Military Infirmary ; compression totale *pendant dix heures*, guérison.— N° 17 : quarante-deux jours de compression partielle et irrégulière, amélioration légère pendant les premiers jours, puis la tumeur reste stationnaire ; au bout de quarante-deux jours, compression totale suivie de guérison *en neuf heures*. — N° 83 : compression intermittente pendant douze jours, puis compression totale amenant la guérison *en six heures*.

Dans tous les cas que je viens d'énumérer, et dans plusieurs autres que j'ai passés sous silence, la direction particulière du traitement fut le résultat de circonstances fortuites bien plus que de la volonté des chirurgiens. L'étude comparée de ces observations m'a conduit à penser que le meilleur mode de compression serait celui qui imiterait autant que possible les conditions précédentes. L'analyse des phénomènes qui se succèdent dans les anévrysmes pendant l'application des pelotes m'a confirmé dans cette manière de voir. Je propose donc, comme méthode générale, d'employer le procédé suivant, qui mérite le nom de *compression en deux temps*.

Dans le premier temps, dont la durée est indéterminée, on exerce une compression partielle continue et à peu près uniforme, de manière à diminuer les battements sans les éteindre tout à fait. On doit persister ainsi jusqu'à ce que la fermeté, l'irréductibilité de la tumeur, l'affaiblissement des pulsations et la diminution commençante du volume de l'anévrysme indiquent qu'il y a une couche notable de fibrine déposée à la surface interne du sac. Lorsqu'on a ainsi acquis la preuve que la poche anévrysmale est à demi oblitérée par des caillots actifs, on passe au second temps de la compression.

Dans ce second temps, la compression doit être totale, c'est-à-dire poussée jusqu'au point de faire disparaître les battements dans l'anévrysme. On achève ainsi en quelques heures ou en quelques jours au plus une guérison qui aurait pu se faire attendre encore pendant longtemps. L'expérience a prouvé que six heures, neuf heures, douze heures, pouvaient suffire pour cela ; il est rare qu'il faille plus de deux jours, et je pense qu'en moyenne on doit réussir en vingt-quatre heures. Pratiquée dans de pareilles conditions et pour un temps aussi court, la compression totale ne présente aucun inconvénient sérieux. Pendant la durée du premier temps, le malade s'est peu à peu habitué à l'action des pelotes. La compression totale est donc, en général, peu douloureuse, et il suffit d'une faible dose d'opium pour la rendre très tolérable. Lors même que malgré cela la douleur serait assez forte pour empêcher le sommeil, ce serait un contre-temps assez minime, car il n'est personne qui ne puisse supporter la privation de sommeil pendant vingt-quatre ou même quarante-huit heures. Enfin la vitalité de la peau n'est pas compromise par une épreuve aussi courte, à laquelle, du reste, cette membrane a été préparée par l'action préalable de la compression partielle.

La compression en deux temps, telle que je viens de la décrire, offre quelque analogie avec un autre mode de compression, qui a été employé plusieurs fois, et auquel certains chirurgiens donnent la préférence; je veux parler de la *compression graduelle*. Dans la compression graduelle, on applique d'abord la pelote de manière à diminuer simplement la force des pulsations ; puis chaque jour, ou même deux fois par jour, on augmente la pression en serrant la vis de l'appareil, jusqu'à ce que le passage du sang soit totalement intercepté au niveau de la pelote. Ce procédé offre un premier et capital inconvénient, en ce sens qu'il ne se prête pas à l'emploi de la méthode alsacienne (compression double et alternative); il suppose, en effet, que la pelote, une fois appliquée, reste constamment en place ; car si on la relâche un seul instant, comment retrouver ensuite le degré précis de pression où il faudrait pouvoir revenir ? Comment savoir si l'on ne reste pas au-dessous ou si l'on ne va pas au delà? Et surtout par quel moyen arrivera-t-on à donner exactement la même énergie aux deux pressions alternatives? La compression graduelle ne peut donc s'allier avec la méthode alsacienne, ce qui constitue un inconvénient sérieux.

Il est clair, d'ailleurs, que la compression graduelle, quelque ménagée qu'elle soit, arriver pomptement à la limite. Quelques tours de vis suffisent pour cela, et, au bout de peu de jours, il se trouve que l'on pratique simplement la compression totale. En réalité, par conséquent, la compression graduelle n'est qu'une variété de la compression en deux temps; elle est d'abord partielle, puis elle devient totale ; mais elle a le désavantage d'agir sans discernement, et de ne pas tenir compte de l'état de l'anévrysme. Chez certains malades favorablement disposés, les quelques jours pendant lesquels la compression graduelle n'est que partielle suffisent pour faire déposer dans le sac des caillots fibrineux en quantité notable, et lorsque la compression devient totale, l'oblitération s'achève en quelques heures. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; les premiers dépôts fibrineux s'effectuent souvent avec plus de lenteur. Cela varie beaucoup suivant les individus ; tantôt il suffit de quelques jours, tantôt il faut plusieurs semaines ou même plusieurs mois. La compression graduelle atteint donc souvent sa limite avant que le sac ait subi de notables changements, et, au moment où elle devient totale, on se trouve à peu près dans les mêmes conditions que si l'on eût appliqué d'emblée la compression totale, condition fort désavantageuse, ainsi que je crois l'avoir suffisamment établi. Les effets heureux ou malheureux de la compression graduelle sont donc subordonnés à des éventualités que l'on ne peut pressentir à l'avance ; lorsqu'on se décide à l'appliquer, on ne sait jamais si l'on ne sera pas obligé d'affronter les inconvénients et les accidents que j'ai signalés tout à l'heure en parlant de la compression totale primitive.

Rien de pareil n'a lieu dans le procédé de compression en deux temps auquel j'ai donné la préférence. La compression partielle, qui constitue le premier temps de ce procédé, permet d'attendre patiemment le moment où le sac est à demi oblitéré par des caillots actifs, et où quelques heures de compression totale suffisent pour amener une oblitération complète. Dans la compression graduelle, au contraire, la durée de la compression partielle est limitée et toujours très courte, tandis que la durée de la compression totale est illimitée, et, lorsque le traitement se prolonge au delà de quelques jours, ce que l'on ne saurait jamais prévoir, on s'expose à froisser la peau, à en déterminer l'ulcération et la gangrène, et surtout à provoquer des douleurs tout à fait intolérables.

On voit tout de suite combien la compression graduelle est inférieure à la compression en deux temps. J'ajoute qu'elle me paraît inférieure même à la compression partielle proprement dite. Elle est moins mauvaise, sans doute, que la compression totale, mais elle constitue néanmoins un procédé vicieux.

J'ai parlé jusqu'ici des procédés dans lesquels on s'efforce de maintenir la compression en place *d'une manière continue*. Cette continuité d'action est désirable, très désirable même ; c'est afin de l'obtenir que l'on a imaginé la compression alternative avec deux ou plusieurs pelotes (*méthode alsacienne*). Mais la méthode alsacienne n'est pas toujours applicable ; il y a des anévrysmes tellement rapprochés du tronc, qu'il est impossible d'établir au-dessus d'eux une compression double ; et il y a des malades tellement irritables qu'ils ne peuvent supporter une compression permanente, quelque modérée qu'elle soit. Chez eux on est obligé d'interrompre à des intervalles variables le jeu des pelotes, et de rendre pour un temps à la circulation du membre toute sa liberté et toute son énergie. Le succès, alors, est un peu moins certain, il est surtout moins rapide. On peut encore néanmoins l'obtenir dans la plupart des cas.

La nécessité de suspendre ainsi la compression d'une manière passagère peut être imposée par deux ordres de conditions : d'une part la douleur trop vive, et d'une autre part l'état de la peau, qui, en vertu d'une susceptibilité trop grande, s'enflamme, s'ulcère, ou

même se gangrène dans les points où elle est comprimée. Il faut y joindre les maladies incidentes, et certaines circonstances imprévues, telles que le dérangement de l'appareil, l'usure des vis, la rupture des leviers, etc. De là deux modifications distinctes que l'on peut désigner sous les noms de *compression intermittente* et de *compression interrompue*.

La *compression intermittente* est exigée par l'intensité de la douleur. Lorsque les pelotes ont été appliquées pendant quelque temps, la douleur devient quelquefois intolérable. La précieuse ressource que fournit la méthode alsacienne ne réussit même pas toujours à calmer les souffrances; cela a plus d'une fois découragé les chirurgiens, et surtout les malades. Le n° 22, soumis à une compression *fort mal* dirigée, témoigna, au bout de six jours, la répulsion la plus vive pour ce mode de traitement, et réclama, suivant le texte, *l'opération ou la mort*. Un malade de M. Hilton (n° 72) annonça qu'il refuserait désormais de manger et de boire si on ne lui pratiquait pas la ligature; mais il s'agissait d'un anévrysme de l'humérale, et les gros troncs nerveux qui entourent ce vaisseau rendent compte de l'intensité de la douleur. Enfin j'ai déjà dit qu'une malade de Boyer, découragée par la souffrance et effrayée par les eschares qui s'étaient produites à plusieurs reprises sous des pelotes trop serrées, menaça de se suicider si on ne l'opérait pas (n° X). Je cite les cas extrêmes, pour montrer jusqu'où peut aller la douleur. Mais que de fois ce symptôme, porté à un moindre degré, n'a-t-il pas suffi pour faire renoncer à la compression! Qu'on jette les yeux sur les tableaux que j'ai dressés, et l'on verra que vingt-sept fois on a abandonné la compression à cause de la douleur. Le mot *intolérable*, dont je me suis servi dans mes tableaux pour désigner ces cas, ne signifie pas qu'il fût réellement impossible de faire supporter l'action des pelotes : le mot *intoléré* aurait peut-être été plus exact. La mauvaise application des appareils doit certainement être accusée d'une grande partie de ces insuccès; et la preuve, c'est que nous trouvons 15 cas de ce genre sur les 47 observations du premier tableau, qui est relatif aux faits de la période française, tandis que sur les 163 malades traités pendant la période irlandaise, cette cause d'insuccès n'est notée que 12 fois, c'est-à-dire moins de 1 fois sur 13. Si nous analysons ces 12 cas d'insuccès, nous trouvons que le plus souvent les chirurgiens n'ont pas dit à quel mode de compression ils avaient eu recours ; d'autres fois ils ont abandonné la partie beaucoup trop tôt, et l'on ne peut dire ce qui serait arrivé s'ils avaient persévéré. Voudra-t-on, par exemple, citer comme des insuccès le cas de M. Lawrence (n° 94), qui interrompit la compression au bout de deux heures seulement, ou celui de M. Mackenzie (n° 103), dont la confiance fut épuisée *au bout de cinq minutes?* Ce ne serait pas sérieux. Je ne connais que les n^{os} 31, 72 et 106, où l'on puisse dire réellement que la compression ait été intolérable ; mais dans ces trois cas, comme dans tous les autres, je suis convaincu qu'il aurait été possible de la rendre supportable en ayant recours à la compression intermittente. C'est ce qui a eu lieu, du reste, sur 21 malades dont je parlerai tout à l'heure.

Voici comment on applique la compression intermittente : Dès que l'action de la pelote est devenue intolérable, ou dès que le malade cesse d'être soulagé par les manœuvres alternatives de la méthode alsacienne, on relâche toutes les pelotes pendant quelques minutes, pendant une, deux ou plusieurs heures suivant les cas, et lorsque le malade est reposé, lorsque le membre a, pour ainsi dire, suffisamment respiré, on rétablit la compression jusqu'à ce que de nouvelles souffrances, devenues intolérables, rendent nécessaire une interruption nouvelle. En opérant ainsi on arrive en général à tenir l'artère comprimée pendant la majeure partie du temps; mais chez quelques malades très irritables on ne peut pas prolonger cette action au delà de quelques heures par jour. Peu à peu cependant une sorte de tolérance s'établit ; tel malade qui d'abord ne pouvait supporter les pelotes plus de une à deux heures sur vingt-quatre, finit par les supporter six ou huit heures, et même davantage. C'est ce qui eut lieu, par exemple, dans le cas de M. Hargrave (n° 60). Pendant les premiers jours, on ne pouvait pas comprimer plus d'une heure de suite, après quoi il fallait relâcher les vis pendant cinq à six heures. Plus tard, on put accroître la durée de la compression, sans jamais réussir à la rendre continue ; néanmoins, au bout de vingt jours la tumeur cessa de battre, et l'on calcula que la compression avait duré cent trente-quatre heures, ce qui représente une moyenne d'environ six heures et demie par jour. — D'autres fois la douleur est supportable pendant le jour, mais elle prive le malade de sommeil, et, lorsque le traitement se prolonge, il devient nécessaire de relâcher l'appareil tous les soirs. C'est ce que fit M. Tufnell (n° 147), qui finit néanmoins par guérir son malade au bout de quarante-deux jours.

La *compression interrompue* est celle que l'on est obligé d'abandonner pendant quelque temps par suite de circonstances accidentelles, et que l'on reprend ensuite une ou plusieurs fois à des intervalles variables. On est tenté de croire, au moment où l'on réapplique les appareils, que le bénéfice de la première compression doit être perdu : il n'en est rien cependant, et l'on est quelquefois surpris de la rapidité avec laquelle la guérison suit les nouvelles manœuvres. Le n° 59 avait subi la compression pendant quelques jours, lorsqu'il fut atteint de varioloïde. L'appareil fut enlevé. Quand la varioloïde fut guérie, on replaça les pelotes, et vingt-quatre heures plus tard les pulsations avaient cessé. — Le même résultat fut obtenu dans l'un des cas de M. Bellingham (n° 16) : compression commencée le 3 avril, abandonnée le lendemain, et reprise le 6 avril; le 7 au matin, on trouve que l'anévrysme a cessé de battre. — Malgré l'emploi de l'opium à haute dose, le malade de M. Banon (n° 15) n'avait pu fermer l'œil pendant quatre jours. On relâcha la vis, et aussitôt il s'endormit profondément. Le sommeil se prolongeait beaucoup; on resserra la vis sans réveiller le malade : six heures après, la tumeur était entièrement solide. — Quelquefois les interruptions sont plus prolongées. Le n° 96 nous en offre un exemple. On avait voulu employer la compression totale, et l'on avait si bien serré qu'il s'était formé deux eschares, l'une sous la pelote et l'autre *sous la contre-pelote!* On changea l'appareil de place ; de nouvelles eschares se formèrent. On fut donc obligé, à diverses reprises, d'interrompre la compression, et néanmois l'anévrysme finit par guérir. — Après sept jours de compression intermittente, le n° 48 éprouva dans le membre de vives douleurs accompagnées d'un œdème assez considérable. On enleva les appareils pendant cinq jours, puis on les appliqua de nouveau, et en quarante-huit heures la guérison fut obtenue. Les n^{os} 40, 44, 46, 70 fournissent des exemples analogues. Dans tous ces cas, malgré l'interruption de la compression, la poche anévrysmale a fini par s'oblitérer d'une manière définitive.

Il semble difficile, au premier abord, de comprendre comment la compression intermittente et la compression interrompue peuvent donner des résultats aussi satisfaisants. Il semble que les avantages obtenus pendant l'action des appareils devraient être neutralisés par le libre retour du sang dans la tumeur. Il en serait ainsi, en effet, si l'oblitération graduelle de l'anévrysme était due à la formation de caillots passifs ; ceux-ci se laissent si facilement dissocier et entraîner par le choc du sang, qu'on les voit souvent disparaître en quelques heures dans les anévrysmes ou les varices que l'on traite par la galvano-puncture. Il est donc bien certain que la compression intermittente s'oppose tout à fait à la guérison des anévrysmes par le mécanisme exceptionnel et défectueux des caillots passifs. Elle se prête, au contraire, très bien à la guérison par le dépôt de caillots fibrineux; ceux-ci, beaucoup plus stables, beaucoup plus résistants que les caillots passifs, peuvent se défendre pendant longtemps contre l'action directe du courant sanguin. Les couches fibrineuses déjà formées persistent donc, quoique la compression soit suspendue ; et lorsqu'on applique de nouveau les pelotes quelques instants, quelques heures, ou même quelques jours après, l'anévrysme est à peu près dans les mêmes conditions qu'au moment où on les a enlevées. Il est clair, seulement, que ces interruptions prolongent la durée du traitement; mais c'est un inconvénient très secondaire si on le met en parallèle avec les graves dangers auxquels on exposerait le malade si l'on en venait à la ligature toutes les fois qu'on est obligé de renoncer à la compression continue.

Grâce à la compression interrompue, et surtout à la compression intermittente, on verra peu à peu disparaître de la pratique

les cas jusqu'ici assez nombreux où l'on en vient à la ligature avant d'avoir épuisé les chances de guérison qu'offre la méthode compressive. Le jour où tous les praticiens connaîtront la précieuse ressource de la compression intermittente, la presque totalité des anévrysmes des membres pourra être guérie sans le secours de l'instrument tranchant. Ce n'est point là une vaine espérance, c'est une conviction qui repose sur l'analyse d'un grand nombre de faits. Les chiffres que je vais citer suffiront, je pense, pour convaincre les plus incrédules. Il est arrivé 22 fois que la compression continue n'a pu être supportée, et que les chirurgiens ont eu recours à la compression intermittente. Sur ce nombre il y a eu 19 guérisons (n^{os} 34, 39, 49, 55, 60, 67, 71, 81, 83, 85, 86, 104, 110, 115, 130, 137, 139, 142 et 147). Dans les 3 autres cas, la ligature a été pratiquée (n^{os} 122, 131 et 144). L'un de ces trois malades est mort (n° 122), mais c'était un de ces cas où tous les traitements échouent : l'anévrysme, en effet, communiquait avec l'articulation du genou; il y avait un deuxième anévrysme dans l'autre jarret; enfin un troisième anévrysme occupait l'aorte thoracique. En laissant de côté ce dernier cas, on trouve donc que la compression intermittente a réussi 19 fois sur 21, dans des circonstances précisément où l'on est très disposé à croire, à cause de la grande irritabilité des malades, que la méthode compressive est inapplicable.

J'ai longuement insisté sur la valeur relative des différents modes de compression indirecte; cela m'a paru indispensable pour éviter à l'avenir les tâtonnements et les fausses manœuvres qui ont si souvent compromis les résultats de cette précieuse méthode.

En résumé, la physiologie pathologique et les faits cliniques m'autorisent à émettre les propositions suivantes :

1° La *compression totale* a fourni quelques résultats brillants ; mais elle expose à des accidents, à des dangers, à des récidives : elle est le plus souvent intolérable. C'est à elle que s'appliquent la plupart des arguments qui ont été dirigés contre la méthode compressive ; elle constitue, sans contredit, le plus mauvais procédé de compression.

2° La *compression graduelle* est déjà moins défectueuse ; mais lorsque le traitement se prolonge au delà de quelques jours, ce qu'on ne peut jamais prévoir, elle présente tous les inconvénients de la compression totale.

3° La *compression partielle* échappe à la plupart des objections. Bien qu'elle puisse quelquefois procurer des guérisons très promptes, on peut lui reprocher d'agir, en général, avec trop de lenteur, et d'épuiser souvent la patience des malades.

4° La *compression en deux temps* constitue le meilleur procédé. Aussi certaine et aussi inoffensive que la compression partielle, elle a en outre l'avantage d'abréger beaucoup la durée du traitement.

5° La compression doit être *continue* autant que possible ; mais, quelque ménagée qu'elle soit, elle serait souvent intolérable sans la précieuse ressource qu'offre la *compression double et alternative* pratiquée suivant la *méthode alsacienne*.

6° Il y a des sujets tellement irritables, que la méthode alsacienne elle-même ne peut réussir à les soulager. Plutôt que de renoncer à la compression, il faut alors avoir recours à la *compression intermittente* qui a fourni jusqu'ici de magnifiques résultats.

7° Lorsqu'un accident quelconque oblige à suspendre la compression, il ne faut pas renoncer pour cela à la méthode compressive. La *compression interrompue* a donné un grand nombre de succès.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

CORRESPONDANCE.

Collection purulente dans la fosse iliaque droite disparue pendant une attaque de choléra. — Cas de choléra caractérisé seulement par des crampes.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans votre estimable journal (n° 53, p. 919) le passage suivant : « On voit quelquefois le *choléra intercurrent* faire disparaître certains états pathologiques. Chez deux autres malades une anasarque a disparu, peut-être sous l'influence du flux intestinal. »

Les lignes qui précèdent devaient fixer mon attention ; car j'avais été récemment témoin d'un fait analogue. En voici la relation sommaire :

Dans les premiers jours du mois de mai dernier, je fus appelé près de la dame H..., âgée de trente-quatre ans, demeurant à Saint-Denis, rue de Paris, n° 60. Cette malade se plaignait d'une vive douleur à l'abdomen, au niveau de la fosse iliaque droite. Le hasard m'ayant, dans ma carrière médicale, fourni l'occasion d'observer un assez grand nombre de fois des phlegmons et des abcès du tissu cellulaire rétro-cœcal, je me tins en garde, et employai un traitement énergique. Malgré mes efforts, la tuméfaction se dessina par degrés, et finit par s'étendre du ligament de Fallope jusqu'au-dessous du foie. La tumeur faisait saillie à la surface du ventre, et en la palpant avec soin elle paraissait offrir la grosseur du bras ; la moindre pression y causait des douleurs très vives. La malade s'affaiblissait et maigrissait à vue d'œil. Je m'attendais chaque jour, soit à une perforation du cœcum, ce qui aurait pu sauver la malade en donnant issue par l'anus à la collection purulente, ou à un épanchement de cette collection dans la cavité du péritoine, accident qui eût été promptement mortel.

Les choses étaient dans cet état, lorsqu'un matin on vint me chercher en toute hâte. En arrivant près de la dame H..., je la trouvai atteinte du choléra algide et cyanique; à travers mille péripéties, elle finit par entrer franchement en convalescence. L'ennemi terrible que j'avais eu à combattre m'avait fait oublier la tumeur du ventre. Je voulus juger de ses progrès, et fus très étonné de n'en plus trouver un seul vestige. L'abdomen était revenu à l'état normal. Du même coup, la malade était débarrassée de deux affections des plus graves !

Théoriquement, un tel amas purulent avait-il pu disparaître en si peu de jours ? Je crois qu'ici le choléra a joué le rôle d'un drastique violent. La superpurgation chlolérique ayant pour résultat de soustraire à l'économie tous ou presque tous ses fluides, les absorbants de l'économie redoublent alors d'activité pour fournir des liquides au torrent circulatoire, et remplacer autant que possible ceux qui sont éliminés par les vomissements et le flux intestinal. L'absorption puise donc des liquides partout où elle en trouve ; et, sous ce rapport, rien n'égale son énergie, puisque, en quelques heures, on voit les yeux s'excaver, les traits et la peau se flétrir, signes certains d'une résorption énergique du fluide de la périphérie ; ce qui a lieu à la surface se montre également dans la profondeur des organes soustraits à nos regards.

Je parle, bien entendu, de l'absorption interstitielle, de celle qui a lieu dans l'intimité des tissus, à la surface des séreuses et des membranes pyogéniques, et je pourrais ajouter de la muqueuse de l'arbre bronchique, comme le prouve la raucité de la voix chez les cholériques, liée au dessèchement de cette membrane privée des humidités qui, dans l'état normal, la lubrifient. Mais je laisse de côté la muqueuse gastro-intestinale, qui, dans cette maladie, ne paraît être occupée qu'à éliminer les parties aqueuses qui viennent pleuvoir à sa surface, et dans laquelle l'absorption semble presque nulle.

C'est là, je crois, la seule explication rationnelle qu'on puisse

donner de la disparition rapide d'une collection purulente aussi considérable que celle dont il s'agit.

Cette explication est applicable aux deux cas d'anasarque dont il est question dans votre coup d'œil sur l'épidémie ; et s'il est vrai que l'art cherche toujours à imiter la nature dans les moyens curatifs qu'elle emploie, quoi d'étonnant que les drastiques violents aient procuré des guérisons inespérées !

Je terminerai en appelant votre attention sur un cas de choléra (si l'on peut lui donner ce nom) que j'ai eu l'occasion d'observer, et qui sort de la règle commune. La dame K..., cours Sagot, n° 4, a offert quelques nausées sans vomissements avec constipation rebelle. La maladie s'est manifestée par des crampes violentes aux pieds, aux jambes, aux cuisses, aux bras, dans les muscles du ventre et de la poitrine. La malade poussait des cris comme une femme qui enfante. Au bout de quelques jours, tout était rentré dans l'ordre. Pour faire cesser la constipation, j'ai été forcé de donner des laxatifs.

Ainsi, chez cette malade et chez quelques autres, le principe cholérigène a borné son action au système musculaire, ou plutôt aux rameaux sensitifs qui s'y distribuent, et a laissé intacte la muqueuse gastro-intestinale. Il y a là quelque chose d'insolite et qui rappelle la rougeole et la scarlatine sans éruption ; c'est-à-dire que le phénomène principal et caractéristique disparaît, et que le mal ne se manifeste que par un phénomène d'un ordre secondaire, qui se rattache à l'épidémie régnante, en établissant entre eux un lien, un rapport de parenté.

Agréez, etc. Dr MOREAU DE SAINT-LUDGÈRE.

Saint-Denis, 14 octobre 1854.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

EAUX MINÉRALES. — *Observations sur la présence et la quantité d'arsenic contenue dans les eaux du Mont-Dore, de Saint-Nectaire, de la Bourboule et de Royat*, par M. *Thenard*. — Après une courte description des trois procédés qui lui ont paru les meilleurs pour doser l'arsenic dans les eaux minérales, l'auteur expose les résultats qu'ils lui ont fournis dans l'analyse des quatre sources suivantes :

1° *Eau du Mont-Dore, source de la Madeleine*. Légèrement trouble, styptique d'abord, devient presque insipide en se refroidissant. Elle contient par litre 0$^{\text{milligr.}}$,53 d'arsenic, ou bien 0$^{\text{milligr.}}$,812 d'acide arsénique, ou bien encore 1$^{\text{milligr.}}$,253 d'arséniate de soude. M. Thenard s'est également assuré que la vapeur de ces eaux, portées à une forte ébullition, renfermait des traces de matières salines et des traces d'arsenic ; de sorte que ces substances sont portées dans la poitrine des personnes qui respirent cette vapeur.

2° *Eaux de Saint-Nectaire*. — *a*. Source Cornador, par litre, 0$^{\text{milligr.}}$,57 d'arsenic, ou 0$^{\text{milligr.}}$,873 d'acide arsénique, ou bien 1$^{\text{milligr.}}$,346 d'arséniate de soude. — *b*. Source Gros-Bouillon, par litre, 0$^{\text{milligr.}}$,61 d'arsenic, ou 0$^{\text{milligr.}}$,934 d'acide arsénique, ou bien 1$^{\text{milligr.}}$,441 d'arséniate de soude. — *c*. Source Boëte, par litre, 0$^{\text{milligr.}}$,82 d'arsenic, ou 1$^{\text{milligr.}}$,256 d'acide arsénique, ou bien 1$^{\text{milligr.}}$,935 d'arséniate de soude.

3° *Eau de Royat*. Par litre, 0$^{\text{milligr.}}$,35 d'arsenic ou 0$^{\text{milligr.}}$,536 d'acide arsénique, ou bien 0$^{\text{milligr.}}$,827 d'arséniate de soude.

4° *Eau de la Bourboule*. Par litre, 13$^{\text{milligr.}}$,02 d'acide arsénique, ou bien 20$^{\text{milligr.}}$,09 d'arséniate de soude. Cette dernière source, qui renferme les plus fortes proportions d'arsenic, exerce une très puissante action sur l'économie animale.

M. Thenard pense qu'il serait de l'intérêt de la science médicale de refaire l'analyse des principales eaux minérales où il peut bien exister des substances qu'on ne soupçonnait pas autrefois. Il termine la lecture de son mémoire en engageant l'Académie à s'associer à ces recherches, et à les provoquer par des récompenses empruntées aux fonds Montyon.

STATISTIQUE. — *Recherches sur le nombre des victimes de la foudre et sur quelques phénomènes observés sur les individus frappés*, par M. *Boudin*. — Des documents numériques recueillis par l'auteur, il suivrait que la moyenne des individus foudroyés en France dépasserait annuellement le chiffre de 200. Le maximum des morts par fulmination correspond aux départements qui concourent à former le plateau central, et à quelques autres départements montagneux. — Ce genre de mort serait plus fréquent dans les mois de juin et d'août que dans les autres mois de l'année. Les hommes y seraient plus exposés que les femmes, et les *animaux* beaucoup plus que l'espèce humaine. Un très grand nombre de personnes ont été frappées de la foudre *sous des arbres*.

Le tonnerre produit annuellement un très grand nombre d'incendies et cause des pertes immenses à la marine.

M. Boudin appelle surtout l'attention de l'Académie sur deux points importants de l'histoire médicale de la fulmination : 1° les images (peut-être photographiques) produites sur des hommes foudroyés ; 2° la mort debout.

MÉDECINE. — *Troisième note sur les conditions géologiques du choléra*, par M. *Boubée*. — De nouvelles observations faites dans les Pyrénées ont permis à l'auteur de constater encore l'influence préservatrice des roches compactes ou imperméables, et surtout des roches granitiques ou feldspathiques non altérées. Saint-Béat, entièrement bâti sur le calcaire saccharoïde, a été constamment préservé, bien que l'épidémie sévisse tout autour de lui, dans des villages construits sur du terrain diluvien. (Renvoyée, conformément à la demande de l'auteur, au concours pour le prix *Bréant*.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Mode de production de l'alcool au moyen des fibres végétales et particulièrement du bois*, par M. *Arnould*. — L'auteur décrit le procédé à l'aide duquel il est parvenu, avec un mélange de sciure de bois blanc, d'acide sulfurique et de craie, à produire successivement de la *dextrine*, du *sucre* et de l'*alcool*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a*. Deux rapports d'épidémie du choléra de MM. les docteurs *Boyer*, de Couzzegrey, et *Lagès*, de Connaux. (*Commission du choléra de* 1854.) — *b*. Deux rapports d'épidémie de fièvre typhoïde de MM. les docteurs *Henri Gintrac*, de Bordeaux, *Fouquet*, de Vannes. (*Commission des épidémies*.) — *c*. Un échantillon et une recette de pastilles contre la grippe. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.)

2. Communications de : *a*. M. le docteur *Bellentani*, de Ouarville (traitement du choléra par la liqueur arsenicale de Fowler). — *b*. M. le maire de *Merrey* (Haute-Marne) (réplique aux allégations de M. le docteur Vergne). (*Commission du choléra de* 1854.) — *c*. M. *Lussereau*, mécanicien de la maison de santé de Charenton (nouveau système de fermetures de sûreté pour les couvercles des baignoires destinées aux aliénés, avec des certificats de MM. les médecins et directeur de cet établissement). (*Comm.*, MM. Baillarger et Poiseuille.)

M. *Rostan*, président, annonce le décès de M. *Raynard*, professeur à l'école vétérinaire de Lyon, membre correspondant de l'Académie.

Lectures et Mémoires.

EAUX MINÉRALES. — M. *O. Henry* donne successivement lecture de trois rapports relatifs à des sources minérales :

1° *Analyse des eaux minérales d'Alet* (Aude). — Ces sources, connues des Romains, sont au nombre de trois, désignées sous les noms de source *des bains*, source *chaude* et source *rouge*. Les deux premières renferment quelques éléments minéralisateurs qui ne paraissent pas justifier beaucoup les hautes vertus qu'on leur attribue : Il faut donc supposer qu'il s'y trouve quelques principes, l'*arsenic* sans doute, qui leur donnent des propriétés particulières. Quant à la troisième, elle est de nature *ferrugineuse* et possède les vertus thérapeutiques de ces sortes de sources.

2° *Analyse des eaux de Carcannières et d'Escouloubre* (Ariége et Aude). — Ces sources sont de nature *sulfureuse alcaline*. Elles renferment les éléments qui minéralisent les sources sulfurées des Pyrénées, savoir : le chlorure de sodium, le sulfate de soude, l'acide silicique ou les silicates alcalins, de l'alumine, quelques traces de sels calcaires, etc., etc. Ces résultats sont conformes à ceux obtenus par M. C. Alibert, médecin inspecteur de ces eaux.

3° *Analyse de l'eau sulfureuse du pont d'Austerlitz à Paris*. — Cette

source fournit par minute environ 1200 litres d'une eau froide, d'une saveur un peu amère, très franchement *sulfureuse*. Pour 1000 grammes elle renferme 0gr,021 de soufre, qui est presque tout entier combiné à l'état de *sulfure calcique* (*sulfhydrate de chaux*).

M. Henry termine son rapport par les conclusions suivantes :

a. L'eau découverte tout récemment au pont d'Austerlitz à Paris est très franchement sulfureuse. — *b*. Par sa nature et la proportion de son principe sulfureux elle vient se placer à côté des eaux *sulfurées calcaires* froides d'Enghien, de Pierrefonds, de Schisnack, etc. — *c*. Elle appartient à la classe des eaux *sulfhydratées-calcaires-sulfhydriquées*, et elle doit, comme elles, se former *secondairement* dans les terrains gypseux. — *d*. La très minime proportion d'ammoniaque qu'elle renferme et qu'on trouve aussi dans celles d'Enghien ou autres de même genre, paraît se rattacher à la formation géologique de ces eaux ; mais ici elle ne saurait provenir d'aucune mauvaise origine. — *e*. Enfin, à raison de son analogie de composition et de force sulfureuse avec l'eau d'Enghien, elle doit présenter aussi avec elle une analogie de propriétés médicales.

Les conclusions favorables qui terminent ces trois rapports sont adoptées sans discussion.

Valeur du microscope. Suite de la discussion.

M. *Larrey* : (Le discours de M. Larrey ne nous étant pas parvenu en temps opportun, nous le renvoyons au prochain numéro.)

M. *Malgaigne*. Absent pendant une grande partie de cette discussion, je suis arrivé assez tôt pour entendre M. Robert défendre avec chaleur la cause du microscope contre les attaques de M. Velpeau. J'avais lu dans les comptes rendus les éloquentes paroles de cet éminent professeur. Eh bien ! tout en déclarant que je partage la majeure partie des opinions exprimées par M. Velpeau, je crois qu'il a été trop loin dans le blâme, de même que M. Robert a été trop loin dans la louange.

Pour bien apprécier de quelle utilité le microscope a été au diagnostic des tumeurs, examinons où en était ce point de la pathologie chirurgicale quand le microscope est venu nous prêter son aide.

Depuis le commencement de ce siècle, trois écoles ont successivement tenté de jeter le jour sur cette vaste et difficile question. Elles sont représentées par Boyer, Bayle et Laënnec, Abernethy et Astley Cooper.

Boyer, le dépositaire et le représentant fidèle des traditions de l'Académie de chirurgie, admet des distinctions pleines de vague et d'incertitude. Pour lui le squirrhe peut, dans quelques cas, être *bénin*. Cependant le signe infaillible, pathognomonique du *cancer*, c'est la *récidive*. Mais voyez où se trahit le doute ! Boyer dit que le *cancer* récidive nécessairement, que c'est là son caractère essentiel, et il reconnaît un cancer des lèvres ou cancer de la peau qui ne récidive pas toujours. M. Pamard, qui me paraît appartenir à l'école de Boyer, n'est pas plus conséquent que son maître ; il se met même en contradiction avec lui en admettant que la tumeur du testicule qui fait le sujet de la deuxième observation, est un encéphaloïde, puisque Boyer professait formellement que le cancer du testicule n'avait jamais lieu dans l'enfance.

Scarpa n'a pas été plus heureux que Boyer, quoiqu'il se soit servi d'un microscope. Mais que devait être ce microscope qui lui avait appris que le cancer des lèvres ressemblait à l'encéphaloïde !

Pour l'oracle de Pavie les tumeurs du sein et les cancers du testicule étaient de nature *strumeuse*.

Bayle et Laënnec impriment un véritable progrès à la science des tumeurs ; ils posent des distinctions plus nettes, des classifications plus exactes que leurs devanciers.

M. Bérard en développant les idées de ces grands maîtres les a enrichies de ses propres recherches ; il les a dépassés tout en marchant sur leurs traces. C'est lui qui nous a appris, sans le secours du microscope, que les tumeurs mélaniques étaient de la mélanose mêlée de cancer.

L'*école anglaise*, représentée par Abernethy et Astley Cooper, ne produit que des descriptions confuses et des classifications obscures.

Voilà l'état de la science en 1844, lors de cette fameuse discussion académique provoquée par M. Cruveilhier qui vint pour la première fois exposer à cette tribune sa doctrine des *tumeurs fibreuses*.

M. Cruveilhier vit s'élever contre son opinion, Blandin et Aug. Bérard, qui vinrent lui porter le défi de reconnaître ces tumeurs sur le vivant et sur le cadavre; M. Roux, partisan des idées d'Abernethy, et qui soutint aussi que le diagnostic des tumeurs était difficile, presque impossible à faire, même après l'ablation.

La *Société anatomique* s'occupa aussi de la question : dès 1843, M. Lebert soumit à l'examen de ce corps savant une tumeur *encéphaloïde* du testicule, avec la description de ses caractères microscopiques.

M. Deville, rapporteur, déclara qu'à l'œil nu il eût pris cette tumeur pour une masse tuberculeuse. Il cita encore d'autres exemples qui prouvèrent que le diagnostic porté par l'œil nu était loin d'être conforme au diagnostic de l'œil armé du microscope.

Je n'hésite pas à dire qu'à cette époque il n'existait pas une seule école qui sût reconnaître sûrement le cancer, non-seulement sur le vivant, mais même la pièce pathologique sur la table.

Je ferai volontiers une exception pour M. Velpeau, qui, dès 1839, avait publié sur le diagnostic des tumeurs un article remarquable pour l'époque. M. Velpeau adoptait la classification de Bayle et de Laënnec, mais avait-il une idée bien nette, bien précise, des caractères distinctifs des tumeurs ; je ne le crois guère ; car je trouve encore beaucoup d'obscurité dans ses descriptions.

La discussion de 1844 étonna M. Velpeau : et ses idées étaient si peu arrêtées encore qu'il changea une fois d'opinion dans le cours de ce débat.

Dans un premier discours il range les tumeurs qu'il nomme fibrineuses à côté de celles que M. Cruveilhier appelle fibreuses ; et dans un second discours il les confond.

Quant à leur diagnostic sur le vivant, il demande, vous le savez, la concession de quatre erreurs sur dix tumeurs.

Mais à l'autopsie, M. Velpeau se défiait de lui-même ; et alors son grand *criterium* était le microscope. Il en était aussi enchanté alors que les micrographes le sont aujourd'hui. Il admettait des tumeurs à *cellules cancéreuses* qui récidivent toujours, et des tumeurs *lamelleuses* qui ne récidivent pas. M. Velpeau voulait qu'on fît intervenir le microscope, non-seulement dans le diagnostic du cancer, mais encore dans celui de toutes les tumeurs sans distinction. Il était donc en avant de toutes les écoles.

En 1854, tout a disparu, tout a changé ; idées, termes, expressions... Aujourd'hui on parle de cellules, de cancroïdes, de tumeurs fibro-plastiques, épithéliales, etc... C'est un autre langage. La discussion de 1844 ne serait plus possible.

Une révolution immense s'est donc opérée depuis dix ans par le microscope. Je le reconnais ; et quoique je ne sois pas un admirateur outré du microscope et surtout des micrographes, je rends justice aux grands services que cet instrument a rendus à la pathologie chirurgicale. Et, il faut bien le dire, M. Velpeau a contribué plus qu'aucun chirurgien à l'application du microscope au diagnostic chirurgical, et les micrographes ne paraissent pas lui en avoir toute la reconnaissance qu'il mérite.

Il est vrai qu'aujourd'hui M. Velpeau leur déclare la guerre. Mais, à mon avis, c'est à bon droit : puisque les micrographes sont tombés dans l'exagération, et qu'ils se laissent aller sur une pente funeste.

M. Robert pour les venger de cette accusation et pour montrer qu'ils ne faisaient pas fausse route, a invoqué une fameuse loi de Bichat. Pour mon compte, je ne connais pas de principe plus erroné, plus faux que celui qu'a rappelé M. Robert. Je le demande, cette loi inventée par Bichat dans l'amphithéâtre, est-elle applicable à la pathologie de l'homme vivant ?

Et, par exemple, sans sortir du microscope et des tumeurs, les tumeurs fibro-plastiques n'affectent-elles pas souvent tous les caractères cliniques du cancer sans en avoir la structure, sans posséder aucun de ses éléments ?

C'est ce principe, d'où est partie l'école de M. Lebert, qui a faussé la direction des micrographes et a précipité leur doctrine dans l'erreur.

Les micrographes ne trouvent pas la cellule caractéristique dans le *cancer de la lèvre*, ils déclarent que ce n'est point un cancer ; ils le rangent parmi les tumeurs bénignes. S'il récidive, c'est de la faute des chirurgiens, qui ne l'enlèvent pas suffisamment. Ils admettent alors que le *cancroïde* peut récidiver sur place. Mais M. Velpeau leur montre des tumeurs épithéliales qui ont repullulé dans les ganglions lymphatiques et dans les viscères même.

Les tumeurs fibro-plastiques sont placées par les micrographes au même rang, dans le même groupe que les tumeurs épithéliales ; ce sont aussi des cancroïdes, des tumeurs bénignes. Mais voici encore M. Velpeau qui montre du tissu fibro-plastique dans les ganglions et dans les viscères ; et plus tard, M. Forget qui vient citer devant la *Société de chirurgie*, contrairement aux idées de M. Lebert, l'observation de cinq infections générales consécutives chez le même sujet par des tumeurs fibro-plastiques.

M. Broca, dont l'Académie a couronné le beau travail *sur le cancer*, se fait le disciple de M. Lebert et adopte presque servilement ses erreurs. Pour ces deux micrographes, il n'y a qu'une sorte de cancer : les autres tumeurs deviennent des productions désagréables, dont on ne sait que faire. Pour eux encore, la distinction des tumeurs en *bénignes* et *malignes*, c'est l'enfance de l'art : ce n'est pas une classification. M. Lebert base sa classification sur l'anatomie microscopique des tumeurs ; en voulant faire de la chirurgie, il fait de la botanique. L'observation clinique jette sans cesse un démenti formel à ces distinctions histologiques.

Le microscope est entré en campagne en apportant de grandes lumières à la pathologie, mais les micrographes ont tout gâté en voulant soumettre la clinique à l'anatomie, le vivant au cadavre. Cependant, je ne proscris pas le microscope, je crois même qu'il faut encourager ses recherches ; car je suis convaincu qu'il a moins fait qu'il ne lui reste à faire et qu'on a droit d'attendre de lui.

Le microscope a éclairé le diagnostic des *tumeurs bénignes*, c'est

incontestable ; mais, en revanche, il a augmenté la confusion qui régnait déjà dans la distinction des *tumeurs malignes*.

Il nous a enhardis dans le diagnostic de ces affections ; et, comme on l'a déjà dit avec raison, le microscope nous a appris quelquefois à nous passer de microscope.

Mérite-t-il les graves reproches que lui a adressés M. Velpeau ? Non, certainement, car, il y a dix ans, le livre de M. Velpeau *sur les maladies du sein* était impossible, et c'est le microscope qui l'a rendu possible.

D'ailleurs, M. Velpeau, lui-même, n'a pas toujours su éviter les exagérations qu'il reproche si amèrement au microscope. N'est-ce pas à tort, en effet, qu'il a mis toutes les tumeurs fibro-plastiques au nombre des cancers ? L'expérience clinique ne nous apprend-elle pas suffisamment qu'il y a des tumeurs fibro-plastiques malignes, qu'il y en a aussi de bénignes ?

Mais a-t-on besoin du microscope dans le diagnostic des tumeurs?

Que M. Velpeau se soit accoutumé à se passer du concours de cet instrument, je l'accorde ; cela fait l'éloge du tact et de l'habileté de cet éminent praticien : mais le microscope ne pourra-t-il pas être fort souvent d'un immense secours à la majorité des chirurgiens?

Pour le *diagnostic pratique*, le toucher, les signes cliniques, le scalpel et la dissection à l'œil nu peuvent suffire ; le microscope me paraît superflu.

Mais, sans microscope, je soutiens qu'il n'y a pas de *diagnostic scientifique* possible ! Un chirurgien qui refuserait de se servir du concours de cet instrument ressemblerait à celui qui, possédant une très mauvaise vue, persisterait à dire *je vois très bien*, quand ses yeux ne distinguent pas.

Je dis donc que toute observation de tumeur sans l'aide du microscope est *arriérée* et manque d'un diagnostic scientifique.

Aussi, j'avoue que les signes diagnostiques donnés à de certaines tumeurs, dans le livre de M. Velpeau, sont loin d'avoir porté la conviction dans mon esprit.

Comment M. Velpeau peut-il être autorisé à avancer qu'une tumeur est *de bonne nature, de nature bénigne, parce qu'elle n'a point récidivé ?* Mais n'admet-il pas des *cancers qui ne récidivent pas ?* C'est là une contradiction capitale. Il n'est donc pas permis de baser la distinction des tumeurs en bénignes ou en malignes *sur les résultats*.

M. Velpeau a semblé tirer un argument contre le microscope de ce que cet instrument avait découvert des cellules cancéreuses dans une tumeur récidivée sur place, et qui, la première fois, n'avait pas présenté de cellules caractéristiques. Mais que prouve ce fait, sinon qu'il faut nous défier des *tumeurs soi-disant bénignes*, et encore qu'il y ait des tumeurs bénignes susceptibles d'acquérir, en récidivant, les caractères de la malignité. Ce n'est pas une contradiction du microscope, c'est un enseignement.

M. Velpeau objecte encore qu'une même tumeur, partagée entre deux micrographes, a été trouvée cancéreuse par l'un et non cancéreuse par l'autre. Mais M. Velpeau a eu tort de ne pas donner la tumeur *tout entière* à examiner à chaque micrographe. Car ce fait démontre que la tumeur était *mixte*, et que la cellule cancéreuse n'existait que dans certains points de son étendue.

Quant à la *curabilité* du cancer, c'est une question de pur diagnostic. Il faut avoir distingué le cancer par des signes bien positifs, bien francs, pour être en droit de conclure de la non-récidive temporaire à la cure radicale.

Je ne suis donc pas plus disposé à admettre, pour la solution de cette question, les documents numériques de Monro, Mayo, Boyer, Mac-Farlane, etc., que les statistiques contraires de Hill et de Flajani.

Pour moi, j'ai vu récidiver tous les cancers que j'ai opérés.

Le microscope, il est vrai, ne nous a pas appris à les mieux guérir. Mais comme il a jeté quelque clarté sur le diagnostic de certaines tumeurs, je crois qu'il pourra ouvrir la voie vers la difficile question de la curabilité. Rejetant donc les statistiques dressées jusqu'à nos jours, j'attendrai patiemment les résultats de l'expérience à venir. Je n'accepterai pas davantage les faits allégués par M. Velpeau à l'appui de la curabilité, et il me permettra de n'avoir pas une foi entière en son infaillibilité. Car, je le répète, même pour les tumeurs qui paraissent les moins équivoques à M. Velpeau, les descriptions que l'on trouve dans son livre ne sont pas toujours de nature à amener la conviction dans les esprits.

Pour ne citer qu'un fait, je trouve à la page 565 de son livre une observation assez récente ; elle date de 1853 : elle est citée dans la préface de l'ouvrage comme un cas de guérison radicale de cancer ; et dans le corps même du livre, M. Velpeau l'accompagne de quelques réflexions qui trahissent le doute le plus complet. Je dis que ce doute est mortel : car si M. Velpeau vient à douter, comment ses lecteurs ne douteraient-ils pas ? Et, en effet, il s'agit d'un cancer qui a été guéri par les sangsues ! M. Velpeau ne peut pas croire plus que nous à de pareils miracles.

S'il est donc permis de se tromper encore après plus de trente ans de pratique, de longs travaux, à plus forte raison l'erreur est-elle permise à ceux qui ont moins observé.

Je résume en deux mots mon opinion sur les deux questions qui se discutent devant l'Académie, et je dis : l'œil nu, la dissection, le toucher, l'observation clinique suffisent pour faire le *diagnostic pratique* des tumeurs. Tous ces moyens sont insuffisants pour le *diagnostic scientifique*, il faut y joindre nécessairement le contrôle du microscope.

Quant à la curabilité du cancer, je ne suis guère décidé à y croire, et je pense d'ailleurs que la question ne peut pas être résolue dans l'état actuel de la science.

M. le docteur *Morel-Lavallée* soumet à l'examen de l'Académie une *tumeur qui*, selon les expressions de M. le président, *pourrait bien être un cancer*.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouvelles recherches sur les morts subites par cause interne, rédigées sur les notes inédites de feu le docteur K. Herrich, par M. le docteur K. Popp. 1854, Ratisbonne, F. Pustet, 120 pages.

La question des morts subites a beaucoup préoccupé les pathologistes depuis l'époque la plus reculée ; nous aurions à faire une longue énumération, si nous voulions citer les principaux auteurs qui ont écrit sur ce sujet. MM. Herrich et Popp ont déjà publié un travail en 1848 ; leurs recherches connues en France ont été résumées dans les journaux de l'époque. Nous renvoyons, pour toutes recherches bibliographiques sur ce sujet, à l'excellente thèse de concours de M. Aran (*Des morts subites*, concours pour l'agrégation à la Faculté de médecine de Paris, 1853).

Les *Nouvelles recherches sur les morts subites* que vient de publier M. le docteur K. Popp sont un hommage rendu à la mémoire de son ami et collaborateur Herrich ; c'est sur les notes laissées par cet auteur et d'après des observations recueillies en commun avec lui, que M. Popp nous donne une addition importante à son premier travail. Cette brochure est précédée d'une notice biographique sur Herrich. M. Popp entre dans de nombreux détails sur la vie publique et privée de son ami. Herrich, outre le mémoire publié en commun avec M. Popp, est l'auteur des travaux suivants : *Des tumeurs malignes qui se développent chez l'homme* (en collaboration de M. Popp); *Des polypes de l'utérus; De l'hydrocéphale*. Herrich, atteint depuis longtemps d'une affection du cœur, succomba lui-même d'une manière subite.

Comme le premier mémoire sur les morts subites, les *Nouvelles recherches* sont principalement une œuvre personnelle basée sur 30 observations propres aux deux auteurs. Ces observations, longuement détaillées et très intéressantes, ne constituent pas une des parties les moins précieuses de ce travail ; malheureusement le défaut d'espace ne nous permet pas de les reproduire ici, même en abrégé. M. Popp a établi, dans les diverses parties, un rapprochement entre les conclusions auxquelles conduisent les faits publiés dans les deux mémoires.

L'étude de l'âge et du sexe est un des premiers points étudiés par l'auteur ; il ressort de l'analyse des faits, que les deux tiers à peu peu près des faits de mort subite ont été observés chez des hommes ; ceux-ci, aussi bien que les femmes, étaient presque tous parvenus à l'âge adulte, ou même avaient déjà atteint la vieillesse.

L'été et l'automne sont surtout les époques de l'année dans lesquelles on observe le plus fréquemment les morts subites par maladies du cœur. La vie s'éteint plus souvent (55 fois sur 79) le jour que la nuit. Si l'on recherche dans l'état de santé antérieur des sujets dont la vie se termine ainsi d'une manière brusque quelques circonstances propres à faire prévoir une issue aussi rapide, on observe en général peu ou point de troubles des fonctions du système nerveux ; mais ces individus ont souvent éprouvé depuis un temps plus ou moins long quelques accidents du côté de l'appareil de la circulation, tels que : battements de cœur, irrégularités du pouls, étouffement, oppression sous-sternale, anxiété épigastrique. Une fois seulement les auteurs furent témoins de vomissements marqués. Nous citerons enfin, dans trois cas, des dérangements du flux menstruel.

Parmi les circonstances qui ont semblé favoriser la terminaison rapide de la vie, M. Popp signale l'ivresse dans 1 cas, dans 3 cas la réplétion exagérée de l'estomac, enfin dans 7 cas l'ingestion des aliments ; un mouvement ou un exercice violent, la défécation, etc., parurent dans 6 cas être la cause déterminante. Dans un autre paragraphe, nous trouvons l'analyse statistique de la position du corps au moment où la mort survint. Les derniers phénomènes observés au moment de la mort appartenaient plus à un dérangement de l'appareil de la circulation qu'à un trouble du système nerveux ; nous citerons un sentiment de syncope, d'oppression, d'anxiété, de dyspnée, de la respiration râlante, etc.

Dans un sujet comme celui qui nous occupe, l'étude des lésions cadavériques devait tenir une large place : aussi sont-elles longuement analysées. Nous en donnerons ici le résumé.

Les colorations cadavériques qui surviennent souvent après la mort dépendent, en général, de la persistance de la fluidité du sang, qui ne se coagule pas promptement après la mort. Il ne faudrait cependant pas croire que les téguments extérieurs soient toujours congestionnés : ils sont, dans quelques cas rares, pâles et anémiques, lors même que la cause de la mort est un obstacle à la circulation par lésion d'une des valvules du cœur. Les altérations du cerveau et de ses enveloppes ne sont pas très rares sur les cadavres des individus qui succombent d'une manière subite ; mais ces lésions sont, en général, secondaires et dépendent de maladies du cœur. Dans aucune des 30 observations contenues dans ce travail la mort n'a été causée par une affection primitive du cerveau. Les lésions secondaires de l'appareil central de la circulation étaient : la congestion du cerveau et des méninges, une augmentation du liquide céphalo-rachidien, un épaississement blanchâtre des méninges ; enfin, dans 7 cas, un épanchement de sang entre les vertèbres et la dure-mère.

L'auteur affirme que l'augmentation rapide de volume du thymus ou celle de la glande thyroïde peuvent être causes de mort subite.

Un épanchement idiopathique ou secondaire dans le péricarde devient quelquefois une cause de cessation brusque de la vie. D'autres causes qui agissent plus fréquemment sont : la dégénérescence graisseuse du cœur par paralysie ou par rupture de l'organe, le ramollissement des parois musculaires des ventricules, qui peut avoir la même conséquence ; enfin les lésions valvulaires et les altérations consécutives des parois et des cavités ventriculaires sont indiquées comme la cause agissant le plus fréquemment.

Au nombre des causes de mort subite, M. Popp signale les altérations du sang, soit sous le rapport de sa quantité, augmentation ou diminution, ou sous le rapport de sa qualité. C'est ici que se rangent ces faits singuliers de développement spontané de gaz dans le sang dont nous avons déjà parlé dans la *Gazette hebdomadaire*, à propos du mémoire de M. G. Cless sur ce sujet (1854, n° 53). MM. Popp et Herrich en ont cité également quelques exemples.

Les altérations des autres organes, tels que le foie et les reins, sont en général secondaires aux lésions du cœur. Nous citerons seulement, comme intéressant la physiologie, le fait suivant : que les auteurs ont trouvé le plus souvent la rate volumineuse, gorgée de sang, quand le cœur était malade ou quand les individus avaient succombé pendant le travail de la digestion.

Le mémoire se termine par un résumé de tous les faits que contiennent les deux publications de MM. Herrich et Popp. Nous le transcrivons ici :

I. Suppression des mouvements du cœur : 1. Par compression de dehors en dedans ; suite d'épanchement : *a.* dans le péricarde, épanchement de sang consécutif à une rupture du cœur ou de l'aorte, 4 cas ; épanchement séreux, 6 cas ; épanchement fibrineux, 2 cas ; *b.* dans la plèvre, épanchement séreux, 4 cas ; épanchement purulent, 2 cas. — 2. Accumulation du sang dans le cœur, 5 cas. — 3. Défaut d'excitation de la contractilité du cœur par le sang, résultant d'une altération de quantité ou de qualité de ce liquide, 10 cas. — 4. Trouble mécanique de la circulation par suite du développement spontané de gaz, 5 cas. — 5. Diminution de capacité par suite de courbure du rachis, 2 cas ; *idem* par induration pulmonaire, 3 cas. — 6. Altération des parois du cœur, de l'aorte, etc., 45 cas.

II. Interruption de la conductibilité de l'influx nerveux du cerveau et de la moelle allongée au cœur : 1. Gonflement du thymus, 9 cas. — 2. Gonflement de la thyroïde, 2 cas. — 3. Tubercules laryngés, 6 cas. — 4. Suppuration dans le tissu cellulaire du col, 2 cas.

III. Suppression rapide des fonctions de la moelle allongée : 1. Par pression extérieure directe, 2 cas. — 2. Par pression extérieure médiate, 7 cas. — Par influence d'autres altérations cérébrales, 2 cas.

Docteur LEUDET.

VI.

VARIÉTÉS.

SERVICE SANITAIRE DE L'ARMÉE D'ORIENT. — BATAILLE DE L'ALMA.

Une polémique s'est élevée dans la presse anglaise au sujet du service sanitaire de l'armée anglaise d'Orient. Suivant quelques correspondances publiées par les journaux, nos alliés auraient manqué de moyens de transport, de chirurgiens, d'infirmiers, même de charpie, non-seulement sur le champ de bataille, mais encore dans les hôpitaux à Constantinople. Des soldats seraient restés étendus pendant plusieurs nuits sur la terre nue, couverts seulement d'une capote ; d'autres n'auraient pu être pansés que le cinquième ou sixième jour, dans le transport de l'Alma à Constantinople. Dans cette dernière ville (à Scutari, où sont les hôpitaux), le linge aurait fait défaut, aussi bien que les matelas. Enfin, il paraît que les *gardes-malades* envoyés en Orient n'étaient autres que les vétérans de l'hôpital de Chelsea, vieillards débiles et incapables de vaquer aux soins d'un service pénible.

Le MEDICAL TIMES AND GAZETTE répond à ces plaintes. Il fait remarquer que l'armée anglaise possédait, au moment de la bataille, 276 officiers de santé, c'est-à-dire *un médecin par 97 hommes* (dans les guerres de la Péninsule, la proportion n'était que de 1 sur 154). Si l'on compare avec le nombre des blessés celui des officiers de santé présents à la bataille, on voit qu'il y avait 1 chirurgien pour 8 blessés. Les voitures d'ambulance étaient assez nombreuses : seulement, *il est vrai qu'elles ne sont pas arrivées à temps sur le terrain*. Cela vient de ce que lord Raglan les avait laissées derrière lui avec le matériel de siége, les tentes, les bagages, pour débarquer plus vite une force effective considérable. Si les blessés ne purent être emportés promptement, ils reçurent des soins immédiats et furent protégés contre le froid par un grand nombre de tuniques et de couvertures. Pendant la traversée de l'Alma à Constantinople, il est beaucoup de blessés qu'on n'a pas pansés ; mais ils l'avaient tous été avant l'embarquement; et si l'on n'a pas renouvelé les appareils, c'est qu'il a paru d'une bonne pratique de les laisser en place pendant les premières quarante-huit heures. Chaque homme avait sa cabine, son lit, sa couverture. Enfin, à Scutari, il y avait 20 officiers de santé qui ont pleinement suffi au service, aussi bien que le matériel de pansement.

On remarquera que la rectification de notre confrère anglais contient au moins l'aveu d'un défaut de moyens de transport sur le champ de bataille.

Le MONITEUR DE L'ARMÉE, qui s'occupe aussi de ce grave incident, rappelle la largesse qui préside en Angleterre à l'organisation de tous les services de guerre et de marine, et qui ne permet pas de supposer l'incurie du gouvernement. Il fait remarquer, en outre, qu'en Angleterre, les médecins militaires ont la haute main sur tout ce qui concerne le matériel et l'organisation des hôpitaux. Si le matériel a fait défaut, ce n'est pas qu'il fût insuffisant, c'est qu'on n'a pas su en user convenablement. Le même journal montre d'ailleurs combien le *caisson d'ambulance* anglais (qui contient 3 blessés *assis* dans le coupé et 4 blessés couchés dans l'intérieur) est inférieur à nos cacolets portés par des mulets de bât, et combien, en général, nous l'emportons sur les Anglais pour l'organisation du service médical dans les corps de troupes. On est d'ailleurs fier de constater que la presse anglaise nous rend pleine justice sous ce rapport.

— M. le docteur Scoutteten vient d'être envoyé en Crimée pour diriger le service chirurgical pendant le siége de Sébastopol.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. — PARIS, 10 NOVEMBRE 1854. — N° 58.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Nous sommes autorisé à déclarer que le gouvernement n'est pas dans l'intention d'apporter une restriction quelconque à l'application du décret du 22 août 1854, en ce qui concerne les élèves en cours d'études. A partir du 1er janvier prochain, ces élèves, quel que soit le nombre des inscriptions par eux prises à cette époque, devront acquitter les droits d'examen, de certificat d'aptitude, de thèse et de diplôme, conformément au tarif établi par le décret.

Nous rappelons ci-après les rétributions obligatoires pour le doctorat en médecine :

Inscriptions (16 à 30 francs)	480 fr.
Trois examens de fin d'année (30 fr. par examen)	90
Cinq examens de fin d'études (50 fr. par examen)	250
Cinq certificats d'aptitude (40 fr. par certificat)	200
Thèse	100
Certificat d'aptitude	40
Diplôme	100
Total	1,260 fr.

PARTIE OFFICIELLE.

UNIVERSITÉ DE FRANCE. INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

RAPPORT A L'EMPEREUR.

Sire, l'ordonnance du 13 octobre 1840 et l'ordonnance du 13 mars 1842, relatives aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, contiennent, en ce qui concerne le prix des inscriptions à payer par les élèves de ces écoles, quelques dispositions spéciales qui ne peuvent être maintenues depuis que le décret du 22 août 1854 a établi un régime uniforme pour les établissements d'enseignement supérieur. L'article 12 de l'ordonnance du 13 octobre 1840 fixe à 35 fr. les droits d'inscriptions trimestrielles qui doivent être acquittés par chaque élève, et l'ordonnance du 13 mars 1842, en laissant aux conseils municipaux le soin de régler annuellement le prix des inscriptions des élèves en pharmacie, ajoute que le taux de 35 fr. ne pourra jamais être dépassé.

Il résulte de cette double disposition que les élèves des écoles préparatoires qui voudraient, en vertu du décret du 22 août précité, faire compter leur temps d'études dans une faculté de médecine ou dans une école supérieure de pharmacie, payeraient plus cher le prix de l'inscription que les étudiants de ces facultés ou de ces écoles supérieures. Le décret du 22 août exige, en effet, un droit de 5 fr. par chaque inscription d'école préparatoire dont l'élève demande la conversion, et il pourrait

FEUILLETON.

Expériences physiologiques sur les prétendues somnambules de M. Regazzoni (1).

Il y a quelques semaines que M. Regazzoni, de Bergame, qui se donne le titre de *professeur de magnétisme*, est arrivé à Francfort, conduisant avec lui quelques jeunes filles sur lesquelles il se proposait de montrer les effets miraculeux du magnétisme animal. Ses deux premières soirées furent très suivies ; le public, et même *deux* médecins de notre ville, s'étonnèrent beaucoup de ses expériences miraculeuses ; et bientôt il eut un nombre assez considérable d'élèves auxquels il enseignait les manipulations magnétiques sur les mêmes sujets qu'il avait employés dans ses soirées, et qui ne manquaient jamais de s'endormir. Les phénomènes principaux qu'il prétendait produire sur ses somnambules étaient : 1° L'insensibilité complète et absolue de toutes les parties du corps. Il traversait la main, le bras et plusieurs endroits de la face avec de longues épingles, sans produire aucune apparence de sensation ; il brûlait la main avec de la cire à cacheter, sans occasionner de douleur. 2° L'immobilité des muscles avec roideur tétanique. Le bras restait étendu aussi longtemps qu'on le demandait, et il fallait appliquer une force très considérable pour le ployer ou pour fermer la main. 3° La paralysie des sens et de la langue, et quelques autres phénomènes du même genre.

Après que plusieurs médecins, qui avaient assisté à ses exhibitions, eurent déclaré que toutes les expériences de M. Regazzoni étaient bien loin d'être concluantes, et qu'avec un peu d'exercice il était facile de se faire percer la main et le bras avec des épingles sans donner des signes de douleur, et que l'on pouvait même s'accoutumer à la brûlure par la cire à cacheter ; après que deux confrères eurent démontré sur leur propre corps l'exactitude de leurs assertions, M. Regazzoni invita les médecins de Francfort à venir chez lui pour s'assurer des faits, et surtout pour vérifier l'insensibilité complète et l'immobilité des membres paralysés; mais toutes ses démonstrations ne furent que la répétition des expériences qu'il avait faites dans ses séances publiques. Pour prou-

(1) La publication de ces expériences vient d'autant plus à propos que M. Regazzoni, si nous sommes bien informé, doit venir bientôt à Paris pour y donner des séances de *magnétisme*. Le lecteur se rappellera certainement que l'auteur de ce très intéressant article est le même qui a déjà trouvé l'explication physiologique des *Esprits frappeurs* (voir *Gaz. hebd.*, n° 40).

arriver que l'inscription qui coûte uniformément 30 fr. dans les facultés de médecine et les écoles supérieures de pharmacie revînt au prix de 40 fr. à celui qui l'aurait déjà payée 35 fr. dans l'école préparatoire.

Une telle situation, si elle était maintenue, serait inexplicable, et elle aurait pour effet de réduire considérablement la population des écoles préparatoires que le gouvernement a voulu régénérer et compléter en leur donnant une juridiction qui assure désormais leur existence et leur prospérité.

J'ai, en conséquence, l'honneur de proposer à Votre Majesté de décider qu'à dater du 1er janvier 1855, le prix des inscriptions prises dans les écoles préparatoires par les élèves en médecine ou en pharmacie sera fixé à 25 francs.

Les municipalités n'auront pas moins de latitude que par le passé pour exercer leur généreuse initiative et venir en aide, par des remises ou des dispenses du prix d'inscription, aux jeunes gens qui se recommandent par leur bonne conduite et leur situation de fortune ; car, si elles voient diminuer leurs ressources par l'abaissement du prix de l'inscription, elles trouveront une compensation à ce déficit apparent dans le nombre des élèves, qui ne pourra manquer de s'accroître depuis que le décret du 22 août 1854 a imposé des conditions de scolarité à tous les jeunes gens qui se préparent soit à la carrière médicale, soit à la profession de pharmacien.

Je suis avec le plus profond respect, Sire, etc.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, H. FORTOUL.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes;

Vu l'article 12 de l'ordonnance du 13 octobre 1840, relative aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu l'ordonnance du 13 mars 1842 ;

Vu le décret du 22 août 1854 sur le régime des établissements d'enseignement supérieur,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

ART. 1er. A dater du 1er janvier 1855, le prix des inscriptions prises dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie par les élèves en médecine et par les élèves en pharmacie est fixé à 25 francs.

ART. 2. Toutes les dispositions des ordonnances susvisées contraires au présent décret sont et demeurent rapportées.

ART. 3. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Saint-Cloud, le 28 octobre 1854.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur : *le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,*

H. FORTOUL.

— Par arrêté ministériel en date du 6 novembre 1854, M. Michel, agrégé, a été maintenu pour un an dans les fonctions de chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Strasbourg.

— Par décision du 6 novembre 1854, M. le ministre de l'intruction publique et des cultes a arrêté la liste des candidats au concours d'agrégation qui doit s'ouvrir le 20 du même mois, devant la Faculté de médecine de Montpellier. Ces candidats sont : MM. Bernard, Faget, Jacquemet, Montet, Ricard Farrat, Saurel, Bouliech, Texier, Milliet, Garimond Girbal, Cavalier et Rouzier-Joly.

— Par décision du même jour, M. le ministre a également arrêté la liste des candidats inscrits pour prendre part au concours d'agrégation qui va s'ouvrir également le 20 novembre, devant l'école supérieure de pharmacie de Strasbourg. Ces candidats sont : MM. Jacquemin, Schlagdenhauffen et Strohl.

On sait qu'aux termes du règlement du 6 février 1846, quatre professeurs de l'école sont juges de droit. Ces juges sont MM. Oppermann, professeur de pharmacie; Kirschleger, professeur d'histoire naturelle médicale, Oberlin, professeur de matière médicale, et Loir, professeur de toxicologie et physique.

— M. le ministre, par arrêté du 8 novembre, a complété ensuite comme il suit l'organisation du jury de concours en nommant juges adjoints : M. Béchamp, agrégé de l'École ; M. Rameaux, professeur de physique à la Faculté de médecine de Strasbourg et M. Lereboullet, docteur en médecine, professeur de zoologie à la Faculté des sciences de la même ville.

La présidence du concours est déférée à M. Oppermann.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

La Faculté ouvrira ses Cours d'hiver le jeudi 16 novembre 1854, ils auront lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
	MM.		
Anatomie.	Denonvilliers.	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h.
Physiologie.	Bérard.	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Pharmacie.	Soubeiran.	Lundi, mercredi, vendredi	A 10 h. 1/2.
Chimie médicale.	Wurtz.	Mardi, jeudi, samedi.	A 10 h. 1/2.
Médecine léga.e.	Adelon.	Lundi, mercredi, vendredi	A midi.
Pathologie médicale.	Duméril (1).	Lundi, mercredi, vendredi	A 2 h.
Pathologie chirurgicale.	Gerdy.	Lundi, mercredi, vendredi	A 3 h.
Pathologie et thérapeutique générales.	Andral.	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Opérations et appareils.	Malgaigne.	Lundi, mercredi, vendredi	A 4 h.
Clinique médicale.	Bouillaud. Piorry.	à la Charité. Tous les jours, le matin.	De 6 heur. à 10.
	Rostan. Trousseau.	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale.	Laugier. Jobert (de Lamballe)		
	Velpeau.	à la Charité.	
	Nélaton.	à l'hôp. de la Faculté	
Clinique d'accouchements	P. Dubois.	à l'hop. de la Faculté	

(1) Suppléé par M. Becquerel.

---

ver l'insensibilité de ses somnambules à l'effet du courant galvanique, il les fit traverser par le courant d'une machine dont je décrirai plus tard la construction singulière. Les somnambules tremblaient un peu, mais elles supportaient très bien ce courant, tandis que s'il galvanisait en apparence de la même manière les hommes les plus forts, ceux-ci ne pouvaient supporter un seul moment un courant d'une telle intensité. M. Regazzoni offait encore aux incrédules de magnétiser d'autres personnes qui lui seraient entièrement étrangères ; mais, sur ce chapitre, il n'a jamais réussi, ni devant moi ni devant d'autres médecins.

Je pensais que des expériences décisives ne pourraient être faites que sur les propres somnambules de M. Regazzoni, chez lesquelles tous les phénomènes, à ce qu'il disait, s'étaient développés dans leur plus grande perfection ; et je me rendis chez lui le lundi 23 octobre, pour lui proposer d'expérimenter ensemble. Il ne voulut pas venir dans mon laboratoire, faute de temps mais il me permit de venir dans la soirée à son domicile, où je trouverais la plupart de ses amis, et où je pourrais assister à des épreuves péremptoires. Je lui répondis que toutes ses expériences ne me satisfaisaient pas, et que je voulais en faire plusieurs autres très simples, qui ne seraient nullement nuisibles à la santé de ses somnambules. Il y consentit, à la condition que je viendrais seul, ou seulement avec un ou deux de mes amis, parce qu'il avait déjà trop de monde. Le soir, je me rendis chez lui avec M. Friedleben et M. Stein, deux médecins très distingués, et j'apportai plusieurs instruments et une grenouille vivante. Nous trouvâmes dans sa chambre un très grand nombre de personnes dont plusieurs nous étaient déjà connues comme enthousiastes de mesmérisme, et tous les élèves du thaumaturge. A l'aspect de nos instruments, et surtout de mon petit électromoteur, il s'éleva un *tolle* général. On ne voulut pas nous permettre d'expérimenter à notre guise, mais seulement de répéter les épreuves de M. Regazzoni avec les instruments qu'il avait employés lui-même. Le bruit augmenta encore lorsqu'on se fut convaincu que mon électromoteur était très faible, et qu'on n'en sentait presque pas l'effet dans la main ou même dans la langue. Comment voulez-vous, me dit-on, réveiller la sensibilité avec cette chétive machine chez une personne insensible qui ne sent pas même les *coups foudroyants* de la machine de M. Regazzoni? « De quelle valeur sera votre témoignage? s'écriait le magnétiseur. Si je » m'étais présenté avec un tel instrument devant l'Académie de Montpel- » lier, elle se serait moquée de moi, et ne m'aurait pas fait un accueil » aussi brillant. Ce sont seulement mes coups foudroyants qui l'ont per- » suadée. » A ma menace de me retirer sur-le-champ si l'on ne voulait pas me permettre de faire mes expériences avec ma faible machine, et de

— Dans sa réunion du 9 novembre, sur l'invitation de M. le ministre de l'instruction publique, la Faculté de médecine de Paris s'est occupée de la question des conférences et exercices pratiques institués par le décret du mois d'août dernier. Une commission composée de MM. Dubois, Rostan, Gavarret, Denonvilliers, Malgaigne, et M. Sonnet, inspecteur de l'Académie de Paris, secrétaire, est chargée de préparer un travail à ce sujet et de faire un rapport à la Faculté dans le plus bref délai possible.

La première discussion de la commission aura lieu le vendredi 17.

—

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 2 au 8 novembre 1854.

286. DONAUDY, Sigismond-Maurice, né le 29 novembre 1829, à Nice (États sardes). [*De la dyspepsie.*]

287. PERRIQUET, Charles-Désiré-Joseph, né le 3 juin 1830 à Haubourdin (Nord). [*De la strychnine et de ses indications.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 9 novembre 1854.

LE MICROSCOPE ET LE CANCER DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE : ÉTAT DE LA DISCUSSION.

(Voir les numéros 54, 55, 56 et 57.)

Si certaines personnes avaient conservé quelques doutes sur l'opinion que M. Velpeau professe définitivement sur l'utilité des recherches microscopiques, le discours que l'éminent professeur a prononcé aujourd'hui serait de nature à les lever. Il a commencé par protester contre les orateurs qui avaient pris part au débat, et qui tous, comme nous-même, avaient cru qu'il était opposé à nos travaux et qu'il contestait leurs résultats importants ; décidément, si les micrographes ont été ingrats jusqu'à ce jour envers M. Velpeau, ils le seraient bien plus encore s'ils ne le remerciaient aujourd'hui du changement survenu dans ses conclusions.

En 1844, le savant académicien avait foi dans le microscope. En 1853, dans la préface de son livre, page XV, il lui distribuait les encouragements d'une main, et de l'autre, page V, il affirmait que son témoignage ne mérite guère de confiance.

Dans la séance du 10 octobre, il disait que le microscope n'avait été jusqu'à ce jour d'aucune utilité dans l'étude des tumeurs; qu'un chirurgien habile, attentif et expérimenté pouvait s'en passer, et il se demandait enfin à quoi il sert réellement.

Dans la séance du 9 novembre, il revient sur un arrêt trop sévère, et déclare que le microscope a déjà rendu de grands services et qu'il en rendra encore. *Quantùm mutatus ab illo.* En mettant dans les plateaux de la balance ces assertions contraires et ces louables oscillations, nous concluons qu'enfin M. Velpeau daigne nous rendre justice; aussi quand nous avons entendu les applaudissements qui ont couronné son discours, avons-nous été tenté de nous y joindre un peu pour célébrer une victoire qui nous est fort sensible, et beaucoup pour rendre hommage aux qualités du discours.

Dans sa péroraison, M. Velpeau exprime le désir de voir tous les moyens d'investigation, toutes les ressources scientifiques s'associer pour arriver à la recherche de la vérité, au lieu de se combattre et d'être exclusives. C'est le désir que nous poursuivons, et notre persévérance sera d'autant plus grande que nous avons, nous aussi désormais, et sans conteste, notre petite place au soleil.

Le discours de M. Velpeau a été très bien fait et très bien dit; il a répondu à M. Leblanc, répondu à M. Larrey; il s'est défendu de son mieux contre les arguments pressants de M. Robert et de M. Malgaigne, en reprochant à ce dernier de l'avoir orné d'une robe de Nessus, qui doit sa malignité cette fois à la ciguë, ce poison qu'on ne verse qu'aux sages.

M. Velpeau a pris la peine, à ce qu'il paraît, de lire les quelques pages que mon excellent ami Broca et moi avons écrites à propos de cette discussion, et plusieurs fois, le regard tourné vers nous, il a décoché quelques flèches à notre adresse. C'est signe qu'il nous fait l'honneur d'accepter la discussion avec des *chirurgiens microscopiques*, comme il dit souvent. Nous avons pu d'autant mieux nous en apercevoir que nous demandions, à lui comme aux autres, une définition du cancer et de la malignité, et qu'il nous a fourni tant bien que mal cette double définition, qu'il a le tort de ne pas trouver bien nécessaire. Mais il nous semble qu'il s'est mépris en insinuant que l'école moderne tenait beaucoup à ce que le cancer fût incurable ; nous nous sommes pourtant assez catégoriquement expliqué sur ce point.

M. Velpeau paraît tenir réellement beaucoup à sa statistique, car il y est encore revenu, ainsi que sur celle de M. Broca; nous le suivrons encore. Il croit que ces deux documents numériques ne diffèrent pas notablement; nous sommes

constater publiquement cet étrange refus, à ma promesse que si la soi-disant somnambule avait bien supporté les effets de l'électro-moteur, non-seulement je souscrirais le témoignage qu'on me demanderait, mais que j'engagerais aussi les autres médecins qui avaient écrit contre M. Regazzoni à révoquer leurs doutes, on se calma, et j'entendis plusieurs personnes se prononcer d'une manière fort douteuse sur le bon sens d'un homme qui proposait des expériences si insignifiantes.

Cependant je me fis montrer la machine galvanique de M. Regazzoni, et j'aperçus aussitôt ce qui avait échappé jusque-là aux autres médecins : c'était une machine à induction dans laquelle l'interruption du courant primaire, qui se fait, non par la machine même, mais avec la main, pouvait être suspendue presque entièrement par un secret mouvement de l'expérimentateur. Le même mouvement, selon que la main appuyait plus ou moins fortement, pouvait produire dans la spirale inductrice un courant interrompu ou un courant continu; et puisque c'est seulement le courant interrompu qui donne des effets physiologiques prononcés, il est clair que cette machine était fort commode pour l'expérience comparative dont nous avons parlé plus haut. Ce n'était pas aux somnambules qu'on réservait les fortes secousses.

Je demandai à M. Regazzoni de nous amener son meilleur sujet; mais dès que la fille vit mon faible électro-moteur, elle s'enfuit dans une autre chambre, en s'écriant qu'elle ne se prêterait pas à mes expériences. M. Regazzoni la suivit et la ramena après quelques minutes en lui montrant que ma machine était très faible ; cependant on avait encore de la peine à la persuader. Cette répugnance est la seule trace de clairvoyance que j'aie observée chez les somnambules de M. Regazzoni. *Elle craignait les effets d'une machine qui lui était étrangère.*

Je fis magnétiser cette fille dans un coin reculé de la chambre, et alors M. Regazzoni la conduisit vers ma table sans la toucher, seulement par la force attractive de ses mains. En marchant, elle parut avoir les yeux fermés, mais sa démarche était naturelle. Pendant qu'elle posait à terre la plante d'un pied, elle levait déjà le talon de l'autre pied, et elle marchait lentement, mais d'un pas ferme ; elle n'avait pas enfin la démarche caractéristique de ceux qui, avec la conservation de la motilité, ont perdu dans les pieds la sensibilité qui doit guider les mouvements. Ces personnes, comme on sait, tombent très facilement si elles ne regardent pas leurs pieds. Les bras de la somnambule et ses doigts étaient étendus roides. Lorsqu'elle fut assise, je demandai à M. Regazzoni de lui rendre les membres supérieurs tout à fait insensibles, de lui fermer les doigts de la main droite, et de lui ordonner de saisir fortement l'index de ma main gauche, que je lui pré-

d'un sentiment tout opposé. Il est évident pour tous ceux qui savent comment il faut se servir des chiffres en pathologie, que dans la circonstance actuelle les malades qui ont été suivis longtemps, sont les seuls qui doivent être comptés sérieusement. Sur les 250 malades opérés par M. Velpeau, 200 ne comptent pas, parce qu'on ne sait pas ce qu'ils sont devenus, et que rien ne prouve que 80 d'entre eux n'ont pas guéri, puis 20 ont eu ce bonheur parmi les 50 qui restaient. Or, sur les 26 cas cités par M. Broca, 19 ont été suivis, et les 7 autres, perdus de vue, ne comptent pas. Je crois ceci à l'abri de toute contestation. On pourrait en dire autant des chiffres de M. Lebert. Mais si nous les négligeons, voici ce qui reste avéré pour tout esprit sévère et impartial :

50 malades de M. Velpeau, 30 récidives, 20 guérisons.
19 malades de Blandin, 19 récidives.

Le long discours que nous venons d'entendre ne renferme rien de nouveau, ce sont les mêmes arguments qui déjà nous ont été opposés ; il a été question des tumeurs mixtes, sur lesquelles M. Leblanc, à l'Académie, et nous-même, dans ces colonnes, avons fixé l'attention, et qui ne sont nullement un argument contre l'utilité du microscope. Puis c'est la fameuse série des trois propositions destinées à prouver que la cellule que nous appelons cancéreuse ne caractérise pas le cancer, argument qui renferme une pétition de principes qui saute aux yeux des moins clairvoyants, et a pour soutien des observations qui prêtent singulièrement le flanc à la critique. Nous avons entendu encore M. Velpeau dire que les tumeurs épidermiques des lèvres étaient aussi graves que les cancers, et citer des cas de généralisation de tumeurs épidermiques, qu'il croit nombreux, et qui cependant se réduisent à peu près à un seul bien observé, celui de Paget.

Même oraison funèbre que dans le premier discours sur la tumeur fibro-plastique, que M. Velpeau croit sans doute bien plus grave que le cancer, puisqu'il ne cite pas de guérison de ce premier produit, tandis qu'il a été assez heureux pour sauver tant de pauvres cancéreux. Enfin l'orateur revient encore sur une opinion qui lui est favorite, et qui consiste à dire que le cancer est primitivement local et que la diathèse n'est que consécutive, assertion qui nous étonne d'autant plus que dans un autre passage de son discours, il nous dit qu'il a reconnu des cancers tellement malins qu'il ne les opérerait pas quand bien même ils n'auraient que le volume d'une tête d'épingle (*sic*). Nous voudrions bien, pour notre propre instruction, savoir comment on peut reconnaître une si épouvantable malignité dans des tumeurs encore si microscopiques?

Comme nous l'avons dit précédemment, nous nous proposons de discuter à loisir les doctrines de M. Velpeau. La bienveillance dont il nous honore, montre que ce grand maître accepte la contradiction qui vient de plumes impartiales. Aujourd'hui que, sans doute, la discussion à l'Académie s'approche de sa fin, nous allons nous mettre à l'œuvre et nous publierons quelques articles sur la matière; nous nous proposons de faire l'histoire sommaire de l'élément fibro-plastique; nous profiterons de cela pour exposer la manière dont nous comprenons l'étude d'un élément normal au triple point de vue anatomique, physiologique et pathologique ; nous intercalerons dans cette description la réponse aux critiques qui nous ont été opposées.

AR. VERNEUIL,
Agrégé à la Faculté de médecine.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

TUMEUR SQUIRRHEUSE DU SEIN DROIT DATANT DE PLUS DE DIX ANS ; GUÉRISON EN HUIT MOIS, PAR LES PRÉPARATIONS DE CONICINE D'APRÈS LES INDICATIONS DE MM. DEVAY ET GUILLIERMOND (DE LYON), par M. le docteur CADE (de Bourg-Saint-Andéol).

On lira sans doute avec intérêt cette note, à laquelle la discussion pendante à l'Académie de médecine sur la *curabilité du cancer* donne de l'à-propos. Quelle que soit la nature intime de l'affection à laquelle a eu affaire M. Cade, il est curieux de voir une tumeur telle que celle qui est décrite dans l'observation *disparaître entièrement* sous l'influence d'une médication interne. (*Note de la rédaction.*)

En jetant un coup d'œil rétrospectif sur les deux opérations de squirrhe ou de cancer non ulcéré que j'ai pratiquées depuis mon début dans la carrière médico-chirurgicale, j'ai la douleur de constater que toutes, à l'exception de deux tumeurs encéphaloïdes enkystées, ont été, au terme de deux ans et de cinq ans au plus, fatalement compromises par le fâcheux accident ou plutôt par le triste privilége de la récidive, que je considère aujourd'hui comme inhérent à l'essence du cancer qui n'est pas isolé des tissus ambiants par une enveloppe membraneuse ; et, chose déplorable ! l'affection carcinomateuse, nullement éteinte, mais seulement assoupie par le fait de l'élimination de son produit morbide le plus apparent, s'est toujours réveillée avec d'autant plus de violence et d'activité que le calme de la douleur avait été plus prolongé.

Je vais de suite au-devant de l'objection qui pourrait m'être

---

sentai. Il le fit, en me disant que je ne pourrais plus retirer mon doigt de la main de la somnambule, si le magnétiseur, par ses tractions, ne rouvrait pas la main. Je laissai mon doigt tranquille pendant quelques moments, et lorsque je sentis que sa main s'était relâchée, je fis un *très léger* mouvement de mon doigt, et je sentis que, dans ce moment, elle redoublait de force pour le retenir. Cette expérience, répétée plusieurs fois, me donna la conviction que sa main *insensible* conservait encore toute sa sensibilité. Mais il fallait prouver cela à tout le monde.

Je fis ouvrir la main, et je retirai de ma poche quelque chose que je ne montrai qu'à M. Regazzoni, en le priant de ne parler qu'italien. C'était la grenouille. Il la vit, et dit en riant : « Cette bête innocente n'aura » pas plus d'effet que votre machine galvanique. » *Una rana vivente*, dit-il à une somnambule italienne qui se montait très inquiète de ce que j'allais faire. En tenant la grenouille par ses pattes de derrière et en la couvrant de l'autre main, je l'approchai de la main droite étendue de la somnambule ; et cette fille, qui s'attendait bien à des piqûres ou à des brûlures, fut si effrayée par l'attouchement de cette bête froide et gluante qui la chatouillait de ses pattes de devant, qu'elle retira la main, remua le bras gauche, et tourna la tête vers cet objet étrange. Qu'est-ce que cela ? s'écrièrent les élèves. La grenouille leur fut montrée. Le maestro resta pâle et terrifié, mais bientôt il se remit en prononçant d'une voix tremblante : Cela ne signifie rien ; une grenouille neutralise le magnétisme, c'est bien connu ! — C'est bien connu ! répétèrent les élèves. Je m'excusai de n'avoir pas su cela, en exprimant le regret que le magnétiseur ne me l'eût pas dit plus tôt lorsque je lui avais montré l'*animal innocent*.

Je fis magnétiser la fille de nouveau, et rendre encore complétement insensibles les deux membres inférieurs et le côté gauche de la tête. Alors je lui enfonçai deux aiguilles le long du nerf radial gauche. Pas de trace de sensation ; mais lorsque je touchai les aiguilles avec les pôles de ma machine galvanique, non-seulement le bras gauche se remua convulsivement, mais encore il y eut des mouvements dans le bras droit, et la face donna des signes d'une douleur intense que la somnambule s'efforçait de surmonter. M. Regazzoni, effrayé de l'effet inattendu de ma faible machine, s'écria qu'il n'avait rendu insensible que le système nerveux, tandis que j'agissais sur les muscles par le courant galvanique, de là l'effet convulsif ; que l'on pourrait produire le même résultat sur des cadavres même quatre jours après la mort, et qu'il n'y avait pas de douleur malgré l'apparence. M. Friedleben lui fit remarquer que le cadavre ne remue jamais la main droite si l'on irrite les muscles de la main gauche ; et moi.... je continuai mes expériences.

faite, en affirmant ici que j'ai toujours opéré néanmoins dans les meilleures conditions possibles de réussite, c'est-à-dire avant l'apparition des symptômes qui révèlent la présence d'une dyscrasie générale, tels que la réaction fébrile, la teinte jaune-paille de la peau, le désordre des fonctions digestives, l'ulcération des tissus et l'engorgement des glandes circonvoisines.

En présence de ces nombreux mécomptes empruntés à ma clientèle, ma conviction sur la préexistence d'une viciation sanguine générale, ou, en d'autres termes, d'une diathèse cancéreuse, est tellement établie aujourd'hui, que je serais tenté de mettre en doute la sincérité d'un confrère qui se flatterait d'avoir guéri *radicalement* et *irrévocablement* par l'action exclusive du couteau ou du caustique, et en dehors de toute influence pharmaco-dynamique interne, une tumeur squirrheuse, quelque superficielle, quelque circonscrite qu'elle pût être. Que d'opérés de cancer inscrits dans les grands hôpitaux au registre des succès, et dont il nous est réservé, à nous, médecins de province, de recueillir, quelques mois ou quelques années plus tard, le dernier souffle exhalé au milieu des tortures les plus atroces, déterminées par la reproduction du mal !

Quel service immense ce serait pour la science et l'humanité, si l'on possédait un remède qui ne guérirait la manifestation locale du cancer qu'après avoir détruit jusque dans ses dernières racines le germe morbide profondément implanté au sein de notre organisme ! Aussi doit-on savoir beaucoup de gré à MM. Devay et Guilliermond (de Lyon) d'avoir entrepris dans ce but, avec autant de zèle que de sagacité, une série d'expérimentations physiologiques et thérapeutiques sur le principe actif de la grande ciguë. Si les faits de guérison du cancer par l'administration de la conicine ne sont pas encore assez nombreux pour nous autoriser à décorer cet alcaloïde du titre de spécifique, du moins sont-ils suffisants pour nous donner le droit de le considérer comme le médicament qui offre jusqu'à ce jour le plus de chances de succès. Aussi, en médecin opérateur consciencieux, et connaissant d'ailleurs la probité scientifique de ces deux habiles et savants expérimentateurs, ai-je pris la résolution, depuis la lecture de leur intéressant ouvrage sur la conicine, de ne jamais proposer et tenter dorénavant une opération de squirrhe, qu'après l'avoir soumis longuement au contrôle de ce nouvel agent héroïque de la matière médicale. Voici un fait qui, certes, n'est pas de nature à me susciter le moindre regret d'une pareille détermination pratique.

OBS. — La femme D..., âgée de quarante ans, douée d'une faible constitution et d'un tempérament sec et bilieux, me fut adressée par madame la baronne de B... comme étant atteinte depuis longues années d'une maladie du sein droit qui minait sourdement son existence et contre laquelle avaient échoué les soins assidus et intelligents d'un des médecins de la localité. Nous devons cependant rendre ce témoignage à la vérité et à la réputation de notre confrère, que, dans le début du traitement, la tumeur du sein, du volume d'un œuf de poule, subit une diminution de plus de moitié sous l'influence prolongée de quelques pilules et de quelques frictions dont j'ignore la composition, mais que je crois être des préparations iodurées, d'après les renseignements fournis par la malade. Ne serait-il pas à présumer que, réduite dès son origine à la simple expression d'une glande engorgée, cette tumeur ne participait point encore de la dégénérescence cancéreuse qu'elle acquit dans la suite sous l'influence d'une altération de même nature survenue dans la masse du sang? On voulut associer plus tard à ce traitement la médication hydrargyrique pour lui imprimer plus d'activité; mais l'incident d'un ptyalisme mercuriel décida bientôt la malade à cesser toute espèce de remèdes jusqu'au jour où elle vint réclamer mes conseils (14 juillet 1853).

Interrogée sur la cause présumée de cette tumeur, la consultante ne put en assigner d'autre appréciable que le chagrin profond d'avoir perdu brusquement son fils unique encore au berceau. On ne saurait invoquer ici les funestes conséquences d'un sevrage prématuré, puisqu'elle consentit à prendre en nourrice un enfant étranger. Cette tumeur, profondément placée au-dessous du mamelon droit, est bosselée, dure, rénitente, mobile et n'offrant pas l'élasticité des masses enkystées; elle présente dans son diamètre transversal 6 centimètres, et 4 dans le vertical; elle est sillonnée de temps à autre, et surtout pendant la nuit, par des élans de douleur qui s'irradient, avec la rapidité de l'éclair, jusqu'aux extrémités des doigts de la main droite, au point de provoquer un engourdissement presque paralytique de tout le membre supérieur correspondant. Céphalalgie fréquente, diminution et perversion de l'appétit, amertume de la bouche, digestions difficiles, fièvre lente et continue, teinte jaune-paille des téguments, décroissance des forces, amaigrissement sensible, tels sont les phénomènes symptomatiques concomitants qui dénotent la coexistence d'une cachexie cancéreuse commençante, et qui ne laissent, par conséquent, aucune ombre de doute sur la nature squirrheuse de cette tumeur.

Je prescris, pendant les huit premiers jours, une pilule de conicine n° 2 de la pharmacie Guilliermond, de Lyon, et trois frictions de son baume de conicine à pratiquer chaque jour et pendant cinq minutes de durée sur toute la surface de la tumeur, que je fais recouvrir immédiatement avec un rondelle de taffetas ciré, pour mieux faciliter l'absorption du remède. La décoction concentrée de salsepareille fait le complément de ce traitement. Régime alimentaire très substantiel et très fortifiant ; abstention complète des substances acides et astringentes.

Les premières pilules étant parfaitement tolérées par l'estomac, j'augmente graduellement tous les huit jours d'une pilule jusqu'à la dose de quatre par jour, nombre que je n'ai jamais osé dépasser à raison d'un défaut de surveillance journalière produit par la distance des lieux qui me sépare de ma cliente.

C'est sous l'influence lentement progressive de cette médication, continuée sans interruption pendant les cinq premiers mois avec une exacte ponctualité, que nous avons vu avec bonheur, en fin décembre, la tumeur, réduite à la moitié de son volume, cesser d'être si violemment douloureuse pendant la nuit, et permettre enfin à cette femme de goûter plus longtemps les douceurs du sommeil. Un peu d'exaspération du mal de tête nous a engagé à suspendre pendant un mois l'emploi exclusif des pilules, mais nullement des frictions, qui ont été continuées jusqu'au terme de la guérison définitive.

Au mois de févier, les pilules n° 2 sont reprises à dose croissante tous les huit jours, et ne sont plus discontinuées jusqu'au mois de mai, où nous avons eu la joie de constater la *résolution complète de la tumeur* et le retour à l'état parfaitement normal de toutes les fonctions de l'économie, plus ou moins troublées par l'infection cancéreuse générale.

Je demandai si la moitié gauche de la tête était encore bien insensible. Le magnétiseur, après y avoir fait passer son souffle, m'assura que l'on pourrait maintenant la couper tout entière sans provoquer aucune sensation. J'enfonçai une aiguille derrière et au-dessous de l'oreille, à la sortie du nerf facial, et une autre en avant sur le trajet du rameau moyen du facial; je galvanisai, et la face contractée prit l'expression de la plus forte douleur; les mains se fermèrent convulsivement; j'entendis une forte inspiration à travers les dents fortement serrées ; je vis quelques larmes rouler dans les yeux. Le spectacle affreux de cette fille accoutumée aux douleurs, qui se donnait toute la peine possible pour vaincre une sensation plus forte que celle qu'elle avait jamais éprouvée, et dont la moindre manifestation devait compromettre toute son existence et celle de son maître, me détermina à en finir avec mes épreuves aussi vite que possible. Je pris une des aiguilles et la plaçai sur le grand rameau communiquant (figuré si bien par Meckel), qui vient du sous-orbitaire pour se réunir aux rameaux labiaux du facial, et qui jouit d'une sensibilité exquise. Aussitôt que je galvanisai, la fille poussa un cri affreux, comme un lapin dont on touche le nerf trijumeau; elle porta rapidement la main droite à sa face, et se leva de son siége; mais avant qu'elle pût toucher la partie douloureuse ou s'enfuir, les élèves de M. Regazzoni saisirent ses bras, et je pus retirer mes aiguilles. La galvanisation n'a duré qu'un instant, mais l'effet en a été démonstratif.

Après un moment de silence, un bruit effroyable s'élève dans la chambre : « Vous avez touché les nerfs, s'écria le maestro avec une voix furibonde; les nerfs ne sont pas insensibles ! » Nous lui répondîmes avec un éclat de rire. Voulez-vous encore des expériences plus décisives? lui demandai-je. A cette question, les filles qui étaient présentes s'enfuirent dans un autre appartement pour s'y enfermer; elles ne voulurent pas même, au commencement, laisser entrer M. Regazzoni. « C'est le diable ! » s'écria l'Italienne, parlant de moi. Quant à l'Italien, après avoir fait coucher la somnambule maltraitée, il revint dans la chambre, criant vengeance et parlant de me brûler avec sa machine électrique. On veut me saisir; mais dans ce moment M. Stein, médecin militaire, s'avance, et le respect que l'on avait pour son épée et les armes qu'il portait nous a sauvés des mains de ces enthousiastes furieux.

Mais nos expériences avaient fait justice de M. Regazzoni. Il ne lui restait que huit adeptes fidèles, parmi lesquels un rédacteur d'une feuille d'annonces, et pas un homme de science. C'est dans cette feuille que ces huit adeptes n'ont pas cessé depuis de me calomnier, de nier l'exactitude de mes expériences, et de chanter l'apothéose de M. Regazzoni. Je fais

Nous ne devons pas oublier de faire observer que la salsepareille, prescrite par nous comme puissant auxiliaire de la conicine, selon la méthode de MM. les docteurs Fuoltz et Leriche (de Lyon), ne saurait avec droit revendiquer ici pour elle les honneurs de la cure, attendu que son administration a été suspendue par la malade au bout d'une dizaine de jours, sous prétexte de ne vouloir continuer qu'un seul remède et le plus aisé à prendre.

J'ai tardé à dessein de donner de la publicité à cette observation, afin de mieux m'assurer de la solidité de la guérison. Elle ne s'est point démentie jusqu'à ce jour depuis cinq mois.

SUR LA FACULTÉ D'ACCOMMODATION DE L'ŒIL,
par le docteur Joh. Czermak.

Quelles sont les modifications qu'éprouve l'appareil optique des yeux dans la vision à différentes distances, et quels sont les organes qui produisent ces modifications. C'est là un problème de physiologie resté sans solution depuis Kepler; et il en est peu cependant, dans tout le domaine de la physiologie, qui aient été plus souvent un sujet de recherches, qui aient donné lieu à un plus grand flux d'hypothèses. Beaucoup d'observateurs, il est vrai, depuis Haldat jusqu'à Engel, se sont mis à l'aise, et ont tranché la difficulté au lieu de la résoudre : ils ont nié tout simplement l'adaptation, contrairement aux lois les plus élémentaires de la dioptrique. D'autre part, aucune des hypothèses édifiées jusqu'à présent n'a réuni tous les suffrages, et cela n'est pas étonnant, car aucun observateur n'a eu l'idée de prendre la voie sûre de l'examen empirique, et de constater, par des moyens optiques, les changements réels qui ont lieu pendant l'adaptation. Au contraire, on s'est contenté généralement de spéculations théoriques plus ou moins sensées, qui, sans doute, renfermaient quelque chose d'exact, et pouvaient, jusqu'à un certain point, suffire à l'explication, mais qu'il était impossible de démontrer. Dans ces derniers temps seulement, Cramer, de Groningue (1), et plus tard Helmholtz, de Kœnigsberg (2), ont pris la méthode d'investigation qui est la seule bonne, et que Donders avait le premier indiquée comme telle; or, indépendamment l'un de l'autre, ils sont arrivés à des résultats identiques. Certes, cette circonstance est de nature à justifiee encore la confiance dont jouissent à juste titre des observateurs aussi consciencieux que Cramer et Helmholtz.

Les modifications internes que subit l'œil dans l'accommodatinn pour la proximité, consistent dans une augmentation de convexité de la face antérieure du cristallin. Dans la vision de loin, cette face s'aplatit de nouveau. Il est évident que dans le premier cas la distance focale de l'œil diminue, et qu'elle augmente dans le second.

(1) *Het Accomodatievermogen der Oogen.* Haarlem, 1853.

(2) *Ueber die im Auge eintretenden Veræanderungen bei abgeænderter Accomodation* (*Monatsber. d. Berliner Akad.*, 1853, febr., p. 137-139).

Le cristallin ne change point de place pendant ce temps; il n'avance ni ne recule; il n'y a que le rayon de courbure de sa face antérieure qui varie. Ces faits résultent de l'observation exacte de la position et de la grandeur relatives des trois images par réflexion découvertes dans l'œil par Purkinje. On sait que la cornée, comme tout miroir convexe, réfléchit une image droite; de même la face antérieure du cristallin; sa face postérieure, au contraire, miroir concave, produit une image renversée. Quand on examine l'œil par le côté, on voit ces trois images placées l'une derrière l'autre, à une certaine distance. Si alors on fait accommoder l'œil observé à la vue des objets les plus rapprochés, on constate les phénomènes suivants : les images dues à la cornée et à la face postérieure du cristallin ne changent ni de forme ni de grandeur; l'image moyenne, au contraire, déterminée par la face antérieure de la lentille, marche *en avant* et *se rapetisse* d'une manière frappante.

Il va sans dire que, pendant que l'accommodation change, l'œil qu'on examine doit rester complétement immobile et n'exécuter aucun mouvement de latéralité. Pour faciliter l'observation, Cramer a maginé un instrument spécial, l'*ophthalmoscope* (1). Une simple construction d'optique démontre que le phénomène mentionné ne peut s'expliquer que par une augmentation de convexité de la face antérieure du cristallin. Si toute la lentille changeait de place, il faudrait que la troisième image, celle qui est renversée, avançât également, ce qui n'a pas lieu (2).

(1) Nous aurons certainement occasion, dans ce journal, d'exposer aussi complétement que possible les résultats précieux que la physiologie et la pathologie de l'œil ont le droit d'attendre de l'*ophthalmoscope*. Un mot seulement ici pour expliquer le but et l'emploi de cet instrument.

Derrière l'iris, par la pupille, nous ne voyons plus rien dans l'œil; nous ne voyons que le fond noir. On dit communément que cela tient à ce que tous les rayons lumineux qui entrent dans l'œil viennent s'éteindre sur le pigment de la choroïde. — Mais il est une autre raison, bien plus radicale; car le pigment choroïdien serait incapable d'empêcher tous les rayons lumineux d'être réfléchis par la face luisante de la rétine, ou, tout au moins, en tenant compte de l'extrême minceur et de la transparence de cette membrane, par les vaisseaux rétiniens et la papille du nerf optique. Cette raison radicale, la voici :

Tous les rayons lumineux qui entrent dans l'œil par la pupille, et qui, arrivant à la rétine, seraient réfléchis par cette membrane de manière à l'éclairer et à la faire apercevoir, *tous ces rayons, une fois réfléchis, retournent à leur point de départ*; car ils retraversent par la même voie les milieux réfringents qui les ont portés sur la rétine, et de cette façon, ainsi disposés, ils ne peuvent parvenir sur l'œil d'un observateur.

Si je regarde l'œil de mon voisin pour apercevoir sa rétine, je ne recevrai sur mon œil, venant de cette rétine, que les rayons qui sont partis de ma cornée, foyer lumineux bien insuffisant pour éclairer le fond de l'œil.

Mais supposez que devant mon œil je mette un miroir concave fortement éclairé et braqué par sa concavité sur la pupille de l'œil à observer; que ce miroir soit percé d'un trou central : les rayons lumineux projetés par le miroir dans le fond de l'œil à observer reviendront sur le miroir, et, par le trou dont il est percé, sur mon œil qui est derrière.

Ainsi j'apercevrai la rétine; et, sans tenir compte des variations nombreuses qu'a subies l'instrument, c'est là le principe du meilleur ophthalmoscope et du plus simple que nous ayons, celui de M. Albert Graefe, qu'a surtout fait connaître en France M. Anagnostakis. (*Note de la rédaction.*)

(2) Le lecteur s'est sans doute aperçu que l'auteur du mémoire commet une erreur

---

cette remarque, parce que ce dernier produira sans doute ailleurs les articles de *Intelligenz-Blatt* comme le seul jugement de la presse de Francfort sur ses œuvres, que toutes nos autres feuilles ont jugées comme moi.

Je dois ajouter que, peu de jours avant ces expériences, une fille me fut présentée par un des élèves de M. Regazzoni, comme possédant à un haut degré l'insensibilité magnétique. Je la fis magnétiser en présence de deux médecins et d'un étudiant en médecine. Lorsque le bras était insensible, j'y plantais plusieurs épingles sans amener le moindre signe de sensation; mais dès que je mettais ces épingles en contact avec les pôles d'une faible machine à induction, elle retirait les bras, ouvrait les yeux en s'écriant : « Oh! non. » Le magnétiseur me fit remarquer que, chez cette fille, la rigidité musculaire était plus prononcée que l'insensibilité. En effet, elle avait une musculature très forte. Je la fis magnétiser de nouveau et rendre le bras (dans l'extension) très rigide. Il fallait beaucoup de force pour fléchir seulement un doigt. Après cinq ou six minutes, lorsque je pensai que la sensibilité de la peau dans le bras étendu et *insensible* se serait émoussée, et que l'extension ne se soutenait plus que parce qu'elle regardait constamment ce membre à travers les paupières mal fermées, je demandai au magnétiseur si cette extension durerait encore longtemps. « Aussi longtemps que vous voudrez, » dit-il. Alors je lui fis bander les yeux, et le bras tomba lentement, mais immédiatement. Cette expérience fut répétée plusieurs fois avec le même succès, jusqu'à ce que le magnétiseur fût bien convaincu que cette extension était volontaire. Dans les mouvements volontaires forcés, il faut toujours qu'un sentiment nous avertisse de l'état de nos membres; mais le *sentiment* dans la peau (je n'admets pas de sentiment musculaire excepté dans les muscles de l'œil) devient bientôt confus si le membre reste tranquille dans une position forcée, et alors il n'y a que la vue qui puisse guider l'action musculaire. L'épuisement des *muscles* ne vient que très lentement si l'excitation continuelle par la vue n'est pas empêchée.

La seule chose qui m'ait paru nouvelle dans toutes ces expériences magnétiques, c'est une turgescence de *toute la glande mammaire* par les attouchements magnétiques. Il est clair que le soi-disant magnétisme n'y entre pour rien. Mais dans un autre mémoire où je traiterai cette matière, je prouverai, d'après les recherches qui m'ont été suggérées par ces expériences même, que partout dans le tissu cellulaire qui s'insinue entre les éléments de la glande mammaire, et non pas seulement dans la mamelle, il existe une trame de muscles organiques (fibro-cellules musculaires de Kœlliker). Ces muscles n'appartiennent pas aux parois des tubes glandulaires, mais leur sont interposés.

Cramer examine l'image de la flamme d'une bougie ; Helmholtz celle de deux points lumineux placés verticalement l'un au-dessus de l'autre. Il résulte de ce qui précède que l'étude de l'adaptation a fait un pas très notable, mais elle n'est pas encore arrivée à une solution tout à fait satisfaisante. Il faudrait pour cela des mesures exactes et détaillées des modifications qu'on a enfin reconnues. Helmholtz avance, à la vérité, que le rayon de courbure de la face antérieure du cristallin à l'état de repos, c'est-à-dire pendant la vision à distance, est de 10 à 11 millimètres, et qu'il diminue de moitié environ dans la vision des objets les plus rapprochés ; mais cela ne suffit pas pour vider la question de l'*étendue de l'accommodation*.

Lorsque des mesures plus précises auront été prises, il faudra calculer avant tout si le maximum des changements du rayon de courbure, c'est-à-dire la différence entre les rayons extrêmes, suffit pour expliquer la plus grande étendue d'adaptation de l'œil sain. Tant que cela ne sera pas fait, nous ne pourrons savoir exactement si l'augmentation et la diminution du rayon de courbure de la face antérieure du cristallin sont les seules modifications qu'éprouve l'œil pendant la vision à des distances différentes, et si la solution du problème est complète. En attendant, contentons-nous du fait établi par Cramer et Helmholtz d'une manière incontestable, celui des modifications qui ont lieu pendant l'accommodation, ce fait explique suffisamment les variations dans la distance focale de l'œil, et nous débarrasse de toutes ces hypothèses peu récréatives que les oculistes ont imaginées et soutenues, à défaut de mieux.

Il s'agit maintenant de trouver quelle est la cause qui détermine la modification du rayon de la surface antérieure du cristallin, quel est l'appareil qui la produit. Helmholtz ne s'est pas prononcé sur ce point ; il fait remarquer seulement que le cristallin ne possède aucune *contractilité*, qu'il a seulement une certaine *élasticité*, qui permet à une pression de modifier facilement sa forme, et qui le fait revenir complétement à sa forme primitive, quand cette pression a cessé au bout d'un temps assez court. Cramer, au contraire, s'est appliqué à élucider aussi ce point par l'expérience, et il est arrivé à ce résultat, que l'iris et le tenseur de la choroïde constituent l'appareil musculaire, dont la contraction exerce sur le cristallin la pression qui en modifie la forme. Il n'y a pas le moindre doute que la contraction de l'iris, appliqué sur le cristallin, et celle de son antagoniste, le tenseur de la choroïde, ne puissent expliquer facilement et complétement le susdit changement de forme du cristallin dans la vision de près, pourvu que l'on prenne pour point de départ des considérations mécaniques les sections chématiques de l'œil publiées par Cramer, et qui s'éloignent notablement des dessins employés habituellement. Ainsi, par exemple, Cramer ne figure pas de chambre postérieure ; il fait appliquer l'iris immédiatement sur la face antérieure du cristallin. Sous ce rapport, Arlt est tout à fait d'accord avec Cramer, ce qui ne peut qu'être agréable à ce dernier, attendu qu'Arlt possède des sections de l'œil très bien réussies et soigneusement conservées. Cramer excita l'iris à l'aide de l'électro magnétisme, et réussit ainsi à produire les modifications de l'accommodation. Il ne se contenta pas néanmoins de cette preuve directe, il démontra encore négativement, en quelque sorte, l'effet attribué à l'iris. Il divisa cette membrane par une section étendue depuis la pupille jusqu'à la grande circonférence, et appliqua de nouveau l'irritant électro-magnétique, mais *cette fois ce fut sans résultat* : preuve suffisante que c'était bien l'iris qui, à l'état d'intégrité, produisait les modifications de forme du cristallin.

assez grave, en plaçant l'image déterminée par la face antérieure du cristallin entre les deux autres ; cette image est, au contraire, la plus profonde des trois ; elle est *virtuelle* comme la première, et placée derrière le miroir convexe qui la produit, tandis que la petite image renversée qui résulte de la réflexion des rayons lumineux sur la face postérieure du cristallin, est une image *réelle*, placée en avant de cette face.

Quelque convaincantes que puissent être les expériences et les considérations de Cramer sur le rôle de l'iris (pour plus de détails voir le mémoire cité plus haut), je suis persuadé que sa doctrine rencontrera beaucoup d'adversaires, qui ne pourront ou ne voudront pas se faire cette théorie. Aussi une autre partie de l'œil a-t-elle été signalée récemment comme appareil d'adaptation. L. Fick (1) prétend que « l'*uvée* est l'appareil qui produit l'adapta- » tion pour la vision de près ou de loin, et cela par des mouvements » du cristallin (??) et par des changements dans sa forme, attendu » qu'elle fait passer des quantités variables de sang tantôt en avant, » tantôt en arrière de la lentille. » Fick décrit dans la choroïde et dans les procès ciliaires (voir le mémoire précité) un appareil de vaisseaux tout à fait spécial, qui n'a aucune analogie avec les appareils végétatifs ordinaires du système vasculaire, et qui doit évidemment jouer un autre rôle que ces derniers. « Que l'on jette un » coup d'œil sur tout ce que nous venons de dire, et qu'on se re- » présente les procès ciliaires qui s'avancent dans la chambre pos- » térieure, comme des vaisseaux *érectiles* et *contractiles* ; on aura » alors, la forme de l'œil restant la même, un appareil qui exercera » nécessairement, par l'intermédiaire du liquide de la chambre » antérieure, *une pression sur la capsule cristalline antérieure*, » lorsque les procès ciliaires seront distendus *sur la capsule cristal-* » *line postérieure*. » Par cet antagonisme, Fick explique ensuite assez clairement un faible mouvement du cristallin en avant ou en arrière, ainsi que l'augmentation de convexité de sa face antérieure. Le sang, comme on voit, joue ici le rôle principal ; sans ce liquide, mis en mouvement par la pression déterminée, aucun changement d'accommodation ne paraît possible. Mais voici que Cramer a institué des expériences avec le galvanisme sur des yeux de veau marin frais, mais extraits des orbites. Il me paraît dès lors indubitable que tous ceux qui ajouteront la moindre foi aux expériences de Cramer regarderont l'opinion de Fick comme insoutenable, en tant qu'elle prétend indiquer *l'unique cause* de l'adaptation. Mais je crois que l'on pourra faire avec avantage une fusion des opinions

(1) *Ueber die Adaption des Auges* (*Mueller's Archiv*, 1853, pr 449).

J'ajoute encore qu'à l'époque où j'ai fait ces expériences, une des somnambules a quitté le service de M. Regazzoni pour chercher une place de servante. Elle nous a fait des confessions qui confirment entièrement le résultat de mes expériences. Le craquement des ongles de M. Regazzoni désigne le moment où les somnambules doivent tomber comme mortes. Avant la séance, les filles prennent certaines gouttes destinées à augmenter encore la rigidité de leurs membres. Si M. Regazzoni touche leur tête en différents endroits, elles doivent rire, pleurer, chanter, etc., selon qu'on le demande dans les expériences phréno-magnétiques. A chaque séance, chacune des somnambules reçoit 8 à 12 florins (18 à 26 francs) pour prix de ses douleurs. Chaque doigt de M. Regazzoni signifie un certain mouvement. L'exercice le plus difficile était, pour cette fille, de s'accoutumer aux différentes odeurs de l'ammoniaque, du soufre, etc. C'est une chose, dit-elle, qui demande toujours de longues préparations, qui sont répétées très souvent, surtout si M. Regazzoni attend des médecins, etc., etc. Quelquefois il les fait compter jusqu'à un certain nombre, pour exécuter alors un mouvement convenu d'avance.

Dr Schiff (de Francfort-sur-le-Mein).

Choléra. — Mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine depuis le 1er novembre :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
2 novembre .	4	3	7	10	4
3	»	»	»	4	6
4	4	2	6	7	4
5	3	»	3	3	2
6	1	3	4	10	3
7	3	»	3	8	2
8	1	»	1	5	2
Résumé de 7 jours. .	16	8	24	47	23

Situation au 8 novembre : Cas traités depuis novembre. 6,702

Sorties . . . . . . 3,072 }
Décès . . . . 3,489 } 6,561

Il reste en traitement 141

de Fick et de Cramer : c'est ce que je propose. Il me semble que l'action de l'iris, telle que Cramer l'a reconnue le premier, serait nécessairement secondée et étendue si les procès ciliaires pouvaient, par leur érectilité et leur contractilité, subir divers degrés de distension correspondants, et prendre par là un volume variable. Au moyen de la théorie, cette conciliation de Cramer acquerrait un nouvel appui, et l'idée de Fick, insoutenable telle que l'auteur l'exprime, prendrait néanmoins quelque valeur.

Voici donc comment je me représente le mécanisme de l'accommodation : L'augmentation de convexité de la face antérieure du cristallin est produite : 1° par la pression que l'iris exerce *immédiatement* sur une partie de cette face, *médiatement*, par le procès ciliaires distendus et érigés, sur la zone de Zinn, et de là sur la périphérie du cristallin ; 2° par la pression que le corps vitré, poussé en avant par la contraction du tenseur de la choroïde, exerce en arrière sur le cristallin. Sous l'influence de cette pression, le cristallin, qui est élastique, doit naturellement céder là où sa substance ne trouve que peu ou point de résistance, et ce lieu, c'est la pupille ; c'est donc là que le cristallin doit devenir plus convexe. Lorsque cette pression cesse et que les vaisseaux ciliaires se vident, parce que leur sang s'écoule tout simplement et non parce qu'il s'accumule derrière le cristallin, comme le croit Fick, attendu que rien n'autorise à l'admettre, alors le cristallin, en vertu de son *élasticité*, revient plus ou moins exactement à sa première forme, et s'aplatit de nouveau à sa face antérieure.

On voit par là qu'en proposant de concilier les deux opinions, je me range tout à fait à l'avis de Cramer, et que je n'emprunte à l'idée de Fick, du reste insoutenable, qu'un détail utile, la congestion et l'état de vacuité des procès ciliaires, mais en reliant si bien à la doctrine de Cramer, que l'action attribuée à l'iris en devient plus évidente et plus considérable. Ce détail ajouté à la théorie de Cramer n'est cependant pas *indispensable* ; il lui est simplement favorable, et peut être laissé de côté complétement, comme le prouvent les expériences de Cramer par l'irritation (1).

(1) *Vierteljahrsschrift für die prakt. Heilk.*, 1854, t. III.

III.

REVUE CLINIQUE.

Déchirure du périnée et de la cloison recto-vaginale ; opération de périnéoraphie avec un procédé particulier de suture : succès complet ; par M. le professeur Jobert.

Obs. — *Dervilliers (Élisa)*, corsetière, âgée de vingt-trois ans ; grêle et de petite taille ; constitution faible, tempérament nerveux ; yeux bruns, cheveux châtains, teint un peu pâle ; maigreur prononcée.

Antécédents. Mariée à l'âge de vingt-deux ans, Élisa avait joui jusqu'à cette époque d'une bonne santé habituelle. Elle devint enceinte après cinq mois de mariage, arriva au terme normal de la grossesse sans avoir éprouvé d'accident notable, et fut prise enfin des douleurs de l'enfantement le 5 avril 1854. Ces douleurs se prolongèrent outre mesure ; elles duraient depuis trente-six heures, quand un médecin, appelé en consultation par la sage-femme, reconnut une présentation normale de la tête, appliqua le forceps, et parvint à délivrer la malade. L'enfant était sans vie, et d'un volume considérable ; la mort paraissait remonter à plusieurs heures. La malade avait perdu connaissance pendant les efforts de traction faits par l'accoucheur, et ce n'est qu'en revenant à elle-même, un quart d'heure environ après la délivrance, qu'elle s'aperçut de la lésion qui avait été produite.

Les suites de l'accouchement furent, du reste, très heureuses ; la malade se rétablit assez promptement, mais en conservant une infirmité excessivement dégoûtante, dont elle désirait vivement être débarrassée. C'est dans ce but qu'elle entra à l'hôpital de la Clinique, où elle fit un séjour de trois mois. Elle y fut prise d'une inflammation phlegmoneuse siégeant dans le dos, et qui donna lieu à un abcès du volume d'un œuf; celui-ci fut ouvert avec le bistouri, et mit un temps très long à guérir, ce qui le fit regarder comme un abcès symptomatique de quelque lésion d'une côte. Enfin la malade entra dans le service de M. Jobert le 25 août 1854, jour où elle se présenta à nous dans l'état suivant.

État actuel. La santé générale paraît assez satisfaisante ; toutes les fonctions de nutrition et de relation s'accomplissent régulièrement, sauf les particularités dont nous aurons à parler. La malade a eu ses règles il y a trois jours pour la première fois depuis son accouchement ; elles ont été médiocrement abondantes et n'ont pas provoqué de douleurs ; aujourd'hui il y a encore un peu de suintement roussâtre. L'excrétion des urines se fait très normalement ; mais il n'en est pas de même de celle des excréments ; la malade ne peut retenir que les matières solides ; celles qui sont liquides s'échappent involontairement, bien que la malade en ait connaissance. Il en est de même des vents, dont l'expulsion ne peut être empêchée par la volonté.

L'examen direct fait reconnaître une déchirure très étendue de la cloison recto-vaginale, et la rupture complète du périnée ; les lambeaux de la cloison, divisée dans une hauteur d'environ 3 centimètres, sont écartés l'un de l'autre et cicatrisés isolément ; il semble même qu'ils aient subi tous deux une perte de substance, comme le font croire certaines divisions congénitales du voile du palais ; mais on peut les rapprocher facilement et sans tiraillements considérables, ce qui prouve que la contraction tonique des muscles du périnée est la cause principale de cette apparence. La cicatrice est blanche, sans trop d'irrégularités ; autour de la solution de continuité, la peau est rouge et un peu tuméfiée par suite du contact habituel des matières fécales.

La malade ayant été préparée convenablement par quelques bains et par un lavement purgatif administré la veille, M. Jobert pratiqua, le 1er septembre 1854, l'opération suivante :

On plaça la malade sur le bord d'une table, le siége soulevé par une alèze pliée en plusieurs doubles, les cuisses ramenées sur le ventre, les jambes fléchies sur les cuisses et soutenues par deux aides ; alors M. Jobert raviva toute l'étendue des surfaces accidentelles, en se servant de pinces à dents de souris et d'un bistouri à lame étroite. Cette partie de l'opération, qui exige de grands soins et un temps assez long, donna lieu à un écoulement sanguin peu considérable.

Dans un second temps, le chirurgien fit la suture des parties rendues saignantes. La surface avivée représentait assez bien une espèce de gouttière, dont le fond était formé par le bord inférieur de la portion de cloison recto-vaginale restée intacte, les deux branches latérales par les lambeaux du périnée rétractés. Une aiguille courbe montée sur un porte-aiguille, et portant un fil plat ou lacet de soie, fut conduite de manière à parcourir une demi-circonférence embrassant le bord supérieur de la gouttière formée par la surface traumatique. Deux autres lacets furent placés de la même manière, l'un à la partie moyenne, l'autre au bord inférieur de la déchirure ; après quoi on serra les ligatures pour rapprocher les bords de la plaie, et l'on fit un double nœud.

Enfin un troisième temps consista à pratiquer sur les côtés de la solution de continuité deux *incisions semi-lunaires* à concavité interne ; incisions profondes qui, permettant à la peau de se porter en dedans, donnèrent aux parties suturées une grande laxité.

Des lamelles d'agaric furent appliquées sur ces dernières incisions pour arrêter l'écoulement sanguin ; un linge troué enduit de cérat recouvrit le périnée, et un bandage en T maintint le tout.

Les jours suivants, il ne se passa rien de remarquable ; le 6 septembre, on enleva les fils, la réunion parut complète.

Le 8 septembre, la malade, qui n'a pas eu de selle depuis le jour de l'opération, fait des efforts douloureux pour aller à la garderobe ; il n'en résulte rien de fâcheux. Une bouteille d'eau de Sedlitz procure plusieurs évacuations.

15 septembre. Nouvel examen : il existe au-dessus du périnée, à environ 1 centimètre de hauteur, une petite ouverture fistuleuse dans laquelle peut s'engager un stylet, et qui conduit du vagin dans le rectum ; cette ouverture laisse passer un peu de matières fécales ; elle est cautérisée avec le crayon de nitrate d'argent.

24 septembre. L'ouverture anormale est complétement bouchée ; la malade retient les fèces liquides et les gaz avec la même facilité que les matières solides ; pendant la défécation ni dans les intervalles, rien ne passe du rectum dans le vagin. Le périnée paraît très solide ; il a une étendue de près de 3 centimètres d'avant en arrière ; à sa partie moyenne est une cicatrice linéaire antéro-postérieure, que l'on aperçoit à peine tant elle est nette et régulière. De chaque côté existe une cicatrice semi-lunaire, résultant des incisions pratiquées pour permettre le glissement de la peau.

Élisa quitte l'hôpital le 26 octobre 1854, dans un état on ne peut plus satisfaisant, et heureuse d'être délivrée d'une horrible infirmité.

Nous rapportons cette observation, principalement dans le but d'indiquer une modification notable au procédé de suture employé par M. Jobert dans les opérations de périnéoraphie. A

une époque antérieure, il se contentait de réunir par une simple suture à points séparés les deux lèvres de la déchirure du périnée; il en résultait qu'après la cicatrisation le périnée était bien formé, mais aussi que, ne s'étant pas appliqué par toute sa face profonde sur le bord inférieur de la cloison recto-vaginale, il laissait entre lui et ce bord une ouverture plus ou moins considérable, suivant l'étendue de la destruction de la cloison, véritable fistule recto-vaginale qui nécessitait une opération secondaire dans bien des cas. Depuis qu'il a mis en usage le procédé de suture décrit plus haut, il réussit le plus souvent à éviter complétement ces fistules, et quand elles se produisent, comme cela a eu lieu dans le cas actuel, elles sont tellement étroites qu'il suffit ordinairement de quelques attouchements avec le crayon de nitrate d'argent pour déterminer leur oblitération. En effet, cette suture étreint toutes les parties avivées par le bistouri de manière à les rapprocher d'un centre commun, absolument comme fait le cordon ou la coulisse d'une blague à tabac. Le nom de *suture en coulisse* conviendrait pour désigner ce mode particulier de suture.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

N'ayant pas l'honneur de connaître M. le docteur L. Farge, j'ignore ce qui a pu lui inspirer le ton acerbe et dur employé dans sa lettre, et qui est en tout contraire aux habitudes de courtoisie de la république des lettres (1). M. Farge aurait pu compléter la liste des médecins que j'ai donnée et y apporter quelques rectifications, que j'aurais accueillies avec reconnaissance, sans me dire, avec une grâce parfaite et une exquise politesse, qu'il ne m'honore pas de son estime, dont il gratifie, au contraire, plusieurs de mes confrères.

C'est sans doute un affreux malheur pour moi d'être privé de l'estime de M. Farge; mais je tâcherai de me consoler et de vivre, ce néanmoins.

La plupart des allégations de M. Farge sont purement gratuites et manquent d'exactitude. Il affirme, de son autorité privée « que j'ignore ce que tout le monde peut savoir sur ces matières, » lorsque, tout au contraire, je n'ai voulu qu'ajouter quelques renseignements à ceux que tout le monde peut posséder de son côté. Il suppose que je ne connais pas le docteur Bernier, historien de Blois, et que je n'ai pas même feuilleté du Cange. A l'en croire, un grand nombre de médecins me sont parfaitement inconnus. Il plaisante fort agréablement sur les *nouvelles historiques et philologiques* des noms *myre* et *physicus*, qu'il prétend devoir s'appliquer exclusivement aux chirurgiens.

Je n'ai pas dit que le sens des mots *myre* et *physicus* fût inconnu des savants, mais seulement des gens du monde, pour lesquels il est très-certainement une nouveauté.

Toutes les œuvres écrites au moyen âge attestent irrécusablement que ces deux mots s'appliquaient aux médecins comme aux chirurgiens, plus particulièrement même aux premiers, si toutefois il est juste d'établir une distinction tranchée entre ces deux états à une époque où rien n'était distinct et séparé, et où la science comme la société cherchaient à dégager du chaos leurs éléments constitutifs.

La *glose du mot* ARCHIATER de du Cange a été en entier fondue dans mon article; tous les renseignements donnés par le savant glossateur s'y trouvent renfermés, avec la liste qu'il a fournie, dont j'ai construit la suite à l'aide de notes chronologiques inédites sur tous les médecins français, de divers auteurs tels que Saint-Simon, et de la collection complète de l'*Almanach royal*, qui contient à cet égard les seuls renseignements officiels et authentiques.

Je n'ai point voulu copier Chomel ni l'*Essai sur la médecine en Europe*, afin d'éviter le reproche de plagiaire.

On voit par ce qui précède de quelle véracité sont empreintes les allégations du docteur Farge. Il nous paraît donc inutile de répondre au reste de sa lettre. *Ab uno disce omnes.*

Il n'entre pas dans mes habitudes d'accueillir jamais la polémique ni de répondre à une lettre non courtoise. Je regrette donc beaucoup d'avoir été contraint par les circonstances d'écrire celle-ci. J'aime à espérer qu'elle ne sera pas suivie d'une seconde, et que je pourrai, sans nul remords, laisser à M. Farge toute liberté pour ses gracieuses lettres, présentes, passées ou futures. A. DE MARTONNE.

Vendôme, 29 octobre 1854.

(1) *Gazette hebdomadaire*, n° 55.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

MÉDECINE. — *Mémoire sur un bruit nouveau perceptible par l'auscultation des cavernes en voie de guérison chez les phthisiques soumis à l'administration de l'hélicine*, par M. *de Lamare*. Au nombre des phénomènes remarquables qui suivent l'emploi de l'hélicine dans le traitement de la phthisie pulmonaire, l'auteur signale une diminution des 9/10es environ de la matière expectorée, une diminution graduelle de la toux et successivement de tous les phénomènes morbides, en même temps qu'un bruit particulier qu'il nomme *bruit de décollement*, parce qu'on ne saurait mieux le comparer qu'au décollement de deux surfaces rapprochées par une substance gluante. Il résulte de ce que les parois des cavernes tendent perpétuellement à se rapprocher sous l'influence curative de l'hélicine. (*Comm.*, MM. Andral et Rayer.)

— *Sur l'efficacité des mesures préventives prophylactiques pour prévenir la manifestation des périodes successives du choléra en l'attaquant dans ses prodromes*, par M. *de Pietra-Santa*. — Cette note, qui a déjà été présentée à l'Académie de médecine et dont il a été fait mention dans nos comptes rendus du n° 56, séance du 24 octobre, *est renvoyée à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*

— *Prophylaxie et traitement abortif de la fièvre typhoïde et du choléra-morbus*, par M. *Debeney* (déjà mentionné dans un compte rendu de l'Académie de médecine du 24 octobre. (*Renvoyé à la section de médecine et de chirurgie.*)

— *Nouvelles observations sur les fausses membranes et les entozoaires des déjections des cholériques*, par M. *Cadet*. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

— *Projet d'un nouveau moyen de diagnose*, par M. *Costa-Saya*, professeur à l'université de Messine. — L'auteur propose d'appliquer au diagnostic médical, à l'hygiène, à la physiologie, etc., etc., l'étude des effluves calorifiques des animaux, et spécialement de ceux de l'homme à l'état de santé et à l'état de maladie, au moyen des procédés de thermochrôse imaginés par Melloni. (*Comm.*, MM. Becquerel, Rayer.)

PHYSIOLOGIE. — M. *Verstraet-Yserbyt*, de Bruges, adresse deux nouvelles notes relatives au phénomène de la *vision*. L'auteur pense que nous acquérons par la vue la connaissance des corps, non par des rayons lumineux qui, partant de ces corps, arriveraient à notre œil, mais par des rayons lancés par l'œil vers ces corps. (*Comm.*, MM. Magendie, Serres, de Senarmont.)

CHIRURGIE. — *De l'influence des opérations sur le système nerveux, et du retentissement de la douleur sur l'organisme*, par M. *Jobert de Lamballe*. (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*) Nous publierons ce travail.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1854.

M. *Larrey*, après avoir regretté que la cause du microscope ne pût être défendue au sein de l'Académie par un de ses représentants les plus directs et les plus compétents, après avoir rendu hommage à l'habileté avec laquelle M. Robert avait combattu la puissante argumentation de M. Velpeau, aborde la question de l'utilité du microscope dans le diagnostic du cancer. Il croit qu'il serait aussi injuste de nier aujourd'hui l'utilité de l'observation microscopique, qu'il eût été injuste autrefois de nier l'utilité de l'anatomie pathologique.

« Les recherches microscopiques, ajoute l'orateur, qui ont rendu de si incontestables services aux arts, à l'indnstrie, aux sciences naturelles, à la médecine vétérinaire, ainsi que l'a démontré M. Leblanc, ne méritent-elles pas aussi d'être encouragées dans leur application à la chirurgie humaine? surtout si l'on allie, comme quelques-uns des chirurgiens des hôpitaux, dans l'étude des tumeurs de toute espèce, la pratique du clinicien et le savoir de l'anatomiste à la spécialité du micrographe. Et cette alliance même, il faut le rappeler, constituant l'école française, la sépare distinctement de l'école allemande.

Si l'on objecte au microscope que son emploi exige une patience trop souvent incompatible avec les exigences de la profession ou les aptitudes de chacun, je crois qu'il est convenable, dans les cas douteux, de recourir à l'obligeant savoir de ses confrères.

On a soulevé contre le microscope une autre objection générale, en lui

reprochant de trop présumer, dans certains cas, de sa valeur. Cet argument n'est-il pas fort affaibli par les raisons suivantes?

C'est que les micrographes ne prétendent pas à l'infaillibilité; qu'il ne faudrait pas avoir recours à des expérimentateurs novices ou distraits, en rendant les maîtres responsables de l'inexpérience de leurs adeptes; c'est encore la négligence à fournir aux observateurs tous les éléments utiles à leurs investigations, à savoir les pièces entières qu'ils ont à examiner, tandis qu'ils ne reçoivent le plus souvent que des fragments de tumeurs. Or si ces tumeurs sont mixtes ou composées n'est-il pas explicable que des données insuffisantes fournissent des résultats contradictoires?

Au lieu d'essayer par des subterfuges d'embarrasser les micrographes, au lieu de leur poser d'insidieuses demandes en cachant les principaux éléments d'une pièce anatomique, il faudrait entourer le microscope de toutes les conditions qui peuvent lui venir en aide, pour le diriger au lieu de l'égarer dans la voie de l'observation clinique et de l'anatomie pathologique. Il faudrait prêter appui à ceux de nos jeunes confrères qui s'occupent de cette étude, en les encourageant même à exposer devant l'Académie de médecine les résultats de leur expérience toute spéciale. Ce serait un moyen équitable d'équilibrer la discussion, et de ne pas l'influencer por des opinions trop exclusives ou préconçues.

Le microscope ne peut méconnaître ni dédaigner la signification symptomatologique des différences que présentent les variétés de l'affection cancéreuse.

Mais si les tumeurs cancéreuses ou autres sont souvent reconnaissables à l'œil exercé, au toucher habile des maîtres de la clinique, elles échappent souvent aussi à l'exploration la plus attentive des observateurs moins expérimentés. Or s'il est démontré que ni les signes physiques ni les caractères anatomiques ne suffisent point à divulguer la texture intime de ces tumeurs, pourquoi refuserait-on d'admettre qu'elle peut se révéler à la faculté visuelle agrandie de toute la puissance d'un instrument d'optique?

Et pourtant on a puisé jusque dans ce foyer de lumière une critique de plus contre les micrographes, en exagérant leurs allégations, afin de les réfuter plus facilement sans doute. Ainsi, les différences ou les nuances qu'ils établissent eux-mêmes entre les tumeurs cancéreuses proprement dites, et les tumeurs cancroïdes ou épithéliales, ne signifient pas qu'ils considèrent absolument les unes comme malignes, et les autres comme bénignes. Ils savent fort bien que celles-ci récidivent aussi facilement que celles-là, mais ils soutiennent que, tout en récidivant, les cancroïdes offrent en général moins de gravité que les cancers, et peuvent même, dans certains cas, ne point repulluler.

Quant aux faits cités à l'appui de la curabilité du cancer, je crois que le doute est permis pour tous les cas où le microscope n'est point intervenu. Or il faut que ce doute soit bien fort dans mon esprit, puisqu'il s'élève contre quelques-unes des grandes autorités de la chirurgie, contre l'opinion de mon maître, M. Cloquet, contre la conviction même de mon père, qui, lui aussi, croyait avoir guéri de véritables cancers.

Et ce n'est pas seulement à différencier le cancer de certaines autres maladies que s'appliquent les études microscopiques, c'est encore à distinguer plus exactement qu'à l'œil nu les diverses formes du cancer, et partant, à apprécier la possibilité de rapprocher ou d'éloigner, selon les cas, la chance à peu près inévitable de la récidive ou d'une terminaison funeste.

Marjolin, qui ne croyait pas à la curabilité absolue du cancer, pensait que la guérison durable ou indéfinie n'était possible que pour les tumeurs de nature bénigne ou méconnue par le diagnostic.

Eh bien! la différence que Marjolin établissait avec l'instruction des faits observés par lui ne saurait-elle donc être marquée avec une précision habituelle par le secours du microscope? C'est du moins ce qu'il me semble juste d'admettre dans l'état actuel de la science, et sans doute bien mieux encore dans son avenir.

Le mérite réel, la valeur incontestable du microscope, c'est donc de permettre à ce précieux instrument d'éclairer un diagnostic obscur, et même de rectifier un diagnostic erroné, ainsi que l'a si bien établi M. le professeur Sédillot dans ses *Recherches sur le cancer* publiées en 1846.

Et la conséquence pratique la plus essentielle de cette intervention du microscope, n'est-ce pas d'éclairer le chirurgien sur l'opportunité d'une opération, et de lui en faire prévoir les résultats éloignés?

Ainsi, n'est-ce pas le microscope, qui en démontrant la texture des tumeurs fibreuses et des tumeurs hypertrophiques de la mamelle, a assuré à leur curabilité le pronostic le plus favorable?

M. Robert a invoqué à l'appui de son argumentation la bénignité comparative des tumeurs fibro-plastiques. Il se proposait d'ajouter aux faits nombreux qu'il a cités une observation qui m'est propre et qui me semble, comme à lui, l'un des exemples les plus favorables à la doctrine des micrographes. Voici le résumé de cette observation :

Il s'agit d'un ancien militaire, âgé de quarante ans et d'une bonne constitution, qui avait remarqué dès son enfance, vers le niveau de la face externe de la crête iliaque, une petite tumeur survenue sans cause appréciable. En mars 1851, la tumeur, devenue grosse comme le poing, n'offrait aucune complication, soit comme engorgement ganglionnaire, soit comme influence diathésique. Une première opération fut suivie d'une cicatrisation prompte et sans accidents; mais vers le troisième mois, une première récidive eut lieu avec augmentation notable du volume et ulcération de la tumeur. Plus tard, une seconde récidive sur place se manifesta sans aucune complication. Cette tumeur, opérée une dernière fois en décembre 1852, n'a point récidivé depuis. Le microscope a constaté chaque fois exclusivement l'altération fibro-plastique, et la santé générale de l'opéré s'est maintenue en bon état.

Je citerai une seconde observation qui constitue, au contraire, une exception à la règle établie par les micrographes.

Un gendarme mobile d'une bonne constitution entre au Val-de-Grâce en novembre 1850 pour une tumeur assez volumineuse de la région poplitée gauche: assez dure, mobile et insensible, cette tumeur s'est d'abord développée avec lenteur, mais plus tard son évolution s'est opérée avec une plus grande rapidité. — L'extirpation n'est suivie d'aucun accident primitif.

L'examen microscopique démontre que la tumeur est exclusivement composée de tissu fibro-plastique. Tandis que la cicatrisation s'opère sur l'un de ses côtés apparaît un noyau caractéristique d'une récidive, et en même temps les ganglions de l'aine s'engorgent jusque vers la fosse iliaque. Des symptômes thoraciques alarmants se déclarent, le marasme survient, et vers le sixième mois de l'opération, le malade succombe.

L'autopsie, et spécialement le microscope, démontrent l'existence d'une masse énorme de tissu fibro-plastique dans l'excavation poplitée, une dégénérescence semblable des ganglions inguino-cruraux et des ganglions lombaires, et une multitude de petites tumeurs de même nature à la surface de la plèvre et dans le parenchyme pulmonaire.

Que conclure de cette seconde observation? Pour les micrographes, ce n'est sans doute qu'une diathèse fibro-plastique, mais pour d'autres c'est plutôt une affection cancéreuse multiple ou généralisée sous la forme d'un tissu différent des autres cancers.

C'est pourquoi la grave question en litige devant l'Académie gagnerait beaucoup en éclaircissements, si elle était examinée, non pas dans son ensemble vague et indéfini, mais dans ses différentes parties, c'est-à-dire si la discussion s'appliquait successivement à chaque espèce de tumeurs reconnues ou non cancéreuses.

Mais à cet égard, messieurs, qu'il me soit permis de le dire ou de le répéter, l'Académie n'est peut-être pas encore en mesure de se prononcer par elle-même pour ou contre l'application du microscope au diagnostic et au pronostic du cancer. Je voudrais, pour ma part, et je soumets d'ailleurs cette proposition au jugement de l'Académie, je voudrais que la cause des micrographes fût défendue devant elle par eux-mêmes ou par l'un d'eux, au nom de ses collaborateurs, afin que son argumentation, imprimée dans nos bulletins à la suite de cette discussion, témoignât de la communauté de nos efforts pour éclaircir enfin la ténébreuse question du cancer, en nous laissant l'espoir et non pas l'illusion de sa curabilité.

SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, transmet : *a.* Une brochure intitulée : *L'ange gardien des familles, moniteur des premiers secours et soins à donner en l'absence du médecin.* — *b.* Deux recettes contre le choléra, un spécifique préservatif de toute maladie contagieuse. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *c.* Un rapport de M. le docteur *Ourgaud*, de Saint-Girons, sur une épidémie de choléra et sur l'efficacité du valérianate de zinc dans le traitement de cette maladie. (*Commission du choléra de* 1854.) — *d.* Un rapport de M. le docteur *Villamur*, de Guagno (Corse), sur les bons résultats thérapeutiques des eaux de cette localité. — *e.* Un envoi d'échantillons et de pièces avec demande d'avis concernant les eaux minérales de Labarthe de Neste (Hautes-Pyrénées). (*Commission des eaux minérales.*)

2. Tableau des vaccinations pratiquées en 1853 dans le département des Landes. (*Commission des eaux minérales.*)

3. Communication de : *a.* M. le docteur *Prosper Hullin* (de Mortagne) (promesse de rapports sur diverses épidémies du département de la Vendée). — *b.* M. *Larbaud* (demande de rapport sur les eaux minérales de Saint-Yorre-lez-Vichy). (*Commission des eaux minérales.*) — *c.* M. *Renault*, pharmacien, à Paris (note additionnelle à un précédent mémoire *sur l'huile de foie de morue*). (*Comm.:* MM. Louis, Caventou, Bouchardat,

rapporteur.) — *d.* M. le docteur *Lionel*, de Corbeil (demande du titre de correspondant de l'Académie). (*Future commission des correspondants*). — *e.* M. *Burin du Buisson*, pharmacien, à Lyon (de la présence du manganèse dans le sang, et de sa valeur en thérapeutique). — *f.* M. le docteur *Coutenot*, de Besançon (histoire d'une épidémie de *variole* et de *purpura hemorrhagica*). (*Commission des épidémies.*) — *g.* M. le docteur *Heurteloup* (remarques relatives à la tumeur mélanique de M. Ancelin, et tendant à faire soulever la question des exhalations sanguines. (*Comm.:* MM. J. Cloquet et Barth.). — *h.* M. le docteur *Debeney* (réclamation relative à sa dernière communication touchant la *prophylaxie du choléra*, etc.). (Sur la demande de l'auteur, cette note sera renvoyée à la *Commission du choléra de* 1854.) — *i.* M. *Leras*, professeur de physique au lycée d'Alençon (action du suc gastrique sur les préparations martiales employées en thérapeutique). (*Comm.:* M. Bouchardat.) — *j.* M. le secrétaire de l'Académie des sciences d'Amsterdam (échange de mémoires académiques). — *k.* M. le docteur *Murville*, membre correspondant à Lille (considérations sur la curabilité du cancer : trois observations en faveur de la curabilité). (*Comm.:* MM. Barth, J. Cloquet.) — *l.* M. le docteur *Michel Lévy* annonce qu'à son retour de la Crimée il mettra sous les yeux de l'Académie des faits nombreux relatifs à l'étiologie, à l'évolution, à la marche, à la symptomatologie et à la contagion du choléra épidémique, d'après des observations recueillies depuis Paris jusqu'à Sévastopol, en France, en Grèce et en Turquie. (*Commission du choléra de* 1854.)

Lectures et Mémoires.

REMÈDES SECRETS ET NOUVEAUX. — M. *Robinet* donne lecture de deux rapports relatifs, l'un à l'emploi thérapeutique et à la formule du *fer réduit par l'hydrogène* (M. Quévenne), l'autre à la formule et à l'usage médicinal de la *digitaline* (granules et sirop) (MM. Quévenne et Homolle).

Les conclusions qui terminent ces deux rapports, et qui demandent l'application des dispositions favorables du décret du 3 mai 1850, sont adoptées sans discussion.

Valeur du microscope. — Suite de la discussion.

M. *Velpeau.* Depuis le commencement de ce débat la discussion est sortie de ses premières limites; les micrographes du dehors surtout en ont considérablement étendu le champ. Pour moi, je reviendrai aujourd'hui sur les deux questions originelles, sur la valeur du microscope dans le diagnostic des tumeurs, et sur la curabilité de certains cancers : je dirai par quels raisonnements, par quelles patientes recherches je suis parvenu à fixer mes opinions à cet égard.

On a voulu faire de moi un antagoniste absolu du microscope, on m'a presque accusé d'avoir juré sa ruine, de chercher à le briser à n'en pas laisser de traces. D'autres m'ont dépeint comme son détracteur, et l'on a dit que j'avais avancé que cet instrument était un meuble inutile, un moyen superflu, sans valeur pour la chirurgie.

Toutes ces accusations sont au moins exagérées. A-t-on oublié qu'au début de la discussion j'ai fait mes réserves, que j'ai déclaré que, sans répudier quelques-uns des résultats des études micrographiques, je voulais seulement combattre les exagérations de la nouvelle école, et la préserver des erreurs où jette toujours un excès d'enthousiasme.

D'ailleurs, mon livre *sur les maladies du sein* ne prouve-t-il pas à chaque page que je ne suis en aucune façon l'ennemi quand même du microscope? Partout n'ai-je pas mis à profit les remarquables travaux de M. Lebert et de M. Broca?

M. Malgaigne a dit que les micrographes étaient un peu ingrats à mon égard; je suis bien tenté de croire, en effet, qu'ils ont mérité ce reproche.

N'est-ce pas moi qui ai donné les premiers encouragements aux micrographes et qui les ai puissamment engagés à appliquer leur instrument à l'étude histologique des cancers? Dès 1832, je suivais avec intérêt les premiers essais de M. Donné et j'assistais à ses leçons. — En 1839, je consignais quelques-unes de ses découvertes dans un article sur le cancer du *Dictionnaire* en 30 volumes. Dans la mémorable discussion de 1844, j'invoquais les travaux des micrographes et je les faisais connaître à cette tribune. En 1846, je publiais, dans la *Gazette des hôpitaux*, un article où l'on trouve le fond de mes idées actuelles sur le microscope; je combattais la doctrine de M. Lebert, qui prétendait que les tumeurs épithéliales n'étaient point du cancer.

Alors, comme aujourd'hui, je n'étais pas l'adversaire aveugle, acharné, du microscope; je rejetais seulement celles de ses assertions qui me paraissaient en dehors de la vérité.

Qu'on ne m'accuse donc pas de refuser un nouveau procédé de diagnostic, une nouvelle méthode d'investigation! Loin de moi la pensée de ne pas m'entourer de tous les moyens susceptibles d'éclairer le diagnostic chirurgical! Ces moyens, je les invoque tous, je les accepte tous, le microscope aussi bien que les autres!

Seulement, je nie ce qu'il y a de trop absolu dans cette doctrine. Et voilà ce qui a allumé la guerre entre les micrographes et moi.

En 1844, j'ai adopté presque les idées de M. Mandl et de M. Lebert; mais je reconnus bientôt que la théorie des cellules cancéreuses n'était pas toujours confirmée par l'observation; et dès lors, je discutai vivement leurs opinions.

J'ai avancé et je soutiens encore que la cellule dite cancéreuse ne me paraît pas être l'élément essentiel, spécifique, du cancer. Mais n'est-ce pas aussi l'opinion de quelques micrographes fameux, de M. Mandl, de Virchow, de Bennet, etc..., qui reconnaissent des *cancers épithéliaux*, c'est-à-dire des cancers où il n'y a pas de cellules cancéreuses? Je ne nie pas la présence de la cellule dans la plupart des tumeurs cancéreuses, mais je prétends que ce n'est là qu'un élément très secondaire, qu'il existe dans ces tumeurs un autre principe qui circule avec les liquides de l'économie et qui produit l'infection.

Pour moi, la cellule n'est qu'une manifestation pathologique, qui peut ou non exister dans les tumeurs cancéreuses, mais ce n'est pas le cancer.

N'a-t-on pas cité des cas où la cellule avec tous ses caractères prétendus spécifiques avait été trouvée dans la structure des tissus normaux, dans la muqueuse vésicale, par exemple?

Et d'ailleurs la cellule n'est-elle pas, d'après les micrographes, l'élément primordial de toute l'organisation? Que serait donc la cellule cancéreuse, sinon une cellule un peu différente de celles qui constituent normalement le germe de tous les tissus de l'économie?

La cellule cancéreuse des micrographes ne pouvait donc pas servir de base à une bonne classification des tumeurs; et la preuve, je le répète, c'est qu'elle a souvent fait défaut dans des tumeurs qui étaient bien incontestablement des cancers, et que souvent aussi on a signalé sa présence dans des tissus qui n'étaient nullement cancéreux.

On m'a objecté que je pouvais bien m'être trompé, et que rien ne prouvait que les tumeurs en question ne fussent pas de véritables cancers; on m'a dit que la non-récidive de ces tumeurs n'était pas une raison suffisante. Je répondrai que cette raison n'est pas la seule que j'aie admise, et que pour prononcer sur la nature cancéreuse d'une tumeur, je m'appuie, non pas exclusivement sur un des caractères du cancer, mais bien sur tous les signes qui caractérisent cliniquement ce genre d'affections; et c'est alors seulement que je me crois fondé à dire : « Ici, la guérison est certaine; ce n'est pas du cancer. »

On a encore objecté que la prétendue erreur des micrographes dans ce cas tenait sans doute à ce que plusieurs tumeurs étant enlevées dans une même séance, on avait pu, par mégarde, leur donner celle qu'il ne fallait pas examiner, ou bien encore que les élèves chargés de porter ces tumeurs avaient pu se tromper, et même se jouer à bon escient des micrographes en leur apportant exprès des tumeurs toutes différentes. Je n'accepte pas ces deux arguments : d'abord, parce que, en général, les micrographes reçoivent les tumeurs de main à main et séance tenante; puis, parce que je crois pouvoir suffisamment compter sur la bonne foi des élèves auxquels je donne commission de les porter.

Tous les faits que j'ai avancés à l'appui de ma proposition sont donc parfaitement authentiques; je pourrai, si l'on veut, produire les notes manuscrites de MM. Lebert, Robin, Verneuil, Follin, etc., qui ont examiné ces tumeurs.

J'ai dit aussi qu'il y a des tumeurs qui sont bien, à coup sûr, des cancers, et dans lesquelles le microscope n'a pas découvert de cellules cancéreuses.

M. Malgaigne a répondu que de semblables cancers sans cellules pouvaient bien être des tumeurs fibro-plastiques. Mais non, j'affirme positivement que les tumeurs dont je parle avaient tous les caractères du véritable cancer et nullement du tissu fibro-plastique.

Cela tient alors, me dit-on, à ce que je n'ai pas donné la tumeur tout entière. Mais je répondrai que les micrographes, qui le plus souvent viennent eux-mêmes la chercher à la Charité, étaient bien libres de la prendre en entier; et que d'ailleurs ils prétendent eux-mêmes qu'il n'est pas nécessaire d'avoir toute la tumeur, qu'il suffit d'une tranche du tissu morbide. N'est-ce pas ce que dit M. Verneuil?

Si l'on n'a pas trouvé de cellules cancéreuses dans ces tumeurs, c'est donc bien parce qu'il n'y en avait point.

J'ai cité encore un assez bon nombre d'exemples où les micrographes n'avaient pas trouvé de cellules caractéristiques dans une première tumeur, tandis qu'ils avaient constaté leur présence dans une seconde tumeur récidivée sur le lieu même de la tumeur primitive. Je pourrais y ajouter un nouveau fait qui m'a été communiqué par M. Richet.

Mais l'observation la plus remarquable est celle qui concerne une femme portant au sein gauche une tumeur dont les caractères cliniques sont assez douteux : elle est opérée, le microscope n'y découvre pas de cellules cancéreuses. La tumeur récidive, elle envahit les deux seins et la presque totalité de la paroi antérieure du thorax; la malade succombe à Saint-Louis avec tous les signes de la cachexie cancéreuse. M. Robin examine les diverses tumeurs au microscope. Il trouve des cellules cancéreuses dans la tumeur du sein gauche et dans les tumeurs analogues dont

étaient farcis le foie et les poumons ; il n'en découvre point dans la tumeur du côté droit. Et pourtant elle était en tout identique avec celles du sein gauche, des poumons et du foie !

M. Leblanc, qui croit être un peu micrographe, a cité des cas à peu près semblables dans la chirurgie vétérinaire : mais il admet que la tumeur primitive dans laquelle ne se trouvait pas la cellule était toujours bénigne, tandis que la tumeur de récidive était un véritable cancer.

Je crois que cela n'est pas exact ; et que la première tumeur devait être de même nature que la seconde.

Ou bien il faut admettre la doctrine des transformations. C'est une opinion que j'ai longtemps défendue moi-même avec ardeur : quelques faits sont venus plus tard ébranler mes convictions à cet égard ; mais j'avoue qu'en présence de ceux qu'a présentés M. Leblanc, et d'autres que j'ai pu recueillir de mon côté, je ne suis pas éloigné de revenir à mes premières idées.

D'ailleurs, si l'on n'admet pas la doctrine des transformations, il faudra nécessairement croire qu'une tumeur de récidive est entièrement identique avec la première. Or, la tumeur primitive a été déclarée n'être pas cancéreuse parce qu'elle ne contenait point de cellules ; donc la tumeur secondaire ne sera pas non plus un cancer, quoiqu'elle renferme des cellules cancéreuses. D'où la nécessité de m'accorder qu'il existe des tumeurs où les micrographes trouvent des cellules cancéreuses et qui ne sont pas des cancers, et réciproquement.

Les micrographes nous ont alors demandé la *définition* du cancer et ce que nous entendons par tumeur *maligne*.

Je répondrai d'abord qu'une définition est chose très difficile, et d'ailleurs que la plupart des objets n'ont pas besoin d'être définis pour être reconnus ; il suffit de les avoir vus un certain nombre de fois. C'est ainsi que je n'ai pas besoin de la définition de M. Robert, il me suffit de le voir pour le reconnaître.

Mais si l'on tient à une définition du cancer, voici la mienne : c'est un tissu susceptible d'affecter différentes formes, celle de tumeur, celle de plaque, offrant un mauvais aspect, finissant par s'ulcérer, adhérant à la peau et aux tissus sous-jacents ; ayant une invincible tendance à végéter, à repulluler et à se multiplier, envahissant peu à peu les tissus voisins, les ganglions, les organes éloignés, se substituant ainsi aux éléments normaux de l'organisation et détruisant finalement l'individu, si on le laisse faire, en s'attaquant pour ainsi dire au principe même de la vie.

Tel est le *cancer*, telle est aussi la tumeur que je nomme *maligne*.

A ce compte, les tumeurs *épithéliales* et les tumeurs *fibro-plastiques* des micrographes sont pour moi des tumeurs malignes, des cancers ; car dans la grande majorité des cas elles présentent tous les caractères que je viens d'assigner à la malignité. C'est ce dont ne veulent pas convenir les micrographes qui continuent à distraire ces tumeurs de la classe des cancers, sous la dénomination de tumeurs *homœomorphes*.

Ainsi, pour les tumeurs épithéliales, M. *Lebert* a dit formellement qu'elles ne se généralisent pas, qu'elles ne récidivent que sur place.

Je lui ai montré des cas assez nombreux de repullulation des tumeurs épithéliales dans les ganglions et même dans les organes : on en trouve des exemples frappants dans Paget, Virchow, Rokitansky, etc. M. Robert lui-même, l'ami du microscope, a cité une des observations les plus remarquables de généralisation du tissu épithélial.

Vaincus par l'évidence, M. Lebert et les micrographes soutiennent alors que les tumeurs épithéliales récidivent en effet, mais avec bien moins de fréquence que les autres tumeurs véritablement cancéreuses.

C'est là une assertion purement gratuite qu'il me serait facile de renverser par une foule de faits empruntés à l'observation clinique.

La doctrine des micrographes est la même pour les tumeurs *fibro-plastiques !* Ils admettent comme élément essentiel, caractéristique de ces tumeurs des corpuscules en tout conformes à ceux qu'on trouve dans les tissus les plus bénins, dans celui du chancre induré, des ganglions hypertrophiés, dans le tissu même de la matrice à l'état sain ! Aussi ils ont avancé que c'étaient là des tumeurs bénignes qui ne récidivaient sur place que lorsqu'elles n'avaient pas été complétement enlevées par le bistouri de l'opérateur.

Je me souviens d'un jeune homme que j'ai opéré d'un *sarcocèle* en 1847 : M. Lebert examine la tumeur et ne trouve que du tissu fibro-plastique. Trois mois après l'opération, le malade rentrait à l'hôpital avec une récidive ; il présentait tous les signes de la cachexie cancéreuse, et il ne tarda pas à succomber. A l'autopsie, nous avons trouvé l'abdomen farci de masses cancéreuses analogues à celles du testicule.

Depuis ce temps, les faits de ce genre ont pullulé et repullulé.

M. Larrey, qui s'est posé en défenseur des doctrines micrographiques, a cité dans son discours deux faits relatifs à des tumeurs fibro-plastiques. Dans les deux cas, ces tumeurs ont eu plusieurs récidives ; dans le second, le malade a succombé à l'infection cancéreuse.

M. Robert n'a pas été plus heureux dans le choix de ses exemples.

Dans le cas qu'il emprunte à M. Paget la malade éprouve deux récidives, et elle est perdue de vue depuis 1850.

Il cite une observation tirée de sa propre pratique : c'est une tumeur fibro-plastique encore qui récidive deux fois en quatre ans.

Le fait emprunté à M. Chassaignac est relatif à un malade chez lequel une tumeur fibro-plastique récidive cinq fois. La dernière opération a été pratiquée en septembre 1853.

Dans la dernière observation fournie par Paget, il y a cinq récidives aussi ; à la cinquième, la tumeur s'ulcère et le malade succombe.

Et c'est avec de pareils faits que M. Robert cherche à nous prouver que le tissu fibro-plastique récidive rarement et ne se comporte en aucune façon comme le véritable cancer !

Puis il vient nous accuser de confondre les tumeurs sans discernement. Mais la confusion n'est-elle pas bien plutôt dans le camp des micrographes, qui placent les tumeurs fibro-plastiques en dehors de la classe des tumeurs malignes pour les mettre à côté des tissus les plus inoffensifs? Aussi, pour démontrer l'innocuité du tissu fibro-plastique et pour prouver que les tumeurs de cette nature ne repullulent pas comme le véritable cancer, il leur est facile de produire sous les yeux de leurs adversaires des ganglions lymphatiques simplement hypertrophiés. C'est ainsi qu'il leur est aisé quelquefois d'avoir raison.

On a invoqué contre moi-même une loi de Bichat sur laquelle j'ai fondé tout mon enseignement en ce qu'il a d'anatomique, et qui a servi de base à mon *Anatomie chirurgicale*.

Mais, il faut bien le reconnaître, dans toutes les maladies, et particulièrement dans le cancer, il y a autre chose que l'élément anatomique : il y a la nature de la cause, l'essence même du mal.

Et certainement qu'un des traits les plus spéciaux, les plus caractéristiques du cancer, c'est cette tendance fatale à récidiver, à infecter l'économie, à détruire l'individu de proche en proche.

Cependant, on peut prévenir cette généralisation du mal, quoi qu'en dise M. Robert, qui prétend que l'on n'a jamais opéré un vrai cancer sans qu'il se soit reproduit et généralisé.

Il existe un grand nombre de faits du contraire.

J'en trouve un dans le mémoire de M. Broca, et je puis y ajouter l'exemple d'une dame de Strasbourg que j'ai opérée cinq fois d'une tumeur reconnue cancéreuse par le microscope lui-même, et qui depuis 1852 demeure parfaitement guérie. Cette observation ne vaut-elle pas celle de M. Chassaignac, que M. Robert cite comme un exemple de guérison de tumeur fibro-plastique, et où il s'agit d'une tumeur enlevée pour la dernière fois le 17 septembre 1853, chez un malade que l'on n'a pas revu depuis ?

Ceci me conduit naturellement à la question de la curabilité du cancer. On a dit et l'on a répété que c'était une question de pur diagnostic ; et à ce propos tout le monde m'a reproché de me prévaloir d'une sorte d'infaillibilité dans le diagnostic des tumeurs.

Je proteste de toutes mes forces contre une pareille insinuation : personne moins que moi n'ignore de quelles difficultés est pour ainsi dire hérissée cette partie de l'histoire des tumeurs. Ce que j'ai dit et ce que je répéterai sans cesse, c'est qu'il est des tumeurs qui présentent des caractères tellement bien tranchés qu'il est impossible de les méconnaître, même sans le secours du microscope. Et, dans des cas de cette espèce, je crois pouvoir affirmer sans vanité que je ne me trompe jamais depuis longtemps.

M. Malgaigne prétend que même pour ces tumeurs il n'y a pas de diagnostic *scientifique* sans le contrôle du microscope.

J'avoue que je ne comprends guère la distinction que fait M. Malgaigne du diagnostic scientifique et du diagnostic pratique. Pour moi, il n'y a qu'un seul et unique diagnostic.

J'ai opéré environ 120 tumeurs du sein dans le cours de cette année ; 66 étaient de nature cancéreuse ; j'ai fait intervenir le microscope pour 49 d'entre elles ; et 49 fois le diagnostic que j'avais porté avant l'ablation de la tumeur s'est trouvé conforme aux résultats de l'examen microscopique pratiqué après l'opération.

Ne suis-je donc pas autorisé à dire que dans les cas les plus tranchés et où les caractères de la tumeur sont incontestables, on peut se passer de l'aide du microscope ? En 1844, je tenais le même langage et M. Malgaigne s'est trompé en alléguant qu'à cette époque j'étais tellement partisan du microscope que je ne voulais pas me prononcer avant d'avoir son avis.

Je reconnais l'opportunité de l'examen microscopique dans les cas douteux ; mais je soutiens pourtant qu'on ne doit pas avoir une foi aveugle dans ses révélations : car on sait que dans les cas équivoques pour le clinicien, le microscope est aussi resté dans le doute.

Qu'on se rappelle la tumeur que j'ai mise sous les yeux de l'Académie à la fin d'une des précédentes séances. J'avais des doutes sur sa nature : elle fut examinée par trois micrographes, par MM. *Robin* et *Verneuil* qui n'y découvrirent que les éléments du tissu fibro-plastique, e

par M. *Rombaud*, un de mes internes, qui y rencontra la cellule caractéristique du cancer.

La tumeur présentée par M. Barth dernièrement avait également été trouvée cancéreuse par M. Verneuil, je crois; tandis que trois autres micrographes qui l'avaient examinée aussi n'y avaient pas rencontré trace de cellule.

Dans des cas de cette espèce, le microscope vient-il lever les doutes et dissiper l'incertitude?

Et quand j'apporte des faits assez nombreux en faveur de la doctrine de la curabilité du cancer, on conteste la valeur de mes observations; on ne les trouve pas suffisamment concluantes; elles manquent de toutes les garanties d'un diagnostic certain.

On reprend ma statistique; on la discute; et l'on parvient presque à en faire une arme contre ma propre doctrine. Cependant je puis affirmer encore que les 20 malades dont je parle dans ma statistique sont pour moi des cas de guérison de cancer parfaitement avérés. M. Robert s'est trompé lorsqu'il a pensé que je prenais ces 20 malades sur les 50 opérées qui étaient restées en observation; aussi a-t-il eu tort d'arguer de la proportion de 20 sur 50, pour démontrer que le jour où je publiais mon livre je n'étais guère plus avancé qu'en 1844 où je demandais une concession de 4 sur 10, c'est-à-dire une proportion identique avec la première. D'ailleurs on s'est abusé sur le sens de mes paroles; je n'ai nullement voulu dire que je me trompais quatre fois sur dix; j'ai dit que je me trouverais à l'aise si l'on m'accordait une pareille concession.

Je prétends donc que les faits qui forment ma statistique méritent d'être conservés, bien qu'ils soient antérieurs à l'année 1846. D'ailleurs depuis cette époque, je suis en possession de cinq autres cas de tumeurs cancéreuses avouées par le microscope et qui n'ont point reparu depuis le temps de leur ablation.

L'un d'eux est relatif à une dame d'Évreux, fille et sœur de parents cancéreux, qui jouit de la plénitude de la santé depuis l'ablation d'une tumeur encéphaloïde du sein gauche, pratiquée en 1848.

M. Nélaton m'a rapporté aussi le fait d'une autre dame qu'il a opérée en 1847, et qui demeure parfaitement guérie.

Chacun sait que le fils de M. Raspail reste guéri d'un cancer pour lequel il a subi l'amputation de la jambe.

Je ne considère comme guéris dans ma statistique que les malades opérés au moins depuis cinq ans et qui n'ont point encore éprouvé de récidive après ce temps.

Or, M. Robert, pour infirmer la valeur de mes documents numériques, m'objecte le fait d'une dame qui est morte l'an dernier en état de récidive. Mais que M. Robert veuille donc bien considérer que cette dame avait été opérée par moi en 1851, c'est-à-dire deux ans et non cinq ans avant la publication de mon ouvrage; et qu'en conséquence elle n'est pas comptée parmi mes cas de guérison.

On me demande alors si je puis être certain que ces femmes demeureront guéries pour leur vie? et l'on m'objecte en même temps que j'ai cité moi-même des cas de récidive très éloignée qui devraient me rendre circonspect et réservé sur la question de la curabilité.

Je ne nie pas cela; mais la réapparition d'une tumeur cancéreuse chez ces personnes prouverait-elle la non-guérison de la première tumeur? Ne pourrais-je pas dire que ces deux tumeurs étaient indépendantes? Et pourquoi le cancer ne serait-il pas susceptible de se montrer deux ou plusieurs fois chez le même sujet, comme une foule d'autres maladies?

Ce n'est que peu à peu et par des études soutenues, des recherches attentives, que je suis parvenu à distinguer les tumeurs bénignes et à les isoler des tumeurs malignes ou du cancer. Plus tard, j'ai discerné parmi les cancers des espèces différentes: les uns qui récidivent infailliblement, les autres qui repullulent souvent; d'autres plus rarement; d'autres, enfin, qui sont susceptibles d'une guérison par une opération chirurgicale.

Parmi ces tumeurs cancéreuses, quelques-unes ont pour moi des caractères douteux, équivoques, qui me rendent réservé dans le diagnostic, circonspect dans le pronostic et dans la manière de les traiter.

D'autres, au contraire, me présentent des caractères tellement tranchés, tellement évidents que je ne balance point dans leur diagnostic et que je me trompe rarement dans mes prévisions pour l'avenir des malades.

Pour nier la curabilité du cancer, on a invoqué les résultats numériques fournis par Monro, Mayo, Boyer, etc. *Monro* n'a point fait de statistique; il a écrit une page sur 60 malades affectés de cancer, opérés devant lui, mais qu'il n'a pas suivis après l'opération. *Boyer* n'a pas plus fait de statistique que Monro: il eût été d'autant plus embarrassé qu'il ne sait à quels signes distinguer le cancer; pour lui, pour qu'il y ait cancer, il faut que la tumeur récidive: à ce compte, on comprend qu'il n'ait jamais vu guérir de cancer.

Viennent ensuite les statistiques de M. Broca et de M. Lebert. M. Broca cite 28 cas de cancers opérés par Blandin: 19 ont succombé à des récidives, 9 ont été perdus de vue. Sait-on si parmi ces derniers quelques-uns n'ont pas guéri?

Des 34 malades cités par M. Lebert, 20 ont eu des récidives en deux ans, et 7 ont été aussi perdus de vue. Même objection que pour les 9 malades de Blandin.

Je crois que la difficulté que l'on a d'admettre la curabilité du cancer tient surtout à l'idée que l'on se fait de son mode d'origine: on croit à l'influence d'une cause générale, d'une diathèse. Or pour moi rien n'est moins démontré que cette hypothèse; je crois, au contraire, que le cancer est une affection primitivement locale, qui ne se généralise que secondairement en infectant l'économie par les voies circulatoires.

Le microscope n'a donc aucun intérêt, pour la défense de sa cause, à repousser la doctrine de la curabilité du cancer.

Je reconnais les grands services que cet instrument a rendus à la pathologie des tumeurs, et je suis le premier à les proclamer dans mon *Traité des maladies du sein*.

J'accepte volontiers les faits mis en lumière par les micrographes; mais je ne puis accueillir aussi favorablement les erreurs dans lesquelles ils se sont engagés.

Le microscope dit vrai quelquefois, très souvent il se trompe. Cet instrument n'est encore qu'au début de sa carrière; la science des micrographes en est à son aurore; il faut qu'elle soit modeste, prudente, réservée. Elle ne doit pas faire table rase de l'expérience des siècles; elle doit, au contraire, accepter les traditions consacrées par une longue épreuve clinique.

Il faut que tous les efforts s'unissent et marchent parallèlement vers un même but pour arriver au progrès.

Que la jeune école s'attache donc au char de nos illustres devanciers, qu'elle respecte les faits acquis, qu'elle enrichisse la science du fruit de ses labeurs, et je ne doute pas que nos efforts combinés ne nous conduisent à la vérité, vers laquelle nous aspirons tous. (*Applaudissements.*)

La séance est levée à cinq heures et demie.

Société médicale allemande de Paris (1).

EXTRAIT DES SÉANCES D'OCTOBRE 1853. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

Altérations des intestins, consécutives à l'étranglement.

M. Morawek, alors professeur agrégé à Prague, actuellement professeur de la clinique chirurgicale à Würzbourg, a présenté dans cette séance quelques observations sur les altérations pathologiques que l'on observe quelquefois sur les intestins à la suite d'un étranglement.

On regarde généralement et non sans raison la réduction d'une hernie étranglée comme une circonstance heureuse, parce qu'elle évite au malade une opération dangereuse. L'expérience nous apprend cependant que le taxis, quoique momentanément couronné de succès, est souvent suivi d'accidents qui produisent des altérations pathologiques, soit du canal intestinal, soit de l'épiploon ou du mésentère. Ces altérations pathologiques peuvent à leur tour provoquer des accidents qui, toujours dangereux pour la vie des malades, sont quelquefois même mortels. Nous croyons qu'il est important de les signaler à l'attention des praticiens.

L'étranglement d'une partie du tube intestinal ou de l'épiploon amène en peu de temps un état inflammatoire à la suite duquel il y a exsudation dans les tissus de la partie étranglée. Cette exsudation peut engendrer des états pathologiques de nature diverse:

1° L'inflammation peut être circonscrite sur l'anse intestinale qui avait été étranglée. Cette anse, quoique heureusement replacée dans la cavité abdominale, est souvent frappée de paralysie, au point que les matières fécales s'y accumulent et la distendent. Lorsque, dans un cas de ce genre les contractions de la partie non malade du tube intestinal ne sont pas assez énergiques pour chasser les matières fécales au delà de la portion paralysée, ou que, et ce cas n'est pas rare, la partie paralysée et distendue par les matières fécales descend dans le bassin et s'y enclave, les matières fécales s'accumulent aussi dans la partie supérieure du canal intestinal, le mouvement péristaltique devient antipéristaltique, les repousse dans l'estomac, et produit de cette manière une espèce d'iléus qui emporte le malade quelquefois peu de temps après le taxis.

2° La partie étranglée du tube intestinal est souvent le siége d'une forte infiltration séreuse, circonstance qui n'a pas de suites fâcheuses lorsque le taxis a été pratiqué avec succès. Quelquefois cependant, surtout lorsque

(1) Nos lecteurs ne s'étonneront pas de ne rencontrer qu'à des intervalles un peu éloignés, des comptes rendus des séances de la *Société médicale allemande de Paris*, dont la GAZETTE HEBDOMADAIRE est l'organe officiel. Cette Société, qui fonctionne régulièrement, a néanmoins désiré rester juge des travaux qu'il conviendrait de livrer à la publication.

l'étranglement avait atteint un degré assez élevé, il y a, au moment déjà où l'on pratique le taxis, ulcération de la muqueuse au siége même de l'étranglement. Si le péritoine n'a pas contracté d'adhérences notables, la réduction est encore possible, et momentanément le malade paraît sauvé; mais dans ces cas le tissu cellulaire sous-muqueux, mis à nu par l'ulcération et présentant une coloration blanchâtre, s'infiltre d'une matière plastique qui, s'épaississant peu à peu, finit par former des cordons ou des bandes de nature fibreuse qui font saillie dans le canal, et qui, en se rétrécissant, produisent une entérosténose d'une forme toute particulière. Cette exsudation peut se faire sur tout le pourtour du canal, et dans ce cas le rétrécissement prend la forme annulaire.

Du degré plus ou moins élevé de cet état pathologique dépendent les troubles consécutifs de la digestion, depuis la simple constipation jusqu'à l'iléus. Dans la plupart des cas, ces symptômes sont interprétés d'une manière fausse, et les malades sont soumis à un traitement tout à fait irrationnel.

Ainsi un malade ayant une hernie étranglée peut être sauvé pour le moment au moyen du taxis, opération que l'on est souvent obligé de prolonger pendant un espace de temps assez considérable avant de parvenir à faire rentrer l'intestin dans la cavité abdominale; mais ce taxis prolongé est justement la cause première de l'affection qui enlève plus tard le malade. Quelquefois la mort ne survient que six ou dix ans plus tard.

Voilà pourquoi les résultats du débridement sont plus favorables.

Cette opération, pratiquée dès le début des symptômes de l'étranglement, prévient les altérations pathologiques de la partie étranglée dont il est parlé plus haut, ou empêche au moins qu'elles n'atteignent un degré considérable.

Lorsqu'on ne réussit pas à réduire la hernie dans les premières six heures, par exemple, après le début des symptômes de l'étranglement, on doit toujours recourir au débridement, de peur qu'en différant cette opération on ne donne lieu à l'inflammation de la partie étranglée et aux accidents consécutifs dont nous venons de parler.

Un deuxième état pathologique qui peut survenir à la suite de l'inflammation est la formation d'adhérences entre l'intestin et le sac herniaire au siége même de l'étranglement. La portion du tube intestinal qui avait été étranglée est souvent paralysée par suite de l'inflammation consécutive; elle ne peut donc plus exécuter de mouvements péristaltiques, et séjourne après la réduction sans mouvement près du collet du sac herniaire, qui est lui-même le siége d'une péritonite partielle, et c'est cet état de repos qui facilite singulièrement la formation d'adhérences. Lorsque ces adhérences ne sont pas considérables et que le mouvement péristaltique ne tarde pas à se rétablir, elles disparaissent sans donner lieu à aucun accident notable; lorsque, au contraire, elles sont considérables et résistantes, elles unissent fortement l'intestin au collet du sac herniaire, et donnent lieu à des troubles dans la digestion. Dans quelques cas l'intestin, retenu par ces adhérences, se recourbe sur lui-même en formant un angle aigu, état qui peut produire la stagnation des matières fécales et provoquer des symptômes d'iléus, surtout lorsqu'une autre portion du tube intestinal s'enroule autour du point adhérent et le comprime. Dans la plupart des cas cet état se présente à l'intestin grêle, au côlon iliaque et au cœcum.

Une troisième conséquence de l'inflammation est l'adhérence de l'épiploon au collet du sac. Lorsque cet organe a fait hernie en même temps que l'intestin et qu'il a été réduit avec lui, il peut se former des adhérences entre lui et le collet, et ce dernier état a lieu bien plus fréquemment que l'adhérence de l'intestin au collet.

Lorsqu'une telle adhérence existe entre l'épiploon et le canal inguinal, l'épiploon forme une espèce de cordon tendu entre l'estomac et l'anneau postérieur du canal; ce cordon retient les intestins en arrière et les presse contre la colonne vertébrale. Supposons maintenant qu'une portion de l'intestin fasse saillie à côté de ce cordon et vienne à passer au-devant de lui, il pourra se faire que celui-ci l'étrangle, et alors se produiront nécessairement tous les symptômes d'un étranglement.

M. Morawek a constaté deux fois cet état par l'autopsie. Il pense que, dans ces cas, on pourrait peut-être observer sur le vivant un gonflement inégal de l'abdomen, et il conseille de faire coucher le malade sur le côté, les cuisses fortement fléchies, afin de rapprocher le plus possible l'estomac de l'anneau inguinal.

Une quatrième conséquence enfin de l'inflammation peut être, dans certains cas, l'épaississement tendineux et le raccourcissement de l'épiploon. Lorsque cet organe est le siége d'une inflammation et que la matière exsudée se transforme en tissu inodulaire, il doit nécessairement se raccourcir, et si ce raccourcissement est considérable, l'intestin sera pressé contre la colonne vertébrale. M. Morawek a constaté un cas de ce genre par l'autopsie. C'était sur un homme qui portait une hernie datant de dix-huit ans. Cette hernie, au dire de l'individu, avait été étranglée à six reprises différentes et toujours réduite avec succès. Après sa mort on trouva l'intestin, ayant la forme d'une petite courge, adossé contre la colonne vertébrale, tandis que les parois abdominales étaient creuses et enfoncées. Les parties tendineuses de l'épiploon criaient sous le scalpel; le microscope y montra des fibres parallèles en forme de rubans, telles qu'on les trouve dans le tissu inodulaire.

L'épiploon, épaissi de cette manière, se tord en forme de cône et entraîne l'intestin; le tiraillement qu'éprouve ce dernier et la compression qu'il subit au point où le cône pèse sur lui mettent obstacle au passage des matières fécales: de là constipation opiniâtre et une foule de symptômes que l'on cherche vainement à combattre par l'emploi des drastiques.

(*Communiqué par* M. le d^r A. Martin.)

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

De la tumeur lacrymale formée par la dilatation des conduits extérieurs des larmes, par M. Jarjavay.

Depuis les faits cités par Beer, et, avant lui, par J.-A. Schmidt (*Traité des maladies des organes lacrymaux*, Vienne, 1803), on ne trouve dans les recueils aucun exemple de tumeur et fistule lacrymales reconnaissant pour point de départ les conduits qui versent les larmes de la glande à la conjonctive. Les deux exemples qu'en rapporte M. Jarjavay offrent donc un véritable intérêt. En voici le résumé :

I. Un homme de la campagne reçoit, en 1844, à l'angle externe de l'œil, un coup de couteau. La cicatrisation s'en fait lentement, et, au moment où elle s'achève, une tumeur apparaît sur la partie externe de la paupière supérieure. Plus tard, en comprimant cette tumeur, on fait jaillir un liquide transparent. C'est en 1850 que M. Jarjavay examine cet homme. Au-dessus et en dehors d'une cicatrice très irrégulière qui couvre le côté externe et droit de la face, à la partie externe de la paupière supérieure, est une tumeur oblongue, de la forme et de la grosseur d'une petite amande, molle, et percée en haut d'un petit pertuis enfoncé; par là, on fait jaillir un filet liquide très ténu. La grosseur se gonfle à l'air vif. Le malade vide la tumeur, en la comprimant trois ou quatre fois par jour.

II. Quinze jours plus tard, dit M. Jarjavay, j'eus la bonne fortune de rencontrer un second exemple de tumeur lacrymale de la paupière supérieure chez une femme qui avait reçu sur l'œil droit l'éclat d'un verre de bouteille. Non-seulement la paupière supérieure, mais encore l'œil lui-même avaient été intéressés. La vision avait été détruite, et une bride réunissait cette paupière à l'œil. Sur la partie externe de ce voile défiguré se formait une tumeur quand la malade était sollicitée à pleurer, tumeur qui se vidait par la compression sur la face conjonctivale, et non plus sur la face cutanée, comme dans le cas précédent.

Il eût été désirable qu'on pût suivre ces deux malades. Dans le petit nombre de faits rapportés jusqu'ici, le rôle de la thérapeutique chirurgicale n'a été rien moins que brillant. Une des jeunes filles citées par Schmidt fut opérée par un oculiste. L'opération, faite au moyen de l'instrument tranchant, dura plusieurs heures, et fut accompagnée de convulsions et de syncopes. La maladie reparut bientôt. Des sétons furent employés sans plus de succès. Il est probable qu'aujourd'hui, si une opération était indiquée, la chirurgie serait plus heureuse; mais le fait est qu'à cet égard l'expérience n'a point encore parlé. (*Archives d'ophthalmologie*, juillet et août 1854.)

De l'efficacité du citrate de quinine dans le choléra.

Comme le dit l'auteur anonyme de cet article (probablement le directeur du journal, M. Salvator de Renzi), les expériences qui y sont rapportées ne sont pas assez décisives pour autoriser une conclusion. Dans cinq cas seulement, le citrate de quinine a été administré, dès les premiers symptômes du choléra, à la dose de 3 grains par heure. Chez quatre malades l'algidité commençante a bientôt disparu, la réaction s'est établie, et la guérison ne s'est pas fait attendre. Chez le cinquième, voyant les accidents continuer, on a remplacé le citrate par d'autres moyens qui n'ont pas mieux réussi, et la mort a eu lieu.

Mais ces expériences nous seront une occasion de mettre nos lecteurs au courant des idées italiennes relativement à l'emploi des sels de quinine dans le choléra.

La thérapeutique a subi sur ce point l'influence des doctrines locales. Il y a, en Italie, des médecins qui voient dans le choléra une *phlébite*, et le traitent par la quinine, pour se conformer à la doctrine giacominienne, qui fait de la quinine un hyposthénisant. C'est ce qu'on a vu, particulièrement en Lombardie, dans l'épidémie de 1849. Pourtant, la plupart de nos confrères d'au delà des Alpes adressent comme nous la quinine à un état miasmatique analogue à celui qui constitue la fièvre pernicieuse algide ou *cholérique* de Torti. Dès lors l'expérience a ses conditions réglées par avance. De même que le sulfate de quinine, administré dans le paroxysme de la fièvre, ne réussit guère à l'enrayer; de même il doit, dans les prévisions de la théorie, échouer contre le *paroxysme cholérique*, c'est-à-dire contre les symptômes d'algidité. Il faut donc le donner dès les premières menaces du mal. C'est ce que plusieurs médecins italiens, et en particulier l'auteur de l'article analysé ici, ont très bien fait ressortir. Et c'est à l'oubli de cette condition qu'il attribue l'insuccès des expériences sur les préparations quiniques faites par le docteur Licci à l'hôpital de Brancaccio (de Naples), dans l'épidémie de 1836.

Le professeur Giardini ayant observé, chez un enfant, un cas très curieux d'algidité disparaissant et se répétant par intervalles, a enrayé ces sortes d'accès par l'administration du citrate de quinine à haute dose, uni à l'éther, au camphre et à l'acétate de morphine.

Un autre professeur napolitain, M. Antonio de Martina, qui a publié un travail important sur la matière, insiste également sur les avantages de l'administration des sels quiniques en dehors des attaques, et il dit s'être très bien trouvé de l'avoir donné comme préservatif.

Cette vue est enfin, si nous ne nous trompons, exprimée dans le mémoire sur la *fièvre pernicieuse asiatique* qu'a publié à Rome, dès 1831, le docteur Giovanni Selli (de Viterbe).

— On ne saurait se dissimuler la difficulté qu'il y a à éprouver la vertu d'un remède quand il est administré prophylactiquement; car on peut toujours se demander si les individus préservés ne l'eussent pas été également en l'absence du remède. La statistique ne pourrait intervenir ici qu'armée de nombres très considérables. L'appréciation thérapeutique est aisée dans la fièvre pernicieuse ordinaire, parce que la forme paroxystique, qui est très rare dans le choléra, est ici presque constante, et que l'efficacité du remède peut se déduire de la cessation des accès à partir du moment où il a été administré. Cette condition n'existant pas dans l'affection cholérique, on reste enveloppé d'une grande incertitude. Néanmoins dès l'instant où les sels quiniques paraissent s'adapter à la nature de cette maladie (et c'est notre avis), il est indubitable que la théorie et l'expérience tout ensemble conseillent de les donner dès les premiers symptômes et les recommandent puissamment à titre de prophylactiques. Et, pour notre part, comme nous l'avons dit dans un de nos précédents articles, nous avons mis au régime du sulfate de quinine les malades qui présentaient cette débilité, cette prostration, ces frissons irréguliers dont on a observé nombre d'exemples sous la constitution médicale de ces derniers mois. (*Il Filiatre Sebezio*, oct. 1854.)

Inflammation chronique de la membrane de Descemet, par le docteur Breithaupt.

En décembre dernier, l'auteur de l'observation intéressante dont nous allons donner un court résumé fut consulté par un homme de dix-neuf ans, dont l'œil avait perdu graduellement la faculté visuelle. Le début de la maladie remontait à quinze jours, et ne pouvait être attribué à aucune cause appréciable. L'œil malade présentait les symptômes suivants : Il n'y avait aucune trace de conjonctivite, si ce n'est un léger cercle rouge bleuâtre à la circonférence de la cornée. Celle-ci paraissait plus mate et plus petite que d'habitude, elle avait perdu une partie de son épithélium, ce qui rendait l'image d'une flamme notablement confuse. Quand on examinait la cornée par le côté, la substance tout entière de cette membrane paraissait transparente ; mais, sur sa face postérieure, se voyaient, surtout à l'aide de la loupe, de petites masses (environ dix à quinze) d'une substance blanc-grisâtre, probablement fibrineuse. Ces petits grumeaux étaient fortement adhérents, et variaient en grandeur, depuis celle d'une pointe jusqu'à celle d'une tête d'épingle ; ils ne se touchaient point, mais donnaient à toute la cornée un reflet blanc grisâtre. Nulle part il n'y avait de développement vasculaire dans l'œil ; l'humeur aqueuse n'avait point changé de quantité, la cornée avait conservé sa courbure normale ; mais l'iris avait pris un aspect rugueux. La pupille était de grandeur ordinaire, mais lente à se mouvoir. Le fond de l'œil n'indiquait aucun trouble, et néanmoins la vue était complétement abolie. Le malade n'avait jamais éprouvé la moindre douleur, à part une légère sensation de pression au front ; la lumière la plus intense ne l'incommodait nullement, et c'était chose curieuse de le voir regarder fixement le soleil avec un œil si peu malade en apparence.

En présence de ces symptômes, le diagnostic ne pouvait pas être douteux un instant ; c'était évidemment une inflammation chronique de la membrane de Descemet, dont la marche insidieuse était bien de nature à tromper un observateur moins rigoureux. L'existence de véritables exsudations plastiques à la surface de la séreuse oculaire rendait le pronostic peu favorable; et cependant, en employant un traitement énergique, l'auteur obtint une guérison complète en sept mois. Les moyens mis successivement en usage furent d'abord des émissions sanguines locales, des purgatifs, un vésicatoire à la nuque, des frictions mercurielles; puis un cautère fut appliqué au bras, et le sublimé donné à l'intérieur, suivant la méthode de Dzondi. Lorsque l'effet favorable de ces moyens parut épuisé, M. Breithaupt donna l'iodure de potassium à l'intérieur ; il fit faire des frictions avec la pommade d'iodure de mercure. Enfin, il eut recours à la décoction de Zittmann, qui fut continuée pendant quatre semaines, et qui procura une guérison telle, que tous les produits d'exsudations avaient complétement disparu au bout de ce temps, et qu'il n'existait plus la moindre différence physique ou fonctionnelle entre les deux yeux du malade.

Certes, le résultat de ce traitement n'est pas moins remarquable que la maladie elle-même ; nous sommes peu familiarisés avec l'idée de voir résorber des produits plastiques déposés et en voie d'organisation à la surface des séreuses. Dans cette observation, la décoction de Zittmann paraît avoir été pour beaucoup dans le résultat obtenu ; nous l'avons vue, de notre côté, réussir plusieurs fois dans des maladies syphilitiques contre lesquelles tous les autres remèdes avaient échoué. Il est regrettable que M. Breithaupt n'ait pas recherché, dans les antécédents du malade, si la syphilis pouvait être invoquée comme cause probable. Il nous semble aussi que l'inflammation de la membrane de Descemet ne suffit pas pour expliquer tous les symptômes, entre autres, l'amaurose complète qui existait dans ce cas, et qu'une lésion physique de la rétine, inappréciable à l'observation, ou, si l'on veut, une simple lésion fonctionnelle de cette membrane, a dû exister en même temps que cette inflammation. (*Medic. Zeit.*, n° 39, 1854.)

Cas singulier de suicide, par M. Nicolls, chirurgien de l'hôpital des infirmes et des fiévreux, de Longford.

On a souvent constaté la ténacité avec laquelle certains suicides poursuivent l'exécution de leur dessein funeste et la singalarité des moyens auxquels ils ont recours. Le fait du docteur Nicolls présente, à ce double point de vue, quelque intérêt ; seulement, il est regrettable que les détails n'en soient pas suffisamment circonstanciés.

Le 20 août dernier, un vieillard infirme, le nommé Cashen, profitant de l'absence du surveillant, quitte son lit et se dirige vers le feu, enveloppé de sa couverture. Peu de temps après, sentant une odeur de *roussi*, ses camarades jettent l'alarme. On accourt, et l'on trouve la couverture de Cashen enflammée. Un fort bruit de gargouillement se fait entendre dans l'abdomen, que l'on découvre, et à la partie supérieure duquel (à deux pouces au-dessus de l'ombilic), on aperçoit une assez large ouverture obstruée par une

masse épiploïque. M. Nicolls, dans la crainte de provoquer quelque accident, se borna à panser la plaie, sans refouler l'épiploon.

Contre toute attente, la cicatrisation allait s'achevant de plus en plus, lorsqu'au vingt et unième jour, le matin, sur les sept heures, M. Nicolls trouva son malade dans un état désespéré. Tout était ensanglanté autour de lui : les pièces de l'appareil, le lit, le plancher. La plaie, d'où s'échappait une notable quantité d'épiploon, était elle-même ruisselante de sang; enfin, sur le sol, entre le lit et la muraille, étaient tombées une autre masse détachée de l'épiploon et une portion du côlon longue de trente-deux pouces. Cashen, malgré la surveillance attentive dont il était l'objet, avait arraché son bandage, ainsi que les organes dant nous venons de faire l'énumération. La mort semblait imminente ; néanmoins, Cashen survécut encore neuf jours.

M. Nicolls n'ajoute aucune réflexion au récit de ce fait, dont l'autopsie, en particulier, devait être curieuse. On eût voulu savoir, en outre, si l'intention du vieillard n'était point, en allant près du foyer, de se détruire par brûlure ; et quelques renseignements sur la situation mentale n'eussent pas été inopportuns pour apprécier le degré de volonté qui a pu présider au dernier acte de désespoir ou de rage dont la mort a été la suite : le suicide étant le résultat, tantôt d'une impulsion irrésistible, tantôt d'un égarement incompatible avec l'exercice du libre arbitre. (*Dublin Medical Press*, 4 octobre 1854.)

Delirium tremens consécutif à l'extraction d'une cataracte; guérison, par M. HAYNES VALTON.

Le délire n'est pas rare à la suite des opérations chirurgicales. A la cause physique semble s'être jointe ici une impression morale.

OBS. — Le malade, vieillard de soixante-cinq ans, était atteint d'une double cataracte. On devait l'opérer d'un œil. En se rendant dans la salle, il se trouve mal d'effroi, et, dans l'impossibilité de lui faire ouvrir convenablement les paupières, M. Valton est obligé de recourir au chloroforme, qui réussit.

Toutefois, il se manifesta le lendemain un violent délire qui, malgré les remèdes, ne cessa qu'au cinquième jour. Pendant ce temps, un infirmier fut chargé de se tenir constamment auprès de l'opéré, dont la tête remuait dans tous les sens, afin d'éviter le déplacement des bandelettes qui soutenaient l'appareil.

Grâce à cette sage précaution, tout alla bien. Au onzième jour, on trouva la plaie de la cornée réunie, sans procidence de l'iris ni déformation de la pupille; et au bout de trois semaines la vision était complétement rétablie.

Il eût été curieux de voir le désordre nerveux prendre dans de telles circonstances la forme du vrai *delirium tremens*, caractérisé d'ordinaire par une obscurité mentale compliquée de visions et de tremblement; mais l'observation ne contient aucun détail justifiant la qualification que l'auteur lui impose. (*Medical Times and Gazette.*)

VII.

VARIÉTÉS.

M. MAISONNEUVE commencera sa clinique chirurgicale à l'hôpital de la Pitié jeudi 16 novembre, à huit heures du matin, et la continuera les mardi, jeudi et samedi à la même heure.

— M. le docteur BLANCHE, ancien interne des hôpitaux, directeur d'une maison d'aliénés à Passy, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. Xavier RICHARD a été nommé médecin du Bureau central des hôpitaux, à la suite du concours ouvert le 2 octobre dernier.

— M. le docteur HUARD, médecin français à San-Francisco, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur en récompense de son dévouement à l'égard de la population française.

— On lit dans le journal *la Presse :*

« Le *Journal de Constantinople*, qui n'est pas toujours bien renseigné, annonçait dans son dernier numéro que M. Lévy, directeur et inspecteur général du service de santé, partait avec un nombreux personnel de médecins pour la Crimée, dans le but d'établir un hôpital à Sébastopol. L'intendance militaire a reçu, au contraire, l'avis d'être prête à recevoir tous les malades et tous les blessés de l'expédition. On ne laissera pas un bâtiment debout dans la ville. »

Dans un rapport au ministre de la guerre, inséré dans le *Moniteur* du 8 novembre, M. Lévy nous apprend qu'il n'avait quitté Constantinople que pour apprécier par lui-même la situation sanitaire de l'armée en Crimée. Voici le dernier paragraphe du rapport :

« A Varna, où j'ai inspecté le 17 de ce mois, une fois encore, les hôpitaux, on a pu supprimer le dernier hôpital sous tentes (Monastère) ; il y avait 1,156 malades et un millier de malingres qui attendent leur évacuation sur France ; à Nogara, 81 malades (10 octobre) ; à Gallipoli, 268 (même date) ; à Andrinople (1er octobre), 10 ; au Pirée, 180 (7 octobre); à Constantinople, 1,729 (12 octobre) ; ce qui, avec les 650 malades de la Crimée, porte à un total de 4,074 le nombre des malades de toute l'armée d'Orient en traitement dans les hôpitaux.

» J'ai l'honneur d'être, etc. Docteur MICHEL LÉVY. »

ORDRE DU JOUR DE LORD RAGLAN. — Un convoi de blessés avait été évacué du camp devant Sébastopol à Balaclava, sous la conduite d'un officier de santé. A l'arrivée de ce convoi rien n'était préparé pour le recevoir. Lord Raglan admoneste publiquement (sans le nommer) le chirurgien de Balaclava qui, ayant reçu les instructions de l'inspecteur général des hôpitaux, le docteur Dumbreck, *a négligé de les transmettre à son supérieur.* Cet ordre du jour, où le corps des officiers de santé (*medical departement*) est mis directement en cause, est vivement critiqué par le *Medical Times.*

MÉDECINS CANTONAUX. — Le conseil général du département du Rhône, sur le rapport de M. le conseiller d'État, la commission entendue, a arrêté qu'un crédit de 500 francs serait porté au budget de 1853, pour être mis à la disposition de M. le préfet dans le but d'aider à la création de médecins cantonaux *dans un ou deux cantons*, ainsi qu'il avisera.

Le conseil général de la Loire a pris une délibération dont nous n'avons pas le texte, mais plus favorable encore, à ce qu'il paraît, à l'institution des médecins cantonaux; une circulaire du préfet du département fixe *au 1er novembre de cette année* l'ouverture d'un service médical gratuit.

— La presse espagnole vient de perdre encore un de ses membres les plus distingués, le docteur José-Dominguez y Gonzales, l'un des rédacteurs d'*El porvenir medico.*

— Le docteur Golding Bird, un des médecins les plus renommés de la Grande-Bretagne, auteur d'un grand nombre de travaux estimés, est mort le 27 octobre dernier, à l'âge de trente-neuf ans.

— Parmi les médecins militaires enlevés par l'épidémie, en Orient, il faut compter : MM. Pontier, Hahn, Monnier, Lagèze, Claquart, Gérard, Stéfani, Dumas, Musard, Plassan et Bert.

— Le corps médical vient de perdre encore deux de ses membres, victimes de leur dévouement. M. Tellier, de Toulouse, et M. Sentin, de Saint-Giron, tous deux morts du choléra.

INFLUENCE DES EAUX POTABLES SUR LE DÉVELOPPEMENT DU CHOLÉRA. — Dans notre n° 50 (article *Variétés*), nous avons fait connaître les premières recherches de M. Snow sur ce sujet. Cet auteur n'a pu poursuivre son travail qu'à travers de grandes difficultés, parce que, tantôt il n'a pu vérifier *dans quelles maisons* étaient tombés malades les cholériques transportés ailleurs, et tantôt on ne pouvait lui indiquer le nom de la compagnie qui approvisionnait d'eau ces maisons. Pour distinguer l'origine des eaux, M. Snow a eu recours à l'analyse chimique. On se rappelle que la compagnie de *Lambeth* puise ses eaux dans *Thames Ditton, au-dessus* du déversement des égouts de Londres dans la Tamise ; que celle de *Southwark and Vauxhall* puise la sienne à *Battersea-Fields*, près du Vauxhall, au-dessous du point de déversement. Or, la première eau contient, suivant l'auteur, 1/93e de grain de chlorure de sodium par *gallon* (4 litres), et la seconde en contient la quantité énorme de 37 grains 9/10, provenant sans doute du produit des déjections fournies par deux millions et quart d'habitants.

En se guidant d'après cette règle, pour la détermination de l'origine des eaux potables, M. Snow est arrivé aux résultats suivants :

Pendant les sept premières semaines de la présente épidémie, 1,224 décès cholériques ont eu lieu dans des maisons recevant leur eau potable de la compagnie de *Southwark and Vauxhall*, et 93 seulement dans les maisons alimentées par la compagnie de *Lambeth*. Il est bon de faire remarquer que, selon les relevés du *General Board* pour 1853, la première compagnie approvisionne 34,217 maisons, et la seconde 23,396.

Une note du docteur Carpenter, insérée dans l'*Association Journal* (numéro du 6 octobre 1854), confirme par des observations personnelles les vues de M. Snow.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS

A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. PARIS, 17 NOVEMBRE 1854. N° 59.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté en date du 15 novembre 1854, sont nommés professeurs honoraires à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon :

MM. JANSON, ancien professeur de pathologie externe ;
POINTE, ancien professeur de clinique interne.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 17 novembre 1854.

Spontanément et sous la seule inspiration du sentiment que nous éprouvons, nous caractériserons en toute liberté ce qui s'est passé hier à la séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris. Un petit groupe de jeunes gens, que nous n'osons appeler des élèves, et qui n'étaient pas à coup sûr des auditeurs, ramassés au sommet des couloirs et sur les escaliers, ont cherché à troubler l'orateur par des démonstrations bruyantes telles qu'en peut suggérer l'esprit de désordre et la mauvaise éducation. Si, comme on doit le croire, elles s'adressaient au fonctionnaire public, cela prouve que cette jeunesse, qu'on dit intelligente et disposée à la gratitude, est parfois bien aveugle et bien prompte à récriminer. Et nous aimons à croire qu'elle regrettera sa conduite, quand elle connaîtra comme nous le caractère bienveillant et paternel de l'intervention de M. Bérard dans toutes les affaires de haute administration où sont en jeu les intérêts des élèves. Les perturbateurs — car quel nom plus doux leur donner? — ont commis envers un de leurs plus illustres et plus dévoués professeurs, envers un de ceux qui les aiment le plus, ont commis, disons-nous, plus qu'une inconvenance : ils ont commis une criante injustice.

A côté de ce tort si grave, les manifestations dont nous parlons en ont un autre : c'est d'avoir empêché un auditoire compacte de goûter à loisir un des discours de rentrée les plus diserts, les mieux coordonnés, les plus savants qui aient été prononcés en pareille circonstance. Nos lecteurs en jugeront, car nous le publions en entier. Disons tout de suite que ceux qui l'ont entendu ont partagé notre impression. Quand l'orateur s'est assis, la salle presque entière l'a salué de vifs applaudissements, où il faut voir, selon nous, un témoignage rendu au talent plus qu'une protestation contre des insultes de trop mauvais goût pour arriver à leur adresse.

A. DECHAMBRE.

L'Académie de médecine s'étant formée en comité secret à quatre heures, la suite de la discussion sur la valeur du microscope a été renvoyée à la séance prochaine. La correspondance contenait une lettre de M. Mandl, dont nous aurons à tenir compte dans nos appréciations.

A. D.

SÉANCE DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

La séance est ouverte à une heure.

M. le professeur PAUL DUBOIS, doyen, donne la parole à M. le professeur BÉRARD.

M. BÉRARD :

Messieurs,

Porter la parole au nom de la Faculté devant l'imposante assemblée qu'amène périodiquement dans cette enceinte la reprise des travaux scolaires et la proclamation des noms de nos lauréats est sans doute un honneur insigne, mais c'est un dangereux honneur. Il m'avait paru bien redoutable le jour où je dus retracer ici la vie et les travaux de Broussais, et je ne puis me défendre encore, en ce moment, d'un sentiment de défiance inquiète en montant à cette tribune, où m'appelle pour la quatrième fois le vœu de mes collègues. En vain pour calmer des craintes trop légitimes je me représente ce que je dois déjà à votre bienveillante indulgence et ce qu'elle me promet encore, en vain j'arrête ma pensée sur l'accueil flatteur qu'ici même ont plus d'une fois rencontré mes paroles : ces souvenirs touchent mon cœur, mais ils ne peuvent m'aveugler sur mon insuffisance.

Ce n'est pas que les sujets fassent défaut à l'orateur de la Faculté. Pour

lui les matériaux abondent, soit qu'il s'adresse à l'élève qui débute ou celui qui touche au terme de ses études, ou au praticien qu'un sentiment de curiosité, mêlé peut-être de gratitude pour l'*alma mater*, ramène une fois par an au milieu de nous.

Que de conseils utiles, que d'avertissements profitables pourrait recueillir aujourd'hui de la bouche d'un maître l'élève qui pour la première fois vient s'asseoir sur les bancs de cet amphithéâtre! Que d'écueils sur sa route! Que d'incertitudes sur la direction de ses études! Par où commencer? Quelles notions doivent précéder et préparer les autres? Quel peut être le meilleur emploi du temps? Comment en prévenir la perte irréparable? Combien d'élèves, faute de guides, ont dépensé une année tout entière, c'est-à-dire le quart d'une scolarité déjà trop courte, à *apprendre* comment il faut *étudier!* Écrire *la journée de l'étudiant*... cette pensée originale et heureuse a tenté la plume élégante d'un professeur de clinique étranger à cette faculté; mais c'est pour une séance de rentrée qu'elle devrait recevoir son exécution. J'entends la journée de l'étudiant telle que la comprennent vos maîtres, et non pas précisément telle que la passent bon nombre de nos jeunes disciples. Sans doute il est parmi eux des types en ce genre, et j'en connais, mais je craindrais pourtant qu'en prenant son modèle au hasard, le peintre n'y copiât certains détails dont s'accommoderait avec peine la gravité de cet auditoire. Nulle autre époque de l'année scolaire ne serait mieux choisie que celle de l'inauguration de vos travaux pour l'accomplissement de la mission quasi paternelle que je signale ici. Et en effet, chers élèves, dites-le-moi, quels sont, en dehors des rigueurs de l'examen ou de l'assistance aux leçons, vos rapports avec vos maîtres? Nuls ou à peu près nuls, si ce n'est peut-être dans cette solennité. Sans doute il est glorieux pour une école de voir immatriculés sur ses registres des disciples accourus de toutes les parties du monde civilisé; sans doute ce n'est pas sans un secret orgueil que les professeurs de la Faculté de Paris avouent qu'ils ne connaissent pas plus les noms que le nombre de leurs élèves; mais cette prospérité éclatante et sans rivales n'exclut pas, ou plutôt elle entraîne fatalement avec elle, les inconvénients auxquels je viens de faire allusion. Le plus regrettable de tous est l'absence de ce commerce intime qui, dans les universités moins nombreuses, lie intimement le maître à l'élève. La parole de ce maître ne doit-elle tomber que de la chaire, et ne gagnerait-elle rien, ne pourrait-elle être fécondée dans un commentaire amical et familier entre celui-ci et ses disciples? Il n'a pas tout fait pour eux quand il a enseigné le dogme; il doit encore les initier à la méthode, guider leurs pas incertains à l'entrée de la carrière, les former par l'exemple autant que par le précepte, et donner, en définitive, à la science des médecins instruits, à la société des hommes honnêtes.

La contemplation de cette vie de famille, plus commune dans les anciennes universités que de nos jours, a toujours eu pour moi un singulier attrait. Nous n'avons rien qui lui ressemble. Si un médecin français s'avisait de nous dire: « Je mets en pratique les conseils que mon maître m'a inculqués, » qui de nous saurait de quel maître il veut parler? Mais que Morgagni nous rappelle une opinion de *son maître*, il n'a pas besoin d'écrire le nom de Valsalva pour être compris? Et quand, dans les *Elementa physiologiæ* je vois le mot *præceptor* se détacher du texte en lettres majuscules, comme s'il avait éveillé encore chez l'illustre élève, au moment où il en traçait les caractères, des sentiments de vénération et d'amour, ah! je ne vais pas chercher dans la note bibliographique le nom de l'auteur cité par Haller. Je sais d'avance qu'il s'agit de Boerhaave ou d'Albinus, plus souvent du premier que du second.

Je l'ai dit: ce n'est pas le sujet qui manque à l'orateur de la Faculté; s'il dicte aujourd'hui un plan d'études à l'élève qui débute, il pourra, l'année suivante, tenir un autre langage à celui qui va entrer dans la pratique. Quel texte inépuisable, par exemple, que celui des devoirs professionnels? Des circonstances récentes ajouteraient à l'intérêt qui s'y attache naturellement. Vous venez de montrer, messieurs, comment vous comprenez l'un de ces devoirs, le *courage médical*. Les épreuves auxquelles vous vous êtes soumis pendant le cours de la dernière épidémie auraient pu ébranler un dévouement moins affermi que le vôtre. Alors que le plus petit dérangement dans les habitudes de la vie pouvait avoir des conséquences si funestes, quitter sa demeure pour s'installer en permanence au centre d'une localité ravagée par l'épidémie, et de là, sans relâche, de jour comme de nuit, courir partout où le mal vient de frapper un nouveau coup; pénétrer, pour y porter des secours, jusque dans les combles des habitations, dans des réduits étroits, insalubres, où le fléau destructeur trouvait pour auxiliaires l'encombrement et la misère; voilà, messieurs, ce qu'il fallait oser. Vous l'avez fait sans crainte et sans ostentation. C'est à peu près en ces termes que je rendais publiquement hommage en 1849 à la conduite de vos devanciers; je suis heureux de les appliquer aujourd'hui à leurs successeurs. Mais je mériterais vos reproches si je ne cherchais mes exemples que dans la pratique civile. Au milieu de cette armée française, qui sur une terre étrangère va protéger le faible contre une agression brutale, refouler la barbarie et porter la civilisation, le *courage médical* n'a-t-il pas brillé encore, à l'envi de la bravoure militaire? Et, sans parler des dangers que redoutait Horace:

..... *Mare turgidum, et*
Infames scopulos.......

nos jeunes chirurgiens ont dû braver une épidémie redoutable avant de partager avec nos soldats les chances de la guerre; car c'est les partager que d'aller sous le feu de l'ennemi relever et panser les blessés, affrontant ainsi la mort sans songer à la donner.

Enfin, messieurs, une séance de rentrée est la seule occasion qui nous serait donnée peut-être d'entretenir et les médecins et les élèves de ce qui touche aux intérêts de la pratique et de l'enseignement. Ces intérêts ont vivement excité la sollicitude du ministre de l'instruction publique. Sous sa féconde initiative, des modifications nombreuses ont été apportées dans les conditions de scolarité des deux ordres de médecins, dans les attributions des écoles préparatoires et l'organisation de quelques-unes d'entre elles. Je serais heureux, et ma position me le permettrait sans doute, je serais heureux d'exposer devant vous l'esprit et la portée de ces réformes, de signaler les avantages qu'elles assurent à nos institutions médicales; mais j'ai une autre tâche à remplir.

Je crains, messieurs, d'exciter enfin votre impatience. Pourquoi, me direz-vous, pourquoi effleurer tant de sujets et n'en traiter aucun? Pourquoi alors que notre curiosité est aiguisée, que notre attention vous est acquise, déserter tout à coup le texte que vous sembliez promettre à nos désirs? Pourquoi, messieurs? Je pourrais prendre la réponse dans mon allocution de 1839: c'est que le moment où la Faculté va proclamer les succès de l'élite de ses élèves est aussi le moment qu'elle a choisi pour honorer la mémoire de ceux de ses membres que la mort lui a ravis; c'est que telles ont été depuis vingt ans la succession et la rapidité de nos pertes, qu'une seule fois à peine la solennité de ce jour a réuni dans cette enceinte et les maîtres et les élèves, sans qu'un souvenir de mort soit venu se mêler à la joie du triomphe, et voiler de deuil les couronnes que la Faculté a décernées. Pas un des organes de la Faculté n'a failli au devoir pieux que je vais essayer de remplir encore aujourd'hui, et cependant la mort prend avance sur nous. Elle atteint deux professeurs au lieu d'un dans le cours d'une seule année scolaire. Orfila, Roux, quelle perte pour cette école! Je n'entreprendrai pas de payer à tous les deux le tribut que notre reconnaissance leur réserve. Les proportions trop restreintes d'un discours d'ouverture n'admettraient pas ce double panégyrique. Je vais vous parler de l'ancien doyen de l'école, laissant à un autre collègue, mieux autorisé que moi sans doute, le soin de retracer, dans un an, les travaux et la vie du chirurgien célèbre que nous avons perdu.

Messieurs, il y a bientôt un demi-siècle qu'un jeune homme aux traits réguliers, à la physionomie intelligente et fine, quittait son pays natal pour venir entendre à Paris les leçons des professeurs les plus renommés de cette époque. Il était dans l'avenir de ce jeune étranger de créer une science nouvelle, de jeter un éclat sans égal dans l'une des chaires de l'École de médecine de Paris, de diriger l'administration de cette école, d'enrichir ses collections anatomiques et de la doter de cliniques nouvelles, d'organiser une partie de l'enseignement médical en France, de prendre part aux graves délibérations de l'administration de l'assistance publique à Paris, de siéger dans le conseil supérieur de l'Université, de fonder une société secourable pour les médecins tombés dans la détresse, ou pour les familles de ces médecins, de servir encore l'humanité et la science en instituant de son vivant des legs d'une singulière munificence. Il lui était réservé de connaître tout ce que les honneurs dignement conquis, les louanges méritées ont de plus enivrant; mais il lui était réservé aussi de boire à cette coupe amère que l'adversité tient souvent en réserve à côté des heureux du jour.

Ce jeune homme, c'était Orfila; il était issu d'une famille d'honnêtes commerçants établis depuis le XIVe siècle aux îles Baléares. Son père, qui ne manquait pas d'aisance, habitait Mahon (île Minorque). C'est là que le futur doyen de la Faculté de médecine de Paris avait vu le jour le 20 avril 1787.

Les événements de sa jeunesse offrent du piquant et de l'intérêt. Lui-même, il nous les raconte, car il a écrit sa vie tout entière, et n'a déposé la plume du biographe que pour se coucher dans la tombe. Dans cet intéressant manuscrit qui n'est pas destiné à l'impression, il insiste sur les souvenirs de sa jeunesse et de son enfance. Ainsi ont fait presque tous ceux qui ont écrit leurs mémoires. Ces souvenirs ont pour tout le monde un charme irrésistible. Pendant qu'elle les retrace dans sa prison, madame Roland oublie que l'échafaud est là qui l'attend; et, pour citer un exemple moins tragique et plus familier, n'avons-nous pas vu sur ses vieux ans notre spirituel collègue Desgenettes consacrer un reste de vie au récit de quelques espiègleries d'enfance, tandis que nous attendions qu'il voulût bien nous parler dans ses mémoires du général Bonaparte et de l'armée d'Égypte, de Napoléon et de la grande armée. J'ai dû révéler l'existence du manuscrit d'Orfila, si habilement mis à profit par l'un de ses bio-

graphes. Je ne puis contester à l'honorable secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine le double avantage de la priorité et du talent, mais j'ai dû éviter pour moi jusqu'à l'apparence du plagiat. Je serai sobre sur les anecdotes, messieurs ; une vie si remplie, des conquêtes scientifiques si multipliées, si précieuses pour la société, exigent de ma part un travail sérieux. Puisse-t-il n'être pas indigne de la mémoire d'Orfila !

Au XVIIIe siècle, dans un petit pays arriéré, dont les habitants n'imaginaient pas qu'il y eût de carrières plus brillantes que celles de l'église ou du commerce maritime, les moyens d'instruction étaient singulièrement bornés. Pas de colléges ; pas de pensions. L'éducation particulière pouvait seule suppléer à l'absence d'établissements universitaires. Le jeune Orfila fut mis entre les mains d'un cordelier, excellent homme et grammairien passable. On se plaignait naguère du luxe accablant des programmes d'études à l'usage de nos lycées ; on énerve, disait-on, l'intelligence des enfants par le nombre excessif et la variété des notions dont on la surcharge. Le père François n'eût point mérité ce reproche : il ne parla à son élève ni de géographie, ni d'histoire, ni de cosmographie, ni de mathématiques, ni de grec. Il lui enseigna le latin ; mais il le poussa assez loin pour qu'il pût argumenter couramment en cette langue avec quelques condisciples confiés, comme lui, aux soins du père François. Malheureusement, le maître voulut ajouter au latin la philosophie et former son élève à la dispute. Si quelque chose eût pu fausser l'esprit si droit de celui-ci, c'était incontestablement la nouvelle direction qu'on donnait à ses études. Au jour fixé pour la soutenance de sa thèse, il avait alors quatorze ans, la foule remplissait la grande église du couvent de Saint-François : là, des prêtres et des moines vinrent argumenter le candidat pendant trois heures. La discussion portait sur des propositions comme celle-ci : *Impossibile est, simul idem esse et non esse !* Son succès dans la lutte et les applaudissements de la foule ne purent lui faire prendre le change sur le néant de ce genre d'escrime. « Je ne sais rien, disait-il » tristement à son père, et je m'aperçois qu'on me fait faire fausse route. » Déjà il pressentait qu'il y avait un autre monde, celui des faits et des lois qui les régissent, et il avait hâte d'y mettre le pied.

Son éducation première ne s'était pourtant pas bornée, dans son île natale, au latin et à la scolastique. Avide d'apprendre, il n'avait laissé échapper aucune occasion d'ajouter à ce qu'il savait déjà. Un abbé languedocien, que la révolution avait jeté hors de France, lui avait enseigné le français. Bientôt après un prêtre irlandais, le révérend père John, l'avait initié à la langue anglaise. Et, comme il avait emprunté de chacun de ses maîtres, en même temps que leur langue, leur accent, on l'eût pu prendre alors, pour un Languedocien à Paris, et pour un Irlandais à Londres.

Ce n'est pas tout : il a compris l'importance des mathématiques, dont pourtant il n'a pas la moindre notion. Il entreprend de les étudier ; il achète des livres. Il se met à l'œuvre, et s'il ne va pas, du premier coup, aussi loin que Pascal qui, au dire de sa sœur, devina en se jouant trente-deux propositions d'Euclide, il posséda bientôt, grâce aux conseils d'un mathématicien dont il avait fait la découverte dans son île, l'arithmétique jusqu'aux logarithmes, l'algèbre jusqu'aux équations du premier degré, et la géométrie dans ses éléments. Pour apprendre plus vite et mieux, il s'avisa d'enseigner, ce qui était un excellent moyen. Deux petits garçons, qu'il avait recrutés, composèrent son auditoire ; il leur donnait les explications qu'il venait de recevoir.

Un événement singulier menaça de fermer pour toujours, à notre jeune professeur, la carrière de l'enseignement. Un soir que son père lui avait infligé une correction peut-être trop sévère, il se coucha et s'endormit en pleurant. Le lendemain, ceux qui ont entendu les leçons d'Orfila le croiront à peine, il se réveilla bègue. Un médecin, ami de la famille, conseilla de l'envoyer chanter au lutrin pour le guérir. Ne rions pas trop du remède. Le bon docteur Siguier n'ignorait probablement pas l'influence du rhythme sur le courant nerveux qui régit la partie mécanique de la parole. Cela valait mieux que de couper les muscles génio-glosses du jeune bègue. La recette eut un plein succès, et Orfila put continuer des études qui allaient devenir bientôt plus méthodiques, plus fortes et plus variées.

En effet, des circonstances mystérieuses, et sur lesquelles on se perdait en conjectures, avaient amené à Minorque un homme d'origine allemande, solidement instruit, parfaitement élevé, de manières distinguées, d'un caractère doux et aimable, grand musicien, pianiste excellent, parlant, outre sa langue, l'anglais, le français, l'italien, l'espagnol, et suffisamment versé dans les mathématiques, la physique, l'histoire naturelle et la logique !... Une perle jetée sur ce rocher aride... M. Coot, c'est le nom de cet étranger, et Orfila, ne pouvaient manquer de s'y rencontrer, et même de se comprendre malgré la différence d'âges. Vous devinez que le premier devint le maître du second.

Le moment était venu de faire choix d'une profession. Grand sujet de perplexité dans les familles. Les conseils que, dans cette conjoncture, le jeune Orfila recevait sous le toit paternel, n'avaient certainement pas été puisés dans le livre si populaire de Daniel Foë. Ici le père prédit à son fils aventureux tous les malheurs qui attendent le navigateur, le père d'Orfila, au contraire, faisait à notre futur collègue le plus riant, le plus séduisant tableau de la vie du marin. Orfila consentit à en faire l'essai, mais sa première campagne l'en dégoûta à jamais. Il n'avait échappé à une terrible tempête que pour tomber entre les mains de pirates qui parlaient à tout propos, de *tagliar testa* (couper la tête) aux gens de l'équipage, ou de les faire asseoir sur un pieu bien effilé ! Libre enfin, et de retour à Mahon, il se prononça pour la carrière de la médecine. Il fut, en conséquence, envoyé à Valence. C'était en 1804 ; il avait alors dix-sept ans et demi.

L'absence de programme dans les établissements d'instruction supérieure peut avoir des inconvénients sérieux, puisque l'enseignement n'a de garanties ni contre le dévergondage d'esprit d'un professeur, si cela pouvait se rencontrer? ni contre la fatuité d'un novateur qui voudrait persuader à ses élèves qu'il n'y a de vrai, d'acceptable dans la science que ce qu'il y a mis. Mais il est un autre écueil : c'est de renfermer les matières de l'enseignement dans un cadre si étroit, qu'il n'y ait plus pour le professeur possibilité d'initiative ou de suivre même le mouvement de la science. Voilà précisément ce qui se passait à Valence. En chimie on suivait le livre de Macquer. Les élèves devaient l'apprendre par cœur. Et, comme on lit, dans ce livre, que l'*air* et l'*eau* sont des corps simples, le professeur, pour se conformer au règlement, affirmait la chose aux élèves bien qu'il fût intimement persuadé du contraire. Mais déjà les noms des Lavoisier, des Berthollet, des Fourcroy avaient franchi les limites de la France. Orfila s'était procuré leurs livres et avait cessé d'écouter les professeurs de l'Université de Valence. Cependant l'insuffisance de cette Université soulevait des réclamations nombreuses. On menaçait de la supprimer. Elle annonce une sorte de tournoi scientifique entre ses élèves et convie tous les savants d'Espagne à assister à cette lutte. Orfila s'y engage, il fait triompher, et cette Université qui ne lui avait rien enseigné et ce maître qui, dans l'expression naïve autant que modeste de son étonnement, disait à son élève : « *Mais qui donc vous a appris tout cela ?* » Qu'il me soit permis de transcrire un paragraphe du procès verbal de ce concours que nous pouvons qualifier de *mémorable*, eu égard au retentissement qu'il eut dans Valence et au delà. « Mathéo Orfila, » dans l'épreuve qu'il subit le soir et qui dura près de deux heures, fit » preuve de connaissances tellement vastes et approfondies en chimie » et en tout ce qui se rapporte à cette science ; il développa avec tant de » talents les trois sujets que le sort lui avait assignés en faisant des ap- » plications aux sciences et aux arts, en analysant les opinions anciennes » et modernes et en répondant promptement et sûrement à toutes les » difficultés qui lui furent proposées, qu'il paralysa ses concurrents et » que les juges, ainsi que toute l'assemblée, lui accordèrent le prix par acclamation. » Les juges allèrent plus loin, ils déclarèrent que le prix ne suffisait pas pour honorer le mérite de Mathéo Orfila, et que l'inscription suivante : MATHEO ORFILA VICTOR, serait conservée dans l'Université afin d'exciter une noble émulation parmi les jeunes étudiants.

La joie de ce triomphe fut singulièrement troublée le lendemain. Orfila fut invité à se rendre chez le grand inquisiteur. Qu'on juge de sa frayeur ? Lui était-il échappé dans le feu de l'argumentation quelque proposition hétérodoxe dont il aurait à rendre compte devant un tribunal redouté? Sa crainte diminua un peu quand il fut en présence du grand inquisiteur. Ce personnage ne ressemblait pas au muphti, qui, dans Micromégas, juge les œuvres scientifiques de l'habitant de Sirius. C'était, dit Orfila, un homme d'une taille avantageuse et imposante, aux traits nobles, à la physionomie bienveillante. « Vous avez eu, dit-il, à Orfila, un magnifique succès hier ; » j'y ai vivement applaudi. J'aime la jeunesse studieuse et je cherche à » l'encourager par tous les moyens dont je puis disposer. Qui êtes-vous ? » d'où venez-vous ? et qu'allez-vous faire? » Cet exorde acheva de rassurer Orfila qui répondit à ces questions avec toutes les marques imaginables de déférence et de respect. « Est-il vrai, ajouta le grand inquisiteur (ici je copie » le manuscrit d'Orfila), est-il vrai que dans la séance d'hier, lorsque » vous étiez argumenté, vous ayez laissé entrevoir, d'après les notions de » physique et de géologie que vous avez puisées dans les auteurs français, » que le monde est plus ancien qu'on ne l'a dit? dites-moi la vérité. » Il faut croire que les explications du jeune lauréat ne furent pas moins satisfaisantes que celles de Buffon à la Sorbonne, alors qu'elle le tourmentait sur sa théorie de la terre, car le grand inquisiteur édifié lui dit en le congédiant : « Jeune homme, poursuivez paisiblement vos études, honorez » l'Espagne, et n'oubliez pas qu'aujourd'hui, dans ce pays, l'inquisition » n'est ni aussi tracassière ni aussi barbare qu'on le suppose. » Les faits de ce genre sont rares dans les annales de l'inquisition, celui-ci méritait d'être recueilli.

La biographie des hommes dont le nom a eu quelque retentissement ne doit pas être simple objet de curiosité. Remontons aux causes de leurs succès, nous y puiserons d'utiles enseignements. La nature les avait richement dotés, sans doute, ces hommes privilégiés ; mais les efforts de leur volonté avaient ajouté aux dons de la nature. Je dirai bientôt, les

facultés heureuses et à certains égards exceptionnelles, qu'Orfila avait reçues en partage, son ardeur d'apprendre et cette opiniâtreté au travail qui, tout Valence le savait, lui avait fait outrepasser les préceptes de l'école de Salerne, à ce point qu'il donnait à peine trois heures par nuit au sommeil ; mon intention est de signaler ici une autre condition de l'avantage qu'il venait d'obtenir sur ses condisciples. Il possédait plusieurs langues vivantes et celle, en particulier, dont s'était servi l'illustre et infortuné Lavoisier, alors qu'il posait les bases de la chimie moderne. Voilà une des causes de son succès. Ce n'était, dira-t-on, qu'un moyen d'études, un instrument, soit ; mais c'est un moyen précieux, un instrument puissant et dont ne peuvent guère se passer ceux qui cultivent les sciences depuis que, au grand désespoir des travailleurs, le latin a cessé d'être la langue des savants. Nous devons applaudir, Messieurs, à la pensée qui a introduit l'enseignement des langues vivantes dans la section scientifique des lycées.

Orfila venait de réhabiliter l'Université de Valence, mais il savait qu'elle n'avait plus rien à lui apprendre. L'Université de Barcelone jouissait d'une certaine renommée. Il s'y rend, et pour la première fois il a la satisfaction de voir démontrer publiquement la chimie à *l'aide d'expériences*, l'anatomie *sur le cadavre* et la pathologie *au lit du malade*. Là aussi, il fut soumis à ces examens de fin d'année qu'il devait, plus tard, introduire dans notre Faculté. Il avait mis à profit pendant deux ans les moyens d'instruction que lui offrait l'Université de Barcelone lorsque la junte de commerce de cette ville le choisit pour aller, à titre de pensionnaire, étudier, à Madrid d'abord, puis à Paris, la chimie dans ses applications à l'industrie et aux arts. Il avait espéré recevoir à Madrid les leçons d'un chimiste que l'Anjou revendique comme une de ses gloires, le célèbre Proust ; mais celui-ci avait abandonné l'Espagne pour n'y plus revenir. Orfila demanda et obtint la permission de se rendre directement en France. Il entrait à Paris le 9 juillet 1807. Désormais il ne quittera plus la France ; celle-ci adoptera bientôt cet enfant de l'Espagne. Que de séductions n'offrait-elle pas à un jeune homme avide de s'instruire ? Vauquelin l'avait introduit dans son laboratoire. Fourcroy, dont la voix éloquente allait bientôt s'éteindre, mais rien alors ne faisait prévoir cet événement, Fourcroy avait confié à Orfila le soin de préparer pour lui quelques leçons de chimie organique. Le bon abbé Haüy ne dédaignait pas de l'aider particulièrement dans l'étude de la cristallographie. D'où lui était venue cette faveur si promptement acquise? C'est qu'à Paris comme à Valence Orfila s'était fait remarquer par son amour du travail et sa merveilleuse facilité ; c'est qu'une attraction secrète rapproche les hommes que la science a illustrés, des élèves auxquels la science réserve un avenir.

Cet avenir, il est écrit dans chacune des pages du manuscrit où Orfila nous rend compte de l'emploi de son temps pendant ses journées d'étudiant. Heureuse période de la vie où l'on cultive la science pour les charmes qu'elle offre et sans préoccupation de fortune ou d'honneurs !

Fidèle au système d'études qu'il avait inventé à Mahon, il prend encore une fois la résolution d'enseigner. Un riche propriétaire de la rue du Bac dont le fils était lié avec Orfila, mit à la disposition de celui-ci un petit laboratoire assez bien muni d'instruments de physique et de chimie. Ce fut là qu'il débuta. Un incident de peu d'importance au fond va nous montrer quelles étaient déjà et l'assurance du professeur et la curiosité qu'inspiraient ses débuts. Un jour, pendant sa leçon, deux personnes entrent dans la petite salle où était réuni son auditoire. Quel ne fut pas l'étonnement du jeune professeur en reconnaissant Fourcroy et Vauquelin. Tout le monde se lève en signe de respect ; Orfila s'interrompt ; puis, avec le plus grand sang-froid, il invite les deux nouveaux venus à s'asseoir et continue sa leçon avec le même calme, la même présence d'esprit que si son auditoire se fût recruté de deux élèves de première année.

Cette douce vie d'étudiant allait être cruellement interrompue. La guerre, une guerre qui devait être longue et cruelle, venait de s'allumer entre la France et l'Espagne. Murat bombardait Madrid par ordre de l'empereur; et, quelque temps après Dupont était battu à Beylen par le général Castanoz. Les relations du jeune Orfila avec sa famille et la junte de commerce de Barcelone étaient interrompues; la misère le menaçait, sa condition d'Espagnol le rendait suspect. Accompagné d'un de ses amis il va solliciter une carte de sûreté à la préfecture de police. On commence une sorte d'enquête, on multiplie les formalités, et on finit par les retenir prisonniers. L'affaire était sérieuse cette fois et ne paraissait pas devoir se dénouer aussi facilement que celle qui l'avait appelé chez le grand inquisiteur. Mais la vie studieuse d'Orfila lui avait ménagé un libérateur. Laissons parler le prisonnier. « Après une nuit d'insomnie, dit-il, on me prie » de passer dans le cabinet de M. Vera où je vais en tremblant croyant » qu'il s'agit de me faire subir un interrogatoire. Mais non ! je suis le plus » heureux des hommes, Vauquelin est là, en habit d'institut, l'épée au » côté et revêtu de tous ses insignes. *Je viens réclamer monsieur*, dit-il » à Véra, *il ne troublera jamais l'État, je l'emmène. Soit*, répondit le » chef du cabinet. Vauquelin me tend la main, je vole dans ses bras et il » me serre avec effusion contre son cœur. » Nous verrons encore une fois, messieurs, Vauquelin intervenir comme un génie bienfaisant dans une circonstance critique de la vie d'Orfila. Ai-je besoin de dire que la reconnaissance et l'amour de son élève n'ont jamais fait défaut à cet homme excellent ?

Devenu libre, Orfila reprit sa vie d'étudiant. Il reçut en 1811 le grade de docteur en médecine de la Faculté de Paris. Les sciences dites accessoires n'avaient pas seules été l'objet de son application, puisqu'il obtint à son examen de pathologie la note *extrêmement satisfait*.

Le voilà docteur ; mais il fallait vivre. La guerre avec l'Espagne continuait ; elle avait fait brèche à la fortune de la famille Orfila. Le père enjoignait à son fils de revenir à Mahon et lui faisait tenir une somme de 300 francs pour le voyage. Orfila refuse. Il renvoie l'argent, bien que sa bourse soit vide. C'était brûler ses vaisseaux ; mais il avait foi dans son étoile. Il trouvera des ressources dans l'enseignement. Il ouvre un premier cours chez un pharmacien de la rue Croix-des-Petits-Champs ; il va professer ensuite dans cette célèbre rue du Foin-Saint-Jacques, berceau de l'enseignement particulier. Il y donne des leçons de chimie, de médecine légale et même d'anatomie. C'est là, dans un modeste local, qu'il va jeter les fondements d'une science nouvelle, la *toxicologie*.

Désormais la justice ne restera plus désarmée, ou plutôt incertaine, hésitante devant le crime. Des réactions subtiles indiqueront les traces fugitives du poison versé par une main criminelle. D'ingénieux procédés en dévoileront l'existence, alors même qu'il aura été masqué par les aliments et les boissons ; ils le poursuivront dans les humeurs animales et au sein de nos tissus. Ils iront le saisir encore jusque dans ce détritus informe produit de la décomposition cadavérique. Désormais aussi plus d'un meurtrier reculera devant la perpétration d'un crime qu'il n'aurait plus l'espoir de dissimuler.

Messieurs, je l'affirme après un examen consciencieux du sujet, la *toxicologie* n'existait pas avant Orfila. Pas un des livres publiés avant lui ne donnait la moindre idée des procédés ingénieux et sûrs inventés par cet habile expérimentateur. On savait, il est vrai, reconnaître certains poisons, alors qu'ils étaient dissous dans l'eau distillée ; mais étaient-ils mélangés au vin, au lait, à la bile, au bouillon, on ne savait plus les retrouver. Le croira-t-on, on disait, on professait, on imprimait que les réactions restaient les mêmes, que les précipités étaient aussi purement colorés dans les boissons et les humeurs que dans l'eau distillée ! On n'avait pas pris la peine d'y regarder, tant est grande la disposition à jurer *in verba magistri !* Je ne sais si Orfila avait lu Bacon, mais je doute qu'aucun savant se soit plus fidèlement que lui conformé aux préceptes de l'illustre chancelier. L'habitude qu'il avait prise, de bonne heure, et qu'il conserva toute sa vie, de soumettre à l'expérimentation toute proposition scientifique, lui venait moins de ses lectures, je pense, que de la rectitude naturelle de son esprit, de son amour du positif. Les erreurs grossières de cette pseudo-science qu'on appelait *toxicologie* pouvaient-elles échapper au contrôle sévère auquel il allait les soumettre. Il nous raconte ce qui lui avait donné l'éveil de la réforme qu'il allait accomplir. C'était en 1813. Il venait de montrer à son auditoire les précipités que forme l'acide arsénieux avec divers réactifs. « Ces précipités se produiraient de même, dit-il, si l'acide arsénieux était mêlé à du vin, du café, du bouillon, et vous allez en avoir la preuve. Il avait sous la main une tasse de café à l'eau, il y introduit la dissolution d'acide arsénieux et verse successivement les réactifs dans des portions de ce liquide composé. O surprise ! l'eau de chaux, qui devait donner un précipité blanc, fait naître un nuage gris violacé : un précipité olive grisâtre prend la place de ce beau vert de Schèele que devait faire naître l'addition du sulfate de cuivre ammoniacal. L'embarras du jeune professeur était extrême. Il ajourne l'explication. De retour chez lui, il mélange toutes sortes de poisons avec des matières alimentaires, des boissons, des humeurs animales. Il les soumet à leurs réactifs ordinaires et constate que le résultat diffère à peu près constamment de celui qu'on obtient avec les dissolutions pures de ces toxiques. Cependant, les poisons existent dans ces mélanges puisqu'il les y a introduits. Il faut trouver les moyens de les démasquer. Ce sera l'objet d'une science nouvelle, il se propose de la fonder. Il court chez un libraire auquel il offre de vendre deux volumes qu'il va composer sur cette science qui n'existe pas encore. Le libraire, M. Crochard, accepta ce singulier marché et il n'eut pas à se repentir de l'avoir contracté. L'apparition de ce traité qui, enrichi sans cesse par les soins d'Orfila, est arrivé à la cinquième édition, fit une grande sensation. C'est bien de la toxicologie qu'on pourrait dire : *instauratio facienda est ab imis fundamentis*. L'histoire de chaque poison y est refaite ; disons mieux : elle y semble tracée pour la première fois, et sur cet ensemble de notions spéciales, l'auteur fonde la plus magnifique histoire générale de l'empoisonnement qui ait jamais été composée. Mais je croirais trahir la mémoire d'Orfila si je m'en tenais à cette vue sommaire de ses travaux sur l'empoisonnement. Abandonnons pour un moment l'ordre chronologique et montrons le grand toxicologiste.

Si Orfila sacrifie des milliers d'animaux à ses recherches, c'est après avoir constaté, prouvé la légitimité des inductions du chien à l'homme, soit qu'on étudie les symptômes de l'empoisonnement, les lésions cadavériques ou l'action des contre-poisons. Le chien, à la vérité, jouit d'un privilége dont il faut tenir compte : il vomit promptement et facilement, dès lors il n'est plus empoisonné ; mais la ligature de l'œsophage, dont Orfila a si bien apprécié les effets, rétablit la parité des conditions pendant un temps suffisant pour que le spectateur assiste à toute la scène de l'intoxication.

Jusqu'en 1839 on s'était borné dans la recherche des poisons à l'examen et l'analyse des matières expulsées de l'estomac et des intestins ou contenues encore dans le tube digestif. Orfila nous montre qu'on peut extraire le poison, du foie, du sang, des urines des cadavres alors qu'il n'y en a plus de traces dans les premières voies. C'est le plus grand pas qui ait été fait, en toxicologie, au point de vue médico-légal. Il avait consacré six années à la démonstration de cette importante découverte ; il faut s'y arrêter un instant.

On a dû se demander, de bonne heure, comment et par quelles filières se propage l'action toxique? comment appliqué sur un point limité du corps, ce poison va corrompre, partout, et avec une rapidité effrayante, les sources de la vie. On croyait au dernier siècle, et quelques médecins arriérés disent encore, que le poison exerce sur les extrémités des nerfs de la membrane avec laquelle il est mis en contact une impression qui se propage par ces nerfs jusqu'au centre nerveux dont les fonctions se trouvent tout à coup perverties ou anéanties. Haller, ce fidèle historien de la science, ne paraît pas même se douter qu'on puisse proposer une autre explication. Il dit, en parlant des nerfs de l'estomac : *Neque alia via ad mortem brevior est, venenis vehementer acribus in ventriculum receptis*. La physiologie moderne avait, depuis longtemps, fait justice de cette erreur lorsque Orfila publia le fait capital qui nous occupe. Elle avait montré que, hors le cas de corrosion locale, l'absorption du poison est la condition de son action toxique ; que c'est, en un mot, par le sang et non par les nerfs que son action meurtrière se propage au centre encéphalo-rachidien.

Mais cette vérité était demeurée stérile pour les expertises médico-légales jusqu'au moment où Orfila sut en faire des applications tout à la fois si brillantes et si utiles.

Les vérités, les découvertes s'enchaînent. Si le poison porté dans les viscères par l'absorption et la circulation n'en a pas été éliminé avant la mort, on pourra l'y retrouver encore longtemps après l'inhumation. Un crime a été commis, la terre couvre le cadavre de la victime ; les jours, les semaines, les mois s'écoulent ; le meurtrier calcule avec anxiété les progrès de la décomposition du corps : déjà il se rassure, la justice humaine ne l'atteindra pas ! Vaine espérance ! Il n'y a plus de prescription pour la démonstration du crime de l'empoisonnement. Ce témoin irrécusable, cet accusateur accablant, le *poison*, est là indécomposé au milieu des parties qui tombent en dissolution. Il est encore, et Orfila saura le retrouver dans ce terreau noirâtre, dernier vestige de l'être organisé qui va rendre ses éléments au sol.

Ils résistent aussi à la décomposition ces terribles alcaloïdes que le règne végétal élabore. C'est là sans doute une des conditions de leur action toxique. Si l'estomac pouvait digérer la strychnine et la brucine, la noix vomique ne serait pas vénéneuse, et l'opium perdrait ses propriétés si le suc gastrique pouvait attaquer les alcaloïdes qu'il renferme.

Pendant qu'il poursuivait ces recherches Orfila ouvrait à la toxicologie une autre voie non moins utile et tout aussi neuve. Ces poisons que l'absorption introduit dans la trame de nos organes la nature s'efforce de les porter au dehors lorsque la vie se prolonge. *L'élimination des poisons*, le temps qu'ils séjournent dans le corps, temps variable pour chacun d'eux, les routes spéciales par lesquelles ils sont expulsés, tel était avec ses inductions pour la médecine légale, le pronostic et la thérapeutique de l'empoisonnement, le sujet d'études sur lequel Orfila appelait l'attention de ses contemporains. Il appartenait à l'un des agrégés de cette Faculté, au neveu d'Orfila, à l'héritier de son nom dans la carrière médicale, de compléter et d'étendre sur ce point le travail de notre collègue. La dissertation inaugurale : *De l'élimination des poisons*, a trouvé dans la Faculté et au dehors toute la faveur qu'elle méritait.

Les problèmes de toxicologie sont sans nombre. L'ouverture juridique d'un cadavre vous a fait découvrir du poison. Faut-il en conclure, dans tous les cas qu'il y a eu empoisonnement? N'a-t-on pu, dans une intention criminelle et pour perdre un innocent, introduire ce poison dans le cadavre? Le corps de l'homme ne contient-il pas naturellement des métaux toxiques? L'eau qui filtre au travers du terrain des cimetières ne peut-elle conduire des poisons du sol jusque dans les cadavres qui s'y décomposent? Questions que la conscience d'un juré n'eût pu envisager sans terreur si les expériences d'Orfila n'en eussent donné la solution. S'il admet, par exemple, l'existence du cuivre et du plomb dans le corps de l'homme, il indique un moyen sûr de distinguer le métal normal de la préparation qui aurait causé un empoisonnement. Le premier il signale l'erreur commise par les chimistes qui avaient cru reconnaître la présence naturelle de l'arsenic dans le corps de l'homme, erreur qu'il avait partagée lui-même. Et, quant au composé arsenical que recèle le terrain de certains cimetières, ce composé est à l'*état insoluble* et ne peut pénétrer jusque dans les viscères d'un cadavre. Notions rassurantes et qui permettent à l'enquête de suivre son libre cours !

Créer l'histoire médico-légale de l'empoisonnement, cela pouvait suffire à la réputation d'un médecin. Orfila n'en devait pas rester là. Il trace d'une main sûre les règles à suivre dans l'administration des contre-poisons. Il dédaigne, et il a raison de le faire, les assertions de ces médecins prétendus vitalistes qui nient l'existence de cet ordre d'agents. *Les combinaisons chimiques*, disent-ils, *ne s'opèrent pas dans l'estomac comme dans un vase inerte*, et, sur ce lieu commun, ils se dispensent du souci de charger leur mémoire de ces détails de thérapeutique. Eh quoi ! un acide et un alcali, mis en présence dans l'estomac, ne céderont plus aux affinités puissantes qui les portent à se combiner? Quoi, la magnésie ne pourra émousser dans l'estomac l'action horriblement corrosive de l'acide sulfurique ! Le tannin du quinquina ne se combinera plus avec l'oxyde d'antimoine de l'émétique? L'albumine ne fera plus avec le sublimé un composé insoluble, si ce n'est dans un excès de cette albumine? Quoi, vous assistez à ces combinaisons et vous les niez ! Messieurs, non-seulement les affinités chimiques ordinaires peuvent détruire les poisons dans l'estomac, mais elles ont encore, dans des circonstances moins heureuses, le privilége de les y engendrer. L'amygdaline, l'émulsine, substances d'une innocuité parfaite, mises en contact dans un verre, donnent naissance au plus actif des poisons, l'acide cyanhydrique : introduites l'une après l'autre dans l'estomac d'un animal vivant, elles l'empoisonnent. La combinaison chimique s'est donc faite dans l'estomac comme dans un verre, comme *dans un vase inerte*. Orfila a conseillé le premier l'albumine comme contre-poison d'une foule de dissolutions métalliques, du sublimé corrosif en particulier. C'est en torturant un texte qu'on a voulu faire honneur à Gmelin de cette addition heureuse à la thérapeutique de l'empoisonnement. Orfila démontre que le charbon animal ne jouit pas de la vertu de neutraliser les poisons métalliques, et il nous met en garde contre la sécurité trompeuse qu'une croyance contraire pouvait faire naître. Il nous prémunit aussi contre le danger d'employer, à titre de contre-poisons, des composés toxiques par eux-mêmes, ou qui pourraient, combinés avec le poison qu'on veut détruire, engendrer dans l'estomac un nouveau poison. Il donne enfin l'appui de la chimie aux propositions judicieuses que dès l'an X avait formulées Renault; mais il ne se montre pas tellement épris des applications de cette science qu'il ne proclame bien haut qu'il faut avant tout, et alors même qu'on ne connaît pas encore la nature du poison, provoquer le vomissement par l'ingurgitation d'eau albumineuse. On ne peut rien dire de plus sage et de plus pratique.

Sur ce terrain de la thérapeutique, il eut à lutter contre les sectateurs de Giacomini. Mais nous ne pouvons prendre au sérieux des médecins qui pour asseoir, comme ils le disaient, sur les ruines de la toxicologie française, la doctrine de l'action hyposthénisante des poisons classés par Orfila parmi les *irritants*, proposaient de les combattre par les toniques, le vin et l'alcool. Un cheval empoisonné par l'acide arsénieux mourait un peu plus vite que si on lui eût épargné le contre-poison.

Jusqu'ici, messieurs, j'ai mis Orfila aux prises avec les problèmes généraux de la toxicologie. Je n'ose m'aventurer dans le récit de ses découvertes de détail ; il faudrait parler de tous les poisons. Il en est un pourtant, le plus célèbre de tous dans les fastes judiciaires, que je ne puis passer sous silence. Vous avez nommé l'arsenic. Ce poison a été pour notre collègue l'occasion du travail le plus complet qu'ait jamais enfanté la plume d'un toxicologiste. La malveillance, l'envie ont vainement essayé d'en contester les résultats : Orfila devait sortir triomphant de la lutte qu'elles avaient engagée avec lui. Abordons sans préambule le point capital de cette âcre polémique. L'appareil si ingénieux que Marsh avait fait connaître en 1836 offrait, dans sa simplicité primitive, de sérieux inconvénients. Divers chimistes, une commission de l'Institut, avaient travaillé à les faire disparaître, mais il en restait un qui, à lui seul, entravait l'opération. Le gaz qui doit s'échapper, emportant avec lui l'arsenic qu'il dépose sous forme d'anneau dans la continuité du tube, et sous forme de taches caractéristiques là où on le brûle à l'issue de l'appareil, soulevait une mousse épaisse qui bientôt interrompait son dégagement. Il fallait à tout prix détruire la matière animale d'où provenait la viscosité du liquide. Orfila conçoit et met à exécution l'idée de brûler cette matière animale par l'azotate de potasse qu'il remplaça plus tard, et suivant les cas, par l'acide azotique ou par le chlore. Dès lors, la viscosité a disparu, et le gaz qui se dégage avec autant de régularité que d'une simple dissolution du poison dans l'eau distillée, va trahir la présence d'un millionième d'acide arsénieux dans la liqueur. Il suffit même d'un demi-millionième pour obtenir des taches. Avec quel soin il fait connaître les précautions qui

doivent assurer le succès de l'analyse. Une flamme trop vive, en vaporisant le poison, avait fait manquer l'opération des premiers experts dans la célèbre affaire Laffarge. Il tient compte aussi et de la forme de la flamme et de la distance à laquelle on a placé la porcelaine sur laquelle doivent se déposer les taches. Quelles recherches délicates pour constater que les réactifs ne contiennent pas un atome d'arsenic ! Pas une difficulté qu'il n'ait levée, pas une objection sans réponse !

Mais, disaient ses adversaires, ces taches qui pour vous sont formées par de l'arsenic, il suffit de la carbonisation de matières organiques, de la présence de phosphites, d'une huile essentielle ou de charbon pour leur donner naissance. Objection bien grave, messieurs, puisqu'il s'agit de vie d'homme. Eh bien, savez-vous où l'on était allé chercher cette objection pour la porter devant l'Institut? Dans les mémoires mêmes d'Orfila, qui le premier avait décrit ces *taches organiques* sous le nom de *taches de crasse*, et avait indiqué, l'Institut le constate, des moyens sûrs de distinguer ces taches des taches arsenicales. Le temps me presse, j'abandonne ces débats. Les contemporains d'Orfila ont prononcé; ses successeurs s'efforcent de se former à sa pratique. C'est un témoignage non équivoque de l'excellence de ses procédés.

L'immense renommée qu'Orfila s'était acquise en toxicologie le faisait appeler, chaque jour, à éclairer les tribunaux et les jurés dans les affaires criminelles les plus épineuses. Sa présence était un événement, on se portait en foule à l'audience pour entendre sa déposition. Il entrait, tous les regards se fixaient sur lui ; il parlait, sa parole était recueillie dans un religieux silence. Il eût pu imposer son opinion par la simple autorité de son nom, il préférait la démontrer en rendant accessibles à tous les propositions scientifiques, les vérités expérimentales sur lesquelles elle reposait. La lumière se faisait. Le doute, le doute si pénible à l'âme d'un juré, faisait place à la conviction. Plus d'une fois on a vu le coupable, accablé comme si une intelligence surhumaine était venue révéler la vérité en sa présence, renoncer à son système de défense, et chercher, dans un aveu sincère, des chances d'atténuation à la peine qu'il avait encourue. Ce dénoûment pouvait flatter l'amour-propre d'Orfila : d'autres scènes allaient plus que celles-là à son cœur. Si le criminel redoutait sa présence aux débats, l'innocent devait l'appeler de tous ses vœux. On n'a pas oublié l'affaire portée devant le sénat de Chambéry : Trois inculpés condamnés à mort dans un premier jugement ; l'Europe attentive aux débats ; le sénat y procédant avec une prudente lenteur. Orfila est consulté : il démontre que les expériences sont fautives, les preuves de l'empoisonnement nulles, et qu'il n'est pas nécessaire d'invoquer l'action de l'acide prussique pour expliquer la mort rapide d'un homme dans le cerveau duquel on a trouvé un caillot de sang plus volumineux qu'un œuf!

Rétrogradons, et reprenons le fil des événements. Nous avons laissé notre jeune médecin livré encore à l'enseignement particulier, et devenant pour la première fois auteur. L'Angleterre, les États-Unis, l'Allemagne, l'Italie, eurent de suite des traductions de la *Toxicologie générale*. Hallé se l'était fait lire. Cet homme si érudit, si profondément instruit, si bon appréciateur du mérite, avait compris la portée, l'originalité de ce livre. Il en avait entretenu ses collègues de l'Académie des sciences, et, peu de temps après, Orfila prenait place parmi les membres correspondants de l'Institut.

A l'Athénée, ce nom rappelle de glorieux souvenirs, il fallait un successeur à M. Thenard qui, lui-même, avait remplacé Fourcroy ; Orfila fut désigné, et la faveur du public lui prouva qu'il n'était pas resté au-dessous de la tâche qu'avaient rendue si difficile ses deux illustres devanciers.

Cependant le gouvernement de Ferdinand VII apprenait qu'un jeune Espagnol jetait en France les fondements d'une renommée qui allait croissant tous les jours. Il envia peut-être à la France, et il tenta de lui ravir le savant qu'elle allait adopter. Un décret inséré dans la gazette officielle d'Espagne, et dont le texte fut reproduit dans les journaux français, appelait Orfila à la chaire de chimie que Proust avait occupée à Madrid. Mais le gouvernement français, à son tour, ne vit pas avec indifférence la perte que l'enseignement allait faire dans notre pays. Les ministres de Louis XVIII faisaient offrir à Orfila, en attendant qu'une chaire fût disponible, la place de médecin par quartier. Ces deux propositions étonnèrent Orfila, qui n'avait rien demandé, mais il était déjà habitué à des surprises de ce genre, car, avant que deux rois se le disputassent, la direction du Théâtre italien lui avait offert un engagement avec 25,000 francs d'appointements. Accepter eût été, peut-être, le chemin le plus court pour aller à la fortune, mais Orfila rêvait des triomphes plus durables, et d'une autre nature que ceux que peuvent procurer une voix de basse bien timbrée, mordante, agile, assouplie par l'exercice, un habile talent de chanteur en un mot, et une mimique à la fois spirituelle et expressive. Il avait donc refusé sans hésiter. Entre la France et l'Espagne, le choix était plus difficile : il aimait déjà la France, mais l'Espagne était son pays natal. Cette considération l'eût emporté peut-être si le premier ministre de Ferdinand n'eût refusé de réaliser une petite réforme universitaire que le génie organisateur avait déjà fait germer dans cette jeune tête. Orfila resta en France. Disons qu'il était tout à fait libre d'engagements avec l'Espagne. A la paix de 1814, un sentiment d'exquise délicatesse l'avait porté à mettre à la disposition de ses anciens protecteurs, ces trésors de la science qu'il avait déjà amassés dans notre pays, mais la junte, ruinée et disloquée, ne pouvait plus donner suite à ses projets.

Orfila avait déjà marqué sa place à la Faculté de médecine, lorsque Royer-Collard, qui ne l'avait jamais vu, lui fit dire par Marjolin : « On va » créer pour moi une chaire de maladies mentales, la mienne va devenir » vacante, c'est à l'auteur du *Traité des poisons* de recueillir mon héri» tage et de professer la médecine légale. Hâtez-vous de vous faire natu» raliser Français. » Peu de temps après l'école ouvrait ses portes à celui qui devait captiver, sans la fatiguer jamais, l'attention des générations d'élèves qui se sont succédé depuis 1817 jusqu'en 1853.

Les circonstances de sa nomination lui font trop d'honneur pour que je me résigne à les passer sous silence. Le jour de l'élection, Hallé, souffrant et bien près de la tombe, se fait transporter à l'École. Chacun s'étonne et s'apprête à féliciter l'illustre malade de l'amélioration survenue dans sa santé. « Ne vous y trompez pas, dit-il en prenant place, je ne suis pas » mieux, mais je n'ai pas voulu laisser échapper une occasion de rendre » service à la Faculté en venant voter pour M. Orfila. » Sur quoi le vénérable Boyer prenant la parole : « J'étais irrésolu, dit-il, je ne le suis plus, » je voterai aussi pour M. Orfila. »

Les envieux, et déjà Orfila avait mérité d'en rencontrer, se demandaient : si pour ce toxicologiste célèbre, la médecine légale ne serait pas réduite à l'histoire des poisons. Orfila débute : le vaste amphithéâtre de la Faculté ne peut suffire à la foule venue pour l'entendre. Il choisit pour sujet de ses premières leçons un point de médecine légale étranger à la toxicologie. Le lendemain les auditeurs étaient revenus à la leçon. Les jours suivants l'amphithéâtre était encore plein : il en fut de même pendant toutes les leçons du semestre et pendant les quatre années qu'il professa la médecine légale et pendant les vingt-neuf ans qu'il consacra à l'enseignement de la chimie médicale. On se demande le secret d'une telle fortune professorale. Ne le cherchez pas dans l'élégance prétentieuse et châtiée du langage, ni dans la pompe du discours. L'élève pourra venir, pendant quelques séances, pour entendre un professeur éloquent, mais il l'abandonnera s'il n'est qu'éloquent. Instruire, voilà tout le secret d'obtenir l'assiduité d'un auditoire. C'était le secret d'Orfila. Il visait à la clarté du langage et non à arrondir une période. Il savait à propos sacrifier les superfluités, les choses accessoires, pour développer les parties fondamentales d'une question. Il était méthodique, mais il ne tombait pas dans l'excès des divisions et subdivisions scolastiques. Pour chaque proposition, il donnait la démonstration expérimentale, lorsque cela était possible, car il savait qu'une expérience grave mieux un fait dans la mémoire qu'une simple description orale. Son élocution était facile, sa voix sonore pénétrait dans toutes les parties de l'amphithéâtre. Il s'animait, se passionnait parfois, sans jamais cesser de se posséder.

La mémoire, cette faculté si injustement dépréciée, si indispensable au professeur, n'était jamais en défaut chez Orfila. Vous ne l'avez pas oublié, Messieurs ; c'était chaque année, pour ses auditeurs, un nouveau sujet d'étonnement : on le voyait dans la leçon qui avait pour objet les équivalents chimiques, on le voyait, dis-je, le dos tourné à deux immenses tableaux entièrement couverts de chiffres, appeler tous ces nombres et leurs fractions, sans broncher, sans hésiter. Et, s'il arrivait parfois qu'il y eût défaut de concordance entre le tableau et l'appellation orale, c'était le copiste qui s'était trompé et non le professeur !

La science faisait de nouveaux progrès, et cependant Orfila voulait en présenter, chaque année, le tableau complet aux élèves, il portait à cinq quarts d'heure la durée de ces leçons et multipliait celles-ci vers la fin du semestre, au point d'en élever le nombre à quatre-vingts au lieu de soixante. Pardon, Messieurs, pour la simplicité de ces détails, mais ils peignent mieux le professeur que je ne pourrais le faire en un autre langage et ils avivent chez les élèves qui m'écoutent le sentiment de la perte immense qu'ils ont faite.

Orfila a professé successivement la médecine légale et la chimie. Il a écrit sur l'une et l'autre de ces sciences.

On se tromperait étrangement si l'on croyait qu'en *médecine légale*, la toxicologie seule a été l'objet des travaux originaux d'Orfila. Un traité en trois volumes et la publicité acquise à ses découvertes montrent avec quel soin il avait abordé toutes les parties de ce vaste sujet. Là, encore, il va substituer la méthode expérimentale aux stériles dissertations dans lesquelles s'étaient perdus les médecins légistes. Veut-il savoir si quelques signes locaux permettent de reconnaître qu'un individu trouvé pendu par le cou, l'a été de son vivant ou après sa mort, il pend des cadavres et dissèque les parties que le lien a pressées. Cette expérience lui apprendra encore si la suspension après la mort peut causer la turgescence des corps caverneux et la présence de spermatozoïdes dans l'urètre. Veut-il savoir si

l'eau s'introduit dans les voies aériennes quand le corps a été submergé après la mort et jusqu'où elle pénètre, il plonge des cadavres dans des liquides colorés.

La question d'identité des personnes a été pour Orfila l'occasion d'un travail qui ne pourra paraître futile qu'à ceux qui méconnaîtraient et l'importance du but et la délicatesse des moyens employés pour l'atteindre. Changer la couleur de ses sourcils et de ses cheveux est un stratagème fort usité. Pendant qu'il s'occupe des moyens de le dévoiler, Orfila devient si habile en cette matière qu'il peut, à l'instant même et sans le secours de la teinture, donner aux cheveux toutes les teintes imaginables, et quelle que soit leur couleur primitive. Sous sa main, la chevelure rouge prendra la teinte noire éclatante du jais; le brun deviendra blond et le chatain cendré. Est-il nécessaire de dire qu'il sait faire reparaître à l'instant la couleur naturelle? Des artistes qu'on devine eussent gardé pour eux la découverte; Orfila donne libéralement la recette à tout le monde, dans son *Traité de médecine légale*.

C'est d'ordinaire un sujet très émouvant, dans les cours d'assises, que la détermination des taches que portent les instruments qu'on soupçonne avoir été employés à la perpétration du crime. Est-ce du sang qui colore ce couteau? n'est-ce que de la rouille, ou encore le produit de l'action d'un fruit acide sur le fer? L'imagination des romanciers et des antiquaires s'est complue dans la croyance à une sorte de pérennité, d'indestructibilité des taches de sang. Walter Scott montre encore dans le palais d'Holy-Rood le sang de cet infortuné musicien qui fut poignardé sous les yeux de Marie Stuart. Sans doute la matière colorante du sang résiste longtemps à la décomposition. Vauquelin nous l'a appris. Mais il suffit de la traiter par l'eau pour la dissoudre et l'enlever. C'est sur cette propriété de l'eau, c'est en soumettant à de délicates investigations ce qu'elle enlève et ce qu'elle laisse qu'on peut résoudre le problème si souvent posé par les tribunaux. Nous devons ces précieuses notions à Orfila. Ses leçons sur ce sujet avaient précédé de deux ans l'excellente publication de M. Lassaigne.

Entre le moment où le corps enveloppé du linceul va être déposé dans la tombe, et celui où redevenu poussière il s'est agrégé au sol qui l'a reçu, que de modifications successives, que de métamorphoses dans ce cadavre: l'imagination la plus riche ne saurait les prévoir, et elle égarerait infailliblement celui qui aurait la prétention de les décrire. Cependant, l'expert doit les connaître, car la détermination approximative au moins de l'époque d'un décès est souvent la base d'une enquête médico-légale. Le traité des *inhumations juridiques* a constitué ce point de la science. Orfila y décrit l'état extérieur et intérieur de corps qu'il a fait exhumer à des époques de plus en plus éloignées du décès, depuis les premières semaines, jusqu'à deux et trois ans. Des figures tracées d'après nature nous font assister à cette destruction successive d'un être organisé. Rien de plus pittoresque et de plus mélancolique à la fois que cette galerie de portraits. Mais des cadavres ont pu séjourner et pourrir dans d'autres milieux. Orfila étudie les changements qu'ils subissent dans l'eau renouvelée, l'eau croupissante, le fumier, les fosses d'aisance. Que de courage, que de patience! que de dégoûts à surmonter! Jamais, que je sache, un tel travail n'avait été entrepris; et il est permis de douter que son auteur ait beaucoup d'imitateurs.

L'événement qui avait fait passer Orfila de la chaire de médecine légale à la chaire de chimie était déplorable. Une ordonnance royale venait de casser la Faculté. Il entrait dans le plan de ceux qui présidaient à sa réorganisation de supprimer la chaire d'histoire de la médecine, de rendre à Royer-Collard l'enseignement de la médecine légale, et de mettre Orfila à la place de Vauquelin, qui restait exclu ainsi qu'Antoine Dubois, de Jussieu, Deyeux, Pelletan, Lallement et Desgenettes. Prévenu de ce qui se passe, Orfila court chez son bienfaiteur, et lui révèle ce qui se complote contre lui. « *Ce n'est pas possible*, dit Vauquelin, *ils n'oseront pas*. » C'était la première fois peut-être que Vauquelin laissait échapper une expression trahissant, même indirectement, la conscience qu'il devait avoir de sa valeur. « *Ils oseront*, dit Orfila. » « En ce cas, reprit Vauquelin, professez la chimie, je l'exige; le refus que vous feriez de cette permutation ne me rendrait pas ma place et priverait les élèves de l'excellent enseignement que vos précédents leur assurent. » J'ai dit comment Orfila avait justifié le jugement de Vauquelin.

Orfila parle avec une modestie extrême de son traité de chimie: « Mes *Éléments de chimie* n'ont d'autre mérite, dit-il, que celui de la coordination des faits. » D'autres qu'Orfila n'eussent pas fait si bon marché du succès d'un livre parvenu à sa huitième édition, et dans lequel l'art de manier les réactifs est exposé avec une certaine originalité. Mais l'auteur de la *Toxicologie générale*, de la *Médecine légale* et des *Exhumations juridiques* était assez riche de gloire: il pouvait négliger des titres qui eussent suffi pour placer honorablement dans le monde savant des hommes moins éminents que lui.

Dans le récit de cette vie si remplie, il faut se résigner à négliger de nombreux détails. Rappelons cependant que, nommé président des jurys médicaux, il sut, de concert avec son ami Béclard, qui en même temps que lui, avait été investi de cette haute mission, rendre à une institution gangrenée les garanties de sévérité et d'intégrité qu'elle avait perdues depuis longtemps.

Désormais, messieurs, Orfila va nous apparaître sous un nouveau jour. Son mérite va appeler sur lui les honneurs, et avec eux, mais dans un avenir encore lointain, les soucis cuisants qui en sont trop souvent le cortége.

Il avait pu désirer le décanat, mais à coup sûr il ne l'avait pas demandé. L'histoire de sa promotion n'offre pas moins d'intérêt que celle de son élection au professorat. La révolution de 1830 avait rendu à la Faculté les professeurs frappés par l'ordonnance de 1822. Le célèbre Antoine Dubois, récemment élevé au décanat, mais peu désireux de le conserver, pria Orfila de l'accompagner au ministère pour y traiter, disait-il, d'une affaire administrative. A peine ils sont entrés dans le cabinet du ministre, que M. Dubois s'exprime en ces termes: « Monsieur le ministre, je suis âgé, peu jaloux de conserver des fonctions administratives; je viens vous prier d'accepter ma démission de doyen. Permettez-moi de vous présenter M. Orfila, pour qui je demande la place vacante. » Le lendemain, la nomination de M. Orfila était signée.

Voilà une nouvelle phase dans la vie de notre collègue. Il va devenir administrateur. Il restera toxicologiste habile, car il a travaillé jusqu'à son dernier jour au perfectionnement de la science qu'il avait créée. Les soins du décanat ne compromettront point non plus la régularité de son enseignement, car avant tout il est professeur; rien ne peut compenser dans son cœur le prix qu'il attache à la reconnaissance des élèves; et s'il veut imposer à ses collègues l'exactitude dans l'accomplissement de leurs devoirs, il sait qu'il doit leur en donner l'exemple. Son activité suffira à tout; les cours seront faits désormais avec régularité; les examens deviendront sérieux; les élèves prendront régulièrement leurs inscriptions. Il fallait, pour arriver à ces fins, de la fermeté sans rudesse, de la bienveillance qui ne dégénérât pas en laisser-aller. Rarement trouve-t-on ces deux qualités réunies dans une juste mesure; Orfila savait les concilier.

Tandis qu'il travaille à raffermir la discipline, il opère un renouvellement complet dans le matériel de l'École.

A la place de ce bâtiment mesquin, hideux, désigné sous le nom de *Clinique* sur les affiches des cours et qui n'en avait que le nom, va s'élever une construction élégante, régulière, spacieuse, où seront installées deux véritables cliniques, l'une de chirurgie, l'autre d'accouchements. Celle-ci manquait à la Faculté.

Des salles de dissection nouvelles ont remplacé ces réduits fétides et insalubres, où les plus laborieux de nos élèves compromettaient leur santé.

Ce magnifique jardin botanique où, chose rare dans les établissements de ce genre, l'élève studieux trouve la plante à côté de l'étiquette qui la désigne, c'est à Orfila que nous le devons.

La libéralité de Dupuytren avait fait les frais d'une chaire d'anatomie pathologique. Orfila eut le talent de faire instituer une chaire, et de créer un musée d'anatomie pathologique avec la somme léguée par le célèbre chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Celui-ci est mort sans se douter qu'un jour les étrangers viendraient admirer à Paris un *musée* portant le nom de *Dupuytren*.

Le doyen n'avait pas encore mis la dernière main à cette grande et utile entreprise, que déjà il en méditait, il en réalisait une plus considérable encore. Il avait visité à l'étranger plusieurs galeries anatomiques, le musée de Hunter l'avait particulièrement frappé. Au sentiment d'humiliation et de découragement que fit naître chez lui la pauvreté relative de nos galeries d'anatomie normale succéda un ardent désir, puis la ferme volonté, de rivaliser avec l'Angleterre, de la surpasser peut-être. Il revient à Paris. Le ministre accorde à ses pressantes sollicitations les allocations nécessaires pour l'arrangement du local. Les travaux commencent. Jamais métamorphose plus complète ne fut plus promptement opérée: tout marchait de front. Les nouvelles galeries n'étaient pas terminées que déjà affluaient de toutes parts les richesses anatomiques qui devaient y être rangées. Orfila avait fait appel à nos aides d'anatomie, nos prosecteurs, nos conservateurs, à tout ce qui sait manier un scalpel, pousser une injection, disposer une pièce au foyer du microscope. Il s'était mis en relation avec les plus célèbres anatomistes de l'Europe, *Eschricht*, de Copenhague, *Panizza*, de Pavie, *Hirtl*, de Vienne; celui-ci était alors à Prague; *Erdl*, de Munich, *Richard Owen*, de Londres, etc. Une réponse d'Hirtl à la demande qu'Orfila lui avait faite de deux cadres où vous pouvez étudier aujourd'hui, messieurs, d'excellentes préparations de l'oreille, prouve que notre musée ne jouissait pas alors d'une bien grande réputation près des anatomistes d'Allemagne. « Comment, dit-il, vous voulez » que je vous envoie cette pièce, la seule qui existe en Europe, pour que » vous la placiez dans un mauvais coin d'un musée qui sera peut-être » aussi mal tenu que celui du jardin du roi. » Le sarcasme était décoché

sans doute contre la galerie d'anatomie comparée du musée d'histoire naturelle; mais il ne pouvait atteindre les riches collections zoologiques de cet établissement. Orfila avait aussi frappé à cette porte. M. Geoffroy Saint-Hilaire lui avait prêté le plus obligeant concours. Le professeur d'anatomie comparée y avait mis moins de bonne volonté; il s'était refusé d'abord à tout échange de pièces. Plus tard, il avait envoyé quelques échantillons de rebut, parmi lesquels figurait un kanguroo portant un sternum de chien. L'honorable professeur avait pensé sans doute que cela passerait inaperçu à la Faculté de médecine de Paris. Ce trait eût pu prendre place dans la piquante et spirituelle notice de M. Flourens, sur son collègue du jardin du roi. Revenons à notre musée. Ce fut un véritable tour de force que sa création. En cinq mois, tout fut fini. 16,000 pièces étaient rangées dans les nouvelles galeries. En cette circonstance, comme en beaucoup d'autres, la Faculté exprima par un vote qu'elle était reconnaissante des efforts du doyen. Le ministre qui les avait généreusement encouragés, M. de Salvandy, voulut les récompenser ensuite en donnant au musée anatomique de la Faculté le nom de l'administrateur habile qui lui avait fait subir une si heureuse transformation.

Avec l'instinct des grandes choses on peut n'être qu'un rêveur si l'on n'a reçu en même temps les qualités qui président à l'exécution. Les hommes à projets ne sont pas rares. Combien y en a-t-il qui sachent les réaliser? La sagesse la plus vulgaire conseille de n'entreprendre que ce qui est possible. Mais la détermination du *possible* et de l'*impossible* est l'œuvre de facultés supérieures et spéciales : Orfila les possédait à un degré éminent. Il eût pu dire avec un courtisan célèbre, *si la chose est possible elle est faite*, mais il n'eût point ajouté, *si elle est impossible elle se fera*. Il a su mener à bonne fin des entreprises difficiles, il n'en a jamais tenté d'irréalisables. Il abordait l'examen des questions de ce genre avec un rare bon sens, un jugement sûr, une sagacité pénétrante, une connaissance approfondie des hommes et des choses, l'intelligence du but et des moyens, une vue nette de l'ensemble et des détails. L'entreprise une fois décidée il apportait à la mise en œuvre des qualités d'un autre ordre et qui constituaient comme le pouvoir exécutif de sa nature morale. Le caractère intervenait concurremment avec les ressources de l'esprit : une volonté ferme, une persévérance que rien ne pouvait rebuter, une activité que peu d'hommes ont égalée, un talent égal à tourner les obstacles sans le secours de l'astuce ou à les enlever de haute lutte : le tout aiguillonné par un vif amour de l'approbation, ce stimulus du génie, ce sentiment élevé devant lequel il faut s'incliner quand il cherche sa satisfaction dans des œuvres utiles à l'humanité.

On s'est étonné qu'Orfila ait trouvé assez de temps pour tout ce qu'il a fait, mais le temps ne fait pas défaut à qui sait en régler l'emploi. Ce ne serait pas une exagération de dire qu'Orfila arrêtait, un semestre à l'avance, le programme de ses occupations pour chaque heure du jour et pour chaque jour de la semaine. Ses amis savaient toujours où le trouver. Il suffisait pour s'orienter de tirer sa montre et de tenir compte de l'époque de la semaine. Il était d'une ponctualité exemplaire, ce pouvait être, à lui aussi, *sa politesse*, mais cela découlait encore d'un sentiment profondément gravé dans sa conscience, j'aurais dû dire d'une vertu, le *sentiment du devoir*.

Suivons rapidement Orfila dans le conseil des hôpitaux où il avait été appelé pendant son décanat, et à l'Académie de médecine à laquelle il appartenait depuis sa fondation.

Dans le conseil des hôpitaux il donnait tous les jours de nouvelles preuves de ce tact exquis, de cette entente des affaires, de ce sens pratique qui formaient le caractère de son administration. L'existence des cliniques, la question des autopsies, les prétentions parfois exagérées des médecins d'hôpitaux, la résistance systématique de l'administration de l'assistance publique devenaient parfois l'occasion de conflits entre le Conseil et la Faculté. La position d'Orfila devenait difficile alors, car s'il était le représentant naturel du corps médical, il ne pouvait cependant déserter les intérêts de dignité, j'ai presque dit les prérogatives d'une administration qui l'avait appelé dans son sein et qui parlait au nom de la charité publique. Le doyen apportait dans ces débats un esprit de conciliation qui n'excluait pas de vigoureuses décisions. On le vit, dans une grave circonstance, envoyer sa démission au ministre de l'intérieur qui refusa de l'accepter. Les termes de ce refus font le plus grand honneur au démissionnaire et au ministre qui conservait à l'administration des hôpitaux le concours éclairé qu'elle était menacée de perdre.

A l'Académie de médecine on n'a pas perdu le souvenir des luttes dans lesquelles Orfila se trouva engagé, ni de la sagesse de ses conseils dans les délibérations plus calmes. Peu de temps avant sa mort, son argumentation précise, nerveuse, méthodique, nourrie de faits, jetait à flots la lumière et fixait l'opinion de l'assemblée sur une des plus hautes questions que l'Académie ait eues à résoudre. Élevé en 1851, au fauteuil de la présidence, il y apporta cet art suprême et délicat de diriger les délibérations d'une grande assemblée.

Ce fut pendant son décanat qu'il conçut et mit à exécution le projet de fonder, pour les médecins du département de la Seine, une Société de prévoyance. Pensée charitable et généreuse; nouvelle forme de cette sollicitude active avec laquelle il embrassait les intérêts du corps médical! c'était son œuvre de prédilection, j'ai presque dit son *œuvre sainte*. Son appel fut entendu, la Société érigée par ses soins en établissement d'utilité publique, soulage aujourd'hui de nombreuses et timides infortunes.

Enfin Orfila avait gravi l'échelon le plus élevé dans la hiérarchie universitaire, le roi l'avait appelé à prendre dans le conseil supérieur de l'instruction publique la place que Cuvier avait laissée vacante. Ce fut alors qu'il organisa les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et qu'il introduisit dans l'enseignement des Facultés, les réformes intelligentes qui devaient rehausser la valeur du diplôme de docteur en médecine. On ne le vit point user de sa haute influence au profit exclusif de l'école à laquelle il appartenait. Il dota de chaires nouvelles les Facultés de Montpellier et de Strasbourg.

Il releva dans les trois Facultés l'institution des agrégés.

Trois hommes éminents qui sous le règne de Louis-Philippe ont gouverné l'instruction publique avaient accepté et fait mettre à exécution les plans d'améliorations matérielles et de réforme des études proposés par le doyen. Impatient de commencer ce qu'il avait projeté, de terminer ce qui était en voie d'exécution, Orfila devançait parfois les allocations extraordinaires, les crédits additionnels qu'allaient rendre nécessaires ses grandes entreprises. Avant tout, il voulait que les élèves fussent promptement mis en possession des avantages qu'il leur ménageait. Une administration bienveillante avait constamment fait honneur aux engagements du doyen qui possédait et méritait sa confiance. Sous un gouvernement nouveau les choses allaient suivre un autre cours, mais nous n'en sommes pas encore là.

Nous avons essayé, messieurs, de montrer en Orfila l'homme public, nous allons le suivre dans le monde et pénétrer dans l'intimité de sa vie privée. Quelques philosophes, au siècle dernier, ont fait une large part au hasard, dans les grands événements historiques et les destinées individuelles. Ils n'ont pas assez tenu compte, pour celles-ci, de l'inégalité native des facultés. Orfila en possédait une qui devait exercer une remarquable influence sur sa vie d'intérieur, aussi bien que sur sa position dans le monde. Il avait le *sens musical* développé à un haut degré. Faut-il faire remonter jusqu'à l'époque où, pour suivre les prescriptions du docteur Siguier, Orfila chantait au lutrin, la révélation qu'il eut de son goût pour la musique? son manuscrit nous y autoriserait. Nous y lisons que les chants religieux l'avaient déjà vivement impressionné. Mais il devait se passionner plus tard pour des compositions d'un autre genre. Il était à Barcelone depuis quelque temps, lorsqu'on le conduisit à une représentation de la *Molinara*. L'exécution de ce chef-d'œuvre de Paesiello le jeta dans une sorte d'extase. Au sortir du spectacle il veut reproduire ces traits brillants, ces roulades qui l'ont émerveillé, et dont il n'avait pas eu jusque-là la moindre idée. Vaine tentative! sa voix est lourde encore : le plain chant n'avait certainement pas contribué à la rendre agile. Cependant il persiste dans ses tentatives. Dès le lendemain au matin, ce jour-là il n'alla point à l'hôpital, il avait gravi le mont Juich pour s'y exercer sans témoins. A dix heures il rentrait à Barcelone, tenant, comme il nous le dit, sa roulade, joyeux de cette sorte de conquête, et persuadé que l'homme tenace *peut* à peu près tout ce qu'il *veut*. Or, il *voulut*, à partir de ce moment, devenir musicien. Il se livra à cette nouvelle étude comme à toutes les autres, avec passion! Que serait l'homme sans les passions? Il se procure un piano, une flûte, un violon, une guitare. Il s'exerce sur tous ces instruments à la fois; puis, plus particulièrement sur la guitare, et il s'arrête enfin au plus expressif des instruments, la voix humaine. La sienne, nous le savons déjà, méritait bien la culture qu'il lui donna.

Les amis que, jeune encore, Orfila s'était faits à Paris connaissaient et son goût pour la musique et son talent. L'un d'eux, c'était Edwards aîné, l'auteur du livre de l'*Influence des agents physiques sur la vie*, proposa à Orfila de le présenter dans une maison où il pourrait entendre une jeune personne grande musicienne et chantant admirablement. Orfila accepte; il est introduit chez M. Lesueur, architecte distingué, devenu depuis membre de l'Institut. Sa fille justifiait bien l'éloge qu'en avait fait Edwards. Laissons à Orfila lui-même le soin d'apprécier cette jeune personne : « Mademoiselle Gabrielle Lesueur était, dit-il, une chanteuse distinguée et une excellente pianiste, quoique âgée seulement de dix-huit ans. Sa voix de soprano, d'un timbre délicieux et d'une justesse irréprochable, était, à juste titre, comparée à celle de la célèbre Barilli. Un jugement droit, un caractère aimable, un esprit des plus délicats, un physique agréable, en avaient fait à mes yeux un être accompli. » C'était là, dira-t-on, le langage d'un amant. Soit; mais il en différait pourtant en un point essentiel : c'est qu'il était exempt d'exagération. L'élite de la société parisienne a confirmé l'appréciation qu'Orfila avait faite des qualités de la jeune fille qui allait devenir la compagne de sa vie. M. et madame

Orfila furent bientôt recherchés dans le monde avec un empressement qu'expliquaient et leur talent et leurs manières. Deux salons étaient célèbres à cette époque : celui de la princesse de Vaudemont, cette grande dame qui avait favorisé l'évasion de Lavalette et qui s'était éprise pour les jeunes époux d'une affection qu'elle leur conserva jusqu'au terme de sa vie, et le salon de la comtesse de Rumford, veuve de Lavoisier. Orfila y rencontrait les plus illustres représentants de la politique, de la science, des lettres et des arts. Les relations qu'il contracta avec plusieurs de ces personnages aplanirent singulièrement dans la suite les difficultés de sa vie administrative. Il me disait parfois : « J'ai obtenu plus de décisions avantageuses pour la Faculté, j'ai mené à bonne fin plus d'entreprises relatives aux études, dans les salons que dans les bureaux des administrations. » Cet aveu scandalisera peut-être ces hommes qui cherchent dans un maintien austère et l'ennui qu'ils infligent une sorte d'appoint à une réputation d'administrateur ou de savant; mais les succès dans le monde ne pouvaient être compromettants pour celui que tant de travaux sérieux et utiles recommandaient à l'estime des véritables savants et à la reconnaissance publique.

Avec la célébrité, l'aisance était venue; M. Orfila put *recevoir* à son tour. Quelque chose qu'il entreprît, il était destiné à des succès exceptionnels. On se portait en foule à ses soirées, où pendant vingt ans se sont fait présenter et sont venus se faire entendre les artistes les plus distingués de la France et de l'Italie.

Étendre à l'infini le cercle de ses relations, c'est s'exposer parfois à ne posséder aucun ami. Orfila n'eut pas ce malheur. Ce serait un touchant épisode, que le récit de son intimité avec la peintre Lacôma, son compatriote, qui avait partagé sa captivité momentanée. Tout Paris a su quel tendre et solide attachement avait uni l'honorable famille Monneron à la famille Orfila. De deux familles n'en faire qu'une, n'avoir qu'une seule maison, une seule table, mettre en commun les plaisirs et les chagrins de la vie, sans que la plus légère mésintelligence ait jamais troublé cette félicité domestique, voilà ce qu'a produit cet attachement, et ce que n'ont pu même interrompre les coups que la mort a frappés des deux côtés. Ceux qui ont connu Orfila dans son intérieur ne s'étonneront pas qu'il ait inspiré des amitiés si durables. Un caractère égal, une douceur inaltérable, de la gaîté, des dispositions bienveillantes, faisaient trouver dans son commerce un charme tout particulier.

Il joignait à ces avantages des traits nobles et expressifs. L'âge semblait ajouter chaque jour à leur distinction, sans rien enlever à leur heureuse régularité.

On le croira difficilement dans le monde, et cependant le fait est certain, cet homme, qui n'était pas insensible aux honneurs, n'a jamais rien demandé pour lui. Ses promotions dans l'ordre de la Légion d'honneur au grade d'officier, puis de commandeur, vinrent le surprendre comme le décanat et le titre de conseiller de l'Université.

Quelle belle vie, Messieurs, et que cette félicité est bien méritée! L'âme se repose avec bonheur dans cette contemplation d'une récompense anticipée, accordée au travail et au noble emploi des facultés de l'esprit. Mais l'heure de l'adversité allait sonner!

La révolution de février éclata ; l'un des premiers actes du gouvernement provisoire fut la destitution du doyen ; acte de faiblesse, car il fut imposé au nouveau pouvoir par quelques ennemis d'Orfila. Et quels ennemis ! On sait aujourd'hui d'où partait le coup. Je suis heureux de proclamer ici que ce n'était pas des rangs du corps médical. La famille Orfila possède, et j'ai eu entre les mains la lettre dans laquelle on se félicite d'avoir obtenu la révocation du doyen. A la lecture de cette pièce, dans laquelle la langue française n'est pas plus respectée que le sens moral, Orfila a pu s'écrier à son tour :

« *Mais c'est mourir deux fois que souffrir les atteintes.* »

Les infortunes s'enchaînent comme les événements heureux. Après avoir révoqué le doyen, on le tourmenta sur les actes de son administration. On censura ce qu'on avait loué; on parlait presque de punir ce qu'on avait récompensé. Orfila ne voulut pas répondre à ces attaques. Les merveilles qu'il avait fait éclore étaient là et répondaient pour lui. Elles exciteront encore la reconnaissance des élèves et des hommes de science lorsque depuis longtemps sera effacé le souvenir des tristes débats qu'elles ont provoqués.

Orfila parut supporter avec une fermeté stoïque la nouvelle position qui lui était faite. Mais qui oserait calculer les ravages qu'un tel effort pouvait produire dans une organisation vigoureuse chez un homme passionné, habitué au pouvoir depuis longues années, et pour qui la louange était devenue une sorte de besoin, tant il l'avait souvent commandée par les bienfaits de sa gestion. Il chercha une diversion à de pénibles pensées dans les succès de l'enseignement qu'il a obtenus jusqu'à sa dernière leçon, dans l'affection des élèves qui ne lui a jamais manqué, dans la société de ses amis qui tous s'étaient pressés autour de lui dès que l'infortune l'avait frappé.

Mais à cette nature active, à cette âme profondément blessée, il fallait des impressions qui excédassent celles de la vie commune ; il les trouva dans la réalisation, anticipée peut-être, d'un acte d'éclatante générosité dont il avait conçu le projet au temps de la prospérité. Le 4 janvier 1853, Orfila venait déclarer en pleine Académie qu'il léguait, je me trompe, *qu'il donnait à l'instant même* une somme de 121,000 francs pour l'achèvement du musée anatomique de la Faculté, l'institution d'un prix à l'Académie et pour quelques autres établissements d'enseignement supérieur. D'un bout de la France à l'autre, les médecins accueillirent par leurs acclamations cet acte de libéralité. Et cependant, messieurs, je ne sais quel triste pressentiment m'assiégeait lorsque j'entendais Orfila annoncer qu'il donnait *de son vivant* pour surveiller et diriger l'exécution de ses volontés. Il me semblait voir dans ce langage trop confiant une sorte de défi jeté à la destinée humaine. Hélas! la mort devait frapper le donateur avant la réalisation légale du bienfait. Ces adresses de félicitations que la province lui faisait parvenir de toutes parts, c'est sur sa tombe qu'il a fallu les déposer.

Orfila avait fait leçon la veille du jour où il prit le lit pour ne plus s'en relever. Cette dernière leçon l'avait singulièrement fatigué; mais il avait eu le courage d'aller jusqu'au bout. C'était la mort du soldat sur le champ de bataille. Le bruit qu'Orfila est en danger se répand dans Paris; de tous côtés, on se porte à sa maison : amis, médecins, élèves; ceux qui arrivent interrogent avec anxiété la physionomie de ceux qui sortent. Mais le mal avait offert de suite un caractère de gravité qui ne pouvait laisser aucun espoir. Orfila expira le 12 mars 1853, après avoir confié à deux de ses amis les plus dévoués, M. Possoz, membre du conseil général de la Seine, ou à son défaut, M. le docteur Menière, le soin de faire exécuter ses dernières volontés.

Et maintenant dois-je me flatter, messieurs, de vous avoir fait connaître complétement Orfila? Non assurément. Le peintre qui détacherait d'un modèle chacun des traits qui le composent pour les faire passer isolément sous vos yeux, ne vous donnerait pas la moindre idée de la physionomie de ce modèle. Je craindrais de ressembler à ce peintre, si je n'ajoutais quelques mots. Je vous ai montré l'étudiant, le toxicologiste, le médecin légiste, le professeur, le doyen, l'administrateur, l'académicien, le fondateur d'une œuvre de bienfaisance, le conseiller de l'université, l'homme du monde enfin; mais je ne vous ai pas montré Orfila comme vous l'avez vu, comme je l'ai compris. J'aurais voulu, mais l'espace, et peut-être mes forces, m'ont fait défaut, j'aurais voulu arrêter vos regards sur cette individualité brillante, exceptionnelle, qu'ont engendrée par leur concours harmonieux tant de qualités diverses.

J'aurais essayé de déduire les unes des autres ces qualités, ou de les rapporter au moins à la source commune d'où ont jailli les conceptions heureuses auxquelles le monde a applaudi; nous aurions possédé enfin le secret de la vie d'Orfila. Tous les actes de cette vie traduisent le développement, la transformation d'un seul amour, d'une seule passion. Enfant, l'ardeur d'apprendre le domine; un amour précoce de la science le porte à rechercher des maîtres, à une période de la vie où on se les laisse imposer.

A peine il a quitté les bancs que déjà il travaille à reculer les bornes des connaissances humaines dans une de leurs branches les plus importantes; il est toxicologiste. Il règle, il étend les applications de la science dans ses rapports avec l'administration de la justice ; voilà le médecin-légiste. Professeur, il n'imagine pas de félicité plus douce, de gloire plus solide que de répandre, de vulgariser ce qu'il sait si bien ; après quoi, la transition est facile : cette passion qu'il avait pour la science il la déverse tout entière sur ceux qu'il a reçu la mission d'instruire : la jeunesse studieuse est devenue et restera désormais l'objet de ses plus chères préoccupations ; c'est pour elle que, doyen, il va créer des musées, instituer des cliniques nouvelles, assainir les salles d'anatomie, ouvrir, pendant les longues soirées d'hiver, la bibliothèque éclairée et chauffée, régulariser l'enseignement, et aliéner, de son vivant, une partie considérable de sa fortune. Mais l'élève va devenir docteur, la sollicitude d'Orfila le suivra dans cette nouvelle position. Elle s'étendra aux intérêts moraux et professionnels du corps médical tout entier. Les mesures que le conseiller de l'université aura su faire agréer au ministre tendront à rehausser la valeur et la signification du diplôme. Voyez enfin le médecin chargé d'ans et pauvre, soulagé dans la détresse par l'institution de prévoyance dont Orfila fut le fondateur, et vous avez le dernier terme de cette série logique de causes et d'effets qui commence par l'*amour de l'étude*, et finit par la *bienfaisance*.

(*Applaudissements vifs et prolongés.*)

M. le professeur GAVARRET donne lecture de l'extrait suivant du procès-verbal de la séance du 31 août 1854 :

La Faculté, sur le rapport du jury pour les prix de l'École pratique, a décidé que les récompenses seraient accordées dans l'ordre suivant :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Le *grand prix* (médaille d'or) à M. Henry, Alfred-Alexandre, né le 16 janvier 1827 à Nantes.

1er *prix* (médaille d'argent). M. Letellier, Louis-Édouard-Irénée, né le 24 octobre 1829 à Faverney (Haute-Saône).

2e *prix*. MM. Barnier, Jean-Baptiste-Théodore, né le 2 mai 1827 à Saillans (Drôme); et Poisson, Louis-Pierre-Victor, né le 8 décembre 1831 à Paris.

Mentions honorables. MM. Desnos, Louis-Joseph, et Voisin, Auguste-Félix.

PRIX CORVISART.

Médaille d'or. M. Costa de Serda, Henri-Jules, né le 1er septembre 1831 à Paris.

Mention honorable avec médaille d'argent. M. Henry, Emmanuel-Ossian, né le 7 novembre 1826 à Paris.

PRIX MONTYON.

Médaille d'or. M. Lorain, Paul, né le 16 janvier 1827 à Paris.

Mention honorable avec médaille d'argent. *Ex æquo*. MM. Remilly, Émile, de Versailles, et Clin, Ernest-Marie, de Beauvais.

— Le sujet du prix Corvisart pour l'année prochaine est : *De l'abstinence dans le traitement des maladies*. — (Indiquer l'hôpital et les numéros des lits où auront été recueillies les observations.)

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'OPÉRATION DE L'HYDROCÈLE PAR L'INJECTION ALCOOLIQUE A TRÈS FAIBLE DOSE, ABANDONNÉE DANS LA TUNIQUE VAGINALE, par M. ADOLPHE RICHARD, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté.

Dans son numéro du 27 mai 1854, la *Gazette des hôpitaux* a rendu compte de deux opérations d'hydrocèle que je pratiquai à l'hôpital Saint-Antoine, sur les indications d'un de nos compatriotes exerçant avec un grand succès la chirurgie à l'étranger, le docteur Dupierris.

Dans cet article, le but de cet habile confrère était très bien indiqué : « M. Dupierris a récemment fait connaître un nouveau » mode d'opérer les hydrocèles : Il consiste dans l'injection, après » la paracentèse, de 8 grammes d'alcool laissés dans la tunique » vaginale. Cette innovation serait de peu de valeur si elle se bor» nait à substituer un liquide à un autre ; mais un bien autre » avantage y est attaché, suivant M. Dupierris, c'est de provoquer, » au moyen de ce dosage exact du liquide irritant, une inflamma» tion si justement contenue que le malade, exempt de tous sym» ptômes généraux, peut vaquer à ses occupations, comme s'il » n'avait point été opéré. C'est là ce qui a porté M. Adolphe Richard » à essayer cette méthode, etc. »

Avant de passer à l'objet proprement dit de ce travail, je résumerai ici l'histoire de mes premières opérations.

OBS. I. — Le nommé Jallerat, âgé de trente-huit ans, marchand ambulant, est depuis la fin de mars couché au n° 8 de la salle Saint-François, à l'hôpital Saint-Antoine. Il demeure petite rue de Reuilly, derrière l'hôpital. A l'âge de vingt ans, son hydrocèle était assez marquée pour l'avoir fait réformer. Dans les derniers temps, la tumeur grossit et provoqua des tiraillements douloureux; la gène fut encore augmentée par un bandage que lui fit porter un médecin ; et c'est avec un grand plaisir que ce malade apprend qu'une opération très simple et non douloureuse peut le délivrer de sa grosseur et de la nécessité d'un appareil.

Tous les signes d'une hydrocèle de la tunique vaginale étant constatés, le 1er avril 1853, en présence de M. Dupierris, je ponctionne le kyste, dont le volume surpasse un peu celui du poing, à l'aide d'un trocart explorateur d'un très petit calibre. Le liquide est citrin, et les dernières gouttes sont exprimées avec le plus grand soin, en y mettant même une certaine force de pression. J'injecte alors dans la poche 8 grammes d'alcool froid marquant 36° à l'aréomètre Baumé, en un mot, de l'esprit-de-vin ordinaire; puis tout de suite la canule est retirée, et l'alcool reste en totalité.

L'opération ne provoque aucune douleur. Le jour même, la bourse commence à grossir, mais le malade ne souffre pas. Il reste levé deux heures.

Le lendemain, à la visite, on constate du gonflement avec légère rougeur des téguments. Le malade dit n'éprouver aucune douleur. Il se lève quatre ou cinq heures.

Au bout de quarante-huit heures, les bourses ont atteint le développement qu'elles avaient avant l'opération ; la rougeur extérieure a augmenté. Point de symptômes généraux ; douleurs nulles. Le malade circule toute la journée et est employé au service des salles. Il n'a cessé de manger ses quatre portions.

La période d'état continue jusqu'au neuvième jour. Alors la tumeur a un peu diminué ; l'épiderme se desquame en provoquant de fortes démangeaisons.

Au douzième jour, on cherche à reconnaître si la tumeur offre de la transparence : elle est opaque.

Le 19 avril, le malade sort de l'hôpital. La tumeur a diminué d'un tiers environ.

Le 15 mai, suivant sa promesse, il se présente à la consultation. Les deux bourses ont sensiblement le même volume. Il est parfaitement guéri.

J'ai eu de nombreuses occasions de revoir ce malade, qui débite son petit commerce dans la rue du Faubourg-Saint-Antoine.

OBS. II. — Le 11 avril, la même opération est pratiquée à un homme de trente-trois ans, nommé François Malinge, ébéniste, demeurant rue Mouffetard, n° 119.

Il y a quatorze ans, sa maladie a été également pour lui un motif d'exemption militaire; elle date donc de loin, et le malade dit même qu'il a toujours connu la bourse du côté droit plus grosse que celle du côté gauche. Les caractères de la tumeur viennent à l'appui de ce commémoratif. Du volume d'un gros œuf de dinde, très fluctuante, transparente, elle est plus sphérique que les hydrocèles ordinaires, et l'indépendance du testicule placé directement en bas et en dedans prouve que le kyste est hors de la vaginale proprement dite. En un mot, il s'agit ici d'une hydrocèle du cordon. De quelle nature ? Cela est difficile à préciser certainement. Si pourtant on remarque que le testicule du côté opposé remonte dans l'intérieur du trajet inguinal, que l'hydrocèle date de l'enfance, on a de la tendance à penser qu'il s'agit d'une hydrocèle congénitale dont la poche s'est affranchie consécutivement de la vaginale proprement dite. L'épanchement, du reste, est tout à fait irréductible ; la toux ne produit point de retentissement sur la poche. Néanmoins, au moment d'opérer, toutes les précautions sont prises contre la communication possible avec le péritoine.

Le jour de l'opération, le malade mange deux portions ; il garde le lit.

Le lendemain, la tumeur est près d'atteindre son volume primitif ; elle est flasque, fluctuante, point douloureuse. Le malade se promène une partie de la journée.

Le troisième jour, de la douleur s'est manifestée la nuit, mais très modérée; la rougeur est assez vive, et les couches sous-cutanées du scrotum sont œdématiées. Aucun symptôme général. Deux portions. Le malade préfère garder le lit, et n'y éprouve point de douleur.

Le quatrième jour, il se lève six heures et n'a point souffert. Pourtant la tuméfaction a fait de nouveaux progrès. Dès lors le malade se lève toute la journée et se promène dans le jardin de l'hôpital. La tumeur reste stationnaire ; l'œdème et la rougeur se localisent à sa partie inférieure, laquelle est douloureuse à la pression.

Au bout de dix jours, bien qu'il n'y ait aucune diminution dans la tumeur, le malade désire reprendre ses travaux hors de l'hôpital.

Le 18 mai, il se présente à la consultation, où nous constatons son entière guérison ; car il existe une différence à peine sensible entre les deux côtés des bourses. Revu à la fin de mai et en juin : guérison confirmée.

OBS. III. — Resser (André), vieillard de soixante-douze ans, sans profession, demeurant chez ses enfants, rue de Charonne, n° 113, entre à Saint-Antoine, dans mon service, le 11 avril 1854 ; il est couché au n° 36, salle Saint-François. Son hydrocèle, qui siége du côté gauche, a commencé il y a deux ou trois ans. Depuis cette époque elle a augmenté insensiblement et de manière à gêner beaucoup le malade. C'est, en effet, une des plus grosses hydrocèles qu'il soit possible de rencontrer : elle a le volume de la tête d'un enfant de cinq à six ans.

Le 12 avril, ponction avec le trocart explorateur. Évacuation d'un litre et demi de liquide citrin. Injection de 8 grammes d'alcool laissés dans la tunique vaginale. La douleur subite causée par l'injection a paru médiocre et passagère, mais, les phénomènes inflammatoires furent plus marqués chez cet homme que chez les deux précédents, le premier surtout. Au bout de quarante-huit heures, en effet, la tumeur avait repris son volume ; la peau était rouge et œdématiée, le malade accusait de la douleur. Il continuait à manger, mais en somme, il garda le lit pendant cinq jours. Au bout de ce temps toute douleur avait disparu, et dès lors,

sans même avoir le soin de soutenir ses bourses, il se leva toute la journée.

Le 4 mai, il nous quitta sans que sa tumeur eût paru subir la moindre diminution.

Elle demeura ainsi stationnaire pendant encore une vingtaine de jours, puis diminua, mais très lentement. Le 1er juillet, les deux bourses étaient de même volume. — Je l'ai revu chez lui le 19 octobre : la guérison est parfaite.

Le résultat de cette opération m'a doublement frappé, immédiatement d'abord par l'inflammation assez vive dont elle fut suivie, plus tard par la guérison qui vint la couronner chez un homme de soixante-douze ans, et portant une hydrocèle énorme.

Relativement aux suites immédiates, c'est-à-dire à l'inflammation consécutive, il était évident que la limite tracée par M. Dupierris avait été dépassée.

Déjà, comparant mes deux premières opérations, j'avais pu dire (1) : « Les suites ont un peu différé. Si nos deux malades ont » été pendant tout le temps à l'abri de tout symptôme général, » le second pourtant a éprouvé, contrairement au premier, une » gêne douloureuse qui a duré trois jours. »

Je résolus donc de diminuer à l'avenir la quantité d'alcool, me promettant, à la première occasion, d'en injecter 5 grammes, et j'eus le bonheur de tomber, bien qu'arbitrairement, sur la dose qui me paraît encore aujourd'hui la meilleure, après un assez grand nombre d'opérations.

C'est de celles-ci que je dois maintenant tracer rapidement le tableau.

Obs. IV. — M. Maréchal, serrurier, âgé de cinquante-quatre ans, demeurant rue Neuve-Coquenard, n° 22, m'est adressé le 15 mai 1854.

En février 1848, il s'est aperçu pour la première fois du développement d'une tumeur dans le côté gauche des bourses, et sur l'avis d'un médecin, il prit un bandage qui l'incommoda beaucoup. A mon examen, je reconnais un hydrocèle de la tunique vaginale, du volume d'un œuf de dinde, sans trace de hernie, ni pointe de hernie. Le malade, qui a un désir extrême d'être guéri, est dans l'impossibité absolue d'interrompre ses occupations. Je lui donne rendez-vous le dimanche suivant, 21 mai, dans la salle de consultation de l'hôpital. Le 21 mai, je ponctionne avec le trocart explorateur, et retire 250 grammes de sérosité citrine ; le testicule est sain. Je pousse alors dans la tunique vaginale 5 grammes d'alcool et les y abandonne. Au moment de l'injection, le malade accuse une douleur violente qui cesse après quelques secondes.

Un quart d'heure après, le malade retourna chez lui à pied : c'était un dimanche ; il se promena toute la journée avec plusieurs amis. Le lendemain, il se remet comme d'habitude au travail, et depuis n'a pas cessé un instant ses rudes occupations.

La tuméfaction a commencé dans la nuit du 21 au 22. Elle a mis trois jours à redonner à la partie le volume qu'elle avait avant la ponction. A dater du quatrième jour, la tumeur est resté stationnaire jusqu'au quinzième environ. Dès lors la résorption s'est effectuée très vite, et en une semaine elle était achevée. Je voyais le malade tous les trois jours. Le 19 juin, je constate l'entière guérison en présence des élèves du service. J'ai revu depuis M. Maréchal et tout dernièrement encore. Il n'a éprouvé aucune espèce de douleur, seulement un peu de sensibilité, les quatre premiers jours, quand il pressait la tumeur.

La merveilleuse simplicité de la guérison de ce malade me porta à rechercher toutes les occasions possibles de renouveler la même expérience. Et, en effet, en très peu de temps, je pratiquai un assez grand nombre d'opérations d'hydrocèle, les unes à l'hôpital, ce qui me permettait de suivre très exactement les résultats, les autres à la consultation, et renvoyant immédiatement les opérés à leur travail, pour m'éclairer sur le principal avantage de l'opération nouvelle.

Obs. V. — Leyat (Jean), bijoutier, âgé de vingt-huit ans, demeurant rue Pavée, au Marais, n° 14, couché salle Saint-François, n° 4. Cet homme est entré dans nos salles le 18 mai. Il a des cavernes au sommet des deux poumons.

La tumeur qu'il porte dans le côté gauche des bourses date d'une année et demie. Elle a le volume d'un œuf de dinde ; fluctuante, transparente ; elle est en grande partie constituée par un épanchement dans la vaginale, mais elle laisse découvrir à sa partie postérieure le testicule plus gros et plus dur qu'à l'état normal.

Le 21 mai, je fais sortir, par la lancette, 150 grammes de sérosité citrine, de manière à pouvoir explorer avec soin le testicule. Celui-ci est presque doublé de volume ; l'épididyme a les caractères de l'orchite chronique, tandis que le corps même de l'organe semble plutôt malade dans son enveloppe extérieure, l'albuginée, bien que le jeune homme n'accuse aucun antécédent de syphilis.

Par jour, quatre ou cinq frictions hydrargyriques sur les bourses, 2 grammes, puis 3 grammes d'iodure potassique.

Le 7 juin, l'engorgement du testicule a un peu diminué, mais l'épanchement s'est reproduit. Je me propose de faire disparaître celui-ci au moyen de l'injection pour suivre plus facilement les progrès de la médication sur le testicule lui-même. J'ai souvent eu occasion, en effet, d'observer : 1° qu'une foule d'hydrocèles, qui passent pour simples dans les services de chirurgie, sont symptomatiques d'une maladie du testicule, surtout de l'orchite chronique ; 2° que même dans ces cas, contrairement à l'opinion généralement reçue, l'injection guérit l'épanchement. Donc, le 7 juin, après avoir retiré 120 grammes de sérosité citrine à l'aide du trocart explorateur, j'injecte 5 grammes d'alcool. Au moment de l'injection, le malade éprouve un éclair de douleur très vive, et s'irradiant dans les lombes ; cette douleur disparaît au bout de quelques secondes.

Le jour de l'opération et les jours suivants, le malade se lève et n'éprouve point de douleur.

Le 10 juin, il quitte l'hôpital, hors duquel je devais le suivre, et reprend ses travaux. La résorption de l'épanchement se fait très vite, et le 10 juillet, je constate qu'il ne reste plus trace de liquide dans la tunique vaginale.

Pendant ce temps, sous l'influence continuée de l'iodure potassique, le testicule a encore diminué ; il reste pourtant gros, dur et inégal. Je fais cesser le médicament.

Je revois le malade dans ces derniers temps : le testicule est resté le même, l'épanchement n'a pas reparu.

Obs. VI. — Maye (Jean), maçon, âgé de soixante-deux ans, demeurant impasse Dany, n° 5, entre le 21 juin 1854, au n° 8 de la salle Saint-François.

Le commencement de l'hydrocèle, qu'il porte à droite, date de cinq mois. Cette tumeur a été ponctionnée peu de temps après son apparition, à l'hôpital Beaujon, puis s'est rapidement reproduite.

Le 23 juin, je retire par la ponction 150 grammes de sérosité citrine, et j'injecte 4 grammes d'alcool. La douleur de l'injection paraît moins vive que chez d'autres opérés, mais elle se prolonge sourdement au delà de vingt minutes.

Le jour de l'opération et les jours suivants, il se lève du matin au soir. Ses bourses grossissent, mais ne causent point de douleur, si ce n'est une légère à la pression. Il sort le 29. Nous le revoyons quinze jours après : la tumeur était stationnaire. C'est vers le vingt-cinquième jour après l'opération que la résorption a commencé, et en quelques jours tout avait disparu.

Je le revois chez moi le 1er novembre 1854, et constate de nouveau sa guérison. (Il demeure actuellement chez sa mère, rue Oblin, n° 6.)

Obs. VII. — Hermand (Arthur), garçon de café, âgé de dix-huit ans, demeurant rue Montaigne, n° 26, entre le 25 juin 1854 au n° 10 de la salle Saint-François.

Il porte à droite, depuis deux ans, une hydrocèle du volume du poing ; à gauche, la tunique vaginale commence aussi à se prendre.

Le 26 juin, évacuation à droite de 200 grammes de liquide citrin. Je constate que l'épididyme est augmenté de volume, surtout vers sa queue. La douleur de l'injection se fait vivement sentir, et se prolonge deux ou trois minutes avec la même acuité.

Le 27 juin, lendemain de l'opération, l'inflammation provoque dans les bourses une tuméfaction considérable. Les parties sont douloureuses. Le malade garde le lit. Il mange les quatre portions. L'état inflammatoire continue le 28. Le 29, il ne reste que de la gêne, et le jeune homme se lève une partie de la journée. A dater du 30, il ne sent plus rien, et quitte le service. Son scrotum droit avait le volume qu'il offrait avant l'opération.

Je le revois le 21 juillet : la tumeur a diminué de moitié.

Le 5 août, il vient me voir chez moi. L'épanchement a disparu complétement ; l'épididyme conserve son volume. L'hydrocèle commençante du côté gauche n'a pas augmenté.

Obs. VIII. — Delacour (Pierre), marchand des quatre saisons, âgé de cinquante-deux ans, demeurant rue Saint-Sauveur, n° 67, et actuellement rue Verderet, 13, entre le 20 juin 1854 au n° 4 de la salle Saint-François.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 27 mai 1854.

Hydrocèle très volumineuse à droite, surmontée d'une hernie qui fait souffrir le malade à cause de l'impossibilité où il est de la maintenir. Je l'avertis que je le guérirai de sa grosseur, mais qu'il devra porter bandage après.

Le 27 juin, évacuation de 900 grammes de sérosité citrine, dont les dernières gouttes sont mélangées de granules blancs comme pseudo-membraneux. A la suite de l'injection de 4 grammes et demi d'alcool, une douleur vive s'irradie dans les lombes ; elle perd promptement son caractère aigu, mais se prolonge sourdement au delà de cinq minutes. Je fais garder le repos à cause de la hernie. Le gonflement survient sans provoquer de douleur.

Le 1er juillet, le malade se lève. Le fond des bourses est indolent ; mais il souffre toujours autour de la hernie. Il quitte l'hôpital.

Le 1er août, la guérison de l'hydrocèle est complète. Le malade porte un bandage qui maintient bien sa hernie. L'opération lui a été d'une grande utilité ; elle a doublé ses forces, dit-il.

Le 28 octobre, il m'est venu voir chez moi, et je constate de nouveau sa guérison.

Obs. IX. — Le 5 juillet 1854, j'opère, rue Meslay, n° 48, M. Vauclin, âgé de soixante-cinq ans. Cet homme souffre depuis très longtemps déjà d'une affection chronique du foie et des gros vaisseaux. Les membres inférieurs, surtout le droit, sont œdématiés ; l'abdomen offre dans son intérieur quelques litres d'un épanchement ascitique, et la tunique vaginale droite, remplie également de liquide, donne aux bourses le volume de la tête d'un fœtus. Malgré cela, le malade mange, digère, dort à souhait et mène une vie fort active. Chaque jour, il fait de longues courses durant lesquelles il n'est gêné que par le poids et le volume des bourses. Cela dure depuis plus de dix ans.

Le malade étant couché, j'évacue avec le trocart explorateur 700 gram. environ d'un liquide en tout semblable à du bouillon gras ordinaire et plein de cholestérine. J'injecte 4 grammes et demi d'alcool dont la présence ne cause que peu de douleur et pendant quelques instants. L'opéré, soumis à son régime ordinaire, garde le lit, d'après mes conseils, la plus grande partie de la journée. Le soir, à cinq heures, les bourses commencent à grossir.

Le lendemain, le malade avait bien dormi ; la tuméfaction continuait, mais sans provoquer de douleur. Il ne sort du lit que pour s'étendre deux heures sur un fauteuil.

Le surlendemain, il se lève la plus grande partie de la journée, et va prendre un bain au dehors.

A partir du troisième jour, il continue toutes ses occupations.

Un mois après l'opération, je vois le malade avec son médecin, M. le docteur Maubec : la résorption commence à se faire.

Elle s'achève lentement le mois suivant.

Le 20 septembre, je l'examine chez moi attentivement : toute trace d'épanchement a disparu dans la tunique vaginale. — Je le revois fréquemment depuis, pour la dernière fois le 5 novembre. Un effet remarquable du nouvel état des bourses est la moindre aptitude du membre abdominal droit à s'infiltrer à la suite de la marche ou d'une station prolongée.

Cette observation frappera le lecteur. J'aurais certainement reculé devant l'idée de faire à ce malade l'opération ordinaire par le vin ou la teinture iodée. Condamner un vieillard, atteint d'une affection viscérale organique, à un décubitus de douze à quinze jours, l'exposer à la réaction traumatique qui suit l'opération, eût pu paraître peu prudent. Le nouveau mode, au contraire, a permis de le délivrer d'une très fâcheuse infirmité sans qu'il courût le moindre risque.

Obs. X. — Le matin du même jour, 5 juillet 1854, j'avais également opéré d'une hydrocèle, à l'hôpital Saint-Antoine, le nommé Jean Félu, teinturier, âgé de cinquante-neuf ans, demeurant, 58, rue Neuve-Saint-Augustin, et couché de la veille au n° 5 de la salle Saint-François. Par une singulière coïncidence, les 4 ou 500 grammes de liquide que je vidai par ponction présentaient cet aspect de bouillon gras dû à la cholestérine que j'ai noté dans l'observation précédente.

Les bourses vidées, je trouvai le testicule sain, et injectai 4 grammes 1/2 d'alcool, dont le contact ne parut causer aucune douleur.

Tout se passa comme d'habitude les jours suivants ; et même l'indolence des bourses était telle que la pression ne se faisait pas plus sentir qu'avant l'opération. Naturellement, l'opéré ne garda pas le lit.

La résorption commençait, quand le malade sortit de l'hôpital, le 31 juillet.

Le 10 août, il se présente à la consultation : il reste encore une petite couche de liquide.

Le 18 août, le 28 août, même état.

Le 15 septembre, je l'examine attentivement, je constate l'entière guérison de l'hydrocèle. La bourse gauche reste un peu grosse à cause d'un varicocèle assez prononcé de ce côté.

Revu depuis presque chaque semaine.

Obs. XI. — Le 3 août, j'opère à la consultation Marc (Georges), âgé de cinquante-huit ans, colporteur, demeurant rue de Reuilly, n° 10.

Son hydrocèle a paru il y a sept mois ; il en est incommodé, parce que son métier l'oblige à marcher beaucoup : 10 lieues par jour, en moyenne.

Je retire 150 grammes de liquide citrin et trouve le testicule sain. L'injection de 4 gram. 1/2 d'alcool cause une vive douleur qui se dissipe à l'instant. Je lui fais garder le repos, assis, pendant une demi-heure, puis il retourne chez lui. — Le jour de l'opération il fait 4 lieues. — Le lendemain, il vend ses petites marchandises dans le faubourg. — Le surlendemain, il recommence à voyager et continue les jours suivants. — La tumeur, un peu sensible quand il y touchait, ne causait du reste aucune douleur, et malgré ce que j'avais pu lui dire sur les suites de l'opération, il croyait celle-ci manquée. Il revint nous voir le 21 août. — La diminution a commencé, dit-il, du 8e au 9e jour. Elle fait de tels progrès qu'actuellement les deux bourses ont à peu près le même volume.

Vers le milieu de septembre, il vient chez moi : guérison complète. Je l'ai revu encore au mois d'octobre, et dernièrement, le 6 novembre.

Obs. XII. — Le 7 août, j'opère à la consultation le nommé Avez, âgé de cinquante et un ans, déménageur, demeurant rue Moreau, 55.

Son hydrocèle, dont il ne fait remonter le début qu'à trois mois, doit dater de bien plus loin. Ayant, en effet, retiré de cette énorme poche 500 grammes de liquide ordinaire, je reconnais que le testicule est sain, mais que l'épididyme est très éloigné du corps de l'organe. Je pousse 4 grammes 1/2 d'alcool qui provoquent une douleur vive mais passagère.

L'opéré sort, reprend ses fatigantes occupations qu'il n'a point cessées, tout en éprouvant les trois premiers jours une gêne supportable dans les bourses. — Nous le revoyons le 30 août. La tumeur de retour est encore volumineuse.

Revu à la fin de septembre : entièrement guéri.

Obs. XIII. — Le 26 septembre 1854, le nommé Barbier (François), amidonnier, âgé de soixante-cinq ans, domicilié 16, rue des Charbonniers, est opéré à la consultation d'une hydrocèle de la vaginale gauche.

Cette tumeur, étranglée en son milieu par le trajet inguinal dans lequel elle s'engage est, de plus, remarquable par l'extrême tension de la poche. La toux n'y détermine pas de secousse.

Après l'évacuation de 250 grammes du liquide ordinaire de l'hydrocèle, j'injecte 5 grammes d'alcool. La douleur de l'injection est peu vive.

Après quelques instants de repos, l'opéré retourne chez lui et garde la chambre jusqu'au soir.

Le lendemain il fait quelques courses et se couche de bonne heure. — Le surlendemain il reprend ses travaux.

Je le vois le 2 octobre : la tumeur est tout à fait indolente et il déclare n'avoir point souffert.

Le 8 octobre, la poche ne renferme plus qu'une ou deux cuillerées de ce liquide.

Le 15 octobre je constate la guérison.

Revu tout dernièrement.

Obs. XIV. — Le 10 octobre 1854, j'opère chez moi Guimond (Jacques), âgé de cinquante-six ans, logé rue du Grand-Hurleur, 17.

C'est un pauvre homme qui voit à peine clair par suite d'une double cataracte congénitale et qui gagne péniblement sa vie à tourner la roue chez M. Rousseau, fabricant de peignes, rue Bourg-l'Abbé, 50. Il est du reste d'une bonne santé.

Il porte une hydrocèle de la tunique vaginale gauche, dont le volume est comparable à celui d'un petit œuf de dinde. Il n'est incommodé que par quelques tiraillements du côté du cordon ; mais comme la tumeur a grossi dans ces derniers temps, il désire vivement en être débarrassé.

Le liquide étant retiré (300 grammes à peu près de sérosité citrine) j'injecte 5 grammes d'alcool. La douleur provoquée par l'injection se prolonge pendant près de dix minutes. Cet homme, du reste, était fort ému, et il menaçait de tomber en syncope (1).

(1) Pour toutes les opérations que j'ai pratiquées, le malade étant debout, il faut se défier de la syncope, comme pour le cathétérisme pratiqué dans les mêmes conditions. La douleur, toute vive qu'elle est souvent, serait par elle-même incapable de produire cet effet. Mais l'émotion, l'imprévu, peuvent expliquer cette disposition. Plusieurs de mes opérés ont été près de tomber en syncope. C'est un des motifs, avec quelques autres, qui me feront à l'avenir opérer couchés même ceux que je renverrai à leurs travaux.

Après vingt minutes de repos, il rentre chez lui à pied et garde la chambre toute la journée. Le lendemain, les bourses avaient grossi. — Comme il n'en souffrait point, il reprit son travail. Depuis il ne l'a plus cessé, et n'a éprouvé aucune douleur. Le 22 octobre, la tumeur est déjà diminuée de moitié. — Le 6 novembre, la guérison de l'hydrocèle est complète : le testicule reste volumineux dans sa totalité. — Je l'ai revu depuis.

NOMS DES MALADES ET NUMÉROS D'OBSERVATION.	AGES.	DURÉE DE LA MALADIE.	QUANTITÉ DE LIQUIDE ÉVACUÉ, DONNANT LA MESURE DU VOLUME DE L'HYDROCÈLE.	LIEU DE L'OPÉRATION	DOULEUR DE L'INJECTION.	SUITES IMMÉDIATES.	DURÉE DE LA GUÉRISON ENTIÈRE DE L'HYDROCÈLE.
1. JALLERAT. .	38 ans	Plus de 20 ans.	Tumeur dépassant le volume du poing.	Hôpital Saint-Antoine.	Nulle.	Point de douleur; se lève le lendemain et jours suivants, et est occupé aux travaux de la salle.	Guérison constatée au bout d'un mois 1/2.
2. MALINGE . .	33	Hydrocèle vaginale funiculaire probablement congénitale.	Volume d'un gros œuf de dinde.	Idem.	Non notée.	Le surlendemain éprouve de la douleur qui le force à garder le lit. Inflammat. assez vive des bourses.	Cinq semaines.
3. RESSER. . .	72	2 ou 3 ans.	1 litre et 1/2 de liquide citrin.	Idem.	Douleur médiocre et passagère.	Douleur. Inflammation notable des bourses. Alitement de cinq jours.	Trois mois.
4. MARÉCHAL. .	54	6 ans.	250 grammes de sérosité citrine.	Opéré à la consultation de l'hôpital.	Douleur très vive disparaissant presque tout de suite.	Légère sensibilité des bourses. N'a pas cessé un instant son travail.	Un mois.
5. LEYAT . . .	28	1 an 1/2.	120 grammes de liquide citrin.	Hôpital Saint-Antoine.	Éclair de douleur qui disparaît très vite.	Nulle douleur. Le malade se lève tout le temps.	Un mois.
6. MAYE. . . .	62	5 mois.	150 grammes de sérosité citrine.	Idem.	Douleur modérée, mais se prolongeant une 1/2 heure.	Se lève et marche tout le temps. Sensibilité pendant trois jours.	Un mois.
7. HERMAND . .	18	2 ans.	200 grammes de liquide ordinaire.	Idem.	Douleur extrêmement vive et se prolongeant plusieurs minutes avec la même acuité.	Pendant deux jours, véritable douleur et alitement.	Cinq à six semaines.
8. DELACOUR. .	52	2 ans.	Près d'un litre.	Idem.	Douleur vive se prolongeant en s'affaiblissant pendant plusieurs minutes.	Je fais garder trois jours le repos, à cause d'une hernie. Point de douleur.	Cinq semaines.
9. VAUCLIN . .	65	Plus de 10 ans.	700 grammes d'un liquide plein de cholestérine.	Domicile du malade.	Presque nulle.	Point de douleur. Sensibilité à la pression. Garde le lit deux jours. Le troisième jour recommence toutes ses occupations.	Deux mois 1/2 environ.
10. FÉLU	59	2 ans.	4 ou 500 grammes de sérosité troublée de cholestérine.	Hôpital Saint-Antoine.	A peine sentie.	Indolence absolue de la tumeur même à la pression.	Sept semaines.
11. MARC. . . .	58	7 mois.	150 grammes de liquide citrin.	Consultation.	Douleur très vive qui se dissipe à l'instant.	Un peu de sensibilité. Fait quatre lieues le jour de l'opération, et continue sans interruption son métier de colporteur.	Un mois.
12. AVEZ. . . .	51	3 mois, suivant le malade; doit dater de plus loin.	500 grammes de liquide ordinaire.	Idem.	Douleur très vive, mais très passagère.	Un peu de gêne dans les bourses. Continue ses travaux.	Guérison constatée au bout de sept semaines.
13. BARBIER . .	65	Non noté.	250 grammes de liquide séreux ordinaire.	Idem.	Peu vive.	Se ménage le jour et le lendemain de l'opération. Après quoi il reprend ses travaux.	Trois semaines.
14. GUIMOND . .	56		300 grammes à peu près de sérosité citrine.	Chez moi.	Douleur vive, et qui se prolonge plus de dix minutes.	Reprend le lendemain son travail, sans être incommodé d'aucune façon.	Un mois.

Le tableau précédent montre que chez tous nos opérés, malgré les différences qu'ils offraient sous le rapport de leur âge, du volume, de la nature, de l'ancienneté de leur hydrocèle, le résultat a toujours été le même.

1° Guérison de la maladie ;

2° Inflammation médicatrice si justement contenue que les opérés, n'éprouvant pas de douleur, pouvaient se lever et vaquer à leurs travaux.

Une seule exception est à noter parmi les malades que j'ai injectés à 4 grammes 1/2 ou 5 grammes, les seuls que j'aie désormais en vue. Elle nous est offerte par le jeune Hermand (observation 7ᵉ). Jusqu'au troisième jour, ce malade a réellement souffert et n'avait pas quitté son lit. Mais il faut remarquer qu'il avait une double orchite chronique, datant de deux ans, que les deux vaginales étaient prises, que par conséquent il ne s'agit pas ici d'hydrocèles simples ; et, si l'injection guérit presque toujours même les hydrocèles symptomatiques, elle peut très bien néanmoins, poussée contre un testicule malade, devenir la cause déterminante d'une bouffée inflammatoire (1).

Je demande aux chirurgiens de ne pas confondre le peu de mérite qu'il y avait à laisser 8, puis 5 grammes d'alcool, dans une tunique vaginale, au lieu de la laver de teinture iodée, avec l'importance réelle de cette innovation (1). N'est-il pas intéressant de voir qu'une action aussi modérée sur une séreuse fait disparaître un épanchement dont elle était le siége depuis de nombreuses années? On savait bien qu'à *la rigueur* une hydrocèle peut guérir par l'injection du liquide le plus faible, le lait, l'eau même, le sérum évacué de la poche. Mais ce qui recommande nos opérations, c'est à côté de la précision et de la simplicité du moyen, la constance et la sûreté du résultat. Et, dans la pratique, peut-il être indifférent de retenir au lit un malade pendant dix ou quinze jours, avec de la fièvre, de la douleur, tous les inconvénients en un mot d'une réaction traumatique, quand on peut le guérir sans souffrance, et en lui permettant de continuer son train de vie ordinaire, comme s'il n'avait point été opéré.

Certains hommes éminents, qui sont pour moi des maîtres et des amis bien chers, m'ont exprimé cette opinion, que l'opération ordinaire de l'hydrocèle est une des plus belles, des plus sûres et en même temps des plus simples de la chirurgie, — ce qui est vrai, — et qu'en prétendant la simplifier encore, on s'expose à

(1) J'ai vu, deux fois, dans un cas d'engorgement testiculaire, le même effet produit par une simple ponction, qui pourtant soulage, comme on sait, l'orchite aiguë.

(1) Quant à la nature du liquide lui-même, l'alcool est celui avec lequel on a fait primitivement l'opération de l'hydrocèle par injection, et depuis il a été repris par un grand nombre de chirurgiens.

paraître courir plutôt après la nouveauté que poursuivre un but utile. Je pense que cela n'est pas juste. La chirurgie, que viennent par instants grandir les découvertes éclatantes, vit, dans les intervalles, d'éléments plus modestes : elle voit se perfectionner les méthodes et les procédés connus ; et parce que trop souvent ces perfectionnements sont illusoires, il serait injuste de repousser ceux qui sont réels et procurent la guérison par des moyens plus faciles et plus doux.

J'ai cru utile de rendre public le résultat des observations précédentes, dès que celles-ci sont arrivées à un chiffre respectable, et que j'ai pu dire aux chirurgiens : Après avoir constaté, à trois reprises, l'efficacité du moyen proposé par M. Dupierris, je l'ai modifié légèrement en diminuant la dose d'alcool. J'ai opéré onze hydrocèles par l'injection de 5 grammes (ou 4 1/2) de ce liquide. Tous mes malades ont guéri. Un seul s'est vu forcé à un alitement de deux jours. Cinq d'entre eux, opérés à la consultation, sont retournés reprendre leurs travaux. » J'ai cru, je le répète, ces résultats assez frappants pour m'obliger à les faire connaître.

Mais, pour cela, je n'exagère pas mes espérances. La plupart de mes opérés sont suivis depuis trois ou quatre mois, et leur guérison se maintient. Celle-ci sera-t-elle durable? C'est là la grande question. Et si l'on se laisse guider par la théorie, on peut prévoir que la possibilité de la récidive, qui est l'écueil de la grande méthode de l'injection, menace de plus près encore l'avenir du mode opératoire vanté dans ce travail.

Le temps seul résoudra cette difficulté. Observons pourtant à l'avance que l'injection iodée paraît guérir aussi sûrement que le vin, bien qu'elle provoque une inflammation beaucoup moindre ; qu'il existe, en outre, dans le nouveau procédé quelque chose de plus que l'injection ordinaire : Le liquide irritant reste en entier dans la tunique vaginale ; il doit être résorbé, et le travail qu'il provoque est autre chose et en quelque sorte plus profond que l'inflammation par irritation directe recherchée jusqu'ici pour la cure de l'hydrocèle.

Il me reste encore à présenter, sous forme de doute, la possibilité d'un inconvénient attaché au nouveau mode opératoire, celui de l'infiltration de quelques gouttes de l'alcool poussé dans la vaginale. Sur quinze opérations que j'ai pratiquées, cet accident m'est arrivé une fois.

Obs. XV. — Fett (Pierre), cafetier, âgé de quarante-trois ans, demeurant à Vincennes, route de Paris, n° 20, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, le 6 juin 1854, pour être guéri d'une hydrocèle située du côté droit et qu'il porte depuis un an. 200 grammes de sérosité citrine étant retirés, je pousse 4 gram. 1/2 d'alcool. L'injection provoque une douleur très vive, et le malade est menacé de syncope ; cette douleur, retentissant le long du cordon jusque dans les lombes, conserve son acuité pendant dix minutes.— Après quoi l'opéré, ne sentant plus rien, retourne chez lui en voiture.

Là, la douleur reparaît bientôt, quoique le malade fût au lit. Je le vois chez lui le lendemain matin et le trouve couché, n'ayant pas dormi, sans appétit, le pouls à 96. — Les bourses ont grossi et leur tuméfaction ne paraît pas uniforme : un léger soulèvement se montre en avant ; toute la région est douloureuse.

Ces symptômes continuent ainsi les jours suivants ; la douleur diminue et devient plus obtuse, la fièvre n'augmente pas, mais l'appétit est entièrement perdu, la langue est sale, la constipation opiniâtre. (Cataplasmes sur les bourses souvent renouvelés ; chaque matin, deux verres de limonade au citrate de magnésie). — Le sixième jour, la bosselure antérieure s'est ramollie (1). Je l'ouvre par une large incision : plusieurs cuillerées de pus sanguinolent s'écoulent, et j'extrais trois ou quatre lambeaux sphacélés du dartos.

Le lendemain, l'état général était excellent, le sommeil et l'appétit revenus. La réparation a marché très vite, et le vingt-cinquième jour tout était cicatrisé.

Il faut bien remarquer que mon incision n'a point intéressé la vaginale, et je n'ai ni vu ni touché le testicule au fond de la plaie. Cet homme, par l'infiltration d'une certaine quantité d'alcool dans les tuniques des bourses, a eu un abcès circonscrit en avant de la vaginale, et celle-ci n'a pas suppuré. La réparation de la plaie a marché avec la résorption de l'épanchement, et la cicatrice qui existe actuellement ne tient qu'à la peau du scrotum, sans aucune adhérence à la glande séminale elle-même.

(1) Elle ressemblait à un anthrax.

J'ai dit que c'était avec un sentiment de doute que je mettais cet accident sur le compte du nouveau mode opératoire. Est-ce dans la manœuvre même qu'un peu d'alcool a été poussé dans les bourses ? Ou bien y a-t-il eu sortie du liquide hors du petit pertuis percé dans la vaginale par le trocart explorateur? Je ne saurais le dire : Mais on conçoit pourtant que la poche vaginale, se resserrant sur la petite masse de liquide irritant qui vient d'y être poussée, puisse en exprimer quelques gouttes dans les bourses, ce qui n'arrive pas dans les procédés ordinaires.

Je crois que cet exemple doit, au moins, inviter le chirurgien à ne jamais opérer le malade debout.

Il convient de tenir compte du fait précédent, comme aussi de l'envisager sans prévention ; car il a son bon et son mauvais côté. Un peu d'alcool infiltré peut produire un abcès des bourses. Cela est vrai, mais avec notre procédé il sera toujours impossible de produire des dégâts considérables, que l'infiltration n'a que trop souvent causés après les injections ordinaires. C'est à mon sens un des avantages solides de l'injection à faible dose.

Plusieurs de nos confrères vont certainement répéter l'opération préconisée dans ce travail. Je tiens donc à résumer les précautions avec lesquelles elle doit être exécutée.

Le malade doit être étendu sur un lit ou par terre.

Le trocart doit être aussi fin que possible, ne pas dépasser le trocart explorateur des trousses.

Il faut être parfaitement sûr de sa seringue ; elle doit être de corne, de petite dimension, le piston avec un double cuir en parachute, comme les fait M. Charrière, l'ajutage d'un petit calibre et court.

On fait pousser par un aide, avec une vitesse moyenne, 5 grammes d'alcool froid, marquant 36 degrés à l'aréomètre de Baumé (1).

Le mouvement qui retire la canule doit être sec et rapide : il se compose autant de l'action de la main gauche du chirurgien, qui presse et refoule les bourses en arrière que de celle de sa main droite qui retire l'instrument. A cette fin, pendant que la sérosité s'écoule, on a légèrement dégagé la canule pour qu'elle soit peu enfoncée.

L'ajutage de la seringue ne doit, en aucun moment, quitter la canule, et pour cela l'aide qui tient la seringue la laisse glisser sur une de ses mains, au moment où le chirurgien dégage la canule.

Les faits rapportés avec conscience et suivis avec soin, offrent toujours un certain degré d'utilité, et rien n'est indifférent en thérapeutique chirurgicale. La méthode de l'injection pour la cure de l'hydrocèle a été appliquée à une foule d'autres maladies au grand avantage de l'humanité. Et cependant la main du chirurgien hésite souvent encore à l'idée d'injecter de l'iode dans certaines cavités dont l'inflammation lui cause des craintes légitimes. L'hydrocèle congénitale, les sacs herniaires, les cavités articulaires,

(1) Il faut savoir qu'il y a dans le commerce des alcools à 33 et 36 degrés.

Quant à cette dose de 5 grammes à laquelle je m'arrête, je l'ai employé un peu plus souvent que celle de 4 grammes 1/2, et dans des cas analogues. Mais comme cela ne m'a pas paru produire des effets plus violents, je crois qu'on doit la préférer. C'est ici le moment de citer deux faits qui prouvent qu'une dose trop affaibli d'alcool est insuffisante.

I. Piéplu (Jacques), maçon, âgé de cinquante ans, est opéré le 19 juillet pour une hydrocèle, au n° 34 de la salle Saint-François, à Saint-Antoine. La seringue avait été négligée, et plus de la moitié des 4 grammes 1/2 d'alcool reste au-dessous du piston. Nous évaluons à 2 grammes la dose d'injection reçue. Au bout d'un mois, la tumeur était diminuée de moitié ; mais depuis elle n'a pas bougé, et aujourd'hui le malade, cinq mois après l'opération, conserve son hydrocèle.

II. Dondel, âgé de cinquante-quatre ans, opéré à la consultation le 27 juin 1854. On n'injecte que 2 grammes 1/2 d'alcool, le reste s'était perdu. Il reprend ses travaux. La tumeur diminue beaucoup. Mais au bout de quatre mois, il reste encore une ou deux cuillerées de liquide dans la vaginale.

Ces deux malades complètent la liste de mes dix-sept opérations d'hydrocèle par l'alcool à petite dose laissé dans la tunique vaginale. — Je n'en ai pas fait d'autre.

les kystes ovariques, les hydatides du foie, les épanchements dans les grandes cavités splanchniques, l'hydrorachis, etc., sont dans ce cas. La thérapeutique pourra-t-elle utiliser avec fruit dans ces maladies, bien plus importantes que l'hydrocèle, le mode opératoire préconisé dans ce travail ? C'est ce que je désire de toutes mes forces.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

L'abondance des matières nous force à renvoyer l'Académie des sciences et l'Académie de médecine au prochain numéro.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de la variole par des frictions générales avec une pommade sulfureuse : 14 observations, 14 succès ; par M. MIDAVAINE.

Depuis 1840, M. Midavaine a appelé l'attention des praticiens sur l'emploi de la pommade sulfureuse en frictions générales dans la variole. Ce nouveau mode de traitement a passé inaperçu, et nous ne le trouvons mentionné dans aucun ouvrage de pathologie interne. Il y a quelque temps à peine que, dans un article du *Monthly Journal*, M. Bennett citait des expériences concluantes en faveur du traitement abortif de la variole par son emplâtre de zinc (carbonate de zinc, 3 parties; oxyde de zinc, 1 partie; huile d'olive, quantité suffisante).

La cautérisation (*Note sur l'emploi des caustiques*, etc. (*Archives de médecine*, t. VIII, 1825) — *Méthode ectrotique*, etc. (*Archives de médecine*, t. VIII, 1825)), les topiques mercuriels (*Traité de l'expérience*, t. II. — *Recherches sur quelques points de l'histoire de la variole*, thèse, Paris, 1837; — *Mémoire sur l'emploi des topiques mercuriels*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 1838), le collodion, employé par M. Aran, et le vaccin à haute dose, proposé par le docteur Eichhorn, ont donné des résultats particuliers assez satisfaisants, mais n'ont pas permis de généraliser un traitement abortif.

Aujourd'hui les faits rapportés par M. Midavaine sont de nature à prédisposer les praticiens en faveur de sa méthode.

L'effet des frictions générales, suivant lui, est de prévenir l'inflammation de la peau, d'enrayer la marche des pustules en empêchant la suppuration et *en tuberculisant* les boutons; en outre, si elle est appliquée à temps, elle arrête les phénomènes sympathiques, la fièvre, l'agitation, le délire, qui se développent à mesure que l'éruption varioleuse apparaît et que l'inflammation des tissus se déploie.

Les mercuriaux et les autres moyens n'ont, il est vrai, été employés jusqu'ici que sur la face et dans le but unique de prévenir les cicatrices ; il n'est venu à l'idée de personne d'en recouvrir le corps ni d'en préconiser l'action contre la fièvre variolique elle-même. Il faut, selon l'auteur, ne pas se borner à recouvrir les pustules par la pommade sulfureuse, comme s'il s'agissait de les garantir du contact de l'air seulement, ce qui serait insuffisant; mais il faut, au contraire, exercer de *longues et légères frictions sur tout le corps* pour en faciliter l'absorption.

La dose de sa formule est de 4 grammes de soufre pour 30 grammes d'axonge; dans les varioles confluentes, on peut augmenter la dose du soufre jusqu'à 16 grammes pour 30 grammes d'axonge.

L'épidémie de 1852 à 1854 a fourni à M. Midavaine 14 observations qu'il divise en trois classes. La première comprend 6 cas de variole confluente chez des sujets qui n'avaient pas été vaccinés; la seconde, 2 cas de variole chez des sujets où il était impossible de reconnaître s'il y avait eu vaccination ; la troisième classe, 6 cas de variole chez des individus qui avaient été vaccinés, les uns dans leur enfance, les autres à un âge plus avancé.

Nous rapportons ici une observation de chaque classe.

OBS. I (1re *classe*). — Le nommé Ferdinand P....., âgé de vingt et un ans, soldat au train d'artillerie, tempérament lymphatico-sanguin, n'ayant pas été vacciné, entre à l'hôpital le 21 décembre 1853, dans l'état suivant :

Céphalalgie, malaise, langue blanche, anorexie, plusieurs selles liquides, ventre indolent; toux légère sans expectoration. — Expectation, diète absolue.

22 et 23 décembre. La céphalalgie continue; langue chargée, léger gargouillement dans la fosse iliaque droite.— Sangsues à la fosse iliaque droite.

24. Apparition de pustules varioliques sur la figure, le tronc et membres. — Frictions sulfureuses.

25 et 26. Assoupissement prononcé, gonflement des paupières et des pommettes, langue pustuleuse; soif vive, pas de selles. — Continuation des frictions sulfureuses.

27 et 28. Les pustules sont tellement nombreuses sur la face qu'elles sont confondues; agitation pendant la nuit; le malade, néanmoins, demande à manger. — Continuation des frictions.

29 et 30. Sommeil bon, commencement de dessiccation des pustules. — Alimentation légère.

31. Convalescence.

P..... sort guéri le 11 janvier, sans cicatrices.

OBS. II (2e *classe*). — Le nommé Henri Hamelin, âgé de vingt-quatre ans, célibataire, maréchal des logis au 2e d'artillerie, tempérament lymphatique, ignorant s'il a été vacciné, arrive le 9 mai 1854 à l'hôpital dans l'état suivant :

La face et les membres portent des pustules varioliques peu nombreuses; fièvre peu intense. — Frictions sulfureuses.

7 mai. L'éruption est peu forte. — Frictions.

8. Les pustules guérissent.

9. Le malade est guéri, sans cicatrices.

OBS. III (3e *classe*).— Le nommé Michel Cornet, âgé de vingt-cinq ans, soldat au 1er de ligne, tempérament sanguin, malade depuis trois jours, vacciné dans son enfance, présente, le 28 décembre 1853, du malaise, des vertiges, de la fièvre. — Expectation.

29. Apparition des pustules ombiliquées sur toute la face. Depuis cette sortie des boutons, le malade se trouve mieux. — Frictions sulfureuses.

1er janvier. Les pustules sont tuberculisées. — Cessation des frictions.

Cornet sort guéri le 16 janvier, sans cicatrices. (*Gazette médicale de Liége*, 13, 14, 16, 1854.)

Viol suivi d'une grave hémorrhagie chez une jeune fille de onze ans, par le docteur J.-B. BORELLI.

Parmi les signes locaux propres à constater le viol, on a généralement peu insisté sur l'hémorrhagie. Orfila et Fodéré n'en font point mention. Jaukins la considère comme sans importance. Mahon se contente de l'indiquer. Le professeur Freschi parle seulement de maculation sanguine. Pour M. Devergie, l'hémorrhagie s'ajoute aux autres preuves de défloration.

On a d'autant plus droit de s'étonner de cette quasi omission des auteurs, que, d'après un préjugé fortement enraciné, l'ensanglantement du premier coït serait le plus sûr indice d'une virginité antérieure. Les lois de Moïse autorisaient même le mari à répudier sa femme lorsque ce symptôme avait manqué.

Sans pousser les conséquences aussi loin, M. Borelli croit pourtant qu'en certains cas de viol l'écoulement du sang est une circonstance à noter, et qui peut avoir sa valeur médico-légale. Quelquefois insignifiant ou nul, il acquiert aussi exceptionnellement des proportions dangereuses, comme cela se vit chez la jeune apprentie dont l'histoire sert de texte à ces remarques.

OBS. — Dans la matinée du 2 juillet, cette enfant, âgée de onze ans, arrive, comme d'ordinaire, à son travail. Le patron, homme de trente-cinq ans, engage alors sa femme à sortir pour prendre l'air ; elle était valétudinaire, et il avait depuis quelque temps pour elle des prévenances inaccoutumées. Mais à peine eut-elle franchi le seuil de la porte, que, sous prétexte d'une commission, il attire l'apprentie dans une pièce supérieure, la saisit sous les aisselles, l'étend sur un lit, et consomme sur elle le plus abominable forfait.

Cependant, revenue sur ses pas par une sorte de pressentiment, la

femme trouve la pauvre victime sanglotant dans un coin, inondée du sang qu'elle répand en abondance; et, ayant appris ce qui s'était passé, elle la reconduit à sa famille, non sans avoir adressé au coupable d'accablants reproches sur sa brutale luxure.

On appelle M. Borelli, qui constate les lésions suivantes : L'hémorrhagie vaginale continue avec force, bien que les linges aient été déjà renouvelés quatre ou cinq fois; les grandes et les petites lèvres sont tuméfiées, rouges, meurtries et douloureuses au toucher ; un caillot sanguin fort résistant bouche l'entrée de la vulve ; l'hymen est déchiré dans toute sa circonférence, et l'on n'aperçoit plus trace des caroncules myrtiformes, de la fourchette, de la fosse naviculaire, et du vestibulum. L'émission des urines provoque une vive souffrance. On recherche en vain la matière spermatique; l'analyse microscopique, qui peut-être l'eût fait découvrir dissoute dans le sang, fut jugée inutile, en raison du flagrant délit.

C'est seulement dans la nuit que, grâce à des applications glacées, le flux hémorrhagique se modéra, pour cesser tout à fait le lendemain. Une légère saignée conjura l'imminence d'une réaction inflammatoire.

Vingt jours après, les grandes lèvres étaient encore gonflées et érythémateuses, l'ouverture vaginale dilatée , l'hymen frangé et couvert de petits mamelons bleuâtres, ainsi que la fourchette et la fosse naviculaire. La muqueuse hypertrophiée pendait, comme chez les personnes qui ont eu des enfants ou abusé de la copulation. La cicatrisation ne s'acheva qu'un peu plus tard.

Comment, du reste, expliquer l'abondance et la prolongation de la perte sanguine? Provenait-elle exclusivement de la dilacération des chairs ou des capillaires? Ne faudrait-il pas joindre à cette cause une prédisposition spéciale à l'exhalation, due au tempérament et à l'âge? Cette dernière interprétation n'est pas sans vraisemblance. (*Gazzetta medica Italiana*, *Stati Sardi*, 7 et 21 août 1854.)

Ichthyose congénitale; hémorrhagie incoercible consécutive à la chute du cordon ombilical, par le docteur GOULD.

Il y a peu d'années que l'on a appelé l'attention d'une manière spéciale sur l'hémorrhagie incoercible consécutive à la chute du cordon ombilical, et déjà les faits qui se sont produits depuis attestent que cet accident, bien que peu commun, doit prendre une place importante dans le cadre nosologique.

Dans la plupart des faits publiés, divers états morbides préexistaient à la manifestation de l'hémorrhagie, et celle-ci a pu, avec plus ou moins de vraisemblance, être considérée comme liée à un état morbide antérieur. Dans le cas communiqué par M. Gould à la *Société médicale de Boston* et consigné dans les comptes rendus de ses séances, peut-on considérer l'hémorrhagie ombilicale comme ayant été sous la dépendance de l'ichthyose congénitale ou de l'anomalie qu'on a cru observer dans les conduits biliaires? C'est là une question réservée ; mais cette observation constate une fois de plus l'insuffisance des moyens hémostatiques ordinaires, y compris la ligature du tubercule ombilical. A la vérité, elle n'a pas été pratiquée suivant le procédé qui a réussi à M. P. Dubois et à d'autres, à son exemple, et qui consiste à traverser avec une épingle la base du tubercule ombilical saignant, et à passer au-dessous un fil double que l'on serre de façon à empêcher l'écoulement du sang.

OBS. — Un enfant du sexe masculin, bien développé, du poids de neuf livres, né le 26 octobre 1853, après un travail naturel dans lequel on avait fait usage de l'éther sulfurique pendant les trois dernières heures, présenta, après avoir été lavé, les particularités suivantes : Le cuir chevelu, presque entièrement dépourvu de cheveux, était recouvert d'un beau duvet fin et de petites touffes formées d'un petit nombre de cheveux longs d'un demi-pouce et intimement enlacés, disséminées çà et là à la distance d'un pouce environ les unes des autres. Sur les sourcils, la peau semblait hérissée de pointes rigides d'un blanc de perle. La face et les lèvres étaient à peu près naturelles; mais ailleurs la peau, dure et comme épaissie, en se desséchant, devenait comme un tissu de papier lâchement uni au tissu cellulaire sous-jacent : sur le dos et sur quelques autres points, elle avait une apparence granuleuse. Au bout de quelques jours, la peau était plus souple et devint le siége d'une exfoliation abondante, et la maladie se présenta avec les caractères de l'*ichthyose nacrée*. Le premier enfant de cette dame était né avec une affection semblable à un degré plus prononcé encore : c'était une fille du poids de cinq livres et demie, qui mourut seize jours après sa naissance dans un état hydrocéphalique.

Dans le cas présent, les premières évacuations furent incolores et fort différentes de ce qu'elles sont généralement ; l'enfant prit le sein et téta abondamment, et eut pendant plusieurs jours des selles fréquentes de matières incomplétement digérées ; la peau devint bientôt jaune ; les urines, d'abord limpides, prirent une couleur d'ambre. — Chute du cordon le cinquième jour, et le neuvième écoulement sanguin à l'ombilic ; application de charpie saturée de tannin, recouverte de compresses, le tout maintenu en place par un bandage approprié. Cessation de l'écoulement sanguin pendant quinze heures ; mais au bout de ce temps une hémorrhagie abondante et par jet, au dire de la nourrice, se déclara de nouveau; une cautérisation avec le nitrate d'argent arrêta momentanément l'écoulement sanguin. Au bout de cinq heures, retour de l'hémorrhagie ; l'extrémité du cordon fut soulevée et une ligature appliquée, mais après peu d'heures elle se reproduisit. L'alun, le collodion, etc., secondés par une compression appropriée, furent employés sans succès, l'écoulement reparut plus abondant, et l'enfant mourut trois jours après la manifestation de la première hémorrhagie.

Une exsudation sanguine fut observée à l'anus, bien que les selles n'eussent pas présenté de traces de sang ; nulle part ailleurs d'ecchymoses. Les vaisseaux ombilicaux n'étaient pas oblitérés ; le foie était coloré en noir, friable et gorgé de sang; la vésicule biliaire, flasque, contenait environ une drachme de liquide clair et un peu floconneux, ressemblant à de la synovie ; les conduits cystique et cholédoque, après examen attentif, parurent imperméables. (*The American Journal of Medical Science*, avril 1854.)

V.

VARIÉTÉS.

PROGRAMME *du concours qui sera ouvert le 24 février 1855, à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, pour une place de professeur de physique, chimie, matière médicale et pharmacie, vacante à cette école.*

1re séance, rédaction d'un mémoire sur des questions de physique ou de chimie, dans leurs rapports avec la médecine vétérinaire; 2e, leçon sur la physique ; 3e, leçon sur la chimie ; 4e, leçon sur la matière médicale et la pharmacie; 5e, exercices pratiques sur la chimie et la pharmacie.

Les concurrents seront tenus de se faire inscrire, avant le jour fixé pour l'ouverture du concours, à la direction de l'école vétérinaire d'Alfort, et de justifier qu'ils sont Français ou naturalisés Français ; qu'ils sont libérés du service militaire, ou ont obtenu de l'autorité militaire un congé pour se présenter au concours dans le cas où ils serviraient dans l'armée ; enfin de produire, aux termes de l'article 8 de l'ordonnance royale du 1er septembre 1825 qui régit la constitution des écoles vétérinaires, le brevet de vétérinaire qu'ils auront obtenu dans l'un de ces établissements.

— GUERRE DE CRIMÉE. La presse médicale anglaise, particulièrement *the Lancet*, continue à récriminer sur l'insuffisance des secours médicaux et chirurgicaux à l'armée et sur la flotte anglaise en Crimée.

Le n° 228 du *Medical Times* contient une note du docteur G. Mackay, chirurgien de l'*Agamemnon*, où notre confrère fait remarquer que, sur quelques vaisseaux anglais, le *cokpit* (poste des malades) était disposé de manière à permettre aux projectiles ennemis d'y pénétrer. Et c'est ce qui est arrivé sur le *Bellerophon*. Des bombes ont éclaté près des blessés et des chirurgiens. Il paraît, du reste, que ce sont surtout les bombes qui ont produit des ravages dans l'armée navale.

— Depuis l'ouverture du siége de Sébastopol, jusqu'au 23 octobre, le chiffre total des blessés, en y comprenant les cas de simples contusions et de blessures légères, qui sont en majorité, s'élève à 718, celui des morts à 98. Le 25, une évacuation de 320 malades a eu lieu sur Constantinople, et il reste à la date du 27 octobre 1,008 malades dans les ambulances; sur ce nombre, il n'y a que 137 blessés. Pas un cas de choléra, pas un tétanos ne s'est encore manifesté parmi ces derniers. Quant aux maladies internes, ce sont des diarrhées, des dyssenteries peu intenses, des fièvres intermittentes légères, des fièvres gastriques.

(*Extrait d'une lettre de* M. Michel Lévy *au ministre de la guerre*).

— ERRATUM. Dans le n° 58, page 1018, dans le titre du premier article de la *Revue des journaux*, au lieu de : *conduits extérieurs*, lisez : *conduits excréteurs*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS

A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. PARIS, 24 NOVEMBRE 1854. N° 60.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 17 novembre 1854, la délégation triennale de MM. Lecompte, Destouches et Delacour, en qualité de professeurs suppléants à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, a été renouvelée pour une nouvelle période de trois ans.

— Par un autre arrêté, en date du 22 du même mois, M. le ministre de l'instruction publique a nommé M. Combes, professeur d'hygiène de l'École préparatoire médicale de Toulouse, officier de l'instruction publique.

Cette distinction est motivée sur le dévouement dont M. Combes a fait preuve en soignant les cholériques.

—

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 9 au 22 novembre 1854.

288. DUCLOS, Pierre-Isidore, né le 14 décembre 1825 à Paris (Seine). [*Quelques données fournies par les diverses affections du corps et des membres.*]

289. MOZIAN, Krikor-Nersch, né le 30 décembre 1830 à Constantinople. [*De la maladie de Bright.*]

290. DAVIOT, Louis-Claude, né le 6 octobre 1824, au Geoffrex (Saône-et-Loire). [*De la marche du choléra dans diverses parties du département de la Haute-Marne. Quelques considérations sur la suette.*]

291. GAUTIER LA BOULLAYE, Louis-Dominique, né le 4 novembre 1819, à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). [*Désarticulation tarso-métatarsienne* (procédé de M. Duval), *et sur la résection du maxillaire inférieur pour spina-ventosa.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

—

Le nombre des élèves inscrits à la Faculté de médecine de Paris, au 15 novembre 1854, est de 964, dont 151 nouveaux. En 1853, à la même époque, il y avait 1,054 élèves, dont 158 nouveaux, et en 1852, 1,437, dont 334 nouveaux.

FEUILLETON.

Lettre médicale.

Le cancer devant l'Académie. — Le dedans et le dehors. — Encore les hommes à queue. — Lettre de M. le comte de Bastard. — Nouvelles indications historiques. Mariage de la médecine humaine et de la médecine vétérinaire.

CHER CONFRÈRE,

Nous ne savons si, dans les secrets replis de votre cœur d'abonné, vous vous plaignez de la rareté de nos missives. Voilà, en effet, trois mois révolus que nous n'avons mis à votre adresse un de ces petits paquets d'articles du jour qui paraissent désormais indispensables au bonheur du praticien. Au cas où vous trouveriez notre conduite irrévérencieuse et incongrue, nous vous ferions observer sans plus de gêne que, selon l'Académie, toute correspondance implique réciprocité, et que, ne nous répondant jamais, vous nous donnez le droit de garder notre style. Cette raison est si excellente, que nous mettons au rebut les mille et une autres dont nous avions fait provision, et sous lesquelles nous avions dessein de vous accabler. *Hinc canere incipiam.*

I.

Ainsi que vous l'aurez sans doute remarqué, honoré confrère, nous vous nourrissons de cancer avec une rare largesse. Gros et nombreux sont les morceaux ; et, de plus, ils sont de la main d'un des habiles du genre. Nous espérons en ceci répondre à vos désirs et satisfaire votre goût. Profiter de l'aubaine présente, épuiser la coupe avant qu'elle se casse, c'est une maxime de la sagesse. Si Horace n'avait pas mangé toutes les huîtres du lac Lucrin, elles seraient aujourd'hui perdues dans un marécage ; et il serait sot de ne pas faire honneur au cécube quand on ne boira peut-être le lendemain que du méchant vin de Sabinum. Or, cette question relevée du cancer, c'est la première fois qu'elle comparaît devant l'Académie de médecine, du moins sous l'aspect et dans les termes que vous connaissez. Et elle y éveille une curiosité exceptionnelle. Ce n'est pas encore l'émotion, l'emportement, la passion, la fièvre, le délire qu'avait suscités l'orageuse syphilisation ; ce ne sont pas les mêmes vagues de public, ni le même grondement, ni les mêmes tempêtes ; mais on voit bien pourtant qu'un vent inconnu souffle dans la paisible enceinte ; quelque chose secoue les têtes blanchies ; la salle moutonne comme une mer troublée ; les immobiles s'agitent ; les sourds écoutent, s'ils n'entendent pas ; les aveugles regardent ; les muets font des signes, et ceux qui ne le sont pas s'inscrivent à la file. « Qui doit parler aujourd'hui ? Est-ce une

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 23 novembre 1854.

LE MICROSCOPE ET LE CANCER DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE : ÉTAT DE LA DISCUSSION.

(Voir les numéros 54, 55, 56, 57 et 58.)

Un comité secret, puis une hécatombe de remèdes, et enfin plusieurs rapports sur les eaux minérales avaient été l'occasion d'un armistice dans la discussion sur le cancer. Le débat a recommencé aujourd'hui. Deux orateurs nouveaux se sont fait entendre : un chirurgien, M. Amussat; un vétérinaire praticien, M. Delafond, de l'école d'Alfort; entre les deux la tribune a été un instant occupée par M. Cloquet.

Quel que soit notre désir d'abandonner le rôle de narrateur pour mettre sous les yeux du lecteur un article de fond, qui sera en même temps une profession de foi et un exposé de doctrines, nous ne pouvons pas encore poser la plume de critique et nous suivrons les académiciens jusqu'au bout. A mesure qu'un nouveau membre de la savante compagnie se fait inscrire, nous applaudissons, car cela démontre d'abord l'importance du sujet, puis la nécessité urgente, et comprise par tout le monde, de sortir du chaos que nos devanciers nous ont légué.

On aurait grand tort de croire que de telles questions soient inutiles pour la pratique pure : nous estimons que si toutes les grandes questions de pathologie générale étaient plus souvent et plus énergiquement remuées, la science médicale avancerait à pas de géant. Nous tenons en grande estime Hippocrate, Celse, Arétée de Cappadoce, Aétius d'Amide, et Paul d'Egine; mais, à vrai dire, s'il s'agissait de nous faire guérir d'un anévrysme, d'une nécrose ou d'une cataracte, nous aimerions mieux avoir recours à un chirurgien entaché des doctrines modernes, et c'est probablement aussi le sentiment de ceux qui ne jurent que par ces grandes illustrations, tout en se souciant modérément sans doute de leur pharmacie et de leurs procédés opératoires.

La voix très faible de M. Amussat ne nous a pas permis de suivre complétement le fil de son discours; cependant nous en avons assez entendu pour craindre que ce chirurgien n'ait conservé sur le cancer quelques opinions et quelques illusions qui n'appartiennent plus guère qu'à l'histoire de l'art. C'est ainsi qu'il nous a paru ressusciter la singulière théorie de Maunoir, sur les rapports anatomiques et physiologiques qui unissent le cancer et le système nerveux. C'est ainsi encore que les émotions morales, ce grand pilier du *caput mortuum* étiologique, seraient le plus souvent cause du cancer, en même temps que l'hérédité serait la pierre de touche principale pour arriver au diagnostic; il est bien entendu, par conséquent, que le microscope n'est d'aucune utilité en pareille occurrence, puisqu'on peut s'en passer dans les cas tranchés, et que dans les cas douteux il peut y avoir dissidence entre les micrographes.

Quant à la guérison du cancer, voici ce qu'en pense M. Amussat : on peut l'obtenir quand on intervient de bonne heure, et une opération sanglante n'est pas même toujours indispensable pour arriver à ce beau résultat, puisque la compression a amené de si nombreux succès dans les mains de Récamier. L'orateur a guéri des *noli me tangere* et des cancers de l'utérus; ceux-ci surtout sont curables quand on les opère de bonne heure. Il cite d'autres exemples, mais j'en passe, et des meilleurs.

Le discours de M. Amussat aurait eu plus d'à-propos vers 1830, quand on ne connaissait pas les tumeurs glandulaires, quand on connaissait mal les diverses variétés de tumeurs ulcérées de la peau, et quand on ne se doutait guère que, sur trois cas de prétendus cancers du col de l'utérus, il y en a à peine un qui mérite ce nom, tant sont fréquentes en ce point les ulcérations entées sur des masses épithéliales, papillaires, glandulaires ou fibro-plastiques.

En 1854, lorsque toutes ces données sont monnaie courante, il convient de descendre un peu plus dans les détails, et de réfuter au moins, si on ne les admet pas, les travaux modernes qui ont tout simplement changé la science. Je doute un peu que M. Amussat se soit mis, par lui-même, au courant de tout ce que le microscope et les anatomo-pathologistes contemporains ont produit, sans quoi, sa sagacité aidant, il aurait, nous en sommes persuadé, tenu un langage plus en rapport avec les exigences scientifiques du moment actuel.

M. Cloquet ne nous a pas paru éditer d'aperçus nouveaux, son improvisation a été courte et ajoute peu à ce qu'il avait dit autrefois; mais il a reproduit un argument qui a déjà retenti plusieurs fois dans l'illustre enceinte, et avec lequel nous voulions tôt ou tard nous mesurer corps à corps : nous faisons allusion au triple aphorisme sur la non-spécificité de la cellule cancéreuse. Savoir si ladite cellule

lecture ou une improvisation ? C'est peut-être une *improvisation écrite*. L'orateur est-il *pro Milone* ou *pro Clodio*, ou pour tous les deux, ce qui ne serait pas merveille ? » Bref, tout révèle dans cette joûte académique une animation particulière; et cette chaleur se communique au dehors, même jusqu'à l'étranger, où quelques organes de la presse se hâtent d'intervenir.

Il est, cher confrère, un signe auquel on reconnaît d'ordinaire les débats où la science engage des intérêts nouveaux; c'est précisément la nécessité où sont les corps savants de compter avec le dehors. Jamais ce signe n'a été plus manifeste qu'en ce moment. Des deux partis qui se combattent, il en est un qui est presque tout entier étranger à l'Académie; il n'y est, jusqu'ici, représenté que par M. Robert. C'est beaucoup, sans doute, ainsi qu'on a pu en juger : mais enfin M. Robert ne peut prétendre au rôle de ce cornette d'Odessa, dont l'unique canon a opéré naguère d'une façon si triomphante. Le parti du microscope, beaucoup moins *microscopique* qu'on ne voudrait le faire croire, n'est pas dans l'Académie : il est dans des publications modernes; il est surtout dans les journaux. Aussi est-ce entre les journaux et la tribune que s'est bien souvent établie la conversation, et la GAZETTE HEBDOMADAIRE a eu l'honneur d'y avoir sa part. Ce fait n'a rien que de très naturel. L'Académie est un sénat; quelques personnes voudraient, à la vérité, qu'elle fût autre chose; mais sa constitution ne s'y prête pas; elle est et sera *in æternum* un pouvoir conservateur. Si les jeunes peuvent en faire partie, ils sont choisis par *les vieux*, pour emprunter à M. Velpeau un mot dont son talent, toujours vif et juvénile, repousse l'application. C'est donc seulement des disciples de l'esprit nouveau, c'est des travailleurs matineux de la vigne qu'il faut attendre la défense et la propagation des études microscopiques. Ne vous y trompez pas : la guerre que l'on déclare à quelques exagérations échappées dans les premières joies de la découverte porte plus loin qu'elle ne le paraît, ou peut-être qu'elle ne le veut. Elle tend à frapper de discrédit tout un ordre de recherches qui est une des gloires distinctives de la science moderne. Vous vous en assurerez aisément si vous voulez prendre garde à la nature des arguments qu'on emploie. Après avoir cherché à prouver qu'une tumeur peut récidiver, bien que dépourvue de cellules dites cancéreuses, on arrive à soutenir qu'il n'y a aucune relation entre l'apparence extérieure de la tumeur et sa composition intime; puis, que la détermination des éléments histologiques n'apprend rien de plus qu'un simple coup d'œil sur les caractères d'ensemble; puis encore que les données microscopiques ne sont qu'une véritable fantasmagorie. Et ainsi, de réserve en réserve, d'objection en négation, on aboutit de nécessité à

est homœomorphe, si elle caractérise anatomiquement le cancer, c'est poser une pierre angulaire indispensable.

C'est faire une détermination analogue à celle du naturaliste, qui ne range un animal dans les mammifères que lorsqu'il a découvert la mamelle, et qui en revanche, lorsqu'il trouve un animal muni de cet organe, le déclare mammifère, qu'il passe sa vie dans l'air, sur le sol ou dans l'eau, qu'il ait des ailes, des pattes ou des nageoires, etc.

Le moment est d'autant plus opportun que la non-spécificité a été soutenue aujourd'hui, non plus par un pathologiste étayant son sentiment sur la clinique seule, mais par un anatomo-praticien qui s'est efforcé de démontrer, par des arguments étranges, que cette cellule, et toutes les cellules pathologiques : pus, corpuscules granuleux, cellules végétales malades, sont une seule et même chose.

M. Delafond est sans contredit le premier et le plus radical des confusionnistes qu'il nous soit donné de connaître ; à peine peut-on en excepter les plus ardents défenseurs de l'unicité germanique. Jamais, en France du moins, nous n'avions entendu dire que les globules du pus, du tubercule; que les vésicules adipeuses du lipome; que les cellules cancéreuses, fibro-plastiques, que les lamelles, avec ou sans noyaux, des tumeurs papillaires ou épidermiques; que les corpuscules de l'enchondrome ou du spina-ventosa, fussent une seule et même chose; et c'est pourtant là que nous conduirait la généralisation hardie promulguée par ce vétérinaire, généralisation qui, à elle seule, suffit pour placer son auteur aussi loin des cliniciens du parti de M. Velpeau que des micrographes eux-mêmes.

Puisque cette malencontreuse cellule ne peut trouver asile comme espèce distincte, ni dans le camp des chirurgiens, ni dans celui des rares micrographes dont la voix se fait entendre à l'Académie, il faut bien qu'elle se réfugie quelque part, soit par exemple chez ses parrains, et comme nous sommes du nombre, nous allons tenter de répondre aux objections et des uns et des autres.

Nous demandons à rappeler, quelque surannée que puisse paraître cette citation, que l'illustre chancelier Bacon avait déjà remarqué que certains esprits sont aptes à percevoir les différences des choses, et que d'autres sont plus frappés des ressemblances qu'elles offrent : c'est ce qui est arrivé, comme le fait déjà remarquer M. Bérard aîné, pour les affections cancéreuses.

Les chirurgiens de nos jours qui combattent nos doctrines sont évidemment dans la seconde catégorie, et M. Delafond est un prototype parmi ceux qui interprètent ainsi les faits. Nous pourrions demander laquelle des deux voies a le plus de chance de conduire à l'erreur, et s'il vaut mieux confondre, tout en se laissant conduire par des analogies plus ou moins valables ou contestables, que de distinguer ce qui doit l'être. Guidé en ceci par l'expérience des siècles et par la dose de jugement qui nous est répartie, nous préférons la seconde tendance. Un auteur du siècle dernier, qui a étudié avec sagacité pour son temps les maladies cancéreuses, Jean Pearson, de Londres, disait, en 1793 : « Un soin exagéré de déterminer les points de ressemblance des maladies peut devenir à son tour une cause d'inattention à leurs différences. » Et plus loin : « Mais, *en pratique*, il est souvent plus important de distinguer les différences que les ressemblances des maladies. » (J. Pearson, *Observ. pratiques sur les malad. cancér.*, Londres, 1793, trad. par J.-P. Dupin, dans *Mél. de chirurg. étrang.*, t. II, 1825, p. 13 et 14.)

Il nous serait facile de démontrer qu'on a réalisé un progrès très sérieux en médecine, toutes les fois qu'on a séparé deux maladies auparavant confondues, et que ces distinctions impérieusement commandées n'effraient guère que les gens qui craignent toujours d'avoir trop à apprendre.

Depuis qu'on a distingué le sarcocèle syphilitique du sarcocèle cancéreux, on remplace la castration par quelques grammes d'iodure de potassium ; depuis qu'on a distingué le croup de la laryngite striduleuse, on a pu poser plus nettement les indications de la trachéotomie; depuis qu'on a reconnu les divers obstacles au cours de l'urine, on a su dans quels cas il fallait employer les grosses ou les petites sondes et opérer sur le col de la vessie ou le point rétréci. Depuis que les hypertrophies glandulaires ont été séparées des cancers, on a pu rassurer les familles dans certains cas, et porter en toute assurance ce fameux pronostic, l'honneur du médecin, comme disait Hippocrate, etc., etc. Je ne veux point nier tout l'intérêt qui s'attache à reconnaître les affinités morbides, et la thérapeutique de la syphilis et de la scrofule en tire de grandes lumières; mais confondre ou rapprocher sont tout autre chose, et je pense que personne ne se laissera tromper sur les différences qui séparent ces deux opérations intellectuelles.

Si les progrès de la science consistent surtout dans les distinctions utiles, il faut dire qu'il est une cause puissante qui retarde et entrave singulièrement ce progrès précieux : cette cause, c'est la tradition ou le système.

C'est la tradition, surtout, qui entraîne les chirurgiens à voir le cancer dans toutes les maladies qui récidivent; c'est

---

cette conséquence, qui reste pourtant encore à formuler, que l'oculaire et l'objectif ne sont que des jouets d'enfants, et que le scalpel seul est un instrument digne d'un anatomiste qui se respecte.

Voilà le fond des choses. C'est là-dessus qu'on discute. Tout ce qu'on dit pour maintenir la question en deçà de cette conclusion extrême est courtoisie pure. La courtoisie, certes, est chose louable, et nous y sommes, pour notre part, fort sensible ; mais il ne nous plairait pas que l'on s'en servît comme d'un poison doucereux, pour tuer le progrès. Pour le dire en passant, les vivacités d'une discussion n'ont jamais revêtu de formes plus agréables. De part et d'autre, on se décoche la pointe avec une légèreté calculée ; on ne fait une blessure de la main droite qu'en présentant le baume de la main gauche, et les luttes corps à corps se terminent toujours par une accolade.

Quâ modo pugnœrunt jungunt sua rostra columbæ.

C'est un exemple à enregistrer.

— Vous ne doutez plus, cher confrère, de l'existence d'une race d'hommes à queue. La *Gazette hebdomadaire* s'étant chargée, sur ce chapitre, de votre éducation, vous n'avez plus le droit de prétexter d'ignorance. Nous avons à vous transmettre aujourd'hui un autre renseignement sur l'ancienneté des indications relatives à cette intéressante variété de notre espèce. Elle nous vient d'un savant que de longues études sur l'iconographie et la paléographie ont fait vivre dans un commerce étroit avec le moyen âge, de M. le comte Auguste de Bastard, membre du Comité de la Langue, de l'Histoire et des Arts de la France, auteur des PEINTURES ET ORNEMENTS DES MANUSCRITS. Voici la lettre qu'il a bien voulu nous adresser :

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Je vous demande la permission de rectifier un seul point de l'article intéressant que vous avez publié sur les *hommes à queue* dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE du 20 octobre 1854. « La première indication, dites-vous, remonte à 1677. » Cette assertion m'avait paru hasardée, et elle n'est pas, en effet, d'une entière exactitude. Je pourrais vous rappeler d'abord la punition infligée à quelques Bretons (Anglais) par saint Augustin (l'apôtre de l'Église anglicane), en expiation des insultes et moqueries dont lui et ses compagnons avaient été l'objet. Ils

un système hypothétique par excellence qui a poussé M. Delafond à conclure à l'identité de nature de toutes les productions pathologiques affectant la forme de cellules. Car, ce ne peut être qu'une préoccupation despotique qui a pu aveugler cet auteur, et lui faire dire les choses énormes que nous avons entendues.

On se rappelle bien que M. Velpeau, dans son livre et dans ses deux discours, a dit : « La cellule cancéreuse n'est pas » spécifique, et cela pour deux raisons :

» 1° Parce que des cancers bien constatés ne contiennent » pas cette cellule ;

» 2° Parce qu'elle a été trouvée dans des tumeurs non » cancéreuses. »

Il importe extrêmement de discuter ces deux théorèmes. Dans son dernier discours, M. Velpeau a invoqué des faits pour démontrer chacun d'eux. Commençons par le premier : Un marchand de bois de la rue du Cherche-Midi portait au nez une tumeur polypiforme qui avait été examinée par MM. Richet, Laugier, Nélaton et plusieurs autres. On jugea que c'était un cancer. On enleva une végétation de la surface. M. Lebert, ayant examiné ce fragment, déclara que cela n'était pas un cancer (M. Velpeau ne nous dit pas ce qu'avait trouvé cet habile anatomiste). Encouragé par ce témoignage, M. Richet enleva la tumeur (il ne paraît pas que l'examen de cette tumeur extirpée ait été fait ; au moins l'observation est muette sur ce point). Le malade alla bien pendant quelque temps, puis le mal récidiva, puis l'homme mourut. *La tumeur récidivée contenait des cellules en abondance.* C'est en vain que je cherche comment ce fait prouve qu'un cancer bien constaté peut ne pas renfermer de cellules, quand précisément je vois qu'elle en renfermait à profusion ; il est tout à fait impossible, ce me semble, d'affirmer davantage qu'elle en était dépourvue lors de la première opération. Que prouve l'examen d'un bourgeon superficiel, qui appartenait sans doute à la muqueuse refoulée par la tumeur ? En pareil cas, *il est indispensable d'avoir toute la tumeur.* M. Velpeau, en me faisant l'honneur de me citer dans son dernier discours, a dit que, suivant moi, une tranche de la tumeur suffisait. Ainsi interprétée, ma pensée lui donnerait raison, quand il ajoute un peu plus loin : « Si donc on n'a pas trouvé de cellules, » c'est qu'elles n'existaient pas. » Je me serai sans doute mal fait comprendre de notre savant antagoniste. Je crois cependant avoir dit qu'une tranche suffisait quand on avait trouvé la cellule en question, mais que le résultat de l'examen était tout autre, suivant qu'il avait révélé ou non la présence de l'élément en question. Je me résume, en disant que l'observation précédente ne prouve pas ce que M. Velpeau veut démontrer, et qu'une fois de plus, au contraire, elle montre la coïncidence entre la malignité, l'issue funeste et l'existence de nombreuses cellules cancéreuses.

M. Velpeau a cité un second fait, mais nous éprouvons beaucoup de difficultés à le discuter, et voici pourquoi. Nous lisons à la fois cette observation dans le discours académique du chirurgien de la Charité et dans son livre, *Traité des maladies du sein*, 1854, p. 471, où il est intitulé *cancer anomal*. On ne saurait mettre en doute qu'il s'agit bien du même fait ; mais il y a de si grandes différences entre la version académique et celle du livre, que, nous en sommes convaincu, les comptes rendus de la séance ont défiguré complétement la narration de M. Velpeau. Il suffit d'avoir les deux textes sous les yeux pour s'en convaincre, et cette confrontation est indispensable. Malgré l'embarras qui surgit nécessairement de cet incident bibliographique, nous allons examiner le fait en nous servant, bien entendu, de la version du livre, la seule capable de faire foi en pareil cas.

Voici l'intitulé de l'observation : *Affection vasculaire occupant toute la région mammaire gauche avec hypertrophie de la peau et des tissus sous-jacents. — Difficultés du diagnostic ; cancers subséquents.*

Une femme de cinquante-huit ans avait la mamelle *gauche* couverte de plaques dures, arrondies, rougeâtres, indolentes, mal caractérisées, légèrement excoriées à leur surface, et de taches variqueuses livides qui sont le point de départ de tubercules, isolés d'abord, qui se réunissent plus tard pour former des plaques, etc., etc.

Le mamelon et l'auréole ne se prirent que plus tard ; la peau elle-même s'hypertrophia, et sans doute avec elle les tissus cellulaire et adipeux sous-cutanés. Le développement fut lent, la santé resta excellente, le mal indolent, sauf dans les premiers temps ; les ganglions axillaires étaient sains ; des tumeurs semblables apparurent au-dessus de la malléole et disparurent spontanément.

La malade quitte le service de M. Velpeau et entre à Saint-Louis ; les caractères de la lésion se rapprochent de plus en plus de ceux du cancer, les végétations deviennent le siége d'hémorrhagies et laissent couler un liquide jaunâtre d'une odeur nauséabonde.

Jusqu'à ce jour, la peau seule est envahie par les tuber-

---

furent condamnés à porter une queue, à l'instar des animaux. Ce récit d'un hagiographe fait ainsi remonter la queue humaine aux dernières années du VI^e siècle : car c'est à cette époque que florissait le célèbre archevêque de Cantorbéry. Je pourrais encore produire certaines représentations léguées par le moyen âge ; mais, ne reprenant pas les choses d'aussi loin, je me contente de mettre sous vos yeux un passage fort curieux d'Augustin du Paz, historien des Maisons illustres de Bretagne, religieux de l'ordre des Frères-Prêcheurs du couvent de Notre-Dame de Bonnes-Nouvelles-lez-Rennes, imprimé à Paris en 1619, et tendant à établir, comme preuve du miracle ci-dessus rappelé, l'existence, en l'année 1552, d'une race d'*Anglais* pourvus d'une véritable queue.

Durant le siége de Metz par Charles-Quint (1552), raconte cet auteur, les Impériaux s'emparèrent de la ville et du château d'Hesdin, bientôt repris par les ducs de Vendôme et d'Étampes : « Furent aussi reprises » (je transcris textuellement) plusieurs villes et chasteaux sur les Impe- » rialistes, comme Tournon, Layon, et Simes, et le chasteau le Compte, » qui fut pris d'assaut ; parce que ceux qui estoient dedans ne se vou- » lurent jamais rendre, encore que leur Capitaine s'en fust fuy par-dessus » les murailles, qui eust bien voulu se rendre. Mais ses soldats, qui » estoient Anglois forbannis, que la Royne d'Hongrie (*sœur de l'Empereur*) » y avoit mis, aimerent mieux mourir en la breche que de se rendre. Et » furent appellez *les Anglois quoüez*, pour ce qu'on leur trouva au bas » des reins au bout de l'espine du dos une petite queuë. Il est à croire, » qu'ils estoient de la race de ces Anglois, qui par moquerie attacherent » des grenoüilles à la queuë des chapperons de S. Augustin, et autres » saincts personnages Moynes, envoyez par sainct Gregoire annoncer » l'Evangile aux Anglois, qui en punition de leur moquerie se trouverent » quoüez. » (*Histoire généalogique de plusieurs Maisons illustres de Bretagne, enrichie des armes et blasons d'icelles,... avec l'histoire chronologique des Evesques de tous les dioceses de Bretagne*, in-folio, Paris, M.DC.XIX. — Page 74 de l'*Histoire des Maisons de Penthevre et d'Avaugour.*)

La citation d'Augustin du Paz m'a suggéré une pensée qui se rattache aux études physiologiques, et je ne peux m'empêcher, à ce titre, Monsieur le rédacteur, de la soumettre à votre jugement. Voyant qu'en Angleterre, depuis nombre de siècles, le bas peuple traite les gens du continent, les Français surtout, de *mangeurs de grenouilles*, je me suis demandé s'il ne faut pas aller chercher dans l'amour inné des Anglais pour les coutumes et les opinions de leurs aïeux, la connexion qui existe certainement entre le méchant quolibet, encore répété, et la plaisanterie insultante des

cules et les végétations. *La mamelle sous-jacente paraît absolument saine.*

Le sein *droit* se prend à son tour, mais d'une tout autre manière : point de production érectile, point de tubercules ni de plaques à la surface.

Le sein *gauche* avait acquis rapidement beaucoup de volume; le sein *droit* se rétracta, au contraire, de prime abord au centre, et offrit les caractères assignés au squirrhe atrophique. Les ganglions correspondants étaient sains; il n'y avait plus de douleurs. L'état général était resté bon. Cependant, une pleurésie survient et amène la mort.

A l'autopsie, un trouve un épanchement pleurétique à droite, des vestiges d'une ancienne pleurésie à gauche; une dizaine de noyaux cancéreux dans le foie. La mamelle *gauche* est lardacée, jaunâtre; le muscle grand pectoral a subi une altération analogue. La mamelle droite est constituée *par un tissu très dur criant sous le scalpel.* Notre savant ami, M. Robin, examine une tranche superficielle de la mamelle gauche, un morceau de la mamelle droite, une des masses morbides du foie, et trouve la cellule cancéreuse dans le foie et dans la surface de la mamelle *gauche.* Dans la portion qui répond aux conduits galactophores, il n'y a pas de cancer. *A droite, la mamelle ne renferme absolument que du tissu fibreux et quelques culs-de-sac mammaires pourvus de leur épithélium; il n'y a pas traces de cancer.*

Voici le résumé fidèle de ce fait important, et voici le parti qu'en tire M. Velpeau (p. 492), qui s'écrie : « L'exemple de cancer anomal relaté à la page 471 ne donne-t-il pas de son côté un démenti éclatant aux prétentions du microscope avec ces cellules à gauche, où le mal *pouvait* être bénin, et son défaut de cellules à droite, où le cancer était évident! »

Nous sommes extraordinairement surpris de cette conclusion. Rien ne nous paraît plus malin que la lésion du côté gauche, d'après la description de M. Velpeau lui-même, et nous y trouvons pour notre part tous les caractères cliniques les plus tranchés du cancer cutané le plus effroyable. La lésion du côté droit nous alarme beaucoup moins, toujours au point de vue clinique; car en même temps la description anatomique de la mamelle droite nous dit seulement qu'elle était constituée par un tissu très dur, criant sous le scalpel; ce qui, dans notre manière de voir, ne signifie absolument rien. Et si, à notre tour, nous essayons d'intituler cette observation, nous dirons : « *Cancer cutané bien caractérisé à gauche, ayant amené l'infection générale et la mort. Atrophie de la mamelle droite.* C'est le microscope qui nous apprend à faire cette distinction; car M. Robin nous a montré à la Société de biologie, il y a quelques mois, que sous le nom de *ancer atrophique*, on avait pu décrire souvent une lésion inconnue jusqu'alors, qui s'accompagne d'induration de la mamelle avec rétraction du mamelon, et qui n'a cependant du cancer ni la marche, ni les lésions élémentaires, ni le pronostic funeste.

Comme, en résumé, la mamelle *droite* n'était pas cancéreuse, il n'est pas surprenant que la cellule y ait fait défaut; comme la peau de la mamelle gauche était cancéreuse, il n'est pas surprenant que la généralisation et la mort soient survenues. Il est donc désormais impossible de faire servir à la démonstration du premier théorème de M. Velpeau une observation où le cancer cutané a été presque méconnu et où le verdict de cancer a été prononcé sur la mamelle droite, inno cente du résultat funeste qu'a eu la maladie.

Dans tous les cas, cette affection est remarquable, puisqu'elle offre à elle seule le cancer des chirurgiens à droite, celui des anatomistes à gauche. Nous laissons nos lecteurs libres de la baptiser à leur guise.

A la page 492 de l'ouvrage cité, on trouve une troisième observation, c'est celle de cette fameuse tumeur examinée par cinq micrographes, qui n'y ont point trouvé la cellule cancéreuse. L'auteur dit cependant que c'était bien un cancer. MM. Robert et Malgaigne, déjà, nous ont paru peu édifiés sur la valeur de ce fait, et ils ont tout naturellement demandé ce qu'avaient trouvé les cinq micrographes. M. Velpeau, dans son second discours, n'a nullement songé à satisfaire cette curiosité si légitime, et personne ne sait encore ce qui constituait cette tumeur, qui avait, sans doute, pourtant une structure quelconque. Cette observation est de tous points fort incomplète, car voici ce qui est dit de la terminaison : « Or, la malade, qui a fini par guérir de sa plaie, n'a pas tardé à voir de nouvelles tumeurs se former autour de la cicatrice, à tomber dans la cachexie cancéreuse la plus complète. »

Quelle était la nature de ces nouvelles tumeurs? Se sont-elles ulcérées? Se sont-elles reproduites dans les viscères? Quel a été le résultat d'une autopsie aussi importante? Le mot *cachexie* ne veut rien dire à lui tout seul et sans des détails que M. Velpeau aurait bien dû fournir dans son dernier discours.

Après avoir disséqué les trois observations qui appuient le premier théorème de M. Velpeau, je pense que chacun com-

---

Bretons à l'égard de saint Augustin et de ses compagnons . . . .

Il y a donc toujours à prendre dans ces vieux historiens des familles, plus érudits, plus consciencieux qu'on ne croit, et que les *Biographies* dites *Universelles* passent dédaigneusement sous silence. Pour mon compte, j'ai recueilli dans les divers ouvrages d'Augustin du Paz des traces d'usages tout à fait oubliés, des épisodes militaires pleins d'intérêt, qui ne sont pas ailleurs. Et, sans sortir du paragraphe rapporté, n'est-il pas singulier d'y lire les noms des villes ou châteaux de Tournon, de Layon, de Simes et de Chasteau-le-Compte, ou de Contes, dont les dictionnaires de géographie ne font aucune mention.

Agréez, monsieur le rédacteur, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués.

Auguste de Bastard.

Voilà une singulière mention d'hommes à queue venus d'Angleterre en France il y a juste trois cents ans. Que ce soit une historiette, il y a grande apparence; mais ce document est vraiment une curiosité dans l'historique de la question.

— L'homme à queue nous fait songer à l'anatomie comparée, l'anatomie comparée aux écoles vétérinaires, et les écoles vétérinaires à notre bon et loyal ami, le docteur Didot (de Liége), qui a été nommé récemment directeur de l'École vétérinaire de Cureghem. Et voilà comment nous pouvons être excusé de passer, sans plus de transition, d'une sorte de demi-singe à un homme d'esprit. Un chirurgien qui travaille dans la partie de l'espèce humaine chargé de diriger l'étude de la médecine vétérinaire! Ce serait pour faire jeter les hauts cris chez nous. Il n'est pas sûr qu'on ne les jette pas à Cureghem et aux environs; mais pour apprécier cette mesure, il faut tenir compte des circonstances où on l'applique. Quel peut en être l'avantage? De donner une impulsion à l'étude de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie comparées. En France, on a beaucoup fait déjà sous ce rapport, grâce à l'état florissant de la médecine vétérinaire, à la science profonde et étendue de ceux qui l'enseignent dans les écoles impériales, à l'activité et à l'expansion du mouvement scientifique dans toutes les directions, à l'association fréquemment réalisée des deux ordres de connaissances ou des deux ordres de savants, et consacrés par d'importants travaux. Dans un centre plus restreint, le seul moyen d'accélérer un progrès si désirable était peut-être de le placer sous la responsabilité d'un médecin doué tout à la fois de l'alacrité intellectuelle qui conçoit vite et bien, de l'instruction qui éclaire la recherche,

prendra la nécessité d'apporter d'autres faits moins critiquables.

Le second théorème de M. Velpeau est le suivant : *Des tumeurs de nature positivement bénigne renferment la cellule dite cancéreuse*. Des faits servent encore à l'étayer. Ils sont de deux catégories : les uns, privés de détails, ne prouvent pas grand'chose ; les autres, nous les acceptons, quoique M. Velpeau lui-même fasse, à la fin de l'observation de la page 493, une réserve dont nous pourrions tirer profit. Nous tenons donc peu de compte des indications suivantes, beaucoup trop écourtées : « 1° Il y a quelques années, j'ai amputé la cuisse à une dame pour une tumeur dans laquelle on trouva la cellule cancéreuse ; cette dame est très bien aujourd'hui. 2° J'ai amputé également une jeune fille pour une maladie du condyle externe du tibia ; on y a également trouvé la cellule cancéreuse, et cependant cette fille vit encore : *il y a de cela quinze ans* (1).

Les autres faits ont, au contraire, de la valeur : 1° Il s'agit d'un malade qui portait des fongosités au talon ; au point de vue clinique, cela ne ressemblait en rien aux affections cancéreuses. M. Broca trouva la cellule. Le malade a bien guéri, et la récidive ne s'est pas montrée depuis 1851, époque à laquelle il a été opéré.

2° M. Lebert trouva la cellule cancéreuse dans une tumeur hématique qui, suivant le livre de M. Velpeau, occupait l'épaisseur de la mâchoire supérieure (p. 493), et qui, dans son premier discours, est donnée comme siégeant sur la lèvre, à telles enseignes que, pour opérer, on fendit la lèvre pour en extraire la matière hématique. Je passe outre sur ces différences de texte. Cette jeune fille est parfaitement guérie ; il y ad e cela plusieurs années.

3° MM. Follin et Lebert, en 1845 (la date n'est pas sans intérêt), examinent une tumeur adénoïde, et franchement bénigne pour M. Velpeau ; ils y trouvent des cellules cancéreuses en certaine quantité. La malade, longtemps suivie, n'a pas eu de récidive. Nous n'avons rien à objecter à cette observation, si ce n'est l'époque à laquelle l'examen microscopique a été fait. Mais, acceptons franchement ce fait, il pourrait être rangé à côté de ceux où M. Velpeau a été assez heureux pour obtenir la guérison dans le cas où la cellule cancéreuse était très abondante et où sa présence coïncidait avec les caractères cliniques du cancer. Mais que prouvent les uns et les autres ? Démontrent-ils que la cellule cancéreuse n'est pas spécifique, ou bien que la présence de cette cellule n'entraîne pas nécessairement la mort ? En interprétant ainsi les faits, M. Velpeau se prive volontairement des arguments les plus solides pour la démonstration de la curabilité du cancer.

Après avoir montré ce que valent les objections de nos adversaires chirurgiens contre la spécificité de la cellule cancéreuse, nous allons examiner quelle créance méritent les opinions anatomiques de M. Delafond ; nous ne nous occuperons pas aujourd'hui de la partie clinique de son discours, partie qui n'a été qu'effleurée et qui sera le sujet d'une nouvelle communication du même auteur.

C'est bien l'occasion de regretter, avec M. Larrey, que l'Académie ne compte pas dans ses rangs un seul anatomiste micrographe, sans quoi les faits avancés par M. Delafond ne resteraient pas longtemps debout, et nous n'aurions pas la peine de les discuter ici. L'orateur, qui avoue n'être pas un micrographe complet, commence cependant par se fournir à lui-même des certificats de compétence et d'habileté en matière de microscope, en nous affirmant que, comme élève et collaborateur de M. Gruby, il manie depuis plus de quinze ans l'instrument en question. Nous serions tenté, en ce moment, de nous écrier, comme M. Malgaigne, à propos du microscope dont se serait, à ce qu'il paraît, servi Scarpa : « Mais quel microscope, grands dieux ! » Celui de M. Delafond, en effet, lui a fait voir que les cellules ou cancéreuses ou fibro-plastiques, et les globules de pus, étaient identiques ou à peu près.

Quoi qu'il en soit, l'orateur a examiné des cancers encéphaloïdes, et il y a trouvé une cellule dont il montre de nombreux dessins assez gigantesquement grossis (ils n'ont guère moins d'un pied de diamètre) pour être aperçus du fond de la salle. Il donne de ces cellules une description qui n'offre rien de nouveau, et qui ressemble en tout point à celle que M. Lebert a donnée il y a une dizaine d'années bientôt.

Jusque-là tout va bien ; mais il s'agit de démontrer : 1° Que cette cellule ne caractérise pas le cancer, car elle se trouve dans beaucoup de produits pathologiques ; 2° qu'elle ne diffère point sensiblement de la cellule fibro-plastique ni du globule purulent lui-même. Voici comment procède M. Delafond.

La cellule cancéreuse n'a rien de spécial : c'est une cellule comme une autre. Ici se place une excursion dans la botanique dont nous ne saisissons ni le sens, ni l'utilité ; puis il parle des œufs des acarus et des filaires, qui sont aussi com-

(1) C'est sans doute un *lapsus linguæ*, car j'ignore qui a pu trouver la cellule cancéreuse en 1839, ou du moins il eût été utile de le dire.

---

et de l'activité qui assure les applications. Pourquoi le prendre dans la médecine humaine plutôt que dans la médecine vétérinaire ; car, lorsqu'il s'agit de comparer le cheval et l'homme, ne connaître que l'homme ou ne connaître que le cheval, c'est le même inconvénient ? D'accord. On aurait trouvé à Bruxelles un vétérinaire tout aussi bien qu'on a trouvé un chirurgien ; rien de plus juste. Et pourtant... comment dire ?... l'homme, que traite le chirurgien, l'emporte sur l'animal, que traite le vétérinaire. *Os homini sublime dedit*, les poëtes sont d'accord là-dessus... Voilà précisément la raison du choix ; c'est une raison de préséance.

Agréez, cher confrère, en attendant une autre lettre moins tardive que celle-ci, etc.

A. Dechambre.

M. Poggiale, professeur à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, est nommé pharmacien principal de première classe en remplacement de M. Laporte, retraité.

— Ont été commissionnés médecins et pharmaciens aides-majors stagiaires à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires : *Médecins* : MM. Porriquet, Laval, Vialaneix, Huguet, Lagreula, Lex. *Pharmaciens* : MM. Boussard, Viltard, Lamotte, Gélabert.

— La rentrée solennelle des trois Facultés et de l'École de pharmacie a eu lieu le 15 novembre, à Montpellier, sous la présidence de M. Donné, recteur. M. le professeur Mondot, de la Faculté des lettres, a prononcé un discours sur Bacon, et la manière dont ce philosophe a jugé les anciens.

Les prix de fin d'année ont été ensuite proclamés comme il suit : 1re année, M. *Planchin* ; 2e année, M. *Chabrié* ; 3e année, M. *Vigual* ; 4e année, M. *Villars*.

— Suivant le *Dublin Medical Press* (15 novembre), dans le bombardement de Sévastopol, il y a sur la flotte 44 tués et 266 blessés. Dans les hôpitaux de l'armée de terre, on perd 80 malades par jour.

posés de cellules, fait connu, mais qui nous paraît également d'un médiocre intérêt dans la question. Nous arrivons à deviner que l'orateur veut prouver que l'élément anatomique en forme de cellules est très universellement répandu dans les organismes animaux et végétaux, fait trop banal pour qu'on y insiste.

Mais si la cellule normale existe, il y a aussi une cellule pathologique. Au fond, ces deux éléments se ressemblent, elles ne diffèrent qu'en un point que voici : se développant dans un blastème primitif et préexistant, si elles sont normales, elles se remplissent aux dépens de ce blastème d'un liquide homœomorphe ; si elles sont pathologiques, c'est un liquide hétéromorphe qu'elles absorbent. C'est là que gît la découverte.

La cellule du cancer et la cellule d'épithélium, par exemple, sont une seule et même chose; elles ne se distinguent qu'en raison du blastème liquide différent qu'elles absorbent. L'hypothèse d'abord n'est pas neuve, elle n'est pas susceptible d'une démonstration physique, au moins dans l'état actuel de la science ; mais elle a un avantage, c'est de permettre de ne tenir aucun compte des caractères de forme, de dimension, de structure, de composition chimique des différentes cellules normales et pathologiques. C'est là une intuition élevée bien appréciée par certains esprits transcendants, et fort commode surtout, parce qu'elle dispense des patientes études histologiques et permet de créer l'anatomie pathologique au coin du feu.

La cellule normale, étudiée dans son développement, subit, suivant M. Delafond, des phases régulières. Dans le plasma liquide apparaissent d'abord des granulations moléculaires, celles-ci se groupent pour former des noyaux, ceux-ci s'entourent bientôt d'une cellule.

La cellule qu'on trouve dans l'encéphaloïde, dans les tumeurs fibro-plastiques, se développe de même : ce qui prouve l'identité pour l'orateur, et ce qui, pour nous, au contraire, prouve tout simplement une analogie très facile à comprendre.

La cellule normale subit des transformations de deux espèces. Tantôt elle change de forme et devient fibre en s'allongeant, ou tube en se soudant, probablement aussi fibre musculaire en se fusionnant avec les voisines. Tantôt c'est le contenu qui change : ainsi elle se pénètre de graisse, et devient vésicule adipeuse; de matière calcaire, et devient corpuscule osseux, etc., etc. C'est là, comme on le voit, la théorie cellulaire de Schwann dans toute sa pureté, et M. Delafond ne se rappelle pas sans doute que cette grande conception, qui a été utile surtout comme moyen provocateur des recherches modernes, s'écroule aujourd'hui de toutes parts, aussi bien que la théorie plus hypothétique encore des transformations pathologiques. Conséquent avec son principe, l'orateur admet aussi dans la cellule pathologique des transformations de composition chimique et des transformations de forme. Tout ce roman est d'une simplicité charmante.

M. Lebert, et tous ceux qui se sont servis sérieusement du microscope, ont décrit et fait représenter les cellules types du cancer, du tissu fibro-plastique et du pus, avec des différences considérables de forme, d'apparence, de volume, de composition chimique; cela n'arrête pas M. Delafond. Comme il a admis *à priori* que tout cela est chose identique, toujours la fameuse cellule pathologique, il se débarrasse de cet argument embarrassant par le procédé suivant :

Il a exécuté d'autres planches aussi gigantesques que les premières, et qui sont destinées à démontrer que les différences précitées n'existent pas.

Chaque planche se compose de deux figures : d'un côté est la cellule cancéreuse, de l'autre une cellule fibro-plastique ou un globule de pus ; et pour ne pas être soupçonné de partialité, il annonce qu'il se servira des dessins de M. Lebert lui-même. Or voici comment il s'en sert. Il prend dans l'atlas de cet auteur les formes exceptionnelles de cellules cancéreuses, fibro-plastiques ou purulentes, et il les compare deux à deux.

Les cellules cancéreuses sont, en général, beaucoup plus volumineuses que les deux autres ; il prend les plus petites d'entre les premières, les plus grosses d'entre les secondes, et il arrive, avec l'aide d'un crayon grossissant ou diminuant, à démontrer ainsi, que les différences de volume sont nulles.

On rencontre souvent dans le cancer, comme dans les tumeurs fibro-plastiques, des cellules mères ; ces cellules ne peuvent nullement être confondues par un œil exercé : elles n'ont qu'un point commun, c'est la présence de plusieurs noyaux groupés et accolés dans une même enveloppe. Ces noyaux, il est vrai, diffèrent absolument dans les deux maladies ; mais dans les vastes plaques à noyaux multiples, grossièrement dessinées et mises sous les yeux de l'Académie, ces différences sont considérablement amoindries.

Les cellules fibro-plastiques sont fusiformes et pointues; on montre en regard des cellules cancéreuses pointues. Il est vrai que les secondes sont trois ou quatre fois plus grosses que les premières, que les noyaux et les nucléoles sont absolument différents ; mais le crayon atténue beaucoup ces distinctions.

Tous les éléments anatomiques sont susceptibles de présenter une altération particulière, qui consiste dans l'infiltration d'une foule de granulations graisseuses, très fines, qui masque presque complétement leur structure. Une même planche montre une cellule cancéreuse, une cellule fibro-plastique, un globule de pus infiltrés de graisse. Alors, si l'on ne tient plus compte des différences de volume et de forme, l'aspect des trois éléments est à peu près le même. M. Delafond en conclut à l'identité. On obtiendrait une déduction semblable, si l'on taillait cinq ou six cubes de substances tout à fait différentes, l'un de bois, l'autre de liége, un troisième d'albumine coagulée, et si on les montrait de loin après les avoir trempés dans l'encre.

Il serait facile également de découper une mince lanière dans le tendon d'Achille ou l'aponévrose *fascia lata*, puis de prendre un filet nerveux du même volume, puis encore un vaisseau lymphatique, et de convaincre les auditeurs, situés à distance suffisante, que tout cela n'est qu'un seul et même tissu.

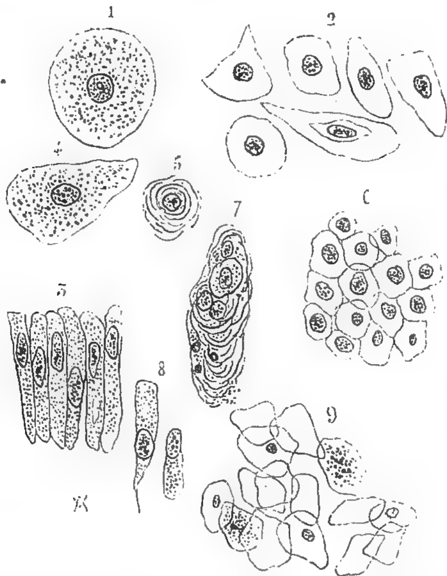
Nous ne nous sommes point aperçu que M. Delafond ait tenu le moindre compte des changements très importants que subissent les cellules pathologiques sous l'influence des réactifs chimiques, et des distinctions radicales que ces changements établissent entre les noyaux du cancer et les globules de pus, pour ne citer qu'un exemple.

Qu'on me donne, disait un magistrat célèbre, deux lignes de l'écriture d'un homme, et je le ferai pendre. M. Delafond a trouvé ces deux lignes dans l'atlas de M. Lebert, et s'en est servi pour chercher à détruire la valeur des belles distinctions établies par notre savant ami. Il a négligé les figures types représentées par cet auteur, pour ne prendre que les exceptions.

Une critique aussi sévère des assertions de l'honorable académicien était indispensable pour démontrer ce que je disais en commençant, à savoir, qu'entraîné par une idée théorique

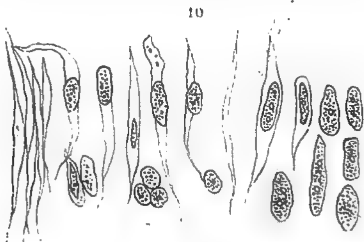
fausse, il avait poursuivi avec une incroyable ténacité les ressemblances en omettant toutes les différences. Pour confirmer la vérité de notre opinion, nous prions tous les esprits impartiaux de comparer les globules de pus, les cellules cancéreuses et fibro-plastiques, non-seulement dans le bel atlas de M. Lebert, mais encore dans les livres justement estimés de MM. Bennett et Paget, que nous avons actuellement sous les yeux, puis enfin dans tous les recueils modernes, où sont disséminés de nombreux spécimens histologiques, etc. Nous avions nous-même fait graver, il y a quelque temps, des dessins tirés de notre album, sans songer qu'ils seraient utilisables d'une manière si opportune et si prompte. On pourra voir d'un seul coup d'œil sur ces planches, dont l'exactitude sera appréciée par tous les connaisseurs, jusqu'à quel point est fondée la regrettable confusion dont l'observateur d'Alfort s'est rendu le fauteur. Nous nous serions contenté de cette réfutation sans réplique, si M. Delafond nous avait inspiré moins d'estime.

PLANCHE 1re. — Cellules d'épithélium prises de plusieurs productions épithéliales.



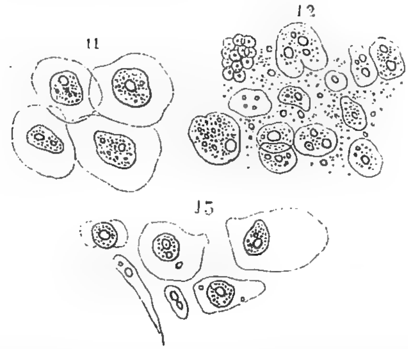
1 et 4. Grandes cellules épidermiques d'un cancroïde des lèvres. — 2. Cellules plus petites, même tumeur (obj. 7, oc. 2 Nachet.). — 5, 7. Globes épidermiques, de la même (obj. 2, oc. 1). — 6. Épithélium pavimenteux d'une végétation du prépuce ramollie (obj. 5, oc. 1).— 3, 8. Épithélium cylindrique d'une tumeur de la partie inférieure du rectum (obj. 7, oc. 2). — 9. Écailles épidermiques d'un cancroïde de la peau du visage (obj. 5, oc. 2).

PLANCHE 2. — Éléments fibro-plastiques d'une tumeur de la mamelle.



Noyaux libres, allongés et ovoïdes avec nucléoles très petits. — Cellules fibro-plastiques munies d'un noyau semblable. — Corps fusiformes agminés (obj. 7, oc. 2).

PLANCHE 3. — Éléments cancéreux.



11. Cellules types d'un cancer dans le tissu cellulaire sous-cutané.— 12. Noyaux libres et granulations moléculaires d'un cancer récidivé du sein. — 13. Cellules et noyaux d'un cancer de la verge. J'ai représenté ici des éléments de forme anormale (obj. 7, oc. 1).

AR. VERNEUIL,

Agrégé à la Faculté de médecine.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE COMPARÉE. — TRANSMISSION DU CHOLÉRA AUX ANIMAUX, NOUVEAUX DÉTAILS, par M. W.-L. LINDSAY, ancien médecin interne de l'hôpital civil des cholériques, à Édimbourg.

En gardant la même réserve que l'auteur sur les résultats de ses expériences (voir GAZETTE HEBDOMADAIRE, n° 34), *nous nous faisons un devoir de déclarer que nous attachons comme lui une très haute importance aux problèmes soulevés dans la note qu'il veut bien nous adresser. C'est par des recherches de ce genre qu'on pourrait espérer d'acquérir quelques notions vraiment neuves et élevées sur l'étiologie et la pathologie du choléra.* A. D.

J'ai peu de chose à ajouter au travail que j'ai publié dans le *Edinb. Med. and Surg. Journal*, avr. et oct., et dans l'*Associat. Med. Journ.*, septembre 1854, et dont la GAZETTE HEBDOMADAIRE a bien voulu s'occuper. Mes expériences, assez incomplètes, je l'avoue, devaient être suivies d'autres plus prolongées et plus exactes que je préparais alors. Je fus malheureusement obligé d'interrompre ces travaux, à cause de mon départ pour Dumfries, plus tard pour Perth, et enfin, par suite de la cessation momentanée de l'épidémie cholérique à Édimbourg. J'ai tenu à publier ces premiers faits, moins à cause de leur valeur intrinsèque, que dans le but d'attirer sur ce sujet l'attention des travailleurs plus capables, placés dans une meilleure situation, et dont les efforts seront, je n'en doute pas, récompensés par des résultats d'une grande importance. Je ne désire pas et n'espère point que les faits que j'indique soient admis comme parfaitement démontrés ; je cherche seulement à faire ressortir tout l'intérêt scientifique que présente l'étude de ce sujet. Heureux si mes efforts parviennent à faire continuer, par un observateur plus habile, des recherches que j'ai seulement commencées.

Pour arriver à la solution de la question que je propose, il est un certain nombre de points qu'il faut préalablement étudier.

1. Les maladies sporadiques des animaux, au point de vue de leurs caractères nosologiques, histologiques et chimiques.

2. Les épizooties des différents pays, avec des notions étendues sur la séméiologie, l'étiologie et la pathologie.

3. La différence de la maladie sporadique ou épidémique chez les animaux sauvages ou réduits à l'état de domesticité.

4. Les maladies sporadiques ou épidémiques des végétaux.

5. Les relations diverses pouvant exister entre les maladies épidémiques des végétaux, des animaux et de l'homme.

6. La constitution épidémique de l'atmosphère exerçant également son influence sur tous les êtres organisés. — De la connaissance de ces premières propositions, on pourra arriver à résoudre les suivantes :

7. L'influence du choléra sur les animaux.

8. L'influence sur les animaux des autres poisons atmosphériques ou miasmes qui exercent sur l'homme une action délétère.

9. Les maladies, surtout les affections contagieuses, peuvent-elles se transmettre d'un animal à un autre individu de la même espèce ?

10. Le choléra se communique-t-il entre divers individus d'une même espèce animale ?

11. Les maladies contagieuses sont-elles susceptibles d'être communiquées par un individu à d'autres de genre et d'espèce animale différents ?

12. Le choléra peut-il être transporté ainsi d'un animal à d'autres d'espèce et de genre différents ?

13 et 14. Les maladies contagieuses, et enfin le choléra, sont-ils susceptibles d'être communiqués de l'homme aux animaux, et *vice versâ ?*

Chacun de ces sujets, isolément d'une haute importance, devrait, suivant moi, former le point de départ d'investigations sérieuses, entreprises par des observateurs versés dans la connaissance générale des sciences (chimie, histologie, pathologie humaine, médecine vétérinaire ; botanique, zoologie). Ces travaux seraient exécutés simultanément dans différents pays. Je suis convaincu que les résultats auxquels on arriverait ainsi ajouteraient notablement aux découvertes de la science moderne.

L'étude de l'influence naturelle de la constitution atmosphérique sur les plantes et les animaux inférieurs est surtout destinée à jeter une vive lumière sur mes expériences. Ce sujet n'a malheureusement jamais été étudié assez sérieusement. Avant l'épidémie actuelle, plusieurs contrées d'Écosse furent désolées par la maladie des pommes de terre ; en même temps on remarqua une mortalité considérable des coqs de bruyère ; dans les épidémies antérieures, ou avant leur apparition ou pendant leur cours, on signala des maladies sérieuses sévissant sur diverses espèces de plantes sur les chevaux, le bétail, les porcs, la volaille, les lapins et les lièvres, enfin sur les corneilles et d'autres oiseaux. Dans beaucoup de cas, l'observation incomplète des symptômes pendant la vie et des lésions après la mort, empêcha de reconnaître la nature de la maladie ; ailleurs, quelques observateurs attribuèrent la mortalité à des lésions des intestins, du poumon, à des complications ou à des combinaisons de ces deux ordres d'altérations ; enfin, dans certaines contrées de l'Écosse, la maladie fut étudiée avec soin, et la cause de la mort fut attribuée alors au choléra ou à une affection cholériforme. En 1833, on observa à Edimbourg et dans les environs, pendant la durée de l'épidémie, des cas nombreux de choléra chez les chevaux et les vaches (*Prof. Dick in Veterinarian.*, avr. 1833), et beaucoup de fermiers, dans diverses parties de l'Écosse, furent ruinés par la mort rapide de leurs troupeaux. A la même époque, on vit une mortalité considérable régner sur les corneilles et d'autres espèces d'oiseaux ; je crois qu'on a également indiqué qu'on avait vu périr, pendant la même époque, pendant ou avant l'épidémie cholérique, un grand nombre de saumons, de harengs ou d'autres poissons. On a noté partout, dans les pays visités par les épidémies de choléra, quelque temps avant l'invasion du fléau, l'apparition subite et la propagation rapide de maladies qui sévissaient sur les végétaux et les animaux domestiques. Malheureusement, on a peu ou point examiné le rapport de ces maladies avec le choléra ; aussi avons-nous peu de renseignements ou de notions de quelque valeur sur leur véritable nature. Il semble qu'à certaines époques un poison volatil puissant, également délétère pour l'homme, les animaux et les végétaux, surcharge l'atmosphère.

En 1832 et en 1849, pendant les épidémies de choléra qui régnèrent sur le continent, on observa une affection épidémique sur les poulets, les oies, les canards, les paons, les faisans et les lapins. De même, dans la basse Autriche, en Moravie, en Gallicie, en Bohême, d'après les rapports officiels faits à la faculté de médecine de Vienne (*Jahrb. d. Oest. Staates*, 1835), la santé des diverses espèces animales était gravement altérée. La maladie qu'on observait offrait les caractères d'une affection cholériforme ayant la plus grande analogie, sous le rapport de ses symptômes et de ses lésions, avec le choléra de l'homme. Les caractères et l'invasion simultanée de l'épidémie et de l'épizootie ne permettent donc pas de les regarder comme des affections de nature différente. L'épizootie frappa sur toutes les espèces animales. Comme on aurait pu le croire au premier abord, la cause du mal ne résidait pas uniquement dans l'atmosphère ; car beaucoup d'êtres qui vivent dans l'eau, des poissons, des crabes, des sangsues moururent en grand nombre. Parmi les animaux domestiques, ceux que la maladie parut épargner le plus furent les espèces qui, par la structure de leur appareil digestif, s'éloignent le plus de l'homme, par exemple les ruminants. Chez eux, la disposition des cavités stomacales empêchait le symptôme vomissement de se produire. Les symptômes de l'affection étaient plus caractérisés. Chez les animaux dont l'appareil digestif offre le plus d'analogie avec celui de l'homme, plus cette analogie était marquée, plus la maladie ressemblait au choléra ; c'est ainsi, en effet, que la maladie cholérique sévit principalement sur les chiens, les chats, les lièvres. Ce fait peut nous guider dans le choix des animaux à employer dans nos expériences. On se procure assez difficilement des lièvres ; quant aux chats, leur caractère sauvage empêche de les employer. C'est donc aux chiens qu'il faut avoir recours. C'est en effet l'animal qui convient le mieux pour les expériences. On a vu, pendant la durée des épidémies, les oiseaux succomber en grand nombre à une maladie qui offrait une grande analogie avec le choléra. Mais les oiseaux sont, pour beaucoup de motifs, impropres à être soumis aux expériences. J'ai vu des chiens être atteints et mourir du choléra, après avoir léché la matière des évacuations de malades cholériques.

Quant à ma manière d'expérimenter, je dirai que j'ai eu recours deux fois seulement à l'inoculation : une fois chez un chien, une autre fois chez un chat. Pour cela, j'injectai 8 à 12 grammes de sang, provenant du cœur du cadavre d'un individu mort de choléra, au moyen d'une seringue ordinaire, dans le tissu cellulaire de la cuisse des animaux. Dans les deux cas, la plaie se cicatrisa rapidement, et, le lendemain de l'opération, les animaux étaient gais, alertes, et semblaient jouir d'une santé parfaite ; ils ne présentèrent ultérieurement aucun phénomène morbide. Cette expérience a donc fourni un résultat négatif. Dans les autres cas, je n'eus pas recours aux injections dans le tissu cellulaire ou dans les veines, pour les raisons suivantes :

1° L'opération pourrait, à elle seule, donner lieu à quelques accidents capables de masquer ou d'arrêter les symptômes cholériques s'ils se développaient. La douleur ou la terreur produite par l'opération pourrait, chez un animal timide, comme le lapin, être par elle-même cause de mort.

2° L'introduction d'une substance animale morte et putride dans l'économie d'un animal d'une autre espèce ou d'un genre différent produit souvent, on le sait, des maladies dangereuses se terminant fréquemment d'une manière fatale, et capables de déranger la manifestation des accidents cholériques.

3° Si (comme cela n'est pas encore assez démontré) le sang et les évacuations renferment le principe toxique du choléra à un degré marqué de concentration, il peut arriver qu'une quantité minime de quelques grammes, qu'on injecte dans le tissu des animaux, soit incapable de produire des effets comparables ou analogues à ceux qu'engendre le contact du principe toxique volatil, avec deux larges surfaces absorbantes : la peau et les poumons.

4° Le principe toxique du choléra est évidemment absorbé et exhalé en même temps, surtout par l'appareil pulmonaire et cutané ; c'est surtout le contact avec la respiration et la sueur du malade qui présente le plus de danger. J'ai à peine besoin de citer à l'appui les faits de contagion observés chez les gardes-malades et les laveuses : ils sont fréquents dans tous les pays visités par l'épidémie. On sait que les poisons qui sont absorbés par l'immense surface de l'appareil respiratoire agissent avec une énergie et une rapidité bien supérieure à celle qu'ils présentent quand ils sont absorbés par la surface de la muqueuse gastro-intestinale.

5° Dans le but d'imiter autant que possible les causes prédisposantes et déterminantes telles qu'elles agissent chez l'homme, c'est-à-dire de placer les animaux dans des conditions analogues à celles où se trouve l'homme avant le développement du choléra, j'ai voulu éviter tout moyen violent pour introduire l'agent toxique ou donner lieu à une prédisposition artificielle.

Je cherchai à produire cette prédisposition chez les animaux par les moyens suivants :

1. L'usage prolongé et habituel d'aliments peu nourrissants et souvent putrides.

2. Le manque d'exercice et d'oxygénation.

3. L'habitation dans un endroit étroit, humide et chargé habituellement d'effluves dangereuses provenant :

a. De l'air expiré, de la sueur et des évacuations des animaux eux-mêmes ;

b. Des évacuations, du sang et des viscères des cadavres des malades morts de choléra qui servaient de nourriture aux animaux.

4. L'accumulation des animaux en trop grand nombre dans un espace trop étroit.

5. Le manque de propreté des animaux.

6. Une légère élévation de température.

La plupart des animaux que j'employais dans mes expériences étaient émaciés ; leur constitution affaiblie les plaçait dans des conditions analogues à celles des classes pauvres avant le développement du choléra.

Quiconque voudra répéter mes expériences doit nécessairement observer toutes ces précautions ; autrement, je crois qu'on n'arrivera à aucun résultat. On doit principalement avoir en vue les deux conditions suivantes :

1. Prédisposer les animaux à la maladie par les moyens susindiqués.

2. Produire artificiellement une *atmosphère cholérique* dont les animaux absorbent les principes toxiques par la peau et les poumons.

Mes expériences me semblent établir deux faits : 1° en nourrissant les animaux avec les évacuations des cholériques recueillies pendant la vie, ou avec le sang ou les viscères pris sur les cadavres de ceux qui ont succombé à cette affection, on produit uniquement des effets analogues à ceux que détermine l'absorption d'irritants ou de matières animales putrides ; 2° lorsque, au contraire, les animaux, soumis préalablement à l'influence de certaines conditions prédisposantes, sont soumis à l'action d'une *atmosphère cholérique artificielle*, alors, la maladie spécifique, le choléra se développe. Si, dans la série d'expériences, on néglige quelques conditions, on n'obtiendra aucun résultat. Après avoir vu quatre animaux atteints du choléra, j'en soumis d'autres à l'expérience, c'est-à-dire au contact de l'atmosphère, sans les avoir exposés préalablement à l'une ou l'autre des conditions prédisposantes sus-mentionnées ; par exemple, je permis l'exercice à l'air libre et l'usage d'aliments réparateurs. Le résultat fut négatif. J'ai donc cherché à démontrer, par l'analyse comme par la synthèse, l'inefficacité de la cause excitante, le principe toxique cholérique, sans l'influence extérieure d'une cause prédisposante, comme je l'ai indiqué plus haut.

On a fait à mes expériences l'objection suivante : c'est que l'on ne connaît aucun exemple de propagation du choléra de l'homme aux animaux. Cette objection n'a, suivant moi, aucune valeur. Le manque d'observation est sans doute la cause du défaut de nos connaissances à cet égard. Nous savons parfaitement que certaines maladies sont communiquées par les animaux à l'homme, comme, par exemple, la morve, et je ne vois rien d'irrationnel à admettre que le choléra ou d'autres maladies puissent être communiquées par l'homme aux animaux. Je ne répondrai pas non plus à cette objection que des individus ont pu avoir le doigt, dépouillé d'épiderme, souillé par le sang ou les évacuations d'individus morts de choléra, sans pour cela contracter la maladie. Je pourrais, en effet, aussi bien prétendre que le choléra n'est pas contagieux de l'homme à l'homme, parce que moi-même je n'ai pas été atteint du choléra, quoique, pendant des semaines et des mois consécutifs, j'aie absorbé le poison à tous les degrés de concentration, pendant que je faisais ces expériences et m'occupais en même temps de recherches sur l'histologie et la composition chimique des évacuations des cholériques morts ou vivants. On sait que certains individus sont plus prédisposés que d'autres à contracter des maladies contagieuses. Je n'entrerai pas ici dans la question de la contagion du choléra de l'homme aux animaux, ou entre individus de genre et d'espèce différents ; j'ai eu seulement pour but de signaler des faits, et je m'en tiens à ce rôle.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

HISTOIRE NATURELLE GÉNÉRALE. — *Notions historiques sur les règnes de la nature*, par M. *Isidore Geoffroy Saint-Hilaire*. — L'auteur passe successivement en revue les divisions des corps naturels depuis les temps les plus reculés. La division primitivement admise a été *quaternaire* : la *pierre*, la *plante*, l'*animal* et l'*homme*. Aristote distinguait les *êtres animés* et les *êtres inanimés*, avec des subdivisions, admises sans conteste par les naturalistes du moyen âge. Les alchimistes, disciples d'Aristote sur beaucoup de points, s'éloignent ici de la doctrine péripatéticienne ; pour eux, point de corps bruts et inanimés ; l'activité vitale est partout : ils ne pouvaient pas dire les êtres inanimés et animés. Ils ont dit : les minéraux, les végétaux, les animaux : les *trois genres*, les *trois familles de mixtes*, et plus tard les *trois règnes*.

Les alchimistes n'ont pas seulement transmis aux naturalistes la *division ternaire* : chaque *règne*, chaque *royaume* de la nature a eu son *roi*, *Rex* : l'or était le roi des minéraux, l'homme le roi des animaux, la vigne était le *grand végétable* ou le roi des végétaux.

Les alchimistes eux-mêmes font remonter cette fameuse division à *Hermes-Trismégiste*, qui était un roi d'Egypte contemporain de Moïse. Cette triple unité de la nature, cette *triunitas* des *Hermétistes*, se retrouve jusque dans les préliminaires du *Systema naturæ* de Linné.

ZOOLOGIE. — *Coup d'œil sur l'ordre des pigeons*, par M. *Charles Bonaparte*.

De l'hermaphrodisme chez certains vertébrés, par M. *Dufossé*. — L'auteur résume les résultats de ses recherches dans les conclusions suivantes :

1° Contrairement à l'opinion généralement accréditée, il y a des vertébrés qui, à l'état normal, sont hermaphrodites, et ce ne sont pas ceux dont l'organisation est considérée comme étant la plus dégradée.

2° Les individus des espèces *serranus cabrilla* et *serranus scriba* sont au nombre de ces hermaphrodites.

3° Chaque individu de ces deux espèces produit des œufs et les féconde.

4° La fécondation des œufs peut avoir lieu à l'orifice même de l'oviducte, mais elle s'opère généralement tout à fait au dehors du corps de l'animal. (*Comm.* : MM. Valenciennes, de Quatrefages, Coste.)

ÉCONOMIE RURALE. — *Sur l'alcool d'asphodèle* ; note de M. *Clerget*. (*Comm.* : MM. Dumas, Pelouze, Peligot.)

CHIMIE ORGANIQUE. — *De la transformation que le sucre de cannes éprouve par l'action de l'eau pure, et de ses conséquences, notamment dans l'analyse des sirops*, par M. *Maumené*. (*Comm.* : MM. Thenard, Pelouze, Peligot.)

Recherches sur l'huile de médicinier, par M. *J. Bonis*. — Le médicinier est une plante de la famille des euphorbiacées, que l'on trouve en grande quantité dans les Antilles, et qui produit des graines offrant certaines analogies avec celles du ricin et possédant aussi des propriétés purgatives.

CHOLÉRA. — M. *Dausse*, ingénieur des ponts et chaussées, adresse à M. Élie de Baumont une lettre dans laquelle il annonce que pendant la durée du choléra à Grenoble, *il n'a pas vu une hirondelle*. Elles ont reparu après la disparition du fléau.

L'auteur ajoute que le choléra a sévi d'une manière très intense dans des localités où l'air est très vif et très pur, et situées sur des plateaux élevés des Alpes.

MÉDECINE. — M. *Gaultier de Claubry*, à l'occasion d'une communication récente sur la *non-identité du typhus* et *de la fièvre typhoïde*, demande qu'un ouvrage dans lequel il a soutenu une doctrine contraire

à celle de cet auteur (M. Forget) soit soumis en même temps à la commission chargée d'examiner la question. (*Commission* déjà nommée pour le mémoire de M. Forget.)

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

EAUX MINÉRALES. Rapport sur un mémoire de M. *Bouquet*, intitulé : « Étude chimique des eaux minérales et thermales de Vichy, Cusset, » Vaisse, Hauterive et Saint-Yorre ; analyses des eaux minérales de Bru- » gheas, Médagne, Châteldon et Seuillet. » (*Comm.* : MM. Thenard, Chevreul, Balard, Dufrénoy, de Senarmont, *rapporteur*.) — Nous avons présenté une analyse exacte de ce travail dans un de nos précédents numéros.

L'Académie adopte les conclusions suivantes, qui terminent ce rapport : 1° Insertion du mémoire de M. Bouquet dans le *Recueil des savants étrangers ;* 2° Renvoi à la commission des prix de médecine et de chirurgie.

TOXICOLOGIE.— *Acide cyanhydrique retrouvé dans un cadavre humain trois semaines après la mort*, par M. *Brame*. — Il s'agit d'un jeune homme qui s'est empoisonné volontairement avec de l'acide cyanhydrique médicinal au douzième, dont il paraît avoir avalé environ 25 grammes. L'auteur est parvenu à reconnaître et à doser une quantité notable de ce poison, trois semaines après l'inhumation. Il était encore contenu dans l'estomac, où il ne paraissait pas avoir contracté de combinaison chimique. M. Brame a pu recueillir environ 0gr,60 de cyanure d'argent, soit à peu près 0gr,120 d'acide cyanhydrique. (*Comm.* : MM. Péligot, Bernard.)

MÉDECINE. — *De l'intoxication arsenicale des marais, proposée comme devant anéantir le miasme paludéen*, par M. *Martinet*. — Se fondant sur l'immunité acquise à certaines industries spéciales, ou à des pays marécageux entourés d'usines et de fonderies, rappelant d'ailleurs que l'arsenic est employé aujourd'hui avec succès dans le traitement des fièvres paludéennes, l'auteur propose d'annihiler le miasme sur place en empoisonnant les marais avec des tonnes d'arsenic.

Suivant l'auteur, les exhalaisons des marais produisent leurs terribles effets, non point en raison de leur composition chimique, mais comme étant les véhicules d'êtres organisés microscopiques qui conservent la vie même après avoir pénétré dans les organes respiratoires, et ce sont ces êtres contre lesquels il veut diriger l'action intoxicatrice de l'arsenic. (*Comm.* : MM. Pelouze, Payen, Rayer.)

Réflexions sur le choléra asiatique, par M. *Voizot*. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

M. *Cadet* envoie, de Rome, une addition à ses précédentes communications sur les fausses membranes et sur les entozoaires contenus dans les déjections cholériques. (*Comm.* : MM. Duméril, Milne Edwards, Bernard.)

CHIRURGIE. — M. *Heurteloup* adresse une note destinée à compléter une précédente communication concernant son *procédé d'extraction immédiate des fragments des calculs vésicaux*. (*Comm.* : MM. Serres, Rayer, Velpeau.)

M. *Malgaigne* prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de M. *Lallemand*. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : *a*. Une lettre de M. le maire de *Dizy-le-Gros* (Aisne), qui réclame pour cette commune un docteur en médecine, qui trouverait là de grands avantages dans l'exercice de sa profession. — *b*. Une recette contre le mal de dents et contre l'ophthalmie, du sieur *Louis-Philippe*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Communications de : *a*. M. le docteur *Baud*, de Contrexeville (ouverture d'un paquet cacheté contenant le résultat d'expériences favorables sur l'action thérapeutique du nitropicrate d'ammoniaque dans le choléra). (*Commission du choléra de 1854.*) — *b*. M. *Ernest Barruel*, pharmacien à Paris (lettre de rappel relative à son mémoire *sur les analyses des opiums*). (*Comm.*, M. Chevallier.) — *c*. M. le docteur *Burq* (lettre concernant l'action prophylactique des plaques de cuivre contre le choléra). — *d*. M. le docteur *Chalut*, de Saint-Maur (Note sur l'efficacité de la méthode éméto-cathartique dans le traitement de l'embarras gastrique, des cholérines légères et graves, et sur la constance de la diarrhée prémonitoire dans le choléra). — *e*. M. *Mathieu*, fabricant d'instruments (pince de sûreté, avec un certificat de M. le docteur *Cavallini*). — *f*. M. *Charrière* fils (pinces avec un nouveau système de verrou mobile, pouvant aisément s'enlever et se nettoyer, et permettant à l'instrument de servir aussi bien à la dissection qu'à la pression des tissus en masse, à leur torsion, à la ligature des artères, aux sutures à épingles, etc.). (*Comm.*, M. Larrey.)

VALEUR DU MICROSCOPE. — M. le docteur *Mandl* adresse à l'Académie une lettre relative à la *question du cancer*. L'auteur n'admet pas la spécificité des cellules cancéreuses. On ne les trouve pas dans les tumeurs fibro-plastiques ni dans les tumeurs épithéliales. Cette cellule fait presque constamment défaut dans les cancers de la rétine. Quatre fois sur cinq tumeurs de ce genre, extirpées par MM. Sichel et Bérard, il n'a pas été possible de trouver la cellule dite spécifique ; et cependant l'infection cancéreuse générale n'a pas permis plus tard de douter de la nature maligne de la tumeur.

D'ailleurs les cellules cancéreuses n'offrent pas des caractères constants, surtout dans la forme et le diamètre de leur noyau.

Après une analyse succincte de sa théorie sur le développement des tissus normaux et sur l'évolution comparative des tissus morbides, M. Mandl pense que le microscope sera d'un faible secours au chirurgien dans le diagnostic des tumeurs, tant qu'on ne connaîtra pas en quoi la fibre, la lamelle, etc., est altérée lorsqu'elle se produit sous l'influence de la diathèse cancéreuse ; mais le microscope, au contraire, pourra être d'une grande utilité quand il s'agira de juger de la fréquence et de la gravité des récidives. En effet, c'est le microscope qui apprend que le cancer à cellules repullule plus fréquemment, se généralise avec plus de promptitude que le cancer à fibres (fibro-plastique) ou le cancer à lamelles (cancroïde). D'après M. Mandl, enfin, la diathèse cancéreuse peut frapper les cellules, les lamelles, les fibres ; ce sont là autant d'espèces diverses, et l'anatomie microscopique s'accorde avec la clinique pour les réunir dans la même famille. (Sera imprimé au *Bulletin de l'Académie*.)

Lectures et Mémoires.

REMÈDES SECRETS ET NOUVEAUX. — M. *Robinet* donne lecture d'une série de rapports sur divers remèdes secrets et recettes nouvelles. Leurs conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

THÉRAPEUTIQUE. EAUX MINÉRALES. — M. *Patissier* lit un rapport relatif à deux mémoires adressés à l'Académie, l'un par M. *Vernière*, médecin inspecteur des eaux thermales de Saint-Nectaire, l'autre par M. *Dufresse de Chassaigne*, médecin inspecteur des eaux de Chaudes-Aigues, et intitulés : *Sur l'emploi des eaux minérales dans le traitement de l'endocardite chronique coexistant avec le rhumatisme.*

Après avoir rappelé les recherches cliniques de M. Bouillaud sur la coïncidence du rhumatisme articulaire et de l'endocardite, après un court exposé des symptômes de l'altération chronique de l'endocarde et des valvules, M. le rapporteur établit que si la médication hydrique est généralement funeste dans les lésions organiques *essentielles* du cœur, les troubles de la circulation cardiaque, suite du rhumatisme, sont atténués et singulièrement amendés par les bains de quelques sources minérales. Ce fait a été mis en lumière et définitivement acquis à la science par les belles recherches de M. *Lhéritier* sur les eaux de Plombières, de M. *Bertrand* père sur les eaux du mont Dore, de M. *Falvart de Montluc* sur les eaux de Néris, de M. *Dupré* sur les eaux de Lamalou, de M *Izarié* sur les Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), de M. *Victor Nicolas* sur les eaux de Vichy. Ces importants travaux viennent confirmer le résultat des recherches récentes de MM. *Vernière* et *Dufresse de Chassaigne*.

Le travail de M. *Vernière* contient six observations relatives à des malades affectés de rhumatisme compliqué d'endocardite, et chez lesquels l'emploi des eaux thermales de Saint-Nectaire a produit tantôt une guérison radicale, tantôt un amendement très notable dans l'état local et dans la santé générale.

Le mémoire de M. *Dufresse* se compose de huit observations individuelles. M. le rapporteur ne cite que les trois principales, qui sont également favorables au traitement du rhumatisme et de l'endocardite rhumatismale par les eaux thermales.

M. Patissier conclut de tous ces faits que les eaux de Saint-Nectaire et de Chaudes-Aigues, généralement efficaces contre les rhumatismes chroniques, se montrent également appropriées à la curation de l'endocardite chronique, lorsque cette lésion est un des effets de la diathèse rhumatismale.

Mais comment, sous quelle forme, doivent être administrées les eaux minérales dans le cas d'endocardite chronique ? M. Dufresse de Chassaigne les emploie en boisson, en bains chauds, en douches, en étuves à tempé-

rature élevée. M. Vernière, au contraire, dans la crainte de trop activer la circulation, croit que l'on suffit à toutes les nécessités par des bains administrés à la température de 28 à 29 degrés Réaumur.

Toutes les sources thermales réputées souveraines contre le rhumatisme conviennent-elles également bien dans le cas d'endocardite chronique? M. Vernière et M. Victor Nicolas sont d'avis que, tout étant égal d'ailleurs, les sources où domine le bicarbonate de soude doivent être préférées, parce que, d'une part, les bains alcalins, pris à une température peu élevée, ralentissent les pulsations du cœur, et que, d'autre part, les eaux alcalines, douées de propriétés *fondantes*, *résolutives*, sont très aptes à favoriser la résorption des produits fibrino-albumineux des valvules cardiaques.

Les considérations précédentes peuvent s'appliquer à la *goutte*, dans ses rapports avec les lésions du cœur.

Après avoir appelé l'attention des praticiens sur la thérapeutique, si imparfaite encore, des maladies du cœur, M. Patissier termine son rapport par les conclusions suivantes :

1° Adresser des remerciements à MM. *Vernière* et *Dufresse de Chassaigne* pour leur intéressante communication. — 2° Les engager à poursuivre leurs recherches hydrologiques. — 3° Déposer leurs mémoires dans les archives de l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

A quatre heures, l'Académie se constitue en *comité secret*.

SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet : — *a*. Dix rapports sur le choléra épidémique, dans le département de la Haute-Saône, par MM. les docteurs de *Boret*, *Bretet*, *Burger*, *Corne*, *Jacques*, *Michel*, *Desferrières*, *Perrin*, *Roblin*, *Simonin*.— *b*. Quinze rapports sur l'épidémie de choléra, dans le département de la Meuse, par MM. les docteurs : *Rotureau*, *Laval*, *Martin*, *Lagreule*, *Bardon*, *Rousseau*, *Chauvet*, *Levy*, *Petit-Jean* (prêtre), *Morin*, *Néve*, *Sarguet*. — *c*. Un rapport de M. le docteur *Maréchal*, sur l'épidémie cholérique dans l'arrondissement de Saint-Dié. — *d*. Un rapport de M. le docteur *Bossion*, de Paris, sur l'épidémie de choléra dans le 3e arrondissement. (Tous ces rapports sont renvoyés à *la commission du choléra de* 1854.) — *d*. Un mémoire de M. le docteur *Delfau*, d'Argelès-sur-mer, relatif à une nouvelle méthode de traitement du choléra. (*Commission du choléra de* 1854.) — *e*. Un rapport de M. le docteur *du Garay*, de Barges (Haute-Loire), sur une épidémie de fièvre typhoïde. (*Commission des épidémies*.) — *f*. Un nouveau remède contre le choléra avec un échantillon du spécifique par le docteur *Richard*, de Pont-Château ; — quatre recettes pour la guérison du choléra, de la part de personnes étrangères à la médecine. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.) — *g*. Une recette contre les hémorrhoïdes. — *h*. Une lettre de rappel relative à un remède du sieur Alègre contre les hémorrhoïdes. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.)

2. Communication de : — *a*. M. le docteur *Andrieu*, d'Amiens (opération césarienne pratiquée avec succès). (*Commission déjà nommée*, M. Depaul, *rapporteur*.) — *b*. M. le docteur *Foucart* transmet un rapport de M. le docteur *Thiberge*, de Bussières-lez-Belmont, sur l'épidémie cholérique dans cette commune. (*Commission du choléra de* 1854). —*c*. M. le docteur *Devay*, de Lyon (paquet cacheté renfermant un remède nouveau.) — *d*. M. le docteur *Cordier*, d'Aulnay-sur-Odon (observation de deux fœtus à terme, adhérents par la partie antérieure du thorax et de l'abdomen). (*Comm*. M. Cazeaux.) — *e*. M. *Rochard*, médecin de marine (observations relatives à la marche et à la propagation du choléra épidémique) (*Commission du choléra de* 1854.) — *f*. M. le docteur *Cavallini* (réclamation de priorité à propos des pinces présentées par M. Charrière dans la précédente séance). (*Comm*., M. Larrey.)

Discussion sur le cancer.

M. *Amussat*. Tandis que la présente discussion s'engageait devant l'Académie, j'opérais en province un enfant de onze ans d'un sarcocèle que M. Barth vous a présenté en mon nom dans une des précédentes séances. En prenant la parole, je dois dire tout d'abord [que pour circonscrire le plus possible mon sujet, je n'insisterai d'une manière spéciale que sur les cancers cutanés et sur le cancer du col de l'utérus.

Je suis heureux de débuter par une opinion consolante : j'ai, en effet, l'intime conviction d'avoir guéri beaucoup de cancéreux voués à une mort certaine, et ma conviction est basée sur des faits d'hérédité évidents et irrécusables.

Les causes du cancer sont difficiles à reconnaître et à apprécier. Il est rare qu'il succède à une autre maladie. J'admets volontiers l'influence des causes morales dans la production du cancer ; et, par une sorte de corollaire, je suis porté à croire que le siége du cancer est dans le système nerveux.

Le diagnostic du cancer est difficile et souvent douteux. A mon avis tous les doutes sont levés, lorsque la question d'*hérédité* peut être résolue affirmativement : et c'est ce qui arrive le plus souvent. J'apprécie les travaux tentés par les micrographes ; mais quels en ont été les résultats ? — Pour le diagnostic, le microscope ne dit rien pendant la vie ; et quant au pronostic, on ne pourra compter sur cet instrument que lorsque les caractères certains, invariables du cancer auront été démontrés.

Il faut donc attendre que les micrographes se soient mis d'accord, avant de se prononcer sur la valeur de la cellule, niée par les uns et admise par les autres.

Quelques-uns, comme M. Mandl, par exemple, n'admettent pas la spécificité de la cellule : et cet habile micrographe, qui a examiné la tumeur du testicule présentée par M. Barth, n'y a trouvé que des cellules fibro-plastiques ; tandis que trois autres micrographes y ont découvert des cellules cancéreuses proprement dites.

J'ai étudié d'une manière spéciale les tumeurs cancéreuses à l'hospice de la Salpêtrière : rarement j'ai vu le cancer envahir les tumeurs fibreuses de la matrice : c'est le plus souvent la transformation osseuse qui survient.

En présence d'un cancer confirmé, surtout si les antécédents du malade sont entachés d'hérédité, un chirurgien doit se hâter d'opérer, de détruire la tumeur par le fer ou par les caustiques. Je suis convaincu que bien des récidives auraient été épargnées aux malades par une opération hâtive. On peut dire, je crois, que le cancer est plus ou moins curable, selon le degré plus ou moins avancé de la maladie ; par conséquent la guérison est d'autant plus assurée et la récidive d'autant moins à craindre qu'on a opéré plus tôt, au moment où la maladie était encore locale et n'avait pas infecté l'organisme.

Ces principes sont applicables dans tous les cas, même quand il s'agit de l'ablation d'un organe essentiel, comme le testicule par exemple, surtout si la nature cancéreuse de la tumeur est démontrée par la transmission héréditaire. L'honorable M. Leblanc a été amené à de semblables conclusions par l'observation des faits chez les animaux cancéreux.

Les faits nombreux que j'ai recueillis sur le *noli me tangere* et le cancer utérin, et dont je me réserve de faire la relation dans un autre travail, ont formé depuis longtemps ma conviction sur la guérison radicale du cancer que je crois possible, vu que je l'ai observée pour des cancers parfaitement *héréditaires*.

1° Le *noli me tangere*, qui est l'espèce de cancer la plus simple, la plus évidente et aussi la plus facile à traiter, est un cancroïde sous sa forme la plus bénigne à son origine. Il se développe rapidement et prend un mauvais aspect sous l'influence de pansements insignifiants ou intempestifs ; c'est pour cela que les anciens, qui connaissaient bien cette particularité, lui ont donné la dénomination qu'il porte.

Les caractères de bénignité et de malignité sont très difficiles à déterminer, l'*hérédité* seule est encore ici le meilleur guide pour se prononcer.

Dans le doute même, on ne saurait mettre trop d'empressement à agir, se rappelant qu'il vaudrait mieux faire trop pour dix ulcères bénins que de ne pas faire assez pour un seul ulcère cancéreux.

On peut donc dire affirmativement qu'on guérit le *noli me tangere*, et qu'on le guérit mieux, plus sûrement et plus radicalement que toute espèce de cancer, parce qu'il est peu profond et qu'il affecte des parties moins importantes à la vie.

Pour détruire ces sortes de cancers, le moyen dont je me sers le plus habituellement et qui me paraît le meilleur, c'est le caustique solidifié de potasse et de chaux. Il faut cautériser profondément et attaquer non-seulement les tissus malades, mais encore les bords des tissus sains. La potasse caustique a sur les pâtes arsenicales l'avantage de n'être pas toxique et de détruire jusqu'aux bourgeons du tissu malade.

2° Je crois également à la curabilité du cancer utérin dans de certaines bornes. Ainsi, tant que les limites vaginales du corps en dehors ne sont pas dépassées, je conserve toujours l'espoir de la guérison en détruisant radicalement la maladie.

Encore ici l'hérédité pourra seule éclairer le praticien sur la nature bénigne ou maligne de l'affection. Et pour prouver que les guérisons que j'ai obtenues étaient bien relatives à des cancers, je ne m'appuie aussi que sur des faits dans lesquels l'hérédité a été positivement constatée. Je puis citer des guérisons qui datent de quinze, vingt et vingt-cinq ans. Or, je n'hésite pas à dire que si je n'avais pas opéré *promptement* ces malades, elles seraient mortes comme leurs parents ou comme d'autres femmes auxquelles on a apporté un remède trop tardif. C'est encore la cautérisation des parties de dedans en dehors avec le caustique solidifié de potasse et

de chaux que je conseillerai de préférence contre le cancer du col utérin.

Je ne saurais trop engager les praticiens à recourir à l'examen au spéculum pour éclairer le diagnostic des affections cancéreuses du col utérin.

Le cancer utérin peut-il amener la stérilité? Je le crois, puisqu'il produit dans certains cas l'obstruction complète ou incomplète de l'orifice utérin: et la meilleure preuve, c'est qu'il m'a suffi souvent de détruire le cancer pour rendre la conception possible.

Dans le cas où une tumeur ulcérée du col de l'utérus pourrait permettre un doute entre une affection cancéreuse et une affection syphilitique, il faut recourir au mercure comme pierre de touche.

Quant aux cancers du sein, si la science ne possède qu'un très petit nombre de cas de guérison, je crois que cela tient au retard qu'on a presque toujours apporté à pratiquer l'ablation; et la preuve, c'est que Récamier obtenait beaucoup de succès par la compression, parce qu'il agissait de bonne heure et étouffait le germe du mal dès son apparition.

Si le cancer du testicule est très fréquemment sujet à la récidive, c'est qu'en raison de l'importance de l'organe on se décide difficilement à en faire l'ablation, et qu'on ne la pratique généralement que lorsque déjà la maladie s'est généralisée.

Pour le sarcocèle comme pour les autres cancers, il est donc urgent de pratiquer l'opération si l'on veut obtenir quelques chances de guérison durable.

Ne pourrait-on pas essayer aussi la compression du testicule comme on la fait avec succès pour le sein?

Nos auteurs classiques pensent en général que le cancer du testicule ne peut pas se développer chez des enfants. Cependant il en existe quelques exemples, et je puis y ajouter celui du jeune enfant de onze ans dont vous avez vu la tumeur.

Les testicules énormes qu'on a quelquefois enlevés étaient-ils cancéreux? Je le crois, du moins pour un certain nombre; et moi-même, en 1827, j'ai enlevé un sarcocèle qui descendait jusqu'au genou chez un jeune homme de Poitiers, qui a succombé en 1829, sans récidive, à la suite d'une pleuro-pneumonie.

Les tumeurs dont le testicule peut être le siége sont très variables; leur diagnostic est difficile; l'inefficacité des traitements employés et surtout l'hérédité, constituent, à mon avis, les plus sûrs moyens de reconnaître un cancer.

Comme on le voit, je crois fermement que la chirurgie est très puissante pour détruire le cancer quand il a son siége dans des parties accessibles à nos moyens d'action. Mais il faut opérer de bonne heure, dès le principe et avec toute l'énergie nécessaire.

Quant à la discussion actuelle, elle portera ses fruits; elle éclairera plusieurs points obscurs; elle guidera aussi, je l'espère, les praticiens dans le diagnostic si difficile des affections cancéreuses.

On ne saurait trop faire pour encourager les travailleurs dans l'étude du cancer. Il serait à désirer qu'on instituât même un prix spécial pour un sujet aussi important, et que l'on établit tous les ans un congrès où seraient agitées toutes les grandes questions de la pathologie et des sciences médicales, où seraient exposées toutes les recherches nouvelles, auxquelles seraient décernées tous les cinq ans des récompenses en rapport avec leur valeur.

Je terminerai en indiquant brièvement les bases principales qui doivent servir à se diriger dans l'étude et dans la pratique des affections cancéreuses.

1° Éviter de croire que le cancer est une affection incurable, dans la crainte de diminuer le zèle des observateurs et des chirurgiens qui cherchent à imprimer des progrès à la science.

2° Rechercher soigneusement l'hérédité dans l'appréciation des tumeurs, et, dans le cas de la transmission héréditaire, s'empresser d'agir activement par les moyens les plus efficaces.

3° Détruire largement le cancer et ne s'arrêter que dans les parties saines; c'est un bon moyen d'éviter la récidive.

4° Employer les caustiques les plus puissants de préférence au fer rouge qui effraie les malades.

5° S'assurer, par un examen minutieux après la guérison apparente, qu'il ne reste plus aucune trace de l'affection cancéreuse.

6° Après la guérison, conseiller par prudence des dépuratifs, un exutoire et une hygiène convenable.

En résumé, j'ai cherché à démontrer: que le cancer n'est pas incurable; que l'hérédité exerce la plus grande influence sur sa production; enfin qu'il faut s'empresser d'agir par des moyens énergiques contre tout cancer accessible à la puissance de la chirurgie.

M. J. Cloquet. Je viens exposer en quelques mots les conclusions qui me paraissent ressortir des différents discours prononcés à cette tribune depuis le début de la discussion. Le débat, engagé d'abord sur deux uniques questions, s'est agrandi soudainement et a fini par embrasser toute la pathologie du cancer.

Une des causes qui ont le plus contribué à animer la querelle, c'est que ce qu'on appelle cancer a été envisagé par plusieurs comme une seule et même maladie. Mais je le répète, les affections cancéreuses constituent une grande famille avec des genres, des espèces, des variétés. Et c'est ce qui rend la définition du cancer si difficile, si périlleuse; c'est aussi ce qui fait que pour le définir on a fait l'énumération de ses caractères les plus saillants et les plus généraux, et qui appartiennent également aux cancers héréditaires, aux cancers spontanés et aux cancers résultant d'une dégénérescence. Les affections cancéreuses sont des maladies qui ne guérissent jamais spontanément ni par des remèdes internes, ni par des topiques simples, qui repullulent souvent après l'opération, tantôt sur place, tantôt à distance, dans les ganglions, tantôt dans les viscères, qui tendent totalement à se généraliser, à envahir les tissus, à infecter l'économie, et finalement tuent le malade qui en est atteint.

Les cliniciens admettent que chaque variété de cancer présente des caractères anatomiques particuliers qui la distinguent des autres espèces. Ainsi, l'encéphaloïde diffère de la mélanose, le squirrhe du colloïde, etc.

Les micrographes ont basé aussi leurs distinctions sur l'anatomie de texture; mais ils se sont particulièrement attachés à démontrer que parmi ces tumeurs généralement confondues sous le nom de cancer, il en est qui sont en effet de véritables cancers, mais qu'il en est d'autres qui ne sont pas des cancers et qui n'en revêtent que les apparences: ce sont les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques.

Quoi qu'il en soit, je ne crois pas que les micrographes doivent former une école à part; ils ne sont que les continuateurs de cette école anatomique déjà ancienne qui pousse ses recherches jusqu'aux éléments organiques qui échappent aux yeux. Moi-même je me suis servi du microscope dans l'étude des tissus pathologiques; j'ai même tenté quelques recherches sur les liquides fournis par diverses lésions chirurgicales; mais cette étude comparative ne m'a pas donné les résultats que j'attendais.

Si les micrographes ont été plus heureux pour l'histologie des affections cancéreuses, il ne faudrait pas admettre, sans crainte de tomber dans l'exagération, que leurs expériences soient plus infaillibles que le diagnostic des cliniciens.

M. Velpeau a suffisamment démontré le peu d'harmonie qui régnait parmi les micrographes. Chacun sait que M. Mandl n'est pas de l'avis de M. Lebert. Il est donc bien prouvé maintenant que le microscope a trouvé quelquefois des cellules dans des tumeurs bénignes, et qu'il ne les a pas découvertes parfois dans des tumeurs très franchement cancéreuses. Il est certain encore qu'on a vu repulluler des tumeurs qui n'avaient point les caractères microscopiques du cancer. M. Velpeau a cité aussi un assez grand nombre de faits de véritables cancers qui n'avaient pas récidivé longtemps après l'ablation; j'ai rapporté moi-même plusieurs exemples analogues.

Le microscope peut être cependant très utile dans la solution de cette question de récidive pour une tumeur donnée: car il nous a certainement appris qu'il y avait des tumeurs qui récidivent moins souvent que les autres et ont aussi moins de tendance à se généraliser; ce sont les tumeurs épithéliales et les tumeurs fibro-plastiques.

Je crois donc que le micrographe et le clinicien ne doivent pas se passer de l'appui l'un de l'autre. Il y a dans cette grande question du cancer une vérité cachée, un *quid ignotum*; et c'est de l'accord des cliniciens et des micrographes et du mutuel secours qu'ils se prêteront, qu'on doit attendre une solution satisfaisante.

M. *Delafond*. Avant de formuler mon opinion touchant les deux questions qui s'agitent plus spécialement dans ce débat, je demande à l'Académie la permission de discuter quelques-unes des doctrines émises à cette tribune par l'honorable M. Leblanc. Notre savant collègue a dit que le cancer était extrêmement rare chez les herbivores. Je ne puis partager entièrement cette opinion. L'observation m'a appris, et m'apprend encore tous les jours, que les affections cancéreuses sont plus rares peut-être chez les herbivores que chez les autres classes d'animaux, mais cependant qu'on les y rencontre encore assez fréquemment.

Si le cancer des mamelles est assez rare chez la jument, le cancer du testicule est commun chez le cheval. Je possède des faits d'encéphaloïdes répandus dans les ganglions et dans les principaux viscères, les poumons, le foie et la rate.

Chez les *bêtes bovines*, on trouve le plus souvent le cancer développé dans les organes internes.

Le cancer proprement dit des mamelles est assez rare chez la vache; mais on rencontre fréquemment des tumeurs, des indurations ou des hypertrophies qui peuvent plus ou moins simuler le cancer, sans présenter toutefois les caractères essentiels de cette lésion.

Dans cette variété d'animaux, le siége de prédilection du cancer paraît être la mâchoire: les os maxillaires sont souvent envahis par la matière encéphaloïde qui donne au tissu osseux une texture spongieuse caractéristique.

Dans l'*espèce porcine*, le cancer de la mamelle est d'une assez grande

fréquence ; il affecte spécialement une tendance fâcheuse à la récidive.

Dans l'*espèce canine*, on retrouve, comme dans l'espèce humaine, le cancer des mamelles, des lèvres, de la peau, du testicule, etc.

Le cancer s'observe encore quelquefois chez les oiseaux de basse-cour ; j'ai vu des cancers de la langue chez le coq et chez le perroquet.

Enfin je dois dire que les tumeurs épithéliales, mais surtout les tumeurs fibro-plastiques, que les micrographes ne considèrent pas comme des cancers, se montrent fréquemment chez l'âne et le mulet; j'ai vu ces sortes de tumeurs, chez ces animaux, repulluler, se généraliser, envahir les viscères et ruiner l'économie, aussi bien que les cancers les plus légitimes.

Le résultat de mes propres observations m'amène donc à contester l'opinion de M. Leblanc dans ce qu'elle a de trop absolu; j'apporterai les mêmes restrictions au corollaire qu'il en avait tiré, à savoir, que le régime végétal est celui qui prédispose le moins au cancer, et qu'on pourrait le considérer comme une espèce de prophylaxie contre les affections cancéreuses.

Je passe maintenant à l'examen de la doctrine micrographique relative à la structure du cancer : Je dirai à ce sujet ce que m'ont appris mes propres recherches et mon expérience personnelle.

En me servant du microscope j'ai retrouvé exactement les mêmes formes et variétés de cellules décrites par les micrographes. J'ai vu des cellules épithéliales dans certaines tumeurs, des cellules fibro-plastiques dans d'autres : mais j'ai déjà dit que ces sortes de tumeurs, assez fréquentes chez l'âne et le mulet, récidivaient presque toujours, infectaient l'économie et se comportaient comme de vrais et beaux cancers. M. Bouley et M. Reynal, qui avaient admis d'abord la doctrine de M. Lebert sur les tumeurs homœomorphes, ne tardèrent pas à se rendre à l'évidence et à se ranger à mon avis, quand ils virent, comme moi, les désordres organiques produits par des tumeurs franchement fibro-plastiques ou épithéliales.

J'ai étudié également par mes propres yeux la cellule cancéreuse des micrographes; mais comme M. Mandl, comme Bennett, etc., je ne crois pas à la *spécificité* de cette cellule. Je l'ai suivie dans son évolution, sa marche, ses progrès, ses transformations successives ; et voici des dessins qui représentent cette cellule à diverses époques de son développement. (L'orateur, en montrant ces figures, expose en quelques mots l'évolution de la cellule, d'après M. Lebert et d'après les observations qui lui sont propres ; il dit comment les granules s'amassent pour former le noyau, autour duquel le blastème forme bientôt une espèce de pellicule d'enveloppe, etc.)

La théorie cellulaire, ajoute-t-il ensuite, admise d'abord par les botanistes, passa bientôt de l'organographie végétale à l'histologie animale. Dans les végétaux, la cellule primitive se transforme de mille manières pour former les éléments secondaires de l'organisation des plantes; et, suivant les genres et les espèces, suivant même les parties d'un même individu, elle s'emplit de sucs différents, des liquides les plus divers par leurs propriétés.

Chez les animaux la cellule que j'appellerai physiologique ou *normale* est sujette aussi à de nombreuses transformations ; là aussi elle reçoit par endosmose les produits les plus divers, de la fibrine, de l'albumine, de la graisse, de l'huile, du pigment, des dépôts calcaires, etc.

Les cellules des différents tissus ne se distinguent donc surtout entre elles que par les liquides ou les dépôts qu'elles renferment.

En quoi diffère aussi la cellule *pathologique* de la cellule normale, si ce n'est encore par les produits auxquels elle sert d'enveloppe?

J'ai étudié comparativement aussi les diverses cellules provenant de presque toutes les lésions, renfermées dans les différents produits morbides. Je suis demeuré convaincu que ces cellules ne diffèrent essentiellement entre elles que par la nature de leur contenu.

Ainsi, à mon sens, ce qu'il y a de caractéristique, de spécifique dans le cancer, ce n'est point la cellule même, mais c'est le suc dont elle est remplie, au sein duquel elle a nagé d'abord, et dont elle a été pénétrée plus tard par un phénomène d'endosmose. C'est encore cette diversité des produits contenus dans la cellule qui établit une différence dans la forme, la couleur et l'aspect extérieur qui caractérisent les variétés de tumeurs, mélaniques, squirrheuses, encéphaloïdes, etc.

A mes yeux la forme de la cellule est un caractère sans valeur, ou tout au moins d'une très faible importance dans l'étude histologique des produits morbides.

Ainsi je ne pense pas que la différence de forme si minime, si peu appréciable qui existe entre la cellule cancéreuse proprement dite et la cellule fibro-plastique suffise pour autoriser une distinction radicale, essentielle entre la nature des tissus auxquels elles appartiennent. Je n'admets donc pas la différence établie par les micrographes entre la cellule cancéreuse et la cellule fibro-plastique ; j'irai plus loin, et je dirai que la cellule cancéreuse n'est pas différente non plus de la cellule purulente. Le mode de formation des deux produits est identique, leur évolution est la même ; tous les deux sont également sujets à des altérations, à des dégénérescences, à mille modifications diverses.

Je le répète donc, il n'existe qu'une seule et même cellule pour les différents produits morbides : c'est la *cellule pathologique*. Et, pour vous convaincre de la vérité de ce que j'avance, il vous suffira de jeter les yeux sur ces figures empruntées à l'intéressant travail de M. Lebert. (L'orateur montre successivement une série de dessins, et cherche à démontrer que les cellules diverses qui y sont représentées procèdent d'un même type et ne diffèrent pas essentiellement les unes des autres.)

Ce qu'il y a de spécial, dit alors M. Delafond, ce qu'il y a de véritablement hétéromorphe dans le cancer, c'est le *suc ;* c'est un liquide particulier, caractéristique, au sein duquel nage la cellule, et qui la pénètre aussi par endosmose.

Et ce qui prouve encore qu'il n'y a rien de spécifique dans la cellule cancéreuse, c'est qu'introduite dans l'économie d'un animal, elle est inerte, inoffensive, et demeure sans effet.

J'ai plusieurs fois tenté vainement d'inoculer la cellule cancéreuse chez les chiens, soit par les voies circulatoires, soit par les voies aériennes. Je n'ai jamais pu produire artificiellement le cancer.

Il y a donc, en dehors de la cellule dite cancéreuse, un principe spécial, une matière essentiellement propre au cancer, qui est son élément spécifique ; mais à coup sûr, je ne saurais trop le redire, ce n'est pas la cellule, car avec elle il est impossible de produire des résultats analogues à ceux que l'on obtient avec le pus de la morve, la salive rabique, le virus varioleux, etc.

(Vu l'heure avancée, M. Delafond descend de la tribune sans terminer son discours ; il ajourne à la prochaine séance ce qu'il lui reste à dire du *diagnostic* et de la *curabilité* du cancer.)

La séance publique est levée à cinq heures.

L'Académie se constitue en comité secret.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Des agents les plus propres à combattre l'effet toxique du chloroforme, par M. Lizars.

Si les remèdes que l'auteur propose paraissent insolites, bizarres, peu rationnels, il ne faut pas oublier qu'il les préconise seulement pour le cas où les plus usuels ont déjà échoué et comme dernière chance à tenter plutôt que de laisser périr le patient.

La première consiste à porter dans l'estomac, au moyen de la sonde œsophagienne, un liquide stimulant. Ce qu'il préfère est de l'eau chaude mêlée à de l'eau-de-vie.

Le second est l'injection dans les veines d'une solution saline, de bicarbonate et de chlorhydrate de soude.

Le principal motif sur lequel M. Lizars appuie l'idée de ces médications, est qu'elles ont été tentées avec succès dans la période algide du choléra, et qu'il y a beaucoup d'analogie entre l'état qui existe alors et celui que produit l'action excessive du chloroforme.

Un autre conseil plus pratique, et que l'auteur se félicite d'avoir lui-même suivi depuis longtemps, est de ne jamais insister auprès des patients pour qu'ils se soumettent à l'inhalation anesthésique. Il faut les laisser libres de se décider par eux-mêmes, et sans chercher à les influencer, à user d'un secours qui, si souvent, peut devenir fatal. (*Medical Times and Gazette*, 9 sept. 1854, p. 260.)

De la cicatrisation des plaies récentes produites par le caustique, par M. Girouard.

Poursuivant non un simple objet de curiosité, mais un but essentiellement pratique, M Girouard a observé que, si l'on cautérise une cicatrice à son point de départ de la peau, elle se détruit ; que la partie de cicatrice déjà formée au delà disparaît ; et que, lorsque la cicatrisation recommence, c'est toujours à partir de la peau.

Saisissant les conséquences de cette donnée, il établit qu'on peut souvent éviter, prévenir les difformités, en forçant, par des cautérisations répétées, la cicatrice à ne partir que des endroits où l'action contractile des granulations peut s'exercer sans inconvénients.

Ainsi, ayant enlevé une lèvre inférieure cancéreuse, il eut le soin de faire plusieurs fois, pendant la cure, une cautérisation linéaire sur la cicatrice, qui partait du bord cutané de la perte de substance. Grâce à cette manœuvre, le travail cicatriciel ne s'éta-

blit que le long de la membrane muqueuse, et l'attira sur la plaie; de telle sorte que, lorsque la guérison fut complète, la lèvre, reproduisant ainsi très exactement l'aspect normal, était entièrement recouverte, sur son bord libre, par une membrane muqueuse. (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, août 1854, p. 85.)

Traitement des fractures non consolidées, par M. STANLEY.

L'auteur a mis deux fois en usage un procédé très peu connu, et dont il importe, par conséquent, d'enregistrer avec soin tous les cas d'application. C'est l'introduction de morceaux d'ivoire en contact avec les fragments de l'os. Dieffenbach avait fondé cette idée sur l'observation que les balles ou autres corps étrangers, logés au voisinage de quelque pièce du squelette, s'y entourent, au bout de quelque temps, d'un dépôt osseux. M. Stanley a remarqué le même phénomène chez un soldat qui avait reçu, à Waterloo, une balle sur le sternum. Mort longtemps après, la balle était entourée, derrière le sternum, d'une incrustation osseuse.

Le premier malade de M. Stanley avait eu une fracture des deux os de la jambe, compliquée de plaie. Au bout de huit mois, la consolidation n'ayant pas eu lieu, il ne pouvait plus marcher qu'à l'aide de béquilles. Les vésicatoires, l'immobilité absolue et prolongée furent de nouveau mis en œuvre, mais sans succès. Quatre morceaux d'ivoire furent alors introduits, un dans chacun des quatre bouts osseux, qui avaient été préalablement percés avec une vrille ordinaire. L'un de ces morceaux fut entièrement absorbé; les autres se présentèrent tout érodés, comme un os attaqué de carie. La guérison fut complète. (L'observation ne précise point au bout de combien de temps la consolidation eut lieu.)

Le second cas eut une terminaison moins heureuse. Il s'agissait aussi d'une fracture du corps du fémur. Les morceaux d'ivoire ne produisirent qu'un dépôt osseux insuffisant. Mais peut-être les obstacles matériels qui existaient ici ôtent-ils à cet insuccès la valeur qu'on serait peut-être porté à lui attribuer comme argument contre le procédé de Dieffenbach; car l'amputation ayant dû être pratiquée, on trouva que les bouts osseux étaient séparés par un faisceau musculaire volumineux (*a large piece of muscle*) interposé entre eux. (*Dublin Medical Press*, 2 août 1854, p. 65).

La phlébite traumatique est-elle contagieuse ?

Telle est la question que M. Simpson a agitée dans une visite qu'il fit à l'hôpital Saint-Barthélemy (de Londres). Elle n'intéresse pas seulement par l'imprévu de l'énoncé. La pratique trouverait dans sa solution par l'affirmative la donnée thérapeutique qu'elle a jusqu'ici vainement cherchée; car l'antidote serait bien près d'être découvert, s'il s'agissait d'un virus ou d'un *contagium* qu'on peut toujours circonscrire, si l'on ne parvient pas à le neutraliser.

M. Simpson, donc, a exprimé non-seulement l'opinion, mais la conviction que la phlébite est dans la même catégorie que la fièvre puerpérale et certaines formes d'érysipèle; que le chirurgien peut, par ses mains ou les instruments dont il se sert, en transporter le principe d'un malade à l'autre. Il cite, à cet égard, l'exemple d'un médecin qui, en raison du grand nombre de phlébites qui se déclaraient chez ses patients, fut obligé de renoncer pour un temps à la pratique opératoire. M. Stanley et M. Wormald ont considéré cette manière de voir du professeur d'Édimbourg comme assez vraisemblable.

Sans vouloir en nier d'une manière absolue la justesse, et tout en engageant ses lecteurs à porter sur ce point leurs méditations, le rédacteur du journal anglais expose plusieurs considérations opposées à une pareille interprétation des faits. Ainsi :

Quand la phlébite sévit dans une grande ville, elle ne se borne pas à un seul hôpital ni à la clientèle d'un seul médecin.

Quoique la maladie règne avec plus de force pendant quelques mois, on ne la voit cependant jamais ni s'éteindre complétement, ni affecter une rapidité d'extension semblable à celle des épidémies, ainsi que cela s'observe pour la fièvre puerpérale.

Lorsque la phlébite envahit un hôpital, elle ne tarde pas à se déclarer dans les autres; ce qui se comprend bien mieux en en rapportant l'origine à une cause générale qu'à des circonstances accidentelles.

Elle ne se développe pas dans les chambres particulières : on ne connaît pas non plus d'exemple qu'elle se soit propagée d'un lit où elle avait fait une victime aux lits voisins de celui-ci. (*Medical Times and Gazette*, 5 août 1854, p. 137.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

De la pratique obstétricale du docteur George-Gustave Hauck, publié par le docteur GUSTAVE HAUCK, son fils. Berlin, 1852.

Il serait difficile d'analyser un livre qui résume une aussi longue pratique obstétricale que celle du docteur G.-G. Hauck. Mais nous ne voulons pas manquer de signaler le pieux monument de gratitude que son fils, lui-même distingué dans l'obstétrique, vient d'élever à la mémoire de son père.

Cet ouvrage, entièrement dépourvu de discussions théoriques, se distingue par un choix très riche d'observations et de règles sages qui seront fort utiles aux jeunes accoucheurs.

L'ouvrage est divisé en quatre parties.

Dans la *première*, M. Hauck passe en revue la diététique des femmes enceintes; il indique, par de curieuses observations, la marche à suivre dans ces cas difficiles où les grossesses antérieures n'ont pu amener le fœtus à terme; il étudie aussi l'influence du moral sur la marche de la grossesse, et termine par un chapitre très bien senti sur l'hygiène des femmes en couches.

Dans la *deuxième partie*, l'auteur résume toutes les opérations qu'il a pratiquées sur les femmes, avec les indications pratiques et opportunité : les règles d'accouchement prématuré artificiel, versions, applications du forceps, perforations du crâne, etc. Tous les préceptes de pratique sont accompagnés d'observations à l'appui.

A la *troisième partie* se rattache toute la pathologie du fœtus et des femmes en couches.

La *quatrième*, enfin, traite spécialement des états pathologiques de l'utérus pendant et après la grossesse.

Toutes ces observations de M. Hauck ont été empruntées à 3,000 accouchements qu'il répartit ainsi :

928 primipares, 2,072 multipares. Sur ces 3,000 cas, on compte : 2,033 présentations du sommet, 20 présentations de la face, 71 présentations du bassin, 39 présentations des pieds, 34 grossesses gemellaires, 4 accouchements provoqués avant terme, 118 versions par les pieds, 14 délivrances artificielles, 658 applications du forceps, 20 perforations du crâne, 80 opérations pour délivrance, 102 fausses couches, 41 cas de mort du fœtus avant terme, 136 cas de mort du fœtus à terme, 92 cas de mort de nouveau-nés pendant les huit premiers jours, 73 cas de mort de femmes en couches, 25 positions vicieuses du fœtus, 22 autres cas d'attitudes défectueuses, 495 enroulements du cordon, 37 insertions du placenta sur le col. M.

VI.

VARIÉTÉS.

— On s'adresse journellement aux bureaux de la Faculté pour demander d'envoyer des médecins dans des localités où se présentent des positions vacantes. Le secrétaire de la Faculté fait savoir que, n'étant en rapport direct qu'avec des élèves et non avec des docteurs, il n'a aucun moyen de satisfaire aux demandes de ce genre. (*Communiqué.*)

— M. le professeur Velpeau reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, à la Charité, le lundi 20 novembre, et les continuera tous les jours, les jeudis et dimanches exceptés. Leçons à neuf heures.

— M. le professeur Gerdy commencera son cours de pathologie externe le vendredi 24 novembre, à trois heures.

— M. le professeur Denonvilliers commencera son cours d'anatomie le mardi 21 novembre à quatre heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis.

Choléra. — Mouvement quotidien dans les hôpitaux et hospices civils de la Seine depuis le 8 novembre :

	Reçus du dehors.	Déclarés à l'intérieur.	Total des cas.	Sorties.	Décès.
9 novembre .	3	1	4	6	1
10.	1	»	1	2	3
11.	3	1	4	5	5
12.	2	3	5	4	1
13.	1	3	4	3	2
14.	2	»	2	1	3
15.	4	1	5	2	6
16.	1	1	2	1	1
17.	2	2	4	1	3
18.	2	3	5	8	3
19.	1	1	2	4	»
20.	3	»	3	3	3
21.	3	7	10	3	6
22.	6	4	10	1	5
Résumé de 14 jours. .	34	27	61	44	42

Situation au 22 novembre : Cas traités depuis novembre. 6,763

Sorties . . . . . . 3,116 }
Décès . . . . 3,531 } 6,647

Il reste en traitement 116

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Recueil de médecine vétérinaire. — Octobre. Mémoire sur une affection enzootique particulière à l'espèce bovine, existant dans le canton de la Chartre et autres lieux circonvoisins, par *Paugoué*. — Études pratiques, recherches et discussions sur la castration des vaches, par *P. Charlier* (suite).— Les toxicophages allemands, avec une note par *Imbert-Gourbeyre*.

Gazette médicale de Strasbourg. — N° 10. Le choléra à Strasbourg en 1854, Le choléra de Châtenois, par *Mistler*. — Eclampsie urœmique, par *Wieger*.

Journal de Médecine de Bordeaux. — N° 10. Hydropisie ascite guérie par l'injection iodée, par *Constantin*. — Deux observations de myélite, par *Bernadet* et *Couve*.

Revue thérapeutique du Midi. — N° 8. Transmissibilité du choléra, par *Saurel*. — Ergotine dans la dysentérie chronique, par *Fontayral*. — Tumeur squirrheuse du sein ; guérison par la conicine, par *A. Cade*. — Écrasement de la jambe, sans lésion osseuse ; amputation ; guérison, par *Blanc*.

Archives belges de médecine militaire. — Août et septembre. Vaccine et ses adversaires, par *Verheyen*. — Développement des gaz chez l'homme vivant, par *Fromont* fils. — Compte rendu médico-chirurgical de la campagne faite par *la Louise-Marie* en Afrique, de 1853-54, par *Fichefet*. — Fièvres continues de la maison de correction de Saint-Bernard, par *Stacquez*.

Presse médicale belge. — N° 44. Cliniques et revues.

Annales médicales de la Flandre occidentale. — 17e livraison. — Résumé de travaux sur le choléra, par *R. Vanoye*. — Ligature des tumeurs pédiculées par un procédé nouveau, par *Mazier*.

Association Medical Journal. — Nos 89 (1). Résultats pratiques des quarantaines, par *Spencer Wells*. — Notes cliniques sur le choléra, par *L. Lindsay*. — Notes sur l'ophthalmologie, par *V. Salomon*. — 92. Notes sur le choléra, par *L. Lindsay*. — Affections intestinales régnantes, par *G. Babington*. — Eau impure, cause de maladie, par *A. Carpenter*. — Clinique médicale (sueur profuse dans la congestion du foie, délire dans le rhumatisme, névralgies suite de zona chez les personnes âgées, huile de foie de morue dans les névralgies), par *Darrant*. — Emploi médical de l'éther chlorique, par *J.-B. Mead*. — Cas de lithotomie, par *Allan Duke*. — Blessure de l'œil et extirpation, par *A. Prichard*. — 93. Sur le diabète, par *Hodgkin*. — Obstruction intestinale, purgatifs, par *Davey*. — Constipation invincible, opération, mort, par *G. Norman*. — Accouchement difficile par suite d'hydrocéphale, par *Swayne*. — Dent artificielle avalée et rejetée par les selles, par *R. Thursfield*. — Hernie étranglée, masquée par une glande volumineuse, par *Brown*. — 94. Observation sur le choléra, par *S. Wilks*. — Position horizontale du corps dans la syncope, par *Richardson*. — Injection iodée dans l'empyème, guérison, par *J. Windsor*. — Hydrocéphale, *huit* ponctions de la tête, par *J.-D. Brown*. — Influence de certains *ingesta* sur la formation de quelques produits anormaux dans l'urine, par *H. Wilson*. — 95. Sur certaines formes de cachexie, par *Th. Hodgkin*. — Notes cliniques sur le choléra, par *L. Lindsay*. — Arsenic contre le choléra, par *C. Black*. — Empoisonnement par le précipité rouge, par *F.-J. Brown*.

(1) Ce n° avait été oublié dans les Bulletins précédents. Nous prévenons aussi que, dans le Bulletin de notre n° 54, l'indication des nos 99 et 101 de l'*Association Journal* doit être remplacée par celles de 90 et 91.

Dublin Medical Press. — Nos 822. Nature et traitement du choléra, par *T. Rickin*. — Traitement du choléra grave (*anonyme*). — Cas extraordinaire de suicide, par *S. Nicolls*. — 823. Pièce de monnaie engagée dans le larynx et rejetée par la toux, par *G. Geoghegan*. — 825. Divers articles sur l'organisation des Sociétés savantes et des services chirurgicaux.

Medical Times and Gazette. — Nos 222. Topographie et maladies des provinces turco-danubiennes, par *D. Dumbreck*. — Cas de choléra, par *Bulley*. — Clinique chirurgicale, par *Hawkings*. — Nouveau mode de douche pour l'œil, par *Haynes Walton*. — 223. Topographie, etc., par *Dumbreck*. — Le choléra à Middlesex hospital, par *A.-P. Stewart*. — Communication du choléra par l'eau impure de la Tamise, par *J. Snow*. — Plaie étendue de la gorge, par *Tyerman*. — 224. Ménorrhagie, par *E. Rigby*. — Traitement des anévrysmes par compression, par *J. Tufnell*. — Plaie pénétrante du thorax, par *J. Macewan*. — Anévrysme de l'aorte ouvert dans la trachée, par *J. Scott*. — 225. Relation sur le choléra qui a sévi sur le vaisseau *la Reine*, dans l'été de 1850, par *W.-R.-E. Smart*. — Amputation au-dessus du genou, érysipèle, guérison, par *G.-M. Jones*. — Chirurgie orthopédique, par *B.-E. Brodhurst*. — 226. Choléra sur le vaisseau *la Reine*, par *Smart*. — Insertion du placenta sur le col, par *C. Waller*. — Ménorrhagie, par *Ed. Rigby*. — Inflammation sympathique de l'œil, par *T. Taylor*. — Causes prédisposantes de la carie dentaire, par *D. M'Kenzie*.

The Lancet. — Nos 14. Leçons d'ouverture dans les diverses cliniques de Londres. 15. Ganglions et nerfs de l'utérus, par *Rob. Lee*. — Trachéotomie dans l'épilepsie laryngée, par *Marshall-Hall*. — Traitement des maladies des voies urinaires à Paris, par *W. Acton*. — Traitement du choléra par le calomel, par *Ayre*. — Pathologie du choléra, par *John Jones*. — 16. Maladies des os, par *J. Bishop*. — Calcul de la vessie chez une fille, par *H. Thompson*. — Lois de la mortalité et de la maladie dans la classe ouvrière en Angleterre, par *T. Rowe Edmonds*. — Hypertrophie considérable du cœur, par *W. Sedgwick*. — Cliniques. — 17. Maladies des jointures, par *Coulson*. — Ganglions et nerfs de l'utérus, par *R. Lee*. — Calomel dans le choléra, par *Mackinlay*. — Influence du poison cholérique sur les facultés cérébrales.

The New-Orleans Medical and Chirurgical Journal. — Septembre 1854. Dysentérie des nègres, par *S.-A. Cartwright*. — Ostéosarcome de la clavicule, opération, par *J.-A. Owen*. — Trismus des nouveau-nés, par *R.-H. Chinn*. — Deux cas d'ossification du placenta, par *J.-H. Johnson*. — Sur la fièvre jaune, par *J. Tuck*. — Inflammation chronique de la vessie, par *Maguire*. — Asparagine comme sédatif, par *Dedrick*. — Héméralopie, par *Fenner*. — Cancer utérin, par *Dowler*.

Il Severino. — Septembre et octobre. *Extraits*.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — Nos 39. Chirurgie contemporaine (syphilisation, perchlorure de fer, etc.), par *P. Landi*. — Étiologie, nosogénie et traitement du choléra à Calcinaja, par *G. Taussig*. — Hémorrhagie abdominale, grossesse extra-utérine (?), par *V. Castellani*. — 42. Études à faire sur les causes du choléra, par *B. Sadun*. — Choléra de Calcinaja, par *G. Taussig*. — 43. Chirurgie contemporaine (syphilisation, perchlorure de fer, anesthésiques), par *P. Landi*.

Giornale delle Scienze mediche della Reale Accademia medico-chirurgica (Torino). N° 19. Sur le choléra, par *Sella*. — Analyse chimique des tubercules, par *Maschi*. — 20. Deux cas de choléra suivis d'autopsie ; sur la nature du choléra, par *Depraz*. — Analyse chimique des tubercules, par *Maschi*.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — Nos 40. Remarques sur le choléra, par *G. Torelli*. — Choléra de Castellaro, par *Bottini*. — 41. Étude sur le choléra. — 42 et 43. — Action dynamique des médicaments, par *P. Carmagnola*. — Faits pratiques de chirurgie, par *Salvaloni*. — Revue obstétricale, par *Olivetti*. — 44. Suite des trois mémoires précédents.

Livres nouveaux.

Code médical, ou Recueil des lois, décrets et règlements sur l'étude, l'enseignement et l'exercice de la médecine civile et militaire, par *Amédée Amette*, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris. Deuxième édition, revue et augmentée. Paris, 1854. Un volume in-12 de 470 pages. Chez J.-B. Baillière. 4 fr.

Traité de gymnastique raisonnée, au point de vue orthopédique, hygiénique et médical, ou Cours d'exercices appropriés à l'éducation physique des deux sexes et applicables à tous les âges, avec l'exposé des moyens propres à redresser les déviations et à guérir les paralysies et d'autres infirmités ; ouvrage dédié aux médecins, aux familles, aux établissements d'éducation ; par *Ch. Heiser*, de Strasbourg. 1 vol. in-8, avec 113 fig. Paris, chez Victor Masson. 5 fr.

Traité élémentaire et pratique de pathologie interne, par le professeur *A. Grisolle*. Sixième édition revue et augmentée. 2 vol. grand in-8. Paris, chez Victor Masson. 18 fr.

En vente le tome Ier de XVI-800 pages. Le tome II paraîtra le 15 décembre au plus tard.

Beitræge zur Lehre von den Schusswunden (Plaies d'armes à feu), par *H. Schwartz*. Grand in-8. Schleswig, chez Bruhn. 5 fr. 50 c.

Canstatt's Jahresbericht ueber die Fortschritte der gesammten Medicin in allen Laendern, im Jahre 1853. Redigirt von prof. dr *Scherer*, prof. dr *Virchow*, und dr *Eisenmann*. Nouvelle série, troisième année, 7 volumes in-4 et tables. Wurtzburg, librairie de Stahel. 40 fr.

Die Wurmkrankheiten des Menschen mit Versuchen an lebenden Thieren. — (Maladies vermineuses), par *B. Meyer*. Grand in-8. Zerbst, chez Wallerstein. 3 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. Déchambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. — PARIS, 1er DECEMBRE 1854. — N° 61.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

Pour éviter à l'avenir toute cause d'erreur dans les indications des actes officiels qui peuvent intéresser l'enseignement médical, la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE a été autorisée à recevoir désormais ses communications du cabinet de S. Exc. le Ministre de l'instruction publique et des cultes.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret impérial en date du 29 novembre, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes,

Sont nommés :

A la Faculté des sciences de Nancy (Faculté nouvelle) :

Professeur de mathématiques pures et appliquées :

M. FAYE, membre de l'Institut, recteur de l'Académie de Nancy.

Professeur de physique :

M. SÉGUIN, docteur ès sciences, professeur de physique au lycée de Caen.

Professeur de chimie :

M. NICKLÈS, docteur ès sciences.

Professeur d'histoire naturelle :

M. GODRON, docteur ès sciences, ancien recteur de l'Académie départementale du Doubs.

A la Faculté des sciences de Poitiers (Faculté nouvelle) :

Professeur de mathématiques pures et appliquées :

M. CHENOU, docteur ès sciences, ancien recteur de l'Académie départementale de la Charente.

Professeur de physique :

M. TROUESSART, docteur ès sciences, professeur de physique au lycée de Brest.

Professeur de chimie :

M. GILLOT-SAINT-ÈVRE, docteur ès sciences, ancien chargé de cours à la Faculté des sciences de Besançon.

Professeur d'histoire naturelle :

M. HOLLARD, docteur ès sciences, ancien chargé de cours à la Faculté de Paris.

— Par arrêté, en date du 25 novembre 1854, sont nommés professeurs honoraires à l'École préparatoire médicale de Bordeaux :

M. Brulatour, ancien professeur de médecine opératoire ;

M. Cornilh, ancien professeur d'histoire naturelle et matière médicale.

— Par arrêté en date du 27 novembre 1854, M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a accordé à M. Joyeux, agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg, un congé de trois mois, pour raison de santé.

UNIVERSITÉ DE FRANCE. INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

CIRCULAIRE A MESSIEURS LES RECTEURS.

« Paris, 23 novembre 1854

» Monsieur le recteur, le décret du 22 août dernier, qui, en fixant les frais d'études des élèves en médecine au prix total de 1,260 fr., a reporté aux examens passés à la fin des cours une partie des rétributions précédemment exigées pour les inscriptions prises en cours d'études, devra être appliqué de manière que les sommes acquittées désormais par les élèves au compte de l'enseignement supérieur ne puissent, en s'ajoutant à celles qu'ils ont versées déjà dans les caisses du Trésor public, dépasser le prix déterminé par le décret.

» Ce principe d'équité, l'administration n'a donné à personne le droit de mettre en doute sa ferme intention de le maintenir. Cependant, comme il n'y aura lieu de le pratiquer qu'à partir du 1er janvier prochain, terme assigné pour la mise à exécution du règlement du 22 août, elle a dû prendre le temps d'examiner quel serait le moyen le plus sûr d'atteindre le but qu'elle se propose.

» Il eût peut-être été souhaitable, pour simplifier cette opération assez difficile, d'étendre uniformément les nouveaux tarifs à tous les étudiants, à partir du 1er janvier prochain, en se réservant, aussitôt que les droits acquittés s'élèveraient à la somme de 1,260 fr., d'accorder la gratuité des actes qui resteraient à accomplir.

» Mais, ne voulant point aggraver dans le présent, pour l'unique avantage de la comptabilité, les sacrifices que les familles ont dû s'imposer, j'ai décidé que les élèves en cours d'études obtiendraient une remise proportionnellement répartie sur leurs inscriptions et sur leurs actes à dater du 1er janvier prochain, et établie de telle sorte que les sommes déboursées par eux n'excèdent pas le maximum de 1,260 fr. fixé par le décret du 22 août.

» Les épreuves qu'il faudrait recommencer continueraient, toutefois, à avoir lieu, après le délai d'ajournement prescrit par les règlements en vigueur, moyennant la nouvelle consignation d'une somme égale à la première. Veuillez donc faire dresser immédiatement, au dossier de chacun

des étudiants, les calculs nécessaires pour opérer, de la manière la plus équitable en même temps que la moins compliquée, les dégrèvements successifs que je viens d'ordonner.

» Comme les jeunes gens qui commencent aujourd'hui leurs études médicales pour les suivre régulièrement auront dû les terminer dans quatre années, et qu'il est impossible de prolonger indéfiniment une situation transitoire, je fixe au 1er janvier 1859 l'époque à laquelle les tarifs seront appliqués sans réduction.

» Recevez, etc. *Signé* : Fortoul. »

Pour l'accomplissement des intentions exprimées dans cette circulaire, l'avis suivant a été porté à la connaissance des étudiants de la Faculté de Paris :

MM. les étudiants sont prévenus que les frais d'études qu'ils auront à acquitter en vertu du décret du 22 août ne pourront, dans aucun cas, excéder la somme de 1,260 francs.

En conséquence, une réduction de toutes les sommes qui excéderaient ce nouveau tarif sera faite à leur profit, et répartie également sur tous les actes qu'il leur restera à accomplir à partir du 1er janvier prochain.

Cette mesure ne sera appliquée que pendant quatre ans, c'est-à-dire jusqu'au 1er janvier 1859.

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 30 novembre 1854.

Société des médecins des hôpitaux de Paris : diagnostic de l'épanchement pleural. Bruit tympanique.

A l'occasion d'un intéressant travail de M. le docteur Monneret sur le *bruit tympanique dans les épanchements*, une discussion s'est engagée à la Société de médecine des hôpitaux de Paris relativement à cette question, théoriquement curieuse et en même temps tout à fait pratique, de plessimétrie. C'est M. Skoda (de Vienne) qui, le premier, a avancé ce fait, que, dans les cas d'épanchement pleural, la percussion de la partie du thorax située au-dessus du liquide donne un son *tympanique.* Pour juger de la nouveauté de cette assertion, il faut tenir compte du sens qu'y attache l'auteur. La chose n'est pas très aisée, comme l'a fait remarquer M. Aran ; mais, enfin, on y arrive à l'aide des indications données par le *Traité de percussion et d'auscultation* sur le son *non tympanique.* Or, pour M. Skoda, « le son *non tympanique* est représenté par le son que donne la percussion des portions du thorax sous lesquelles se trouve le poumon *sain, normalement* distendu par de l'air » (traduction de M. Aran). Tout le monde connaît cette qualité de son. Quand M. Skoda veut marquer la transition du son non tympanique au son tympanique, comme il le fait, par exemple, à la page 24, c'est des caractères de *clarté* et d'*obscurité* qu'il la fait ressortir. Par exemple, un son ample, très résonnant, mais *sourd*, est pour lui l'équivalent d'un son *presque non tympanique*, et un son tympanique parfait est un son ample et résonnant, mais *clair*. Jusque-là il ne semble pas que notre confrère allemand entende autrement que chez nous la qualité tympanique du son pectoral; mais écoutez l'explication: « Les poumons donnent à la percussion un son tympanique, *lorsqu'ils sont en partie privés d'air*, et un son non tympanique, *lorsque la quantité d'air qu'ils renferment est beaucoup augmentée.* » Et plus loin : « La percussion donne un son constamment tympanique toutes les fois que les parois des organes qui contiennent de l'air ne sont pas trop tendues ; au contraire, lorsque cette tension est trop forte, le son perd presque complétement, sinon complétement, son caractère tympanique, et peut ainsi devenir plus sourd. » Un son ample et clair, mais ayant la qualité particulière que peuvent lui donner et la faible quantité de l'air contenu dans le poumon et la trop grande tension du tissu ; un son qui de clair devient sourd quand la tension du poumon diminue, voilà donc, pour M. Skoda, le vrai son tympanique.

On conviendra que la pensée de l'auteur n'est pas fort élucidée par cette explication. Un son tympanique, littéralement un son de *tambour*, qui se produit seulement quand la caisse contient peu d'air, ne nous semble pas fort aisé à comprendre, et nous partageons spécialement sous ce rapport les scrupules de M. Monneret. Il est heureux qu'une interprétation plus claire ressorte de certains passages du livre, et permette ainsi de rapporter, avec quelque sécurité de conscience, à M. Skoda, la découverte d'un signe séméiologique d'une réelle importance.

Il est très vrai, comme l'a dit M. Legroux, qu'on avait reconnu depuis longtemps la sonorité exagérée du thorax au niveau des parties de poumon refoulées par l'épanchement pleural. Mais personne, que nous sachions, n'avait pensé que cet excès de sonorité pût aller jusqu'au caractère tympanique. Or, le phénomène est incontestable; il est même fréquent. Et tout praticien comprendra aisément de quel poids ce signe peut être dans le diagnostic des affections de poitrine. M. Hérard a raconté un fait bon à rappeler. Un médecin très distingué des hôpitaux, étranger aux travaux allemands, diagnostiqua, d'après l'existence d'un son tympanique au sommet de la poitrine, une phthisie pulmonaire très avancée, avec épanchement pleurétique; et l'autopsie a montré que l'épanchement existait seul, sans trace de tubercules. Assurément le diagnostic différentiel de la tuberculisation pulmonaire et de l'épanchement pleurétique n'en est pas réduit à la détermination d'un son plessimétrique; mais nous ne sommes pas étonné que le signe dont il s'agit, considéré isolément, ait été parfois l'occasion d'une pareille erreur.

Nous nous attachons surtout au fait clinique; nous le dégageons de la théorie. La théorie, pourtant, n'est pas tout à fait à dédaigner en cette circonstance; car la théorie allemande et celle qu'on lui oppose ayant également pour base l'anatomie pathologique, on se représentera différemment, suivant la théorie qu'on aura adoptée, l'état matériel des organes thoraciques; circonstance qui n'est indifférente ni au pronostic, ni au traitement. On se bornera, par exemple, à admettre, avec M. Monneret, que le poumon est plus étroitement appliqué contre la paroi pectorale ; avec M. Skoda, on croira que le parenchyme a subi un *certain degré de compression* (car ce sont les termes du *Traité de percussion*, au chapitre de la pleurésie). Avec MM. Monneret et Woillez, on recherchera si le son tympanique ne tient pas à quelque lésion autre qu'une accumulation de liquide, également susceptible de réduire la capacité pulmonaire ; avec M. H. Roger, à qui l'on doit un excellent travail sur la matière et qui a été le véritable introducteur des opinions de M. Skoda dans la médecine française ; avec M. Hérard, on affirmera que le thorax renferme nécessairement du liquide.

Un mot donc sur ces théories.

Un poumon détaché du cadavre et fortement distendu par insufflation donne à la percussion un son mat, de même que la peau d'un tambour résonne sourdement quand elle est ten-

due à l'excès; rien de plus exact. Mais s'ensuit-il que le son tympanique, dans l'épanchement pleural, résulte de la vacuité relative du poumon et du tassement de son parenchyme? Si le son qui se fait entendre dépend de cette cause, il ne faut pas l'appeler tympanique; car rien n'est moins juste que la comparaison enfermée dans cette étymologie. Les expériences de M. Skoda sur les conditions qui donnent ou retirent au son le caractère tympanique sont loin d'être concluantes. Il insuffle un poumon sain, *encore contenu dans le thorax*, et il obtient par la percussion un son tympanique. Comment donc une insufflation pulmonaire pratiquée dans un thorax *en état d'expiration permanente* a-t-elle pu distendre le poumon outre mesure, comme il le faut pour la satisfaction de la théorie? M. Aran, dans les notes jointes à sa traduction, a déjà, sur ce point et sur plusieurs autres, élevé de justes critiques. Si nous avions à prendre parti dans le débat, nous attribuerions, comme M. Monneret, beaucoup d'importance à l'application plus immédiate du parenchyme contre la paroi thoracique. De plus, nous nous demanderions si la respiration costale supérieure, rendue nécessaire par la compression de la partie inférieure du poumon, ne joue pas un certain rôle dans l'exagération de la sonorité; si encore l'air refoulé ne s'accumule pas et ne devient pas plus dense dans quelques lobules, deux circonstances favorables au renforcement du son. Quant à l'opinion que la présence du liquide dans la plèvre est une condition indispensable de la production du phénomène, bien qu'elle ait pour elle des observateurs d'une compétence toute spéciale, il faut bien reconnaître qu'elle reçoit une sérieuse atteinte des observations de M. Monneret, qui a rencontré plusieurs fois le son tympanique dans des pleurésies sans épanchement. Toute la réserve qu'on peut se permettre à ce sujet, c'est que le son dont il s'agit n'est pas toujours identique avec lui-même; il est quelquefois *creux*, selon l'expression de M. Roger; *sec*, dans le langage de M. Aran; moins plein, moins ample que le son tympanique ordinaire, selon ces deux observateurs. Le principe de la consonnance ne permet guère de supposer que le son soit le même avec ou sans liquide dans le thorax. En quoi consiste la différence? Ce peut être un objet de recherches.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION, par le docteur Paul Broca, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

Suite.—Voir les numéros 12, 13, 16, 21, 22, 33, 46 et 57.

§ 4. ÉTUDE CLINIQUE DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION INDIRECTE.

4° Du lieu où il convient d'appliquer la compression.

De même que la méthode d'Anel est préférable à la méthode de Brasdor, de même la compression pratiquée entre le cœur et l'anévrysme est supérieure à la compression exercée entre l'anévrysme et les capillaires.

1° La *compression au-dessous du sac*, qui mérite le nom de *méthode de Vernet*, n'a été jusqu'ici, à ma connaissance du moins, mise en usage que trois fois, et seulement pour des anévrysmes situés à la racine du membre abdominal. J'ai déjà eu l'occasion de citer la plus ancienne de ces trois observations (1). L'anévrysme occupait la partie supérieure de l'artère fémorale. Vernet essaya de comprimer l'artère au-dessous de la tumeur; mais celle-ci s'accrut rapidement, les battements redoublèrent, et il fallut renoncer à ce moyen. On ne connaissait pas encore la ligature de l'iliaque externe; on fut donc obligé de s'en tenir aux soins palliatifs, et tout permet de croire que le malade succomba.

Vernet resta longtemps sans imitateur. On parlait souvent de sa tentative; mais c'était seulement pour la blâmer, et l'on ne revint même pas de ce jugement sévère, lorsque les efforts de Wardrop eurent remis en faveur la méthode de Brasdor. Seul M. Laugier tendit une main secourable à la méthode de Vernet. Dans un article que j'ai déjà eu l'occasion de citer (2), ce professeur, confirmant et développant les idées de Wardrop sur la guérison des anévrysmes, proposa d'intercepter le cours du sang dans la radiale ou dans la cubitale, pour faire oblitérer les anévrysmes de l'extrémité inférieure de l'humérale, et ajouta: « Cette tentative pourrait être faite par » une simple compression, si facile à appliquer à l'avant-bras. » Ces paroles seraient peut-être restées longtemps sans écho, si la renaissance de la compression en Irlande n'avait de nouveau conduit les chirurgiens à essayer la méthode de Vernet.

Dès 1843, M. Bellingham crut devoir imiter la conduite du chirurgien français, dans un cas assez singulier, sur la nature précise duquel il nous manque plus d'un renseignement.

Obs. XXXII [Bellingham] (3). — *Anévrysme secondaire de l'iliaque externe. Compression au-dessous du sac, puis compression directe. Guérison.* Un anévrysme de l'artère iliaque externe avait été traité en 1842 par la ligature. Le sac *avait suppuré;* néanmoins le malade avait guéri. Le 3 avril 1843, cinq mois après sa sortie, il rentra à l'hôpital présentant un nouvel anévrysme qui avait paru trois jours auparavant, et qui occupait exactement le même siége que le premier. Après avoir inutilement employé la méthode de Valsalva pendant trente-huit jours, M. Bellingham se décida à comprimer l'artère fémorale, d'abord sur le pubis, puis un peu plus bas. Au bout de quatre jours, la tumeur était moins volumineuse et moins pulsatile; mais quelques jours plus tard les pulsations ayant paru s'accroître, on appliqua une compression directe sur l'anévrysme à l'aide de compresses graduées fixées par un bandage de corps. En un mois la tumeur s'affaissa, durcit, et cessa de battre; puis elle se résorba, et deux ans plus tard la guérison ne s'était pas démentie.

Peut-on citer ce fait comme un cas de succès de la compression au-dessous de la tumeur? Ce serait peut-être aller trop loin, puisqu'on a dû recourir ensuite à la compression directe. On remarquera, toutefois, que, pendant les quatre premiers jours, la méthode de Vernet produisit une amélioration manifeste. Il s'agissait d'ailleurs d'un cas fort insolite, et il est difficile de savoir à quoi s'en tenir sur la nature de cet anévrysme secondaire de l'iliaque externe.

La troisième tentative, faite par M. Hilton, n'a pas été couronné de succès.

Obs. XXXIII [Hilton] (4). — *Deux anévrysmes de l'artère fémorale. Compression entre les deux tumeurs. Résultat nul.* L'artère fémorale d'un homme de cinquante-huit ans, goutteux et atteint de bronchite chronique, était le siége de deux anévrysmes. L'un, assez petit, occupait le pli de l'aine; l'autre, gros comme un œuf de poule, était situé au milieu de la cuisse. Le cas parut inopérable. Les applications réfrigérantes, continuées pendant trois mois, n'empêchèrent pas l'accroissement des tumeurs. Avant de renvoyer le malade, on voulut essayer la compression indirecte. On plaça une pelote entre les deux anévrysmes. La compression était intermittente. Au bout de huit jours, la tumeur inférieure était plus dure et moins grosse. On continua, mais bientôt le malade commença à se fatiguer; on jugea inutile de le tourmenter plus longtemps. Les effets du traitement étaient d'ailleurs peu prononcés. — Cet homme fut considéré comme incurable et renvoyé de l'hôpital. Quelques mois après, il mourut presque subitement. L'anévrysme inférieur s'était rompu, et le sang s'était infiltré dans toute l'étendue du membre.

(1) Voyez plus haut, page 236, obs. IX.
(2) Laugier, *Bulletin chirurgical*, oct. 1840, tome II, n° 3, page 90.
(3) *Dublin Journal*, 1845, tome XXVI, page 243, n° 20 de mon second tableau.
(4) *Medical Times and Gazette*, 1853, volume II, page 452.—*The Lancet*, 1853, olume II, page 499.—Voy. n° 60 de mon second tableau.

L'auteur de l'observation, préoccupé surtout de l'anévrysme inférieur, ne parle pas des effets de la compression sur l'anévrysme inguinal ; d'où il est permis de conclure que ce dernier anévrysme n'avait subi aucun changement notable sous l'influence du traitement. Or, la pelote unique, qui agissait sur l'anévrysme fémoral suivant la méthode ordinaire, agissait sur l'anévrysme inguinal suivant la méthode de Vernet. Cette dernière méthode avait donc été sans efficacité. Mais tout le monde reconnaîtra, d'une part, que le cas était des plus désavantageux ; d'autre part, la pelote était forcément appliquée sur un point où l'artère est très difficile à comprimer. Peut-être, enfin, peut-on ajouter que le chirurgien n'a pas mis toute la persistance désirable dans l'emploi d'un moyen qu'il considérait pourtant comme l'unique planche de salut. Malgré toutes ces circonstances atténuantes, j'ai cru devoir faire entrer ce fait en ligne de compte et le ranger au nombre des insuccès.

Deux insuccès et un succès contestables, tels sont les seuls résultats fournis jusqu'ici par la méthode de Vernet. Il est difficile, avec si peu d'éléments, de porter un jugement sur elle. Toutefois, ce que nous connaissons aujourd'hui de la méthode de Brasdor, modifiée par Wardrop, permet de concevoir quelques espérances sur l'avenir de la méthode de Vernet. Avant d'en venir à la ligature de l'iliaque primitive ou de l'iliaque externe, dans le traitement des anévrysmes situés au-dessus du ligament de Fallope, je conseillerais d'essayer avec circonspection la compression partielle de la fémorale sur le pubis, en y joignant une demi-diète, l'abstinence des boissons, quelques saignées et l'emploi de la digitale. On pourrait associer à ces moyens une compression légère appliquée directement sur l'anévrysme à travers la paroi abdominale.

Il est bien évident, du reste, que la compression au-dessous du sac ne constituera jamais qu'une méthode très exceptionnelle, applicable seulement lorsqu'il est impossible de placer les pelotes entre l'anévrysme et le cœur.

2° La *compression au-dessus du sac* est préférable sous tous les rapports. On me dispensera, je l'espère, de développer cette proposition. Mais il ne suffit pas de dire que la compression doit être exercée entre le cœur et l'anévrysme, il faut, autant que possible, préciser le point ou les points dont on doit faire choix pour y appliquer la compression : ces points varient évidemment avec le siége du mal, et je ne puis passer en revue tous les anévrysmes externes. Je m'efforcerai néanmoins de donner à cet égard quelques préceptes généraux.

Et d'abord, on évitera, autant que possible, de comprimer l'artère immédiatement au-dessus de l'anévrysme. A ce niveau, en effet, les téguments, soulevés par la tumeur, se laissent difficilement déprimer par la pelote, et il est nécessaire d'exercer une pression très forte pour pouvoir maîtriser la circulation. On s'expose ainsi à irriter la peau ou même à la sphacéler ; l'irritation peut gagner la poche anévrysmale et en provoquer la rupture. J'ai déjà parlé d'un malade qui faillit être victime de cet accident (n° 58). Un anévrysme de la partie la plus élevée de l'artère fémorale avait été traité pendant douze jours par la compression de l'iliaque externe ; il avait fallu comprimer très fortement, et une eschare s'était formée. M. George Fox fut obligé de lier l'artère iliaque externe. L'anévrysme s'oblitéra ; mais bientôt l'eschare, s'étant détachée, laissa à nu la partie supérieure du sac. Celui-ci se rompit dans la plaie, se vida et suppura abondamment. Il n'y eut heureusement aucune hémorrhagie, et le malade finit par guérir. Néanmoins, ce fait porte avec lui un enseignement qui ne doit pas être perdu.

On évitera donc, si on le peut, de placer la pelote compressive trop près de la poche anévrysmale. Cette règle, toutefois, n'est pas absolue. Il y a des anévrysmes tellement rapprochés de la racine des membres, qu'on est obligé ou de renoncer à la compression, ou de l'appliquer fort près du sac. C'est ce qui est arrivé sur le malade de M. Fox ; pareille chose a eu lieu encore sur celui de Verdier (n° XLII) ; et quoique, dans ce dernier cas, l'appareil compressif fût très défectueux, le résultat ne laissa pas que d'être assez satisfaisant, ainsi qu'on l'a vu plus haut (1). Je pense donc qu'en pareil cas il sera indiqué, avant d'en venir à la ligature, d'essayer la compression indirecte, en redoublant de prudence, et sans perdre de vue les inconvénients qui peuvent résulter de la présence d'une pelote trop rapprochée du sac anévrysmal.

On peut, au contraire, sans compromettre le résultat et sans diminuer en rien les chances de guérison, s'éloigner autant qu'on voudra du siége de l'anévrysme. On veut seulement diminuer l'énergie de la circulation, et il est clair qu'on atteint ce but en comprimant, sur un point quelconque de son trajet, l'artère qui transmet le sang à la poche anévrysmale. Ainsi, la compression de la fémorale sur le pubis agit avec autant d'efficacité sur les anévrysmes de la partie inférieure de la jambe, que sur ceux du jarret ou même de la cuisse. Cette circonstance heureuse permet de choisir, entre l'anévrysme et la racine du membre, les points où l'artère se prête le mieux à la compression.

Ces *points d'élection* sont ceux où le vaisseau est à la fois superficiel et voisin d'un plan osseux susceptible de fournir un point d'appui.

Les points d'élection du membre abdominal sont au nombre de deux. Ce sont le pli de l'aine et l'anneau du troisième adducteur. Au pli de l'aine, l'artère, très superficielle, repose directement sur le pubis ; une pelote, petite, convexe, ovalaire et longitudinale, permet d'éviter la compression du nerf crural, qui est situé en dehors, dans la gaîne du psoas. La veine fémorale, qui est en dedans et sur le même plan que l'artère, n'est pas comprimée du tout ou ne l'est que faiblement par les parties latérales de la pelote. Au point d'élection inférieur, la fémorale, appliquée sur le fémur, est fixée dans l'anneau fibreux du troisième adducteur, et ne peut, par conséquent, fuir devant la pelote ; en outre, elle n'est accompagnée que par un filet nerveux assez insignifiant (nerf saphène interne) ; mais elle est si bien accolée à la veine, qu'il est impossible de la comprimer isolément. Un autre désavantage résulte de l'épaisseur assez grande des tissus qui la séparent de l'agent compresseur. Chez les sujets bien musclés, le bord externe du couturier gêne beaucoup l'action de la pelote. Somme toute, l'expérience prouve que, chez la plupart des malades, la compression au lieu d'élection supérieur est mieux supportée et plus efficace que l'autre.

Les points d'élection du membre thoracique sont beaucoup moins précis et beaucoup moins favorables. Chez les sujets maigres, la partie moyenne du bras doit recevoir la préférence. Là, l'artère repose sur la face interne de l'humérus ou sur l'insertion du coraco-brachial ; elle n'est séparée de la peau que par une aponévrose ; ses veines satellites n'ont aucune importance ; il n'y a d'autre obstacle que la proximité du nerf médian : c'est un inconvénient, sans doute ; mais le même inconvénient existe dans les autres points. Ici, du moins, on a l'avantage de ménager les autres troncs nerveux. Mais, chez les sujets qui ont les muscles très développés, le bord interne du biceps empiète sur l'artère et rend la compression beaucoup plus difficile. On est alors obligé de comprimer plus haut ou plus bas ; plus bas, l'artère est séparée de l'humérus par le brachial antérieur ; plus haut, on la comprime aisément ; mais le voisinage du nerf cubital constitue un autre embarras. En résumé, il n'y a pas, sur l'artère humérale, de point d'élection comparable à ceux du membre inférieur ; mais il y a du moins cet avantage, qu'on peut atteindre l'artère dans toute sa longueur, et remédier à la douleur en déplaçant la compression aussi souvent qu'on le désire.

Pour le cas particulier, mais exceptionnel des anévrysmes du poignet ou de la main, on a la ressource de comprimer l'extrémité inférieure de la radiale ou de la cubitale, ce qui est toujours facile, surtout pour le premier de ces vaisseaux. C'est ainsi qu'avec un simple ressort supportant une petite pelote et appliqué sur la radiale, au-dessus du poignet, M. Syme guérit en vingt-quatre heures un anévrysme situé à la racine du pouce (n° 143).

Il est préférable d'appliquer les pelotes sur les points d'élection ; mais cela n'est pas toujours possible ; alors on comprime où l'on peut et comme on peut. La compression a ainsi été appliquée sur l'extrémité inférieure de l'iliaque externe, sur tous les points de la fémorale, sur tous les points de l'humérale, sur l'axillaire et même sur la sous-clavière. Les points d'élection sont à peu près les seuls

(1) Voy. plus haut, page 346, obs. XXX.

où il soit raisonnablement possible de maintenir la compression totale ; mais on peut, partout ailleurs, exécuter la compression partielle, surtout lorsque la compression est intermittente, ou encore, ce qui revient au même, lorsqu'elle s'exerce alternativement sur plusieurs points de la même artère, à l'aide de plusieurs pelotes superposées.

Ceci me conduit à parler de la *méthode alsacienne.* Le but de cette méthode, comme on sait, est d'agir sur l'anévrysme d'une manière continue, à l'aide de plusieurs appareils compressifs alternativement serrés et relâchés. Cette méthode n'est applicable que lorsque l'anévrysme est situé assez loin de la racine du membre. Elle a été imaginée pour le traitement des anévrysmes poplités, et c'est là aussi qu'elle présente le plus d'avantage.

Guillier Latouche avait d'abord proposé d'appliquer quatre tourniquets le long de l'artère fémorale, tout en reconnaissant que deux tourniquets pourraient à la rigueur suffire. La *compression quadruple et alternative* n'a été employée, ou plutôt essayée, qu'une seule fois par M. Gama. J'ai cité plus haut cette observation si importante au point de vue historique (1). Malheureusement pour le malade, et malheureusement surtout pour l'humanité, cette première tentative fut infructueuse.

La *compression triple et alternative* a été mise en usage deux fois. M. Rodgers (de New-York) y eut recours en 1847 ; les trois pelotes étaient supportées par le même appareil (n° 133). Dans le cas de M. Allan (n° 5), on se servit de trois tourniquets séparés. Bien que les deux malades aient été guéris, je ne conseille pas d'employer la compression triple. Comme la compression quadruple, elle a l'inconvénient d'exiger une complication instrumentale trop grande. En outre, il y a au moins une pelote qui ne porte pas sur les points d'élection, et dont l'action, par conséquent, laisse quelque chose à désirer.

La *compression double et alternative* constitue le meilleur procédé de la méthode alsacienne ; aussi a-t-elle reçu aujourd'hui l'assentiment général. Imaginée par Sabatier, comme moyen préventif de l'hémorrhagie consécutive à la ligature, appliquée au traitement de l'anévrysme par l'auteur inconnu de la méthode alsacienne, la compression double et alternative fut inventée de nouveau en Irlande peu de temps après la renaissance de la méthode compressive. Je ne reviendrai pas sur la discussion de priorité qui s'est élevée, à l'occasion de cette innovation importante, entre les amis de M. Bellingham et les partisans du charpentier Robert Hoey (2). Je ne dois m'occuper ici que de la manière d'appliquer la compression double et alternative.

Autant que possible, chaque pelote doit porter sur un point d'élection. Les anévrysmes du jarret, de la jambe ou du pied se trouvent, sous ce rapport, dans les conditions les plus favorables, si favorables même, qu'il viendra un temps où l'on citera comme de rares exceptions les insuccès de la compression *bien faite* dans le traitement de ces sortes d'anévrysmes. L'une des pelotes est appliquée sur le pli de l'aine ; l'autre repose sur l'anneau du troisième adducteur. On les serre et on les relâche alternativement. La pelote inguinale est en général mieux supportée que l'autre, parce qu'elle produit le même effet avec une pression moins énergique. Cependant le contraire a lieu quelquefois.

Lorsque l'anévrysme occupe la moitié inférieure de la fémorale, il n'est plus possible de placer les deux pelotes sur les deux points d'élection. Faut-il alors renoncer à la méthode alsacienne ? Je ne le pense pas. On appliquera, comme toujours, un tourniquet sur le pli de l'aine ; le deuxième tourniquet sera placé au niveau du sommet du triangle inguinal. L'artère, en ce point, serait difficile à comprimer entièrement ; mais on peut sans inconvénient la soumettre, au moins pendant quelques instants, à la compression partielle. La pelote inférieure ne joue alors qu'un rôle accessoire. On la tient presque toujours relâchée, et on ne la serre que pendant le temps strictement nécessaire pour laisser dissiper la douleur provoquée par la pelote inguinale.

(1) Voy. plus haut, page 348, obs. XXXI.
(2) Voy. plus haut, page 540.

On se conduit de la même manière lorsque l'anévrysme occupe le sommet du triangle de Scarpa : la seconde pelote est appliquée immédiatement au-dessus de l'embouchure de la saphène, à quelques centimètres seulement au-dessous de la première. Ce point, il est vrai, est celui où il est le plus difficile de comprimer la fémorale. Pour agir sur le vaisseau avec efficacité, on est obligé de se servir d'une pelote ovalaire dont le grand axe est placé perpendiculairement à la direction de l'artère, et d'exercer une pression assez considérable. Malgré ces conditions peu favorables, la seconde pelote rend encore des services, et s'il n'est pas toujours possible, en pareil cas, d'obtenir une compression continue, on arrive du moins, même chez les sujets très irritables, à entraver la circulation pendant la plus grande partie du temps.

Enfin, lorsque l'anévrysme est situé un peu plus haut, et qu'il ne reste, entre la tumeur et la racine du membre, qu'un intervalle de 8 à 10 centimètres, on doit renoncer aux avantages de la méthode alsacienne. Il ne serait pas impossible encore d'appliquer deux pelotes immédiatement superposées ; mais la pelote inférieure serait trop rapprochée du sac, et cette circonstance défavorable ferait plus que compenser le léger bénéfice obtenu par la compression double et alternative.

Les anévrysmes de la moitié inférieure de l'humérale et des deux tiers supérieurs de l'avant-bras peuvent aussi être traités par la méthode alsacienne. Je ne connais toutefois qu'une seule observation (n° 53) dans laquelle on ait eu recours à l'emploi de deux pelotes compressives. Quinze autres malades ont été traités par la compression simple, continue ou intermittente de l'artère humérale, et sur ce nombre douze ont guéri (1) ; un treizième (n° 72) n'a pu supporter la compression plus de quarante-huit heures ; la ligature a été pratiquée et a été suivie de mort. Les deux derniers malades ont été moins malheureux, puisque, après une compression inefficace, ils ont été guéris par la ligature (n°s 75 et 117). Le n° 117 se trouvait même dans une condition toute particulière, qui explique l'insuccès de la compression. L'opération montra qu'il y avait deux troncs artériels le long du bras. On lia d'abord l'humérale proprement dite, qui était située, comme de coutume, dans la gaîne du nerf médian. Malgré cela, l'anévrysme continua à battre comme auparavant. On reconnut ainsi qu'il y avait une anomalie, et, en cherchant bien tout autour de la plaie, on finit par atteindre la deuxième artère, dont la ligature éteignit aussitôt les battements. En laissant de côté ce cas tout exceptionnel, on voit que la compression *simple* de l'humérale a guéri douze anévrysmes sur quatorze, résultat vraiment très beau. Je pense, néanmoins, qu'il est bon de donner encore ici la préférence à la méthode alsacienne. Un premier tourniquet sera donc appliqué sur l'humérale au milieu du bras. Ce sera lui qui jouera le principal rôle ; mais on pourra de temps en temps soulager le malade à l'aide d'une deuxième pelote placée au-dessus du tendon du grand pectoral.

La méthode alsacienne peut encore être appliquée de la même manière au traitement des anévrysmes de la partie inférieure de l'avant-bras ; mais il est quelquefois possible de l'appliquer autrement. Lorsque l'anévrysme est situé assez bas pour qu'on puisse comprimer la radiale ou la cubitale au-dessus de la tumeur, il me semble préférable de placer une pelote sur l'avant-bras et l'autre à la partie moyenne du bras.

Enfin, pour les anévrysmes de la main, on peut appliquer de deux façons la méthode alsacienne. Si l'anévrysme, situé sur l'une des arcades palmaires, reçoit du sang à la fois de la radiale et de la cubitale, ce qu'on reconnaît aisément en explorant les battements de la tumeur pendant que l'on comprime isolément chacun de ces vaisseaux, on peut appliquer deux pelotes au-dessus du poignet, l'une sur la cubitale, l'autre sur la radiale. Chacune de ces pelotes a pour effet de diminuer les battements de la tumeur. On les serre alternativement, et l'on obtient ainsi une action continue. Lorsque l'anévrysme dépend spécialement de la radiale ou de la cubitale, on applique la méthode alsacienne en disposant deux petites pelotes au-dessus du poignet, sur le trajet du vaisseau anévrysmatique.

(1) N°s 6, 38, 45, 62, 83, 88, 98, 149, 150, 151, 152, 153.

Tels sont les préceptes relatifs aux points sur lesquels la compression doit porter. Une deuxième question se présente maintenant : Faut-il, comme quelques chirurgiens ont cru devoir le faire, joindre à la compression indirecte *une compression directe sur la tumeur*, ou une compression générale exercée sur la totalité du membre, à l'aide du bandage de Theden? Je n'hésite pas à répondre que non.

La compression directe, on ne saurait le nier, a guéri un grand nombre d'anévrysmes ; mais s'il est une chose bien démontrée, c'est qu'elle est très infidèle, qu'elle expose à de nombreux malheurs, et surtout qu'elle n'agit, lorsqu'elle réussit, qu'avec une lenteur extrême. Par quel mécanisme obtient-elle la guérison? Je serais fort embarrassé de le dire. Est-ce en déterminant le retrait et l'atrophie du sac? Est-ce en provoquant, à la longue, l'adhésion des parois anévrysmales ou artérielles? Je l'ignore ; mais, ce qui est certain, c'est que cette guérison diffère entièrement de celle qui est due à la ligature, à la compression indirecte et à la méthode de Valsalva. Loin de faire solidifier le contenu de la poche anévrysmale, la compression directe s'oppose au contraire à cette solidification, puisqu'elle commence par vider le sac du sang qu'il contenait, et qu'elle s'oppose ensuite à la rentrée de ce liquide. Le meilleur moyen de faire échouer la compression indirecte consiste à y joindre la compression directe. Cet inconvénient est beaucoup moindre lorsqu'il y a déjà dans le sac une couche notable de caillots fibrineux. Alors, en effet, la compression directe n'expulse que la partie liquide du contenu de l'anévrysme. La masse fibrineuse déjà déposée reste seule dans le sac ; et il peut arriver que la compression directe amène une oblitération définitive, en faisant adhérer les uns aux autres les caillots fibrineux qui forment le feuillet le plus interne du dépôt solide. Trois observations, parmi celles qui figurent sur mon deuxième tableau, prouvent qu'on peut profiter de cette circonstance pour accélérer la guérison lorsqu'elle se fait trop longtemps attendre (nos 67, 70 et 89). Dans les trois cas la compression indirecte avait produit une amélioration considérable; les tumeurs étaient devenues moins volumineuses, plus fermes, moins pulsatiles ; mais la cure ne marchait que lentement : la compression directe fut alors appliquée, et la guérison fut prompte. Ainsi, le n° 67, malade très irritable, subissait depuis neuf semaines la compression intermittente. Tout allait bien : le sac était dur, très volumineux, mais battait toujours un peu et restait à peu près stationnaire. On ajouta à la compression indirecte une pelote à air appliquée directement sur le creux poplité. Dix jours après, la guérison était parfaite. Le n° 89 se trouva également très bien d'une légère compression directe appliquée sur la tumeur pendant les derniers jours. Le traitement dura quarante jours en tout. Le n° 70, grandement amélioré par vingt-neuf semaines de compression indirecte, commençait à s'impatienter de la longueur du traitement. Sans enlever le tourniquet, on appliqua sur la tumeur quelques compresses et un bandage roulé. A la fin de la trente et unième semaine, les pulsations cessèrent et la guérison ne se démentit pas.

Ainsi, tout en proscrivant *d'une manière complète* l'emploi simultané de la compression directe et de la compression indirecte au début du traitement, je crois qu'on peut en tirer quelques avantages lorsque l'oblitération est déjà très avancée et que néanmoins la guérison traîne en longueur. Je crois, par exemple, que sur les malades n° 13 et n° 21, dont j'ai déjà parlé (voy. plus haut, p. 760, 3e *et* 4e *autopsies*), on aurait pu obtenir une guérison définitive, si l'on eût exercé, à la fin du traitement, une compression directe sur les tumeurs anévrysmales.

Il y a une autre circonstance où je n'hésiterais pas à appliquer sur la tumeur quelques compresses fixées par un tour de bande. C'est lorsque d'obscurs battements reparaissent quelques jours après la guérison et font craindre une récidive. Ce phénomène, qui annonce que l'artère n'est pas oblitérée au niveau de l'anévrysme, résulte-t-il de ce qu'un filet de sang pénètre encore dans la partie centrale du sac, ou de ce que les pulsations de l'artère soulèvent simplement la tumeur solidifiée? C'est ce qu'il est bien difficile de déterminer sur le vivant. Dans l'une ou l'autre hypothèse, une compression directe très modérée, pratiquée pendant deux ou troi jours, me semble de nature à compléter la guérison et à empêche la récidive ; elle me paraît même préférable à la compression indirecte, qui a déjà fourni alors ce qu'elle pouvait fournir, et qui a en outre le léger inconvénient d'être plus gênante pour le malade.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que la compression directe, lorsqu'on se décide à l'employer à la fin du traitement, doit toujours être fort modérée, et surtout qu'elle ne doit être mise en usage que si elle est absolument sans douleur.

Quant à la *compression générale du membre*, pratiquée à l'aide d'un bandage méthodique en même temps qu'on exerce la compression indirecte avec des pelotes au-dessus de la tumeur, elle me paraît plus mauvaise encore que la compression directe. Son action sur le sac anévrysmal étant moins énergique, elle ne s'oppose pas aussi complétement au dépôt des caillots fibrineux, mais elle s'y oppose encore jusqu'à un certain point, et surtout elle nuit considérablement au développement des collatérales. Cet inconvénient est très grave dans le cas d'anévrysme poplité, parce qu'alors les collatérales sont situées sur les côtés de la saillie du genou, entre la peau et un plan osseux résistant. Or c'est précisément au niveau de cette saillie que s'exerce la principale pression des bandes roulées. On se demande d'ailleurs quel peut être le but de cette compression générale du membre, qui masque l'anévrysme et empêche d'en surveiller les modifications. On a cru que ce moyen était propre à empêcher l'œdème consécutif à l'action des pelotes sur la veine satellite de l'artère ; mais j'ai déjà dit que la compression bien faite n'exposait pas à ce léger accident, et dissipait même assez promptement l'œdème produit par la tumeur anévrysmale. Or ne voit-on pas que la compression générale augmente encore l'obstacle au retour du sang, en aplatissant les veines superficielles sur un membre dont la veine principale est déjà comprimée par le sac anévrysmal? Et ne voit-on pas encore qu'en refoulant la tumeur vers les parties profondes, elle ajoute une nouvelle pression à celle que subissait déjà la veine satellite de l'artère anévrysmatique? En résumé, la compression générale n'a jamais la moindre utilité, et elle est souvent nuisible ; cela suffit pour la faire proscrire entièrement.

Pour tout dire, je crois qu'on doit toujours éviter, dans le traitement des anévrysmes, d'allier ensemble plusieurs méthodes thérapeutiques. Les traitements mixtes ont d'abord cet inconvénient qu'on ne sait à quel élément rapporter les succès ou les revers. Mais ce serait peu de chose, s'ils augmentaient quelque peu les chances de la guérison. Or, c'est précisément là ce que je nie. Les méthodes directes agissant sur les anévrysmes tout autrement que les méthodes indirectes, aucune d'elles ne favorise, et plusieurs même contrarient la formation des caillots fibrineux, au moyen desquels les méthodes indirectes procurent la guérison. Ainsi, la réfrigération, l'électro-puncture, qui provoquent la formation de caillots *passifs*, diminuent les chances de la guérison au lieu de les accroître. L'électro-puncture n'a été mise en usage qu'une fois, sur un malade traité par la compression indirecte ; elle n'a eu aucun résultat, car je ne pense pas qu'on doive lui attribuer le développement de l'érysipèle qui débuta sept jours plus tard au niveau de la pelote et se termina par la mort (n° 18).

Il est très utile, au contraire, de combiner avec la compression indirecte quelques-uns des moyens dont l'ensemble constitue la méthode de Valsalva. Ces deux méthodes peuvent s'aider mutuellement, parce qu'elles ont le même mode d'action. Je pense qu'on ne doit jamais négliger, dès le début de la compression indirecte, de faire au malade une ou deux saignées, de le tenir à une demi-diète, de lui donner seulement la quantité de boisson strictement nécessaire pour apaiser sa soif, de le condamner à un repos absolu et de lui administrer de la digitale.

(*La suite à un prochain numéro.*)

LES NOUVEAU-NÉS PEUVENT VIVRE LONGTEMPS SANS RESPIRER.
(Analyse d'un travail de M. le docteur MASCHKA, suivi d'une observation empruntée à la *Gazette des tribunaux*.)

Il résulte des expériences de Legallois, faites sur les mammifères, que le fœtus qui n'a pas encore respiré résiste plus longtemps à la submersion que celui dont le poumon a déjà fonctionné. Ainsi des chiens, des chats et des lapins qui venaient de naître pouvaient impunément passer jusqu'à 28 minutes dans l'eau. A l'âge de cinq jours, ils ne supportaient la submersion que seize minutes. A quinze jours, ils ne résistaient pas plus à la privation d'air que les autres animaux à sang chaud de toute espèce et de tout âge.

Les enfants qui viennent au monde frappés de mort peuvent vivre sans respirer un plus long laps de temps que les autres mammifères. C'est un fait connu de tous les accoucheurs, que souvent on ne réussit à ranimer l'enfant qu'après une suite de longues tentatives.

Mais il y a peu de cas de ce genre aussi remarquables que ceux qui viennent d'être publiés par M. Maschka, et où la vie s'est conservée à l'état latent pendant un espace de temps presque incroyable, dans les circonstances les plus défavorables. Son travail est d'un très grand intérêt pour les accoucheurs, les médecins légistes et les physiologistes.

Déjà pourtant, en 1845, le docteur Weese (*Badisch. Ann. fuer Staatsarz.*, X, 2) avait publié l'observation d'une femme de vingt-cinq ans, qui, étant parvenue à cacher sa grossesse et étant accouchée assise sur un baquet, mit au monde un enfant qui ne donna aucun signe de vie, et fut enterré dans une sablonnière, d'où il fut retiré une demi-heure après et rappelé à la vie.

Au mois de novembre 1850, un cas semblable a été jugé au tribunal supérieur de Berlin : Une fille avait enterré son nouveau-né, le croyant mort. Une heure après, l'enfant fut déterré et rappelé également à la vie.

Voici les deux observations rapportées par M. Maschka.

OBS. I. — Thérèse P..., âgée de vingt-trois ans, servante, devint enceinte. Loin de chercher à dissimuler sa grossesse, elle désigna, pendant tout son cours, son amant. Le 15 octobre 185., au soir, elle fut prise de violentes coliques. Quelques heures plus tard, elle eut la pensée qu'elle pourrait accoucher ; malgré cela, elle n'appela personne à son secours, craignant les reproches de sa maîtresse. Le 16 octobre, à quatre heures du matin, entendant du bruit dans l'étable aux bœufs, elle y descendit. Les douleurs devinrent tellement vives, qu'il lui fut impossible de gagner sa chambre. Vers quatre heures et demie environ, l'accouchement eut lieu. La fille P..., appuyée contre le mur, fit elle-même l'extraction du fœtus. Elle déclare, à partir de ce point, avoir perdu connaissance, et avoir laissé choir l'enfant. Lorsqu'elle revint à elle, l'enfant était à terre ; une bêche, dont la partie tranchante était tournée vers son corps, était couchée sur lui. Elle prit l'enfant, qui était complétement froid, et, le croyant mort, elle conçut le dessein de le faire disparaître pour échapper aux reproches de ses parents. Elle l'enveloppa dans son tablier avec le placenta, qui tenait encore par le cordon, et se rendit dans le jardin. Là, creusant une fosse, elle mit l'enfant, la face tournée vers le fond. Pour combler la fosse et égaliser le terrain, elle se servit d'un morceau de bois pointu.

Vers sept heures du matin, la maîtresse de la fille P..., s'étant aperçue que le ventre de sa servante avait considérablement diminué, lui fit des reproches ; celle-ci usa de tous les subterfuges connus. On fit appeler une sage-femme et le chirurgien P... vers neuf heures. Ce dernier l'ayant effrayée, elle se résigna et avoua être accouchée et avoir enterré son enfant dans le jardin. La sage-femme fouilla la terre au moyen d'une canne (il pouvait être neuf heures et demie environ), et étant parvenue à 30 centimètres environ, elle trouva l'enfant. Il était couché sur le ventre, la face tournée en bas, le dos regardant en haut ; sous l'abdomen, se trouvait l'arrière-faix. La sage-femme porta l'enfant dans la chambre ; ce dernier paraissait totalement privé de vie. Elle fit la ligature du cordon, quoiqu'il fût froid et qu'on ne sentît pas la moindre pulsation.

Pendant l'espace de deux heures, le chirurgien fit tout ce qui était en son pouvoir pour ranimer l'enfant, en employant les moyens usités. Enfin le petit être commença à respirer faiblement : peu à peu les signes de la vie devinrent plus manifestes, et il poussa des cris. On constata sur son corps les blessures suivantes :

1° A l'oreille gauche, une plaie de 1/2 pouce de longueur, 1/4 de pouce de profondeur et 3 lignes de largeur ; elle ne traversait que la peau et le tissu cellulaire subjacent.

2° Au-dessus de la clavicule gauche, une plaie ayant à peu près une forme ovale d'un diamètre de 3 lignes ; cette plaie n'intéressait que la peau.

3° Une ecchymose d'une largeur de 1/4 de pouce se dirigeant de l'oreille gauche vers la commissure des lèvres.

4° Et enfin plusieurs égratignures.

Il est à remarquer que les plaies du cou ne saignaient pas lorsqu'on trouva l'enfant ; elles ne répandirent un peu de sang que lorsque l'enfant se ranima un peu.

Il fut confié aux époux T..., et prit avidement le sein. Le 17 et le 18 octobre, les plaies suppurèrent. Il mourut le 19 dans des convulsions.

Les conclusions des médecins chargés de l'autopsie juridique furent : Que l'enfant avait été enterré avant d'avoir respiré, et que la respiration n'avait commencé que lorsqu'il avait été retiré de la fosse ; qu'on pouvait regarder comme vraisemblable la déclaration de l'inculpée portant qu'après l'accouchement elle avait perdu connaissance, et qu'après avoir repris ses sens elle avait cru l'enfant mort.

La fille P... fut déchargée de l'accusation d'infanticide ; mais elle fut reconnue coupable du délit d'avoir dissimulé son accouchement.

OBS. II. — Dans une maison particulière, à A..., naquit un jour, vers midi, un enfant qui ne donna aucun signe de vie. Diverses tentatives furent faites pendant plus d'une heure pour le ranimer, mais en vain. La peau prit une coloration bleuâtre, et la chaleur disparut peu à peu. On le regarda comme mort. Trois heures après, on le sortit du lit, on le mit dans une autre chambre qui n'était pas chauffée. On était au mois de janvier ; il faisait très froid. Vers le soir, on mit le cadavre dans un cercueil que l'on ferma. Pendant la nuit, les fenêtres restèrent ouvertes. En arrangeant le cadavre dans le cercueil, un long clou lui déchira la peau. Le jour suivant, vers onze heures du matin, par conséquent vingt-trois heures après l'accouchement, je me trouvai par hasard, dit M. Maschka, dans la même maison, et l'on me pria d'examiner encore une fois l'enfant. Le corps était complétement froid, bleuâtre, les yeux et la bouche fermés, les articulations des extrémités mobiles, aucun symptôme de rigidité et de taches cadavériques.

Étonné par cette dernière circonstance, mais sans douter de la mort réelle de l'enfant, je posai le stéthoscope sur la région du cœur, plutôt par complaisance que pour une autre raison. Quelle fut ma surprise ! j'entendis faiblement, à la vérité, et à de longs intervalles, mais j'entendis distinctement les bruits du cœur. Il était impossible d'apprécier le choc du cœur contre la paroi thoracique, ou de voir un mouvement quelconque dans l'espace intercostal correspondant. Aussitôt on reprit les tentatives pour ranimer l'enfant, mais tout fut inutile.

A l'*autopsie*, qui eut lieu le lendemain, on trouve des taches et la rigidité cadavériques. Les poumons, d'un rouge foncé, ne contiennent pas d'air ; ils sont plus lourds que l'eau. Cœur normal, contenant dans la moitié de la cavité gauche un peu de sang. Les cavités droites sont vides.

L'enfant a-t-il vécu au moment de la naissance ? Oui. Comme on ne peut rencontrer les bruits du cœur que sur un être vivant, il est hors de doute que l'enfant a vécu vingt-trois heures après la naissance, quoiqu'il n'ait pas présenté d'autres signes de vie et quoiqu'il n'ait pas respiré, en raison de l'état des poumons constaté à l'autopsie.

En comparant attentivement ces deux observations, on y trouve une analogie frappante : Les deux enfants étaient nés dans un état de mort apparente ; tous deux furent soustraits à l'influence de l'air atmosphérique, le premier ayant été enfoui dans le jardin et le second enfermé dans le cercueil ; tous deux ont été exposés à un froid considérable. Chez les deux, enfin, on a remarqué les signes de la vie, l'un au bout de sept heures, le second après vingt-trois heures.

Nous rapprocherons de ces faits l'observation suivante empruntée à la *Gazette des tribunaux*.

OBS. III. — *Tentative d'infanticide. L'enfant revient à la vie après avoir été déterré.* Le nommé Urbain Gasnet habitait avec ses deux filles Marie et Renée à Vernantes, arrondissement de Baugé (Maine-et-Loire). Le 16 mai dernier, Marie resta seule dans la maison de son père. Vers six heures et demie environ du soir, sa sœur Renée, en rentrant, la trouvant évanouie, appela à son aide des voisins. Elle reprit bientôt connais-

sance. Une des voisines, qui avait remarqué de nombreuses taches de sang, demanda à Marie si elle était accouchée. *Non*, répondit celle-ci, *il n'est pas encore temps*. Le sieur Gasnet père étant survenu et ayant remarqué de la terre fraîchement remuée dans son jardin, lui demanda ce que signifiait ce *grattis*. Elle répondit alors : *Je suis accouchée; mais mon enfant étant venu mort, je l'ai enterré dans le jardin*. Des recherches furent faites aussitôt, et le sieur Gasnet découvrit le corps d'un enfant qui avait été enfoui à 5 centimètres de profondeur dans la terre, la face tournée vers la concavité du trou; le placenta tenait encore au cordon. Des soins furent prodigués, et l'enfant ne tarda pas à être rappelé à la vie. (*Gazette des tribunaux*, 20 février 1850.)

En rapprochant les heures, on peut être certain qu'au moins trois quarts d'heure s'étaient écoulés depuis que la terre avait recouvert le nouveau-né. L'accusée fut acquittée. M. le docteur Tonteil, nommé expert pour l'examen de cette question, conclut dans le même sens scientifique que M. Maschka.

Voici comment s'exprime ce dernier :

« 1° C'est un fait désormais acquis à la science, que des nouveau-nés peuvent vivre sans respirer, non pas une demi-heure ou une heure au plus, comme on l'a cru jusqu'ici, mais un espace de temps très considérable et dans les circonstances les plus défavorables.

» 2° Non-seulement il doit y avoir arrêt de la circulation dans les vaisseaux capillaires de la peau; mais encore les vaisseaux des différents organes doivent être dans un état permanent de contraction, ou être remplis d'une colonne de sang immobile.

» 3° Les mouvements du cœur doivent devenir peu à peu très lents. Ici se présente une question très importante : Comment la circulation peut-elle se faire chez un enfant qui, ne respirant pas, ne produit pas de sang artériel? Ce cas ne peut avoir lieu que lorsque l'assimilation est minime, et que l'oxygène contenu dans le sang de la mère est consommé petit à petit. Ce sang suffit donc pour entretenir la vie. »

L'auteur se résume par deux lois :

1° « Une assimilation et une élimination peu considérables des éléments impropres sont donc des circonstances nécessaires à un pareil état de vie sans respiration. Pour que ces phénomènes puissent avoir lieu, il est indispensable que les fonctions des divers organes et leur action soient diminuées, ce qui n'est possible qu'autant que l'action nerveuse qui préside à ces fonctions est affaiblie.

» 2° Une innervation affaiblie est donc la condition première de ce phénomène qu'on observe quelquefois chez les nouveau-nés (1). » (*Vierteljahrschrift fuer die praktische Heilkunde*, t. III, 1854.)

(1) M. Maschka continue dans le cours de son long travail à examiner des questions physiologiques d'une très haute importance, mais qui pour nous deviennent secondaires. Aussi renvoyons-nous le lecteur à cette longue digression.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

MÉDECINE. — *Rapport de la section de médecine et de chirurgie sur le legs Bréant*. (Membres de la section, MM. Magendie, Serres, Andral, Velpeau, Cl. Bernard, *rapporteur*.) Après avoir rappelé les termes du testament et interprété les volontés de M. Bréant dans ce qu'elles ont de formel, M. le rapporteur estime que le programme à établir peut se réduire aux conditions suivantes, auxquelles les compétiteurs devront satisfaire :

1° Pour remporter le prix de 100,000 francs, il faudra trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas; ou indiquer, d'une manière incontestable, les causes du choléra asiatique, de façon qu'en amenant la suppression de ces causes, on fasse cesser l'épidémie; ou, enfin, découvrir une prophylaxie certaine et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole.

2° Pour obtenir le prix annuel de 5,000 francs, il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de 5,000 francs pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres, ou qui aura éclairé leur étiologie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Mémoire sur l'anatomie pathologique de la membrane des bourgeons charnus* (première partie), par M. *Laugier*. — L'auteur rappelle d'abord deux faits établis dans un précédent mémoire : 1° La stratification de la lymphe coagulable dans la membrane des bourgeons charnus; 2° la disposition des vaisseaux nourriciers de cette membrane par grappes distinctes. Puis il expose le résultat de ses nouvelles recherches sur les changements apportés à cette membrane par la maladie : 1° dans la stratification de la lymphe coagulable des granulations; 2° dans la production des vaisseaux sanguins; 3° dans la sécrétion du pus de bonne nature, qui est la sécrétion normale de la plaie saine.

M. Laugier a surtout étudié les solutions de continuité de la membrane granuleuse, les ecchymoses accidentelles, son inflammation, la pourriture d'hôpital, et une sorte de mortification spontanée analogue par sa marche et sa cause à la maladie connue sous le nom de *gangrène sénile*.

Plaies. — Une plaie qui suppure peut être elle-même le siége d'une solution de continuité. Les vaisseaux de la membrane des bourgeons charnus ont des parois si minces, que la moindre violence en produit la déchirure : rien n'est plus prompt que la guérison de cette petite plaie.

Si cependant ces plaies sont plus profondes, on voit, dans l'épaisseur de la membrane des bourgeons charnus, une ecchymose qui se dissipe assez lentement, et dont la couleur s'obscurcit par la déposition successive de la lymphe coagulable.

Inflammation. — Une membrane des bourgeons vermeille, et qui fournit du pus de bonne nature, n'est pas, aux yeux de l'auteur, un organe enflammé. Dans une partie enflammée qui devient rouge, il y a afflux du sang dans les capillaires, et pénétration de ce fluide dans des vaisseaux qui n'en contiennent pas d'ordinaire.

Dans la membrane des bourgeons charnus, au contraire, la couleur rouge tient seulement à la finesse des parois des vaisseaux de nouvelle formation, qui sont de prime abord des vaisseaux sanguins et semblent tracés en leur premier linéament par le sang lui-même dans les fissures de la lymphe coagulable. Ils ne le contiennent donc pas accidentellement.

C'est surtout en comparant l'état anatomique de la plaie saine et de la plaie enflammée, que l'auteur a pu saisir leurs différences caractéristiques.

Dans la première, le travail de réparation s'opère; l'organe sécréteur du pus se renouvelle et reçoit les vaisseaux sanguins qui lui constituent une vie propre; la suppuration est louable, c'est-à-dire contient l'élément plastique et organisable en proportion convenable.

Dans la seconde, avec une teinte plus vive, une coloration plus rouge qui semble annoncer plus de sang dans les vaisseaux déjà formés, il n'y a plus production de vaisseaux nouveaux, peut-être parce que le produit plastique n'est plus organisable.

En résumé, d'après l'examen auquel l'auteur s'est livré, l'inflammation dans une plaie exposée est caractérisée anatomiquement par un afflux sanguin qui colore plus vivement les bourgeons charnus, par la disparition des vaisseaux capillaires de nouvelle formation, et par la sécrétion de lymphe coagulable non stratifiée, dont le dépôt peut affecter diverses formes, mais qui n'est pas organisable comme dans l'état sain. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

CHIRURGIE. — *De la cure radicale de la hernie inguinale*, par M. *Gerdy*. — L'auteur analyse les conditions que la chirurgie a cherché à remplir, et examine les raisons qui ont conduit à l'invention des diverses méthodes de cure radicale des hernies.

1° Comme les hernies rentrent ordinairement dans le ventre par le simple *coucher sur le dos*, et ressortent au contraire lorsqu'on se lève, on a pensé à prolonger le coucher pour guérir les hernies. Mais ce traitement est long, ennuyeux et peu efficace.

2° Comme la main contient bien une hernie par la compression qu'elle exerce à travers la peau sur une ouverture herniaire, les chirurgiens ont cherché à imiter l'action de la main par des bandages. Mais la main est un instrument merveilleux de sensibilité, d'intelligence et d'adresse, en comparaison duquel toutes les machines inventées par les mécaniciens sont impuissantes.

3° L'action du froid et des matières astringentes sur la peau, et particulièrement sur le scrotum, qu'il resserre, en faisant rentrer les hernies, a fait recourir à ces moyens; mais l'expérience a été moins favorable encore à leur emploi qu'à celui des bandages,

4° Quand on a mieux connu l'anatomie des hernies, et qu'on a eu bien étudié le *sac herniaire*, on a dû croire que l'on pouvait guérir la hernie en la réduisant, et en rétrécissant ensuite le sac herniaire par une suture qu'on a nommée *royale*, ou en l'oblitérant, soit par la ligature, soit par une inflammation adhésive; mais l'expérience a prouvé que lorsque le sac est très rétréci ou oblitéré, les intestins repoussent cette barrière impuissante, entraînent une nouvelle portion du péritoine, et reproduisent la hernie.

5° L'ouverture herniaire qui donne passage aux intestins sous la peau a suggéré l'idée de resserrer, d'oblitérer cette ouverture, que l'on nomme l'*anneau inguinal*, par la cautérisation, la caustication, par le sac pelotonné sur lui-même, après une opération sanglante de hernie étranglée, par une languette de peau, etc. Tous ces moyens sont aussi douloureux que redoutables.

6° C'est alors que M. Gerdy a eu l'idée d'oblitérer et d'enflammer à la fois le canal herniaire et ses deux ouvertures en poussant et envaginant simplement la peau, sans incision, dans le canal inguinal, qui est derrière, pour l'y faire adhérer et le fermer par un gros bouchon organique. Voilà la pensée de l'invagination : introduire quelque chose, la peau renversée, retournée sur elle-même, comme un doigt de gant dans le canal herniaire, parce que c'est plus simple, ou même un corps étranger, comme un séton, pour y développer une inflammation adhésive.

Résultats généraux ou définitifs de l'invagination. — 1° Le plus général, c'est que presque tous les opérés guérissent *immédiatement* dans l'espace de vingt jours à un mois.

2° Si la hernie reparaît ou se reproduit plus tard, elle reparaît améliorée et ressort plus difficilement, plus petite qu'auparavant, et coercible par un bandage. Cette *cure palliative*, qui rend au malade la capacité de travailler qu'il avait perdue, ces améliorations, la coercibilité de la hernie, la possibilité de répéter l'invagination avec succès ont été vérifiées beaucoup de fois en Italie, en Allemagne, en France, etc.

3° Mais l'invagination fait mieux encore, elle produit la *guérison radicale* de la hernie inguinale. L'auteur possède des exemples de guérison très anciens, deux qui datent de treize ans, un de dix-sept ans, et deux de dix-huit ans. Sur une centaine de cas environ, il a perdu quatre malades, presque tout le reste a guéri, il y a eu peut-être un quart de récidives, et souvent par la faute des malades.

Les résultats numériques fournis par M. Rothmund sont très favorables à la méthode. Sur cent quarante opérations pratiquées à la clinique de Munich, par plusieurs chirurgiens, pas un cas de mort ; quatre individus atteints de hernies incoercibles, ont pu les contenir par un bandage : treize récidives, six cas d'insuccès complet et sans résultat. Les autres malades ont obtenu l'occlusion du conduit herniaire à un tel degré, que toute crainte de récidive paraît impossible.

M. Vallette compte dix-sept cas de guérison sans morts ; mais elles ne datent que de quelques années ; on ne peut pas encore les regarder comme des cures radicales.

Après avoir démontré la nécessité, le peu de danger, l'utilité de l'invagination, l'auteur croit qu'il faut chercher maintenant le procédé qu'on doit préférer. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

Pathologie générale. — *De la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde*, par M. *Landouzy*. — L'auteur communique à l'Académie un travail qu'il a publié en 1842 sur cette importante question, et où il es arrivé aux mêmes conclusions que M. Forget, également d'après des faits cliniques.

Même question. — Réclamation de priorité adressée à l'occasion d'une communication récente de M. Forget, par M. *Leroy*. (*Commission déjà nommée :* MM. Serres, Andral, Rayer.)

M. *Leroy* (d'Étiolles) prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

Nomination. — M. *Chevreul* est nommé, par la voie du scrutin, membre de la commission des prix de médecine et de chirurgie.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

M. *Rostan*, président, annonce à l'Académie que M. le docteur *Pointe*, membre correspondant à Lyon, est présent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a*. Un rapport de M. le docteur *Barthez*, médecin en chef de l'hôpital militaire thermal de Vichy, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Campmas*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Un rapport de M. le docteur *Vauthier*, d'Arcis-sur-Aube, sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement pendant l'année 1854. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Emploi de la chaux vive contre le choléra par M. *Degenne*. — *e*. Un nouveau remède contre les corps aux pieds. — *f*. Nouveau mode de préparation de l'huile de foie de morue par M. *Cordier*, pharmacien à Paris. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *g*. Mémoire de M. le docteur *Ourgaud*, de Pamiers, sur le traitement du choléra par le valérianate de zinc. (*Commission du choléra de* 1854.)

2. Communication de : *a*. M. le docteur *Salmon*, de Chartres (de la blennorrhagie du conduit excréteur de la glande vulvo-vaginale). (*Comm. :* MM. Ricord, Huguier.) — *b*. M. le docteur *Laforgue*, de Toulouse (quelques considérations sur le choléra épidémique observé à Toulouse ; impuissance du valérianate de zinc). (*Commission du choléra de* 1854.) — *c*. M. le docteur *Verdu*, de Bordeaux (nature et traitement du choléra). (*Commission du choléra de* 1854.) — *d*. M. le docteur *Demeaux*, de Puy-Levêque (de l'emploi des sétons multiples dans le traitement de l'hydrocéphalie chronique accidentelle, suivi de guérison ; — de l'emploi de ce moyen dans diverses affections médicales et chirurgicales ; — de l'emploi des injections iodées, dans la vessie, dans le traitement du catarrhe vésical, et dans le rectum, dans le traitement des diarrhées chroniques qui dépendent principalement d'une maladie du gros intestin). (*Comm. :* MM. Ségalas, Grisolle.) — *e*. M. le docteur *Pamard*, d'Avignon (observations sur le choléra épidémique qui a régné dans cette ville en 1854). (*Commission du choléra de* 1854.) — *f*. M. le docteur *Bouyer*, de Fursac (étude sur la pneumonie et son traitement par la vératrine seule ou associée avec la saignée, le tartre stribié, etc.). (*Comm. :* MM. Andral, Bricheteau, Barth.) — *g*. M. *Raphaël-Périé*, bibliothécaire de la ville de Cahors (pli cacheté).

Discussion sur le cancer.

M. *Delafond*. J'ai cherché à démontrer dans la dernière séance que la cellule dite cancéreuse ne diffère pas essentiellement de la cellule fibro-plastique pour la *forme*, pour la *figure* ; j'essaierai de prouver en quelques mots, aujourd'hui, que ces mêmes cellules ne peuvent guère non plus être distinguées l'une de l'autre par leur diamètre ni par l'action des réactifs chimiques.

J'ai mesuré soigneusement la cellule cancéreuse et la cellule fibro-plastique après l'ablation de tumeurs de cette nature chez un assez grand nombre d'animaux. Je n'ai toujours trouvé que des différences très insignifiantes dans l'étendue relative de ces éléments histologiques. Ce que je dis pour les cellules je le dirai aussi bien pour les noyaux et les nucléoles. Mais ces différences, tellement minimes qu'elles ne peuvent pas déjà constituer des caractères distinctifs, résultent de l'organisation même de la tumeur et de son mode d'évolution. Si dans l'encéphaloïde la cellule est à peu près arrondie, si le noyau est régulier, si, au contraire, dans les tissus squirrheux et fibro-plastiques, les cellules sont allongées et le noyau comme aplati, c'est que la cellule de l'encéphaloïde peut se développer à l'aise au sein d'un tissu peu consistant ; tandis que dans le squirrhe ou dans la tumeur fibro-plastique, la cellule se trouve serrée, comprimée et forcée, pour ainsi dire, de s'effiler, de se tasser, de s'étendre en longueur.

Quant aux réactifs chimiques, je n'en ai trouvé encore aucun dont l'action sur ces variétés de cellules fût tellement différente qu'elle pût permettre d'établir un caractère spécial et de servir de base à une distinction scientifique ou de point de départ à un diagnostic. J'ai toujours vu l'acide acétique, l'ammoniaque et la teinture d'iode se comporter à peu près de la même manière relativement aux cellules cancéreuses et aux cellules fibro-plastiques.

Veut-on maintenant une preuve clinique de la non-spécificité de la cellule? J'ai examiné un très grand nombre de tumeurs soit cancéreuses, soit fibro-plastiques à leur début, dès leur première manifestation : dans beaucoup de cas je n'ai pas trouvé de cellule : généralement je ne découvrais cet élément que dans les tumeurs déjà anciennes. Ce qui m'autorise à dire sans doute que la cellule pathologique n'existe probablement pas dans une tumeur cancéreuse au début, qu'elle ne peut donc pas constituer un signe pathognomonique, un élément spécifique, puisque sa formation paraît appartenir à une période secondaire et résulter du développement ultérieur du tissu morbide. Ce qui semble encore confirmer ce fait, c'est que les cellules d'un même genre de tumeurs empruntent des modifications aux tissus au milieu desquels ces produits se développent, et à l'âge même, à la durée de la tumeur.

Je n'ai pas suffisamment étudié les tumeurs épithéliales pour pouvoir en parler pertinemment.

Ce que j'ai dit pour démontrer que la cellule n'est point un élément spécifique du cancer ne doit faire croire à personne que je conteste l'utilité du microscope dans l'étude des tissus morbides. Je reconnais si bien les services que cet instrument peut rendre à l'histologie pathologique, que depuis longues années je n'enlève pas une tumeur sans l'examiner moi-même au microscope. Il faut donc tenir compte de la cellule, prendre en grande considération sa présence dans une tumeur; mais on ne doit pas la regarder comme un élément essentiel, spécifique du cancer.

Comme M. Velpeau et d'autres praticiens encore en ont cité de nombreux exemples chez l'homme, j'ai vu beaucoup de tumeurs fibro-plastiques chez les animaux, récidiver sur place, dans les ganglions et dans les viscères.

Deux mots maintenant sur l'apparition du cancer et sur la cachexie cancéreuse.

D'où vient le cancer? Est-ce une affection locale qui naît d'un blastème particulier développé accidentellement sur un point de l'organisme? ou bien est-ce une affection générale inhérente à une disposition spéciale de l'économie? La plupart des auteurs ont admis l'hérédité comme la cause la plus puissante du développement du cancer. Dans ce cas, est-il possible d'admettre que la cellule prétendue cancéreuse ait été transmise par voie de génération?

Et dans ce que l'on nomme la *cachexie cancéreuse*, existe-t-il encore une sorte d'infection de l'économie par la cellule qui serait absorbée et transportée avec le sang à travers le torrent circulatoire?

Cette seconde hypothèse ne me paraît pas plus admissible que la première. Si la cellule cancéreuse cheminait avec le sang, on devrait la retrouver dans ce liquide au milieu des globules.

Je me suis assuré par l'examen microscopique que la cellule dite cancéreuse existait non-seulement dans les tumeurs mêmes, mais encore dans les tissus ambiants à une assez grande distance. Aussi je crois qu'il est toujours nécessaire, dans l'ablation d'une tumeur, de détruire les tissus qui l'entourent par le fer ou par les caustiques. Ce fait est d'autant plus important que j'ai encore remarqué que la cicatrisation de la plaie chirurgicale s'opérait avec une extrême lenteur tant qu'on trouvait mélangées au pus des cellules cancéreuses.

La question de *récidive* et partant celle de *curabilité*, sont à mon sens, très difficiles à juger. On fait l'ablation d'une tumeur cancéreuse visible à l'extérieur; elle reparaît sur le lieu même ou au loin: peut-on affirmer que ce n'est point la continuation d'une maladie qui existe déjà dans l'économie et la manifestation extérieure d'une affection cancéreuse qui a déjà envahi les organes internes? Et de même quand on trouve à l'autopsie des tumeurs de mauvaise nature dans les viscères, chez un cancéreux, qui prouve que ces tumeurs ne sont pas plus anciennes que celles qui ont été enlevées à la surface du corps?

En résumé, je crois qu'il existe une cellule hygique ou normale qui est l'élément primitif de toute organisation; qu'il existe aussi une cellule pathologique dont la cellule cancéreuse n'est qu'une manière d'être, qu'une modification; que cette cellule que l'on trouve aussi bien dans les plantes que chez les animaux (ici plusieurs membres de l'Académie, convaincus que l'orateur vient de faire un *lapsus linguæ*, l'interrompent vivement et paraissent l'engager à se reprendre. — M. *Delafond* continue): — La cellule cancéreuse ne diffère pas essentiellement de la cellule fibro-plastique pour la forme, le diamètre, ni sous le rapport des réactifs chimiques.

Voilà ce m'a appris le microscope, que je considère comme un instrument très précieux dans l'étude des tissus, et que je consulte depuis longtemps avec fruit pour toute les tumeurs que j'enlève chez les animaux.

Je ne pense pas que le microscope d'Alfort m'ait jamais fait voir autre chose que ce qu'on voit avec un microscope de Paris.

M. *Ferrus*. Je n'ai que deux mots à dire relativement à l'hérédité du cancer et à la cachexie cancéreuse. J'ai eu, comme M. Amussat, l'occasion d'observer un très grand nombre de femmes cancéreuses à la Salpêtrière. Je possède cinquante faits recueillis dans le service des incurables. Sur ces cinquante cas, deux fois seulement l'*hérédité* a pu être admise, malgré tout le soin qu'on avait mis à interroger les malades, à visiter et à questionner leurs parents ou leurs proches.

Quant à la *cachexie*, elle n'était pas toujours en rapport avec l'étendue des désordres et l'apparente malignité du cancer.

Je ne saurais guère partager encore l'opinion de ceux qui placent le siége du cancer dans le système nerveux. Car, dans les cinquante observations citées plus haut, le cancer a atteint les deux tiers des femmes lymphatiques: le tempérament bilieux ou le bilioso-sanguin venaient ensuite. Les cas de cancer développé chez des sujets à tempérament nerveux sont d'une extrême rareté, et, pour ainsi dire, exceptionnels.

Lectures et Mémoires.

Commission des épidémies. — M. *E. Gaulthier de Claubry* donne lecture d'un rapport sur les épidémies de 1853.

L'auteur exprime d'abord le regret qu'un grand nombre de départements aient négligé de répondre à l'appel réitéré de M. le ministre des travaux publics et aux sollicitations de l'Académie. Trente-quatre seulement ont envoyé des travaux sur diverses épidémies.

1° *Fièvre typhoïde*. — 66 rapports. — 3,746 cas de maladie. — La proportion de la mortalité, qui est de un neuvième, a subi, pendant l'année 1853, un abaissement notable qui est attribué par la plupart des médecins à la prédominance de la forme *muqueuse* de l'affection, qu'ils considèrent comme la moins grave.

La fièvre typhoïde s'est répartie de la manière suivante: *a. Par rapport à l'âge:* sur 1890 cas: 1,531 adultes; 350 enfants au-dessous de quinze ans. — *b. Par rapport au sexe:* sur 1531 adultes, 736 pour le sexe masculin, 795 pour le sexe féminin.

Quant à la *mortalité*, elle a été: *a. Par rapport à l'âge:* sur 303 malades, 237 adultes, et 66 enfants de moins de quinze ans. — *b. Par rapport au sexe:* 104 hommes et 123 femmes.

Sur 58 épidémies de fièvre typhoïde dont l'époque du début a été marquée avec exactitude, 36 ont eu lieu d'avril à septembre, et 22 de janvier à mars ou d'octobre à décembre. D'où il résulte qu'en 1853 les trois cinquièmes de ces épidémies ont eu lieu dans les mois d'été.

Abordant la question d'antagonisme de la fièvre typhoïde avec d'autres maladies, la plupart des auteurs paraissent adopter cette doctrine; mais il résulte de l'examen attentif des faits qu'il y a, non pas antagonisme entre deux affections par quelque condition pathologique, mais remplacement de l'une par l'autre, parce que celle-là a cessé d'exister.

L'emploi des purgatifs salins a bien réussi dans tous les cas de fièvre typhoïde à forme muqueuse. L'usage des saignées, tant générales que locales, n'a pas produit des résultats favorables dans l'immense majorité des cas.

2° Les épidémies de *suette miliaire*, de *fièvres intermittentes*, de *variole*, de *rougeole*, de *scarlatine*, de *dysentérie*, n'ont rien présenté qui mérite d'être mentionné d'une manière spéciale.

3° *Angine couenneuse*. Sur 68 malades observés à Vervins (Aisne), 45 étaient des enfants de moins de quinze ans. Les deux sexes ont été affectés également. Quant au chiffre de la *mortalité*, il a été de 27, dont 23 sujets au-dessous de quinze ans; 3 au-dessous de vingt; 1 seul ayant quarante ans.

L'épidémie d'angine couenneuse qui a sévi à Avignon sur le 57e régiment de ligne paraît s'être développée sous l'influence de mauvaises conditions de domicile, de l'encombrement, sur des soldats déjà épuisés par la fatigue et de longues marches. Les simples soldats ont été bien plus atteints que les officiers, et parmi ces derniers, la proportion des sujets logés dans les casernes a été plus considérable que celle des sujets logés en ville.

M. le rapporteur termine son travail en proposant à l'Académie de décerner des récompenses aux auteurs des rapports d'épidémies les plus remarquables.

Chirurgie. — M. le docteur *Chassaignac* présente à l'Académie une tumeur volumineuse, qui offrait toutes les apparences d'un encéphaloïde, mais dans laquelle l'examen microscopique fait par M. Robin n'a pu révéler que l'existence de cellules fibro-plastiques.

Cette tumeur occupait tout un côté du maxillaire inférieur; elle enveloppait le condyle de la mâchoire et poussait d'énormes jetées dans les fosses zygomatique et temporale. Cette circonstance en rendit l'extirpation extrêmement pénible et périlleuse: M. Chassaignac s'aida très efficacement de la dissection au moyen du doigt dans cette délicate opération.

La séance publique est levée avant cinq heures. L'Académie se constitue en comité secret.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'existence, dans les tissus de l'homme, d'une substance offrant un aspect analogue à la matière nerveuse, par M. R. Virchow.

Depuis quelques années, le professeur d'anatomie pathologique de Wurzbourg nous habitue aux recherches singulières. L'année dernière, nous apprenions la découverte des corps amylacés dans le cerveau; cette année, M. Virchow nous enseigne un autre phénomène: c'est l'existence, dans un grand nombre d'organes à l'état

normal ou pathologique, d'une substance qui, à l'examen microscopique, offre les caractères de la matière cérébrale.

Déjà, il y a quelques années, en étudiant les inflammations du poumon, M. Virchow découvrit dans cet organe une substance dont les caractères microscopiques étaient presque identiques avec ceux des tubes nerveux. Elle était en abondance telle, qu'il était impossible de supposer qu'elle pût provenir des rameaux nerveux contenus dans le poumon. La forme extérieure des tubes était analogue à celle des tubes nerveux. On distinguait, en effet, un axe central limité par un double contour, la ligne la plus extérieure étant la plus tranchée, l'intérieure beaucoup plus pâle; leur terminaison se faisait ou bien en cul-de-sac, ou bien en spirale ; ailleurs, on voyait de petites gouttelettes rondes ou ovales à doubles contours. La substance qui fournissait ces apparences microscopiques était une masse demi-liquide, collante, qui, par l'addition de l'eau, se séparait en petits îlots distincts.

Ces faits singuliers avaient été laissés de côté par M. Virchow, quand, en 1851, à propos d'études sur l'œuf, il se présenta à lui une occasion de les observer de nouveau dans un autre organe. Des fragments de jaune d'œuf, du veau, cuits dans l'alcool et à demi desséchés, étaient placés sous le champ du microscope ; en ajoutant alors à la préparation un peu d'eau, on voyait sur ses bords de petites gouttelettes se séparer. Ces gouttes s'allongeaient graduellement, présentaient un canal central, un double contour, enfin les apparences indiquées plus haut. Depuis cette époque, M. Virchow a retrouvé la même substance dans la vésicule biliaire, à côté de concrétions, dans un kyste du foie, dans la glande thyroïde, la rate, et même dans le pus. H. Meckel, dans son *Mémoire sur les graisses* (*Annales de la Charité*, vol. IV, p. 269), avait décrit également, dans des extraits de certaines substances grasses, une matière particulière qui, à l'examen microscopique, présentait des tubes d'une apparence analogue à celle des nerfs. C'était donc là une substance bien voisine de celle que M. Virchow trouvait dans le poumon et dans l'œuf. Le professeur de Wurzbourg l'obtint dans la rate, de la manière suivante : On écrase la rate, on la fait digérer et réduire un peu dans l'eau; le résidu du liquide est évaporé légèrement avec de l'alcool chaud; pendant cette évaporation, on voit la surface du liquide se recouvrir d'une pellicule blanche qui est la matière en question. Quand on pousse trop loin l'évaporation, on l'obtient en plus grande quantité, mais moins pure et mélangée de matières étrangères. M. Virchow a pu l'extraire également de la matière de la glande thyroïde et du pus, en traitant ce liquide d'abord par l'eau, puis par l'alcool chaud.

Les propriétés chimiques de cette substance sont les suivantes : Soluble dans l'alcool à chaud, elle se sépare en partie par le refroidissement, tandis qu'une autre partie demeure dissoute ; elle se gonfle par l'addition de l'eau, se dissout facilement dans l'éther, le chloroforme et l'huile de térébenthine ; on la voit alors se détruire, laissant après elle un résidu grenu, qui, à l'œil nu, semble coloré en jaune. Les acides et les alcalis faibles sont presque sans action. En ajoutant une goutte d'un alcali énergique, on voit la substance revenir sur elle-même; les gouttelettes deviennent plus pâles, les contours plus larges; cependant, ce n'est qu'assez lentement qu'elles perdent leur aspect caractéristique. Les acides énergiques, par exemple, l'acide sulfurique concentré, la gonflent énormément et la détruisent ensuite ; l'acide chromique la colore en jaune et la durcit ; l'acide sulfurique très concentré la colore en rouge, quelquefois en violet.

En examinant ensuite le résidu de la substance cérébrale cuite et évaporée à l'alcool, on trouve une substance identique avec celle décrite plus haut. Ces préparations sont faciles, et nous avons vu M. R. Virchow les exécuter devant nous; mais nous devons ajouter, avec l'auteur, que la nouvelle substance se distingue facilement des éléments nerveux. Il est bon, cependant, dans les études histologiques, d'être prévenu de ce fait.

Après avoir passé en revue les diverses substances chimiques dont la réaction est analogue à celle-ci, M. Virchow établit son analogie et presque son identité avec les acides cérébrique et oléophosphorique de M. Fremy, ou la lécithine ou cérébrine de M. Gobley. (*Virchow's Archiv. f. path. Anat. u. klin. Med.*, vol. VI, livr. 4, p. 562.)

Dépôt d'urate de chaux dans les parois des veines, dans un cas de goutte, par M. J.-L.-C. Schrœder van der Kolk.

L'urate de chaux forme chez les goutteux l'élément principal de ces concrétions tophacées qui déforment, usent et détruisent les divers tissus des doigts. Les artères, fréquemment, présentent dans l'épaisseur de leurs tuniques des dépôts analogues ; mais il est exceptionnel de rencontrer ces concrétions dans les veines, et encore plus lorsque, comme vient de le voir le savant hollandais, les veines sont seules atteintes, tandis que les artères participent à la lésion. En examinant les doigts sur un cadavre de goutteux, M. Schrœder van der Kolk découvrit les altérations suivantes : Les tendons fléchisseurs et extenseurs des doigts étaient entourés par une couche épaisse d'urate de chaux, qui comprenait également les branches nerveuses. Les artères n'offraient aucune altération ; les parois des veines étaient, au contraire, infiltrées d'une couche épaisse d'urate de chaux ; les valvules étaient déformées par suite du dépôt de ces sels dans leur intérieur. (*Nederlandsch Lancet*, 1853, et *Dublin Quarterly Journal*, n° 34, p. 503, 1854.)

Atrophie musculaire progressive observée chez quatre personnes de la même famille, par M. Ad. Genth.

Depuis l'époque où M. le professeur Cruveilhier indiquait l'existence de cette grave maladie, tous les observateurs se sont empressés de publier des travaux intéressants sur les altérations graisseuses des muscles. On connaît les travaux de MM. Aran, Thouvenet, Broca, et enfin la dernière communication de M. Cruveilhier à l'Académie de médecine, sur l'existence d'une altération des racines nerveuses, qui paraîtrait être la cause de la lésion musculaire. Si, après avoir pris connaissance de ces progrès de l'anatomie pathologique, le médecin praticien demande par quel moyen ou par quelle série d'agents on peut combattre cette terrible affection, on est forcé d'avouer l'impuissance complète de la thérapeutique. Le pronostic, dans une maladie dont les progrès sont incessants, et sur laquelle la thérapeutique n'a aucune prise, est donc très grave ; il le devient encore plus quand le germe fatal de la maladie semble exister chez plusieurs membres d'une même famille. L'observation des malades dont il s'agit ici a été publiée par le docteur Edward Merryon, dans le XXXV° volume des *Transactions de la Société médico-chirurgicale de Londres ;* M. Genth, ayant eu l'occasion de recueillir sur cette famille des renseignements à une époque plus avancée, nous les communique dans un journal allemand ; nous allons donner en résumé l'histoire de ces malades.

Obs. I.—L'honorable G. P..., né en mars 1834, paraissait jouir d'une bonne santé ; ses membres étaient régulièrement conformés. La durée de la première enfance ne fut marquée par aucune maladie grave, seulement l'enfant apprit tard à marcher. A l'âge de six ans, il marchait à peine pendant une demi-heure sans avoir besoin de repos. A l'âge de neuf ans, l'enfant montait plus difficilement un escalier. Un chirurgien, consulté à cette époque, fit placer le petit malade sur un lit à extension continue. A l'âge de onze ans (mars 1845), MM. Brodie et Lawrence, furent appelés en consultation, et, d'après le conseil du dernier chirurgien, le traitement fut confié à M. Tamplin, qui, croyant à une rétraction musculaire, coupa les deux tendons d'Achille et de plus quatre autres tendons. Après une amélioration momentanée que l'on crut observer, l'état de l'enfant s'aggrava ; la station devint impossible. En novembre 1848, époque où le docteur Merryon vit le petit malade, ses bras paraissaient affaiblis également. Malgré tout traitement, l'état du malade s'aggrava progressivement, et il succomba le 20 décembre 1850. L'examen cadavérique fut fait par MM. Merryon et Tatum. Le rachis offrait une déviation latérale. Le cerveau et la moelle étaient dans un état parfaitement normal ; les divisions nerveuses jusque dans les muscles furent examinées avec grand soin, et à l'œil nu comme au microscope on ne reconnut aucun changement dans la forme, le volume ou la structure des filets nerveux. Les muscles de la vie animale offraient tous une dégénérescence graisseuse plus ou moins avancée ; sous le champ du microscope on voyait que les fibres musculaires étaient remplacées par un tissu granuleux. M. Quekett, auquel les pièces furent soumises, reconnut les mêmes altérations.

Obs. II, III et IV. — L'honorable G.-W. P..., frère du précédent, ayant quatre ans de moins que lui, offrit à la même époque de la vie les mêmes accidents, avec cette seule différence que la maladie, arrivée à un certain degré, fit des progrès plus rapides. En 1850, les forces des membres supérieurs diminuèrent rapidement. Le malade, qui vit encore, s'asseoit et se couche presque sans mouvement; le père ajoute que l'intelligence a conservé toute son intégrité : on a renoncé à toute espèce de traitement.

Le troisième fils de la famille, l'honorable W. P..., paraissait d'une bonne constitution; seulement il apprit tard à marcher, et à l'âge de cinq ans il offrait des accidents identiques avec ceux qu'avaient présentés ses frères. Quand M. Genth vit le malade, pendant l'été de 1853, la force était à peu près conservée dans les bras; la faiblesse était, au contraire, considérable dans les jambes, un peu plus minces relativement que les bras, sans être néanmoins émaciées d'une manière sensible; la colonne vertébrale est complétement droite.

Le quatrième fils, âgé de cinq ans, d'un caractère vif, présente l'apparence d'une constitution robuste; les muscles sont bien développés, assez fermes. Depuis un an et demi, on remarque également chez cet enfant un peu d'incertitude dans la marche.

Cette famille ne compte pas d'autres enfants du sexe masculin. Sur six filles, âgées de dix-huit, seize, douze, onze et neuf ans, *aucune ne présente le moindre indice de la maladie qui a frappé successivement tous les frères*. Les parents jouissent d'une bonne santé; seulement, j'ai appris, dit l'auteur, qu'un frère de la mère était mort avec des phénomènes qu'on peut rattacher à une paralysie à marche lente, mais dont je n'ai pu reconnaître la nature réelle. Les deux derniers enfants furent envoyés aux eaux ferrugineuses de Schwalbach; le plus âgé éprouva, à la suite de leur usage à l'intérieur, une amélioration marquée de son état général; sa face reprit de la coloration, les forces revinrent un peu et permirent des promenades plus prolongées. Le plus jeune n'éprouva aucune amélioration.

L'intérêt qui s'attache à cette succession de faits nous a engagé à en donner une analyse assez longue. Outre l'extension de la maladie à quatre enfants, il faut noter cet autre fait, non moins intéressant, que la maladie a sévi sur tous les garçons de la famille, sans atteindre une seule des filles. (*Allgem. Medic. Centr. Zeit.*, n° 79, 1854, p. 626.)

Pneumothorax tuberculeux terminé par la guérison, par le docteur J.-T. Banks.

La pénétration de l'air dans la plèvre, dans le cas de rupture du parenchyme pulmonaire à la suite de la fonte d'une masse tuberculeuse, était considérée naguère comme un accident d'une gravité considérable, entraînant presque nécessairement la mort. Cependant M. Louis (*Recherches sur la phthisie*, p. 401, 2e édit.) cite déjà quelques faits dans lesquels la vie s'est encore prolongée longtemps après l'accident, dix-huit mois même dans un cas. Il mentionne une observation recueillie dans le service de M. Chomel, et qui offre plus d'intérêt encore : Un malade, qui avait présenté tous les symptômes d'un pneumothorax, put quitter l'hôpital dans un état beaucoup plus satisfaisant. M. Cruveilhier (*Traité d'anat. path. gén.*, vol. II, p. 665, 1852) parle d'un cas de pneumothorax manifeste, dont il a pu constater la guérison complète au bout de trois mois; seulement, il faut faire observer qu'il n'y avait pas eu d'épanchement liquide dans la cavité pleurale. Cette absence d'épanchement liquide serait cependant une condition défavorable à la guérison, s'il fallait en croire les propositions formulées par M. Hugues dans son mémoire sur la curabilité du pneumothorax.

L'observation que publie M. Banks est un nouvel exemple de la terminaison favorable de l'hydro-pneumothorax. Nous le donnons en résumé.

Obs. — Un peintre, âgé de trente ans, fut admis à l'hôpital le 29 août 1851. Son père et son frère étaient morts l'un et l'autre de phthisie pulmonaire; sa mère vivait encore et jouissait d'une bonne santé. De la toux, sans hémoptysie concomitante, survint au mois d'avril; dans le mois de juin, dans un accès violent, le malade éprouva la sensation d'une rupture qui s'opérait dans le thorax. Pendant quelque temps, la position assise fut la seule qu'il pût conserver; mais plus tard il lui devint possible de rester incliné et couché sur le côté malade exclusivement. Pendant ce temps, la toux s'accrut, s'accompagna d'une expectoration purulente, et coïncida avec un amaigrissement prononcé. A l'examen local, on trouva qu'à la percussion une grande partie du côté gauche du thorax fournissait un son tympanique; à la partie inférieure, au contraire, la matité était complète, et était séparée de la partie tympanique par une ligne marquée, ligne de démarcation dont la situation changeait suivant les déplacements du tronc du malade. On constata de plus l'absence de bruit respiratoire dans presque toute la hauteur du poumon gauche, de la bronchophonie et de la respiration bronchique à la racine du poumon, enfin de la respiration amphorique, du tintement métallique, et même le bruit de succussion hippocratique, dont le malade s'était lui-même aperçu. M. Banks résume ainsi la marche de l'affection jusqu'en juin 1852, époque à laquelle le malade quitta l'hôpital. Les signes d'épanchement gazeux disparurent bien avant cette époque, mais on obtint longtemps une résonnance presque tympanique à la percussion au sommet du côté gauche de la poitrine; peu à peu la respiration reparut, faible d'abord, mais graduellement plus développée; l'expectoration diminua, et le malade reprit de l'embonpoint. Lors de la sortie de l'hôpital, la respiration s'entendait faible dans tout le côté de la poitrine. Le traitement fut dirigé de la manière suivante : M. Banks chercha d'abord à arrêter les symptômes aigus causés par la pénétration de l'air dans la plèvre, et, ce résultat une fois obtenu, il eut recours à l'huile de foie de morue continuée sans interruption pendant six mois et administrée trois fois par jour. Pendant quelque temps, le malade prit du sirop d'iodure de fer en même temps que l'huile. Près de deux ans après la sortie du malade de l'hôpital, M. Banks put faire un nouvel examen du thorax; le côté gauche du thorax était un peu dilaté; le son, à la percussion, était un peu moins clair, et la respiration moins développée dans toute l'étendue du poumon gauche que du côté opposé. La santé générale était, du reste, très bonne. (*Dublin Quarterly Journal*, n° 34, p. 318.)

Influence de l'oblitération des artères carotides sur la circulation cérébrale, par M. Chevers.

L'auteur est, comme on le sait, l'un des premiers qui aient porté sérieusement leur attention sur les troubles qu'apporte dans la circulation cérébrale l'oblitération plus ou moins prolongée des artères carotides primitives. A l'occasion d'un cas d'anévrysme de l'artère innominée avec oblitération de la carotide *droite* par un caillot ancien, chez un malade qui a succombé à la suite d'une hémiplégie subite des membres *droits* (les détails de l'autopsie sont très insuffisants : le cerveau et ses vaisseaux n'ont pu être examinés), M. Chevers pose la question de savoir quel genre de perturbation se produit dans la circulation cérébrale quand les canaux carotidiens sont fermés. Est-ce un défaut de sang, une anémie, produisant la syncope? Est-ce, au contraire, un excès de pression sur les vaisseaux, résultant de la circulation supplémentaire et donnant lieu aux symptômes de la congestion? M. Chevers soutient, comme il a toujours soutenu, cette dernière opinion, et il se fonde principalement cette fois sur une analyse des symptômes notés par un certain nombre d'observateurs. Les symptômes, qui sont très variables, sont indiqués dans les auteurs comme il suit : Paralysie subite après la ligature de l'artère (Langenbeck, Sédillot et O. Fairfax), — convulsions, — pâleur de la face et dilatation des pupilles, délire, — convulsions, puis formation d'hémiplégie quand la réaction commence (Abernethy), — état soporeux durant jusqu'à la mort (Key), — état soporeux terminé par un accès de convulsions (Fergusson), — céphalalgie du côté de l'oblitération, avec face rouge et plénitude du pouls, le tout se terminant, au bout d'un temps variable, par un ramollissement cérébral (*Rust's Journ.*), — perte subite de sentiment, insensibilité à l'action des excitants, et, quelques jours après, hémiplégie et attaque épileptiforme (Magendie). Ce sont ces symptômes qui, avec plusieurs autres moins importants, comme une diminution de la vision, les tremblements des membres, etc., paraissent à l'auteur accuser une pression exagérée sur les parois artérielles et la rupture de quelques anastomoses.

Cette interprétation est certainement trop absolue. Avant que la circulation supplémentaire soit établie, ne se passât-il que quelques secondes, il se fait nécessairement un vide dans les ramifications du tronc oblitéré, et il est impossible qu'il n'en résulte pas un trouble différent de celui qu'indique M. Chevers. Pour peu que le sang tarde à venir par les voies supplémentaires, il doit se pro-

duire tout d'abord une syncope. Dans les symptômes ci-dessus relatés, il en est qui évidemment appartiennent à la syncope pure et simple ; d'autres qui rappellent ce qui se passe après des saignées excessives, par exemple, certaines formes de convulsions, et qui sont loin d'accuser un excès de pression *sur les parois artérielles*. Le problème est plus compliqué que ne le suppose l'auteur. (*The Indian Annals of Medic. Scienc.*, avril 1854, p. 706.)

Traitement des kystes hydatiques du foie par la ponction avec le trocart capillaire et l'injection iodée, par M. Aran.

L'opération exécutée par Récamier dans les cas de kyste hydatique du foie, et qui consiste à établir, à l'aide d'applications caustiques, des adhérences entre la tumeur et la paroi abdominale ; à pratiquer une ponction pour vider la poche, et à y porter des injections de diverse nature ; cette opération était trop hasardeuse pour entrer dans la pratique vulgaire. Mais elle a ouvert la voie à d'autres tentatives, et peut revendiquer à ce titre sa part dans le succès si, comme tout l'indique, la thérapeutique est arrivée sur ce point à des résultats satisfaisants. M. Jobert pratique dans la tumeur, à quelque temps d'intervalle, des ponctions successives avec le trocart de dimension moyenne, dans le but de provoquer l'inflammation des parois du sac. Comme l'ouverture est assez large pour ne pas se refermer immédiatement après l'ablation du trocart, et que le liquide pourrait s'épancher dans le péritoine, M. Jobert laisse la canule en place pendant vingt-quatre heures, afin de donner à la poche le temps de se vider le plus complétement possible. C'est d'ailleurs aussi un moyen de provoquer l'inflammation. Enfin, MM. Boinet et Mesnet ont employé en 1852 les injections iodées, en se servant aussi d'un trocart ordinaire. Dans le seul cas publié jusqu'ici, la malade a fini par succomber, sans qu'on puisse, du reste, en accuser l'action de l'iode.

M. Aran a songé à combiner la méthode de M. Jobert et celle de M. Boinet. Il se sert du trocart uniquement pour vider le sac et de l'injection iodée pour développer la phlegmasie des parois. Pour cela, il faut un trocart dont la canule puisse être retirée immédiatement après la sortie du liquide sans que celui-ci ait chance de s'écouler en partie dans la cavité péritonéale, et cet instrument est tout trouvé : c'est le trocart explorateur ou capillaire. A peine la canule est-elle enlevée, que l'ouverture se referme. S'il reste encore du liquide dans la poche, il y demeure enfermé, et l'inflammation qu'entraîne ordinairement le séjour prolongé de l'instrument et la pénétration de l'air ne peut pas se développer.

Dans une des deux observations que contient le mémoire, M. Aran a pratiqué dix ponctions successives à l'aide desquelles il vidait autant que possible le foyer. Ces ponctions étaient séparées par des intervalles variables, que déterminait le plus ou moins de rapidité avec laquelle le kyste se remplissait. Après la dixième ponction, il a injecté un mélange de 50 grammes de teinture d'iode additionnée de quantité égale d'eau distillée, avec addition de 4 grammes d'iodure de potassium. *Le liquide fut abandonné entièrement* dans le kyste, et un bandage appliqué autour du corps, en ayant soin de le serrer assez fortement. Dans la journée même, les symptômes d'*iodisme* se manifestèrent d'une manière intense (coryza ; fosses nasales sèches d'abord, puis laissant écouler un liquide aqueux ; diurèse, chaleur à la face, un peu d'élévation du pouls, etc.) Ils durèrent vingt-quatre heures. A partir de l'injection, le malade a cessé entièrement de souffrir. Peu à peu il a repris son embonpoint ; aucun accident n'est survenu. Bref, entré à l'hôpital le 11 août 1852, ponctionné pour la première fois le 12, soumis à l'injection le 5 janvier 1853, le malade sortit le 10 mars. Le foie, qui mesurait en hauteur, lors de l'entrée, de 19 à 20 centimètres, n'en mesurait plus que 8 1/2 à 9 lors de la sortie.

Dans le second cas, il n'a été fait qu'une seule ponction (le 1er août 1854) ; l'injection iodée a été pratiquée immédiatement après. Au bout de quatre à cinq heures, une douleur s'est fait sentir dans l'hypochondre et l'épaule du côté droit, et la fièvre s'est allumée. Il a fallu recourir pendant plusieurs jours à l'emploi du tartre stibié, des purgatifs, des sangsues à l'hypochondre. Vers le 10 août, les accidents se calmèrent, et le 1er septembre, il ne restait plus qu'un peu de sensibilité à la pression entre les dernières fausses côtes en dessus ; méplat très prononcé au-dessus du mamelon ; niveau de la matité hépatique notablement descendu par en haut, très peu par en bas. Le malade est encore à l'hôpital.

— La seule objection qu'on sera tenté de faire contre ce mode de traitement, c'est qu'une canule de trocart explorateur peut ne pas toujours donner passage à un liquide épais et visqueux, comme est celui des kystes hydatiques ; mais, ainsi que le fait remarquer l'auteur, le liquide dans lequel baignent les échinocoques sort le plus souvent avec facilité, et il reste seulement les entozoaires, que l'injection iodée ou le fait même de l'opération ne tarde pas à tuer. Or, il ne paraît pas que leur présence puisse beaucoup influer sur l'effet de l'iode. Et, alors même qu'il resterait du liquide au moment de l'injection, ainsi qu'il arrive d'ailleurs avec des canules plus grosses, le résultat de l'opération n'en serait pas sérieusement compromis. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 septembre 1854.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Quarante années de pratique chirurgicale, par Ph.-J. Roux, t. I. *Chirurgie réparatrice* (1 volume in-8). Paris, 1854. Chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

« Ceci est mon testament », pensait sans doute, en écrivant cet ouvrage, le professeur vénéré que nous venons de perdre. Jamais, en effet, il n'avait autant multiplié les révélations, les préceptes intimes, les aveux confidentiels ; nulle part il ne s'était montré plus ressemblant, je veux dire plus aimable. Au soin minutieux qu'il met à raconter les résultats de sa vaste expérience, aux fréquents retours qu'il fait sur ses impressions personnelles, aux digressions même qui peignent si bien ce caractère rayonnant à la fois de finesse et de bonhomie, on sent que c'était le dernier épanchement du maître à ses disciples. Roux nous apprend, dans sa préface, qu'il n'a qu'après beaucoup d'hésitations adopté le titre placé en tête du livre. Peut-être, en effet, un autre s'était-il offert à sa pensée, plus vrai, mais trop pompeux pour trouver grâce devant sa modestie ; car, dès les premières pages, on voit que ce sont bien réellement là les *Confessions* d'un chirurgien honnête homme.

Ne cherchez point la science toute faite ni le dogme *ex cathedrâ* que comporte un traité classique. Forme et fond, tout ici en diffère essentiellement. L'auteur n'a pas plus l'ambition d'embrasser tous les objets, que la prétention de dire tout sur un seul. Collection de mémoires distincts, son ouvrage comprend seulement les points favoris qu'il a enrichis, soit de ses découvertes, soit d'une observation plus assidue. Insoucieux du succès, il en omet sciemment la condition capitale, en prévenant le lecteur qu'il va commencer par ses sujets de prédilection. Mais c'est à nous de lui donner à cet égard le démenti le plus formel ; car il suffit de s'initier à sa manière, si riche d'instruction solide, si charmante de naturel, pour affirmer que les tomes suivants n'auront rien à envier à celui-ci ; que l'avide attention de tous les chirurgiens est, jusqu'au bout, tant qu'il la voudra satisfaire, acquise aux récits de l'homme de notre siècle qui a le plus vu et le plus sincèrement raconté en chirurgie.

Le tome Ier est spécialement consacré à l'exposition des procédés autoplastiques à la création desquels le nom de Roux restera pour toujours attaché. Sous la dénomination de *Chirurgie réparatrice ou restauratrice*, il écarte de son cadre l'orthopédie, les incisions ou excisions de cicatrices, et même le rétablissement d'ouvertures naturelles qui, congénitalement ou accidentellement, se trouvaient oblitérées. Le domaine où il se renferme est la véritable reconstitution de parties molles, d'organes faisant défaut. Après avoir dans deux lettres causé avec son lecteur des règles générales propres à ces sortes d'opérations, il en vient à spécialiser ces préceptes, et traite successivement de la génoplastie et cheiloplastie, du bec-de-lièvre, de

la staphylorapbie et palatoplastie, enfin de la périnéoraphie. Nous voudrions pouvoir tout analyser, tout transcrire dans cette succession de chapitres où le talent original de l'inventeur s'allie si heureusement à la sincérité naïve du praticien qui porte sur ses propres travaux un jugement que la postérité d'avance a ratifié ! Forcé de nous borner, choisissons au lieu de vouloir tout embrasser, et tâchons de donner, par l'analyse d'une de ses œuvres préférées entre toutes, les autoplasties palatines, une idée de la méthode qui fait le charme de ces pages.

Méthode, avons-nous dit ? Mais, vraiment, le mot nous est échappé ; car c'est l'aimable décousu d'un entretien familier qu'il faudrait, au contraire, chercher à reproduire, pour peindre avec leur caractère ces confidences sans analogue dans les fastes de la littérature médicale. Roux n'avait pas encore vu de cas simple de fissure du voile palatin, lorsque, en 1825, un jeune médecin étranger vint lui en offrir, sur lui-même, une dégagée de toute complication. On suit avec le plus vif intérêt ce récit rapide comme l'opération. Le génie du maître répondit à l'empressement du malade. C'est immédiatement qu'il voulait être délivré. En deux jours, le plan fut conçu et accompli. Et, chose bien remarquable, telle avait été l'attention prévoyante de l'inventeur, que pas une manœuvre, pas une précaution, pas une difficulté n'avaient été omises. Le procédé qu'il exécuta du premier coup, c'est encore, au bout de trente-cinq ans, celui qu'il préfère ; et des succès presque constants sont là, pour montrer que la plus brillante conquête de l'époque sortit tout armée, d'un seul jet, et telle qu'elle devait rester, en dépit du zèle jaloux des modificateurs de détail.

Un débat, dangereux ou délicat pour tout autre, se présentait ici. Græfe avait tenté la staphylorapbie trois ans avant Roux. Sans ambages, sans demi-concessions, notre compatriote reconnaît franchement le fait, et décerne au chirurgien de Berlin l'honneur entier d'avoir, le premier, conçu et mis en œuvre cette idée. Mais, juste envers lui-même comme il vient de l'être pour autrui, il fait valoir ses droits avec la même indépendance. Et lorsqu'il déclare n'avoir point connu le travail de Græfe à l'époque où il *composa* son opération, on le croit d'autant plus volontiers, que des succès, chez lui déjà très multipliés, alors qu'ils étaient encore ailleurs en fort petit nombre, viennent corroborer l'aveu de son rival lui-même, qui se plut à reconnaître hautement la supériorité du procédé français.

Au moment de commencer la rédaction de ce chapitre, Roux venait de pratiquer sa cent quarantième staphylorapbie. Riche d'une aussi vaste expérience ; balançant à coup sûr, par le chiffre de ses observations personnelles, celui de tous les autres chirurgiens réunis ; témoin, par conséquent, de toutes les complications anatomiques et de toutes les difficultés opératoires qu'on ne saurait prévoir à l'avance, quel guide plus sûr pourrait-on imaginer que celui qui vient s'offrir de lui-même ? N'eût-il laissé que cette unique monographie, le maître n'en aurait pas moins de droits à une gratitude égale aux regrets qu'il inspire ; car les indications toutes pratiques dont il nous a légué le précieux enseignement ne pouvaient pas plus être écrites par une autre main que devinées, même par le génie.

Pour en bien sentir l'importance, faites un essai. Lisez et méditez tous les traités de médecine opératoire, compulsez les articles divers publiés sur ce sujet ; puis, vous étant ainsi tracé, d'après ces données, un plan opératoire, supposez-vous réellement à l'œuvre. Que d'hésitations vous assiégent ! que d'obstacles vont arrêter votre main, même sans compter ceux que l'expérience du moment peut seule révéler ! — Maintenant, revenez à Roux ; sans effort, sans travail, laissez-vous seulement aller à la séduction de ce récit où souvent le précepte ne se marie qu'implicitement à l'exemple. Dès lors, plus de doute : chacune des questions que vous vous adressiez a sa réponse ; vingt autres, imprévues, mais avec lesquelles il eût fallu compter au moment d'agir, surgissent et se résolvent au même instant. Il n'est pas un des temps du manuel qui ne vous apparaisse clair, simple, facile. Et la leçon du professeur praticien, en éclairant votre esprit, semble avoir délié votre main.

N'opérez ni à la naissance, ni pendant la première enfance, ni même à treize ou quatorze ans. Chaque époque offre des inconvénients spéciaux. L'indocilité du sujet, la gravité d'une hémorrhagie à ce moment de la vie, l'influence exténuante qu'y exerce la diète nécessaire au succès de l'opération, tout concourt à neutraliser les considérations qu'on pourrait faire valoir pour conseiller la suture précoce, pour travailler à amener une prompte adhésion et pour rapprocher les maxillaires.

Roux place d'abord les fils et n'avive qu'ensuite les bords de la fissure palatine. Cet ordre a été jugé arbitraire. On a proposé de faire ici, comme dans toute suture, commencer par l'excision, puis procéder au placement des fils. Mais on a alors beaucoup plus de peine à faire que les aiguilles traversent directement le voile palatin, sans s'égarer entre ses couches. En outre, si vous commencez par mettre les fils, vous n'aurez pas (dans le cas où quelque accident vous obligerait d'en rester là — nécessité que Roux a été deux fois contraint de subir), vous n'aurez, dis-je, pas compromis, en excisant inutilement des lambeaux, le succès de l'opération future, quand il sera permis de la tenter de nouveau. La conduite opposée, c'est-à-dire l'excision pratiquée en premier lieu, exposerait à ce grave inconvénient, qu'il faut bien faire entrer en ligne de compte, puisque Roux lui-même n'a pu s'y soustraire.

J'aurais à transcrire le livre en entier, si je voulais mentionner les mille conseils que prodigue l'auteur ; car ils ne brillent pas moins par le laconisme que par la lucidité. J'en citerai encore un, cependant pour montrer à quel point il a su prévoir tout ce qui peut embarrasser le chirurgien dans l'accomplissement des actes si compliqués dont la succession constitue la staphylorapbie. On fixe chaque fil par deux nœuds ; mais si le premier s'est relâché et qu'on ait fait le second sans s'en apercevoir, voilà un point de suture trop lâche et des parties, par conséquent, mal affrontées dans ce point. Comment y remédier? Tout couper et tout recommencer serait bien long ; et c'est pourtant, en apparence, le seul parti qu'il y ait à prendre. Eh bien ! Roux ne vous offre pas moins de trois moyens pour sortir d'embarras : tordre les fils jusqu'à ce que l'anneau qu'ils forment soit assez resserré; ou bien, passer le bout d'un stylet entre les deux nœuds, ce qui serre à la fois le profond et relâche le superficiel, qu'on peut alors dénouer, puis refaire ; ou bien, enfin (expédient plus ingénieux), fixer, par un nœud de tisserand, un nouveau fil à l'un des bouts de la ligature, couper ensuite celle-ci très près du nœud défectueux, après avoir pris avec une pince la petite portion saisissable, laquelle sert à tirer le nouveau fil à travers l'ouverture qu'on agrandit un peu, s'il le faut, pour qu'elle donne passage au nœud.

Parmi les causes de non-réussite, on doit compter la durée trop longue ou trop courte du temps pendant lequel les fils sont laissés en place ; l'alimentation trop solide ou permise trop tôt ; l'insuffisance de l'inflammation ou son caractère non adhésif; enfin les mouvements de l'opéré. De ces derniers, les uns, volontaires, peuvent être prévenus avec un peu de soin de la part du malade. Quant aux autres, pour être involontaires, ils ne sont pas tous au-dessus de la puissance de l'art. L'éternument, par exemple, que Roux signale comme un accident impossible à réprimer, est de tous, au contraire, le plus disciplinable. Et nous ne croyons pas ajouter au tableau du *management* (dirait-on en anglais) de la staphylorapbie le trait le moins précieux, en rappelant qu'une vive friction exercée sur les paupières au moment où se fait sentir le besoin d'éternuer, empêche à coup sûr ce mouvement convulsif.

Des modifications assez nombreuses ont été proposées au procédé originel de Roux. On a voulu passer les deux aiguilles d'avant en arrière ; on a tordu les fils avec un serre-nœud ; on a tenté l'avivement de haut en bas ; on a essayé de l'exécuter sans ciseaux ; on a imaginé des instruments qui, par une simple pression du doigt, faisaient à eux seuls presque toute la besogne, excision et suture. On a eu l'idée de paralyser, par la section préalable des péristaphylins, la force rétractile qui lutte contre l'affrontement des bords...... Tous ces efforts pour faire mieux, M. Roux les cite, rend justice à leurs auteurs, les discute, et finalement les rejette. Qu'il y ait dans cette exclusion universelle un peu du sentiment de paternité, qui ne veut souffrir dans sa famille ni étrangers, ni mésalliance, nous ne le nierons point ; et l'ingénieux procédé de A. Bérard pour placer les fils d'avant en arrière, méritait sans doute un

meilleur accueil. Mais dans cet examen, d'ailleurs toujours conduit avec la plus parfaite sincérité, on trouve une si lumineuse intelligence du vrai but à atteindre, une si heureuse substitution de l'expérience personnelle, comme critérium, à la déduction, que si l'on n'en accepte pas toutes les conclusions, on se sent du moins porté à réfléchir longuement avant de se rendre aux prétentions simplificatrices ou abréviatrices des innovateurs modernes.

La staphyloraphie a des écueils bien plus que des dangers : elle risque d'être imparfaite, inutile ; mais elle devient très rarement mortelle. A part deux cas funestes, et racontés avec la plus émouvante loyauté, Roux n'a pas vu cette opération influencer d'une manière sensible les fonctions essentielles à la vie. Quant au résultat, comme rétablissement définitif de la conformation normale, il convient d'abord de mettre à part les cas où il n'existait qu'une ouverture centrale, ceux aussi qui ne consistaient qu'en solutions de continuité accidentelles, traumatiques. Cette défalcation étant faite afin de ne comparer, autant que possible, que des unités de même valeur, il reste un total de 124 opérations, exécutées par lui pour des fissures congénitales. Mais ces 124 opérations ne portent que sur 112 sujets, la première tentative, chez quelques-uns, n'ayant pas assez bien réussi pour dispenser d'y revenir.

Or, de ces 112 individus, 61 n'avaient que la scissure du voile ; le succès a été complet chez 48, c'est-à-dire sur les trois quarts plus deux ; 51 sujets, au contraire, avaient la voûte palatine congénitalement fendue ainsi que le voile. Dans cette catégorie, la guérison n'a lieu que chez 26, soit dans la moitié des cas plus un.

On ne consultera pas avec moins d'utilité les chapitres sur la palatoplastie, le bec-de-lièvre, la cheiloplastie, et notamment la périnéoraphie, autre conquête du génie pratique de Roux. C'est partout la même justesse de vues, la même abondance de renseignements détaillés, la même expansion confidentielle de celui qui a beaucoup vu, à l'égard de ses successeurs ou de ses élèves. A la fois lecture attachante et guide indispensable dans l'occasion, il remplit sans effort le double précepte d'Horace, et éclaire celui qui ne sait pas ou sait mal, sans jamais le rebuter par l'aridité de la leçon.

Esprit chercheur autant qu'âme loyale, Roux songeait sans cesse au perfectionnement de ses procédés favoris. On ne le voit pas sans étonnement, même arrivé au terme de la carrière chirurgicale contemporaine la mieux remplie, se demander encore, pour l'opération la plus usuelle, celle du bec-de-lièvre, s'il ne se décidera pas à adopter telle ou telle modification proposée. Mais, judicieux non moins qu'ami du progrès, il attendait l'occasion, et voulait qu'une indication clinique particulière bien déterminée vînt justifier un changement dans le manuel. — Il montre également partout la plus scrupuleuse réserve dans l'emploi de l'instrument tranchant. Et sans doute ceux qui liront ses réflexions contre l'incision du voile palatin destinée à faciliter l'ablation des tumeurs pharyngiennes, auront peine à reconnaître là le chirurgien qu'on leur a probablement dépeint comme plus disposé à couper le nœud qu'à le délier.

Le style de cet ouvrage est simple, grave, je dirais presque paternel, tant l'envie de tout dire, tout enseigner, tout faire comprendre, s'y révèle à chaque page. C'est Roux lui-même, revivant dans sa dernière œuvre, avec sa diction parfois négligée, souvent redondante, mais toujours claire, attachante, persuasive, ne visant jamais à l'effet, mais souvent le réalisant par la naïveté spontanée du trait ou la finesse instinctive des images. — On a reproché à Roux orateur les éternelles répétitions dans lesquelles sa parole semblait s'égarer. Le défaut apparaît encore dans ce livre ; mais plus soigneusement châtiée, mieux à sa place, cette tendance devient quelquefois un précieux moyen de lucidité. Où découvrir le mot inutile dans cette phrase où il vient montrer la nécessité de n'entreprendre la staphyloraphie que sur le malade arrivé à l'âge de raison : « Rien ne peut être commencé, ni poursuivi, ni terminé » sans son concours, sans sa volonté, sans sa participation ? » Est-ce donc là une incorrection ? Et, s'il en est ainsi, n'y aurait-il pas plutôt à remercier l'écrivain qui sacrifie le soin de sa réputation littéraire au louable désir de faire mieux pénétrer un précepte aussi essentiel que celui-ci ?

La composition des quatre volumes de cet ouvrage était déjà achevée quand la mort est venue frapper Roux. C'est donc le maître lui-même que nous lirons, et que nous pourrons très prochainement lire, sans aucune altération ni addition au texte empreint de ses dernières pensées. Néanmoins, par un pieux hommage envers son doyen vénéré, non moins que par un juste respect pour l'illustre représentant de l'art en France, la Société de chirurgie a voulu qu'une commission nommée dans son sein surveillât l'exécution matérielle de la suite de la publication (1). Plein de confiance dans les noms recommandables qui composent ce comité, nous attendons, non sans impatience, mais sans inquiétude, le résultat d'un travail dont il serait injuste de ne pas leur tenir compte, puisqu'il sera d'autant plus parfait qu'ils y auront plus effacé leur personnalité.

P. Diday.

(1) Qu'un simple avis nous soit toutefois permis. Roux, chez qui la véracité était presque à l'état de passion, nomme très souvent ses malades en toutes lettres. Il y a là matière à surveillance pour la commission. Car s'il peut être agréable au lecteur, par exemple, de connaître le nom et l'adresse précise de mademoiselle J. E., *jeune personne d'une beauté remarquable*, il est moins flatteur, sans doute, pour mademoiselle M. A. D. que le public apprenne qu'elle conserve encore une petite fistule recto-vaginale !

VI.

VARIÉTÉS.

Rentrée de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Le 15 novembre a eu lieu la séance solennelle des cinq Facultés et de l'École de pharmacie de Strasbourg. On y a entendu un rapport de chacun des cinq doyens et du directeur de l'École de pharmacie.

Les lauréats, pour la Faculté de médecine, ont été ensuite proclamés comme il suit :

1re année. — *Chimie, physique, histoire naturelle.* — M. Liétard (Alexandre),

2e année. — *Anatomie et physiologie.* — M. Crussard (Amand).

3e année. — *Médecine proprement dite.* — M. Picard (Joseph-Théodore).

4e année. — *Chirurgie.* — M. Dupuy (Jean-Nicolas).

Thèses. — Sur le rapport d'une commission désignée pour apprécier le mérite des thèses soutenues dans le courant de la même année, la Faculté décerne une médaille d'honneur à M. Ragu (Marie-Alphonse), de Labussière, département du Loiret, auteur de la thèse ayant pour titre : *Considérations sur l'étranglement interne du canal intestinal ;* et, de plus, une mention honorable à chacun de MM. Finck (Henri), de Strasbourg, et Wiedemann (François-Aloyse), d'Erstein, auteurs de deux autres thèses intitulées, la première : *Sur la physiologie de l'épithélium intestinal ;* la seconde : *De la bronchite fibrineuse et de ses rapports avec la pneumonie.*

— La Société d'hydrologie médicale a mis à l'ordre du jour de sa séance du 8 décembre la question suivante : *De l'action des eaux minérales dans le traitement des maladies de l'utérus.*

— L'Académie impériale de médecine tiendra sa séance annuelle le mardi 12 décembre prochain.

M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, prononcera l'éloge de MM. Désormeaux, Capuron, Deneux et Baudelocque.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Gazette médicale de Lyon. — N° 10. Choléra de Beaujeu, par *Diday.* — Névropathie convulsive survenue à la suite de l'administration d'une faible dose de conicine, par *Chavanne.* — Sang considéré comme remède et comme aliment, par *Rimaud.* — Inoculation lacto-variolique, par *Brachet.* — Pommade et alcoolat de concombre, par *Mouchon.*

Gazette médicale de Montpellier. — N° 8. Organisation du corps de l'homme aux diverses époques de son développement, par *Courty.* — Plaie pénétrante de l'articulation tibio-tarsienne avec section du tendon d'Achille, suture du tendon, eau froide, par *A. Millet.* — Influence morale dans le choléra, par *Bassaget.* —

Annales et Archives de médecine belges et étrangère. — Octobre. Extraits de divers journaux.

Annales d'oculistique de Bruxelles. — 31 octobre 1854. Du pannus et de son traitement, par *E. Warlomont* (suite). — De la rupture de la sclérotique et de la perte du cristallin, par *White Cooper*. — Des blessures de l'œil et de son extirpation, par *Aug. Prichard*. — Revue ophthalmologique suisse, par *E. Cornaz* (suite).

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — N° 11. Nouveau spéculum garni et pince œsophagienne, par *Dechange*. — Gangrènes spontanées, par *Oidot*. — Acide arsénieux dans la cachexie paludéenne, par *Decaisne*. — Traitement des rétrécissements de l'urètre, par *Leroy*.

Gazette médicale de Liége. — N°s 20. Cas de méningite granuleuse, par *Lombard*. 21. Sur le traitement du choléra (*anonyme*).

Presse médicale belge. — N°s 47. Sur le choléra, par *Graux*. — 48. *Idem*.

Allgemeine medicinische Central-Zeitung. — N°s 86 — 87. Rapport sur les travaux de la section de psychiatrie et d'anthropologie (à Gottingue). — État de la médecine chez les anciens Hébreux. — 88. — 89. Sur les premiers habitants de la côte occidentale de l'Amérique méridionale — 90. Quelques remarques sur l'électro-magnétisme, par *Eichmann*. — 91 — 92. Sur le ramollissement du cerveau, d'après *Traube*. — Mœurs, usages et maladies des habitants de la Nouvelle-Zélande ; une épidémie de rougeole à Fulda, par *Schwarz*. — Les médecins de Californie.

Deutsche Klinik. — N°s 44. Sur le traitement des fractures, etc., par *Ravoth* (suite). — La scarification sous-cutanée de la tunique vaginale du testicule comme traitement radical de l'hydrocèle, par *Bühring*. — Source d'Adélaïde, à Heilbronn. par *Hamburger* (fin). — Communications prises de la policlinique obstétricale du professeur Kilian, à Bonn, par le doct. *Noeggerath*. — La clinique chirurgicale et ophthalmologique de l'Université d'Erlangen (1er octobre 1853—31 juillet 1854), par *Heyfelder* (suite). — La dysentérie dans les tropiques, d'après les rapports anglais, par *Helft* (de Berlin). — 45. La pupille artificielle devant et dans l'œil, par *Schauenburg* (suite). — La clinique chirurgicale et ophthalmologique de l'Université d'Erlangen (1er oct. 1853—31 juillet 1854), par le prof. *Heyfelder* (suite). — Communications puisées dans la clinique syphilitique du docteur de Baerensprung, à Berlin, par *Beigel*. — 46. La pupille artificielle, etc., par *Schauenburg* (fin). — Rapport sur les malades traités dans la section chirurgicale de l'hôpital de la ville de Magdebourg (16 août 1852—31 décembre 1853), par *Reiche*. — Clinique chirurgicale et ophthalmologique de l'Université d'Erlangen, etc., par *Heyfelder* (fin). Sur les formes typhoïdes observées en 1853 dans la maison de correction à Schwaebisch-Hall, par *Dicenta*. — Trente et unième congrès des naturalistes et médecins allemands, par *Goeschen* (fin).

Journal f. Kinderkrankheiten herausgeg. v. Behrend u. Hildebrand, xiie année, cah. 7 et 8. — Sur l'épilepsie, l'idiotisme et la démence des enfants, par Charles West. — Sur l'anémie dans l'enfance, par *de Mauthner*. — Sur les épidémies du croup et de la coqueluche, par *Santlus*. — Rapport sur la clinique des enfants de Hauner, à Munich, pendant les mois de janvier, février, mars et avril 1854, par *Kirschsteiner*.

Medicinische Zeitung. — N°s 44. Morve aiguë chez l'homme, par *Breithaupt*. — Iléus, par *Jacobs*. — Traitement des blessures de la trachée, par *Heidbronn*. — Des opérations chirurgicales pratiquées en 1852 et en 1853, par *H.-W. Berend* (suite). Traitement de la fièvre intermittente par l'arsenic. — 45. Rupture de l'estomac, par *Eulenberg*. — Opérations chirurgicales, etc., par *W. Berend*. — 46. Cas de tentative de suicide, par *Jacobs*. — Spermaceti, par *Latz*. — Opérations chirurgicales, pratiquées en 1852 et 1853, par *H.-W. Berend* (suite).

Monatsschrift f. Geburtskunde u. Frauen-Krankheiten, v. Busch, Crédé, etc. — IVe vol., 4e cah., octobre. Contributions à la pratique obstétricale rationnelle, par *Nathan Paulus*. — Accrochement du placenta à la crête du pubis, par *Fr. Betz*. — Naissance singulièrement retardée d'un veau, par *Schieffer*. — De la paralysie pendant la grossesse et après l'accouchement, par *Helfft*. — Clinique obstétricale de l'université de Berlin (troisième rapport, 1842-1847), par *Busch* (suite).

Schmidt's Jahrbuecher, par Richter et Winter. — Vol. LXXXIV, N° 11, 1854. Analyses et critiques des travaux les plus récents.

Vierteljahrsschrift fur gerichtliche und œffentliche Medicin herausgeg. v. Casper. — VIe vol., 2e cah. Résultats de la vaccination dans l'armée prussienne, par *Schilling*. — Sur les logements souterrains et ceux qui les habitent, par *Bressler* (de Berlin). — Sur l'empoisonnement par les têtes de pavots, par *Niemann*.

Wiener medicinische Wochenschrift. — N°s 38. Sur la rétroversion de la matrice dans l'état de grossesse, avec introflexion du col, par *Kuchenmeister*. — Sur l'épidémie du choléra au Semmering en 1850, par *Piltz*. — Les contagions, les épidémies et les épizooties, remarques, par *Riecke*. — 39. Influence de la propreté sur le traitement de la vérole. — 40. Lettres iatrochimiques (dixième), par *Kletzinsky*. — Communications prises de la pratique obstétricale, par *Meisinger*. — 41. Sur les remèdes contre le ver solitaire, par *Küchenmeister*. — Sur les hernies crurales et leur réduction, par *Betz*. — Rapport sur les autopsies juridiques faites dans l'Allgemeinen-Krankenhause de Vienne, pendant le mois de juillet, par le docteur *Weinberger*. — Trente et unième congrès des naturalistes et médecins allemands. Géographie médicale de la Valachie, par *Barasch*, à Bucharest. — 42. Pathologie et thérapie du choléra épidémique, par *Skoda*. — 43. Pathologie et thérapeutique du choléra épidémique, par le professeur *Oppolzer*.

Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, rédacteur, prof. Hebra. 10e année, 8e cah. — Rapport sur la clinique des maladies de la peau à l'Allgem. Krankenhause de Vienne, pendant l'année 1853, par *Hebra*. — Quatre cas de vices de conformation rares, par *Friedinger*. — Sur le traitement des luxations de l'épaule, par *Hussa*. — Sur la réaction chimique de l'eau, par *Pleischl*.

Zeitschrift f. Staatsarzneikunde v. Henke, fortges. v. Fr.-J. Behrend. — 17e année, 1854, 3e cahier. Sur les empoisonnements par le cuivre, par *Mair*. — Tentative d'empoisonnement par l'acétate de cuivre, par *Reinhardt*. — Contributions à la doctrine de la responsabilité médicale, se rapportant particulièrement à l'admissibilité de la gastrotomie, par *Santlus*. — Dans les grossesses extra-utérines, la gastrotomie est elle rejetée à l'unanimité par la science? par *Vogler* (de Wiesbaden).

Association medical Journal. — N°s 96. Cancer encéphaloïde des poumons simulant une phthisie laryngée, par *J. Cokle*. — Scarlatine, ulcération du pharynx, mort par hémorrhagie, par *J. Brown*. — Hernie étranglée, masquée par une tumeur de l'aine par *J. Windsor*. — Constipation pendant neuf semaines, mort, par *G. Wales*. — 97. Extrait et décoction d'ortie commune dans quelques maladies chroniques de la peau, par *J. Bullar*. — Communications entre les vaisseaux lymphatiques et les veines, par *T. Hodgkin*. — Observations météorologiques sur le choléra, par *Hingeston*. — Cas de rétention d'urine, par *J.-Z. Laurence*. — 98. Effets de la syphilis sur les organes utérins, par *Mackenzie*. — Tumeur utérine, ablation, par *Mitchell*. — Arsenic dans le choléra, par *Black*. — Hernie étranglée, persistance de l'obstruction cinq jours après l'opération, par *Mallett*. — Obstruction intestinale traitée avec succès par l'introduction d'un tube élastique, par *Trend*.

Dublin medical Press. — N°s 826. Opium et acétate de plomb dans le choléra, par *Donovan*. — 827. Traitement du choléra, par *Leney*. — Opium et acétate de plomb dans le choléra (*anonyme*). — 828. Avantages des applications de vapeur de chloroforme, par *Hardy*.

Medical Times and Gazette. — N°s 227. Nature et traitement du choléra par *M.-T. Sadler*. — Rupture de la vessie, par *Wilmot*. — Tumeur sanguine du cou ayant des connexions avec le corps thyroïde, par *H. Coote*. — Inflammation sympathique de l'œil, par *R. Taylor*. — Gangrène du fond de l'utérus après la parturition, par *E.-A. Kirby*. — 228. Sur le combat naval de Sébastopol, par *G. Mackay*. — Usage du froid anesthésique dans les opérations, par *J. Arnott*. — Manière de découvrir les artères et de les mettre à nu, par *A. Deville*. — Choléra traité par les applications d'eau chaude, par *J.-A. Bulley*. — 229. Hystérie aiguë chez un homme, par *Gallwey*. — Étiologie du choléra, par *Hofmann*. — Affection rare de l'œil, par *Wilde*. — Sarcines de l'estomac, par *Leared*. — Dissection des artères, par *Deville*.

The Dublin Quarterly Journal of medical Science. — Novembre 1854. Sonde *calculo-mètre* pour les enfants, par *Christopher Fleming*. — Considérations médico-légales sur la folie, par *J.-W. Williams*. — Clinique chirurgicale : ablation d'une mâchoire inférieure nécrosée ; ablation d'une tumeur fibro-celluleuse de forme remarquable, par *R.-G.-H. Butcher*. — Sur la jaunisse et les hémorrhagies dans les affections hépatiques, par *Cathcart Lees*. — Syphilis comme cause d'avortement et d'accouchement prématuré, par *Robert Johns*. — Anévrysme de l'artère fémorale commune, guéri par compression, par *M.-H. Collis*. — Sur la proportion d'acide carbonique exhalé dans la phthisie pulmonaire, par *A.-G. Malcolm*. — Choléra de Finglas, par *C.-F. Moore*. — Sur le choléra de Londres, par *Kidd*.

The Lancet. — N°s 18. Maladies des os, par *Bishop*. — Traitement du choléra, par *G. Allen*. — Emploi de la saignée, par *J. Langley*. — Affections du cerveau, par *H. Wilshire*. — 19. Leçons sur le système nerveux, par *Marshall Hall*. — Opium dans le *delirium tremens*, par *Dixon*. — Cliniques. — 20. Système nerveux (suite), par *Marshall Hall*. — Nerfs de l'utérus, par *Lee*. — Cliniques.

Livres nouveaux.

Clinique médicale de Montpellier, par le doct. *Hubert Rodrigues*. 1 vol. in-8 de 432 pages. Montpellier, chez Dumas. 4 fr.
Et par la poste. 5 fr.

De l'électrisation localisée, et de son application à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique, par le doct. *G.-B. Duchenne* (de Boulogne). 1 vol. in-8 de xii-926 pages avec 108 fig. Paris, chez J.-B. Baillière. 11 fr.

De l'état civil des nouveau-nés au point de vue de l'histoire, de l'hygiène et de la loi. — Nécessité de constater les naissances à domicile, par le doct. *J.-N. Loir*. 1 vol. in-8 de 472 pages.

Physiologie élémentaire de l'homme, par *J.-L. Brachet*. Deuxième édition, 2 vol. in-8 de 1228 pages. Lyon, chez Savy, Paris, chez G. Baillière. 15 fr.

Traité élémentaire d'hygiène privée et publique, par le doct. *Becquerel*. 2e édit. Un vol. grand in-18 de 752 pages. Paris, chez Labé. 6 fr.

Compendium der Geburtshuelfe (*Compendium d'obstétrique*), par *Scanzoni*. In-8, Vienne, chez Seidel. 7 fr. 25 c.

Die conservative Chirurgie der Glieder (*La Chirurgie conservatrice des membres*), par *H.-J. Paul* Gr. in-8, Breslau, chez Trewendt et Granier. 10 fr.

Die Therapie unserer Zeit in Briefen (*Lettres sur la Thérapie de notre époque*), par *W. Stens*. In-8, Sondershausen, chez Eupel. 4 fr. 75 c.

Geschichte der Forschungen ueber den Geburtsmechanismus von der ersten Zeit bis zur Mitte des 16. Jahrhunderts (*Histoire des recherches sur le mécanisme de l'accouchement, depuis l'origine jusqu'au milieu du* xvie *siècle*), par *C. Stammler*. In-8, Giessen, chez Ricker. 2 fr. 75 c.

On the Topical Medication of the Larynx in certain Diseases of the Respiratory and Vocal Organs, par *E. Watson*. In-8, Londres, chez Churchill. 7 fr.

Pathological and Surgical Observations, including a short course of Lectures delivered at the Lock Hospital, and an Essay on the Surgical Treatment of Hæmorrhoidal Tumours, par *Henry Lee*. In-8, chez Churchill. 10 fr. 50 c.

The Brain in Relation to the Mind, par *J. Swan*. In-8, Londres, chez Longman. 7 fr.

What to observe at the Bed Side, and after Death in Medical Cases (*Décubitus du cadavre sous le rapport médico-légal*). Published under the Autority of the London Medical Society of Observation. In-12, Londres, chez Churchill. 6 fr. 25 c.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS

A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. PARIS, 8 DECEMBRE 1854. N° 62.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

UNIVERSITÉ DE FRANCE.

Par décret impérial en date du 2 décembre, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes,
Sont nommés :

A LA FACULTÉ DES SCIENCES DE LILLE (Faculté nouvelle) :

Professeur de mathématiques pures et appliquées :

M. MAHISTRE, docteur ès sciences mathématiques, professeur de mathématiques au lycée de Saint-Omer.

Professeur de physique :

M. LAMY, docteur ès sciences physiques, professeur de physique au lycée impérial de Lille.

Professeur de chimie :

M. PASTEUR, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Strasbourg.

Professeur d'histoire naturelle :

M. LACAZE-DUTHIERS, docteur en médecine, docteur ès sciences naturelles, ancien préparateur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Paris.

— Par décret impérial en date du 3 décembre 1854 :

M. FILHOL, docteur en médecine, docteur ès sciences physiques, chargé du cours de chimie à la Faculté des sciences de Toulouse, est nommé professeur de chimie à ladite Faculté, en remplacement de M. BOISGIRAUD, admis à la retraite.

Réorganisation de l'École de médecine de Nancy.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,
A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes ;

Vu les ordonnances des 13 octobre 1840, 12 mars et 18 avril 1841 ;

Vu l'ordonnance du 17 octobre 1843, qui constitue l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy ;

Vu la délibération du Conseil impérial de l'instruction publique en date du 11 juillet 1854 ;

Vu les décrets du 13 août et 10 octobre 1854, qui ont réorganisé les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de Lyon et de Bordeaux ;

Vu le décret du 29 novembre 1854 qui organise le personnel de la Faculté des sciences de Nancy.

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

FEUILLETON.

Manie des lectures et des prêches dans le Lappmarck (Finlande).

De tous temps l'esprit religieux a été fécond en aberrations singulières. Sous les formes les plus variées, l'illuminisme a régné dans l'antique Égypte, les Indes et les diverses régions du globe. L'Europe chrétienne a eu ses mystiques, ses stigmatisés, ses trembleurs, ses convulsionnaires, ses possédés. Bien que ces superstitions grossières aient fui devant les progrès de la civilisation, les traces n'en sont point entièrement effacées : elles subsistent encore isolément dans quelques localités ; on les retrouve même à l'état pour ainsi dire épidémique, dans certaines contrées où la barbarie a conservé son empire.

Tout récemment, par exemple, il s'est manifesté en Finlande une tendance dont le caractère nous a paru assez intéressant pour nous engager à en reproduire ici les traits principaux. Nous en devons la relation à un recueil allemand consacré à l'aliénation mentale, l'*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* (1), l'auteur, M. Busch, l'ayant empruntée lui-même au *Traité d'hygiène* d'un médecin suédois, M. Wretholm.

Ce dernier avait reçu de son gouvernement la mission d'aller constater l'état de la vaccination dans le Lappmark. C'est en parcourant le pays pour accomplir cette tâche, qu'il eut fréquemment l'occasion d'être témoin de scènes étranges dont il a présenté la description dans son rapport au Comité de santé de Stockholm, et plus tard dans son ouvrage.

En général, les manifestations excentriques consistent dans une ardeur fiévreuse de conversion à l'aide de lectures et de prédications s'accompagnant, suivant les personnages ou les lieux, de gesticulations incohérentes, de spasmes convulsifs, de démonstrations menaçantes, de coercitions violentes, de cérémonies grotesques, et même d'orgies scandaleuses

Cet entraînement maladif n'a pas seulement envahi les districts ou paroisses de *Juckasjarvi* et de *Karesuando*, il s'est étendu à celui de Pajola, et jusqu'aux confins de la Norvége, chez les Lapons du *Kuotakaina*.

On en attribue, du reste, l'origine à un prévôt influent, le chevalier Laestadius, qui voulant, selon toute apparence, opérer la réforme morale de ces peuplades incultes et engourdies par la rigueur du climat, entre-

(1) Volume XI, première partie.

Art. 1er. L'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy est réorganisée de la manière suivante :

L'enseignement comprendra : 1° anatomie et physiologie ; 2° pathologie externe et médecine opératoire ; 3° clinique externe ; 4° pathologie interne ; 5° clinique interne ; 6° accouchements, maladies des femmes et des enfants ; 7° matière médicale et thérapeutique ; 8° pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Art. 2. Le nombre des professeurs adjoints de ladite école est fixé à trois qui seront attachés : à la chaire de clinique externe ; à la chaire de clinique interne ; à la chaire d'anatomie et physiologie.

Art. 3. Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés : aux chaires de médecine proprement dite ; aux chaires de chirurgie et d'accouchement ; à la chaire d'anatomie et physiologie ; aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Art. 4. Il est également attaché à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy : un chef des travaux anatomiques ; un prosecteur ; un préparateur de pharmacie et toxicologie.

Art. 5. Il ne sera pourvu définitivement aux diverses fonctions instituées par le présent décret, qu'au fur et à mesure que la ville de Nancy aura assuré, par un vote du Conseil municipal, les fonds nécessaires.

Art. 6. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 6 décembre 1854.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur : *le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,*

H. Fortoul.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840 relative aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret impérial en date de ce jour qui réorganise l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy.

Arrête : Sont nommés à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy.

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. Léon Parisot.
Clinique externe. — M. Edmond Simonin.
Clinique interne. — M. Victor Parisot.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Roussel.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Laurens.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Blondlot.

Art. 2. Sont nommés professeurs adjoints chargés des cours suivants, savoir :
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Béchet.
Pathologie interne. — M. Demange.

Art 3. Sont nommés : professeur suppléant : M. Grandjean.
Chef des travaux anatomiques. — M. Poincaré.

Art. 4. M. Edmond Simonin, professeur de clinique externe, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy.

Art. 5. M. le recteur de l'Académie de Nancy est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 6 décembre 1854.

H. Fortoul.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes

Arrête : Art. 1er. M. Victor Parisot, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé officier de l'instruction publique.

Art. 2. M. le recteur de l'Académie de Nancy est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, ce 6 décembre 1854.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

H. Fortoul.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 30 novembre 1854 :

M. Godron, professeur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Nancy, est nommé doyen de ladite Faculté.

M. Chenou, professeur de mathématiques pures et appliquées à la Faculté des sciences de Poitiers, est nommé doyen de ladite Faculté.

— Par arrêté impérial en date du 2 décembre 1854 :

M. Pasteur, docteur ès sciences, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Lille, est nommé doyen de ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 30 novembre au 6 décembre 1854.

291. Lafforgue, Dominique, né le 15 juin 1825 à Aurignac (Haute-Garonne). [*De l'avortement.*]

292. Prost, Frédéric-Auguste-Joseph-Sophie-Amédée, né le 19 juillet 1822 à Passy (Seine). [*De l'hématocèle rétro-utérine.*]

293. Castelbon, Jean-Alexandre-Joseph, né le 10 mars 1829 à Saint-Pons (Hérault). [*Des pleurésies secondaires.*]

294. Destival, Prosper-Nicolas-Louis, né le 11 janvier 1830 à Mirandoux (Gers). [*Des maladies des femmes après l'accouchement.*]

295. Guède, Alfred, né le 18 avril 1828 à Paris (Seine). [*De l'emploi thérapeutique du chloroforme.*]

296. Hayer, Joseph-Louis, né le 22 décembre 1827 à Saint-Laurent-des-Mortiers (Mayenne). [*De l'hydrocèle de la tunique vaginale.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

Amette.

---

prit, de gré ou de force, l'œuvre de leur conversion. De nombreux prosélytes, formés par lui et devenus apôtres à leur tour, se répandirent de tous côtés et accréditèrent les écrits et la doctrine du maître.

Ce fut au village de Suando, vers les limites supérieures du Pajola, que M. Wretholm rencontra les premiers lecteurs. Leur aspect était sombre, taciturne, et ils poussaient fréquemment de profonds soupirs, comme des gens très malheureux et à plaindre.

Néanmoins, sans rien dire de choquant, ils procurèrent à M. Wretholm et à ses compagnons de voyage les chevaux de poste dont ils avaient besoin pour se rendre à *Villangi* ; mais à peine l'équipage s'était-il mis en route, qu'un jeune conducteur descend de cheval, prend place sur un des traîneaux et déclame à haute voix, en langue finnoise, des passages d'un livre religieux. Il est bientôt imité par une servante à qui était confié un autre traîneau, et qui entonne également avec exaltation un chant terrible sur les enfants de ce monde, l'eau-de-vie et les tortures de l'enfer.

Une grande partie du chemin s'était ainsi accomplie au milieu de neiges profondes, avec la lenteur et la solennité d'un convoi funéraire, lorsque, dit M. Wretholm, une bourrasque, venant par bonheur à s'élever, brouilla les feuillets du livre du jeune garçon et ferma la bouche à la jeune fille.

A la station de *Kurkiosaari*, les voyageurs trouvèrent l'un des plus célèbres prêcheurs qui, le front pâle et les traits farouches, lut avec feu, pour les édifier, un sermon de Laestadius. Après avoir fini, il était couvert de sueur, et il les quitta sans leur adresser une parole.

Ils ne furent pas moins favorisés à la station suivante, celle de *Kuoxo*, où le hasard leur procura la rencontre du plus renommé et du plus remuant des apôtres de la contrée, Pierre Kuttainan, ou, comme le nomme le peuple, *Kuttases Pauke*.

Lors de leur arrivée, dans la maison même où ils étaient descendus, Kuttainan s'occupait de la conversion d'une jeune fille. Comment il y procédait, la chose resta ignorée ; toujours est-il que la néophyte sortit de l'épreuve hors d'haleine, privée de voix, en proie à un violent désespoir et à une prostration complète. Cet état persista pendant une heure, après quoi elle commença à vociférer, et notamment à accabler les étrangers de reproches et de malédictions.

Kuttainan était un homme pâle, maigre, à l'œil ardent, aux gestes animés, parlant avec véhémence, et ayant horreur du trafic et des trafiquants.

Il se louait beaucoup du changement subi par lui et qui, de misérable ivrogne et de débauché insigne, l'avait rendu digne, comme un autre

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 7 décembre 1854.

LE MICROSCOPE ET LE CANCER DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE; ÉTAT DE LA DISCUSSION.

(Voir les numéros 54, 55, 56, 57, 58 et 59.)

L'Académie n'avait, jusqu'à ce jour, entendu que ses chirurgiens : c'est un médecin qui aujourd'hui a occupé la tribune. M. Bouillaud, loin de considérer la discussion actuelle comme oiseuse et stérile en résultat, a déclaré qu'il ne se rappelait pas en avoir ouï de plus brillantes, et ce n'est certes pas son discours qui leur ôtera ni l'éclat ni le retentissement. M. Bouillaud a relevé hardiment le gant pour l'école dite *anatomique* de Paris, et il a noblement vengé ses adeptes anciens et modernes de l'attaque de ces personnes qui affectent de les regarder presque comme des dermestes, qui naissent, vivent et meurent à l'amphithéâtre et sur des débris cadavériques.

Il a résolument abordé ces grandes et belles questions de philosophie médicale qui sont pour notre science des flambeaux resplendissants; et après l'exposé des tendances et des doctrines de l'école en question, tel qu'il a été fait par M. Bouillaud je doute qu'on lui conteste de marcher dans la seule voie possible, dans la seule direction logique et féconde.

Nous le dirons sans hésitation, M. Bouillaud a prononcé un des plus beaux discours que nous ayons entendus, discours plein d'élévation dans le fond, plein de charme, de finesse dans la forme, et qui résume les points essentiels de nos pensées. Oui, répétons-le sans craindre d'être jamais forcé de le désavouer, hors de l'école organo-vitaliste, anatomo-physiologique, peu importe le nom si l'on comprend la chose, hors de cette école, point de progrès, point d'avenir, point de salut (1).

M. Bouillaud a aussi fait sa revue rétrospective. Il a cité Morgagni, Haller, Corvisart, Pinel, Bichat; Bichat! dont on ne devrait prononcer le nom qu'avec respect, et qui mériterait parmi les modernes le culte que les anciens avaient voué à Hippocrate et à Galien; il a cité encore Laënnec, Broussais, Dupuytren et tant d'autres, et enfin M. Rostan, le seul nom vivant que l'orateur ait prononcé parmi la foule des organiciens contemporains; il a démontré que tous ces grands génies, qui font tant d'honneur à notre pays, avaient été à la fois anatomistes et physiologistes; que tous avaient puisé à la fois aux deux grandes sources de l'amphithéâtre et de la clinique; que les plus organiciens d'entre eux avaient été aussi vitalistes, et que les plus vitalistes avaient toujours poursuivi le sublime problème de la localisation des maladies. En supposant que quelques-unes des appréciations de M. Bouillaud puissent être discutées, le fond n'en reste pas moins exact, et la conclusion paraît d'autant plus vraie et plus inattaquable, qu'on cherche davantage à l'approfondir.

Pourtant le champ de l'anatomie pathologique a des bornes. Et qui le nie? Qui donc, parmi nous, a la prétention de reconnaître, au jour actuel et par les sens, les virus, les miasmes, les troubles dynamiques purs? Personne. Mais, de même que, dans un incendie, on fait la part du feu, de même l'école anatomique a fait, pour certaines fièvres, certaines maladies virulentes, certaines névroses, une enceinte qu'elle resserre de jour en jour.

M. Bouillaud établit ensuite ce qu'on doit entendre par le diagnostic anatomique : il montre par quelle série d'idées on passe de la notion de lésion ou de trouble fonctionnel à ce diagnostic, et comment de ce dernier on arrive à une thérapeutique impossible sans lui. La distinction entre les diagnostics pratique et scientifique, éditée si malheureusement par notre honoré maître M. Malgaigne, n'est pas admissible pour M. Bouillaud, et l'on sait sur ce point quel est notre sentiment.

Vient ensuite la question du cancer et de l'utilité du microscope. M. Bouillaud examine l'état de la discussion; il voit d'un côté M. Robert *qui n'a pas varié dans ses convictions depuis le commencement du débat*. M. Malgaigne, l'*ultra-partisan du microscope* (chemin faisant, nous rencontrons un doute légitime sur le fameux virus cancéreux, très commode pour ceux qui se contentent d'hypothèses); de l'autre, MM. Velpeau et Delafond. Le premier, qui, malgré les formes qu'il y a mises et les apparentes contradictions de ses *philippiques*, n'en doit pas moins être considéré comme *cellulicide* par excellence; le second, aussi contraire au microscope avec ses contradictions plus étonnantes encore, avec *sa cellule romantiquo-philosophale*, etc., etc. Il est clair, comme le fait ressortir M. Bouillaud, que la cellule cancéreuse n'a aucune valeur, si les arguments de MM. Velpeau et Delafond restent debout. Nous sommes, pour notre part, rassurés sur ce point. Déjà nous avons, dans le précédent article, opposé à

(1) Nous aurions néanmoins des réserves à faire relativement à ce que l'orateur a dit de la distinction des écoles en médecine. Il y a là-dessous autre chose et plus qu'un malentendu. A. D.

Paul, d'être élevé au rang de catéchiste et de modèle. Une instruction écrite de la propre main de Laestadius l'investissait du pouvoir de propager la sobriété et la tempérance.

Toutefois, sa réputation de vertu n'était pas à l'abri de toute atteinte. On l'accusait, lui marié, d'avoir commerce avec d'autres femmes, et de rançonner les crédules qui avaient recours à son ministère. Le prédicant de Kurkiosaari aurait mérité aussi le premier de ces reproches; comme si, observe l'auteur, l'amour pour le sexe et l'exaltation religieuse se fussent alimentés à un foyer commun!

Le fait est que, dans la Nordlande, l'impudicité et le libertinage des lecteurs avaient acquis des proportions révoltantes. On s'y livrait, entre autres, aux danses les plus obscènes, dans un état de nudité complète et sous un prétexte de chasteté même, afin, prétendait-on, de rappeler l'innocence de nos premiers parents avant leur chute.

Grâce aux injonctions de Laestadius, ces saturnales n'existent plus guère que dans quelques villages de l'ouest. Encore s'y attache-t-il une idée de décence, car on en exclut comme satyre celui qui s'y montre inconvenant, ou chez qui se décèle un indice trop significatif de concupiscence.

Dans le district de Vittangi, la manie avait gagné paysans et Lapons proprement dits; partout, dans les maisons, sur les chemins, dans les champs, on aperçoit des individus ou des groupes adonnés à la lecture ou à la controverse.

Malheur à l'infidèle qui tombe dans une telle réunion! Le zèle des convertisseurs ne lui laisse paix ni trêve. S'il résiste, on le maudit et le maltraite; s'il cède, on le force de faire à l'instant, d'après l'usage adopté, sa confession publique.

Outre la prière qui a lieu le soir en commun, on se rassemble le jour pour ce pieux exercice dans les habitations particulières, où aux invocations se mêlent force lamentations, soupirs, cris, spasmes et convulsions. *Le souffle du Saint-Esprit les enivre!...*

Le dimanche de la sexagésime, M. Wretholm assistait à la messe. Jamais agitation semblable ne s'était offerte à ses yeux. L'église regorgeait de monde et semblait, spécialement du côté des femmes, craquer sous l'agression des sanglots, des hurlements, des secousses convulsives. Un vieux Lapon sautait à pieds joints, en poussant des notes étouffées analogues aux aboiements d'un chien. Chacun montait en chaire avant le prêtre, y gesticulait sans proférer une parole, et en descendait pour courir autour de l'autel. Debout, les bras étendus, les yeux levés au ciel et roulant dans leur orbite, haletante et tremblant de tous ses mem-

la triade de M. Velpeau une argumentation que nous croyons pressante. Quant à M. Delafond, il a eu le soin de se démolir lui-même, et nous savons d'ailleurs qu'il n'en est pas encore quitte.

L'orateur a fait une fine allusion *à ces certificats d'aptitude donnés par des micrographes assermentés*, et que M. Velpeau avait pompeusement cités. Nous connaissons les détails de cette plaisanterie, qui n'aurait jamais dû être produite devant une assemblée comme l'Académie ; car nous sommes un de ces micrographes qui avons signé, dans un joyeux loisir, le certificat en question.

Nous ne saurions dire combien de mots spirituels M. Bouillaud a produits dans cette partie de son discours. C'était un vrai déluge de railleries piquantes, fines et de bon goût à l'adresse de nos adversaires, et dont ceux-ci ne se fâcheront pas, s'ils apprécient les charmes de l'esprit.

Quant à la curabilité du cancer, M. Bouillaud remercie MM. Velpeau et Amussat de l'avoir admise ; car c'est une idée bien consolante. L'orateur lui-même dit avoir vu quelques cas de guérison ; mais il s'abstient de donner sur ce point de plus longs détails. M. Bouillaud, qui dit et prouve qu'il est pour le microscope *un ami de la veille*, pose deux conclusions : 1° Le microscope a rendu à la question du cancer de très grands services, et entre autres la distinction entre les tumeurs cancéreuses, fibro-plastiques et épithéliales ; 2° on ne doit pas rendre le microscope solidaire des erreurs, des dissentiments des micrographes. L'instrument est infaillible ; mais ce qui peut être erroné revient de droit à la manière d'interpréter ce qu'on a vu.

En résumé, M. Bouillaud sera désormais compté parmi les partisans les plus sérieux, les plus logiques, les plus fidèles des doctrines pour lesquelles nous combattons ; il est un des soutiens de cette brillante bannière, déjà si illustrée, et sous laquelle nous sommes venus à notre tour nous enrôler.

L'orateur a terminé par une proposition pour laquelle il a imploré l'appui du grand *cellucide* lui-même, de M. Velpeau, et qui n'a pas paru sourire beaucoup à l'illustre Compagnie, ou du moins à son savant président.

Il nous aurait fallu beaucoup plus d'espace pour apprécier dignement le beau discours de M. Bouillaud ; mais la pathologie interne a aussi ses droits, et notre excellent ami, Dechambre, nous a aujourd'hui parcimonieusement distribué le terrain. Nous trouverons bien moyen de nous rattraper quelque jour.

AR. VERNEUIL,
Agrégé à la Faculté de médecine.

COUP D'ŒIL SUR LE CHOLÉRA DES DÉPARTEMENTS EN 1854.

Après avoir résumé les traits du choléra qui a régné cette année, et règne encore, dans la capitale (voir les nos 46 et suiv.), nous avons à suivre l'épidémie dans les départements. Ainsi que nous l'avons dit, il nous est parvenu, sur ce point, un grand nombre de documents particuliers, qu'il ne tenait qu'à nous de publier successivement, mais dont il nous a paru plus utile de rassembler et de rapprocher les matériaux pour une histoire générale. Notre premier besoin, en les mettant en œuvre, est d'adresser nos remerciements les plus vifs aux zélés confrères qui ont bien voulu nous prêter cette assistance; c'est à eux que nous devons de pouvoir transmettre aux lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* des renseignements plus exacts et plus complets que ceux dont ont dû se contenter, dans leur précipitation, la plupart des publications périodiques (1).

Disons-le, en effet, dès le début : nos renseignements, puisés à des sources certaines, garantis par une observation directe, recommandés par le nom des observateurs, nous ont permis de rectifier d'assez nombreuses erreurs sur plusieurs points de l'histoire de l'épidémie, tels que la date d'invasion dans telle ou telle localité, la marche, le mode de propagation, le nombre des victimes, etc. Nos chiffres ont tous été relevés dans les mairies ou les préfectures, et souvent ils nous sont arrivés avec d'utiles commentaires propres à en fixer la véritable valeur. Car, c'est une remarque applicable à la statistique du choléra en général, que les chiffres même officiels sont loin de pouvoir prétendre à une exactitude rigoureuse. Tantôt ils attribuent à un département des cas de choléra réellement imputables à un département voisin, où les malades étaient allés le prendre; plusieurs journaux de province (notamment le

(1) Nous aurons soin, chemin faisant, de rapporter à qui de droit les renseignements que nous mettrons en œuvre ; mais nous tenons à consigner dès à présent les noms de tous nos honorables et obligeants correspondants. Ce sont: MM. *Anizan*, d'Artenay ; *Barbier*, d'Amiens ; *Baume*, de Toulouse ; *Bayard*, de Cirey ; *Bénard*, d'Angoulême ; *Bigot*, d'Angers ; *Bouvier*, d'Héricourt ; *Chauffard*, d'Avignon ; *Dangereux*, envoyé en mission dans le Midi ; *Darnel*, de Calais ; *Dieulafoy*, de Toulouse ; *Gintrac*, de Bordeaux ; *Hervier*, de Rive-de-Gier ; *Hourmann*, de Pouilly ; *Hybord*, de Meung-sur-Loire ; *Küss*, de Strasbourg ; *Lecœur*, de Caen ; *Lhuillier*, de Noviant-aux-Prés ; *Marquez*, de Colmar; *Masson*, de Beaune ; *Millet*, d'Orange ; *Monginot*, de Lunéville ; *Morissot*, de Lille ; *de Noiseux*, du Perrey; *Prieur*, de Gray ; *Pointe*, de Lyon ; *Renard* (Athanase), de Bourbonne ; *Robert* (Melchior), de Marseille; *Satis*, de Vendôme ; *Serre*, d'Alais ; *Sylva*, de la Réole ; *Tivet*, de Lorient ; *Vernay*, de Lyon ; *Vial*, de Saint-Étienne ; *Yvonneau*, de Blois.

bres, une femme se tint ainsi, comme attachée au sol, pendant tout l'office divin. Une autre demeura à genoux, la tête collée au mur. Une troisième, enfin, soumise à un balancement oscillatoire de tout le corps, faisait d'horribles grimaces, et, soulevant alternativement un de ses pieds d'une façon tantôt lente, tantôt rapide comme l'éclair, elle imitait par ce trépignement le mouvement d'un repasseur de ciseaux ou d'une fileuse.

Ayant séjourné près d'une semaine pour attendre la foire et les assises de Juckasjarvi, M. Wretholm fut en butte à de nombreuses tentatives de conversion de la part des prêcheurs, dont les uns se montraient doux, obséquieux, tandis que d'autres étaient rogues, arrogants et brusques; tactique qui, lorsqu'elle réussissait, leur attirait beaucoup de considération. Quelques-uns même ont tant à cœur ce genre de succès, qu'un échec leur arrache de véritables larmes.

En poursuivant son excursion jusqu'à la paroisse de Karesuando, M. Wretholm rencontra, au village d'Idivuoma, deux habitants atteints de typhus. Cette affection, devenue épidémique, semble avoir une sorte de parenté avec la manie des lectures; telle est du moins l'opinion de M. Wretholm, et qui lui aurait été confirmée par le prévôt Laestadius lui-même.

A Karesuando, où il avait eu, il y a deux ou trois ans, son point de départ, l'enthousiasme des prêches commençait à affecter des formes moins extravagantes. L'imagination excitée des fidèles continuait, il est vrai, à leur représenter des tableaux fantastiques, entre autres des oiseaux lugubres s'abattant sur les épaules du sacristain impie et buveur et blasphémant le saint nom de Dieu pendant le discours du prêtre; mais leur zèle était plus tolérant, et les exagérations fanatiques avaient fait place à un culte craintif, pieux et paisible.

Une jeune fille venait-elle encore à s'évanouir durant l'office, cet accident ne troublait plus la cérémonie. Sur un signe du pasteur, on la transportait hors de l'église pour lui faire respirer l'air, jusqu'au moment où, ayant repris ses sens, elle pouvait retourner gaîment chez elle.

Il paraît que, sortes de réminiscences d'une susceptibilité antérieure, de tels évanouissements ne sont pas rares; le sang monte au visage, la figure s'empourpre, de profonds soupirs, des lamentations accusent une oppression anxieuse ; le corps tremble, les malades perdent connaissance et tombent comme anéantis.

Plusieurs individus que M. Wretholm a vus en cet état gisaient sur le dos, les bras étendus. Les crises s'apaisent spontanément; on croirait s'exposer à les rendre dangereuses en cherchant à les conjurer. Des hallucinations en sont quelquefois la conséquence immédiate. Un de ces vision-

Journal de médecine de Bordeaux) ont accusé de cette méprise des feuilles parisiennes. Tantôt ils rapprochent ou reculent la vraie date du début, ayant pris la simple cholérine pour le choléra, ou réciproquement. Bien plus, dans le premier trouble de l'invasion, il s'est commis dans les ténèbres des bureaux de singulières erreurs, et nous savons une localité où, pendant un grand nombre de jours, les bulletins ont enregistré les mêmes chiffres à la colonne des *cas déclarés* et à celle des *décès*, comme si la guérison n'avait pas eu lieu une seule fois : une rectification telle quelle a été faite depuis, sur cette observation fort honnête du ministère de l'intérieur, que les médecins du lieu ne devaient pas avoir la main aussi malheureuse. Voilà quelques échantillons des inexactitudes auxquelles sont exposées les statistiques, et que des renseignements puisés à la source permettent seuls de corriger.

Au reste, l'exactitude absolue en pareille matière est à peu près impossible. Il faut bien se persuader d'abord que, de toutes les colonnes de chiffres qu'on a coutume d'aligner au sujet du choléra, il n'y a d'absolument digne de foi que la colonne des décès; et encore n'est-il pas toujours certain que tous les décès appartiennent au vrai choléra. Quant à la proportion des morts et des guérisons, elle ne peut être établie avec quelque rigueur que pour des établissements particuliers, tels que prisons, hôpitaux, lycées, etc. C'est pourquoi la plupart de nos correspondants n'ont pas cru devoir nous transmettre le chiffre proportionnel des guérisons dans leurs localités; d'autres nous ont communiqué ces renseignements, mais avec des réserves qui établissent la mesure de confiance qu'il convient d'y accorder. D'un autre côté, il se peut que deux ou trois départements, comptés comme indemnes, aient eu quelques cas de choléra non compris dans nos statistiques, ni même dans la statistique de l'administration ; il se peut que des recrudescences aient eu lieu dans certaines localités postérieurement à la date assignée dans nos tableaux à la période de déclin, et cette période elle-même ne peut être déterminée qu'approximativement. Enfin, parmi les départements envahis, il en est pour lesquels, manquant de renseignements personnels, nous avons dû nous en rapporter aux indications des journaux. On les reconnaîtra facilement : ce sont ceux qui ne figurent guère dans nos colonnes que pour la date d'invasion. Nous espérons que cette date est exacte. Mais ces diverses imperfections, toujours peu graves et partielles, ne sauraient affecter sérieusement les données générales fournies par l'ensemble des documents.

Ceci posé, entrons en matière, et, sans prétendre à une histoire détaillée et complète du choléra de 1854, relevons les matériaux détachés qui pourront servir un jour à l'édifier.

§ I. ITINÉRAIRE DU CHOLÉRA DANS LES DÉPARTEMENTS.

Les tableaux ci-après (pages 1075 à 1078), *où les départements sont classés d'après la date de l'invasion épidémique*, représentent conséquemment la marche du fléau dans toute la France, et indiquent, pour chaque pays, sa durée approximative et son degré d'intensité.

En considérant les dates de l'invasion du choléra dans les divers départements, on s'aperçoit aisément que l'épidémie a eu au moins trois foyers distincts (et non pas deux, comme on l'a écrit maintes fois), à savoir, un à l'est, un autre à l'ouest, et le troisième au midi.

Le foyer de l'est s'est formé le premier. C'est dans la Haute-Marne qu'a été observé, si nous sommes bien renseignés, le premier cholérique des départements. Le fait avait lieu à la fin d'avril ou dans les premiers jours de mai. Très peu de temps après, dans le cours du même mois, la Marne est envahie. De là, l'épidémie rayonne dans tous les sens, et passe dans les départements limitrophes : — au nord, dans la Meuse (commencement de juin), l'Aisne (idem), la Moselle (commencement de juillet) ; les Ardennes (juillet ?) ; — au sud, dans la Côte-d'Or (commencement de juin), la Haute-Saône (idem), l'Aube (fin juin) ; — à l'est, la Meurthe (mi-juin), les Vosges (juin ?) ; le Bas-Rhin (10 juillet), le Haut-Rhin (4 août) ; — à l'ouest, enfin, Seine-et-Marne (mi-juin), la Nièvre (commencement de juillet), l'Yonne (mi-juillet). L'épidémie se rapproche ainsi du méridien de Paris ; mais alors les prolongements du foyer de l'est à l'ouest rencontrent ceux du vieux foyer de Paris dans Seine-et-Oise, et il devient un peu embarrassant de savoir si ce sont les premiers ou les seconds qui s'étendent en juillet et août jusque dans les départements de l'Oise, de la Somme, du Nord, du Pas-de-Calais, de la Seine-Inférieure, du Calvados, de la Manche, du Finistère, de l'Eure, d'Eure-et-Loir et du Loiret. Néanmoins, quand on se rappelle que le choléra n'est, pour ainsi dire, pas sorti de Paris pendant six mois, on est porté à attribuer aux rayonnements d'un autre centre l'épidémie de l'extrémité nord-ouest de la France.

A une époque où le premier foyer ne dépassait pas les départements limitrophes de la Marne et de la Haute-Marne, un autre prenait naissance sur les bords de l'Océan. Dès le commencement de juin, des cas de choléra étaient signalés dans

naires, au sein de son égarement, s'imaginait avoir sous les yeux un paysan mort depuis longtemps, et qui, attelé à un traîneau sur lequel était le diable en personne, le conduisait si rapidement qu'il en était ruisselant de sueur, à bout de respiration, et que la langue lui sortait de la bouche.

Sans contredit, les anomalies qui précèdent offrent, avec plusieurs de celles signalées à d'autres époques, de nombreuses similitudes. Les prêcheurs de Finlande n'auraient point été déplacés parmi les inspirés des Cévennes. La raison est naturellement portée à prendre en pitié ces écarts de l'humaine fragilité. Dans leur évolution, néanmoins, les peuples ont leurs phases comme les individus ; les espèces de vertiges qui semblent accidentellement les dominer ne sont souvent, pour l'observateur attentif, qu'un moyen de réaction salutaire, qu'une lutte cachée du bien contre le mal. La résurrection naît d'une décadence apparente. Il en est, à cet égard, des agitations morales et religieuses comme des crises politiques, qui, sous la menace d'un cataclysme social, aboutissent au progrès : elles sont à la fois l'expression indéterminée et le mobile d'une transformation plus ou moins profonde dans les idées, les habitudes et les mœurs. A la gangue informe du passé vient s'unir le ferment occulte de l'avenir ; l'esprit nouveau s'incarne dans les têtes ardentes, qui en réfléchissent les aspirations avec toute l'énergie de leurs penchants, de leurs vices, de leurs préjugés, de leurs croyances ; on conçoit, dès lors, qu'entraînée par la puissante et magnétique attraction de sentiments généreux, l'imagination crédule des masses ait enfanté cette série de conceptions bizarres et de pratiques extravagantes enregistrées par l'histoire. Il n'est guère de grand soulèvement des consciences qui n'ait été marqué par de semblables phénomènes. Le protestantisme lui-même n'y a point échappé. Plus d'une fois son duel avec Rome s'est traduit par des exaltations mystiques, et notamment l'influence de Martin Luther s'est fortement ressentie des crédulités vulgaires du réformateur et des hallucinations auxquelles il était en proie.

C'est ce qui semble également être arrivé dans la Finlande. Bien que revêtu d'une expression défectueuse, le sentiment, au fond, n'en est pas moins honorable. M. Wretholm constate, en effet, qu'un changement considérable s'est opéré dans les usages et la moralité de la population. A demi sauvages, livrés à la brutalité de leurs instincts, les habitants étaient pour la plupart indisciplinables, violents, ivrognes, débauchés. Aujourd'hui leur conduite est généralement régulière ; ils s'empressent d'obéir aux lois et se témoignent entre eux des égards et de l'amitié. L'usage de l'eau-de-vie, auparavant si répandu, est, pour ainsi dire, un sujet

la Vendée et dans les Deux-Sèvres. En juillet et août, le fléau gagne au sud la Charente, la Charente-Inférieure et la Gironde ; au nord, Maine-et-Loire et la Loire-Inférieure ; puis, dans un trajet assez remarquable, se dirige obliquement vers le nord-est à la rencontre des prolongements du foyer précédent. Il traverse Indre-et-Loire en juillet, et arrive à la fin d'août dans Loir-et-Cher, sur les confins d'Eure-et-Loir et du Loiret, en ce moment assez maltraités, le dernier principalement. Si l'on veut bien suivre cette description sur la carte, on verra qu'au-dessus et au-dessous de cette ligne oblique, c'est-à-dire au nord-ouest et au sud-est, il reste deux grandes parties du territoire peu ou point envahies : d'une part, les départements d'Ille-et-Vilaine, de la Mayenne, de la Sarthe, des Côtes-du-Nord, de l'Orne ; de l'autre, ceux de la Vienne, de la Haute-Vienne, de la Creuse, de l'Allier, du Puy-de-Dôme, de la Corrèze, de la Dordogne, du Lot, du Cantal, etc., jusqu'aux limites nord-ouest du foyer méridional.

Ce foyer s'est formé en même temps que celui de l'ouest et très peu de temps après celui de l'est. Il a eu son point de départ dans les Bouches-du-Rhône, où l'épidémie a été constatée dès les premiers jours de juin. Presque aussitôt, elle a éclaté dans le département de Vaucluse, puis dans celui du Var. En s'étendant de là vers le nord, elle a eu des enjambements remarquables. Elle avait touché le département du Rhône et celui du Jura dès le commencement de juillet, en passant par-dessus l'Isère, la Drôme, les Hautes et Basses-Alpes ; elle n'est entrée dans ces départements qu'à la fin de juillet et au commencement d'août. De même le Doubs, voisin du Jura, n'a été envahi qu'un mois environ après lui. Par les deux départements limitrophes de la Côte-d'Or et de la Haute-Saône, l'invasion du midi a fait sa jonction avec l'invasion de l'est, comme nous avons vu celle-ci faire sa jonction avec l'invasion de l'ouest par les départements de Loir-et-Cher, Eure-et-Loir et Loiret. Enfin, pendant que le foyer méridional gagne au nord, il s'étend aussi à l'ouest. L'Hérault est envahi vers la fin de juin, le Gard vers le commencement de juillet, l'Aveyron au commencement d'août, la Haute-Garonne vers la même époque, les Pyrénées-Orientales à la mi-août, l'Aude à la fin du même mois (d'autres disent en juillet), l'Ariége et Tarn-et-Garonne dans le cours du mois de septembre.

Telles sont les grandes voies suivies par le choléra de 1854 dans sa marche à travers les départements. Il ne faut pas oublier que ces sortes de tracés sont toujours un peu artificiels. Une circonstance des plus importantes, sur laquelle nous aurons à nous expliquer, exerce parfois une influence décisive sur l'itinéraire de l'épidémie : c'est l'importation. Des individus arrivent d'un lieu infecté dans un lieu indemne, et sont pris du mal dont ils avaient emporté le germe ; les cas sont signalés, enregistrés et envoyés à la préfecture. Il est évident que, si l'on s'en rapporte seulement au fait sans se préoccuper de sa cause, on le tiendra bien à tort pour un effet de l'expansion régulière du foyer le plus voisin, tandis qu'il pourra être réellement une émanation d'un foyer très éloigné. Malheureusement, on néglige trop, dans les volumineux documents que l'on entasse, de rechercher l'origine des premiers cas qui apparaissent dans une localité ; sur plusieurs points pourtant nous pouvons fournir l'exemple de ce genre de filiation. Ainsi à Caen le choléra a primitivement été importé en août par une famille parisienne ; le docteur Lecœur nous communique à cet égard les renseignements les plus précis. On ne peut voir là, conséquemment, une extension du foyer de l'est. Il en a été de même, suivant M. Gintrac père, à Bordeaux. « Le choléra, nous dit-il, s'y est montré pour la première fois, le 24 juillet, chez un individu arrivé la veille de Paris, et qui a succombé rapidement. » Toutefois, c'est seulement au commencement d'août que l'épidémie s'est réellement installée dans cette ville.

Telles sont les grandes lignes de l'itinéraire du choléra dans les départements pendant l'année 1854. Nous allongerions beaucoup ce travail, si nous entreprenions de marquer tous les points sur lesquels des indications inexactes ont été répandues par les correspondances imprimées. Il suffira de mettre en relief les faits généraux qui ressortent de l'exposé précédent.

Nous rappelions, dans notre n° 13, qu'en 1832, 1849 et 1853, le choléra était entré en France par le littoral nord-ouest, les deux premières fois par Calais, la dernière par le Havre. Aux trois époques, le fléau s'avance plus ou moins directement du point d'invasion à Paris, où il se concentre en un foyer considérable avant de se répandre dans le reste de la France ; et la rapidité avec laquelle il gagne la capitale va croissant d'épidémie en épidémie. Il y avait employé près d'un an à la première ; il ne lui faut que quatre mois à la seconde, et vingt-trois jours à la troisième. Dans toutes les trois, la capitale étant une fois envahie, trois foyers distincts se sont formés à l'ouest, à l'est et au midi. Nous n'avons pas sous les yeux les documents nécessaires pour fixer le rapport chronologique de ces trois foyers en 1832 et 1849 ; mais on a

(*Voir après les tableaux*, page 1078.)

d'horreur. Sur les marchés de Vittangi et de Karesuando, à peine trouverait-on un quart de cette liqueur spiritueuse ; les marchands qui la vendent sont expulsés ignominieusement. Aux assises de Juckasjarvi et d'Enontékis, personne ne fut accusé de crime ; il n'y eut que neuf délits, dont trois non encore jugés. Partout on se faisait un devoir de régler les différends à l'amiable, d'oublier les vieilles querelles et d'éteindre de funestes rivalités. Ceux qui avaient commis des méfaits, loin de les dissimuler, se dénonçaient eux-mêmes, en promettant de réparer leur torts à l'avenir par une vie exemplaire. En un mot, le zèle du bien était tel que, dit M. Wretholm, on oublierait aisément les exagérations dont il est sorti, pour en souhaiter, dans ces pays déshérités, la propagation universelle.

Delasiauve.

— MM. Guérin, chirurgien de 2ᵉ classe de l'*Eurydice*, et La Garde, chirurgien de 2ᵉ classe de l'*Obligado*, ont été nommés chevaliers de l'ordre de la Légion d'honneur.

— Le concours pour l'agrégation, à la Faculté de médecine de Montpellier, a commencé le 20 novembre. Tous les candidats inscrits ont répondu à l'appel de leurs noms. MM. les docteurs Cavalier, Farrat, Girbal et Rouzier-Joly ayant déclaré concourir pour la section de médecine, le jury de cette section s'est immédiatement constitué et a élu M. Fuster pour son président.

Le sujet de la composition écrite était la question suivante : *Du cœur au point de vue anatomique, physiologique et clinique.* MM. Rouzier-Joly et Girbal ont eu à traiter pour la leçon, après trois heures de préparation, *de l'hémoptisie* ; MM. Farrat et Cavalier, de l'*apoplexie.*

— Quarante-six dames anglaises, se rendant en Orient, pour y donner leurs soins aux malades et aux blessés, sont attendues à Marseille le 5 de ce mois. Elles sont sous la direction de Miss Stanley et accompagnées par le docteur Mackensie.

M. Dussault, chirurgien auxiliaire de 3ᵉ classe, vient d'être nommé chirurgien entretenu de 3ᵉ classe, exceptionnellement, en récompense de sa belle conduite au siége de Sébastopol.

LIEUX AFFECTÉS.	POPULATION.	DATE de l'invasion du choléra.	DÉCLIN confirmé.	DATE de la récapitulation.	NOMBRE des cas.	DÉCÈS.	GUÉRISONS.	EN TRAITEMENT.	OBSERVATIONS.
Haute-Marne.	268,398	Fin avril ou commencement de mai.	Fin septembre	21 sept.	26,134	9,696			
Langres. (arrondissement).	106,424	»	id.	id.	4,918	2,354			(*a*) Le département n'a que ces trois arrondissements, et la plupart des localités ont été envahies.
Chaumont . . . . . id. .	88,571	»	id.	id.	11,031	3,735			
Vassy (*a*) . . . . . id. .	73,403	»	id.	id.	10,185	3,607			
Cirey-le-Château (localité).	700	»	»	id.	»	env. 70			
Bourbonne.	3,600	»	Fin septembre	18 sept.	»	56			
Marne.	373,302	En mai.	Fin octobre.	12 id.	7,154	3,959			
Châlons. (arrondissement).	52,562	En juin.	En octobre.	id.	755	398			
Épernay . . . . . . id. .	93,090	Fin mai.	id.	id.	2,544	1,584			
Reims. . . . . . . id. .	138,201	Fin août.	id.	id.	1,239	676			
Sainte-Ménéhould. . id. .	36,246	Fin mai.	id.	id.	998	680			
Vitry. . . . . id. .	53,373	Fin mai.	id.	id.	1,621	621			
Châlons . . . . (localité).	15,854	26 juin.	id.	id.	414	»			
Seine-et-Oise.	671,882	Comm^t de juin.	»	»	»	»			
Deux-Sèvres.	323,615	Id.	»	»	»	»			
Vendée.	383,734	Id.	·	»	»	»			
Aisne.	558,989	Id.	»	»	»	»	73		(*b*) Bon nombre de cholérines ont été comptées comme choléra dans le relevé.
Côte-d'Or.	400,297	Id.	»	27 juill.	818	»			
Beaune . . . . (localité).	10,800	»	»	15 sept.	135 (*b*)	63			
Meuse.	328,989	Comm^t de juin.	Comm^t de sept	28 juill.	2,611	1,246			
Bouches-du-Rhône. . . .	428,657	Id.	id.	26 id.	»	2,356			(*c*) Réduit à 5 ou 6,000 par l'émigration.
Arles . . . . . (localité).	23,000 (*c*)	Id.	Le 20 juill. (*d*).	10 id.	»	(*e*)			
Marseille. . . . . . id. .	195,000 (*f*)	28 juin.	Fin d'août.	1^er sept.	»	2,532			
Aix . . . . id. .	27,255 (*g*)	Comm^t d'avril.	Comm^t de sept.	15 sept.	»	(*h*)			(*d*) Il y a eu une recrudescence grave au commencement d'août.
Haute-Saône.	347,000	3 juin.	id.	18 id.	19,154	8,522			
Lure. . (arrondissement).	139,000	3 juillet.	id.	id.	3,246	1,505			
Gray. . . . . id. .	87,661	6 id.	id.	id.	11,155	5,218			(*e*) Vers le 10 juillet, il y avait 40 décès par jour.
Vesoul (*i*). . . . . . id. .	113,862	?	»	id.	4,752	1,799	18	1	
Gray. . . . . . (localité).	7,151 (*j*)	13 juillet.	Comm^t de sept.	26 id.	965	563			(*f*) Réduit à 100,000
Héricourt. . . . . . id. .	3,770	9 août.	Mi-septembre.	15 id.	38	19			
Gy. . . . . id. .	3,000	?	»	id.	4/5 de la pop.	»			(*g*) Réduit à 7,000.
Vaucluse.	264,618	7 juin.	Fin septembre	30 id.	4,070	2,831			
Avignon . . . . (localité).	35,890	7 id.	Fin juillet.	13 id.	1,151	638			(*h*) Vers le 15 août, 25 décès par jour ; maximum de l'épidémie.
Entraigues. . . . . id. .	12,051	25 id.	»	21 id.	115	76			
Bédarrides. . . . . id. .	2,793	28 id.	»	19 id.	219	92			
Carpentras. . . . . id. .	10,711	29 id.	»	30 id.	87	70			
Saint-Saturnin . . . id. .	1,978	9 juillet.	»	29 id.	76	44			(*i*) Le département n'a que ces trois arrondissements.
Vedènes . . . . . . id. .	1,859	Id.	»	15 août.	36	28			
Althen. . . . . . . id. .	1,252	11 juillet.	»	21 sept.	50	27			(*j*) Réduit à 5,000
Mouveux. . . . . . id. .	4,607	Id.	»	30 id.	129	62			
Vaucluse	515	15 juillet.	»	17 id.	30	24			
L'Isle	6,503 (*k*)	17 id.	»	16 id.	203	150			(*k*) Réduits à un millier (dans le mois d'août) par l'émigration.
Cabrières.	904	Id.	»	7 id.	6	6			
Villelaure	1,234	18 juillet.	»	21 id.	46	9			
Aubignan	1,803	19 id.	»	2 id.	40	17			
Velleron.	1,676	20 id.	»	30 id.	86	59			
Cavaillon.	7,405	21 id.	»	30 août.	180	109			
Mazan.	3,837	Id.	»	12 sept.	61	26			
Caumont.	2,009	22 juillet.	»	21 id.	77	53			
Mormoiron.	2,590	Id.	»	30 id.	42	21			
Sorgues. . . . (localité).	3,300	23 juillet.	»	12 août.	156	53			
Sablet . . . . id. .	1,369	24 id.	»	2 sept.	23	12			
Jonquerettes . . . . id. .	312	Id.	»	14 août.	53	11			
Cadenet . . . . . . id. .	2,616	Id.	»	6 sept.	68	38			
Thor. . . . . id. .	3,869	25 juillet.	»	22 id.	222	117			
Gigondas. . . . . . id. .	1,042	Id.	»	2 id.	7	3			
Loriol. . . . . . . id. .	530	26 juillet.	»	30 id.	5	5			
Roaix . . . . id. .	465	Id.	»	2 id.	10	4			
Orange. . . . . . . id. .	9,264	Id.	»	21 id.	43	35			
La Tour-d'Aigues. . id. .	2,379	Id.	»	28 id.	37	31			
Gadagne. . . . . . id. .	1,473	27 juillet.	»	21 août.	17	13			
Pertuis. . . . . . . id. .	4,766	28 id.	»	14 sept.	96	66			
Cheval-Blanc. . . . id. .	1,836	30 id.	»	30 août.	6	6			
Taillades. . . . . . id. .	450	Id.	»	31 id.	8	3			
Bedoin. . . . . . . id. .	2,574	Id.	»	2 sept.	8	5			
Saint-Roman. . . . id. .	479	Id.	»	id.	23	9			
Sernes. . . . . . . id. .	5,420	Id.	»	21 sept.	44	31			
Sarrians . . . . . . id. .	3,026	31 juillet.	»	30 id.	1	1			
Buisson . . . . . . id. .	485	1^er août.	»	2 id.	40	15			
Lourmarin. . . . . id. .	1,478	Id.	»	3 id.	49	42			

LIEUX AFFECTÉS.	POPULATION.	DATE de l'invasion du choléra.	DÉCLIN confirmé.	DATE de la récapitulation.	NOMBRE des cas.	DÉCÈS.	GUÉRISONS.	EN TRAITEMENT.	OBSERVATIONS.
Villes . . . . . (localité).	1,567	2 août.	»	12 sept.	21	20			
Vaison. . . . . . . id. .	3,055	2 id.	»	21 id.	28	14			
Gardes. . . . . . . id. .	2,948	5 id.	»	28 id.	33	17			
Caderousse. . . . . id. .	3,400	5 id.	»	14 id.	90	46			
Flassan . . . . . . id. .	525	6 id.	»	30 août.	32	11			
Violés. . . . . . . id. .	1,230	6 id.	»	2 sept.	9	5			
Courthezon. . . . . id. .	3,489	6 id.	»	9 id.	40	37			
Montdragon. . . . . id. .	2,842	6 id.	»	14 id.	42	21			
Lagarde . . . . . . id. .	265	7 id.	»	2 id.	2	2			
Jonquières . . . . . id. .	2,375	7 id.	»	2 id.	9	5			
Bollène. . . . . . id. .	4,894	8 id.	»	2 id.	16	14			
Villedieu. . . . . . id. .	1,011	8 id.	»	2 id.	8	4			
Lauris. . . . . . . id. .	1,090	8 id.	»	28 id.	56	27			
Venasque. . . . . id. .	984	9 id.	»	30 août.	6	2			
Maubec . . . . . id. .	621	10 id.	»	1er sept.	10	6			
Entrechaux. . . . . id. .	1,065	10 id.	»	2 id.	10	3			
Beaumes. . . . . . id. .	1,761	12 id.	»	2 id.	11	3			
Methamis. . . . . . id. .	861	16 id.	»	26 août.	3	3			
Beaucet . . . . . . id. .	306	20 id.	»	30 id.	2	2			
Mérindol. . . . . . id. .	823	20 id.	»	21 sept.	9	5			
Sault. . . . . id. .	2,851	20 id.	»	21 id.	12	9			
Mornas. . . . . . . id. .	1,792	21 id.	»	2 id.	4	2			
Cairanne. . . . . . id. .	983	22 id.	»	2 id.	6	3			
Caromb. . . . . . . id. .	2,506	26 id.	»	26 août.	4	2			
Valrias. . . . . . . id. .	4,690	28 id.	»	2 sept.	9	9			
Lagues. . . . . . . id. .	900	31 id.	»	19 id.	28	21			
Cabrières-d'Aigues . id. .	552	6 septembre.	»	6 id.	14	6			
Grillon. . . . . . . id. .	1,397	8 id.	»	8 id.	3	2			
Faucon. . . . . . . id. .	622	8 id.	»	21 id.	6	4			
Aurel . . . . id. .	672	13 id.	»	13 id.	1	1			
Cucuron. . . . . . id. .	2,028	19 id.	»	21 id.	4	2			
Grambois. . . . . . id. .	915	21 id.	»	21 id.	2	2			
Seine-et-Marne.	345,000	Mi-juin.	En septembre.	26 juill.	206	35			
Meurthe	435,000	Commt de juin	En octobre (*a*).	"	»	»			
Royaumeix. . . (localité).	400	18 juin.	»	19 sept.	»	60 à 70			(*a*) Néanmoins l'épidémie est encore assez active dans l'est du département.
Rosières. . . . . . id. .	Village.	28 id.	»	19 id.	28 à 30	18			
Ménil-la-Tour. . . . id. .	Id.	Fin juin.	»	19 id.	»	?			
Avrainville. . . . . id. .	Id.	id.	»	19 id.	»	env. 20			
Audilly. . . . . . . id. .	Id.	6 à 10 juillet.	»	19 id.	»	25			
Deuxville. . . . . . id. .	560	1er août.	»	14 id.	35	15	20		
Minorville . . . . . id. .	Village.	6 id.	»	19 id.	6	»			
Noviant . . . . . . id. .	Id.	6 id.	»	19 id.	1	1			
Bernecourt. . . . . id. .	Id.	6 id.	»	19 id.	3	2			
Saizerais. . . . . . id. .	800	Commt d'août.	»	19 id.	»	85			
Lunéville. . . . . . id. .	2,476(*b*)	7 id.	»	14 id.	23	9	14		(*b*) Non compris la garnison, qui est de 3,000
Barbonville. . . . . id. .	445	8 id.	»	14 id.	126	47	79		
Blainville. . . . . . id. .	1,249	14 id.	»	14 id.	6	4	2		
Damelavières. . . . id. .	520	15 id.	»	14 id.	12	8	4		
Tremblecourt. . . . id. .	Village.	15 id.	»	19 id.	11	4	2	5	
Gerbeviller. . . . . id. .	2,280	id.	»	»	»	?			
Ville. . . . . id. .	303	?	»	14 id.	15	2	13		
Bremoncourt. . . . id. .	328	?	»	14 id.	35 à 40	»			
Villacour. . . . . . id. .	Village.	?	»	»	»	»			
Bayon. . . . . . . id. .	1,022	?	»	14 id.	»	1			
Virecourt. . . . . . id. .	Village.	?	»	»	»	»			(*c*) Première localité envahie.
Drouville. . . . . . id. .	447	?	»	19 id.	40	8	30		(*d*) Les cas ont toujours été espacés.
Manoncourt. . . . . id. .	Village.	?	»	19 id.	3	»	3		
Vosges . . . . id. .	99,585	En juin.	En octobre.	Fin août	»	180			
Dompaire (*c*) . . (localité).	1,800	juin.	»	»	»	-			
Aube.	265,2[illegible]0	Fin juin.	Commt sept.	27 juill.	1,556	222			
Hérault	389,286	id.	Fin septembre.	»	»	»			
Montpellier. . . (localité).	45,800	id	Mi-sept. (*d*).	12 sept.	»	318			
Aniane. . . . . . . id. .	3,375	26 juillet.	Fin août.	24 août.	»	150			
Jura.	313,300	»	»	»	»	»			
Dôle. . (arrondissement).	75,350	Commt de juill.	»	26 juill.	114	49			
Oise	403,857	id.	»	»	»	»			
Eure.	415,777	id.	»	»	»	»			
Nièvre.	327,161	id.	»	»	»	»			
Vicimonoy. . . (localité). Dolcy . . . . id. .	1,200	Fin d'août.	Commt octobr	20 sept.	50	23			

LIEUX AFFECTÉS.	POPULATION.	DATE de l'invasion du choléra.	DÉCLIN confirmé.	DATE de la récapitulation.	NOMBRE des cas.	DÉCÈS.	GUÉRISONS.	EN TRAITEMENT.	OBSERVATIONS.
La Charité (a) . (localité).	5,000	Mi-septembre	»	»	»	»			(a) Et quelques communes voisines.
Moselle	459,684	Comm^{t} de juill	Comm^{t} de sept.	»	»	»			
Indre-et-Loire	315,641	id.	»	»	»	»			
Rhône	574,745	»	»	»	»	»			
Lyon. . . . . . (localité).	250,000	Comm^{t} de juill	Fin septembre	»	320 (b)	196	120	15	(b) Une très grande partie dans les hôpitaux.
Montalieux. . . . . id. .	»	Mi-septembre.	id.	30 sept.	»	40			
Somme. . . . . . . id. .	570,637	»	»	»	»	»			
Amiens. . . . . (localité).	52,149	9 juillet.	Comm^{t} de sept.	16 sept.	234 (c)	110(d)			(c) Chiffre exagéré, comprenant des cholérines.
Corbie. . . . . . . id. .	3,000	»	»	Fin juill.	22	22			
Bas-Rhin.	587,434	»	Mi-septembre.	»	»	»			
Strasbourg. . . (localité).	75,565	10 juillet.	id.	23 sept.	1,083	418			(d) Y compris les cholérines des enfants.
Mutzig. . . . . . . id. .	3,868	15 août.	»	31 oct.	»	82			
Gard.	408,163	»	Fin septembre.	»	»	»			
Alais. . (arrondissement).	102,339	11 juillet.	»	22 sept.	678	283	395		(e) En moyenne, 2 décès par jour depuis le commencement de l'épidémie.
Nîmes. . . . . (localité).	43,000	10 juin.	Comm^{t} de sept.	10 ao^{t} (e)	48 dans les hôp	»			
Finistère.	617,710	»	»	»	»	»			
Morlaix . . . . (localité).	12,393	Mi-juillet.	»	Fin juill.	8	6			(f) Pas d'autres cas dans le département, à la date du 15 septembre, que les cas d'Angers et trois autres à Saumur sur des personnes étrangères à la localité.
Yonne	121,529	id.	»	»	»	»			
Charente.	382,313	15 juillet.	»	10 sept.	89	»			
Ruffec. . . . . (localité).	3,654	15 id.	»	8 id.	54	»			
Verteuil . . . . id. .	1,312	24 id.	»	10 id.	25	»			
	500	24 id.	»	10 id.	10	»			
Eure-et-Loir.	294,892	20 id.	»	»	»	»			(g) A l'hôpital d'Angers seulement.
Indre.	271,938	20 id.	»	»	»	»			
Manche.	600,882	20 id.	»	»	»	»			(h) A l'hôpital.
Loiret	341,629	»	»	»	»	»			
Artenay . . . . (localité).	1,128	22 juillet.	»	8 sept.	envir. 75	30	45		(i) Sur sept arrondissements, quatre ont été envahis : ceux de Lille, Cambrai, Douai et Valenciennes.
Ruan . . . . id. .	500	»	»	»	15	8	7		
Bucy-le-Roy . . . . id. .	290	»	»	22 sept.	20	9	11		
Meung. . . . . id. .	4,646	7 août.	Comm^{t} de sept.	8 sept.	14	40	3	1	
Maine-et-Loire.	515,452	»	»	15 id.	1 (f)	»			
Angers. . . . (commune).	»	22 juillet.	Septembre.	12 id.	26 (g)	20(h)	11		(j) A l'Hôtel-Dieu seulement, qui, sur sept hôpitaux, est celui qui a reçu le plus de malades. Cinq ou six décès en ville.
Angers. . . . . (localité).	46,599	22 id.	id.	12 id.	»	32	18		
Nord (i)	1,158,280	»	»	»	»	»			
Lille. . . . . . (localité).	75,795	Fin juillet.	Fin septembre.	19 sept.	23 (j)	6(k)			
Var.	357,967	»	»	»	»	»			
Toulon. . . . . (localité).	69,000	Fin juillet (l).	Mi-septembre.	»	»	»			(k) Sur dix cas graves.
Isère.	603,497	id.	Fin septembre.	»	»	»			
Bourg-d'Oisans. (localité).	3,200	id.	»	»	»	»			
Mens. . . . . id. .	2,093	id.	»	»	»	»			(l) D'abord concentré dans l'hôpital de la marine et le bagne.
Grenoble. . . . . . id. .	31,340	3 août.	22-25 août.	27 août.	»	62 (m)			
La Mure. . . . . . . id. .	3,640	»	»	»	»	»			
Bulles-en-Oisans . . id. .	petit village.	»	»	»	»	»			(m) Postérieurement quelques cas isolés à l'hôpital.
Ardennes.	331,129	En juillet.	»	»	»	»			
Corse.	256,000	id.	»	»	»	»			(n) Dans quelques communes des bords du Rhône.
Loire.	472,588	id. (n).	Fin octobre.	»	»	»			
Rive-de-Gier . . (canton).	30,000	1er août.	id.	»	»	»			
Bachasses (o). . (localité).	200	id.	»	»	»	»			(o) Dans ce village, 45 cas et 38 décès en trois jours.
Grand'Croix. . . . . id.									
Assailly . . . . id.	»	Du 5 au 6 août	»	»	200	115			(p) Sur quatre arrondissements, ceux de Toulouse et de Villefranche ont seuls été atteints (date du 31 septembre).
Lorette. . . . . id.									
id.									
Saint-Étienne. . . . id. .	56,000	Du 10 au 15 août	»	17 sept.	30 à 40	20			
Rive-de-Gier . . . . id. .	13,186	Vers le 15 août	»	17 id.	60 à 70	43			
Hautes-Alpes.	132,038	»	Fin septembre.	»	»	»			
Lalley . . . . . (localité).	600	Comm^{t} d'août.	»	27 août.	»	42			(q) Du 8 au 9 octobre il y a eu recrudescence.
Loire-Inférieure	535,664	id.	»	»	»	»			
Seine-Inférieure	762,039	id.	»	»	»	»			(r) Non compris l'hôpital militaire, où du 15 août au 10 septembre il y a eu 32 cas, dont 14 décès.
Doubs	296,679	id.	»	»	»	»			
Charente-Inférieure . . .	469,992	id.	»	»	»	»			
Basses-Alpes	152,070	id.	»	»	»	»			
Aveyron	394,183	id.	»	»	»	»			
Haut-Rhin	494,147	»	»	»	»	»			
Belfort. (arrondissement).	»	4 août.	»	»	»	»			
Colmar. . . . . (localité).	20,000	9 id.	Comm^{t} d'oct.	19 sept.	»	182			
Niedermorschwihr . id. .	»	20 id.	»	»	»	»			
Haute-Garonne (p)	460,000	Comm^{t} d'août.	Comm^{t} d'oct.	»	»	»			
Roumens. . . . (localité).	410	7 août.	»	19 id.	103	17			
Saint-Félix. . . . . id. .	2,911	8 id.	»	19 id.	428	116			
Toulouse. . . . . . id. .	80,000	10 id.	Fin sept. (q).	21 id.	60 (r)	25			

LIEUX AFFECTÉS.	POPULATION.	DATE de l'invasion du choléra.	DÉCLIN confirmé.	DATE de la récapitulation.	NOMBRE des cas.	DÉCÈS.	GUÉRISONS.	EN TRAITEMENT.	OBSERVATIONS.
Avignonet . . . (localité).	2,418	24 août.	»	19 sept.	68	25			
Revel . . . . id. .	5,933	25 id.	»	19 id.	627	271			
Monville (Haute) . . id. .	400	28 id.	»	19 id.	111	16			
Cabanial . . . . . . id. .	599	28 id.	»	19 id.	11	6			
Vandeuilhe. . . . . id. .	304	1er sept.	»	19 id.	31	40			
Montégut. . . . . . id. .	471	2 id.	»	19 id.	6	5			
Folcarde. . . . . . id. .	241	3 id.	»	19 id.	34	15			
Saint-Julia. . . . . id. .	1,002	3 id.	»	19 id.	41	31			
Lux . . . . id. .	326	4 id.	»	19 id.	3	2			
Maurens. . . . . . id. .	380	5 id.	»	19 id.	23	7			
Caraman. . . . . . id. .	2,645	9 id.	»	19 id.	5	2			
La Bastide-Beauvoir. id. .	666	9 id.	»	19 id.	1	1			
Rieumajou . . . . . id. .	243	10 id.	»	19 id.	15	2			
Auriac. . . . . . . id. .	1,908	11 id.	»	19 id.	2	1			
Vasségne. . . . . . id. .	300	12 id.	»	19 id.	2	2			
Loubens . . . . . . id. .	726	15 id.	»	19 id.	6	2			
Loir-et-Cher	261,892	13 au 15 août.	»	»	»	»			
Villefranche . . (localité).	Village.	id.	»	»	2	»			
Blois. . . . . id. .	17,749	Fin août(*a*).	»	11 sept.	31	17			
Gironde	614,387	»	»	»	»	»			
Bordeaux . . . (localité).	140,000	13 août (*b*).	En octobre.	20 nov.	»	env. 660 *d*			
La Réole. . . . . . id. .	4,000	Mi-septembre.	Fin septembre.	17 oct.	quelq. cas (*c*)	»			
Pyrénées-Orientales . . .	182,000	Mi-août.	id.	»	»	»			
Perpignan . . . (localité).	21,780	id.	»	»	quelques cas.	»			
Calvados.	491,210	»	»	»	»	»			
Caen. . . . . . (localité).	45,280	19 août.	Fin septembre.	13 sept.	26 (*d*)	23	3		
Aude.	289,747	Fin août(*e*).	»	»	»	»			
Pas-de-Calais.	692,994	»	»	»	..	»			
Calais . . . . . (localité).	11,000	Fin août.	»	1er sept.	1 (*f*)	»			
Tarn-et-Garonne.	237,500	»	»	»	»	»			
Montauban. . . (localié).	24,726	Mi-septembre.	»	20 sept.	quelq. cas (*g*)	»			
Ariége	267,435	id.	»	»	»	»			

OBSERVATIONS.

(*a*) En outre, quelques cas douteux dans l'arrondissement de Vendôme.

(*b*) Il y avait eu un cas le 24 juillet, mais chez un individu venant de Paris.

(*c*) Tous les malades venaient de Bordeaux.

(*d*) A l'Hôtel-Dieu. Il n'y a eu que très peu de cas en ville. Rien à la date du 13 septembre dans le reste du département.

(*e*) Cependant, suivant quelques correspondants, il paraît que le choléra a passé des Bouches-du-Rhône dans l'Aude avant de frapper la Haute-Garonne.

(*f*) Dans le quartier des marins.

(*g*) Un seul cas dans la ville à la date du 20 septembre; les autres à l'hôpital.

pu voir que, en 1854, contrairement à une assertion qui a été plusieurs fois produite, le foyer de l'ouest n'a pas été consécutif à celui du midi, mais que les deux foyers sont contemporains. Enfin, aux trois époques, de vastes étendues de terrain jouissent d'une immunité transitoire ou durable, entre chacun des trois foyers et la capitale ; seulement, cette année, des localités qui avaient été respectées entièrement en 1832 et 1849 ont reçu la visite de ce fléau. Les exemples les plus remarquables sont ceux de Lyon et de Toulouse. Mais, en thèse générale, on peut dire que, cette année, l'immunité ne s'est maintenue que sur un très petit nombre de points. Jamais l'épidémie n'avait été douée d'un pareil mouvement d'expansion. Aussi a-t-on vu tout à l'heure qu'une soixantaine de départements ont été envahis, et que les trois foyers, d'abord isolés, ont fini par se joindre.

Dans cette diffusion successive, l'épidémie a offert certains *accidents de marche* et des différences d'*intensité* que nous exposerons brièvement.

Dans un assez grand nombre de localités l'épidémie s'est annoncée avec une bénignité insidieuse. On se racontait d'abord quelques cas isolés se succédant à d'assez longs intervalles; puis, tout à coup, une sorte d'explosion avait lieu, qui jetait partout la terreur et provoquait les émigrations. Ainsi, à Châlons-sur-Marne, le premier cas s'est montré le 26 juin. Pendant un mois, calme parfait; mais, le 31 juillet, l'épidémie éclate sur plusieurs points à la fois et acquiert une rapide intensité. De même, à Strasbourg, quand l'épidémie se prononce définitivement dans le canton d'Est (commencement d'août), il y avait vingt jours qu'on signalait de temps à autre des cas détachés. Les deux premiers ont été séparés par un intervalle de dix jours.

Sur quelques points, la succession lente des cas s'est maintenue pendant un temps très long. Bordeaux a donné, du 13 août au 18 septembre, 220 cas (sauf légère erreur). Or, du 29 juillet au 22 ou 23 août, on n'avait encore compté que 4 cas : le premier chez un individu arrivant de Paris ; le second, vingt jours après (13 août), chez un douanier; le troisième le 13, et le quatrième le 15 ; puis il se passa une huitaine de jours avant qu'il s'en présentât d'autre. A Montpellier, tant que le choléra y a séjourné, depuis la fin de juin jusqu'à la fin de septembre, les cas ont été si constamment espacés, qu'un professeur distingué de la Faculté de cette ville, M. Anglada, a imaginé, pour caractériser cette marche singulière, une expression assez heureuse, celle d'*épidémie chronique*. Des exemples analogues pourraient être empruntés au foyer de l'est.

Nous mentionnerons enfin un mode de développement dont le département du Rhône a offert un exemple remarquable, et que la *Gazette médicale* de cette ville a signalé tout spécialement : c'est la formation et l'extinction également rapides de petits foyers successifs dans un espace de terrain donné. Au lieu d'une progression et d'un retrait gradués de l'épidémie, on voyait des communes livrées tout à coup à ses violences, puis tout à coup libérées.

Sous le rapport de l'*intensité*, la distribution générale de l'épidémie a été à peu près la même qu'en 1832 et 1849. L'ouest et le sud ont été infiniment plus maltraités que l'est.

Dans l'ouest, les départements qui ont le plus souffert sont

la Haute-Marne, la Haute-Saône et la Saône. Dans le premier, le chiffre des cas déclarés s'élevait, le 21 septembre, à près du *dixième* de la population (26,134), le chiffre des morts à plus du trentième (9,696) : la proportion réciproque des cas déclarés et des décès indique vraisemblablement que, parmi les premiers, figurent un grand nombre de cholérines ; mais, même avec cette atténuation, le chiffre est encore considérable ; et, d'ailleurs, celui des décès reste pour attester dans l'épidémie une fureur exceptionnelle. Dans la Haute-Saône, le chiffre de la population étant 347,000, celui des cas déclarés était, le 18 septembre, de 19,154, soit 1/18, et celui des décès de 8,522, soit 1/40. Quant à la Marne, elle avait fourni, le 12 septembre, sur 373,302 habitants, 7,154 cholériques et 3,959 décès : proportions fort inférieures, comme on voit, à celles des deux départements précédents. On peut d'ailleurs conjecturer, d'après le chiffre proportionnel de la mortalité, que le nombre indiqué des malades, dans la Haute-Saône et la Marne, se rapportait bien réellement à des cholériques. Ajoutons que, dans les trois départements, *tous les arrondissements et la plupart des localités ont été envahis.*

Au sud, la grande violence de l'épidémie s'est concentrée sur la rive droite du bas Rhône, dans les départements des Bouches-du-Rhône et de Vaucluse. Nous n'avons les chiffres des Bouches-du-Rhône que jusqu'au 26 juillet, et l'épidémie avait débuté dans les premiers jours de juin. Le chiffre des décès était alors de 2,356 sur une population de 428,989 habitants. Mais nous connaissons la mortalité de Marseille depuis le début de l'épidémie (28 juin) jusqu'au déclin confirmé (1er septembre) ; elle est de 2,532. La population de cette ville, qui est normalement de 195,000 habitants, était réduite à 100,000 par l'émigration. A Arles, où la population est rapidement descendue de 23,000 à 5 ou 6,000, il y a eu en juillet jusqu'à 40 décès par jour. Aix en a compté jusqu'à 25 par jour vers le milieu du mois d'août ; sa population, qui est ordinairement de 27,255, ne dépassait guère alors 7,000. Vaucluse a fourni, du 7 juin, date d'invasion, au 30 septembre, période de déclin, 4,070 cas de choléra. Ce département est un de ceux où, sur plusieurs points, nous avons quelque raison de suspecter le chiffre des cas déclarés ; mais il reste celui des décès, qui mérite toute confiance : il est de 2,321 sur une population de 264,618. On peut juger par notre tableau, où le mouvement du choléra dans tout ce département est *complet*, de la distribution qu'y a affectée l'épidémie. Dans ce foyer encore, tous les arrondissements ont été envahis, mais avec des lacunes notables. En somme, envisagé dans son ensemble, il a été sensiblement moins actif et moins meurtrier que celui de l'ouest.

Quant au foyer de l'est, il a été véritablement bénin. C'est pour cette raison même que nous possédons, en ce qui le concerne, peu de renseignements, de si petites misères n'ayant pas paru valoir la peine d'études attentives, en présence des grands désastres de l'ouest et du midi. La Charente, où le choléra a paru vers la mi-juillet, ne comptait, le 10 septembre, que 89 cas avérés. Dans la Gironde, Bordeaux, qui compte 140,000 habitants, n'avait eu, du 13 août au 18 septembre, que 220 cas. Le 20 novembre, il n'en avait pas 700.

Ces trois foyers, ayant chacun pour centre les points que nous venons de dire, ont présenté le même mode de rayonnement. Ils s'affaiblissaient d'une manière graduelle en s'étendant, et les ravages du choléra devenaient d'autant moins intenses qu'il s'éloignait davantage de son point de départ. Cette règle, certes, n'a pas été sans exception. Par exemple, quand l'épidémie du sud, comme arrêtée quelque temps par le Rhône, eut passé sur la rive gauche, elle se montra plus intense à l'extrémité ouest de son prolongement, dans la Haute-Garonne, que sur son passage dans l'Aude et l'Aveyron. Mais le fait général que nous signalons n'en subsiste pas moins, et il n'est pas sans importance au point de vue du mode de propagation des épidémies.

Au total, en ajoutant aux décès cholériques fournis par l'ensemble des départements ceux de la capitale, on trouve, à la date du 25 septembre, le chiffre passablement élevé de 88,626.

Il ne nous reste plus, pour achever ce que nous avons à dire de l'intensité variable de l'épidémie, qu'à signaler un fait noté par un certain nombre de nos correspondants, et qui, nous arrivant ainsi de divers côtés à la fois, en paraît plus certain : c'est l'activité prédominante de petits foyers des bourgs et villages.

Dans la Loire, le choléra est resté pendant assez longtemps confiné à l'extrême limite de l'arrondissement de Saint-Étienne, dans deux ou trois petites communes des bords du Rhône, sur des terrains d'alluvion. « Dans les autres parties de notre territoire, nous écrit le docteur Vial, on croyait généralement à une immunité à peu près absolue dont on faisait les honneurs à la constitution géologique du pays, assis sur le sol granitique des Cévennes....... Mais le 1er août, à 3 kilomètres de Rive-de-Gier, sur la grande route, dans un groupe de huit à dix maisons du hameau des Bachasses, le choléra est tombé comme la foudre et s'est bientôt propagé. Sur 300 habitants, il y eut en 3 jours 45 malades et 38 décès ! » Il faut dire, du reste, que dans cette contrée le fait que nous signalons n'a pas été général, et que la plupart des petites communes ont peu souffert; mais aussi la contrée entière n'était pas en proie à de grands ravages, et la bénignité du fléau y était générale. Dans le Gard, c'est autre chose. Presque tous les villages situés autour de Nîmes ont été frappés avec une intensité particulière. Nos renseignements sur ce point concordent avec les indications de la *Revue thérapeutique du Midi*. Même fait dans l'Isère et les Hautes-Alpes. Ainsi, tandis que Grenoble ne donnait que 62 décès cholériques du 3 au 27 août, les petites localités environnantes, le Bourg-d'Oisans, Bulles-en-Oisans, Mens, la Mure, étaient assez maltraités ; et, dans un petit village des Hautes-Alpes voisin de Grenoble, à Lalley, on comptait, dans le même espace de temps à peu près, 42 décès sur 600 habitants. Si l'on veut bien parcourir la partie de nos tableaux qui concerne le département de Vaucluse, on verra également que ce ne sont pas les gros centres de population tels qu'Avignon, Carpentras, Orange, qui fournissent la plus grande proportion de décès. Disons toutefois que la localité la plus ravagée a été l'Isle, qui n'est pas un hameau. Elle compte normalement une population de 6,500 habitants, mais qui a été bientôt réduite à *un millier* par l'émigration ; on y a compté, du 17 juillet au 16 septembre, 150 décès.

Si du midi nous passons à l'est, nous trouvons encore que dans la Haute-Marne, sur un grand nombre de points, les centres de population un peu considérables, tels que Langres, Chaumont, Saint-Dizier, sont loin d'avoir donné une proportion de mortalité aussi forte que les campagnes voisines. Il est de petites communes où l'on a perdu le *septième*, le *sixième*, et jusqu'au *cinquième* de la population. Ces détails nous sont surtout fournis par le docteur Bayard, qui exerce à Cirey-le-Château, où sur 700 habitants on a compté environ

70 décès. Dans la Meurthe, de très petits villages ont été décimés : Royaumeix a donné de 60 à 70 décès sur 400 habitants ; Saizerais, 85 sur 800 ; Barbonville, 47 sur 445 ; Deuxville, 15 sur 560. Nous savons que, dans le prolongement du foyer de l'est, autour d'Avallon, qui a été à peine touché, Précy-le-Sec, qui compte 300 habitants, Arcy, qui en compte 1,500, ont reçu de très graves atteintes. Enfin M. le docteur F. Jacquot, qui a traversé les départements des Vosges, du Bas-Rhin et de la Meurthe, a fait sur une grande échelle des observations analogues. Dans tout l'est, dit-il, l'épidémie attaque surtout les hameaux (*Gazette médicale*, 2 sept.). Faible intensité à Strasbourg, Metz, Nancy, Épinal, Saint-Dié, Mirecourt, etc. Intensité violente, au contraire, dans les villages riverains de la Moselle et de la Meuse. Dans les Vosges, la localité qui a le plus souffert est Dompaire, hameau de 1,800 âmes, où la mortalité a atteint assez rapidement le chiffre de 180 !

Voyons maintenant quelles sont les conditions qui ont paru influer sur la marche et sur l'intensité de l'épidémie.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Recherches sur la composition de l'air des piscines, par M. Lefort.

(Lu à la Société d'hydrologie médicale de Paris, le 24 novembre 1854.)

La question des piscines a reçu, dans le cours de notre première session, des éclaircissements qui ne laissent plus le moindre doute dans votre esprit, tant sur leur manière d'agir que sur les services qu'elles peuvent rendre à la thérapeutique, surtout lorsqu'elles sont établies dans de bonnes conditions.

Parmi les reproches qui ont été adressés aux piscines actuelles, il en est un qui vous a paru assez grave pour mériter de votre part une certaine attention. Je veux parler de l'aération insuffisante qui existe dans la plupart des salles de bains de nos établissements thermaux.

Je viens aujourd'hui confirmer par l'analyse ce que vous aviez appris par l'expérience.

Ce travail a pour but de vous faire connaître la quantité d'acide carbonique qui se rencontre dans l'air des piscines construites soit dans de bonnes, soit dans de mauvaises conditions, et enfin le moyen de soustraire les baigneurs à l'influence de ce gaz délétère.

Vous savez que l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique et l'acide sulfhydrique sont les seuls gaz qui existent dans les eaux minérales et thermales et dans l'air des piscines. Vous savez aussi que la quantité de ces gaz varie avec la nature de l'eau qui les tient en dissolution ou qui les entraîne avec elle en se déversant sur le sol. Il en résulte que l'air confiné contiendra d'autant plus de gaz acide carbonique et de gaz acide sulfhydrique que l'eau appartiendra à la classe des eaux carbonatées acidules et à celle des eaux sulfureuses.

De ces gaz, l'oxygène et l'azote proviennent, pour la plus grande partie, de l'atmosphère. Les acides carbonique et sulfhydrique tirent leur origine de l'eau minérale elle-même.

Je ne chercherai pas, dans ce travail, à examiner d'une manière approfondie les services que les acides carbonique et sulfhydrique sont appelés à rendre pour la guérison des maladies ; il est reconnu que l'acide sulfhydrique gazeux ou en dissolution dans l'eau possède des propriétés bien caractérisées. Mais en est-il de même de l'acide carbonique ? Je sais bien qu'il existe des établissements thermaux, à Nauheim et à Marienbad, par exemple, où l'on administre des bains dont toutes les propriétés résident dans l'acide carbonique que l'eau tient en dissolution. Mais, jusqu'à ce qu'il ait été démontré (ce qui n'a pas eu lieu, je crois) que l'acide carbonique, absorbé à l'état gazeux par les organes respiratoires, jouit d'une efficacité marquée, nous considérerons sa présence dans l'air des salles de bains comme nuisible à la santé des personnes qui le respirent.

C'est donc, comme on voit, une question se rattachant à la salubrité que je me propose de traiter ici.

Pour arriver à ce but, il me fallait trouver un établissement possédant des eaux carbonatées acidules et des piscines construites dans de bonnes et dans de mauvaises conditions. Celui de Châteauneuf, en Auvergne, m'a fourni tous les moyens d'exécuter ce travail.

En effet, l'établissement thermal de Châteauneuf, que j'aurai l'honneur de vous faire connaître d'une manière plus approfondie dans l'une de nos prochaines séances, possède quelques piscines qui laissent peu de choses à désirer, sous le rapport du renouvellement de l'eau et de l'air. Mais dans d'autres l'aération ne s'y fait pas d'une manière très régulière ; les eaux dégagent incessamment et en grande quantité du gaz acide carbonique. L'eau sourd du sol même des piscines, et celles-ci sont disposées à peu près de la même manière que dans nos principaux établissements thermaux.

L'air qui devait servir à mes expériences a été recueilli avec toutes les précautions usitées en pareille matière, et à des heures différentes de la journée : le matin, peu de temps après le commencement des bains, et le soir, quelques heures avant la fermeture des piscines.

Mes analyses ont été exécutées à Paris, sur le mercure, et par la méthode des volumes. L'acide carbonique a été absorbé par la potasse caustique, l'oxygène par le phosphore, et tous les gaz ont été ramenés par le calcul, à la température normale de 15 + 0, sous la pression barométrique de 760 millimètres.

J'ai pris, en outre, le soin de noter la quantité d'azote excédant la proportion voulue pour former avec l'oxygène l'air atmosphérique proprement dit.

Air de la piscine Julie. — Le 22 juillet de cette année, par un temps très beau et au commencement des bains, c'est-à-dire à quatre heures du matin, j'ai recueilli une certaine quantité d'air à la hauteur de 7 à 8 centimètres de la surface de l'eau. Trois personnes seulement prenaient leur bain, et les ouvertures étaient à peu près closes.

L'analyse m'a donné, pour 100 centimètres cubes :

Acide carbonique,	14cc,0.
Azote en excès,	3 ,0.

La même expérience, exécutée avec de l'air puisé à quatre heures du soir, alors que six personnes étaient dans l'eau, m'a donné :

Acide carbonique,	6cc,5.
Azote en excès,	1 ,5.

Je dirai tout de suite que je n'ai pas trouvé dans mes autres expériences autant d'acide carbonique que dans l'air de cette piscine.

Cette proportion s'explique par la mauvaise disposition des lieux. En effet, la piscine Julie peut contenir dix à onze baigneurs au plus ; une fenêtre étroite située à la partie supérieure de la chambre, et une porte donnant sur un couloir qui sert de vestiaire, sont les seules ouvertures par lesquelles l'air peut circuler.

Il m'a été donné de voir combien un air confiné contenant 14 pour 100 d'acide carbonique était nuisible à la respiration. Plongé moi-même dans le bain, je n'ai pas tardé à ressentir un malaise bien prononcé, et une personne placée à côté de moi, atteinte d'un commencement de maladie de poitrine, n'a pu prolonger au delà de quinze minutes le bain d'une heure qu'elle avait l'habitude de prendre tous les matins.

Air de la piscine de la Rotonde. — Le 26 juillet, à six heures du matin, par un temps couvert, j'ai recueilli une certaine quantité d'air à la hauteur de 8 à 10 centimètres de la surface du bain.

Cette piscine, l'une des plus belles que l'on trouve à Châteauneuf, peut contenir vingt à vingt-deux personnes. Elle exige deux

heures au plus pour se remplir d'une manière complète, et possède trois ouvertures, dont une porte et deux fenêtres. L'une de celles-ci éclaire un cabinet ou vestiaire attenant à la salle principale.

Mon expérience a été faite après deux heures de bain environ. Huit personnes étaient depuis une demi-heure dans l'eau, et les ouvertures à peu près closes.

J'ai trouvé, pour 100 centimètres cubes :

Acide carbonique, 8cc,5.
Azote en excès, 2 ,5.

Une nouvelle prise d'air, faite dans la même salle, dans des conditions à peu près identiques, mais à trois heures du soir, et pendant que cinq personnes prenaient leur bain, m'a donné :

Acide carbonique, 3cc,0.
Azote en excès, 0 ,5.

Dans cette expérience, l'acide carbonique a diminué de moitié, et l'azote s'y trouve en proportion à peu près voulue pour former l'air normal.

Si l'on compare les résultats analytiques qui précèdent, on trouve une différence très marquée; c'est que dans la piscine de la Rotonde le renouvellement de l'air peut se faire très facilement, tandis que dans la piscine Julie il y est à peu près impossible.

Air de la piscine du Grand bain chaud. — Le 23 juillet, à six heures du matin, par un temps très beau, j'ai recueilli de l'air de cette piscine à la hauteur de 10 centimètres environ de la surface de l'eau. La salle était parfaitement close, et neuf personnes étaient depuis trois quarts d'heure environ dans le bain.

100 centimètres cubes m'ont donné :

Acide carbonique, 10cc,0.
Azote, 1 ,5.

En expérimentant avec de l'air recueilli à quatre heures du soir, le nombre des baigneurs étant réduit à cinq et les ouvertures parfaitement closes, je n'ai plus trouvé que :

Acide carbonique, 4cc,5.
Azote en excès, 0 ,0.

La salle dans laquelle est située cette piscine est grande et assez élevée. Le renouvellement de l'air, en maintenant les fenêtres ouvertes, peut se faire assez facilement, et cependant on voit que la somme d'acide carbonique est assez considérable.

Air de la piscine des galeux. — J'ai recueilli le 27 juillet, par un temps pluvieux, à cinq heures et demie du matin et à la surface de l'eau, un volume d'air qui, analysé comme les précédents, m'a donné :

Acide carbonique, 10cc,0.
Azote en excès, 2 ,0.

Dans le moment où je faisais la prise d'air, onze personnes étaient dans le bain, et les ouvertures imparfaitement closes.

L'expérience, recommencée à quatre heures du soir, alors que huit personnes étaient dans le bain, m'a donné :

Acide carbonique, 7cc,5.
Azote en excès, 1 ,5.

Cette piscine, par sa disposition et par la nature de son eau, mérite une attention particulière.

Comme cette eau thermale contient, outre de l'acide carbonique en excès, une petite quantité de sulfure alcalin ou même d'acide sulfhydrique libre, on l'utilise ordinairement pour les maladies de la peau.

Elle possède, en arrivant dans le réservoir, une température de 24 à 25 degrés centigrades, et le propriétaire, pour l'amener à un degré plus élevé, en fait chauffer au bain-marie une certaine quantité vers 45 ou 50 degrés centigrades, qu'il déverse ensuite dans la piscine. Il ramène, par ce moyen, toute la masse du liquide à la température de 30 à 35 degrés centigrades. On conçoit alors ce qui se passe : l'eau, subissant une élévation de température qui ne lui permet pas de conserver tout son gaz carbonique en dissolution, le laisse dégager en si grande abondance, que les employés sont obligés de temps à autre d'agiter l'air avec de larges serviettes. Cependant je n'ai pas trouvé dans l'air de cette salle une quantité d'acide carbonique bien supérieure à celle de l'air des autres piscines; c'est que la salle est disposée en forme de couloir, et que deux larges ouvertures (une fenêtre et une porte) placées aux deux extrémités permettent facilement l'aération.

Ces quantités 14, 6,5, 8,5, 10 et 7,5 centimètres cubes d'acide carbonique pour 100 parties ne vous paraissent-elles pas, comme à moi, suffisantes pour, sinon asphyxier, du moins incommoder les personnes plus ou moins affaiblies par la maladie ?

Nos médecins-inspecteurs prennent, je le sais, toutes sortes de précautions pour que l'air des salles de bains soit souvent renouvelé; mais leurs indications sont loin d'être toujours exactement suivies. Je citerai d'abord les difficultés que l'on éprouve à maintenir une fenêtre même entr'ouverte pendant le bain. Certains baigneurs sont sur ce point d'une rigidité devant laquelle échouent toutes les observations des médecins et des employés; ensuite l'habitude que prennent certains d'entre eux de se placer à l'endroit même où les gaz se dégagent dans l'air. Ces personnes disent que, dans cette position, elles ont la première eau ; mais elles ne s'aperçoivent pas qu'elles ont *sous le nez*, permettez-moi cette expression, un dégagement incessant de gaz carbonique qui ne peut que leur être préjudiciable. Il m'a été donné de voir que cette place était plus particulièrement affectionnée par les baigneurs de la classe la moins aisée de la société.

Toutes mes analyses démontrent que l'acide carbonique se trouve en plus grande quantité dans l'air du matin que dans celui du soir. Ce résultat s'explique très facilement par la ventilation forcée que produisent, pendant la journée, l'entrée et la sortie des baigneurs et des employés.

Mes analyses démontrent encore que l'air des piscines contient un excès d'azote qui varie entre 0cc,5, et 3 centimètres cubes pour 100.

De même que l'acide carbonique, cet azote provient de l'eau thermale, qui, sursaturée de gaz, l'abandonne lorsqu'elle arrive sur le sol, à moins que l'on ne tienne compte de la petite quantité produite par la respiration, et qui ne se traduit que par quelques millimètres cubes. Du reste, on sait que tous les hydrologistes qui se sont occupés de la nature des gaz dissous dans les eaux minérales et thermales ont, le plus souvent, trouvé de l'azote en quantité plus que suffisante pour constituer, avec l'oxygène, de l'air atmosphérique proprement dit.

Maintenant, quel serait le meilleur moyen d'assainir les piscines sans dépouiller l'air de cette vapeur aqueuse qui rend, personne n'en doute, des services signalés ? Des ventilateurs à écoulement modéré, ou bien de larges fenêtres munies de toiles métalliques à mailles serrées permettraient l'introduction de l'air extérieur et n'empêcheraient nullement la vapeur d'eau de se produire. Ces appareils rempliraient d'autant mieux ce but que le gaz acide carbonique, maintenu à une température toujours supérieure à celle de l'air extérieur, prend, malgré sa densité, une tension qui le fait trouver à peu près dans toutes les parties de la salle. Qu'un ventilateur vienne par son jeu aspirer les gaz au dehors, on trouvera que l'air de la partie supérieure contiendra une plus grande quantité d'acide carbonique que celui des couches inférieures. M. Leblanc, auquel la science est redevable de belles expériences sur la composition de l'air confiné, a trouvé que l'air de la salle de l'Opéra comique, pendant une représentation, contenait 2cc,3 d'acide carbonique au parterre, et 4cc,3 aux secondes loges. C'est qu'un ventilateur fonctionnant très bien, produit une aération continuelle et insensible pour les spectateurs, mais qui dépouille l'air de l'acide carbonique, l'oxyde de carbone, etc., produits par la respiration et par la combustion du gaz de l'éclairage.

Voilà, messieurs, les observations sur lesquelles je désirais attirer votre attention. Elles me paraissent assez importantes pour exiger de la part des propriétaires et intéressés certaines améliorations plus en rapport avec l'hygiène et la salubrité. Pour cela

nous voudrions voir établir, dans les salles de nos établissements thermaux, des appareils propres à renouveler l'air, et tels qu'ils existent déjà dans les hôpitaux, les écoles primaires, les salles d'asile, les amphithéâtres de cours publics, et enfin les salles de spectacle.

ACTION DU FLUIDE SÉMINAL SUR LES CORPS GRAS NEUTRES, par M. Longet.

En attendant une communication plus étendue concernant l'*action de divers liquides de l'économie animale sur les matières grasses*, M. Longet a adressé à l'Académie des sciences (séance du 4 décembre) un extrait sommaire de la partie de ce travail qui se rapporte au *fluide séminal* étudié sous ce point de vue. Nous appelons l'attention sur le résultat de ces expériences, si utiles au point de vue physiologique.

1° Si l'on mélange avec le fluide séminal une matière grasse neutre (de l'huile d'olive, par exemple), et si on les agite ensemble, le mélange se transforme aussitôt en un liquide semblable à du lait; il se fait une émulsion. Celle-ci est tellement parfaite que, jusqu'au moment même de la putréfaction avec une température de + 15° à + 20°, le liquide blanchâtre et crémeux ne change pas du tout d'apparence, et qu'il n'y a, par le repos, aucune séparation entre la matière grasse et le fluide séminal.

2° Lorsqu'un pareil mélange a été maintenu au bain-marie, entre + 35° à + 40°, pendant quatorze à seize heures, on constate que, sous l'influence du liquide séminal, la graisse n'est pas seulement divisée et émulsionnée, mais qu'elle est en outre modifiée chimiquement; car la matière grasse neutre et le fluide séminal alcalin forment, au moment de leur mélange, un liquide blanc laiteux à réaction alcaline, tandis qu'après le laps de temps indiqué le même liquide présente une réaction sensiblement acide.

« Si, dit l'auteur, parmi les fluides animaux, le fluide séminal n'est pas le seul à produire la saponification des graisses, c'est-à-dire leur décomposition en glycérine et en acide gras, je n'hésite pas à affirmer que du moins il est celui qui possède ce pouvoir au plus haut degré.

» Je ne sache pas que cette propriété remarquable, que je rattache à certaines conditions de l'acte générateur, ait été signalée, jusqu'à présent, par d'autres observateurs. »

III.

REVUE CLINIQUE.

Observation d'un kyste de l'iris, par M. Adolphe Richard, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté.

Dans l'excellent *Traité pratique des maladies des yeux* de W. Mackenzie, on trouve la remarque suivante, à propos des tumeurs non malignes de l'iris (1) : « J'ai vu un kyste se former dans » l'iris à la suite d'une plaie ; il était demi-transparent, et paraissait rempli par un liquide clair. Comme il n'augmentait pas de » volume et ne causait nulle douleur, on n'y fit rien. »

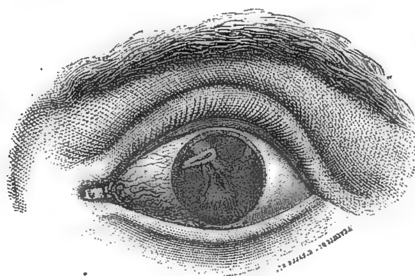
J'ai eu dernièrement l'occasion d'observer un fait en tout point semblable; et comme, en dehors de ces quelques lignes de Mackenzie, je n'ai rien trouvé de pareil dans les autres traités d'oculistique, ni dans les recueils de chirurgie; comme aussi le cas a paru inouï à des chirurgiens expérimentés à l'examen desquels je l'ai soumis, il m'a semblé utile d'en déposer ici le dessin et la description. Celle-ci sera pourtant très courte, car je ne veux rien préjuger sur la nature de la maladie. C'est quand d'autres faits se seront joints au mien, qu'il sera permis d'essayer de compléter ce point de pathologie.

(1) Page 482 de la traduction de M. le professeur Laugier.

Obs. — Un jeune homme de vingt-six ans, épicier, nommé Pfaff, occupe, depuis le 1er avril, le n° 29 de la salle Saint-François, à l'hôpital Saint-Antoine. Sa vue est excellente à droite, mais depuis trois mois elle est abolie du côté gauche. Déjà, avant cette époque, l'œil gauche était très faible. Blessé par un instrument tranchant dans sa toute première enfance, il n'eut pour ainsi dire pas conscience, jusqu'à l'âge de vingt-deux ans, de l'infirmité qui en fut la suite. Mais il y a quatre années environ, il souffrit un peu dans l'œil gauche ; la lumière lui était pénible par intervalles, l'œil rougissait souvent. Ces symptômes s'accrurent dans ces derniers temps; la lumière du gaz, en particulier, lui devint, le soir, presque insupportable, et c'est au milieu de cette gêne croissante que, vers le commencement de cette année 1854, habitué dès lors à interroger la faculté visuelle de l'organe malade, il reconnut un jour que celle-ci était entièrement abolie.

Jusque-là, il avait négligé tout soin médical : alors, d'après certains conseils, il employa des collyres qui n'amenèrent aucun changement favorable. Enfin il se présenta à la consultation des yeux, au Bureau central, et je le fis entrer dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine.

Voici quel était l'état de l'œil malade :



La cornée offre en haut et en dedans une cicatrice blanche, linéaire, plate (voyez la figure). Derrière elle, toute la moitié supérieure de la chambre oculaire, au lieu de laisser voir l'iris, est occupée par une tumeur. Celle-ci, limitée en haut par la circonférence cornéenne elle-même, a un bord inférieur libre, régulièrement bilobé. De là résulte sur ce bord un angle ou échancrure dont la pointe est attachée à la cicatrice de la cornée, et dont la flèche ou bissectrice est marquée par une ligne noire : c'est la pupille, et ses deux lèvres appliquées interceptent l'accès de la lumière. La tumeur est lisse à sa face superficielle qui touche la cornée; en regardant obliquement le bord échancré, on voit que la face profonde ne dépasse pas l'iris. Sa couleur est bleuâtre, opaline, et de son aspect on conclut qu'elle doit être formée par un liquide emprisonné dans une poche très fine.

J'ai dit que la tumeur ne chasse pas l'iris en arrière; mais elle est réellement intra-irienne, comme le prouvent quelques fibres dissociées de l'iris qu'on aperçoit çà et là couvrant le kyste. Le globe oculaire offre son volume normal. Sous la conjonctive, une vascularisation profonde se dessine dans tout le grand angle, et aboutit à un cercle carminé péricornéal. Ce signe est en rapport avec une certaine tension douloureuse qu'accuse le malade, surtout sous l'action d'une lumière vive.

Quelle a été la marche de cette affection? S'il est certain que chez ce malade l'ancienne blessure de l'œil a été très promptement suivie d'une synéchie antérieure, il paraît probable, d'après le commémoratif, que la tumeur elle-même ne date que de quatre années : c'est ce dont témoignent les symptômes d'ophthalmie interne accusés à cette époque ; mais les progrès de la tumeur ne frappent ce jeune homme que quand la pupille se trouve comme absorbée par l'envahissement du mal. Alors il devient aveugle de cet œil et est obligé de recourir aux soins médicaux.

Lorsque ce jeune homme fut à l'hôpital, je songeai d'abord à m'assurer de ce qui concernait la pupille. En quelques heures, l'action répétée d'une faible solution d'atropine provoqua l'écartement de la petite strie noirâtre que présentait l'iris, et la joie du malade fut grande, de découvrir que ces instillations avaient suffi pour lui faire recouvrer de ce côté la faculté visuelle, bien qu'imparfaite et troublée. En même temps, par le repos des yeux, de temps en temps l'occlusion du côté malade, les ventouses scarifiées en avant de l'oreille, les onctions hydrargyro-belladonées, les laxatifs, le calomel à faible dose, nous vîmes disparaître promptement toute trace d'inflammation et de douleur. Au bout d'un mois, l'action de la belladone étant continuée, je songeai à attaquer directement la

tumeur à travers une petite ouverture de la cornée. Je la pratiquai à l'aide du couteau lancéolaire, et, avec des pinces courbes, je saisis à plusieurs reprises et broyai la plus grande partie du kyste. Je dis le *kyste*, parce que je n'ai pas d'autre expression à employer. Mais nous vîmes bien alors que ce n'était pas une poche unique pleine de liquide, mais plutôt une petite masse gélatineuse et molle infiltrée d'un suc glutineux. Aussi j'éprouvais dans la manœuvre la même difficulté que s'il s'était agi de ce que nous connaissons tous sous le nom de *polypes vésiculeux*. C'est là, en effet, la meilleure comparaison pour notre tumeur. C'est pourquoi, agissant avec mes pinces dans un espace aussi resserré, je ramenai, parcelle à parcelle, quelques débris broyés entre les mors, et, en somme, il ne me resta aucune portion de la tumeur assez considérable pour la soumettre à un examen sérieux. Aucune suite fâcheuse ne suivit cette opération ; mais son résultat est demeuré incomplet, sans qu'il pût en être autrement. La tumeur a diminué des deux tiers, et n'occupe que le haut tout à fait de la chambre antérieure. L'iris a reparu dans tout l'espace qui s'étend au-dessous de la cicatrice cornéenne. Mais la pupille, bien que dégagée, est toujours retenue par une synéchie ; elle est néanmoins plus ronde, plus centrale, et, malheureusement, bien qu'aucune fausse membrane ne s'y aperçoive, la vision demeure troublée (1).

HÔTEL-DIEU. — SALLE SAINT-LAZARE.

Cancer de l'œsophage ; mort par suite d'une communication établie entre ce conduit et l'aorte.

Voici un fait qui, pour avoir déjà été observé, n'en offre pas moins un certain degré d'intérêt.

C'est la terminaison d'un cancer de l'œsophage par une hémorrhagie foudroyante due à une communication établie entre l'œsophage et l'aorte, par suite de la propagation du travail ulcératif à cette artère.

Le malade qui fait le sujet de cette observation est entré à l'Hôtel-Dieu le 4 octobre 1854, au n° 11 de la salle Saint-Lazare, dans le service de M. Grisolle, suppléé à cette époque par M. Piédagnel.

C'est un homme de soixante-quatre ans, malade depuis trois mois seulement. Il a donc dépassé la période de la vie où le cancer débute le plus fréquemment. Il n'accuse de douleur nulle part, mais se plaint d'une grande faiblesse, et dit vomir chaque jour, depuis trois mois environ, plus ou moins longtemps après ses repas ; il rejette quelquefois des aliments pris la veille. Il n'a jamais vomi de sang. Il dit avoir beaucoup maigri en peu de temps ; il est très maigre en effet, mais n'offre pas la teinte jaune-paille de la cachexie cancéreuse.

On lui accorde, sur sa demande, des bouillons et des potages, sans songer à s'informer de lui s'il a de la peine à avaler les aliments solides.

Du 4 au 12 octobre, il s'affaiblit de plus en plus. Le 12 octobre, dans le milieu du jour, il est pris d'un vomissement de sang auquel il succombe en quelques minutes. Le sang s'échappait à flots de la bouche et avait tous les caractères du sang artériel, ainsi que cela a été constaté par l'élève de garde.

(1) Cette note devait depuis longtemps être livrée à l'impression, quand j'ai lu dans le numéro d'octobre des *Annales d'oculistique* (page 196), l'observation suivante empruntée à l'*Association Medical Journal* :

Kyste formé dans la chambre antérieure de l'œil. Une fille, à l'âge de six ans, se blesse l'œil droit avec une paire de ciseaux, la perte de la vision s'ensuit. A l'âge de dix-huit ans elle est examinée par M. Walton. Le globe de l'œil est un peu affaissé et légèrement enflammé. Une cicatrice située à la partie supérieure de la cornée, et s'étendant de son bord interne presque jusqu'à celui du côté opposé, indique la nature de l'affection ; l'iris n'a pas été poussé en avant ; la moitié supérieure de la chambre antérieure est occupée par un kyste à demi opaque ; il paraît uni à la cicatrice de la cornée, et l'est certainement avec le bord de l'ouverture pupillaire ; l'iris est refoulé en arrière, concave, aminci. Il existe beaucoup de douleur.

Le fait de Mackenzie, le mien, et en dernier lieu celui de M. Walton, présentent entre eux la plus grande analogie.

Il est probable que désormais l'attention des chirurgiens et des oculistes étant fixée sur ce point, il sera possible de tracer l'histoire pathologique entière de cette curieuse maladie.

On trouve à l'autopsie les lésions suivantes :

L'œsophage est, vers le milieu de sa hauteur et dans une étendue de 4 à 5 centimètres, le siége d'un cancer encéphaloïde qui a complétement détruit, sur certains points, les parois propres à ce viscère. C'est ainsi qu'à ce niveau l'aorte se voit à nu à la face interne de l'œsophage, et présente en ce point une ouverture qui établit une communication entre ces deux organes. Cette ouverture est irrégulièrement arrondie ; les bords en sont déchiquetés, et ils offrent les débris noirâtres et friables de la portion de paroi artérielle qui, par sa déchirure, a donné issue au sang. Elle est située à 9 centimètres au-dessous du point où l'aorte fournit l'artère sous-clavière. Examinée à la face interne de l'aorte, elle n'offre rien de remarquable ; elle est assez large pour admettre le bout du doigt.

Au-dessus du cancer, l'œsophage n'a guère que sa largeur normale ; au-dessous, il est rétréci : on a de la peine à y faire pénétrer l'index.

Le poumon gauche, dans le point où il était en contact avec la portion cancéreuse de l'œsophage, présente un noyau de gangrène, comme cela a déjà été observé par M. Grisolle dans un cas qu'il cite dans son *Traité de pathologie*. On ne trouve dans les plèvres aucune espèce d'épanchement. L'estomac est distendu par un énorme caillot qui a pris sa forme et qui la conserve alors même qu'on l'en a retiré.

Les cavités du cœur sont vides de sang, comme cela se voit habituellement chez les sujets qui ont succombé à une hémorrhagie.

O. Masson,

Interne des hôpitaux.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Physiologie. — *Recherches théoriques et expérimentales sur la cause de la locomotion du cœur*, par M. *Hiffelsheim*. — L'auteur distingue les mouvements du cœur en deux genres : 1° Le *mouvement absolu*, qui est le mouvement de translation, de totalité, que subit la masse du cœur venant frapper la paroi thoracique, phénomène connu sous la dénomination de battement, choc, l'ictus des anciens ; 2° les *mouvements relatifs*, qui sont les phénomènes de systole, de diastole, c'est-à-dire ceux de raccourcissement, d'allongement, de torsion spiroïde. Mais tandis que les physiologistes attribuent à l'effet direct, soit de la diastole, soit de la systole, soit du mouvement spiroïde, la locomotion du cœur, M. Hiffelsheim pense que le mouvement relatif de la systole détermine médiatement le mouvement absolu et le précède par conséquent, tandis que l'expulsion du liquide est la cause immédiate de ce mouvement. Par des recherches théoriques et expérimentales, basées sur des principes d'hydraulique et de mécanique, et au moyen d'un appareil de caoutchouc vulcanisé, réalisant le plus exactement possible les dispositions physiologiques du cœur et de l'aorte, l'auteur, après avoir constaté dans toutes ses expériences un très notable *redressement* de la courbure de l'aorte, est arrivé à cette dernière conclusion : *le cœur bat parce qu'il recule*. (*Comm.*, MM. Magendie, Rayer, Bernard.)

Chimie. — *Recherches chimiques sur les os*, par M. *E. Fremy*. — L'auteur s'est principalement proposé d'établir par ses recherches les rapports de composition qui existent entre les os des différents animaux, de jeter quelque jour sur la constitution et le développement de la substance osseuse, et d'étudier les différentes sécrétions calcaires produites par l'organisation animale. Voici, pour ces deux derniers points qui intéressent le plus le médecin, les principaux résultats auxquels il est arrivé : — 1° La substance organique, à laquelle MM. Robin et Verdeil ont donné le nom d'*osséine*, est isomérique avec la gélatine. — 2° Dans un os, l'osséine est à l'état de liberté ; elle ne se trouve pas en combinaison avec le phosphate de chaux. — 3° Le phosphate ammoniaco-magnésien fait probablement partie de la substance osseuse. — 4° On y trouve aussi du fluorure de calcium, nié par plusieurs chimistes. — 5° Le tissu spongieux des os contient moins de sels calcaires que le tissu compacte. — 6° Les couches centrales d'un os et ses couches périphériques présentent une composition identique,

d'où il résulte que l'âge n'apporte pas de différences bien sensibles dans la composition de la substance osseuse. L'os d'un fœtus contient presque autant de sels calcaires que l'os d'un vieillard. — 7° D'où l'auteur conclut : Qu'un os ne se forme pas, comme on l'a cru longtemps, par incrustation lente et successive de la substance cartilagineuse par des sels calcaires, mais que la substance osseuse résulte de l'agglomération de points osseux qui, pris isolément et à l'état rudimentaire lorsqu'ils apparaissent dans le cal ou dans la partie cartilagineuse d'un os de fœtus, présentent immédiatement la composition d'un os arrivé à son état complet de développement; et si un os de vieillard se brise plus facilement que celui d'un adulte, ce n'est pas parce que le premier est moins cartilagineux et plus chargé de sels calcaires que le second, mais parce que dans l'os de vieillard la substance dense est remplacée en partie par la substance spongieuse, et que l'os d'un adulte est plus hydraté, et par conséquent plus élastique que celui du vieillard. — 8° La proportion de carbonate de chaux augmente un peu avec l'âge. — 9° L'os de l'homme se confond, quant à sa constitution, avec les os des autres animaux appartenant aux différentes classes des vertébrés. — 10° Pourtant l'os d'un mammifère herbivore est toujours plus chargé de sels calcaires que l'os d'un carnivore. — 11° Dans les os fossiles, la matière organique est remplacée d'une manière plus ou moins complète par différentes substances minérales qui varient encore suivant la nature des terrains. Quelques-uns de ces os contiennent encore de l'*osséine*. — 12° L'émail des dents ne contient que 2 ou 3 centièmes de matière organique, 3 ou 4 centièmes de carbonate de chaux, etc.; tandis que le cément et l'ivoire présentent la même composition que l'os. — 13° Les concrétions crétacées des artères contiennent les mêmes sels minéraux que les os et dans les mêmes proportions ; mais elles en diffèrent en ce qu'on y trouve une substance qui n'est pas de l'osséine, et qui paraît de nature albumineuse. (*Comm.*, MM. Thenard, Chevreul, Dumas.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture du procès-verbal, qui est adopté après une réclamation de M. Amussat, relative aux paroles prononcées par M. Ferrus dans la dernière séance.

Correspondance.

1. M. le ministre du commerce et des travaux publics transmet : — *a.* Recette et échantillons d'un liniment lactifuge, par MM. *Seguin et C^e^*, pharmaciens à Cavaillon. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *b.* Un rapport de M. le docteur *Giraud*, de Draguignan, sur l'épidémie de choléra dans la commune de Flayosc. — *c.* Trois rapports de M. le docteur *Boursier*, de Senlis, sur des épidémies de choléra et de dysentérie. (*Commission du choléra de* 1854.) — *d.* Modèle de ceinture électrique envoyé par MM. *Breton* frères, de Paris. (*Comm.*, MM. Poiseuille, H. Gaultier de Claubry, Bouvier.)

2. Communications de : — *a.* M. le docteur *Bayard*, de Cirey (recherches sur la cause des insuccès dans les revaccinations). — *b.* M. le docteur *Hoursolle*, de Bayonne (état des vaccinations pratiquées en 1854 dans cette ville). (*Commission de vaccine.*) — *c.* M. *Commaille*, de Douéra (Algérie) (deuxième note sur l'*atractylis gummifera* et quelques-uns de ses principes). (*Comm.*, MM. Adelon, Caventou, Chatin). — *d.* M. le docteur *Martin* (nouvelle méthode de traitement des fractures du col et du corps du fémur). (*Comm.*, MM. Velpeau, Malgaigne, Larrey, *rapporteur*.) — *e.* M. le docteur *Marchant*, de Charenton (diagnostic différentiel du croup et du pseudo-croup). (*Comm.*, MM. Depaul, Chevallier.) — *f.* M. le docteur *Doin*, de Bourges (nouvelle doctrine physiologique sur le choléra asiatique). (*Commission du choléra de* 1854.) — *g.* M. le docteur *Leroy*, d'Étiolles (offre de lire des documents sur le cancer). — *h.* M. *Matthieu*, fabricant d'instruments (trocart à poinçon mobile). (*Comm.*, M. Cloquet.)

M. *Danyau* fait hommage à l'Académie du tome I^er^ de l'ouvrage de M. *Roux*, intitulé : *Chirurgie réparatrice.*

Des remercîments seront adressés de la part de l'Académie à la famille de M. Roux.

M. *Rostan*, *président*, annonce que l'Académie tiendra sa séance annuelle mardi prochain 12 décembre.

M. le *président* fait part à l'Académie de la mort de M. le docteur *Bailly* père, membre correspondant à Bains (Vosges).

Lectures et Mémoires.

EAUX MINÉRALES. — M. *O. Henry* donne lecture de trois rapports officiels :

1° *Sur l'eau minérale de Villefranche* (Aveyron). Cette source appartient à la classe des eaux hydro-sulfatées calcaires froides, comme celles d'Enghien, de Schiznack, d'Auzon, etc. C'est le sulfure de calcium avec des bicarbonates terreux, des sulfates de chaux, de soude et de magnésie, qui sont les principaux éléments minéralisateurs.

L'eau sulfureuse de Villefranche offre une température moyenne de 11 à 12 degrés ; elle exhale l'odeur des eaux hépatiques. La source produit environ 9000 litres de liquide par jour.

2° *Sur l'eau minérale de trois sources de Propiac* (Drôme). Ces trois sources, qui ont entre elles la plus grande analogie, appartiennent à la classe des eaux salines froides *sélénito-magnésiennes ;* elles renferment en outre des bicarbonates calcaire et magnésien, des indices de *fer* et d'*arsenic* d'une manière non douteuse.

3° *Sur l'eau ferrugineuse naturelle de Seintein* (Ariége). Cette source fournit en assez grande abondance une eau froide d'une température de 12 degrés, et qui vient se placer au rang des *eaux ferrugineuses* riches en fer. Ses propriétés médicinales, aisément justifiées par la présence de ce métal associé à l'*arsenic* et à l'*acide crénique*, ont été reconnues depuis trois ans par les épreuves faites de son application dans l'établissement thermal qu'elle dessert.

Les conclusions favorables qui terminent ces trois rapports sont adoptées sans discussion.

Discussion sur le cancer.

M. *Bouillaud.* Messieurs, la discussion qui s'agite aujourd'hui dans cette enceinte, discussion si simple à son début, modeste et pleine d'hésitation à sa naissance, est devenue tout à coup une lutte acharnée, dont le théâtre s'est agrandi tous les jours. Ce n'est plus, comme dans l'origine, la cellule cancéreuse, l'utilité du microscope dans le diagnostic des tumeurs qui sont mises en cause dans le débat : on agite aujourd'hui les plus hautes questions de la philosophie médicale. Une loi de Bichat a été invoquée par un des glorieux champions ; elle a été attaquée vivement par les adversaires du dedans et les ennemis du dehors. Ces derniers ont saisi cette occasion pour battre en brèche l'*école anatomique*, pour jeter le défi à l'école de Paris : je viens, Messieurs, relever le gant, défendre cette école contre d'injustes aggressions ; puis j'essaierai de dire aussi mon opinion touchant la valeur du microscope en histologie pathologique, et sur le diagnostic et la curabilité des affections cancéreuses.

Je le déclare tout d'abord, je suis un ami du microscope, un vieil ami, un ami de la veille, bien plutôt qu'un micrographe. Dès 1826, je prodiguais des encouragements aux micrographes ; et dix ans plus tard, en 1836, j'annonçais au microscope de hautes destinées dans les études d'anatomie normale et d'anatomie pathologique. Il y a onze ans à peine, je basais sur l'emploi de cet instrument l'espoir d'une classification méthodique des affections cancéreuses. Voilà donc, dit l'orateur en citant divers passages de ses ouvrages, des témoignages écrits qui font foi de mes vieilles sympathies pour le microscope. Je reviendrai plus tard sur l'opportunité de cet instrument dans le diagnostic du cancer.

M. Malgaigne, saisissant corps à corps la loi de Bichat rappelée par M. Robert, l'a attaquée avec une singulière vigueur : il l'a qualifiée sans ménagement de loi d'amphithéâtre. Je proteste, Messieurs, contre cette qualification : une loi dans laquelle sont si nettement exprimés les rapports des faits anatomiques avec les phénomènes de la maladie, des lésions cadavériques avec les symptômes pathologiques, ne peut pas avoir été créée de toutes pièces dans une salle de dissection ; elle suppose une longue et attentive étude des faits, une habitude des malades. C'est une loi de clinique, une loi d'observation.

Sans doute, prise dans un sens trop absolu, elle s'écarte de la vérité. M. Velpeau vous a suffisamment prouvé qu'elle souffre de nombreuses exceptions. Les maladies pestilentielles, les maladies virulentes, les névroses, et toutes les affections qui ne laissent pas de lésions appréciables, échappent à cette loi ; mais elle est essentiellement vraie pour toutes les maladies vulgaires et que je pourrais appeler maladies courantes.

Si la loi de Bichat était fausse, il n'y aurait plus de diagnostic possible, plus de science médicale ; il faudrait détruire les écoles, brûler les livres, fermer les amphithéâtres.

Tout le diagnostic médical est fondé sur cette loi ; c'est son piédestal, son assise fondamentale.

On a reproché à l'école de Paris d'être essentiellement *antivitaliste ;* et tout récemment encore cette accusation a été formulée d'une façon très amère par un des organes de la presse médicale, qui a dit que *la microscopie n'était que la fille légitime de l'anatomisme..., et que cet enfant terrible commençait à faire peur à sa mère...*

Eh bien ! Messieurs, je repousse de toutes mes forces l'accusation dirigée contre l'école de Paris. Jamais cette école illustre n'a enseigné qu'au delà du cadavre il n'y avait rien, et que dans le cadavre on pouvait découvrir tout ce qu'on trouve sur le vivant. Une pareille école serait une espèce de monstre sans tête, un acéphale qui ne porterait pas avec lui les germes de la vitalité.

Remontez jusqu'à l'origine de cette école, passez en revue la galerie

de ses illustres aïeux, et dites-moi si quelqu'un peut être accusé d'anatomisme pur !

Morgagni, qui peut être considéré comme le père et le fondateur de l'école dite organicienne, sort victorieux des attaques injustes de ses adversaires et se montre *médecin physiologiste* par excellence.

Haller, qui définit la physiologie, l'*anatomie vivante*, connaît si bien les relations qui doivent unir l'anatomie à la physiologie, qu'il fait de la première science la base de la seconde.

C'est aux leçons de ces grands maîtres que se sont formés les savants illustres qui ont créé l'école de Paris.

Est-ce *Corvisart* que vous accuserez d'anatomisme? Est-ce *Pinel*, ce fidèle disciple de Barthez qui a tenu si longtemps le sceptre dans l'école de Paris, et qui, après avoir élevé son édifice des fièvres essentielles, le détruit pierre par pierre en créant la fièvre angioténique, la fièvre adéno-méningée, etc.

Bichat n'est-il pas à la fois un grand anatomiste et un physiologiste immortel?

Laënnec et *Broussais*, malgré leurs luttes acharnées, leurs persévérantes hostilités, malgré l'apparente différence de leurs opinions, professaient au fond une même doctrine, appartenaient à la même école : tous les deux étaient de grands localisateurs, de fameux anatomo-pathologistes; mais tous les deux étaient en même temps des médecins physiologistes.

Je ne parlerai pas des vivants, Messieurs; et pourtant je ne puis taire le nom de notre honorable président, qui lui aussi a été accusé d'organicisme pur. Demandez-lui, cependant, s'il ne répudie pas de toutes ses forces la doctrine exclusive de l'anatomisme et s'il professe que hors du cadavre il n'y a rien.

Il n'existe donc nulle part, pas plus à Paris qu'ailleurs, d'école anatomique pure, d'école organicienne. Mais il y a une école anatomo-physiologique, une école qui étudie les lésions sur le cadavre, les symptômes sur le vivant, et qui apprécie, qui juge, qui compare les faits qui se passent chez l'homme sain et les phénomènes qui se manifestent chez l'homme malade.

Cette école a accompli d'immenses choses, elle a défriché le sol de la médecine, mais sans négliger les travaux de ses devanciers.

Elle a fouillé dans les cadavres pour y découvrir les lésions; elle a fait l'anatomie pathologique, elle a localisé d'une manière générale comme elle a localisé d'une manière particulière. Mais elle a basé cette localisation sur les rapports qui existent entre les phénomènes de l'homme vivant et les altérations trouvées sur le cadavre : sans cesse elle a allié la physiologie, à l'anatomie pathologique. Elle a encore reconnu et proclamé qu'il existe des maladies qu'on ne saurait rattacher à une lésion des organes et c'est elle surtout qui a appris à distinguer les maladies purement dynamiques des autres affections qui se lient à une altération matérielle.

Qu'on ne vienne donc pas accuser non plus cette école de faire aussi du diagnostic une pure question d'anatomie. En quoi consiste le diagnostic? C'est, si je ne m'abuse, à reconnaître par des signes de quelque espèce qu'ils soient : 1° l'organe malade; 2° de quelle manière il est malade. Qui donc a pu jamais songer à faire un diagnostic purement anatomique? Quand j'ausculte la région thoracique et que je perçois un bruit de frottement, de râpe, de cuir neuf, etc., je songe à une lésion de la plèvre, à des productions de fausses membranes; mais je rattache cette lésion à une maladie, je remonte à l'état vital, à l'inflammation, qui a produit ces pseudo-membranes. C'est ainsi que j'apprends à connaître la nature des maladies, c'est-à-dire à saisir les caractères qui les distinguent les unes des autres et à en faire des espèces et des genres.

Dans le diagnostic du cancer, la cellule cancéreuse serait un élément précieux, si elle pouvait, comme la fausse membrane dans les phlegmasies séreuses, permettre constamment de remonter de l'effet à la cause, du produit à la puissance génératrice.

Dans la question du diagnostic du cancer, M. *Robert* est le premier qui ait fait nettement son siége; il est venu déclarer à cette tribune qu'on avait eu recours au microscope à cause de l'incertitude et de l'insuffisance des autres moyens de diagnostic.

M. Malgaigne me semble avoir été bien plus loin, puisqu'il a avancé que, sans le microscope, il n'y avait point, pour les affections cancéreuses, de diagnostic scientifique possible. Il est impossible, à coup sûr, d'être plus ultra-microscopiste que M. Malgaigne.

M. Velpeau a rejeté avec raison la distinction établie par M. Malgaigne entre le diagnostic scientifique et le diagnostic pratique. Ce puissant orateur a porté de rudes coups au microscope, il faut l'avouer. Par des faits nombreux, des observations rigoureuses, il est venu démontrer que la cellule n'était pas un élément pathognomonique du cancer, qu'on la rencontrait dans des tumeurs bénignes, qu'on ne la rencontrait pas dans des tumeurs franchement cancéreuses : il a proclamé les contradictions des micrographes; il a opposé M. Mandl à M. Lebert, les micrographes d'Allemagne aux micrographes de France; il a montré la cellule spécifique pour les uns, illusoire pour les autres, de sorte qu'on serait tenté de s'écrier : « Plaisante cellule ! elle existe au delà du Rhin, en deçà, non ! au delà de la Manche, en deçà, non ! »

M. Velpeau n'a pas fait grâce à la *cellule vétérinaire* de M. Leblanc : comment donc aurait-il traité la cellule protéique, la cellule romantique de M. Delafond?

M. Velpeau s'est servi des micrographes pour terrasser les micrographes : il a cherché à prouver que les efforts de ces investigateurs n'avaient abouti à rien. Son second discours, aussi bien que le premier, est, si je puis le dire, un *discours cellulicide*. Aussi, grande a été ma surprise, d'entendre les micrographes chanter, au lieu de la prière des agonisants, un *Te Deum* d'actions de grâce. Vraiment, pour voir dans le deuxième discours de M. Velpeau la profession de foi d'un ami du microscope, il faut s'être armé du microscope à la plus haute puissance.

M. Delafond, dans son discours si diversement apprécié, espèce d'arme à deux tranchants dont pouvaient se servir aussi bien les amis et les ennemis du microscope, a fait le roman de la cellule; mais il ne faut pas en accuser le microscope. On a qualifié la cellule de M. Delafond de *cellule philosophique*; je crois qu'elle est plus *philosophale* que philosophique.

Quant à moi, je pense que le microscope peut être d'un utile secours dans le diagnostic des affections cancéreuses. La cellule peut servir dans le diagnostic du cancer au même titre que la pseudo-membrane dans le diagnostic de la pleurésie. Quoique posthume, cet élément de diagnostic n'est pas sans valeur; il ne faudrait pas le négliger, s'il pouvait être établi bien positivement, comme l'enseignent les micrographes, qu'il ne fait jamais défaut dans les affections vraiment cancéreuses.

Je crois donc qu'au lieu de déclarer la guerre aux micrographes, il faut les encourager, et surtout les engager à se discipliner, à se mettre d'accord, leur rappelant que tout royaume divisé marche infailliblement à sa ruine.

Sans doute les micrographes ne sont point infaillibles; mais le microscope ne peut pas se tromper et ne se trompera jamais. C'est un instrument qui ne voit pas, qui grossit seulement les objets, à Londres comme à Paris, à Vienne comme à Berlin.

Prenons donc bien garde d'accuser le microscope des erreurs des micrographes, des illusions de la vue, et du faux jugement de l'esprit.

L'étude de la micrographie est longue et difficile; et si quelquefois les micrographes ne se sont pas trouvés d'accord, c'est que tous n'avaient sans doute pas placé sous le champ de l'instrument des objets parfaitement identiques.

Je crois donc qu'avant de chercher avec le microscope la cellule cancéreuse, il est rationnel de déterminer d'abord rigoureusement, à l'aide des signes cliniques, la nature probable de la tumeur. La cellule viendra contrôler, confirmer le diagnostic, de même que l'on soupçonne cliniquement d'abord l'existence d'une phlegmasie de la plèvre ou du péricarde avant de constater par l'auscultation la présence de la fausse membrane, avant de poser le diagnostic anatomique. Je crois donc, comme M. Velpeau, que l'on peut très bien, sans l'aide du microscope, diagnostiquer un cancer; mais on doit admettre l'examen microscopique comme un élément précieux de certitude.

Au nom de la science et au nom de l'humanité, je remercie MM. Velpeau et Amussat d'avoir proclamé à cette tribune le dogme consolant de la curabilité du cancer. Je crois, comme ces deux chirurgiens, qu'on peut guérir du cancer; et pour bien faire comprendre ma pensée, je dois distinguer la *diathèse cancéreuse*, de la *tumeur*, de l'*affection cancéreuse locale* qui est sa manifestation. Il n'y a rien de plus réel qu'une prédisposition à une maladie. Cette influence funeste, cette idiosyncrasie, cette diathèse, si l'on veut, n'existe pas seulement pour le cancer. N'existe-t-elle pas aussi pour la goutte, pour le rhumatisme, pour certains exanthèmes, pour une foule d'autres maladies? Sans doute une opération ne guérit pas de cette fâcheuse prédisposition au cancer; mais elle peut guérir, ce me semble, de l'affection cancéreuse locale; et il me paraît tout aussi légitime de considérer comme guéri un malade qui, pendant dix, douze ou quinze ans, a été à l'abri de toute récidive cancéreuse, qu'un autre malade qui a été débarrassé d'un rhumatisme aigu, bien qu'il puisse être menacé dans l'avenir d'une ou de plusieurs attaques semblables. La manifestation locale, l'affection, peut donc être guérie, bien que la diathèse persiste. Je considère donc comme très arbitraire que l'on regarde une seconde manifestation du cancer comme une récidive de la première affection, et que, partant de ce principe, on nie la guérison de la première tumeur. Autant vaudrait nier la curabilité de la pneumonie, parce que chez le même sujet plusieurs phlegmasies du poumon se manifesteront à des intervalles plus ou moins éloignés.

Je termine, messieurs, en reconnaissant hautement les services que le microscope a rendus à l'anatomie pathologique. Il a permis d'établir une classification parmi les tumeurs : c'est un progrès. Cette classification n'est peut-être pas trop logique : ainsi je ne comprends guère les tumeurs fibro-plastiques à côté des tumeurs cancéreuses. Quand les micrographes

auront trouvé un autre terme histologique pour caractériser ces affections, leur classification me paraîtra plus satisfaisante.

Je crois qu'il est injuste d'accuser le microscope des erreurs des micrographes; je me plais à le répéter. Il faut leur venir en aide, et, pour le plus grand profit de la science, contribuer à rétablir entre eux l'harmonie la plus parfaite.

Je pense que dans l'état actuel de la science, il est impossible de se prononcer sur l'existence de la cellule en tant qu'élément pathognomonique ou spécifique du cancer.

Je proposerais donc à l'Académie d'instituer une commission qui fût spécialement chargée dans l'avenir d'examiner des tumeurs cancéreuses, soit elle-même, soit avec le concours de micrographes expérimentés, aussi souvent que cela sera nécessaire.

Je serais heureux de voir M. Velpeau s'unir à moi pour appuyer cette proposition.

M. *Rostan*, *président*. L'Académie a prévenu le vœu de M. Bouillaud. La question du diagnostic des affections cancéreuses et de la valeur de la cellule micrographique doit être donnée pour sujet de prix.

La séance publique est levée à cinq heures. L'Académie se constitue en comité secret.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Réflexions sur les champignons vénéneux, par le docteur Telèphe Desmartis (de Bordeaux).

On a beaucoup écrit sur les champignons sans parvenir à déterminer d'une manière très positive leur qualités malfaisantes, inoffensives ou salutaires. Dans ces derniers temps, un expérimentateur distingué, M. Girard, aurait, suivant un rapport de M. Cadet de Gassicourt au Conseil de salubrité de Paris, découvert le moyen d'enlever aux espèces vénéneuses leurs principes toxiques en les coupant par morceaux, les faisant macérer, pendant deux heures, dans de l'eau vinaigrée ou salée, et les soumettant à des lavages réitérés avant de les apprêter.

Toutefois, M. Desmartis est porté à révoquer en doute l'infaillibilité du procédé de M. Girard. Selon lui, il n'y aurait point de variétés absolument ou délétères ou favorables, les conditions de climat, de terrain, de saison, ou d'autres circonstances inconnues pouvant, d'une espèce réputée bénigne, faire une espèce dangereuse, et réciproquement.

Une première preuve, c'est que l'on rejette, dans certains pays, des champignons recherchés dans d'autres avec avidité.

D'un autre côté, à Saint-Loubès, près Bordeaux, M. Desmartis a fait manger impunément à un chat du *Boletus cyanescens*, dont les effets sont considérés comme mortels. Un essai, tenté à Saint-Hilaire, près de la Réole, avec la *terrible fausse oronge*, ne fut également suivi d'aucune conséquence fâcheuse.

Dans le département des Landes, où l'on récolte beaucoup de *fungus*, dans l'arrondissement de la Réole, que nous venons de mentionner et où croissent des variétés nombreuses, de mémoire d'homme, on ne cite pas un cas d'empoisonnement.

Tout au contraire, dans les communes de Caudéran, le Bouscat, le Blayais, et dans l'ouest de la Gironde, les accidents sont très multipliés, bien qu'on n'y mange qu'une petite quantité d'espèces. M. Desmartis relate, à l'appui, de nombreuses observations empruntées à un rapport fait à la Société de médecine de Bordeaux, en 1809, par M. Poytevin-Desmartis, son oncle, ainsi qu'à plusieurs autres médecins, qui tous ont constaté des résultats funestes.

Le docteur Léon Dufour expose un épisode du séjour qu'il fit à Barcelone, et qui, tendant à faire croire que la coction dépouille le cryptogame de ses principes vénéneux, confirmerait les données de M. Girard. On lui avait servi pendant huit jours du ragoût de champignons, lorsqu'en passant sur le marché de la ville, il reconnut à ceux qui étaient sur les étalages des propriétés très différentes des agarics qui lui étaient connus comme comestibles. Son hésitation, on le conçoit, fut grande ; néanmoins, l'expérience et l'insistance des convives le décidèrent à ne pas s'abstenir de ce mets, ce dont il n'eut point à se repentir.

A cette occasion, M. Desmartis répète qu'il ne faut pas s'en tenir à l'apparence, et que beaucoup de champignons d'une odeur désagréable, d'une saveur âcre, ne sont point dangereux.

Il a d'ailleurs fait des expériences attestant que la coction ni même la macération vinaigrée, ne neutralisent pas toujours le principe délétère. M. Desmartis a vu en outre des champignons rissolés et fortement exprimés dans un linge occasionner la mort aux animaux qui en avaient mangé. Il rappelle également la bravade d'un horticulteur qui se vantait de posséder une recette efficace de désintoxication. Plusieurs chiens et chats furent empoisonnés avec sa préparation, l'expérimentateur ayant failli être victime lui-même, quoiqu'il n'en eût avalé qu'une proportion minime.

En somme, l'article de M. Desmartis est de nature à accroître encore les incertitudes relatives à l'action des champignons. Il appelle notamment de nouvelles investigations sur le diagnostic des espèces et la solution des points importants de toxicologie qu'il soulève. (*Revue thérapeutique du Midi*, 30 septembre 1854.)

Choléra transformé en apoplexie, par G. Borelli.

En lisant le titre de cette observation, nous avions cru qu'il s'agissait d'un épanchement ou d'un ramollissement cérébral survenu dans la période de réaction du choléra ; ce qui eût mérité d'être mentionné; mais les symptômes qui relèvent du choléra et ceux qui doivent être rapportés à une lésion cérébrale, ont été presque simultanés. La dame qui fait le sujet de l'observation avait la diarrhée depuis quelques jours, quand, le 9 (août ?), elle fut prise de vomissements et de crampes. Le lendemain, à huit heures du matin, M. Borelli constata, dans la matière des garderobes et des vomissements, le caractère propre au choléra. Les crampes étaient très douloureuses; mais, en même temps, la malade était très agitée. *Peau chaude*, *pouls élevé et fébrile*, *voix naturelle*. On ordonna l'ipécacuanha et l'infusion de sureau. Les accidents restèrent les mêmes, si ce n'est que les crampes cédèrent, assure l'auteur, à l'application de plaques de cuivre sur les jambes. Vers trois heures, les évacuations continuant, on prescrivit le bismuth et la poudre de Dower. A cinq heures il existait une hémiplégie gauche avec embarras de la parole, confusion des idées, etc. La mort eut lieu le lendemain. L'autopsie ne put être faite. Il est probable qu'on eût constaté l'existence d'un ramollissement aigu dans l'hémisphère gauche du cerveau. (*Gazz. med. italiana*, *Stati Sardi*, 18 sept. 1854.)

Tumeur ovarique datant de douze ans, du poids de quarante et une livres, et contenant une production osseuse d'un volume considérable, extirpée avec succès par les docteurs J. Taylor Bradfort, d'Augusta (Kentucky), et A. Dunlap, de Ripley (Ohio).

C'est presque toujours dans les journaux anglais et américains qu'il nous faut chercher ces histoires curieuses d'extirpation de tumeurs ovariques volumineuses suivie de guérison ; opérations dont le résultat, généralement fatal, a, depuis assez longtemps déjà, paralysé le courage des chirurgiens de notre continent. Sans doute il n'est personne qui ne désire débarrasser tout d'un coup et complétement sa malade d'une affection qui, dans quelques cas, la vouerait à une mort presque certaine, et cela dans un avenir plus ou moins rapproché. Mais que d'insuccès ne doit pas braver l'opérateur assez hardi pour affronter les dangers toujours imminents, quand il s'agit d'ouvrir largement le péritoine, avec la perspective probable de laisser dans sa cavité des corps étrangers, tels que des ligatures ou des liquides! D'ailleurs, nous avons aujourd'hui, dans l'emploi des injections iodées, une ressource précieuse qu'on serait coupable de ne pas tenter avant de recourir à ces terribles opérations. Quoi qu'il en soit, enregistrons encore le fait suivant, d'ailleurs remarquable par la nature et le volume de la tumeur.

Miss H..., âgée de vingt et un ans, de moyenne stature, bien constituée, portait depuis douze ans un kyste volumineux de l'ovaire gauche, kyste qui remplissait tout l'abdomen, refoulait les viscères et gênait notablement la respiration. La tumeur paraissait un lobu-

laire, et l'on sentait distinctement à sa partie supérieure, au voisinage de l'ombilic, une substance dure et comme osseuse. Divers traitements avaient été essayés sans aucun résultat.

Le 14 juin dernier, on pratiqua l'opération suivante : Après avoir chloroformisé la malade, on fit sur la ligne blanche une incision d'environ 5 pouces, à partir et au-dessous de l'ombilic. On arriva couche par couche jusque sur la tumeur. L'incision dut être prolongée au-dessus de l'ombilic et jusqu'au pubis, et acquit ainsi 18 à 20 pouces d'étendue. On détruisit, avec le doigt et avec le manche du scalpel, toutes les adhérences du kyste, en ne laissant subsister que le pédicule ; puis on fit une ponction sur la partie la plus déclive du sac, qu'on vida complétement. La base de la tumeur fut alors traversée par une aiguille portant quatre fils, qui servirent à lier solidement chacune des moitiés du pédicule, et l'on divisa ce dernier au-dessus des ligatures. Le kyste étant enlevé, on réunit les parois abdominales par sept points de suture entortillée, soutenus par des bandelettes de diachylon, et l'on appliqua par-dessus un bandage compressif, pour paralyser l'action des muscles de l'abdomen. Au bout de cinq semaines la malade put s'en retourner chez elle ; mais la ligature ne tomba que la semaine suivante. Miss H... est aujourd'hui complétement guérie, et commence à reprendre de l'embonpoint. (*The Americ. Journ. of the Med. Scienc.*, avril 1854.)

Tumeur fibreuse de l'utérus. Gastrotomie exploratrice.

Les réflexions dont nous avons accompagné l'observation précédente, sont justifiées par le fait suivant, tiré également d'un journal américain.

Le docteur Jackson montre une pièce pathologique qui lui a été envoyée par le docteur Cutter, de Woburn. Le sujet sur lequel elle a été enlevée était une femme de trente-trois ans qui portait depuis près de sept ans un kyste volumineux de l'ovaire ; elle avait été ponctionnée deux fois, et avait éprouvé à plusieurs reprises des symptômes de péritonite ; sa santé générale était mauvaise. En présence de quatre médecins, le docteur Himball, de Lowell, fit une incision de 2 pouces sur la ligne blanche ; la tumeur, mise à nu, fut trouvée tellement adhérente, que l'extirpation en parut impossible. Le chirurgien en intéressa une portion avec le bistouri, ce qui détermina une hémorrhagie tellement considérable, qu'elle nécessita l'application d'une ligature. Alors on referma la cavité de l'abdomen. Les douleurs furent peu vives pendant la première semaine après l'opération, grâce à de fortes doses d'opium. La malade mourut le douzième jour.

Le simple récit de ce fait nous dispense de toute espèce d'observation. (*The Americ. Journ.*, avril 1854.)

Cataracte congénitale limitée à un seul œil, par le docteur Béthune.

Le docteur Béthune rapporte le fait suivant :

Emily H..., âgée de quinze ans, a été amenée à l'Infirmerie pour une cataracte bornée à l'œil gauche. La dame qui l'accompagnait, et qui avait assisté à sa naissance, très normale d'ailleurs, affirmait qu'à cette époque l'œil de l'enfant offrait tout à fait le même aspect qu'il a aujourd'hui. (*Americ. Journ.*, n° 54, p. 344.

Observation d'un cas de rétroversion de l'utérus gravide terminé par la mort, communiqué à la Société royale de médecine et de chirurgie, le 24 janvier 1854, par M. Isaac B. Brown.

Obs. — Le sujet de cette observation est une jeune femme âgée de vingt ans, qui avait d'abord souffert d'un prolapsus de l'utérus, déterminé par l'action de soulever un lourd fardeau, et qui fut soulagée par l'usage d'un bandage qu'elle pouvait porter sans inconvénient. Devenue enceinte, le volume de l'utérus la força bientôt de réclamer les secours de l'art, la vessie ne se vidant qu'à l'aide de grands efforts et encore incomplétement, car elle souffrait dans l'intervalle d'une incontinence d'urine. Elle fut admise à l'hôpital de Sainte-Marie. M. Brown trouva l'anus largement ouvert et le rectum faisant saillie à travers son orifice dans un état de prolapsus prononcé ; le périnée était distendu et résistant ; entre les lèvres de la vulve, partiellement écartées, on apercevait un corps ovoïde. L toucher vaginal et rectal faisait sentir une tumeur qui remplissait le bassin ; le doigt, porté en avant jusqu'au détroit supérieur, après que la vessie avait été vidée, sentait le col utérin pressant fortement le col de la vessie contre les pubis, et la lèvre postérieure devenue inférieure.

Les mouvements du fœtus étaient distinctement sentis. La gravité des symptômes qui suivirent de très près l'admission à l'hôpital ne permit aucune tentative chirurgicale. Il survint des vomissements de matières noires, la malade s'affaissa rapidement et mourut trois jours après son entrée à l'hôpital.

L'examen des parties après la mort permit de constater une inflammation étendue et vive du péritoine. La vessie était très dilatée et fortement comprimée, adhérente en avant à la paroi abdominale et contenant une petite quantité d'urine qui exhalait une odeur fétide et ammoniacale ; sa muqueuse était désorganisée. Le paquet intestinal étant enlevé, l'utérus se présenta dans son état de rétroversion, occupant toute la cavité pelvienne contre les parois de laquelle il était comme moulé, le fond pressant contre la paroi postérieure du vagin et contre le sacrum, et le col utérin contre le col de la vessie et contre les pubis. L'enclavement était si exact qu'il semblait impossible de réduire l'utérus même après la mort.

Cas d'excision du genou suivie de guérison, par M. Ch. Cotton.

Un enfant de neuf ans, atteint, depuis plus de trois ans, de la maladie connue sous le nom de *tumeur blanche*, avait le genou tuméfié, avec luxation du tibia en arrière et en dehors, déplacement de la rotule sur le condyle externe et rotation extrême du membre en dehors. La santé générale compromise, les souffrances *agonisantes* que causait le moindre mouvement, la résistance opposée par le mal à tous les remèdes employés, firent qu'il fut décidé, en consultation, que l'amputation ou la résection étaient les seules ressources. M. Cotton choisit la dernière.

Une incision en H sur le devant de la jointure mit à nu les extrémités osseuses, après avoir donné issue à une certaine quantité de pus. On excisa d'abord une mince tranche du fémur, puis une portion plus considérable du tibia très altéré, enfin la tête du péroné. Mais comme, en cherchant ensuite à corriger la déformation du membre, on s'aperçut que les os se touchaient en arrière, et restaient au contraire écartés en avant, on dut enlever une pièce cunéiforme du fémur, afin de rétablir le contact à pleine surface dans la situation rectiligne du membre.

La peau fut suturée et les attelles appliquées. Les suites furent heureuses, sans accidents.

L'opération avait été faite le 5 octobre 1853. L'enfant fut de nouveau examiné le 26 juillet 1854. Il allait régulièrement à l'école de son village, située à une certaine distance. Il marchait assez bien, mais lentement. La tendance du fémur à se projeter en avant était sensiblement diminuée. Il y avait une flexion volontaire du membre très satisfaisante. Celui-ci était aussi développé que le membre du côté opposé.

M. Cotton dit avoir fait trois autres résections, mais avec un résultat tout différent. Une résection de l'articulation coxo-fémorale n'arrêta point les progrès de la maladie, qui eut une issue fatale ; et, dans deux résections du coude, il fallut ensuite en venir à l'amputation, sur la demande même des malades : une fois parce que la nécrose s'était reproduite à l'humérus, et, dans le second cas, parce que le membre, sans usage possible, n'était qu'un embarras. (*Association Medical Journal*, 4 août 1854, p. 696.)

Effets de la position horizontale pendant la syncope, considérés au point de vue physiologique, par le docteur Richardson.

Tout le monde est d'accord sur les bons effets de la position horizontale dans la syncope ; mais quelle est la véritable cause qui les produit ? L'opinion généralement admise les attribue à l'influence de la pesanteur. Celle-ci porterait vers le cerveau et vers la moelle la quantité de sang nécessaire pour produire dans ces organes l'excitation qui leur permît de réagir sur le cœur. Or, cette explication, d'après le docteur Richardson, est fausse ; toujours il a vu que

le premier phénomène qui survient après une syncope, c'est le retour des battements du cœur, et que les mouvements musculaires, la connaissance et la chaleur animale ne viennent qu'après. « Quelquefois, dit-il, les fonctions du cœur sont suspendues pendant que le système nerveux continue à fonctionner, ou bien le système nerveux cesse de produire aucune manifestation, lorsque le cœur, au contraire, n'interrompt nullement ses battements : c'est ce qu'on voit dans les empoisonnements par les narcotiques. Dans le règne animal, il n'existe aucun rapport constant entre le développement du système nerveux et le volume et l'activité du cœur ; chez l'embryon, le cœur commence à battre avant d'entrer en relation avec le système nerveux. »

Il faut se rappeler, pour expliquer les effets de la pesanteur dans la syncope, que, dans la position verticale du corps, le sang artériel doit s'élever d'abord, et que le sang veineux des parties supérieures du corps va en descendant, celui des parties inférieures en montant. Quand on soustrait du sang aux parties du corps situées au-dessous du cœur, il arrive un moment où ce dernier perd le pouvoir de lancer le fluide nourricier dans l'aorte ; dès lors le sang veineux n'étant plus poussé par le *vis à tergo*, chemine vers les parties inférieures du corps, pendant que le cerveau et les autres parties du corps ne reçoivent plus de sang ; d'où perte de la connaissance, des mouvements et de la chaleur animale ; dans cet état, la mort ne tarderait pas à survenir, le sang se coagulant dans les veines. Mais si, en ce moment, le corps est placé dans une position horizontale, voici ce qui va arriver : le sang contenu dans les veines de la partie inférieure du corps est poussé, par la pesanteur, vers le cœur, dont il excite les contractions, suivies elles-mêmes du rétablissement des fonctions du cerveau et des autres organes. Ce n'est donc pas le cerveau qui reprend son activité en premier lieu, et qui rétablit les battements du cœur, comme on le croit généralement. Lorsqu'on retire du sang des parties inférieures du corps, les chances de rétablissement sont bien diminuées, car ce sont ces parties qui servaient tout à l'heure de réservoir au sang destiné à ranimer les mouvements du cœur. Dans ce cas, la position horizontale est encore avantageuse, en ce qu'elle tend à porter le sang dans les vaisseaux de la moitié supérieure du corps ; il pourrait même y avoir de l'avantage à donner à la tête une situation déclive relativement au tronc, jusqu'à ce que la cause de l'hémorrhagie fût enlevée. A l'appui de cette théorie, l'auteur a fait plusieurs expériences qui ne permettent aucun doute à cet égard. Ainsi, après avoir narcotisé un petit chat, il lui mit le cœur à découvert et ponctionna l'artère innominée, l'animal étant suspendu par la tête. Le cœur continua à battre pendant quelque temps ; mais enfin l'oreillette droite tomba dans le collapsus, et les pulsations cessèrent complétement. En ce moment, le corps de l'animal fut renversé et suspendu par les pattes de derrière : immédiatement l'oreillette droite se remplit de sang, et le cœur commença à se contracter de nouveau. Cette expérience, plusieurs fois répétée, a toujours donné le même résultat. Une autre fois, on avait lié la veine inférieure avant de changer la position de l'animal : le cœur resta flasque tant que la ligature ne fut pas enlevée. Dans une troisième expérience, l'auteur commença par suspendre l'animal par les pattes, et fit une ponction à la partie moyenne de l'aorte abdominale. Lorsque la perte de sang eut amené le collapsus du cœur, on plaça l'animal la tête en haut, et aussitôt l'oreillette droite de se remplir de sang et le cœur de reprendre ses battements. (*Medical Times and Gazette*, 22 avril 1854.)

Singulière puanteur s'exhalant de tout le corps d'un jeune homme malade, par M. Gamberini.

Des exemples remarquables d'exhalaisons suaves ou fétides par toute la surface cutanée ont été déjà rapportés par divers auteurs. M. Gamberini rappelle celui dont parle Schmidt, et qui est relatif à un individu qui exhalait une odeur insupportable de soufre *des mains et des avant-bras seulement*, et celui d'une jeune fille citée par Orteschi, dont la main, *par sa face dorsale et aux commissures des doigts*, sentait fortement la vanille. L'auteur parle également de César Auguste, dont le corps exhalait une odeur particulière. On sait que plusieurs grands hommes, entre autres Alexandre, répandaient autour d'eux, si l'on en croit les historiens, une odeur très agréable ; mais il faut rabattre de ces faits tout ce que la flatterie a pu inventer. Nous rappelons aussi que la bonne odeur du corps ou des objets qui avaient été en rapport avec lui a été souvent invoquée comme caractère de sainteté dans les motifs de béatification. Voici, en quelques mots, le fait raconté par M. Gamberini :

Obs. — Un jeune homme adonné au plaisir contracte deux blennorrhagies en 1844 et 1846. Une vérole constitutionnelle se développe ; on emploie le mercure, et la guérison est entière. En 1850, ce jeune homme devint éperdument amoureux d'une jeune fille, et fut saisi d'une jalousie violente. C'est sous l'empire de cette passion, au mois de juin, qu'il commença à répandre par *toute la surface du corps* une odeur fétide, nauséeuse, *sui generis*, et qui inspirait le dégoût. Le linge en était tellement pénétré que ni la lessive ni le chlorure de chaux ne pouvaient l'en débarrasser. Bientôt après se développa une fièvre gastrique qui dura trois mois. A cette fièvre succéda une éruption accompagnée d'un prurit très incommode, sur toute la surface cutanée, à l'exception des membres inférieurs. Survinrent ensuite une quantité innombrable de poux qui couvrirent le corps.

Au commencement de 1852, le malade était très amaigri et très irritable. Une bonne hygiène physique et morale, des pédiluves irritants, des prises composées de fleurs ammoniacales, martiales et d'aloès, des bains de mer, ramenèrent la santé à l'état normal.

— Nous sommes très disposé à voir la cause des accidents, y compris la mauvaise odeur, dans la perturbation morale qu'avait occasionnée un amour violent et la jalousie qui s'en était suivie. Il faut sans doute pour cela de certaines prédispositions ; mais il est certain que, sous l'influence de la passion amoureuse, le corps exhale des odeurs particulières ; et c'est ce qui arrive, chacun le sait, presque subitement à la suite du coït, surtout quand il est trop souvent répété. (*Annali universali di medicina.*)

Usage interne du chlorhydrate d'ammoniaque, comme antinévralgique, par L.-A. Ebden.

Nous empruntions récemment plusieurs travaux sur ce sujet à la médecine anglaise et à la médecine française. En voici un qui nous arrive de l'Inde, et dans lequel on dote le sel ammoniac d'une propriété qu'on est peu accoutumé à lui attribuer ici. Cette propriété serait de calmer les névralgies. M. Ebden vient pourtant confirmer sur ce point toutes les assertions antérieures de M. Watson, assertions consignées dans des leçons qui ont été publiées, mais sur lesquelles nous ne sommes pas en mesure de fournir d'indication bibliographique.

M. Ebden, attaché au service médical du Bengale, affirme que le chlorhydrate d'ammoniaque est un excellent et puissant remède (*a very valuable and powerfull*) contre le tic douloureux, la céphalée nerveuse, l'odontalgie, le clou hystérique, et généralement toutes les affections douloureuses des nerfs ; et il cite deux cas dans lesquels l'emploi de ce médicament a fait disparaître, *en quelques minutes*, une névralgie faciale et une céphalalgie nerveuse. La névralgie, qui revenait souvent et depuis longtemps par accès, a été guérie radicalement par deux doses du remède.

La dose est de 1 gramme 25 à 1 gramme 50 ; on la répète ordinairement trois fois à vingt minutes d'intervalle, en la donnant soit dans de l'eau de menthe, soit dans une mixture camphrée ; mais, ajoute l'auteur, la seconde dose suffit le plus souvent pour enlever la douleur, comme il est arrivé dans le cas dont il vient d'être question.

— Nous ne pouvons qu'enregistrer de semblables affirmations, et donner aux praticiens le moyen de répéter les expériences, en leur indiquant les doses et le *modus faciendi*. Inutile d'exprimer les réserves que doit inspirer l'absence de tout détail sur les faits qui ont servi de base au travail. (*The Indian Annals of Medical Sciences*, avril 1854, p. 552.)

Action sédative de l'asparagine sur la circulation, par le docteur ALLEN DENDRICK.

« Le sirop de pointes d'asperges, disent A. Richard et M. Soubeiran (*Diction. de méd.*, v. IV, p. 213, 1833), a été fort recommandé dans ces dernières années comme sédatif spécial des mouvements du cœur, et comme pouvant remplacer avec avantage, sous ce rapport, la digitale, dont il n'a pas les propriétés irritantes. Mais l'observation n'a pas confirmé cette opinion. » Nous devons dire cependant que le sirop de pointes d'asperges a gardé sa place dans la thérapeutique, où il figure encore à titre de diurétique. C'est le principe actif des asperges, l'asparagine, que M. Allen Dendrick a expérimenté sur lui-même. « L'asparagine extraite du suc des turions d'asperges, est une substance très azotée, cristallisée en prismes droits rhomboïdaux, incolore, inodore, peu soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool. Sous l'influence d'un alcali fixe, ou même abandonnée à l'état de dissolution aqueuse, elle se transforme en ammoniaque et en acide aspartique. L'asparagine a une saveur fraîche et nauséabonde ; elle n'est ni acide ni alcaline (Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, 3e édit., v. II, p. 532). » Nous transcrivons ici les résultats de l'expérience de M. Dendrick.

1re *Expérience*. L'auteur avala 15 centigrammes d'asparagine dissous dans l'eau ; au moment de l'expérience, le pouls battait avec sa fréquence habituelle chez l'auteur, 75 fois par minute. Peu de temps après l'ingestion de la substance médicamenteuse, il se déclara une céphalalgie sus-orbitaire intense, mais de peu de durée avec sensation de plénitude dans les globes oculaires et une lassitude générale ; le pouls devint irrégulier et tomba en quelques minutes à 71 battements par minute, revint à 74, puis à 71, et conserva cette fréquence pendant environ une heure.

2e *Expérience*, répétée le lendemain avec 25 centigrammes. L'ingestion fut suivie de phénomènes identiques avec ceux de la veille ; le pouls descendit à 62 pulsations, quarante-cinq minutes après la prise de l'asparagine.

3e *Expérience*. La dose de l'asparagine fut portée à 40 centigrammes ; les phénomènes généraux éprouvés furent les mêmes que les jours précédents. Après quelques oscillations, le pouls descendit à 56 battements par minute, conservant la même fréquence pendant environ une demi-heure. M. Dendrick éprouva une sensation de fatigue telle que tout mouvement était pour ainsi dire impossible. Dans aucune des trois expériences il n'éprouva de douleur à la région épigastrique, quoique l'asparagine eût été prise à jeun. On ne remarqua aucune influence notable sur la quantité de la sécrétion urinaire.

L'auteur a surtout cherché à attirer l'attention, dans ses diverses expériences, sur les qualités et la fréquence du pouls : ses battements deviennent irréguliers, parfois même intermittents ; quelquefois une série de battements, 10 ou plus, deviennent à peine sensibles et sont suivis de plusieurs pulsations fortes et accélérées. On constate encore une mollesse très prononcée du pouls.

Les expériences du docteur Dendrick nous semblent plutôt intéressantes comme point de départ de nouvelles recherches que comme donnant des résultats positifs ; car les différences dans la fréquence du pouls sont en réalité peu considérables. (*New-Orleans Med. and Surg. Journ.*, vol. XI, n° 2, p. 193, septembre 1854.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

De la paralysie du voile du palais à la suite d'angine, par le docteur V.-A. MAINGAULT. Thèse inaug., Paris, 1854.

La paralysie idiopathique du voile du palais est une maladie qui a été négligée par les auteurs de livres classiques de pathologie interne ; cependant les exemples de cette affection sont peut-être moins rares qu'on ne pourrait le croire au premier abord, beaucoup de faits de ce genre ayant passé inaperçus ou n'ayant pas été signalés par ceux qui les avaient observés. La *Gazette hebdomadaire* (tom. I, n° 28, p. 465, 1854) a consigné une observation de paralysie idiopathique du voile du palais, empruntée à la pratique de M. Trousseau.

Signalée d'abord par Sédillot le jeune (*Journal général de médecine*, 1810), elle a fait le sujet d'un mémoire publié par MM. Trousseau et Lasègue dans l'*Union médicale* (7 octobre 1851) ; peu de temps après, dans le même recueil (23 octobre 1851), M. Morisseau en décrivit un autre exemple, enfin M. Bérard (*Cours de physiologie*, DÉGLUTITION) en mentionne un autre. M. Maingault ajoute à ces faits, déjà consignés dans la science, cinq nouvelles observations. C'est avec ces matériaux qu'il essaie de donner l'histoire de la paralysie idiopathique du voile du palais.

« Dans tous les cas que j'ai pu recueillir, dit l'auteur de cette thèse intéressante, j'ai pu remonter à la cause, qui a été toujours la même. C'est toujours à la suite d'une angine, quelquefois simple, mais le plus souvent couenneuse, que les symptômes de la maladie qui nous occupe sont survenus. » Telle est aussi la cause à laquelle les auteurs ont rapporté les phénomènes morbides qu'ils ont observés.

Les symptômes de la maladie sont le nasonnement, la gêne de la déglutition, l'impossibilité de souffler, d'exercer la succion, de se gargariser ; enfin les symptômes locaux : immobilité, anesthésie, espalgésie. C'est en général le nasonnement qui attire d'abord l'attention du malade et du médecin. Ce nasonnement n'offre pas un timbre clair, aigu, comme dans cette modification de la voix qu'on est convenu d'appeler *voix de Polichinelle*. C'est un bourdonnement tout particulier, une confusion des mots dont l'articulation devient diffuse et par suite le sens fréquemment incompréhensible. Le libre exercice de la voix ne se recouvre, en général, qu'à l'époque où tous les autres phénomènes morbides ont disparu. Un autre symptôme important, c'est la gêne de la déglutition : les aliments solides sont, en général, assez facilement avalés ; les boissons, au contraire, le sont avec difficulté, et souvent même elles sont expulsées par le nez. Outre ces accidents, les malades présentent une impossibilité complète de gonfler les joues et de sucer. Quand on examine le voile du palais, outre les traces d'une inflammation récente plus ou moins forte, on remarque des changements notables dans sa position et sa propriété contractile. Sa direction oblique a fait place à une direction verticale ; il reste immobile, lors même qu'on porte le doigt sur sa face buccale. Les irritants locaux, appliqués localement, ne produisent aucun des effets bien connus qu'ils occasionnent à l'état physiologique. L'analgésie est aussi complète que l'anesthésie.

M. Maingault s'occupe ensuite de la nature de la maladie, qu'il considère comme une paralysie du voile du palais indépendante de toute affection des centres nerveux, comme une modification de la nutrition qui survient sous l'influence de l'inflammation préalable. Le diagnostic de la maladie est facile : il se tire de l'ensemble et de la comparaison des phénomènes pathologiques, dont aucun n'a isolément de valeur pathognomonique. C'est ainsi qu'on évitera de confondre avec la paralysie idiopathique du voile du palais l'angine simple, le coryza simple ou pseudo-membraneux. Le pronostic de la maladie n'offre aucune gravité : elle guérit seule ; mais la terminaison heureuse est plus facile avec le secours de la thérapeutique ; cependant M. Morisseau a soigné un enfant atteint de cette affection, chez lequel le nasonnement persistait encore au bout de neuf ans.

Le traitement que l'auteur conseille est l'application de caustiques énergiques, de révulsifs à la surface du palais ; soit, comme le veut M. Trousseau, une solution de nitrate d'argent ou d'ammoniaque affaiblie, soit des collutoires avec l'acide chlorhydrique, enfin l'électricité, qui paraît avoir eu, chez un des malades, un succès rapide.

M. Maingault a joint à l'exposé symptomatologique des considérations physiologiques intéressantes. Les observations propres à l'auteur augmentent la valeur de cette monographie, qui ajoute un paragraphe nouveau à la pathologie médicale.

Docteur LEUDET.

VII.

COMPTES RENDUS

DES

TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

SESSION DE 1854-1855.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. MÊLIER.

La correspondance comprend :

Une lettre de Son Excellence M. le *Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics*, annonçant à la Société la confirmation de l'allocation de 200 francs qui lui a été accordée à titre d'encouragement ; des lettres de M. le professeur *Dupré* (de Montpellier), de MM. les docteurs *Lunier* (de Niort), *Richond des Brus*, inspecteur des eaux minérales de Néris, demandant le titre de membre correspondant ; des lettres de remercîment de MM. *Gintrac* père, *Bailly* père, *Garnier*, *Pidoux*, membres honoraires ; *Heyfelder* et *Grellois*, membres correspondants.

Ouvrages offerts à la Société :

Monographie des eaux minérales de Wiesbaden, par M. Braun.

Sources minérales, eaux mères sodo-bromurées de la saline de Salins, par M. Germain.

Études thérapeutiques sur les eaux minérales gazeuses, salines, ferrugineuses d'Andabre, par M. Girbal.

Des bains de mer d'Arcachon, par M. E. Pereyra.

Règlement et tarifs de l'établissement thermal d'Aix-les-Bains.

Règlement de la Société d'hydrologie médicale du Midi, et programme des questions proposées à l'étude.

Eaux thermales et salines fortes de la Mothe-les-Bains, par M. Buissard.

Aperçu médical et pittoresque sur les eaux minérales de Cransac, par M. Auzouy.

De l'hydrothérapie considérée comme méthode révulsive.... dans les congestions chroniques, par M. Lubanski.

La vallée des salines à Creutznach, par M. A. Germond de Lavigne.

Annuaire des eaux minérales de Tœplitz (Bohême), pour 1852 et 1853 (en allemand), par MM. Berthold et J. Seiche.

Deux brochures sur les eaux d'Elster (en allemand), par M. R. Flechsig.

Ces derniers ouvrages sont renvoyés à l'examen de M. *Lebret*.

M. le *Président* prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues, après une séparation de sept mois, séparation nécessaire et prévue par le règlement, vous voilà de nouveau réunis et prêts à reprendre vos travaux. Je constate avec bonheur votre exactitude au rendez-vous, et mon premier soin comme président, doit être de vous remercier. Chaque année verra ainsi la Société, intermittente dans la forme, continue dans le fond, se disperser une moitié du temps et se réunir l'autre moitié, mais travaillant toujours, et ne perdant jamais de vue le but élevé qu'elle s'est proposé et que deux mots suffisent à caractériser : la science et la fraternité.

Déjà, l'année dernière, en ouvrant avec vous les travaux de la Société, j'avais dans son avenir la plus entière confiance. Une Société pareille, ayant un pareil but, ne pouvait manquer de réussir. Tout, d'ailleurs, ainsi qu'on en faisait la remarque, lui était favorable, et les tendances, de plus en plus prononcées des médecins pour l'étude attrayante autant qu'utile des eaux minérales, et la prédilection toujours croissante des malades pour un agent thérapeutique puissant, joignant à des vertus réelles, que l'ignorance seule a pu contester, les diversions les plus salutaires et les plus justement recherchées.

Ce qui n'était qu'espérance alors est maintenant une réalité, et la Société d'hydrologie médicale de Paris, accueillie avec une sympathie universelle, peut se flatter à bon droit d'être aujourd'hui au meilleur rang parmi les sociétés libres de ce genre.

Une faveur, entre autres, lui a été accordée dont elle doit être fière en même temps qu'elle en est reconnaissante : c'est celle qui vient tout à l'heure de vous être rappelée, et qui témoigne d'une façon si honorablement significative de l'intérêt que l'administration elle-même a daigné prendre à votre institution.

Cette faveur et ce succès, la Société les a mérités par ses travaux. Je me sens d'autant plus à l'aise pour le dire, que je n'y ai eu, jusqu'ici, que la facile part d'un président dont tout le soin se borne à diriger des discussions toujours calmes et dignes, telles, enfin, qu'on devait les attendre de vous.

J'aurais aimé à résumer et caractériser vos travaux, s'ils n'avaient été réunis et coordonnés avec soin et talent dans une publication, première production de la Société, qui est aux mains de tous ses membres, et que le public lui-même a été mis à même d'apprécier. Je me bornerai à dire que ces travaux, bien que peu considérables encore, suffisent pour faire voir l'esprit de la Société et marquer ses tendances.

Deux directions s'y révèlent, commandées par la nature même des choses : l'une, plus particulièrement chimique, embrasse tout ce qui se rapporte à la composition et aux propriétés physiques des eaux ; l'autre, plus proprement médicale, comprend les applications à la pratique et le traitement des maladies. Abordant tour à tour des questions de l'un et de l'autre ordre, vous avez touché à plusieurs des problèmes les plus ardus de l'hydrologie médicale. S'il ne vous a pas été donné de résoudre du premier coup les questions proposées, vous en avez du moins préparé la solution en en précisant les termes, vous réservant de les reprendre ultérieurement, et d'en faire en temps et lieu l'objet de nouvelles discussions. C'est là tout ce que pouvait produire une première session, réduite forcément à un petit nombre de séances. Je n'hésite pas à le dire, quiconque aura suivi avec soin ou seulement lu vos séances, aura trouvé à s'y instruire, et devra reconnaître que de pareilles discussions, continuées et poursuivies avec soin, et dans cet esprit de recherches nettes et positives qui est aujourd'hui le caractère de la science, ne peuvent que contribuer utilement à étendre nos connaissances en hydrologie médicale, et, en définitive, profiter aux malades, objet final et but de nos efforts et de nos soins. La session qui commence tiendra, je n'en doute pas, tout ce que l'autre a promis.

Afin d'éviter un écueil dans lequel on tombe souvent, l'écueil des discussions vagues et mal définies, vous avez posé d'avance les questions qui doivent vous occuper cette année. Ces questions vous ont été distribuées depuis longtemps, et chacun a pu s'y préparer à loisir. Elles sont au nombre de six ; trois de chimie : valeur de la sulfhydrométrie ; matières organiques contenues, sous des noms divers, dans les eaux minérales ; composition des vapeurs ; trois de médecine : les eaux agissent-elles comme un tout, ou plus spécialement par certains de leurs éléments ? Traitement du rhumatisme par les sources thermales ; efficacité de ces sources dans les affections utérines.

Le soin que vous aurez mis à méditer sur ces questions, les recherches, les expériences auxquelles nous savons que plusieurs d'entre vous se sont livrés, donneront à leur discussion une précision qu'elle n'aurait pu avoir sans cela, et la rendront à la fois plus courte et plus substantielle, double avantage que l'on ne saurait trop rechercher dans des réunions comme les nôtres.

Inutile de dire que, par cette espèce de programme, la Société n'a nullement entendu s'interdire les travaux originaux qui pourront se produire ; elle les appelle au contraire de tous ses vœux, et nous espérons qu'ils ne lui feront pas défaut, grâce à la position favorable de la plupart d'entre vous et au zèle de tous.

Les sujets prévus et réglés d'avance ne sauraient exclure non plus les questions incidentes que la discussion pourra faire surgir et que la Société aura jugées assez importantes pour mériter une discussion à part.

Questions du programme, travaux originaux et questions incidentes, voilà donc de quoi se composeront nos séances.

Il est un quatrième ordre de questions sur lesquelles le bureau, après en avoir délibéré, se propose d'appeler l'attention de la Société.

Par cela même que les eaux minérales, dans leur chimie merveilleuse, où chaque jour, pour ainsi dire, découvre de nouveaux corps, se présentent, à peu de chose près, toujours identiques avec elles-mêmes, les effets thérapeutiques qu'elles produisent, effets dont la composition du médicament est loin de rendre entièrement raison, sont généralement semblables. Il y a toutefois, dans l'action des eaux, d'une année à l'autre, certaines particularités remarquables, des différences quelquefois très prononcées et qui sont essentiellement dignes de l'attention du médecin. Le plus souvent la cause en est dans les circonstances extérieures, dans des conditions de l'atmosphère, ou mieux de ce que nos anciens ont appelé la *constitution médicale*; mais quelquefois aussi elles se lient à des modifications intérieures propres aux eaux elles-mêmes, à de mystérieuses perturbations qui s'opèrent au sein de la terre, et qui impriment aux sources des propriétés différentes. Il n'est pas de médecin ayant suivi un certain nombre d'années la thérapeutique des eaux minérales qui n'ait eu occasion de faire des remarques de ce genre. Lucas, comme on sait, y attachait une grande importance, et Bertrand les a souvent répétées. Réunies à d'autres particularités que saisit l'esprit d'observation, elles constituent en quelque façon la physionomie propre de chaque saison.

C'est sur cela, c'est sur cette physionomie des saisons, plus ou moins réelle, plus ou moins supposée ou exagérée, que nous désirerions que chacun de vous voulût bien présenter ses observations à la Société, observations sommaires, bien entendu, réduites à l'essentiel, et dont on élaguerait avec soin tout ce qui est d'observation générale et commune. Il nous semble qu'il pourrait y avoir dans de telles observations un intérêt véritable, et que, reproduites dans vos comptes rendus, elles pourraient, tout en caractérisant chaque saison, servir à l'avancement de la science et en particulier de la thérapeutique. Dès à présent nous vous invitons à y réfléchir, et nous entendrons avec intérêt les communications qui pourront être faites à ce sujet.

Nous nous étions flatté que cette année verrait paraître la loi, si désirable et depuis si longtemps espérée, qui doit établir sur de nouvelles bases les conditions de l'existence et de l'exploitation des eaux, et donner satisfaction aux intérêts graves et divers qui s'y trouvent engagés. Il n'en a pas été ainsi. Après avoir été mise à l'étude et préparée, cette loi est restée à l'état de projet et se trouve ajournée. Le choléra n'en a pas été l'unique cause; mais, eût-il été seul, on comprend qu'une aussi cruelle épidémie, qui a fait tant de victimes et a entretenu de si douloureuses préoccupations, aurait suffi pour absorber l'attention tout entière de l'administration et de ses conseils.

L'excellente étude préparée par vos soins, en vue d'une loi sur les eaux minérales, n'en subsiste pas moins avec tout son intérêt. Elle reste dans les mains de votre président, et, viennent des temps meilleurs, elle recevra la destination que vous lui avez donnée; elle sera mise sous les yeux de l'autorité, qui ne pourra qu'accueillir avec faveur un travail aussi consciencieux et qui fait honneur à la Société.

Et maintenant, messieurs et chers collègues, entrons en matière, et que la Société, reprenant, avec l'autorité qu'elle a déjà su conquérir et qui ne fera que s'accroître, l'intéressante et noble tâche qu'elle s'est donnée, poursuive, sans perte de temps, le cours de ses travaux. Comme par le passé, et plus que jamais, tous nos soins lui sont acquis, et je m'estimerais heureux si, dans une position devenue officielle (1), je pouvais lui être utile et contribuer plus efficacement à sa prospérité.

M. le *Président* propose, au nom du bureau, de décider que la Société se réunira tous les quinze jours. Cette proposition est adoptée, la séance mensuelle restant seule obligatoire pour les membres titulaires.

(1) On sait que M. Mélier a été récemment nommé inspecteur général des établissements sanitaires, ce qui comprend les épidémies, les logements insalubres, les eaux minérales, etc.

La Société proclame membre honoraire M. le baron *Thenard*, membre de l'Institut.

M. *Campmas* demande à échanger son titre de membre titulaire en celui de membre correspondant.

MM. les docteurs *Willemin*, inspecteur adjoint des eaux de Vichy, et *Briau*, sont nommés membres titulaires.

Trois places de membres titulaires restent vacantes.

M. le professeur *Dupré* (de Montpellier), MM. les docteurs *Dufraisse-Chassaigne*, médecin inspecteur des eaux minérales de Chaudes-Aigues, et *Veyrat*, d'Aix en Savoie, sont nommés membres correspondants.

M. le *Secrétaire général* fait connaître l'ordre suivant lequel seront discutées les questions mises à l'étude pour la session présente :

1° De l'action des eaux minérales dans le traitement des maladies de l'utérus.

2° De la composition chimique des vapeurs d'eaux minérales.

3° Quelle est la valeur de la sulfhydrométrie ?

4° Traitement du rhumatisme par les eaux minérales.

5° Étude des matières organiques contenues dans les eaux minérales.

6° Les eaux sulfureuses, ferrugineuses, alcalines, etc., possèdent-elles des propriétés curatives autres que celles du soufre, du fer, du bicarbonate de soude, etc. ?

M. *Lefort* lit un mémoire intitulé : *Recherches sur la composition de l'air des piscines*. (Voir aux *Travaux originaux*, p. 1080.)

M. *Lebret* fait un rapport sur le *Traité complet des eaux et sources minérales de l'Espagne* (en espagnol), par M. le docteur Pedro-Mario Rubio, membre correspondant de la Société.

Le Secrétaire général,

DURAND-FARDEL.

VIII.

VARIÉTÉS.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

La Société avait proposé un prix de la valeur de 300 fr., sur la question suivante :

« *Établir par des faits les différentes conditions morbides qui donnent lieu à la présence de l'albumine dans l'urine.* »

La Société décerne à l'auteur, M. le docteur A. Imbert Gourbeyre, médecin à Clermont-Ferrand, une médaille de la valeur de 200 fr. et le titre de membre correspondant.

La Société croit devoir rappeler la question qu'elle a mise au concours pour l'année 1855 :

« *Rechercher quelles sont les différences qui existent entre l'infection purulente et la diathèse purulente; faire l'histoire de cette dernière.* »

Elle propose pour sujet d'un prix de 300 fr., qu'elle décernera en 1856, la question suivante :

« *Déterminer, par des expériences faites sur les animaux et par l'observation clinique, la valeur respective de l'électricité et des agents chimiques considérés comme hémoplastiques dans les maladies dites* chirurgicales. »

IX.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ABEILLE MÉDICALE. — N° 29. Emploi de l'acétate de plomb dans les diarrhées, le choléra, etc., par *Tostain*.

ARCHIVES D'OPHTHALMOLOGIE. — Septembre et octobre. Paralysie de la troisième paire, par *Francès*.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Octobre. Forme peu connue de cancer de la dure-mère et des os du crâne, par *Aran*. — Éléphantiasis des Arabes, par *Duchas-*

saing. — Tumeurs de la peau, maladies des glandes sudoripares, par *Verneuil*. — Novembre. Paracentèse du péricarde, par *Trousseau*. — Cautérisation cutanée dans les maladies du système osseux, par *Bouvier*. — Lésions fonctionnelles liées aux névralgies, par *Notta*. — Fractures de l'extrémité inférieure du fémur, par *A. Trélat*. — Recherches statistiques sur l'anasarque scarlatineuse, par *J. Tripe*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 septembre 1854. Emploi du sous-nitrate de bismuth, par *Monneret*. — Accidents fébriles intermittents suite du cathétérisme de l'urètre, par *Debout*. — Du houblon et du lupulin, par *Personne*. — Spigélie anthelminthique, par *Deschamps*.— Altération du houblon, par *S. Martin*. Médication antipériodique dans le choléra, par *Serres* (de Dax). — 15 octobre. Inanitiation, suite d'abstinence dans les maladies aiguës, par *Marotte*. — Poudre nutrimentive, par *L. Corvisart*. — Traitement des fractures non réunies, par *Brainard*. — Contre-indication de l'hydrochlorate d'ammoniaque dans les affections pulmonaires, emploi du copahu, par *Saucerotte*. — 30 octobre. Belladone par les méthodes endermique et iatraleptique, par *Delioux*. — Inanitiation, par *Marotte*.— Iodiques dans l'affection cancéreuse, par *Boinet*. — Chorée guérie par la strychnine, par *Bernard*.— Blanc d'œuf contre les brûlures, par *S. Martin*.— 15 novembre. Sous-nitrate de bismuth à haute dose, par *Monneret*. — Anhélations anesthésiques dans l'accouchement, par *A. Millet*.

FRANCE MÉDICALE. — N° 13. Sur la suette miliaire épidémique, par *Suque*.

GAZETTE DES HÔPITAUX. — Nos 92 à 94 — 95. Traitement de l'amaurose, par *Cœurderoy*. — 96 — 97 — 98. Répercussion des affections dartreuses, par *Eon*. — 99 — 100. Décoction de feuilles de belladone en lavement, empoisonnement, par *Marel*. — 101 — 102 — 103. Obstruction de l'intestin pendant quatre-vingt-dix jours, mort, par *Roux*. — 104 à 108 — 109. Hernie crurale étranglée, glace, compression, réduction, par *Petel*. — 110 à 113 — 114. — Désarticulation du pied, emploi externe de l'acide chlorhydrique, guérison, par *Morère*. — 115 — 116. Hydrophobie spontanée, par *Ély*. — 117 à 120 — 121. Traitement du choléra, par *Masson*. — 122 à 127 — 128. Éclampsie persistant dix-huit heures après l'accouchement, par *Gatinot*. — 129 à 132 — 133. Éclampsie après l'accouchement, par *Marel*. — 134 — 135. Etudes d'helminthologie, par *Gros*. — 136.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS. — Nos 31. Trois productions morbides non décrites, par *Robin* et *Laboulbène*. — 32. Corps albuminoïdes, par *Leconte* et *Goumoens*. — 33 — 34. Dilatation du réseau lymphatique du derme, par *Desjardins*. — Ramollissement du bulbe rachidien, par *Durand-Fardel*. — 35. Fièvre typhoïde et variole, par *Thore*. — 36. Histoire médicale du corps d'occupation des Etats-Romains en 1851, par *Jacquot*. — 37. Modifications des villosités du chorion et du placenta, par *Ch. Robin*. — Diverses espèces de paralysies générales, par *Baillarger*. — 38. Rapports de situation du fémur avec le bassin, par *Giraud-Teulon*. — Cautérisation pointillée, par *Guérin*. — Plaies d'armes à feu, par *Ribes*. — 39. Villosités du chorion, etc., par *Ch. Robin*. — Rapports de situation, etc. (suite), par *Giraud-Teulon*. — 40. Suicide par suspension insolite, par *Deschamps*. — Vomissements dans la pneumonie, par *Imbert-Gourbeyre*. — Kyste du foie, par *Charcot*.— 41. Suicide, etc., par *Deschamps*. — Maladies de l'Algérie, par *Haspel*. — 42. Rapports de situation, etc. (suite), par *Giraud-Teulon*. — 43 — 44. Rapports, etc., par *Giraud-Teulon*. — 45. Méthode d'observation en anthropologie, par *Serres*. — 46. Non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde, par *Forget*.— Propriétés antinévralgiques de l'aconit, par *Imbert-Gourbeyre*.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — Octobre. Histoire chimique et naturelle du lupulin, par *J. Personne*. — Recherche de l'iode dans l'air, l'eau de pluie et la neige, par *de Luca*. — Présence du glucose dans l'opium, la thridace, et dans le règne végétal en général, par *M. Lahens*. — Novembre. Histoire chimique du lupulin, par *Personne*.

MONITEUR DES HÔPITAUX. — Nos 92 — 93. Sulf. de strychnine dans le choléra, par *Abeille*. — 94 — 95. *Idem*. — 96. Action du phosphore *rouge* sur l'économie, par *Reynal* et *Lassaigne*. — 97. Corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, par *Demarquay*. — 98 — 99. Traitement du choléra, par *Frémy*. — 100. Sulf. de strychnine contre le choléra (réponse aux objections), par *Abeille*. — 101. Cancer dans l'hypochondre gauche, autopsie, par *Mérier*. — 102. Sur quelques remèdes contre le choléra, par *Imbert-Gourbeyre*. — 103. Prophylaxie du choléra, par *Gensoul*.— 104 à 107—108. Cancroïde de la lèvre inférieure, nouveau procédé de chéiloplastie, par *A. Guérin*. — 109—110. Traitement du choléra (méthodes), par *Davasse*. 111—112. *Idem*. — 113—114. Réponse à M. Davasse, par *Fleury*. — Traitement des kystes synoviaux tendineux, par *J. Benoit*. — Absorption dans le choléra, par *Lemaire*. — 115—116. Collodion contre les varices, par *Alix*. — 117. Réponse à M. Fleury, par *Davasse*. — Auscultation des poumons après la mort, par *Maillot*. — 118. Réplique à M. Davasse, par *Fleury*. — Sulf. de strychnine dans le choléra, par *Abeille*. — Auscultation, par *Maillot*. — 119. Déplacement de l'utérus, par *Gariel*. — 120—121. Auscultation, par *Maillot*. — 122. *Idem*. — 123. Déplacement de l'utérus, par *Gariel*. — 124 à 127—128. Ponctions sous-cutanées dans le lipôme, par *Thierry*. — 129—130. Cure des hernies par l'injection iodée, par *Demeaux*. — 131—132. Complications des affections prurigineuses, par *Chausit*. — 133—134. Cause de l'élargissement du poignet dans la fracture de l'extrémité inférieure du radius, par *Servier*. — 135. Accidents intermittents suite de cathétérisme, par *Salneuve*. — 137. Opération de hernie inguinale, par *Sorbets*. — 138.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — Septembre. Péritonite des grands ruminants, par *Mathieu*. — Coliques calculeuses chez le cheval, par *Ledru*. — Contagion de la morve à l'homme, par *Lebel*. — *Idem*, par *Bouley*. — Ictère compliqué de canitie temporaire, par *Lebeau*. — Octobre (voir le n° 60 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE). — Novembre. Inoculation de la péripneumonie, par *Prangé*. — Sécrétion laiteuse chez une pouliche naissante, par *Dayot*. — Naturalisation d'espèces domestiques, par *Magne*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 30 septembre. Scrofules chez le vieillard, par *Dumoulin*. — Avortement provoqué dans le cas de rétrécissement extrême du bassin (rapport sur le travail de M. Villeneuve), par *Vignolo*. — 15 octobre. Génération dite spontanée et phthiriase chez les anciens, par *Andry*. — Traitement du choléra, par *Pigeon*. — 31 octobre. Cas de scapulalgie-mélancolie avec stupeur, par *Delasiauve*. — 15 novembre. Sur le cancer du sein et la diathèse cancéreuse, par *Filhos*.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS. — Octobre. Sur la phthisie calculeuse primitive, (non tuberculeuse), par *Forget*. — Luxation du fémur en arrière, par *Malgaigne*.

UNION MÉDICALE. — Nos 92—93—94. Non-contagion du choléra, par *Martineng*. — 95. Fièvre typhoïde, vaccine et variole, par *Perrin*. — Observ. de trois individus frappés par la foudre, par *Chauveau*. — 96. Fièvre typhoïde, etc., par *Perrin*. — 98—98. Strychnine dans le choléra, par *Cerise*. — 99. Hémorrhagie cérébrale, paralysie faciale, par *Duplay*. — 100. *Idem*. — Paralysies syphilitiques, par *Ronuette*. — 101. Strychnine dans le choléra, par *Homolle*. — *Idem*, par *Rouhier*.— 102. *Idem*, par *Richelot*. — 103. Iode comme désinfectant dans le choléra, par *Bories*. — Injection iodée dans l'épanchement péritonéal, par *Hulot*. — 104. Divers articles sur le choléra.— Vératrine dans la pneumonie, par *Trapenard*.—106. Ventilation comme frigorifère, par *Dumont*. — Choléra, par *Valentin*. — 107 — 108. Choléra, par *Pietra Santa*. — 109—110. Emploi des irrigations, par *Foucault*. — 111—112. Anévrysme de l'aorte, par *Legendre*. — Choléra, par divers. 113. Chorée chez une femme de quatre-vingt-trois ans, par *Royer*. — Vinaigre contre la gale, par *Lecœur*. — 114. Plantain contre les fièvres intermittentes, par *Girault*. — 115—116. Aménorrhée, par *Guiffart*. — Fracture du sourcil cotyloïdien, par *Bourgeois*.— Choléra, par *Rochart*. — 117—118—119—120. Choléra, par *Gorlier*. — 121. Diarrhée des enfants, sangsues à l'anus, par *Hervieux*. — 122—123. Maladies aiguës avec pus dans les articulations, par *Delioux*. — Diarrhée, etc., par *Hervieux*. — 124. Choléra, par *Pietra Santa*. — 125. Maladies aiguës, etc., par *Delioux*. — Choléra, par *divers*. — 126. Choléra, par *Foy*. — 127—128—129. Météorologie médicale, par *Homolle*. — 130. Paralysie syphilitique, par *Bayran*. — Choléra, par *Pouget*. — 131—132. Empyème, injections iodées, par *Trousseau*. — 133. *Idem*. — 134—135. Empyème, vingt-quatre ponctions, par *Legroux*. — 136. Tumeurs blanches, fistules, etc., par *Forget*. — 137. — Entérite syphilitique, par *Cullerier*. — 138.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE. — 10e livraison. Sur l'affection syphilitique secondaire des viscères en général et du cerveau en particulier, par *Faurès*. — Sur les maladies en général, par *Murat*. — Tératologie, par *Bourdel*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 9. Homœopathie dans le choléra, par *F. Roux*. Tumeur céphalique congénitale, par *Liégey*. — Rupture intestinale traumatique sans lésion extérieure, par *Blanc*.

ANNALES D'OCULISTIQUE DE BELGIQUE. — Novembre 1854. Considérations sur la fréquence des différentes espèces d'ophthalmies purulentes dans l'île de Cuba, par *Carron du Villards*. — Inflammation du corps ciliaire, par *Wilde*.

EL HERALDO MEDICO. — Nos 133. Sur le choléra, par *Espuig*. — 134. Contagion et traitement du choléra, par *J.-B. de Torres*. — 135. Nature et traitement du choléra, par *G. Uriarte y Castellanos*. — 136. Efficacité relative de divers antipériodiques, par *Alarcon y Salcedo*. — 137. Traitement du choléra, par *Tomas Suner*. — Spina ventosa et amputation de la jambe, par *Juan Santaolaria*. — 138. Fratricide et suicide; question de culpabilité, par *A.-A. Diez*. — Sesquichlorure de fer dans le traitement du choléra, par *Vicente*. — 139. — 140. Sur le choléra, par *Romualdo Carranza*. — 141. Choléra, étude étiologique, par *Aguetin Espuig*. — 142. Parallèle entre la fièvre maligne (pourpris) et la fièvre typhoïde, par *A. Diez*. — 143. Procidence de la matrice, nouveau pessaire, par *A. Romero y Linares*.— 144—145. Caractère épidémico-contagieux du choléra, par *J. Santaolaria*.

Livres nouveaux.

MÉDECINE ET HYGIÈNE DES ARABES. Études sur l'exercice de la médecine et de la chirurgie chez les Musulmans de l'Algérie, leurs connaissances en anatomie, histoire naturelle, pharmacie, médecine légale, etc., leurs conditions climatériques générales, leurs pratiques hygiéniques publiques et privées, leurs maladies, leurs traitements les plus usités, précédés de considérations sur l'état général de la médecine chez les principales nations mahométanes, par le docteur *Bertherand*. 1 vol. in-8, de 584 pages, Paris, chez Germer Baillière. 7 fr. 50

PRÉCIS D'ANALYSE CHIMIQUE QUALITATIVE, ouvrage contenant la préparation et l'usage des réactifs, les caractères des acides et des bases. — Les essais au chalumeau. — La marche de l'analyse qualitative, la détermination des sels, l'analyse des mélanges gazeux, l'analyse immédiate des matières végétales et animales, la recherche des poisons, etc., à l'usage des médecins, des pharmaciens, des aspirants aux grades universitaires et des élèves des laboratoires de chimie, par les professeurs *Gerhardt* et *Chancel*. 1 vol. gr. in-18 de 486 pages avec 48 figures dans le texte. Paris, chez Victor Masson. 5 fr.

GEBURTSHUELFLICHE SKIZZEN NACH DEN ERGEBNISSEN DER HEBAMMEN-LEHRANSTALT IN TRIER (*Esquisses obstétricales*), par *F.-H.-G. Birnbaum*. In-8°, Trèves, chez Troschel. 5 fr. 50

SCHAEDEL, HIRN UND SEELE DES MENSCHEN UND DER THIERE NACH ALTER, GESCHLECHT UND RACE (*Le crâne, le cerveau et l'âme de l'homme et des animaux selon l'âge, le sexe et la race*), par *E. Huschke*. Gr. in-fol. cart., Iéna, chez Manke. 24 fr.

RESOCONTO E RELAZIONE MEDICA DELLA COMMISSIONE DI SOCCORSO DEL SESTIERE DI PRE (27 juillet au 30 septembre 1854). In-8 de 82 pages et 7 tableaux statistiques sur le choléra dans le quartier de *Pre*, à Gênes. Gênes, 1854.

Le Rédacteur en chef : **A. DECHAMBRE.**

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. — PARIS, 15 DECEMBRE 1854. — N° 63.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

CIRCULAIRE AUX RECTEURS RELATIVE A LA RÉCEPTION DES PHARMACIENS DE PREMIÈRE ET DE DEUXIÈME CLASSES.

Paris, le 12 décembre 1854.

Monsieur le recteur, les dispositions du décret du 22 août 1854, en ce qui concerne la réception des aspirants au titre de pharmacien de première et de deuxième classe, ne sauraient être appliquées indistinctement à tous les élèves en pharmacie. Ceux qui sont en cours d'études ou de stage éprouveraient un dommage réel, si l'on ne tenait aucun compte des conditions qu'ils ont accomplies jusqu'à présent d'après les prescription de la législation antérieure. Il pourrait arriver notamment que leur noviciat fût prolongé au delà même du terme assigné par le décret du 22 août.

D'après les règlements actuels, les aspirants au titre de pharmacien de première classe n'ont à justifier que de huit années de stage ; aucune scolarité obligatoire ne leur est imposée. S'ils prennent quelquefois aux cours d'une école supérieure de pharmacie des inscriptions qui compensent une ou plusieurs années de stage, ils n'y sont pas obligés. Il s'ensuit qu'au 1er janvier prochain, époque de la mise à exécution du décret du 22 août, un certain nombre d'élèves en pharmacie auront quatre, cinq, six ou sept années de stage; quelques-uns même l'auront achevé. Le décret du 22 août réduit le stage dans une officine à trois années; mais il exige trois ans d'études dans une école supérieure de pharmacie. Il m'a paru tout à fait équitable d'admettre, dans une certaine mesure, en compensation de la condition nouvelle de scolarité qui n'a pu être remplie, l'excédant de stage que certains étudiants se trouvent avoir fait.

J'ai décidé, en conséquence :

1° Que les élèves en pharmacie, qui, au 1er janvier prochain, auront un stage complet de huit années, pourront obtenir, s'ils le demandent, la concession à titre onéreux de douze inscriptions, et être admis immédiatement à subir les examens de fin d'études.

2° Que chaque année de stage au delà des trois ans exigés par le décret du 22 août pourra être compensée par la concession à titre onéreux de deux inscriptions. Ainsi l'étudiant qui, au 1er janvier 1855, aurait quatre, cinq, six ou sept années de stage, n'aurait plus à prendre effectivement, pour être admis à subir ses examens de fin d'études, que quatre, six, huit ou dix inscriptions.

Les frais de réception des pharmaciens de première classe, dont le montant total est à peu près le même qu'autrefois, ont été répartis de telle sorte que le prix des examens de fin d'études a été considérablement abaissé. L'augmentation porte principalement sur le prix des inscriptions, qui sont maintenant obligatoires. En accordant un certain nombre d'inscriptions à titre onéreux aux aspirants qui sont en cours d'études, on leur permet d'obtenir plus promptement leur diplôme professionnel, et en même temps on allége plutôt qu'on aggrave la somme de leurs dépenses, puisque les examens qu'ils auront à subir leur coûteront beaucoup moins cher que par le passé.

I.

Pour les aspirants au titre de pharmacien de deuxième classe qui sont en cours d'études ou de stage, on procédera de la même manière.

Ceux qui auront accompli le stage de huit années le 1er janvier prochain pourront obtenir la concession, à titre onéreux, de quatre inscriptions d'École supérieure ou de six inscriptions d'École préparatoire. Chaque année de stage au delà des six ans exigés par le décret du 22 août pourra être compensée par la concession, à titre onéreux, de deux inscriptions de l'École supérieure ou de trois inscriptions de l'École préparatoire.

Ces mesures transitoires n'auront leur effet que pendant les années 1855, 1856 et 1857. A dater du 1er janvier 1858, les aspirants au titre de pharmacien de première ou de deuxième classe seront tous soumis, sans exception, aux prescriptions du décret du 22 août 1854.

Je vous prie, monsieur le recteur, de prendre les mesures nécessaires pour que les dispositions que je viens d'arrêter soient portées à la connaissance des parties intéressées, et qu'elles reçoivent leur complète exécution.

Recevez, monsieur le recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, H. FORTOUL.

— Par arrêté en date du 7 décembre 1854, M. Maheut, chef des travaux anatomiques de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé professeur suppléant près ladite école.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 8 décembre 1854, MM. Magail, Seux et Bertulus ont été nommés de nouveau professeurs suppléants à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, pour une nouvelle période de trois années.

— Par un autre arrêté en date du 11 décembre, MM. Grassi et Ducom, agrégés de l'École supérieure de pharmacie de Paris, dont le temps d'exercice est expiré, ont été maintenus dans leurs fonctions jusqu'à ce que le résultat du concours actuellement ouvert devant ladite école ait permis de pourvoir à leur remplacement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 7 au 13 décembre 1854.

297. BOURRIAN, Auguste, né le 25 mars 1828, à la Colle (Var). [*Du choléra.*]

298. DAVERNE, Louis-Auguste, né le 23 août 1824, à Nonant (Orne). [*De la cataracte.*]

299. DURAND, Jean-Baptiste-Alfred, né le 5 février 1827, à Vincennes (Seine). [*De la suette miliaire.*]

300. MOURRAILLE, Jean-Gustave-Joseph, né le 17 mars 1823, à Marie-Galande (Guadeloupe). [*De la fièvre typhoïde.*]

301. MANDARD, Louis, né le 16 juillet 1829, à Blois (Loir-et-Cher). [*Des calculs biliaires.*]

302. VILLALON, Julien, né le 10 septembre 1826, à Bouvet (Ille-et-Vilaine). [*Essai sur l'historique, la nature et le traitement du muguet.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 14 décembre 1854.

Quelques abonnés nous demandent si les articles publiés par la GAZETTE HEBDOMADAIRE, au sujet de la discussion sur la valeur du microscope, expriment l'opinion même du journal.

Le rédacteur en chef, estimant plus haut que n'ont paru le faire plusieurs orateurs de l'Académie les services rendus par le microscope à la physiologie pathologique, notamment en ce qui concerne le cancer, et se trouvant par là en communauté de vues avec ce qu'on a appelé l'école des micrographes, a cru devoir donner à un des adeptes les plus fervents et les plus distingués de cette école le moyen de la défendre en toute liberté. Mais, en même temps, il s'est réservé d'exposer ultérieurement son opinion personnelle et de fixer la position que la GAZETTE HEBDOMADAIRE entend prendre dans cette question.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

M. Dubois (d'Amiens), en sa qualité de panégyriste officiel de l'Académie de médecine, a eu l'idée d'agir avec ses collègues défunts comme l'édilité avec les victimes des épidémies, et, puisque la mort frappait plus vite, d'associer plusieurs membres dans les mêmes honneurs funèbres. Il n'en a pas réuni moins de quatre : Désormeaux, Capuron, Deneux et Baudelocque, qui ont fait le sujet du discours annuel de mardi dernier.

Pour remplir une pareille tâche, on pouvait opter entre deux procédés : ou relier par quelque vue d'ensemble les quatre figures, et les mener de front, comme un quadrige, à travers l'histoire de l'obstétrique ; ou les faire marcher à la file dans quatre petits discours successifs. Le premier procédé transformait nécessairement le panégyrique en une œuvre de science et de haute critique, dont la biographie et les études de caractères devenaient un ornement accessoire. Le second prêtait plus à la peinture du cœur, aux récits familiers, à l'anecdote ; il ne s'ouvrait, d'ailleurs, à la science qu'autant qu'on le trouvait à propos. C'est celui-ci qu'a choisi M. le secrétaire perpétuel ; et, à part une phrase heureuse à la fin de l'éloge de Deneux, il n'y a guère eu d'autre transition entre ses quatre morceaux qu'une gorgée d'eau sucrée.

Expliquons-nous bien vite. Il y aura quelque jour un chapitre à écrire sous le titre suivant : *Influence des dames sur le caractère des éloges académiques.* Les dames une fois introduites dans une assemblée de médecins, les goûts de l'assistance se trouvent à l'instant partagés et la condition du succès modifiée. La belle moitié s'ennuiera d'une dissertation scientifique, et ses oreilles s'effaroucheront du langage qui se parle au temple de l'anatomie et de la pathologie. Cela étant, il devient naturel et tout à fait légitime de sacrifier la moitié laide. On va plus ou moins loin dans ce sacrifice; c'est la galanterie qui en décide, et M. Dubois n'en manque pas. Certes, l'honorable secrétaire perpétuel trouverait aisément dans son esprit philosophique et dans son talent le moyen d'embrasser avec autorité les sérieuses questions qu'il rencontre souvent sur son chemin d'historiographe. Quelle plus belle occasion de s'initier à l'œuvre scientifique de son temps, que d'avoir pour mission spéciale d'en réunir et d'en apprécier les monuments ! Quelle tâche plus attachante aussi, et quel plus louable et plus profitable emploi des loisirs du cabinet ! Il semblait que, cette fois, il ne fût plus possible de s'y soustraire. Les quatre figures avaient été choisies dans la même partie de l'art. Pourquoi, si ce n'était pas pour les rassembler dans une même vue scientifique ? Mais c'étaient quatre accoucheurs, quatre desservants spéciaux de ces terribles organes dont on n'ose conter aux dames la physiologie, dont il serait plus inconvenant encore de leur exposer la pathologie. En sorte que jamais l'appréciation scientifique ne fut plus nécessaire que dans cette séance, et jamais plus impossible.

Voilà comment nous nous expliquons le parti pris par le panégyriste. La spécialité a été absente de son discours ; il a parlé de certains accoucheurs et point d'obstétrique. Il a rappelé, en passant, plusieurs travaux de pathologie ; il a prononcé de temps à autre les mots de péritoine, ovaire, utérus, et n'a rien dit qui touchât réellement à l'histoire de la pathologie utérine. Avant Capuron et Deneux, il y avait une école célèbre et bien caractérisée, celle du premier Baudelocque. C'était un point de départ tout trouvé pour un texte de jugement à l'égard de ses successeurs. Qu'ont-ils fait de cette école ? En quoi lui sont-ils restés fidèles ? En quoi l'ont-ils ruinée ? C'est ce qui mériterait d'être recherché et bien défini ; mais c'est ce qui ne pouvait entrer dans des esquisses conçues comme nous avons dit.

Veut-on juger par un exemple du parti qu'eût pu tirer l'orateur d'une étude plus sévère et plus approfondie, et, même dans le plan adopté, de quelles couleurs nouvelles il eût pu enrichir cette peinture de la physionomie et du caractère dont il s'est surtout préoccupé ? Capuron était tout d'une pièce. Dans les idées comme dans le costume, c'était un *conservateur* déterminé, et la même disposition interne le portait à résister systématiquement au progrès de certaines idées

comme à celui du comfort. De même, religieux et passionné pour les sciences exactes, il reflétait ce double trait dans sa personne de savant. L'orateur a dit ingénieusement que Capuron avait embrassé la spécialité de l'obstétrique par amour des mathématiques. Cela est vrai ; mais il fallait suivre cet aperçu pour le rendre aussi curieux qu'il est en effet. Il fallait montrer comment le savant s'égarait quelquefois par excès d'exactitude, et comment le principe même de son erreur l'y fixait opiniâtrément et pour toujours. Capuron mesure minutieusement les diamètres du bassin et ceux de la tête du fœtus à terme, et il conclut *mathématiquement* que la présentation de la face rend l'accouchement naturel impossible. Il prend avec un compas la distance de l'anus à la commissure postérieure de la vulve, et, la trouvant fort petite comparativement aux diamètres du fœtus, il nie également, contre les observations les plus dignes de foi et les mieux avérées, que la tête du fœtus puisse perforer le périnée et l'accouchement se terminer sans en opérer le déchirement complet et sans réunir l'anus et le vagin en un vaste cloaque. Voilà ce qu'a fait le mathématicien. Quant à l'homme religieux, il condamne et entraîne l'Académie à condamner, en 1827, comme une impiété, comme une violation des lois divines et humaines, quoi? L'avortement? Non, mais simplement l'accouchement prématuré artificiel, l'extraction avant terme d'un enfant *vivant*. Voilà un côté de Capuron, qui, placé à côté de la table de sapin et de l'habit *que personne n'avait vu neuf*, eût servi, ce nous semble, à compléter cette originale physionomie.

M. Dubois nous pardonnera de nous arrêter si peu à son discours pour suivre notre propre pensée. C'est un défaut trop naturel pour qu'il nous en garde rancune. Nous manquerions, d'ailleurs, à la justice, si nous ne disions que ses récits ont été pleins de charme et d'intérêt, et que certains passages relatifs aux œuvres charitables de Capuron et au dévouement de Deneux ont soulevé de vifs applaudissements par l'onction du langage et la chaude honnêteté du sentiment.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'emploi d'un cylindre d'éponge dans les maladies de l'utérus, par M. Prosper Yvaren (d'Avignon).

Il n'est pas de médecin qui n'ait suivi avec intérêt la discussion ouverte devant l'Académie de médecine sur les déviations de la matrice, on pourrait même dire sur la pathologie presque entière de cet organe.

Parmi ceux d'entre mes confrères qui ont eu des occasions fréquentes de s'occuper des affections de l'utérus, il en est beaucoup, je pense, qui auront été frappés et peut-être surpris des opinions divergentes, des jugements contradictoires portés par les chirurgiens les plus célèbres et les plus expérimentés de notre époque, non-seulement sur tel agent et sur telle médication, mais encore sur les signes caractéristiques et le pronostic de tel ou tel état morbide. Il sera sans doute arrivé à plus d'un praticien obscur, comme moi, de faire un retour sur le passé de sa pratique, et d'y chercher une base moins incertaine pour le diagnostic d'affections aussi communes, des indications plus rassurantes sur les moyens thérapeutiques qu'il est convenable de leur opposer.

Il est à présumer qu'après la clôture de cette retentissante discussion, des recherches suivies, des essais nombreux seront entrepris pour jeter du jour sur les points laissés indécis par les orateurs éminents qui se sont fait entendre à la tribune académique.

En vue du contrôle expérimental auquel seront soumises les questions de pathologie et de thérapeutique restées obscures, ne serait-il pas opportun que chaque médecin fît connaître ce que son expérience personnelle lui a appris ?

Il serait possible que beaucoup de médecins éprouvassent une certaine hésitation à livrer à la publicité les résultats de leur pratique, par la raison que voici : Ils ont bien pu traiter un grand nombre de maladies utérines ; mais ne comptant pas en faire l'objet d'une publication, ils auront négligé de relever jour par jour, et avec une minutieuse précision, l'histoire de leurs malades. Il se pourrait donc qu'ils n'eussent à communiquer que des observations générales, des convictions personnelles, sans y joindre l'appareil si désiré des chiffres statistiques. Devront-ils alors garder un stérile silence ?

C'est là précisément la position embarrassante dans laquelle je me trouve. Depuis plus de treize ans, j'ai passé peu de jours sans donner des soins à quelque femme atteinte de maladie utérine; et, pendant ce long espace de temps, j'ai usé, dans ma pratique, d'un moyen qui, employé tantôt comme agent principal, tantôt comme auxiliaire et répondant à des indications nombreuses et diverses, s'est montré d'une utilité si incontestable et d'une si complète innocuité, que j'éprouve le désir, je dirai mieux, que je crois de mon devoir de le faire connaître : ce moyen, *c'est un simple cylindre d'éponge*.

La première personne qui se confia à moi pour être traitée d'une maladie de l'utérus était atteinte, depuis longtemps, de symptômes graves : douleurs locales et souffrances sympathiques ; pertes de sang fréquentes ; leucorrhée abondante, et tellement âcre, que la malade ne pouvait faire la moindre course hors de sa maison sans être presque aussitôt obligée d'y rentrer, pour calmer par des lotions la cuisson intolérable que le contact du flux vaginal et la marche déterminaient sur les organes génitaux et sur le haut des cuisses excorié. Il existait dans la région sous-pubienne des douleurs lancinantes, et, comme troubles généraux, de l'inappétence, de l'amaigrissement, une grande pâleur, une faiblesse croissante. Le chirurgien qui, avant moi, avait donné des soins à la malade, l'avait déclarée en proie à un cancer confirmé. Je me hâte de dire qu'il n'en était rien, puisqu'à la longue je fus assez heureux pour la guérir. L'incurable diathèse n'existait pas chez elle : le mal se bornait à un engorgement bien réel de la matrice, avec endurcissement inflammatoire, ulcération et granulations du col, et le flux utérin et vaginal que j'ai décrit.

Des saignées générales, des sangsues appliquées directement sur l'organe compromis, des cautérisations, des insufflations de calomel, etc., etc., non moins que des médicaments et des soins hygiéniques appropriés à l'état général, amenèrent un soulagement assez prompt et une amélioration lente, mais sensible et graduelle.

Cependant, la matrice restait plus basse que dans l'état normal, et la malade était tourmentée par la persistance du flux leucorrhéique, plus bénin, mais considérable encore, et par des douleurs à peu près constantes dans les reins et dans les cuisses.

Lorsque j'introduisis le spéculum dans le vagin, il ne me fut pas difficile de faire remonter la matrice assez haut ; mais, plus tard, elle retombait vers la vulve, où, à ma visite du lendemain, mon doigt la trouvait à peu de distance, le col tourné vers le rectum, le corps incliné derrière le pubis en *antéversion*.

Lorsque j'eus convenablement relevé les forces, bien que la malade fût encore assez maigre, comme sa poitrine était bonne et que personne dans sa famille n'avait présenté de symptômes de phthisie, je crus que je pourrais sans danger supprimer le flux leucorrhéique.

Il me restait deux indications à remplir : maintenir à une hauteur convenable l'utérus redressé, modérer et tarir la sécrétion vicieuse des cavités utérine et vaginale. Le pessaire eût-il parfaitement remédié à la première infirmité, que je ne pouvais y recourir ; car il eût immanquablement accru la seconde, le flux leucorrhéique. J'avais présent à l'esprit un excellent mémoire publié par le docteur Hourmann dans le numéro de mars 1841 du *Journal des connaissances médico-chirurgicales* ; et dans lequel sont relatés les bons effets d'un fort bourdonnet de coton cardé introduit dans le vagin

et destiné à isoler les surfaces de sa muqueuse et à en tarir la sécrétion par l'effet de la propriété desséchante de cet isolement. Mais le bourdonnet, suffisant pour mettre à l'abri de leur mutuel contact les parois vaginales, n'aurait pas remédié à la déviation et à l'abaissement de l'utérus. Le coton se serait affaissé sous le poids de cet organe. Il me fallait trouver un corps plus résistant.

Dans une éponge épaisse, large et très fine, je taillai un cylindre auquel je donnai une longueur et un volume qui le rendissent apte à occuper toute la hauteur et toute la largeur du vagin. Je passai à l'une de ses extrémités une anse de fil fort et épais qui devait pendre hors de la vulve et servir à retirer l'éponge. J'imbibai celle-ci légèrement d'eau de mauve ; et la malade étant placée sur le bord de son lit, le spéculum introduit dans le vagin et le col utérin engagé dans l'orifice supérieur du spéculum, je poussai au fond de l'instrument, à l'aide d'une baguette de bois, le cylindre d'éponge, jusqu'à ce que son extrémité arc-boutât contre le col utérin. Je tirai alors le spéculum à moi, en le faisant glisser sur la tige de bois qui maintenait l'éponge en place. La vulve se referma, la baguette tomba, et le sphincter vulvaire retint parfaitement à l'intérieur le corps étranger que je venais d'y loger.

La diminution des flueurs blanches fut rapide, les douleurs des lombes et des cuisses s'apaisèrent, la marche devint facile.

Mais à mesure que le flux leucorrhéique tarissait, l'humidité de l'éponge étant plus rapidement absorbée, les aspérités de sa surface desséchée titillèrent la muqueuse et occasionnèrent un éréthisme général, un agacement nerveux très pénible. La malade, qui ne retirait l'éponge, à l'aide de l'anse de fil, que le soir en se mettant au lit, ou même le lendemain matin, fut obligée de s'en débarrasser peu d'heures après le pansement. En outre, bien que la matrice se maintînt à une plus grande hauteur, je la trouvai encore déviée à un degré trop prononcé.

J'apportai des modifications importantes à mon mode de pansement :

1° Avant d'introduire l'éponge dans le vagin, je la couvris d'une couche d'amidon réduit en poudre très fine. A dater de ce moment sa présence fut parfaitement tolérée.

2° Je taillai, dans l'étendue d'environ 4 centimètres, l'extrémité de l'éponge que j'appellerai *utérine*, en une sorte de bec de flageolet qui diminuait à peu près de moitié l'épaisseur de cette extrémité. Il m'était facile, chaque fois que j'introduisais le spéculum, en tenant le manche élevé vers le pubis et l'embout fortement appuyé sur la cloison recto-vaginale, et, en le faisant glisser sur cette paroi, d'engager l'extrémité de l'instrument assez profondément dans le cul-de-sac postérieur du vagin, de manière que, lorsque j'en développais les valves, la membrane muqueuse s'offrît seule appliquée sur l'orifice de l'instrument, et que le col de l'utérus restât appuyé sur la valve supérieure. Je poussai donc dans ce cul-de-sac l'extrémité de l'éponge taillée en bec de flageolet, j'appuyai ma baguette de bois sur l'extrémité opposée, assez fortement pour empêcher l'éponge entière de subir un recul, et retirant lentement le spéculum, je sentis, à un mouvement de ressaut, que le col tombait dans la cuvette que je lui avais préparée. Il reposait ainsi sur un coussinet que les mouvements du corps et la marche même ne lui faisaient pas abandonner ; car, à plusieurs reprises, je pus, en introduisant le doigt dans le rectum, m'assurer que l'éponge occupait toute la longueur du vagin, et que là où elle finissait on ne sentait que le corps, plus large et plus dur, de la matrice.

Je mêlai plus tard à l'amidon une quantité plus ou moins grande de quinquina porphyrisé.

Le vagin gagna du ton, la matrice perdit ses altérations morbides, les ligaments sustenseurs reprirent de l'élasticité, et, un certain degré d'embonpoint aidant, l'*antéversion* et l'*abaissement* ne se reproduisirent plus. Une guérison qui ne s'est pas démentie récompensa la malade de la docilité et de la persistance qu'elle mit à supporter un traitement long et pénible.

L'histoire de cette malade et les détails dans lesquels je viens d'entrer auront fait pressentir le parti que je devais tirer d'un mode de pansement si simple et si commode.

Je vais passer en revue les divers états morbides dans la curation desquels je l'ai appelé à jouer un rôle plus ou moins important.

Les phlegmasies aiguës restent en dehors de ce que j'ai à dire, comme elles sont restées en dehors de la discussion de l'Académie.

Le champ de mes observations se restreindra dans le cercle : 1° des modifications que l'inflammation chronique fait subir à l'utérus et des altérations qu'elle y produit : engorgement, flux muqueux, ulcérations, granulations, etc. ; 2° de ses déplacements ; 3° de ses dégénérescences diathésiques.

Les phlegmasies aiguës de l'utérus s'accompagnent de phénomènes trop graves, soulèvent dans l'organisme des troubles trop généraux et font courir à la vie un danger trop prochain, pour que les secours du médecin ne soient pas réclamés immédiatement et en toute hâte. C'est l'inverse dans les maladies chroniques de cet organe. Il faut des circonstances exceptionnelles pour que nous soyons appelés à en connaître et à les combattre dès le début.

La lenteur avec laquelle chemine le mal, le peu de réaction dont il s'accompagne, l'habitude de souffrances utérines qu'occasionnent aux femmes le retour mensuel des règles, si souvent douloureux, ou l'état de grossesse, non moins qu'une pudeur naturelle, expliquent le retard qu'elles mettent à réclamer notre ministère et la sécurité trompeuse dans laquelle elles s'endorment.

Chaque fois, donc, que j'ai été appelé, la maladie remontait presque toujours à une époque éloignée, je ne dirai pas à plusieurs mois, mais à une année, à plusieurs années. Loin d'être aussi heureux que quelques-uns des académiciens qui ont parlé de guérisons complètes obtenues en peu de semaines, j'avouerai que ce n'est que par des efforts opiniâtres et après un temps très long, des mois, une année entière, qu'il m'a été donné d'accomplir la guérison radicale de la plupart des maladies utérines pour lesquelles on a eu recours à mes soins.

La lenteur est, à mes yeux, le caractère à peu près constant du retour de l'utérus malade à l'état sain. Comment en serait-il autrement ? Les règles, en reportant, toutes les trois semaines ou tous les quinze jours, sur cet organe une fluxion active, énergique, ne tendent-elles pas à y reproduire ou à y exaspérer des altérations à peine effacées ou seulement amoindries ? Par compensation, ce paraît être un privilége de l'organe utérin, que tout travail morbide, même le plus désorganisateur, s'y opère le plus souvent avec la même lenteur.

Cela dit, je vais exposer les applications que j'ai faites du cylindre d'éponge aux maladies de la matrice énumérées plus haut.

A. *Phlegmasies chroniques*, etc. — Dans les engorgements chroniques du corps, du col ou de l'utérus entier, il est assez ordinaire que l'inflammation s'y soutienne à un certain degré, ou qu'elle y reprenne par intervalles, et sous l'influence de causes diverses, une intensité voisine de l'état aigu. Il faut bien se garder d'introduire alors dans le vagin un corps étranger, dont la présence aurait pour résultat d'ajouter à l'irritation des surfaces enflammées. Il est indispensable de détruire préalablement l'état inflammatoire. Cet état dissipé, deux phénomènes morbides pourront lui survivre, qui, l'un et l'autre, réclameront l'emploi du cylindre : l'abaissement de l'utérus, un écoulement leucorrhéique.

L'engorgement de l'utérus a pour effet commun d'occasionner à l'organe un abaissement assez fort pour constituer une infirmité à laquelle l'art doit porter remède. La disparition de l'engorgement ne fait pas toujours disparaître cet abaissement, et l'opinion qui soutiendrait que l'effet, dans ce cas, cesse avec la cause qui l'avait produit, serait trop absolue pour être constamment vraie. Le plus souvent, au contraire, l'abaissement persiste, et, devenant cause à son tour, réagit sur la matrice et détermine dans celle-ci le retour de l'engorgement. D'autre part, il serait tout aussi imprudent de remédier à l'engorgement et d'abandonner l'abaissement à lui-même, que de réduire l'abaissement sans tenir compte de l'engorgement. Il faut les attaquer l'un et l'autre successivement. Or, la matrice dégagée, si vous introduisez dans le vagin le cylindre d'éponge, il la maintiendra à une hauteur et dans une position convenables, et après un certain nombre de pansements, l'abaissement cessera de se reproduire.

Un flux de nature et de quantité variables est un accident inséparable des phlegmasies utérines chroniques. Si, dans un grand nombre de cas, il tarit, lorsque la maladie primitive qui en était la source est radicalement guérie, plus souvent encore, peut-être, on le voit continuer, soit qu'il devienne pour les organes génitaux une fonction habituelle, soit qu'il tienne à quelques traces de l'affection utérine mal effacée. Dans cette conjoncture, le cylindre d'éponge ne le cède pas, en action curative, au bourdonnet de coton du docteur Hourmann, et se montre même d'une efficacité plus constante et plus rapide, car il met tous les points du canal vaginal dans un isolement plus complet les uns des autres. J'ai trouvé qu'employé à cet extrême déclin des engorgements phlegmasiques du col, du corps ou de la cavité utérine, dont la sphère d'action comprend le tout ou une portion du vagin, le cylindre hâtait singulièrement la cure radicale des derniers vestiges du mal.

Est-il besoin de dire que son efficacité se manifeste non moins puissante lorsqu'il s'agit de mettre un terme à ces écoulements vaginaux et utérins que l'on n'ose rattacher à une phlegmasie des cavités muqueuses, tant les phénomènes inflammatoires s'y sont annihilés et éteints dans la chronicité et l'atonie?

Toutes les fois que des ulcérations, des granulations du col utérin reposent sur un tissu peu enflammé, quoique plus ou moins endurci, immédiatement après y avoir pratiqué des cautérisations, etc., j'introduis dans le vagin le cylindre d'éponge, et j'ai remarqué que toujours le contact de ce suppositoire sur les parties malades en accélérait la résolution, soit que je l'eusse enduit de pommades résolutives, soit que je l'eusse roulé simplement dans la poudre d'amidon.

(La suite à un prochain numéro.)

SUR LES CONDITIONS DANS LESQUELLES SE DÉVELOPPE LA CONTAGION DU CHOLÉRA ASIATIQUE, note communiquée à l'Académie des sciences, par M. le docteur ANCELON.

Mon but, en écrivant cette note, est d'attirer l'attention sur des faits dont il est urgent de mettre en saillie les terribles conséquences.

Il existe aujourd'hui, à propos de la contagion du choléra, des opinions divergentes dont la science ne peut plus se contenter, et qu'il importe, au point de vue de l'hygiène publique, de trancher d'une manière absolue, soit en les infirmant, soit en les appuyant sur des faits par une étude approfondie.

§ I. Les uns, et je suis de ce nombre, ont nié avec raison que la contagion se manifestât d'une manière générale ; les autres se croient en possession de données propres à étayer l'opinion contraire.

Ce qu'il y a de certain, c'est que le choléra asiatique, revêtu de caractères essentiellement négatifs, semble, par cela même, à la pluralité des observateurs, dépourvu de tout ce qui constitue la sphère d'activité rayonnant d'un malade atteint de quelque affection contagieuse. Il est, en effet, fort difficile d'accommoder par la pensée l'absence de circulation, de caloricité, d'exhalation, de sécrétions, les déjections neutres des cholériques, avec la présence d'un virus volatil, comme celui de la brûlante variole, par exemple. L'enduit visqueux d'une peau sans vitalité, la matière des selles et des vomissements, se sont montrés, entre mes mains, sans action sur le papier de tournesol; une fois sur douze, la salive m'a paru légèrement acide ; l'urine, de moins en moins albumineuse, à mesure qu'elle est sécrétée et que l'on s'éloigne de la période algide, est presque généralement neutre.

Examiné à ce point de vue, le choléra peut-il être considéré comme contagieux pendant la vie? Je serais porté, en m'appuyant sur mon expérience personnelle, à ne pas répondre par l'affirmative.

§ II. Tout cet appareil négatif qui se manifeste sous la pression d'une cause mystérieuse, inconnue, hyposthénisante, se transforme complétement après la mort. Dès que tout retombe sous l'empire des lois physiques, les restes humains commencent par équilibrer leur température avec celle des corps ambiants, et deviennent odorants sous l'influence de l'action du calorique, que ce calorique émane d'autres corps, ou qu'il soit, comme je le soupçonne, le résultat des réactions chimiques qui s'emparent des cadavres. C'est alors seulement que la contagion intervient, pour constituer ce que, d'un commun accord, on est convenu d'appeler *foyers épidémiques.*

Si donc, quittant le domaine des investigations spéculatives, on se hâte de descendre sur le terrain plus solide de l'expérience pure, on s'aperçoit bientôt qu'il n'est question de contagion, dans toutes les épidémies cholériques, qu'*après un premier cas de mort :* point de décès, point de contagion. Examinons, pièces en main, ce côté délicat de la question en litige.

Lorsque quelque cholérique est venu, de loin, mourir dans une localité non encore frappée, on n'a pas tardé à voir un foyer s'établir, et l'épidémie se développer, en raison de l'état élevé de la température extérieure, en été, ou de la haute température des appartements en hiver (surtout à la campagne, où l'on abuse de la chaleur des poêles), èt de diverses autres conditions locales et particulières plus ou moins importantes, telles que la misère, le dénûment, les excès vénériens, l'incurable malpropreté, etc.

Ce ne sont ni les médecins, ni les saintes filles prodigues de leurs soins près des malades, que l'on voit pris de la contagion : ce sont surtout ceux qui les ensevelissent. Ici encore les effets de la contagion sont d'autant plus manifestes que le cadavre demeure plus longtemps dans la maison mortuaire, qu'il est remué plus loin de l'heure du trépas.

Ces données, dont je soupçonnais toute la valeur en 1849, je les ai de nouveau vérifiées cette année. Les faits suivants serviront à les rendre plus saisissantes :

a. Le 29 juillet dernier, un premier cholérique, bleu, froid et sans pouls, est apporté à l'hôpital de Dieuze. Il guérit, sans laisser dans les salles, remplies d'opérés et d'autres malades, de traces de son passage. Quelques jours plus tard, un autre cholérique, vieillard sexagénaire, qui m'arrive de Morhange (Moselle), où règne l'épidémie, meurt dans le lit du premier. L'infirmier et un autre homme qui l'ont immédiatement transporté dans la chambre des morts, les sœurs qui l'ont enseveli, sont pris de la diarrhée prémonitoire caractéristique. L'infirmier guérit d'un choléra au second degré ; la diarrhée s'arrête immédiatement chez les sœurs plus prudentes que l'infirmier ; mais l'autre porteur succombe le lendemain en quelques heures, dans la période algide. Dès lors, le foyer est constitué. Cinq cholériques, dont trois meurent en très peu d'heures, passent à travers la salle des hommes sans que les autres malades s'aperçoivent autrement de leur passage, les cadavres ayant toujours été enlevés immédiatement après la mort et *avant l'élévation de température*, par des *hommes qui furent seuls atteints à leur tour.* Même observation pour la salle des femmes.

b. Vers le milieu du mois d'août dernier, un homme meurt du choléra dans le village de Guénestroff (2 kilomètres de Dieuze), où rien n'indiquait d'ailleurs la présence de l'épidémie ; la femme de ce cholérique, atteinte de fièvre continue, la fille qui donne des soins à sa mère, ayant été isolées, à partir du moment de l'agonie, n'ont rien éprouvé qui pût faire croire à la plus légère influence contagieuse. Mais une femme qui ensevelit le cadavre et le veilla toute la nuit, fut prise du choléra. Cette malheureuse, après être sortie victorieuse de cette première insulte épidémique, vient de succomber (8 décembre 1854), presque foudroyée, pour avoir continué à remplir le même pieux devoir près de nouvelles victimes.

c. Le 12 septembre, une femme meurt à Dieuze, en pleine période algide de choléra, dans une chambre fort basse, fort étroite, fort mal aérée, au milieu de sa famille, composée de cinq enfants et de son mari, promptement isolés. Après l'enterrement je fais vider, laver et blanchir à la chaux la chambre mortuaire ; les enfants et le mari, retenus pendant longtemps loin de leur demeure, conservent leur santé ; mais une femme qui n'avait vu la malade que pour l'ensevelir et la garder après la mort, est atteinte de diarrhée prémonitoire fort grave.

d. Le 9 octobre, une jeune femme quitte la commune de Lindre-Basse, où règne le choléra depuis le 6, et vient mourir à Guébestroff ; elle est ensevelie et gardée par une sexagénaire qui meurt

du choléra le 27 du même mois, après une diarrhée prémonitoire de neuf jours. Le 28, un homme et une femme enceinte succombent dans la période algide. Ces trois morts sont le signal de l'invasion de l'épidémie, qui a régné avec quelque intensité jusqu'au 10 novembre 1854.

e. A Lindre-Haute, une femme meurt du choléra en peu d'heures, le 31 octobre; dès le lendemain, tous ceux qui fréquentaient la maison, d'ailleurs assez malsaine et mal aérée, sont pris de diarrhée prémonitoire, et, à partir de ce moment, le choléra règne dans le hameau : le foyer est constitué.

f. Le fossoyeur de Guénestroff, commune où il faut bien admettre que le fléau est autochthone, comme à Dieuze et dans beaucoup d'autres localités, meurt foudroyé le 23 novembre après avoir enterré quelques cholériques, et le dernier avec une répugnance extrême, à cause de l'odeur qu'il exhalait.

§ III. On pourra objecter, et je l'ai vu moi-même, que des parents se sont imprudemment précipités sur des morts, ont impunément étreint dans leurs bras et couvert de baisers ces restes inanimés de leur affection; mais je ferai observer que ces démonstrations de tendresse paternelle, filiale, conjugale, s'adressaient presque toujours à des cadavres encore glacés par le froid algide, dans ces courts instants de transition interposés entre la cessation de la vie et le travail tout physique qui va s'opérer, dont l'équilibre de température est le phénomène initial, et sur lequel je crois devoir appeler l'attention des observateurs. C'est à ce moment que je conseille l'éloignement des vivants, la séquestration des cadavres, les inhumations précipitées, en se conformant d'ailleurs à toutes les précautions exigées par la prudence et l'humanité.

S'il était permis de tirer des conclusions de ces faits authentiques multipliés presque à l'infini par l'épidémie au centre de laquelle je me trouve encore en ce moment, je dirais :

1° Le choléra n'est pas ordinairement contagieux pendant la vie des patients.

2° La contagion n'est redoutable que près des cadavres cholériques réchauffés, dont la présence sur un point donné constitue toujours un foyer épidémique.

3° Et, comme conséquence pratique, qu'il est urgent, dans l'intérêt de la salubrité publique, d'isoler les vivants et d'inhumer le plus promptement possible les corps morts du choléra asiatique.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

PHYSIQUE DU GLOBE. — *Note sur les recherches de l'iode de l'air par la rosée*, par M. *Ad. Chatin*. — L'auteur de ce travail pense que l'iode contenu dans les eaux fluviatiles et dans les plantes aquatiques existe primitivement dans l'atmosphère, d'où il tombe avec la pluie. Il a constaté la présence de l'iode en lavant de 4,000 à 8,000 litres d'air; il l'a trouvé dans l'eau de pluie, dans le givre, et surtout dans la rosée.

Voici le procédé employé par M. Chatin :

A 1 litre ou même 0$^{\text{lit.}}$,5 de rosée, on ajoute à peu près 1 gramme de carbonate de potasse bien privé d'iode; on évapore, on calcine avec modération; on reprend par l'alcool à 94 degrés, on évapore de nouveau, on calcine à la lampe jusqu'à ce que le résidu, qui d'abord noircit, soit devenu incolore. De l'iodure de potassium reste au fond de la capsule, où, après refroidissement et solution dans 1 décigramme d'eau, on le reconnaîtra par toutes ses réactions. (*Commission déjà nommée*, à laquelle on invite à s'adjoindre M. *Boussingault*.)

MÉDECINE. — *Note sur les conditions dans lesquelles se développe la contagion du choléra-morbus*, par M. *Ancelon*. (Voir aux *Travaux originaux*.)

Cause secondaire du choléra, par M. *Billiard* (de Corbigny). — L'auteur, qui assigne au choléra comme cause première la diminution de l'ozone dans l'atmosphère, pense que cette modification dans l'air en amène une autre dans l'organisation animale, modification en vertu de laquelle les liquides contenus dans certains vaisseaux et les substances contenues dans le tube digestif sont soustraits à l'action de la vie et restent uniquement soumis à l'action des forces qui régissent la matière inerte : de là production d'une fermentation putride, dégagement de gaz et autres phénomènes physiques au moyen desquels on peut, suivant l'auteur, se rendre compte des phénomènes morbides observés dans une attaque de choléra. (*Renvoi à la section de médecine.*)

Intoxication des marais proposée comme devant anéantir le miasme paludéen (2e mémoire), par M. *Martinet*. (*Commission déjà nommée.*)

PHYSIOLOGIE. — M. *Verstraete Iserbyt* adresse une nouvelle note relative à la manière dont, suivant lui, nous acquérons par la vue la connaissance des corps. (*Comm.* : MM. Magendie, Serres, de Senarmont.)

Action du fluide séminal sur les corps gras neutres, par M. *Longet*. — (Cette note a été reproduite dans la *Gazette hebdomadaire* du 8 décembre, n° 62.)

Sur la physiologie des paralysies, par M. *Marshall-Hall*. — L'auteur distingue deux sortes de paralysies : une *paralysie cérébrale*, dans laquelle les muscles sont privés de l'influence du cerveau; une *paralysie spinale*, où les muscles sont privés de l'influence de la moelle épinière. — Dans la première, l'influence de la volonté est seule interceptée, les mouvements volontaires sont abolis; mais il reste toutes les fonctions de la moelle allongée et de la moelle épinière, de sorte qu'il y a augmentation comparative de l'irritabilité hallérienne. — Dans les paralysies spinales il n'y a rien de tout cela, et l'irritabilité hallérienne est comparativement moindre.

A l'observation de ces faits, l'auteur a ajouté de nombreuses expériences galvaniques, et voici les conclusions auxquelles il est arrivé : 1° Il paraît que le cerveau, par ses actes de volition, tend à épuiser l'irritabilité des muscles; — 2° Que la moelle épinière, au contraire, est la source de cette même irritabilité; — 3° Que le courant galvanique peut servir de diagnostic entre les cas de paralysies cérébrales et ceux de paralysies spinales (dans la paralysie cérébrale, c'est toujours le membre paralytique qui est le plus contractile par le galvanisme; dans la paralysie spinale, c'est au contraire le membre non paralytique).

— En mettant sous les yeux de l'Académie le premier volume d'un ouvrage de feu M. le professeur *Roux*, intitulé : *Quarante années de pratique chirurgicale*, M. le *secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre de M. *Anatole Roux*, fils de l'honorable académicien, qui fait hommage, en son nom et au nom de sa famille, de cet ouvrage que son père préparait de longue main, et dont une mort prématurée ne lui a pas permis de surveiller la publication.

M. *Jules Cloquet* prie l'Académie de le vouloir bien compter parmi les candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de M. *Roux*.

M. *Jules Guérin* adresse une semblable demande. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

M. *Gibert*, secrétaire annuel, lit le rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1854.

M. le président proclame les prix et récompenses décernés et les sujets de prix pour 1855, 1856 et 1857.

PRIX DE 1854. — *Prix de l'Académie*. L'Académie avait mis au concours la question suivante : De l'huile de foie de morue considérée comme agent thérapeutique. Ce prix était de 1,000 fr. L'Académie accorde le prix à M. le docteur TAUFLIEB (Édouard), médecin à Barr (Bas-Rhin), auteur du mémoire n° 2. — Elle accorde une première mention honorable à M. le docteur Georges MULLER, médecin à Mulhouse (Haut-Rhin), auteur du mémoire n° 7. — Et une seconde mention honorable à M. le docteur Fr. DUBOIS, médecin à Tournay (Belgique), auteur du mémoire n° 4.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie avait proposé pour question : Anatomie pathologique des cicatrices dans les différents tissus. Ce prix était de 1,500 fr. L'Académie décerne un prix de 1,000 fr. à M. le docteur HUTIN (Félix), médecin en chef de l'hôtel des Invalides, auteur du mémoire n° 1. — Et un encouragement de 500 fr. à M. le docteur ROUIS (Jean-Louis), médecin-major au 71e régiment de ligne, auteur du mémoire n° 3.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — L'Académie avait proposé la question suivante : Déterminer, par des faits rigoureux et bien observés, l'influence positive des affections morales sur le développement

de maladies du cœur. Ce prix était de 1,500 fr. Un seul mémoire es parvenu à l'Académie, il n'a été jugé digne d'aucune récompense. L'Ac démie a décidé que la question ne serait pas remise au concours.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — La question proposée était : De la mélancolie. Ce prix était de la valeur de 3,000 fr. L'Académie partage, par parties égales, cette somme de 3,000 fr. à titre de récompenses, entre : M. HARREAUX (Charles-Victor), de Grouville, auteur du mémoire n° 2; M. MICHEA (Claude-François), auteur du mémoire n° 5; M. SCHNEPF, médecin interne à Sainte-Barbe, auteur du mémoire n° 6, M. POTERIN DU MOTEL, auteur du mémoire n° 7.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie avait mis au concours la question suivante : De l'albuminurie dans l'état puerpéral et de ses rapports avec l'éclampsie. Ce prix était de la valeur de 1,000 fr. L'Académie partage ce prix entre : M. le docteur BACH, docteur en médecine à Strasbourg, auteur du mémoire n° 1, et M. le docteur IMBERT-GOUBEYRE, professeur-suppléant à l'école de Clermont-Ferrand, auteur du mémoire n° 3. Une mention honorable est accordée à M. le docteur H. BLOT, auteur du mémoire n° 4.

Prix fondé par M. Nadau.—Ce prix, dont le concours est resté ouvert jusqu'au 31 décembre 1853, devait être décerné à celui qui aurait professé ou publié le meilleur cours d'hygiène populaire, divisé en 25 leçons. Ce prix était de la valeur de 3,000 fr. Dix-huit mémoires, tant manuscrits qu'imprimés, ont été envoyés à l'Académie, qui a arrêté : 1° Qu'un premier prix de 2,000 fr. sera accordé à M. le docteur TESSEREAU, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 13. Et qu'un second prix de 1,000 fr. sera accordé à M. le docteur LACHAISE, auteur du mémoire n° 10. 2° Que des mentions honorables seront accordées à MM. DUCLOS et BOUTEILLIER, auteurs du mémoire n° 4; à M. ÉBRARD, auteur du mémoire n° 17; à M. DESCIEUX, auteur du mémoire n° 9; à M. BOURDET, auteur du mémoire n° 1, et à M. REINVILLIERS, auteur du mémoire n° 16.

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs.—L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder (pour le service de 1852) : 1° *Un prix de* 1,500 *fr.* partagé entre les trois médecins dont les noms suivent : M. BENOIT, officier de santé à Grenoble, pour le grand nombre de ses vaccinations. — M. VIZERIE, docteur en médecine à Bergerac, recommandé d'une manière toute particulière par M. le préfet de la Dordogne, témoin de son zèle soutenu à répandre la vaccine.—M. LABOULBÈNE, interne lauréat des hôpitaux de Paris, pour ses recherches sur la vaccine en général, et en particulier pour son mémoire sur les analogies des fièvres éruptives à leur début.—2° Quatre médailles d'or à : M. BOUTET, secrétaire de l'Association médico-chirurgicale de Chartres, pour avoir provoqué les recherches qui ont fait trouver du cow-pox. — M. MERLAND, secrétaire du comité de vaccine de Napoléon-Vendée, pour l'intérêt de ses rapports sur l'état de la vaccine dans le département, et les soins qu'il met à les rédiger. — M. LALAGARDE, docteur médecin à Albi (Tarn), pour son mémoire sur la vaccine, et l'instrument qu'il a imaginé pour faciliter l'ascension du vaccin dans les tubes capillaires. — M. THOUVENIN, docteur-médecin à Lille (Nord), secrétaire du Comité de vaccine, pour ses propres travaux sur la vaccine, et pour l'impulsion qu'il a su communiquer aux médecins en correspondance avec le comité. — 3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des mémoires et des observations qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles accordées à MM. les médecins des épidémies. — L'Académie, chargée de faire annuellement un rapport général à l'autorité sur le service des épidémies et sur le service des eaux minérales, a décidé que, pour encourager le zèle des médecins, elle proposerait à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, d'accorder des médailles à ceux qui lui auraient envoyé les meilleurs travaux. En conséquence, elle propose (pour le service de 1853) d'accorder : 1° Des médailles d'argent à : M. PENANT, de Vervins (Aisne), pour son rapport sur une épidémie d'angine couenneuse. — M. LECADRE, du Havre (Seine-Inférieure), pour ses rapports sur deux épidémies de variole. — M. PAGÈS, d'Alais (Gard), pour son rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde. — M. DE SCHACKEN, de Château-Salins (Meurthe), pour ses rapports sur deux épidémies de fièvre typhoïde. — M. JACQUEZ, de Lure (Haute-Saône) pour son rapport sur une épidémie de variole. — 2° Des médailles de bronze à : M. PIFFARD, de Brignoles (Var), épidémie de fièvre typhoïde. — M. GUILLOT, de Villefranche (Rhône), épidémie de variole. —M. HEULARD D'ARCY, de Clamecy (Nièvre), épidémie de fièvre typhoïde. — M. LESPIAU, aide-major au 57e régiment de ligne, épidémie d'angine couenneuse à Avignon. — M. VIARD, de Semur (Côte-d'Or), épidémie de fièvre typhoïde.

— Le rapport sur le service des *Eaux minérales* a été ajourné, il n'y a pas lieu à décerner des médailles cette année.

PRIX PROPOSÉS POUR 1855. — *Prix de l'Académie.* — Déterminer par des faits précis le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans des pays chauds et les voyages sur mer, exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Du goître endémique; étiologie, anatomie pathologique, prophylaxie; rapports avec le crétinisme. Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — De la catalepsie. Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — *Question relative à l'art des accouchements.* — Des morts subites dans l'état puerpéral. Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr. — *Question relative aux eaux minérales.* — Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des *eaux minérales alcalines*, et préciser nettement les cas de leur application. Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera décerné à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication. Ce prix sera de la valeur de 3,700 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1856. — *Prix de l'Académie.* — Faire l'histoire des applications du *microscope* à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies; signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — De l'anatomie pathologique des kystes. Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Établir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite. Ce prix sera de la valeur de 2,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — De la saignée dans la grossesse. Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre pendant cette troisième période (1850 à 1856), ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. La valeur de ce prix sera de 12,000 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1857.—*Prix fondé par M. le docteur Lefèvre.* — De la mélancolie. Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,800 fr.

Les mémoires pour les prix à décerner en 1855 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclus du concours. (*Décision de l'Académie*, du 1er septembre 1838.) — Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont seuls exceptés de ces dispositions.

M. FR. DUBOIS, secrétaire perpétuel, prononce les éloges de MM. DÉSORMEAUX, CAPURON, DENEUX et BAUDELOCQUE.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Epispadias avec présence de treize calculs; opération, guérison, par M. SANTAOLARIA.

Ce cas prouve, une fois de plus, combien l'urine, lorsqu'elle séjourne dans un lieu, a de tendance à y déposer ses parties solides sous forme de concrétion, et combien aussi cette tendance peut réaliser de semblables produits dans les parties mêmes des voies urinaires où le libre écoulement de ce liquide continue.

Un homme de soixante-six ans avait, depuis l'âge de six ans, à la suite d'une affection pustuleuse, un épispadias. L'orifice anormal ne donnait passage à l'urine que goutte à goutte, et le méat était complétement oblitéré.

Des symptômes de strangurie le forçant de recourir à une opération, on fendit l'urètre, et l'on trouva, dans le cul-de-sac exis-

tant entre l'épispadias et le méat oblitéré, dans la fosse naviculaire, trois calculs blanchâtres. On en fit l'extraction avec une pince. Mais il fallut ensuite, à plusieurs reprises successives, inciser la portion spongieuse de l'urètre, pour en retirer dix autres calculs de différent volume.

La liberté de l'excrétion urinaire étant ainsi recouvrée, on s'occupa de rétablir la continuité naturelle du canal, ce qui s'obtint en y laissant une sonde à demeure et en unissant les bords de l'urètre incisé au moyen de points de suture. (*El Heraldo medico*, 28 août 1854, p. 246.)

Observation d'un cas d'hydromètre, par M. Lewis Shanks, professeur d'accouchements au Collége médical de Memphis (États-Unis).

De bons esprits mettent en doute l'existence de l'hydromètre, et à plus forte raison de la tympanite utérine en dehors de l'état de gestation, malgré la place que ces deux maladies occupent et conservent *ab antiquo* dans le cadre nosologique, et malgré les nombreuses observations anciennes et modernes sur lesquelles leur histoire est édifiée. Ce doute, très répandu, impose aux observateurs l'obligation de ne faire entrer dans les annales de la science que des faits recueillis avec des détails suffisants pour contrôler le diagnostic. C'est pour cela que nous avons passé sous silence une observation *d'hydropisie utérine en dehors de l'état de gestation*, recueillie dans le service de M. Teissier à l'hôtel-Dieu de Lyon, et publié dans le n° de mars 1854 de la *Gazette médicale* de la même ville. Nous ne parlons aujourd'hui de cette observation que parce qu'elle a été, dans le numéro de mai du même journal, l'objet d'une critique vive de la part de M. Stoltz, qui cherche à démontrer que le diagnostic qui ne porte que sur un symptôme, l'écoulement par les parties génitales d'une certaine quantité de liquide séreux et alcalin, sans mentionner le développement de l'utérus, la fluctuation, etc., n'a pas réellement été établi.

L'appréciation de l'habile professeur de Strasbourg ne se borne pas au fait qui est l'objet, ou plutôt le prétexte du débat; elle porte sur l'ensemble des faits, et maintient avec une profonde conviction l'opinion défendue en 1842 devant le *Congrès médical de Strasbourg*, à savoir : « Qu'il soutient, contre les anciens et les modernes, que l'hydropisie de la matrice hors l'état de gestation et la tympanite utérine ne sont pas possibles, et n'ont par conséquent jamais été observées telles qu'on les décrit ordinairement. » A en juger à la vivacité des expressions, on sent que M. Stoltz se souvient que l'honorable médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon a cherché, dans un mémoire publié en 1844 dans la *Gazette médicale de Paris*, à infirmer les critiques dirigées contre l'hydromètre et la tympanite utérine au Congrès médical de Strasbourg. La réplique de M. Teissier ne s'est pas fait attendre (*Gazette médicale de Lyon*, septembre 1854). Se montrant de facile composition à l'égard des faits anciens, il maintient la réalité des deux maladies utérines contestées, à l'aide de faits contemporains dont quelques-uns semblent de nature à résoudre la question. M. Stoltz n'est pas, du reste, le seul à nier d'une manière aussi formelle l'existence de l'hydromètre. M. Shanks, pour mettre en relief l'importance de son observation, la fait suivre de l'opinion d'un accoucheur qui fait justement autorité en Amérique. Voici comment s'exprime le professeur Meigs dans son *Traité d'accouchements et des maladies des femmes* : « Quant à l'*hydromètre*, je n'y crois pas ; il m'est indifférent qu'on dise l'avoir vue ; je le répète, je ne crois pas à une telle maladie.» Le fait observé par M. Shanks est-il bien réellement un cas d'hydromètre? Pour qu'on puisse en juger en connaissance de cause, nous avons reproduit, sur les points importants, tous les détails fournis par l'auteur, nous bornant pour le reste à une analyse succincte.

Obs. — Madame W..., âgée d'environ cinquante-trois ans, d'un tempérament sanguin, grande, un peu grêle, avait eu dix enfants, le dernier en 1842. Ayant perdu peu de temps après son mari, elle resta veuve six ou sept ans, et se remaria. Elle avait cessé d'être réglée à quarante-sept ou quarante-huit ans. Antérieurement et depuis cette époque, sa santé avait été bonne, à l'exception d'une dysentérie aiguë survenue il y a deux ans, qui devint chronique et dura longtemps, à laquelle elle fait remonter sa maladie utérine. Le premier symptôme de celle-ci fut le développement d'une tumeur dans la partie la plus inférieure de l'abdomen. Cette tumeur, bien qu'un peu sensible à la pression, incommoda à peine la malade pendant plusieurs mois. Un an après, ayant reçu des avis contradictoires, et le volume du ventre étant devenu une cause de gêne et de souffrance, elle vint à la ville pour se confier aux soins de M. Shanks et de M. Fruyser.

Après un examen attentif de l'état présent et des antécédents, ils restèrent convaincus que cet accroissement considérable de l'abdomen était le résultat du développement de l'utérus par une grande quantité de liquide contenu, soit dans un kyste intra-utérin, soit dans le corps de l'utérus lui-même, l'orifice interne du col étant fermé. Ce diagnostic a été porté d'après la fluctuation très distincte de l'abdomen et d'après le développement du segment inférieur de l'utérus constaté par le toucher vaginal et anal. Bien que la partie inférieure de l'utérus augmentée et dilatée parût d'une manière certaine constituer la portion inférieure de la grosse tumeur qui remplissait la cavité abdominale, il était impossible de constater la fluctuation par le vagin, tant l'hypertrophie et l'induration de cette portion de la paroi utérine étaient prononcées. Le col descendait très bas dans l'excavation du bassin, et se rencontrait presque immédiatement au-dessus de la commissure postérieure de la vulve ; et quoique ses parois fussent très résistantes et brusquement dilatées, la première phalange de l'index pouvait être introduite sans peine dans la cavité. Il n'y avait ni ulcération du col ni écoulement indiquant une ulcération cachée ou une maladie de mauvaise nature, bien que les parois du col fussent épaissies et indurées d'une manière extraordinaire, au point de donner au toucher la sensation d'une dureté presque cartilagineuse.

Le diagnostic étant porté, il fut décidé qu'on ouvrirait le lendemain, 6 février 1854, l'orifice utérin ou le kyste contenu dans la cavité utérine, le grand développement de l'abdomen faisant craindre une rupture des parois de l'utérus. Après avoir fait des tentatives inutiles pour faire pénétrer une sonde ordinaire et des cathéters de différents volumes, M. Shanks eut recours à la sonde utérine porte-caustique, dont il recourba l'extrémité du mandrin dans l'étendue de 1 pouce 1/2 hors de la canule, afin de la pouvoir diriger en arrière et en haut derrière la symphyse des pubis, dans la direction de l'axe du col et vers le centre de la tumeur. Il réussit, en usant d'un degré modéré de force, à faire pénétrer l'instrument à 2 pouces dans le col, et, à cette profondeur, rencontrant une résistance élastique, il poussa avec force l'extrémité de l'instrument dans la direction du centre de la tumeur, dans laquelle il pénétra ; ayant ensuite poussé la canule, il retira le mandrin. 2 onces environ d'un fluide gélatineux, épais, de couleur brunâtre, furent évacuées. Le mandrin fut introduit de nouveau dans la canule pour la déboucher, et 18 pintes de fluide séro-sanguinolent s'écoulèrent au dehors sans obstacle nouveau. Le canal étroit, long de 2 pouces, s'étendant de l'orifice externe à travers le col à la cavité du kyste, embrassait la sonde si étroitement, qu'il fallut employer une certaine force pour la retirer, et la densité de cette portion de la paroi du kyste fut rendue plus évidente encore par une secousse très sensible et par le rapprochement des bords de l'ouverture au moment où l'extrémité de la sonde fut soustraite à leur pression. Après la sortie du liquide, l'état d'hypertrophie et d'induration du col et du segment inférieur de l'utérus était encore plus manifeste ; le reste de l'organe était souple et mou et ne revenait pas sur lui-même. Le col et le segment inférieur, épaissis et indurés, s'avançaient sur les côtés des fosses iliaques, de manière à former sur les bords de l'utérus des saillies arrondies distinctes, et toute la portion indurée de l'organe était unie par une inflammation adhésive aux pubis et aux autres parties voisines, de manière à le fixer solidement dans sa position.

Lorsque l'utérus fut vidé, la malade, qui était fort souffrante depuis quelque temps, fut soulagée et continua à aller mieux jusqu'à ce que le liquide se fût accumulé de nouveau, et au bout d'un mois la quantité était déjà assez grande pour requérir une nouvelle opération. Le 7 mars, on retira par la même voie 14 pintes de liquide séro-albumineux d'une apparence plus purulente que le premier. Quand le kyste fut évacué, on injecta par la canule, dans sa cavité, 20 onces d'eau avec 3 gros de teinture d'iode, puis après avoir agité ce liquide pendant quelques minutes, on le laissa sortir. Après l'opération, la malade fut soumise à un traitement général par les ferrugineux, l'iodure de mercure, etc. Six semaines après, l'utérus était de nouveau distendu, mais la santé générale était meilleure. Le 17 avril, on retira 18 pintes de liquide mélangé de pus ou composé de mucus et de sérosité comme dans la dernière ponction ; on injecta dans le kyste 20 onces d'eau et 4 gros de teinture d'iode, qui firent éprouver à la malade une légère sensation de brûlure dans la cavité du sac. Trois jours après, se trouvant assez bien, elle partit pour se rendre à des eaux thermales renommées par leur efficacité dans le traitement des hydropisies, et à dater de ce moment l'auteur n'a pas eu de ses nouvelles.

Est-ce bien là un cas d'hydropisie de l'utérus, et faut-il sans ré-

serve partager la conviction de l'observateur du fait ? Nous ne portons pas l'exigence jusqu'à demander des preuves directes que l'autopsie cadavérique peut seule fournir ; nous croyons, au contraire, que l'ampliation de l'utérus peut être constatée d'une manière certaine sur le vivant ; mais cette ampliation doit se présenter avec des caractères qu'elle n'a pas dans le cas présent. Comment, en effet, concevoir un développement de l'utérus aussi considérable sans que les parois du segment inférieur de cet organe ne se soient amincies et assouplies de manière à laisser constater la présence du liquide par le vagin. L'étendue du canal formé par le col et même peut-être par la cavité utérine; la densité du tissu utérin, qui n'est autre que celle de cet organe à l'état de vacuité à un âge avancé, semblent prouver que le corps de l'utérus vide, adhérant aux parties profondes d'une manière intime, par sa face antérieure et ses bords, contribuait à former sur un point les parois d'un vaste kyste de l'ovaire, qu'on a ouvert à travers la paroi antérieure de la cavité du col ou de la matrice elle-même. (*The American Journal of the Medical Science*, juillet 1854.)

Fistule urinaire ouverte en un point tout à fait inusité, par M. le docteur MACPHERSON.

Le docteur Macpherson, ayant eu l'occasion d'ouvrir un abcès qui faisait saillie dans la région du grand trochanter, fut fort étonné d'apprendre, le lendemain du jour de l'opération, que le malade rendait une grande partie de ses urines par l'ouverture qui avait été pratiquée. Ses doutes à ce sujet furent bientôt dissipés par l'observation directe, confirmative en tous points du récit du malade. Voici l'observation succincte de ce fait curieux :

Le malade était un phthisique âgé de trente et un ans, admis à *General Hospital* pour des douleurs et un engorgement ganglionnaire dans l'aine gauche avec flexion de la cuisse. Peu à peu survint une difficulté d'uriner qui nécessita l'emploi de la sonde. Le cathétérisme fut très facile et ne fit découvrir aucune maladie de l'urètre ni de la prostate ; l'urine déposait une quantité énorme de pus. Plus tard, le malade se plaignit de douleurs dans les reins, et enfin se manifesta l'abcès en question. Dès que ce dernier fut ouvert, les urines redevinrent claires et limpides, et il fut constaté qu'environ la moitié passait par l'ouverture artificielle ; peu à peu cependant cette quantité diminua, et au bout de quinze jours à peu près, la fistule ne fournissait plus que très peu de liquide.

De quelle manière doit-on envisager les rapports de causalité liant entre eux le développement de l'abcès sus-trochantérien et la maladie de la vessie qui a dû exister nécessairement? Le manque de détails, que l'on regrette trop souvent de rencontrer dans l'histoire des faits communiqués par les médecins anglais, nous force de laisser cette question complétement irrésolue. (*The Indian Ann. of Med. Science*, avril 1854.)

Remarques sur un bon moyen de traitement de la salivation mercurielle, par M. NORMAN CHEVERS, M. D.

Ce moyen n'est autre que le gargarisme ioduré, dont l'auteur ne revendique point la priorité, mais qu'il est heureux de recommander, non-seulement pour tous les cas où la salivation existe déjà, mais encore pour ceux où la nécessité d'administrer un traitement mercuriel fait craindre l'invasion de cette grave complication.

L'auteur rapporte plusieurs observations dans lesquelles on voit des salivations très graves, provoquées par des doses de calomel considérables, avec gonflement, ramollissement et saignement des gencives, être arrêtées en deux jours au moyen d'un gargarisme généralement composé comme il suit :

Eau.	8 onces.	
Teinture d'iode. . .	2 drachmes.	(*Idem.*)

De l'influence relative du mâle et de la femelle dans la reproduction, par M. ORTON.

Le *Newcastle Chronicle*, cité par l'*Edinburgh Monthly Journal*, nous apprend que la communication de M. Orton a excité le plus vif intérêt. Les lois qu'il établit vont, en effet, tout droit à pénétrer les plus profonds mystères de la génération. Il est regrettable seulement qu'il n'ait pu les appuyer sur de plus nombreux exemples, et principalement sur des faits de procréation régulière et normale.

Dans la reproduction des espèces animales, dit l'auteur, tout n'obéit point à une force aveugle. Au contraire, chacun des parents contribue à la formation de certains tissus ou organes, et au développement de certaines qualités. Le mâle détermine surtout les caractères extérieurs, l'apparence générale, ainsi que les agents de la locomotion (cerveau, nerfs, organes des sens, peau, les os et les muscles, notamment ceux des membres). La femelle influence de préférence la formation des viscères internes pour leurs dimensions et leurs qualités (le cœur, les poumons, les glandes, les organes digestifs). C'est elle qui donne le ton et imprime le caractère aux fonctions vitales d'accroissement, de nutrition, de sécrétion.

Les rejetons d'animaux croisés, ou les animaux hybrides, fournissent à M. Orton la preuve favorite de son système. Ainsi, le mulet, produit de l'âne et de la jument, diffère beaucoup de celui qui est issu de l'ânesse et du cheval. Le premier a tous les caractères extérieurs de l'âne : les mêmes oreilles, quoique un peu plus courtes ; la crinière et la queue, le pelage, les jambes déliées, le sabot élevé, étroit et contracté : c'est, de tout point, un âne modifié. Mais le corps est rond et plein, et diffère entièrement de celui de l'âne, se rapprochant en cela de la jument. On peut répéter sur le second les mêmes observations, mais en sens inverse.

Toutefois, le mâle n'est pas sans influence sur la forme des viscères intérieurs, ni la femelle sur l'apparence extérieure. Il y a là une seconde loi, dite, par l'auteur, *de limitation*, qui circonscrit l'effet de la première sans la détruire. En fait, si le mâle confère à son produit les attributs extérieurs, la femelle agit de son côté pour les modifier. Il en est de même pour la part respective qu'ils prennent l'un et l'autre au développement des appareils splanchniques.

— Il nous suffira d'avoir fait connaître cette hypothèse. Chacun voit immédiatement les objections dont elle est passible. Mais comme elle peut ouvrir la voie à des études sérieuses, à des points de vue encore inexplorés et fort intéressants, nous n'avons pas dû la passer sous silence. (*Dublin Medical Press*, 23 août 1854, p. 117.)

Application du microscope au diagnostic des chancres syphilitiques, par M. V. BAERENSPRUNG.

Une ulcération syphilitique primitive présente des bords à pic, un fond grisâtre formé par un tissu altéré dans lequel l'examen microscopique fait reconnaître des fibres de tissu cellulaire baignant dans du pus. C'est par la mortification successive des couches contiguës du tissu cellulaire que s'opère l'extension du chancre en largeur et en profondeur. Le pus chancreux contient toujours, quand on l'examine au microscope, des fibres de tissu cellulaire altéré. Le chancre diphthéritique ne présente, en réalité, aucun caractère microscopique autre que le chancre ordinaire ; que l'ulcère syphilitique inflammatoire avec tendance à la gangrène par une mortification étendue en masse des tissus sur lesquels il siége. Dans la matière qui constitue ses parois on reconnaît encore, outre les fibres de tissu cellulaire, des glandes de la peau qui ne sont pas, en général, masquées par une enveloppe de pus. Dans le chancre induré, les parois de l'ulcère sont constituées par le dépôt d'une matière identique avec celle que l'on observe dans certaines formes de lésions secondaires, comme les nodus, les gommes, etc. Les petites ulcérations à la suite d'herpès, celles qu'on observe encore quelquefois après les blennorrhagies, ou consécutivement à l'action prolongée d'une cause d'irritation quelconque, présentent, ou une intégrité incomplète du derme, ou une couche de pus, mais jamais la couche d'éléments mortifiés qui caractérise le chancre.

Ces caractères sont présentés comme pouvant servir au diagnostic du chancre larvé de l'urètre. Dans le pus des blennorrhagies, chez l'homme comme chez la femme, ainsi que dans le catarrhe utérin, jamais l'auteur n'a rencontré des débris abondants de fibres de tissu cellulaire tels qu'on les observe dans les cas de chancre urétral ; c'est ce que l'auteur a pu, dit-il, parfaitement constater

chez six malades qui présentaient les signes bien connus du chancre urétral.

Ces caractères offrent-ils toute l'importance que l'auteur voudrait y attacher? Nous le croyons à peine, surtout dans ce qui a trait au diagnostic des formes d'ulcère syphilitique entre elles; le caractère indiqué pour le diagnostic différentiel de la blennorrhagie et du chancre urétral a, au contraire, beaucoup plus de valeur. Ces expériences ne sont encore, nous en sommes assurés, que les premiers résultats de recherches nombreuses et d'un enseignement brillant inauguré depuis quelques années à l'hôpital de la Charité de Berlin. (*Gesell. f. wissens. Med.*, et *Allgem. Med. Cent. Zeit.*, n° 80, p. 638.)

Transmission de la morve à l'homme, par M. le docteur Lebel. — **Même sujet**, par M. Henri Bouley.

La transmissibilité de la morve à l'homme n'est plus aujourd'hui contestée, comme cessera de l'être un jour la contagionabilité de plusieurs affections propres à l'espèce humaine. Mais l'opinion est si rétive sur ce genre de questions, qu'il ne sera pas inutile de consigner les deux faits suivants de morve aiguë transmise du cheval à l'homme.

Obs. I. — Le 27 février 1854, un cheval entier de huit ans est présenté à M. Lebel, vétérinaire à Lonjumeau, pour un jetage par la narine gauche, avec toux sèche et engorgement d'un ganglion de l'auge (sous la mâchoire inférieure). Le jetage est peu abondant, légèrement jaunâtre, assez clair, et n'adhère que faiblement aux ailes du nez. Muqueuse nasale rosée, sans boursouflement. La glande est petite, régulière, peu douloureuse, mobile. Rien de particulier dans l'état du pouls, des conjonctives, de la respiration. Testicules entièrement sains. Le malade est isolé.

Huit jours plus tard, sous l'influence d'un traitement approprié, le jetage était plus clair et moins abondant, la glande plus petite, l'appétit meilleur, quand un autre cheval, qui avait été voisin de celui-ci, présenta les mêmes symptômes. Son état s'améliora également au bout de peu de jours. Mais bientôt, chez tous deux, les accidents reparurent avec une grande intensité. Jetage verdâtre, adhérent aux ailes du nez, occupant maintenant les deux narines. Glande volumineuse, inégale, adhérente, etc. Les testicules restent néanmoins intacts.

Depuis le début jusqu'à la recrudescence, les deux chevaux avaient été soignés par le propriétaire, homme dans la force de l'âge, d'une santé robuste, et très bien constitué. Le 9 mars, sans qu'on ait pu découvrir la voie de contagion, il présenta au bras droit, un peu au-dessus du coude, une tumeur assez volumineuse, sensible, ayant l'apparence d'un phlegmon, mais sans caractère inflammatoire bien franchement dessiné. Fièvre, abattement, altération des traits. Un médecin appelé ouvrit la tumeur, qui donna issue à du pus *de bonne nature;* mais presque aussitôt les lèvres de la plaie se renversèrent en dehors, et il se forma une sorte d'ulcère dont la cicatrisation fut pourtant assez rapide. Quelques jours après, tumeurs semblables aux membres inférieurs et supérieurs, mais qui cette fois, après avoir présenté des signes plus marqués d'inflammation, disparurent d'elles-mêmes. A partir de cette époque, la morve se développa avec intensité. Écoulement verdâtre par les narines, face énormément bouffie; pustules et ulcérations au pourtour du nez, sur le front, etc. Ce malade succomba le 19 ou 20 mars.

Obs. II.—Ce fait, indiqué brièvement, a été communiqué à M. H. Bouley par MM. Panguoué et Bresson. En mars 1853, un charlatan du nom de Moqué fut consulté sur un jetage dont un cheval était affecté. Cet homme déclara qu'il s'agissait d'une simple gourme. Le propriétaire continua à se servir de son cheval et à le panser. Il alla même jusqu'à essuyer les naseaux de l'animal avec son propre mouchoir, dans la crainte d'être inquiété par les autorités des lieux qu'il devait traverser. Cet homme succomba le 7 avril à tous les symptômes d'une affection farcino-morveuse; et quelques jours après M. Panguoué, vétérinaire requis par l'autorité, constata que le cheval était atteint de la morve aiguë, et en prescrivit l'abatage immédiat. (*Recueil de médecine vétérinaire*, 1854, n° 9.)

Chorée essentielle chez une femme de quatre-vingt-trois ans, par M. H. Roger.

La chorée est essentiellement une maladie de l'enfance, surtout à partir de la première année. Passé quinze ans, on aurait généralement affaire à des accidents choréiformes symptomatiques de lésions cérébrales ou épinières, plutôt qu'à une véritable danse de Saint-Guy.

Toutefois M. Sée, dans son remarquable travail couronné par l'Académie de médecine, cite, d'après MM. Andral, Monneret et Fleury, Jeffries, Coste, Reeves, divers cas de chorée idiopathique à trente-deux ans, quarante ans, quarante-cinq ans, soixante ans; trois, en outre, appartenant à sa pratique personnelle, se répartissent par trente-six ans, quarante-quatre ans, cinquante-neuf ans. On en trouve enfin deux de Porvel et Matron (*Transact. of the Physic*, t. V, p. 358) à soixante-dix ans, et un de Bouteille (*Traité de la chorée*) à quatre-vingts. Nous-même, chez deux aliénés incurables, avons constaté des phénomènes analogues très dessinés et très étendus, survenus sans lésion matérielle appréciable, vers l'âge de cinquante ans.

A ces exemples, M. H. Roger en ajoute un d'autant plus important que, malgré les quatre-vingt-trois ans de la malade, l'essentialité morbide semble incontestable. Cette dame, en effet, sauf de légers malaises, jouissait d'une santé aussi parfaite que le comportait son grand âge, lorsqu'elle éprouva de l'incertitude et de l'exagération dans les mouvements du bras et de la jambe droite. Quelques jours après, l'irrégularité motrice augmente considérablement. Le bras, ramené en avant, est rejeté en arrière par les contractions involontaires, ou porté, ainsi que la jambe, dans des directions bizarres. La station est impossible, et madame ... a peine à manger seule.

Les muscles supérieurs ne sont que faiblement atteints. Il y a conservation de l'intégrité des sens. La pensée est lucide, et voilée seulement par une teinte de tristesse.

Tout indiquait l'absence d'altérations organiques. Cette présomption fut confirmée par la promptitude de la guérison. Après avoir progressé pendant une quinzaine, peu à peu les accidents faiblirent, et, quarante jours écoulés, il n'en restait plus de trace.

Le traitement consista en un mélange d'oxyde de zinc et de poudre de belladone, graduellement élevé de 25 centigrammes à 1 gramme pour l'un, et de 5 à 10 centigrammes pour l'autre.

On remarquera la terminaison facile, qui assimile cette chorée aux cas les plus simples.

L'affection, suivant M. Roger, est toujours aisément curable quand elle se réduit à un trouble purement fonctionnel. Il lui répugne, du moins, en pareille circonstance, d'employer des agents énergiques, comme la strychnine, par exemple, dont la supériorité n'est pas absolument démontrée. (*Union médicale*, 24 septembre 1854.)

Anatomie pathologique de la grenouillette, par le docteur C.-O. Weber.

Tous les anatomo-pathologistes ne sont pas encore aujourd'hui d'accord sur le siége anatomique exact de cette tumeur sublinguale, que l'on nomme grenouillette. M. le docteur C.-O. Weber, professeur particulier de l'université de Bonn, a mis à contribution deux faits qu'il a eu occasion d'observer à la clinique de M. Wutzer, pour avancer la solution de cette question. Les tumeurs ne présentaient, dans ces deux cas, rien de remarquable; elles furent vidées du liquide qu'elles contenaient au moyen du trocart; puis le chirurgien enleva, au moyen de ciseaux, la paroi antérieure du kyste et cautérisa profondément la cavité. Le liquide, examiné immédiatement au microscope, ne contenait que des noyaux granuleux, des débris d'épithélium plus ou moins altérés. Examiné chimiquement, par le docteur Boedeker, il présenta les caractères suivants: — *a*. Le liquide ne se trouble pas par l'ébullition. — *b*. La dissolution limpide est à peine troublée par l'addition de cyanure de potassium et de fer. — *c*. L'addition d'une certaine quantité de teinture de noix de galle et de bichlorure d'argent fait naître un précipité floconneux manifeste. — *d*. Le précipité est encore plus abondant sous l'influence de l'addition de l'acide acétique. — *e*. Pas de coloration rouge du liquide par l'addition du chlorure de fer. — *f*. Le liquide extrait du kyste ne pouvait, comme la salive, transformer la fécule en sucre. Ces résultats prouvent que le liquide soumis à l'expérience: 1° ne contient pas d'albumine ou de paralbumine (expériences *a* et *b*), du moins en quantité notable. 2° Les réactions *a*, *b* et *c* démontrent qu'il renferme un peu de pyine.

3° Son élément constituant est, avec l'eau, le mucus. 4° D'après les expériences *e* et *f*, il ne possède pas les caractères de la salive. D'autres analyses, faites par Gmelin (*Liebig's Annal.*, vol. XXXIV, p. 95, et vol. XLI, p. 301), M. Gorup-Besanez (*Heller's Archiv*, 1845, p. 13-23), enfin par M. Shuh, dans le laboratoire de M. Heller, ont démontré que ce liquide n'avait pas les caractères de la salive. Sa composition chimique offre une grande analogie avec celle des liquides contenus dans les sacs synoviaux, les synoviales tendineuses, les fibro-cartilages interarticulaires (Virchow, *Würzb. Verhandl.*, II, p. 281) ; dans un hygroma, d'après Simon (*Med. Chemie*, II, p. 380).

L'étude anatomique et histologique de la grenouillette conduit aux mêmes conclusions. D'après M. Koelliker (*Mikr. Anat.*, II, p. 51), les parois des conduits excréteurs des glandes salivaires sont constituées par un tissu cellulaire dense, mêlé de fibres élastiques et musculaires organiques, et revêtues à l'intérieur d'une couche d'épithélium cylindrique. Les parois de la grenouillette, au contraire, sont constituées par un tissu cellulaire plus ou moins dense, tapissé çà et là d'épithélium pavimenteux, mais jamais de cylindrique.

M. C.-O. Weber croit trouver le siége de la grenouillette dans une hypertrophie d'une bourse muqueuse, qu'on rencontre assez fréquemment sur la partie latérale du frein de la langue, et qui a été d'abord décrite par Fleischmann (*De novis sublinguæ bursis*, Norimbergæ, 1841); cependant on a trouvé, dans quelques cas rares, de véritables dilatations de l'extrémité buccale du conduit excréteur de la glande sublinguale. (*Virchow's Archiv f. path. Anat.*, vol. VI, p. 511, 1854.)

De la cyanurie ou chromaturie, par M. R. Virchow.

La *Gazette hebdomadaire*, il y a quelques mois à peine (1854, n° 41, page 682), entretenait ses lecteurs d'un travail de M. Hassal sur la présence accidentelle de l'indigo dans l'urine; cette matière colorante, bleue et quelquefois noire, observée déjà par beaucoup de savants, a beaucoup occupé le savant professeur de Wurzbourg. Aussi avons-nous cru utile de rapprocher son dernier article de celui du médecin anglais.

Dans ces derniers temps la substance bleue qu'on observe quelquefois dans l'urine a beaucoup occupé les savants. M. J. Vogel (*Archiv d. Ver. f. gem. Arbeit.*, vol. I, livr. 1 et 2) a contribué à rendre plus vraisemblable l'opinion qu'elle dérive d'une modification spéciale de l'hématine. Il y a déjà un certain nombre d'années, M. Virchow avait lui-même publié une observation dans laquelle il avait pu constater la présence de cette matière bleue dans l'urine (*Archiv f. path. Anat.*, vol. I, p. 423). Plus tard il la rencontra également dans un autre cas, en traitant l'urine d'un individu avec des acides minéraux (*Würzb. Verhandl.*, vol. II, p. 303). L'auteur put se convaincre, dans ces cas, de l'exactitude d'un grand nombre des opinions émises par Heller (*Archiv f. phys. u. path. Chemie*, 1845), et notamment de l'existence de l'uroglaucine et de sa nature cristalline. M. Virchow repousse vivement l'objection faite à ses travaux par MM. Ch. Robin et Verdeil (*Traité de chimie anat. et phys.*, vol. II, p. 485), et ne croit pas qu'il ait pu méconnaître, comme le disent ces auteurs, des cristaux d'acide urique. Depuis cette époque, M. Virchow n'a point interrompu ses recherches sur ce sujet. La matière bleue de l'urine (uroglaucine de Heller, cyanurine de M. Braconnot, urocyanine d'Aloys Martin, purpurine de G. Bird) ne paraît pas, en général, exister à l'état de liberté dans l'urine; on ne la rencontre ordinairement que dans les cas où l'urine est demeurée longtemps exposée à l'air libre, ou bien lorsqu'on a soumis l'urine à l'ébullition, après avoir ajouté une certaine quantité d'un acide minéral et surtout d'acide chlorhydrique, et qu'on l'a laissée reposer ensuite quelque temps. On obtient alors peu à peu un sédiment violet, brun ou noir. Si l'on prolonge longtemps l'ébullition avec l'acide chlorhydrique, on voit se déposer un sédiment grenu peu coloré, et même, en faisant bouillir le liquide encore plus longtemps, on peut détruire les cristaux. Quelle est cette substance qui favorise le développement d'une matière colorante bleue? Nous ne pouvons admettre, comme le veut Heller, que ce soit de l'urée ; mais il n'est pas improbable que l'acide urique ou l'acide hippurique jouent un certain rôle dans ces réactions. On sait, en effet, que l'on obtient surtout cette matière bleue d'urines riches en acide urique (acide rosacique, uroérythrine); mais jamais par contre, en traitant de l'acide urique, on n'a pu obtenir la coloration bleue ; il faut donc, pour qu'elle se produise, la coexistence de l'acide urique et de la matière colorante de l'urine. Il faut avoir soin, dans l'examen microscopique, de ne pas confondre les cristaux bleus, sous forme de fines aiguilles, avec d'autres cristaux étrangers simplement colorés par cette substance. Ces cristaux sont très solubles dans l'éther et dans l'alcool. M. Virchow, revenant sur certaines opinions émises dans son premier mémoire, montre la liaison qui existe cliniquement et pathologiquement entre l'existence de ces matières colorantes dans l'urine, et des troubles des poumons, du cœur ou de la rate ; aussi la cause première de ces colorations morbides paraît-elle être, comme tendent à le démontrer toutes les recherches modernes, une altération des globules sanguins. (*Virchow's Archiv f. path. Anat.*, vol. VI, p. 259.)

Cas de perforation transversale de la poitrine par un échalas; guérison, par M. Lassaigne.

Obs. — Un soldat tomba du haut d'un cerisier sur un échalas pointu, dans lequel il resta littéralement embroché. Trois heures après, M. le docteur Bax le trouva sur le lieu même, la poitrine diamétralement traversée par l'échalas dont la pointe était entrée dans l'espace intercostal formé par la septième et la huitième côtes gauches, à quatre ou cinq travers de doigt au-dessous du sein et un peu en arrière, et sortie entre la quatrième et la cinquième droites, en arrière du bras et à l'angle postérieur du triangle sous-axillaire. Cette pointe faisait saillie en dehors du corps de 50 centimètres environ.

Ne pouvant procéder à l'extraction sans aide, et d'ailleurs le blessé ne paraissant pas souffrir beaucoup, M. Bax fit scier l'échalas, en en laissant assez en dehors pour donner prise. On transporta ensuite le malade à l'hôpital. Là, en le déshabillant, on remarqua qu'une portion de sa chemise avait pénétré dans la poitrine, sous forme d'une gaîne de près de 3 centimètres de longueur. L'extraction fut assez facile, ce qui tint sans doute en partie à ce que la chemise se trouvait imbibée de sang, ce qui lubrifiait la plaie d'entrée. On entendit à ce moment un bruissement produit par l'introduction de l'air dans le thorax.

On réunit les deux plaies. Les suites furent plus simples qu'on ne l'avait présumé. La réaction fut modérée par cinq saignées faites les trois premiers jours. Il n'y eut ni dyspnée ni hémorrhagie.

Le peu de gravité des accidents a inspiré à quelques médecins l'idée qu'il ne s'était agi, dans ce cas, que d'un simple empalement musculaire ; mais cette explication n'a pas trouvé faveur devant la Société de médecine de Bordeaux. La rectitude du corps perforant, son inflexibilité, le sifflement entendu lors de son extraction, ont paru des raisons convaincantes pour faire admettre qu'il y a eu ici pénétration réelle dans la cavité thoracique. Il nous semble, toutefois, à nous, bien singulier que, avec une déchirure des organes intra-pectoraux aussi étendue que cette hypothèse le nécessite, il n'y ait pas eu le moindre crachat sanguinolent, et qu'on n'ait même jamais observé de toux !

Une indication plus précieuse est fournie par les réflexions du rédacteur en chef, l'honorable et savant M. Costes. Partant de ce double fait, que l'échalas n'a été extrait qu'au bout de quelques heures, et qu'il n'y a eu aucune hémorrhagie, il se demande si cette heureuse circonstance ne dépend point justement du temps pendant lequel le corps étranger est resté dans la plaie. Peut-être, en effet, a-t-il pu se faire, durant son séjour, une sorte de formation plastique qui a mis obstacle à l'effusion sanguine ; et peut-être, en pareil cas, serait-il prudent de ne pas trop se hâter d'extraire le corps étranger. (*Journal de médecine de Bordeaux*, septembre 1854, p. 513.)

Du rectocèle vaginal, par M. Baker Brown.

Plus fréquent sans doute qu'on ne le soupçonne, le rectocèle vaginal, à un degré peu avancé, est ordinairement méconnu ou dissimulé par les malades. Un léger relâchement de la paroi posté-

-rieure du vagin, causé par l'abus des purgatifs, surtout aloétiques ou contenant de la gomme gutte, ne produit pas assez de malaise pour que l'on en parle au médecin, ou même souvent pour qu'on s'en aperçoive.

Mais peu à peu l'utérus, entraîné en bas, vient augmenter par son poids l'incommodité. Le plancher périnéal se trouve relâché sans rupture du sphincter, et, à chaque évacuation alvine, la patiente éprouve la sensation pénible d'un corps qui tend à se précipiter au dehors.

Tous les cas de cette espèce n'exigent pas une opération. Assez fréquemment, le mal peut être soulagé par des bandages périnéaux, des injections astringentes, le décubitus horizontal, une diète relâchante, l'usage des laxatifs exclusivement salins ou composés de jalap, mais qui n'agissent que sur la partie supérieure du tube digestif.

L'opération que M. Brown a pratiquée, et qui devient nécessaire pour les cas rebelles, et à un degré plus avancé du mal, consiste à disséquer un lambeau de la membrane muqueuse du vagin, sur la partie postérieure et sur les côtés de ce conduit. On enlève ensuite ce lambeau, et l'on affronte les deux bords de la plaie qui en résulte, à l'aide de la suture enchevillée.

Quoique l'étendue du lambeau doive être calculée, dans chaque cas, d'après le degré du relâchement et la dimension du conduit vulvo-utérin, l'auteur pose cependant, comme règle générale, que, lorsque la maladie est très prononcée, il est nécessaire de donner au lambeau un pouce de largeur sur la paroi postérieure du vagin et un demi-pouce sur les parties latérales. Il avertit aussi de faire une perte de substance plus large à la jonction de la muqueuse avec la peau que dans le reste de la hauteur. (*Medical Circular* et *Dublin Medical Press*, 13 septembre 1854, p. 166.)

Du sulfite de soude contre les accidents mercuriels, par M. Astrié.

M. Astrié s'est proposé de trouver un moyen qui, non-seulement, guérisse les accidents produits par le mercure, mais encore permette d'en continuer l'administration sans avoir à craindre le retour de ces accidents.

Fondé sur la propriété que les eaux minérales sulfureuses possèdent pour produire ce double effet, réfléchissant d'ailleurs que le soufre se transforme rapidement en sulfures dans le tube digestif; que les sulfures ont une action altérante et fluidifiante sur les matières albuminoïdes; qu'ils laissent développer un peu d'acide sulfurique, probablement sous l'influence de l'acide carbonique contenu dans le sang de la veine porte; qu'ensuite ils traversent le foie, et s'oxygènent durant la circulation cardiaco-pulmonaire, et donnent lieu à des sulfites, des hyposulfites et même des sulfates; il en a conclu qu'il faut agir avec ces derniers produits, et non avec les sulfures, puisque ce sont eux qu'on retrouve dans les sécrétions d'un animal qui a ingéré une assez grande quantité de soufre.

Maintenant, si l'on verse dans de l'albumine une solution de sublimé, jusqu'à formation d'un précipité dense, il suffit de l'addition de quelques gouttes de sulfite ou d'hyposulfite de soude pour rendre au liquide toute sa transparence.

On observe le même phénomène, en substituant au blanc d'œuf le sérum du sang contenant un peu de cruor; seulement le sulfite redissout plus vite et plus complétement le précipité.

Si l'on admet, avec M. Mialhe, que toutes les préparations mercurielles produisent du sublimé par leur réaction sur les chlorures alcalins, seuls ou en contact avec l'air que l'organisme renferme, on comprendra l'importance extrême de ce fait de la dissolution du précipité albumino-mercurique par l'action du sulfite de soude.

On en conclura que les sulfureux peuvent rendre solubles les composés albumino-hydrargyriques qui fixent le mercure dans les tissus, et faciliter leur élimination sous forme de composés solubles, que la suractivité imprimée aux sécrétions cutanées et muqueuses ne laisse pas longtemps séjourner dans l'économie.

Le bon effet reconnu de l'électuaire soufré contre les accidents mercuriels confirme ces données.

Le sulfite de soude est supérieur aux autres composés, pour la rapidité et la netteté de son action altérante et dissolvante.

Dans l'administration de ce sel, on commence par 5 décigrammes; et l'on dépasse rarement la dose de 2 grammes dans les vingt-quatre heures.

Il a une saveur fraîche, avec un arrière-goût qui rappelle celui des noisettes rissolées. Il est loin de posséder les qualités irritantes et topiques des sulfureux. Il se dissout aisément dans l'eau (dans 4 parties d'eau froide, un peu moins de chaude). On peut le prendre soit dans un verre d'eau sucrée, soit dans du sirop de limon. Il est parfaitement bien supporté par l'estomac, il stimule les fonctions digestives, et a les propriétés d'un diurétique. (Emprunté à la *Gazzetta medica italiana*, *Lombardia*, 28 août 1854, p. 304.)

Mémoire sur les positions spéciales des membres dans les arthrites chroniques, par M. Crocq.

Avant d'exposer la doctrine de l'auteur, il est bon de rappeler d'après lui, les théories diverses émises sur le même phénomène. Sept causes différentes ont été invoquées pour expliquer la position que prennent les membres dans ce cas :

1° La réplétion de la cavité articulaire par des liquides ou des fausses membranes.

2° Le poids des membres et la pression des couvertures.

3° La situation adoptée par le malade dans son lit.

4° L'instinct qui le porte à prendre une position capable de le soulager.

5° La contraction musculaire.

6° La destruction des portions osseuses, qui modifie la forme des extrémités articulaires.

7° La rétraction des tissus ligamenteux et aponévrotiques.

M. Crocq regarde l'action musculaire comme le principal agent de ces positions; mais il s'attache surtout à bien déterminer son rôle, à montrer qu'elle consiste en une contraction primitive, et non consécutive. En effet, dit-il, la roideur très visible des muscles environnants devient perceptible dès que la position existe. Ils continuent à offrir leur structure normale. Cette contraction peut seule rendre compte des difficultés parfois excessives qu'on éprouve, et, dès le moment où elles s'établissent, à corriger les déviations des membres.

D'autre part, le début des tumeurs blanches est marqué par un sentiment de lassitude et de faiblesse qui ne peut avoir pour siége que le système musculaire. Le malade, s'il veut alors mouvoir son membre, éprouve non de la douleur, mais la même gêne que s'il avait à soulever un poids. Les malades intelligents accusent, le long du membre, des tiraillements, des contractions fibrillaires qui s'annoncent à la vue par une espèce de frémissement et qui indiquent clairement la contraction des fibres musculaires.

Un dernier et puissant ordre de preuves est encore fourni par la disparition des positions vicieuses après la mort; car il n'y a qu'une cause vitale, comme la contraction musculaire, dont la cessation puisse avoir effacé la déformation. De même, si les émollients, les douches, le chloroforme concourent avec tant de puissance à vaincre les déformations résultant d'arthralgies, si la section des tendons est le meilleur moyen pour faire céder les plus opiniâtres, n'est-ce pas là une démonstration suffisante du rôle que la contraction musculaire joue dans leur production?

Mais quelle est la cause de ces contractions? M. Crocq ne la croit pas due à l'instinct de ce qui peut causer du soulagement; car, loin de là, elles amènent souvent une attitude douloureuse et déterminent des luxations. De plus, elles existent dès le début du mal, et portent non sur quelques faisceaux isolés, mais sur tous les muscles qui entourent la jointure.

Selon lui, la contraction provient de l'action réflexe exercée par les muscles du sentiment sur ceux du mouvement. Cette manière de voir explique pourquoi la contraction musculaire dont il s'agit est spasmodique et tout à fait involontaire; pourquoi elle est tenace et se reproduit si aisément; pourquoi les positions qui en résultent sont les plus pénibles par les distensions et les pressions qu'elles occasionnent. On comprend aussi que, débutant avec la maladie, elle doit croître en même temps que l'inflammation.

L'indication des agents propres à calmer l'irritabilité musculaire, des narcotiques, de la compression, de l'immobilité, est la consé-

quence logique de cette doctrine. Elle donne également une base rationnelle à l'emploi des émollients, des tractions méthodiques, des sections tendineuses, du chloroforme, comme moyens propres à redresser une position vicieuse, à la suite de maladie articulaire. (*Presse médicale belge*, 24 septembre 1854, p. 322.)

Œdème de la glotte causé par la déglutition du café bouillant; guérison par la scarification, par M. Hurlbutt.

Les auteurs anglais et américains ont récemment signalé une cause assez fréquente de suffocation, et en même temps une indication pressante de la trachéotomie dans l'imprudence avec laquelle les très jeunes enfants portent à leur bouche le bec d'une théière, et avalent quelques gorgées du liquide bouillant qu'elle contient. L'accident a été observé assez souvent pour qu'on ait pu en étudier le mécanisme. Quant au traitement, les sangsues et l'émétique en forment la base; mais lorsqu'ils n'ont pas réussi, la trachéotomie est regardée comme indispensable.

Il est cependant une autre ressource à tenter préalablement, la scarification des bords de l'ouverture supérieure du larynx. Un enfant de trois ans ayant ainsi avalé du café bouillant, était, au bout de quatre heures, dans un état de dyspnée extrême, la figure livide, la voix éteinte, l'anxiété portée au comble. L'inspiration était particulièrement difficile. Le devant du cou, sur lequel le même liquide avait coulé, offrait une brûlure au deuxième degré.

Le vomitif et les émissions sanguines locales n'ayant procuré qu'un soulagement momentané, l'auteur plaça le doigt de manière à abaisser fortement la langue, et conduisant sur ce doigt un bistouri de la lance duquel 4 centimètres seulement étaient à découvert, il vit les replis aryténo-épiglottiques tuméfiés, et les incisa. Mais, n'ayant pas obtenu de sang, il répéta l'opération, qui, cette fois, amena du sang mélangé au mucus visqueux que l'enfant crachait. L'amélioration s'établit progressivement, et, aidée par l'administration d'un second vomitif, elle aboutit promptement à la guérison.

Dans un cas que rapportait le numéro d'avril 1854 du même journal, l'intervention de l'art eut un effet encore plus rapide. Une phlyctène, comparable à celle du vésicatoire, s'était formée sur la membrane muqueuse, au même niveau, par suite du contact du liquide bouillant; et il suffit, pour la crever et guérir instantanément le malade, de la pression exercée par le manche de la cuiller dont on se servait afin d'examiner le gosier. (*New-York Medical Times*, septembre 1854, p. 430.)

Syphilis communiquée par le vaccin, par M. Monell.

Un enfant âgé de six ans avait été jusque-là parfaitement bien portant. Ses parents n'avaient non plus jamais été malades auparavant, ni au moment de sa naissance. On le vaccina en Irlande. A la place de la piqûre il se développa une ulcération qui mit beaucoup de temps à guérir. Une éruption générale se déclara ensuite et persista pendant plusieurs mois. Au moment actuel (au bout de trois ans) il existe encore sur les bras des taches cuivrées. Il y a huit jours, un ulcère a paru au gosier; il a été suivi de laryngite, et l'enfant est maintenant en danger de mort.

Ce cas, présenté à l'association médicale de New-York, y est devenu l'occasion d'une discussion générale. M. Bolton a interprété le fait de la manière suivante. Suivant lui, il y a eu d'abord un chancre primitif, mais existant au gosier, ayant duré peu de temps, et probablement méconnu. Du reste, il ne croit point prouvée la transmission d'une maladie constitutionnelle par l'intermédiaire du vaccin.

— Notre explication serait beaucoup plus simple. A quoi bon invoquer la présence d'un chancre primitif larvé, puisque la narration, toute sommaire qu'elle est, en mentionne un parfaitement évident au lieu de la piqûre. Indubitablement il y a eu là un chancre transmis soit par le virus prétendu vaccin, qui n'était en réalité que du virus chancreux, soit par quelque contact accidentel impur sur le lieu de la piqûre vaccinale. Les accidents secondaires, puis tertiaires dont l'évolution s'est ensuite déroulée avec sa régularité ordinaire, confirment pleinement l'exactitude de cette version. (*New-York Medical Times*, 2 août 1854, p. 404.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, par M. P. Diday, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille (hôpital des vénériens de Lyon). Vol. in-8. Paris, chez Victor Masson.

Quand une branche spéciale de pathologie devient la prédilection de quelque esprit ouvert et entreprenant, on peut de bonne heure lui prédire sa destinée; et voici ce qui lui arrive presque invariablement. Fécondée par une pensée personnelle, étudiée dans tous ses éléments, dans ses tendances, dans tous les besoins de sa nature; persévéramment soignée, travaillée, stimulée, échauffée, tournée et retournée, elle pousse de vivaces rejetons; et, en même temps, par le vice d'une culture systématique, elle se fausse en maint endroit et se charge d'erreurs autant que de vérités. Mais devant un tel air de vigueur et de rénovation, on ne songe d'abord qu'à admirer, d'autant que l'auteur de la merveille, en sachant réellement plus à cet égard que personne du temps, forme provisoirement autorité. Aussi doit-il, s'il est sage, prendre ses mesures pour vivre très vieux. Lui seul, en écartant les indiscrets et tançant les incrédules, peut retarder l'évanouissement du prestige. Mais enfin l'heure arrive où le droit d'examen se fait respecter et parvient à constater les empiétements de l'exagération, sans rien dérober à la part du progrès. Cette heure est venue pour les doctrines récentes en syphilographie.

Ces doctrines étaient triomphantes il y a une quinzaine d'années. En vain protestait contre elles l'observation séculaire; en vain de nouvelles vérifications; l'édifice était si régulier, si harmonique, qu'il semblait que ce fût un cas de conscience de le démolir. Et c'était dommage, en effet. Quant à nous, c'est précisément cette harmonie singulière qui nous inspirait des doutes. Non, disions-nous, la nature ne procède pas de cette allure méthodique et compassée! Non, les mouvements apparents de l'organisme ne sont pas astreints à des règles d'une telle fixité! Non, la syphilis ne peut donner un démenti à toute la pathologie! Cette unicité absolue de la vérole, ce chancre huntérien, cette triade d'accidents spécifiques, cette limitation rigoureuse de la contagionabilité aux accidents primaires, tout cela peut exprimer un fond de vérité, mais altéré par des artifices d'imagination. Un peu d'entente amicale et sincère; un peu moins d'arguties et de mauvaise humeur; un désir franc de s'éclairer, à la place de puériles bouderies, et l'on arriverait aisément à une constitution exacte et fidèle de cette partie de la pathologie; et sans doute il resterait encore, dans les débris des doctrines, de quoi satisfaire une ambition même exigeante d'observateur et de savant. « Écueil d'ailleurs commun à tous les systèmes arrivés à l'apogée de leur fortune, dit M. Diday, on a vu les meilleurs esprits, oublieux des lois qu'ils avaient eux-mêmes promulguées à l'applaudissement universel, contester les diagnostics les plus compétents, supposer la fraude là où l'ignorance est seule responsable, affirmer l'immoralité par cela seul que la moralité ne se démontre pas aussi aisément; dans tous les exemples de contagion fœtale faire de chaque victime un coupable; répondre par un démenti aux témoignages les plus respectés, à l'assentiment unanime, à la décision univoque de toutes les jurisprudences; refuser, en un mot, de regarder ce qu'on leur montre pour n'admettre que ce qu'ils veulent voir (p. 4). » Dans l'autre camp aussi, et M. Diday ne manque pas de le rappeler, on n'a pas toujours gardé une juste mesure; mais une doctrine fausse est une place de guerre; on ne la canonne que parce qu'elle ne se rend pas de bonne grâce.

Le passage que nous venons de citer a trait à la syphilis infantile; il résume à l'avance et la forme et le fond de l'ouvrage; d'un côté, la préoccupation exclusive et paisible de la vérité, traduite en un langage aussi convenable que ferme; de l'autre, des opinions presque de tout point opposées à celles dont il avait été nourri à la clinique de M. Ricord. Nous insistons sur cette dernière circonstance, non pour le blâmable plaisir d'exciter une opposition de personnes, mais parce qu'elle prête un appui particulier à la cause

que nous défendons. M. Diday n'a pas de maître plus avoué que M. Ricord; il lui décerne en mainte occasion ce titre avec une modestie que lui seul ne remarque pas, et lui en conserve l'honneur alors même qu'il refuse de le suivre. Ce n'est pas tout : M. Diday, par sa spécialité, connaît comme M. Ricord l'obscurité que l'immoralité et la fraude peuvent répandre sur la filiation des affections syphilitiques, et il serait hardi de contester sa compétence. Quelle autorité sera donc plus forte et plus décisive que la sienne dans le sujet qui nous occupe ?

Le côté le plus important de l'histoire de la syphilis infantile, parce qu'il intéresse la famille autant que la science, est certainement celui qui concerne la transmissibilité des parents aux enfants, soit par hérédité, soit par contagion. M. Diday emprunte sur ces deux points, au dépôt de la science et à sa pratique personnelle, une série de faits auxquels un esprit non prévenu ne saurait résister. Ce qui plaira dans cet exposé, c'est le naturel, nous dirions presque la simplicité de l'interprétation. Que disent les observations par elles-mêmes, en leur laissant leur langage propre, sans intervention de subtilités et d'hypothèses ? Quel est le sens scientifique, étiologique, des circonstances dans lesquelles s'est opérée la succession de la syphilis des parents et de celle de l'enfant ? Voilà d'abord ce que demande l'auteur. Par ce procédé si simple, la question reste posée dans ses véritables termes, sur une base solide et matérielle, au lieu de flotter dans un espace indécis qu'un disputeur peut toujours étendre à sa guise. Rien n'empêche ensuite de suivre la discussion dans cette dernière voie, et de rechercher jusqu'à quel point la signification des faits positifs peut être ébranlée par des suppositions gratuites, et le réel doit le céder au possible. C'est, du reste, à quoi l'auteur n'a garde de manquer, ainsi qu'on le verra.

La syphilis est transmissible des parents aux enfants ; personne n'en doute. Mais quelle est la part réciproque du père et de la mère dans ce funeste héritage? voilà la question litigieuse. Il est des auteurs, comme Vassal et M. Bouchut, qui dénient au père le pouvoir infectant ; personne ne le refuse à la mère ; mais un auteur au moins, un syphilographe distingué, M. Cazenave, le regarde comme moins puissant chez elle que chez le père. Le problème est plus compliqué qu'il ne le paraît d'abord. La syphilis se partage d'ordinaire entre époux, comme le pain quotidien. Si celui-là seul était susceptible de la transmettre, qui aurait actuellement des accidents spécifiques, et si la transmission ne pouvait avoir lieu après la conception, la notion de la date précise des accidents présentés par l'un et par l'autre époux serait un éclaircissement précieux ; mais les faits démontrent que le défaut actuel de symptômes spécifiques chez les parents n'est pas pour le fœtus une condition d'immunité et que, de plus, le fœtus peut recevoir la vérole d'une mère qui l'aurait prise plus ou moins longtemps après la conception. Nous ajoutons qu'après l'échange de la vérole entre époux, c'est la mère qui est le plus exposée à en présenter les signes à l'inspection du chirurgien ; la mère qui, pouvant plus aisément ignorer son mal et n'osant l'avouer, a pu n'en pas demander le remède. Dans cet embarras, pour porter un jugement sur le rôle de chaque sexe dans la transmission, il faut n'en emprunter les motifs qu'aux observations où l'action infectante de l'un des conjoints est manifestement nulle. Mais ici, autre difficulté. Il est ordinaire, sinon constant, comme on l'a dit, que la syphilis n'atteigne pas les enfants dont un seul des parents était syphilitique, et c'est l'objet d'un autre chapitre de l'ouvrage. On ne peut donc disposer que d'exceptions. M. Diday en choisit quelques-unes qui lui permettent de lever sur la question en litige toute incertitude. *Le père, étant seul syphilitique, peut donner la vérole à l'enfant. La mère exerce une influence active sur la transmission de la vérole.* Tel est le résultat général de l'observation ; car rien ne démontre jusqu'à présent que l'influence soit plus prononcée d'un côté que de l'autre. Cela ne veut pas dire pourtant que la chance de devenir syphilitique soit la même pour l'enfant, quel que soit celui des parents qui la lui tienne en réserve ; car une autre condition est à considérer. Dans une procréation donnée, l'organisme nouveau reçoit rarement à un degré égal l'action du père et celle de la mère ; de là les analogies ou les différences de taille, de constitution, de tempérament, de visage, etc. Si donc celui des deux qui est syphilitique n'est pas en même temps celui qui intervient, d'une manière prépondérante, dans l'engendrement, l'enfant qui en naîtra pourra jouir d'une immunité parfaite. Mais l'expérience prouve que la présence de la vérole constitutionnelle chez les deux parents à la fois rend la transmission à peu près inévitable.

Si le pouvoir de transmission appartient aux deux sexes, on conçoit néanmoins que ce pouvoir, ne s'exerçant pas chez tous deux suivant le même mode physiologique, ait des résultats différents à de certains égards. Par exemple, il appartient à la mère seule d'imprégner le fœtus d'une syphilis prise postérieurement au moment de la conception. Rien de plus aisé à comprendre. Le père a terminé son rôle quand il a versé la semence fécondante ; la mère, quand elle a fourni l'ovule, donne encore son sang, sa chair, sa vie au fruit de ses entrailles ; il est donc tout simple qu'elle puisse le contaminer d'une manière en quelque sorte chronique. Personne, d'ailleurs, ne conteste le fait. Bien plus, il paraît certain que, quelle que soit l'époque à laquelle la mère ait contracté la syphilis, l'imprégnation morbide du germe ne commence qu'un certain temps après la conception. M. Ricord écrivait à M. Diday, il y a cinq ans : « Lorsque c'est la mère qui infecte le fœtus, ce n'est qu'*à une certaine époque de la gestation* que cela a lieu ; l'ovule ne paraît pas avoir la même influence, ou être *tout d'abord* dans les mêmes conditions que le sperme ou matière fécondante. » Et en effet, dans les observations publiées et que M. Diday a collectionnées avec soin, on ne voit jamais une syphilis contractée par la mère *avant la quatrième semaine* de la gestation être une cause de syphilis pour le fœtus. Sans doute ce n'est pas là une loi établie, ni même une règle générale bien sûre ; l'auteur lui-même a soin d'en faire la remarque ; mais la concordance des faits sur ce point est au moins très curieuse.

Une autre question se présente naturellement. Le pouvoir de transmission, qui s'exerce tardivement, combien de temps dure-t-il ? En d'autres termes, jusqu'à quelle époque de la grossesse la syphilis que la mère vient de contracter peut-elle s'étendre à l'enfant ? Suivant M. Prieur, on n'a pas d'exemple de syphilis héréditaire, la mère ayant été infectée dans les deux derniers mois. Ce terme avait déjà été fixé par Abernethy, et M. Diday constate qu'il est en effet donné par l'état actuel de l'observation. En sorte que la mère serait impropre à transmettre la syphilis, précisément aux deux extrémités de la gestation.

Nous nous bornons à l'exposé des faits, mais non sans engager vivement le lecteur à prendre connaissance des excellentes interprétations physiologiques dont ils sont l'objet aux pages 41, 42 et 43.

De l'hérédité à la contagion, la transition est naturelle, et cette remarque est déjà une sorte de profession de foi. A l'époque où la question de la contagionabilité des accidents secondaires fut posée devant l'Académie conjointement avec celle de la syphilisation, M. Velpeau soutint à la tribune contre M. Ricord, et l'auteur du présent article écrivit dans la *Gazette médicale*, que la transmission des parents aux enfants d'accidents secondaires tout formés, tels que des plaques muqueuses, était fort distincte de l'hérédité habituelle, celle du cancer, par exemple, laquelle d'une part transmet seulement une disposition dont l'effet peut ne se réaliser qu'au bout de cinquante ou soixante ans, et, d'autre part, peut sauter par-dessus une ou deux générations. L'induction qu'on en tirait était que l'hérédité des accidents syphilitiques secondaires est déjà un fait favorable à l'hypothèse de la transmissibilité contagieuse. Or M. Diday, bien qu'il ait le tort peut-être de ne pas s'arrêter assez à ce point de vue, ne laisse pas que de se prononcer fort nettement. La transmission par le sang est pour lui *une contagion véritable, quoi qu'on en ait dit* (p. 42).

Il faut ajouter que M. Diday a moins besoin qu'un autre de s'appuyer sur des preuves d'induction, tant il a su amasser d'observations directes et démonstratives. Chose remarquable, le cas le plus rare, et même le moins avéré de transmission contagieuse est celui où le corps du fœtus est mis en contact, lors de l'accouchement, avec un chancre *primitif* siégeant sur le vagin de la mère. M. Ricord, en argumentant de la *possibilité* du fait contre l'odi-

tion de la contagionabilité des lésions secondaires (*Lettres sur la syphilis*) en avait par cela même reconnu l'extrême rareté, et M. Diday déclare qu'il n'en a pas rencontré, soit dans les auteurs, soit dans sa pratique, un seul exemple avéré. En revanche, il fait justice de ces hypothèses par lesquelles on cherche à rattacher constamment à un chancre primitif une infection qui a sa source évidente dans des lésions consécutives; hypothèses sceptiques et pernicieuses, qui sont autant d'accusations d'immoralité et de lubricité contre les familles. L'auteur a beau dire, dans ses délicats scrupules d'amitié, qu'il prend *une position réservée en face d'une théorie séduisante*, la vérité le domine à mesure qu'il raisonne, et il laisse bientôt échapper cette phrase significative : « C'en est assez pour apprécier la doctrine *du chancre primitif quand même* par tout homme qui n'apporte à cet examen que de la raison. »

M. Diday établit donc, pièces en main, que la syphilis congénitale, *qui n'est jamais primitive par la forme*, est également transmissible par contagion. Pour avoir son opinion entière sur ce sujet important, il faut lire la troisième partie de l'ouvrage, notamment les paragraphes 4, 5 et 6, immédiatement après la première. Le soin que nous prenons d'en avertir le lecteur dit assez que nous aurions préféré trouver tout ce qui concerne la transmission et ses différents modes rassemblé dans la partie relative à l'étiologie, au lieu d'avoir à chercher au chapitre du *pronostic symptomatologique* ce qu'il y a de plus décisif sur la transmission de la syphilis du fœtus à la mère, du nourrisson à la nourrice, et du nouveau-né à des personnes étrangères. Ce qui ressort de ce long exposé critique, le voici :

Il n'est pas encore prouvé que la syphilis secondaire *acquise*, c'est-à-dire contractée après la naissance, puisse se transmettre de la nourrice à l'enfant par une voie quelconque ; dans les observations citées, presque toujours la lésion du mamelon qui a infecté le nourrisson avait été prise d'un autre enfant syphilitique par hérédité. C'est donc une syphilis congénitale que la nourrice a transmise après l'avoir gagnée elle-même. Ainsi, toutes les fois que le mal passe de la nourrice à l'enfant, il y a toujours double contagion d'accidents de forme secondaire, puisque la nourrice elle-même a dû le prendre d'un autre enfant; seulement cette contagion ne procède que de lésions prises dans le sein de la mère. Nous ne savons quel degré de rigueur laisserait à cette assertion le dépouillement des observations, et nous nous contenterons de remarquer que l'auteur lui-même ne les englobe pas toutes dans son interprétation, puisque, selon lui, la lésion constitutionnelle du mamelon est *presque toujours* congénitale et s'est *bien rarement* développée selon le procédé habituel.

Quoi qu'il en soit, après avoir restreint, non pas absolument, mais jusqu'à plus ample informé, la propriété contagieuse aux accidents congénitaux, l'auteur lui accorde une puissance remarquable. Suivant lui, par exemple, la syphilis congénitale « peut passer au moyen du mamelon, agent *resté intact* d'une contagion *médiate*, d'un premier nourrisson à un nourrisson ultérieur. » Elle peut s'étendre, non-seulement du nourrisson à la nourrice, mais de celle-ci à son mari, puis atteindre, par des voies diverses, les frères et sœurs de lait, d'autres membres de la famille, des enfants étrangers, etc. Il est peut-être moins certain qu'elle puisse être communiquée par le lait ; mais, d'une part, l'analogie porte à attribuer à cet agent exclusif de la nutrition du nouveau-né, à ce *sang blanchy*, selon le mot d'Ambroise Paré, le même pouvoir de transmission qu'au sang lui-même et au sperme ; d'autre part, les observations publiées à l'appui de l'opinion contraire par MM. Dugès, Venot, Cullerier, pèchent toutes par quelque vice, que l'auteur fait ressortir avec une autorité ingénieuse. Ce n'est pas tout. La syphilis peut se transmettre du père à la mère *par l'intermédiaire du fœtus resté sain*, ou du moins venu tel au monde et ne présentant ultérieurement aucun signe d'infection. M. Diday, jusqu'à la fin de son travail, paraissait disposé à subir, plutôt qu'il n'acceptait cette opinion ; mais une addition insérée à la dernière page du livre en contient une démonstration remarquable qui vient confirmer sur ce point les observations de M. Depaul, celles de M. Ricord lui-même, et peut-être les étendre ; car nous ne sommes pas sûr que ces deux auteurs admettent l'immunité du nouveau-né qui a servi d'intermédiaire à la transmission. Notons que le père, de qui est venu tout le mal, était entièrement guéri et libre de tout symptôme apparent depuis plusieurs mois ; et cependant sa femme eut une éruption cuivrée sur le ventre à la fin du troisième mois de sa grossesse. N'est-ce pas là encore un des témoignages les plus favorables à l'analogie rappelée plus haut, du phénomène d'hérédité et du phénomène de contagion en matière d'infection syphilitique, puisque c'est la femme qui reçoit le mal par l'intermédiaire du fœtus, et qu'on ne peut dire, assurément, qu'il lui ait été transmis par hérédité ?

Nous aurions bien à dire encore sur ce remarquable ouvrage de notre ami et collaborateur. Nous aurions voulu montrer comment il confirme une loi déjà posée antérieurement par Colles, M. Baumès, M. Egan, à savoir, que « jamais un enfant, né vérolé par le fait de l'un ou de l'autre de ses parents, ne communique le mal à sa mère par l'allaitement, » loi oubliée par ceux qui ont invoqué contre la contagionabilité des accidents constitutionnels des exemples de *mères-nourrices* allaitant impunément leurs enfants syphilitiques. Nous aurions appelé l'attention sur un passage (p. 188), où M. Diday se déclare assez embarrassé des observations de *vérole d'emblée*, et ne les tourne que par l'hypothèse de la syphilis congénitale tardive. Nous aurions fait ressortir l'exactitude de la description symptomatologique, l'intérêt d'un chapitre tout neuf en cette matière et consacré à la médecine légale ; la sagesse enfin, la science pratique qui distinguent la partie consacrée au traitement préventif et au traitement curatif. Mais, on le voit, cet article s'allonge et l'espace va manquer. Nous nous consolons un peu, en réfléchissant que nous nous sommes attaché spécialement aux questions les plus importantes et de l'intérêt le plus général.

A. Dechambre.

VI.

VARIÉTÉS.

M. le docteur Rayer, membre de l'Institut, médecin ordinaire de l'empereur, est nommé commandeur de la Légion d'honneur.

SERVICE SANITAIRE D'ORIENT.

— Tous les rapports qui parviennent au ministre de la guerre sur le service des hôpitaux de l'armée d'Orient signalent les heureux effets de la présence des sœurs de Saint-Vincent-de-Paul au chevet des soldats malades et blessés.

Mais les hôpitaux de l'intérieur les réclament à leur tour, et, sur un appel du ministre de la guerre, elles vont, dans peu de jours, prodiguer à la garnison de Paris, dans l'hôpital militaire du Gros-Caillou, des soins affectueux qui ne tarderont pas, sans doute, à s'étendre à d'autres établissements. (*Moniteur universel.*)

— On nous écrit de Constantinople sur le même sujet :

« On a établi quelques baraques à Gallipoli pour *hôpital*. Le service a été passablement organisé; ici maintenant les Français possèdent un vaste édifice destiné à devenir une école de médecine. De construction toute récente, dans des proportions tout à fait grandioses, cet hôpital peut contenir 3,000 lits ; il est bien situé, les salles sont très belles, le service médical y est admirablement bien organisé, les malades sont bien soignés, et l'ordre le plus parfait y règne. On y soigne les Français et les Russes sans distinction. A dix minutes de distance, les Français occupent encore l'hôpital de l'artillerie turque nommé Gunmehsum ; il est très bien situé, bien aéré, et renferme à peu près 400 lits. Ces deux édifices ont été construits par un architecte anglais, M. Smith. Voilà pour ce qui regarde Péra. A Constantinople, les Français occupent la grande caserne de Daout-Pacha et la moitié de l'hôpital de Malsépé *extra muros*. Ces deux bâtiments ont le désavantage d'être loin de la mer ; il faut traverser toute la ville pour y arriver, trajet peu agréable à cause des pavés affreux de nos rues. Cette caserne et cet hôpital sont au milieu d'une plaine, sur une colline, loin de toute habitation ; aussi on y transporte les convalescents ou bien les blessés dont l'état n'offre rien d'alarmant. Les Français ont construit sur la plaine de Gulhané 20 baraques qui contiennent chacune 50 lits. Le sultan leur a gracieusement offert un kiosque magnifique sur la même plaine ; dans ce kiosque, on a établi une salle pour les officiers

blessés, plus l'intendance, le dépôt, etc.; on a construit également une pharmacie, des bains, etc. Cette plaine est située à la pointe du sérail, au bord de la mer, dans la position la plus favorable pour le service et les malades. Les Français ont encore un hôpital pour la marine à Thérapia, vis-à-vis l'embouchure de la mer Noire. Le service des hôpitaux est très bien oganisé; les malades reçoivent tous les soins que réclame leur état; des médecins instruits, intelligents, actifs, pleins de zèle et de dévouement leur prodiguent les secours de leur art. L'administration est admirable; en un mot, il n'y a rien à reprocher à la France sous ce rapport; elle n'épargne rien pour procurer le bien-être à ses enfants.

» Sur la masse totale des malades, 8,500 hommes, il faut compter environ 5 à 600 Russes. Les blessés guérissent généralement très bien et vite; la réunion des plaies a souvent lieu par première intention. La mort choisit ses victimes parmi les fiévreux, les dysentériques et les cholériques; et ces trois fléaux sont plus terribles que le fer et le feu ennemis. Presque chaque jour un bateau nous amène un convoi de malades et de blessés; des lits, des chaises, des brancards, des voitures, des chevaux avec des chaises sur les flancs, attendent, soit à Dolmabaktchi, soit à Yali-Kiosk, pour faire le service: ces lieux sont les échelles les plus rapprochées des hôpitaux. Les malades sont distribués dans les salles qui leur sont plus spécialement destinées.

» Quant aux Anglais, ils possèdent un magnifique hôpital turc, le plus bel hôpital du monde, celui de Haidar-Pacha, situé entre Kadikoy et Scutari, sur la côte d'Asie; il contient 1,000 et quelques lits; plus la grande caserne de Sélimié, presque attenante à cet hôpital, qui peut contenir 15,000 hommes de troupes. Le service anglais laisse à désirer sous le rapport des médicaments et des médecins et chirurgiens. Ce qu'ils appellent *surgeon* ressemble aux officiers de santé français de l'ancien régime. Sur les réclamations des journaux anglais, le gouvernement s'est ému, et tout récemment il a envoyé quelques chirurgiens et quelques drogues; mais c'est encore très imparfait. Ce qui manque, c'est une bonne organisation. »

— On lit dans la PRESSE :

« L'état de nos hôpitaux est satisfaisant. Les médecins ont communiqué un résumé des entrées et des décès dont je vous transmets les chiffres : A l'hôpital de Péra, du 12 juillet au 22 novembre, il est entré 4,232 blessés ou malades; 352 seulement sont morts; à Dolma-Baqtchê, ouvert depuis deux mois, on a perdu 37 hommes sur 343 entrés; à Ramis-Tchiflik, où il y a beaucoup plus de malades que de blessés, on ne compte que 138 décès sur 3,069 entrées; à Quandlidgé, dans le Bosphore, 400 blessés (beaucoup d'amputés) ont fourni 40 décès; à Gulhané, à la pointe du sérail, hôpital ouvert le 19 novembre seulement, on ne signale que 5 décès sur 600 entrées. On ne remarque aucune maladie épidémique. Seulement à l'hospice des Sœurs, au haut de la rue de Péra, il y a un certain nombre de matelots scorbutiques évacués ici parce que l'hospice de la marine, à Thérapia, est totalement rempli.

» La création d'un hôpital baraque dans la ville de Constantinople même, attenant au palais de la pointe du sérail, au bord de la mer, a nécessité l'établissement d'un nouveau cimetière pour l'armée française. Les autorités militaires, d'accord avec le gouvernement, ont choisi un terrain près de la porte de Silivri, près des cimetières turc et arménien, à deux cents mètres de l'église grecque de Balyqly, si célèbre par ses poissons miraculeux. Pour éviter de traverser toute la ville, les convois gagnent en caïque l'échelle des Sept-Tours, et vont au cimetière en longeant les murs extérieurs.

» L'armée française compte donc en ce moment trois cimetières : celui de Balyqly, celui de Daout-Pacha et celui de Péra. Sur la demande de M. le médecin en chef, docteur Scoutetten, le gouvernement ottoman a mis à sa disposition vingt élèves de l'École impériale de médecine, qui ont été éprouvés et qui rendront d'excellents services. »

Pour toutes les variétés,

A. DECHAMBRE.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. Nos 93. — Observations cliniques prises de la pratique du docteur *M. Meyer*. — Notice statistique sur le Brunswic. — 94. Le tannin comme remède styptique, par *Macke*. — Les médecins en Californie (fin). — 95. Action locale de l'huile de foie de morue, par le professeur *Malmsten* (de Stockholm). — 96. Suite du travail précédent : Médecine des Chinois.

DEUTSCHE KLINIK. — Nos 47. La Société épidémiologique de Londres, par *S. Neumann*. — Remarques supplémentaires de mon traité : la vaccination et ses adversaires les plus récents, par le professeur *H. Haeser*. — Observations tirées de la clinique syphilitique du docteur *v. Bærensprung*, à Berlin, par *Beigel*. — Les idiosyncrasies, par *A.-H. Roebbeler*. — 48. Traitement des fractures (fin). — Guérison radicale de l'hydrocèle par l'incision sous-cutanée de la tunique vaginale, par le professeur *Heyfelder*. — Description d'un ophthalmoscope imaginé par le professeur *Burrow*.

MEDICINISCHE ZEITUNG. — Nos 47. L'air atmosphérique et l'ozone comme moyen de désinfection, par *Hoffmann*. — Description d'un fœtus double, par le docteur *H. Loescher*. — 48. Rapport sur les travaux physiologiques de *Bonn*.

ARCHIV FUER PATHOL., ANAT. UND PHYS. VON VIRCHOW (VIIe vol, 1er cahier). — Empirisme et rationalisme, par *Virchow*. — Gangrène de la muqueuse vésicale entière, par *Luschka*. — Contributions à l'histoire du développement du corps animal, par le docteur *Falck* (de Marbourg). — Des phénomènes d'auscultation dits de consonnance, par le docteur *Ad. Wachsmuth*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). Nos 39. Choléra à l'hôpital militaire de Galgario en 1849, par *L. Seguini*. — 40. Des asiles d'aliénés en Belgique, par *S. Biffi*. — 41. Considérations sur le choléra de Calcinaja, par *Turchetti*. — Hémorrhagie utérine, par *Falcini*. — 41. Sur la pellagre, par *F. Lassana*. — 42. Cas de fièvre larvée cardiaque, par *Barbieri*. — Chlorure de soude dans le choléra, par *C. Ferrari*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nos 45. Cas de hernie étranglée, par *Borelli*. — Clinique chirurgicale (Tumeur de la mâchoire, fracture de la clavicule), par *Salvolini*. — 46. Remarques sur le choléra, par *Franchini*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 44. Syphilisation, perchlorure de fer et anesthésique, par *P. Landi*. — De l'homœopathie dans la fièvre typhoïde, par *P. Lepri*. — 45. Syphilisation, etc., par *Landi*. — Transposition des viscères thoraciques et abdominaux, par *L. Valecchi*. — 46. Sur le cancer et le cancroïde, par *Ranzi*. — Fièvre typhoïde (suite), par *Lepri*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — No 40. Divers articles sur le choléra des États sardes.

GIORNALE DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — Nos 44. Emploi parcimonieux de la saignée dans la pleuro-pneumonie, par *G. Carberi*. — Le choléra est-il contagieux, par *Molina*. — 45. Sur le choléra, par *C. Ravelli*. — *Idem*, par *C. Demaria*. — 46. Divers articles sur le traitement du choléra, par *Pacchiotti*, *Cravero*, *etc.*

IL FILIATRE SEBEZIO. — No 286. Monstre hétéradelphe, par *Delle Chiaje*. — Expériences sur le citrate de quinine dans le choléra. — Novembre. Cas curieux de lésions nombreuses et graves, par *E. Garyza*. — Traitement du choléra.

IL PROGRESSO (Gênes). — Nos 9. Contagionabilité du choléra, par *G. Rosso*. — Sur le choléra, par *G. Luppi*. — 10. Cas de métastase matérielle, par *G.-M. Massone*. — Gangrène spontanée aiguë des extrémités extérieures, oblitération des artères, par *Pescetto*.

EL PORVENIR MEDICO. — Nos 108. Sur l'isolement des cholériques. — 109 — 110. Prophylaxie du choléra, par *Fr. Puente*. — 111. Sur le choléra, par *P. Pastor*. — Opium et alcooliques dans le choléra (*anonyme*). — 112. Choléra de Madrid, par *M.-G. de Jonte*. — Contagion *morale* du choléra, par *A. Juderias y Corella*. — 113. Philosophie médicale (*anonyme*). — 114. Divers articles sur l'état sanitaire de l'Espagne. — 115 — 116. Contagion morale du choléra, par *A. Juderias y Corella*. — Observations microscopiques sur le miasme cholérique, par *J. Balcell*. — 117. Intoxication paludéenne, par *G. Lopez*.

EL SIGLO MEDICO. — Nos 39. Maladies endémiques d'Espagne, par *Higinio del Campo*. 40. Importance de l'anatomie pathologique, par *Z.-B. Gonzales*. — Thérapeutique du choléra. — 41. Nouvelle forme de métrite (diphthéritique), par *Benevente*. — Sur les maladies propres à l'Espagne, par *D. Higinio del Campo*. — Analyse du guano, par *D.-R. Botet y Jomilla*. — 42. Chapitre nouveau de matière médicale, par *Nieto*. — Amputation du bras; chloroformisation dans des conditions pathologiques graves; réussite (*anonyme*). — Du carbonate de soude dans le choléra, par *D. Fernandez y Domingo*. — 43. Maladies les plus communes à Madrid, par *Santero*. — Les fièvres intermittentes et le choléra sont-elles des maladies analogues? (*anonyme*). — Bains minéraux de Charles III, par *Gonzales y Crespo*. — 44. Réflexions sur le choléra, par *A. Maria de Acevedo*. — 45. Réforme du système des quarantaines, par *A. Noguerol*. — Remarques sur le choléra, par *Amat y Vallejo*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — Nos 19. Contagion et traitement du choléra, par *Z.-B. Gonzales*. — 20. Réflexions sur le choléra, *F. Benito*. — Statistique des opérations de cataracte à l'hôpital général de Madrid, par *R. José de Guardia*. — 21. Contagion, infection et traitement du choléra, par *Z.-B. Gonzales*. — Hygiène (suite), par *F.-C. Vas*. — Etranglement interne, gangrène, mort (*anonyme*). — Sur le choléra, par *R. Torres Munoz y Luna*.

Livres nouveaux.

CONSTIPATION, ITS THEORY AND CURE, EMBRACING THE PHYSIOLOGY OF DIGESTION. (De la constipation, sa théorie et son traitement, comprenant la physiologie de la digestion), par *J. Epps*, in-8. Londres, chez Piper. 17 fr. 50

DIE GALVANOCAUSTIK, EIN BEITRAG ZUR OPERATIVEN MEDICIN (*Du cautère galvanique*), par *A.-Th. Middeldorpf*, in-8. Breslau, chez Max et Ce. 10 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS

A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME I. PARIS, 22 DECEMBRE 1854. N° 61.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

Par décret impérial en date du 16 décembre, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes,

Sont nommés :

A LA FACULTÉ DES SCIENCES DE CLERMONT (Faculté nouvelle) :

Professeur de mathématiques pures et appliquées :

M. BOURGET, docteur ès sciences mathématiques, professeur de mathématiques au lycée impérial de Strasbourg.

Professeur de physique :

M. DEGUIN, docteur ès sciences physiques, professeur de physique au lycée impérial de Lyon.

Professeur de chimie :

M. AUBERGIER, docteur ès sciences physiques.

Professeur d'histoire naturelle :

M. LECOQ, docteur ès sciences naturelles.

— Par arrêté en date du 16 décembre courant, M. DEGUIN, professeur de physique à la Faculté des sciences de Clermont, a été nommé doyen de ladite Faculté.

— Par arrêté en date du 20 décembre 1854, M. HERPIN, professeur adjoint de pathologie externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé professeur titulaire de la chaire qu'il occupe.

—Par le même arrêté, M. THOMAS, professeur d'anatomie et physiologie à la même école, est nommé professeur de clinique externe en remplacement de M. TONNELLÉ dont la démission est acceptée.

M. ALLAIN-DUPRÉ, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, est nommé professeur adjoint. Il est chargé, en cette qualité, de la chaire d'anatomie et physiologie vacante par la nomination de M. THOMAS à la chaire de clinique externe.

M. HERPIN, professeur de pathologie externe, est nommé directeur de ladite école.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 7 au 13 décembre 1854.

303. CLIN, Ernest-Marie, né le 27 juin 1826 à Beauvais (Oise). [*De la fièvre typhoïde.*]

304. LIÉGARD, Aimé-Léon-Adrien, né le 25 octobre 1827 à Caen (Calvados). [*Considérations pratiques sur la nature et le traitement de la fièvre cérébrale ou encéphalo-méningite.*]

305. BATAILLEY, Pierre, né le 4 janvier 1828 à Saint-Symphorien (Gironde). [*Considérations sur les phénomènes de la vie nutritive et leurs rapports avec le système nerveux.*]

306. DEGLO DE BESSES, Régis-Aimé-Eudoxe, né le 31 octobre 1826 à Sillhac (Ardèche). [*De la suette miliaire.*]

307. BOUCHER, Louis-Augustin, né le 1er avril 1828 à Saint-Amand (Nièvre). [*Quelques considérations sur la paralysie essentielle de la vessie.*]

308. DESTERNE, Thomas, né le 16 décembre 1828 à Moulins (Allier). [*De l'hystérie.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

La GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, *devient l'organe de la* SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — *Elle publiera, à partir du 1er janvier prochain, les comptes rendus et travaux de la Société.*

I.

Paris, ce 21 décembre 1854.

COUP D'ŒIL SUR LE CHOLÉRA DES DÉPARTEMENTS EN 1854.

§ II. — **Conditions et développement de l'épidémie.**

(Suite. — Voir le n° 63.)

Les conditions susceptibles d'influencer le développement du choléra, en tant qu'épidémie, sont relatives à la géologie,

à la météorologie et à l'hygiène. Il est, en outre, des conditions particulières qui rendent l'individu plus ou moins apte à contracter la maladie. Parmi les unes et les autres, nous ne mentionnerons que celles dont l'étude peut être éclairée par les documents qui sont entre nos mains.

1° Conditions géologiques.

Ce n'est pas un rapport purement empirique que les auteurs ont cherché à établir entre la nature du sol et la distribution géographique du choléra. La composition des terrains, la disposition des couches, la structure des dépôts, ont été considérées surtout par rapport au rôle que ces diverses circonstances peuvent jouer dans l'absorption ou l'écoulement des eaux du sol, et dans la fixation des vapeurs de l'atmosphère ; en sorte que c'est d'une vue préconçue, mais très légitime, qu'est issu ce genre de recherches, et qu'une question d'influence tellurique a été réduite en grande partie à une question de sécheresse et d'humidité. C'est Fourcault qui a posé le plus largement les termes du problème (*Gaz. méd.*, 1849). Les couches secondaires, tertiaires et d'alluvion; les formations carbonifères, argileuses, magnésiennes et de calcaire grossier, voilà, suivant ce confrère de modeste et regrettable mémoire, le terrain naturel du choléra. Ce fléau ne se plaît pas et avorte, pour ainsi dire, sur les couches primitives ou celles de transition, sur les formations de granit, de silex, de craie, de sable moyen. Fourcault attribuait accessoirement une certaine importance à la quantité de sels contenue dans les terrains humides, qui lui apparaissaient alors comme des espèces de *marais salants*, et à l'épaisseur des débris végétaux et animaux qui forment les éléments essentiels des marais en général. Enfin il rattachait très logiquement à cette étude celle de l'influence des cours d'eau, qui contribuent en effet puissamment à l'humidité des terrains environnants.

Nous ferons à cet égard une remarque préliminaire. Quel que soit, en réalité, le produit brut de l'observation, les résultats annoncés par Fourcault pourraient bien n'être pas entièrement d'accord avec la vue théorique qui l'a guidé. Si l'on comprend, en effet, que l'argile, le calcaire grossier, les marnes poreuses, et tout ce qui constitue les dépôts *néocomiens*, absorbent et retiennent les eaux, il ne faut pas oublier que le calcaire siliceux, le granit, le sable, par leur imperméabilité même ou plutôt leur peu de porosité, forcent les eaux à séjourner à leur surface partout où leur écoulement n'est pas facile, et les mettent ainsi en contact plus ou moins prolongé avec les détritus végétaux et animaux dont la croûte terrestre est presque universellement couverte. Quand l'écoulement a lieu, elles peuvent se rassembler dans une cavité qui, fût-elle encaissée par des roches de cristallisation, peut se prêter, par la composition de sa couche superficielle, à l'entretien d'une humidité habituelle et d'une sorte de marécage. Ce n'est pas tout. Le mélange ou la discordance des stratifications, en vertu de laquelle la composition du sol, *à la surface*, varie dans une même circonscription géologique, crée parfois à l'investigateur d'autres difficultés. On comprend dès lors quelle précision et quelle impossible minutie de renseignements il faudrait pour être en mesure d'apprécier sûrement la relation d'une épidémie avec la nature du sol.

Mais prenons la question dans ses termes généraux, et recherchons si l'épidémie actuelle peut lui fournir quelques éléments.

Oui, sur beaucoup de points, la marche du choléra de 1854 s'accorde avec les vues de Fourcault. Cette année, comme en 1832, l'épidémie a été très bénigne dans les provinces de l'ouest, particulièrement dans la Bretagne et le Poitou, c'est-à-dire dans les départements de la Manche, des Côtes-du-Nord, du Finistère, du Morbihan, de la Vendée, des Deux Sèvres, etc., si riches en terrains de cristallisation. Elle n'a pas été plus active sur les vastes terrains de transition qui confinent aux précédents et qui s'étendent de Ploërmel à Châteauneuf et de Laval à Angers. Sur les bords de la Gironde, si l'épidémie ne s'est montrée intense ni en 1832 ni en 1854, elle y a été du moins plus sérieuse que dans la Bretagne ; et l'on sait que tout le bassin de la Gironde est constitué par des terrains tertiaires de tous étages, argile, calcaire grossier, meulières, alluvions. Dans le sud, aux deux époques, c'est dans le delta du Rhône, sur des alluvions, que le choléra prend naissance et exerce ses plus grands ravages. Aux deux époques encore l'épidémie respecte les montagnes volcaniques de l'Auvergne et du Cantal. Enfin un exemple frappant, le plus remarquable de tous peut-être, est fourni par le Morvan, cet amas de terrains cristallisés et de roches plutoniques. Le choléra n'y a pénétré dans aucune des trois épidémies, bien qu'il soit venu toucher le pied des montagnes par les quatre points cardinaux.

Jusque-là tout va bien; mais voici la contre-partie. Tout d'abord, quel sérieux démenti donné à la doctrine par le foyer de l'est ! On l'a vu, c'est par la Haute-Marne que paraît avoir débuté l'épidémie des départements ; elle y a sévi plus furieusement que partout ailleurs. Étendue presque aussitôt à la Marne, elle y a exercé également de grands ravages. Et dans les deux départements le mal a été si universel, que presque aucune commune n'y a échappé. Or, quelle est, dans l'un et dans l'autre, la composition du sol? Le premier est formé entièrement de couches calcaires très épaisses, de ce terrain qu'on appelle jurassique, parce que le type en est pris dans les montagnes du Jura, où précisément l'épidémie s'est à peine montrée. Le second n'est qu'une nappe de terrain crétacé supérieur, où quelques alluvions seulement se dessinent par de maigres traînées. De même la Meurthe et la partie de la Bourgogne qui s'étend d'Auxerre à Avallon, comprises l'une et l'autre dans la même formation jurassique, ont eu beaucoup à souffrir. Au contraire, le terrain tertiaire d'Eure-et-Loir, du Loiret, de Loir-et-Cher, a joui d'une immunité relative. Peut-être fera-t-on remarquer que les formations jurassiques et crétacées supérieures et inférieures appartiennent à la catégorie des terrains secondaires, reconnus favorables au développement du choléra, bien qu'à un moindre degré que les terrains tertiaires. Mais il est évident qu'on n'entend pas appliquer le privilége d'immunité à tous les terrains secondaires sans exception, puisqu'on le refuse positivement et nominativement à la *craie*. Et puis, si l'on retirait cette dernière assertion, il y aurait à demander pourquoi, comme nous le disions, le Jura n'a pas été maltraité; le Jura qui, encore une fois, est géologiquement constitué comme la Haute-Marne.

Au lieu de ne regarder qu'à la distribution générale de l'épidémie, veut-on considérer son itinéraire, et voir s'il se plie à la disposition des terrains, recherchant les uns et évitant les autres? Voici ce qu'apprennent les faits.

Dans les précédentes invasions, on avait noté que le choléra, envahissant les bassins du Rhône, de la Gironde et de la Seine, avait contourné, sans y pénétrer, toutes les masses granitiques sur lesquelles sont assis les départements de l'Allier, la Creuse, la Haute-Vienne, la Corrèze, le Puy-de-Dôme, le Cantal, la Haute-Loire et l'Ardèche. Cette singularité

frappante s'est reproduite cette année pour la troisième fois. Tous ces départements ont été ou totalement épargnés, ou à peine touchés. Tandis que le foyer de l'ouest et celui de l'est s'étaient rejoints en ligne directe par les terrains tertiaires d'Indre-et-Loire et de Loir-et-Cher, le foyer de l'ouest et celui du sud ne se réunissent qu'au moyen d'un long circuit. Le premier suit, du nord au midi, les bords de l'Océan, jusque dans le bassin de la Gironde; le second les bords de la Méditerranée d'abord, puis les terrains tertiaires couchés au pied des Pyrénées et baignés de nombreux cours d'eau, jusqu'aux départements de la Haute-Garonne et de Tarn-et-Garonne.

A côté de ce fait important, il en faut placer un autre, moins heureux pour la théorie. Comme le Cantal, comme l'Auvergne, les Vosges étaient restées jusqu'ici préservées; et c'était même à une espèce de cordon sanitaire établi par le grès et le granit vosgiens qu'on attribuait l'immunité un peu singulière dont avait joui en 1832 le bassin tertiaire de l'Alsace. Mais en 1854, on le sait, les Vosges ont été assez maltraitées. Certains villages ont été décimés. Il y aurait, il est vrai, à rechercher si, dans cette région même, le choléra n'a pas choisi son terrain; car le grès et le granit n'en occupent pas une très grande surface. M. Jacquot affirme précisément que la chaîne montagneuse n'a pas été entamée; que le rayonnement du choléra de Dompaire s'est arrêté à Épinal, et que Saint-Dié a été respecté. Ce village de Dompaire, où les ravages ont été si terribles, n'est assis ni sur le granit, ni même sur le grès vosgien, mais bien sur ce qu'on appelle le *grès bigarré*, qui renferme des dépôts stratiformes de matière argileuse. Mais ces quelques faits sont insuffisants; et il reste toujours que la chaîne vosgienne n'a pas arrêté la marche du choléra, et préservé, comme en 1832, le bassin de l'Alsace. L'épidémie est venue de la Haute-Marne sur les bords du Rhin directement par les Vosges, et en les traversant de part en part.

Le département de la Loire donne lieu à des remarques semblables. Le bassin de Saint-Étienne et de Rive-de-Gier comprend des formations carbonifères encaissées dans des roches de micaschiste et de gneiss, au pied desquelles l'épidémie était toujours venue expirer. Cette année, jusqu'à la fin de juillet, on a pu croire qu'elle en agirait de même; car elle restait confinée sur quelques points des rives du Rhône, à l'extrémité est du département. Mais tout à coup, la voilà qui traverse les terrains cristallisés et se jette avec une fureur peu commune sur le hameau de Bachasses, près Rive-de-Gier, et se propage à plusieurs autres localités situées comme lui sur la formation carbonifère. Des bords du Rhône à ce hameau, il y a de 15 à 20 kilomètres de gneiss. Le choléra s'est-il répandu sur cet espace, ainsi que sur l'autre bord de la rivière? C'est ce que nous ignorons.

Nous ajoutons enfin que, dans d'autres parties de la France, l'itinéraire de l'épidémie et ses différences d'intensité ne sont pas en rapport bien exact avec la distribution du terrain. On se demande, par exemple, pourquoi le choléra, installé dans la Haute-Marne et dans la Marne, et ne rencontrant, du côté de l'ouest, de Saint-Quentin à Châteauroux et de Vendôme à Courtenay, que des terrains tertiaires, sans aucune interruption, avec un grand cours d'eau (la Loire), ne s'y développe activement que sur quelques points, comme dans Seine-et-Marne, et ne s'y montre pas plus violent que sur le grès des Vosges; pourquoi aussi, à Montpellier, sur un terrain tertiaire, l'épidémie a été si bénigne et les cas si espacés, etc.

On le voit, la doctrine des influences géologiques n'est pas sans être contrariée par les faits. C'est en matière d'épidémie surtout, et principalement encore dans les questions d'étiologie, qu'il faut se garder de conclure d'une seule expérience, parce que nulle part il n'est plus difficile de saisir les relations des effets et des causes. Les épidémies ont sans doute des lois qui leur sont propres; mais pour notre ignorance elles n'ont trop souvent que des caprices. Toutefois l'ensemble des observations est certainement plus favorable que défavorable à la doctrine; et loin de conclure à ce qu'elle soit rejetée absolument, nous conseillons d'en poursuivre l'examen, non-seulement à l'égard des grandes masses géographiques, mais relativement à des régions plus circonscrites où s'enchevêtrent des terrains de diverse nature. C'est une des plus utiles et des plus intéressantes questions que puissent se proposer les observateurs pour mettre à profit la lamentable occasion de recherches qui subsiste depuis un an. (Voir aux *Variétés* une lettre de M. Liebig.)

L'étude de l'influence des cours d'eau se lie, comme nous l'avons dit, à celle du sol. Toutefois, on s'exposerait à des erreurs si l'on appréciait la déclivité du sol par la direction d'un cours d'eau. Les fleuves et rivières sont loin de suivre toujours, comme on le croit généralement, les pentes naturelles du sol, et enfilent souvent des canaux tout formés qui coupent le terrain à contre-pente. C'est une circonstance dont il importerait de tenir compte, le cas échéant. Au reste, une étude de ce genre est très difficile, parce qu'elle exigerait, pour être complète, des documents extrêmement précis et détaillés. Il faudrait connaître la date exacte du début et l'intensité relative de l'épidémie dans une foule de localités grandes et petites, pour mettre ensuite ces circonstances en regard de la position géographique. Nous ne sommes pas aussi riche, mais nous possédons au moins quelques documents capables de jeter un peu de jour sur la question.

Le foyer du sud, qui est le mieux connu dans son origine et sa progression, est, sous le rapport dont il s'agit, assez significatif. L'épidémie débute sur le bord droit du bras oriental du Rhône, dans la ville d'Arles. Elle s'étend presque aussitôt au département de Vaucluse, et là, comme nos tableaux donnent le mouvement complet du choléra jusqu'à la fin de septembre, nous sommes en mesure d'établir qu'elle a montré une prédilection marquée pour le voisinage des cours d'eau. Si l'on suit, en effet, sur une carte détaillée (nous avons sous les yeux celle de Sagansan), l'ordre de succession des invasions locales, on voit que le choléra, après avoir remonté le Rhône depuis Arles, pénètre dans le département de Vaucluse par Avignon, c'est-à-dire au confluent du Rhône et de la Durance. Il continue son mouvement, et atteint Bédarides, Carpentras, Sorgues, Courthezon, Mornas, Mondragon; mais en même temps, suivant la rive droite de la Durance, il frappe l'Isle, Cavaillon, Lauris, Lourmarin, Cadenet, Pertuis. De temps à autre il éclate dans l'intérieur des terres; mais ce n'est pas là évidemment son siége de prédilection.

L'étude particulière des localités dépose également en faveur de l'influence des cours d'eau et généralement des lieux bas, encaissés, propres à entretenir l'humidité de l'atmosphère et du sol. Les exemples en sont trop multipliés pour qu'il soit possible de les rassembler ici. Mais nous pouvons assurer qu'ils sont donnés par l'ensemble des documents dont nous avons reçu communication. Quand le choléra s'abat sur une contrée, il commence le plus souvent par s'emparer du voisinage des masses d'eau, des terrains déclives et saturés d'humidité. Dans le bassin de Saint-Étienne, par exemple, quand il a franchi la barrière rocheuse dont nous avons parlé et envahi les Bachasses, il s'est mis à descendre, nous apprend le docteur Vial, les bords du canal et de la petite rivière de

Gier, et a frappé successivement Assailly, Lorette, le Sardon, envoyant à peine quelques prolongements affaiblis sur les hauteurs du voisinage, à Saint-Paul et à Saint-Genis. Saint-Étienne, malgré une prodigieuse consommation de fruits détestables, malgré le voisinage des eaux basses et fétides du Furens, n'a eu que peu de malades, dont une grande partie appartenait à une commune suburbaine, centre principal de l'industrie houillère du pays. Il résulte des lettres des docteurs Bénard et Lhuillier, que dans la Charente en général, plus particulièrement aux environs de Ruffec, à la date du 15 septembre, l'épidémie a sévi presque uniquement dans les lieux bas et humides; que, dans l'arrondissement de Toul, elle a débuté par Royaumeix, sur un sol marécageux et voisin d'une forêt de l'État qui renferme beaucoup d'étangs et de mares. L'Isle-sur-Sorgues, qui, dans le département de Vaucluse, s'est fait remarquer par la gravité de l'épidémie, est pénétré d'une humidité permanente où vit une population manufacturière, etc., etc.

On doit s'attendre à des exceptions, et il y en a. Dans les Bouches-du-Rhône, Aubagne et la Ciotat ont été préservés; ils l'étaient, du moins, au commencement d'août, deux mois après l'invasion d'Arles et un mois après celle de Marseille. Cette immunité leur a même valu de servir de refuge aux émigrants de Marseille et de Toulon. Or, Aubagne et la Ciotat sont situés sur des terrains bas; la dernière, surtout, qui est riveraine de la Méditerranée. Ces terrains, il est vrai, sont crétacés, et formés de ce qu'on appelle le grès vert, tandis que Marseille est assis sur un terrain tertiaire moyen; mais Toulon, d'où l'on émigrait, repose sur le même grès bigarré qui gît au pied du versant occidental des Vosges. On voit que l'absolu n'est pas du domaine de ces sortes d'observations. Sous ce rapport encore, le département du Haut-Rhin offre un enseignement significatif. Le 19 septembre, M. le docteur Marquez nous écrivait que la plaine marécageuse située au sud de Colmar se ressentait principalement de l'influence épidémique. Mais, dans une lettre complémentaire qu'il a bien voulu nous adresser tout récemment (12 décembre), il nous apprend que, dans la langue de terre comprise du sud au nord, entre l'Ill à l'ouest et le Rhin à l'est, on n'a pas ou l'on n'a que très peu de cas de choléra. On en rencontre, au contraire, en quantité notable sur la rive gauche de l'Ill: à Colmar depuis le 9 août, à Mulhouse depuis le 18 du même mois, à Houssen depuis le 28. Or, la langue de terre dont il est question, resserrée entre deux cours d'eau, n'a pas plus de 15 à 20 kilomètres; on eût donc pu la croire très favorable au développement de l'épidémie. Au contraire, le côté de la plaine situé sur la rive gauche de l'Ill, et qui est formé du même sol que la première (alluvions), rencontre, à 12 kilom. environ, au lieu d'un terrain humide, le granit des Vosges. Disons enfin que, dans le département de l'Ain, l'épidémie a respecté ou avait respecté, jusqu'à la fin de septembre, la Dombes, pays d'étangs et de marais, où des fièvres intermittentes graves règnent habituellement.

Il est en France une ville qui, par les accidents si tranchés de son sol, méritait bien d'être soumise particulièrement à une étude du genre de celle qui nous occupe; nous voulons parler de Lyon. Ici des quartiers très aérés sur les montagnes de Saint-Just et de la Croix-Rousse; là des quartiers inférieurs et souvent submergés, à Perrache et aux Brotteaux. Comment l'épidémie, d'ailleurs bénigne, de Lyon s'est-elle distribuée? M. le docteur Pointe, qui a bien voulu nous adresser une note étendue dont nous aurons à profiter plus d'une fois, nous écrit que « les cas se sont montrés disséminés dans les divers quartiers. » Le Lycée impérial, dont les bâtiments voisins du Rhône sont tous les ans, pendant un jour ou deux, battus par les eaux, n'a offert que des cas de cholérine que l'amélioration du régime a fait disparaître. Il ne s'est rien passé de beaucoup plus grave dans la manufacture des tabacs, voisine des rivières et de la presqu'île Perrache, et contenant 900 ouvriers, qui vivent, en général, dans de mauvaises conditions hygiéniques. Même bénignité, enfin, à l'hôpital militaire et à la prison de Perrache, qui occupent la même position que la manufacture des tabacs.

Toutes ces exceptions autorisent-elles à nier la fâcheuse influence des cours d'eau et des lieux humides? Nous ne le pensons pas. Trop de faits contraires attestent cette influence, et tout ce qu'on peut déduire des observations contradictoires, c'est que l'épidémie obéit à des impulsions secrètes qui peuvent se jouer exceptionnellement de celles qu'il nous est donné de connaître et de constater expérimentalement.

(La suite à un prochain numéro.)

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'emploi d'un cylindre d'éponge dans les maladies de l'utérus, par M. Prosper Yvaren (d'Avignon).

Suite. — Voir le n° 63.

B. *Déplacements de la matrice.* — Existe-t-il seulement un *abaissement* de cet organe, sans déviation notable? Après avoir repoussé aussi haut que possible l'utérus avec l'index introduit dans le vagin, et l'avoir repoussé encore à l'aide du spéculum, j'opère comme il a été dit dans l'observation qui fut le point de départ de ma pratique. Inutile de répéter que le cylindre doit avoir une longueur et un volume en rapport avec l'étendue et la capacité du vagin.

Ai-je affaire à une *antéversion* très prononcée et déjà ancienne, j'emploie le procédé que j'ai suffisamment décrit dans la même observation. Je renvoie donc à ce même passage, afin d'éviter une répétition superflue.

Dans le cas de *rétroversion*, où le corps appuie sur la cloison vagino-rectale et où le col est tourné vers le pubis, il est très facile d'engager le col dans l'orifice de l'instrument. Après avoir repoussé en haut, autant que possible, l'organe dévié, je retire de sa coulisse la valve supérieure; j'introduis l'éponge taillée en bec de flageolet, la concavité de celui-ci tournée en bas; et saisissant ce bec avec de longues pinces, je l'enfonce dans le cul-de-sac supérieur du vagin; j'écarte le mors des pinces, et, appuyant fortement sur l'extrémité vaginale de l'éponge, je dégage lentement les pinces d'abord, le spéculum ensuite. Le corps du cylindre remplissant le vagin s'oppose à l'abaissement de l'utérus, tandis que son extrémité amincie fait l'office d'un coin interposé entre le col et la paroi vésico-vaginale.

Pour remédier aux *versions latérales*, la manœuvre est analogue. Le col est-il tourné vers la paroi gauche du vagin: lorsque j'ai engagé le col de l'utérus dans le spéculum, je fais faire à l'instrument un quart de rotation sur lui-même, de façon que sa valve mobile regarde la cuisse gauche, son manche la droite; et retirant de sa coulisse cette valve, je glisse entre le col et la paroi latérale gauche du vagin le bec de l'éponge, sa concavité tournée à droite; le reste *ut supra*. Un manuel opératoire en sens inverse a lieu pour le cas où le col utérin est tourné vers la paroi vaginale droite.

Une remarque qui m'a frappé trouve ici sa place. Dans la grande majorité des altérations organiques de l'utérus, soit que l'affection consiste en un engorgement simple avec ulcérations, granulations, soit qu'elle consiste en un squirrhe ou en une dégénérescence cancé-

reuse du col, j'ai trouvé celui-ci très fortement dévié vers la paroi gauche du vagin, le corps rejeté à droite. La douleur symptomatique inhérente à ces désordres, et même toutes les douleurs que suscitent les affections utérines en général, sont plus marquées, plus violentes dans le flanc gauche et dans la partie latérale gauche du corps, et même n'existent que de ce côté. Je ne crois pas exagérer en disant qu'il en est ainsi sept fois sur dix.

Pour terminer ce qui concerne les déviations, je dois ajouter qu'à moins des cas exceptionnels où la déviation est extrême, le simple cylindre d'éponge réussit à maintenir réduits l'abaissement et la déviation, sans que l'on soit obligé de pratiquer à son extrémité la cuvette dont il vient d'être question, et de recourir au manuel opératoire, quelquefois assez laborieux, que son placement nécessite.

Ainsi donc, contre le flux urétro-vaginal, contre l'abaissement de l'utérus et ses déviations, soit que ces états morbides se présentent isolés, soit qu'on les rencontre réunis, je trouve un heureux modificateur dans le cylindre d'éponge agissant tour à tour ou du même coup comme suppositoire antileucorrhéique, comme pessaire et comme redresseur utérin.

J'ai dit qu'il ne fallait pas recourir à l'emploi de l'éponge tant que l'irritation de l'utérus et du vagin se maintenait à un certain degré d'intensité, un flux abondant et même ancien dérivant assez souvent d'une inflammation presque voisine de l'état aigu. C'était là le cas d'une jeune femme chez laquelle je me hâtai trop d'introduire l'éponge. Les souffrances utérines en furent exaspérées.

Je cite cet exemple pour signaler l'écueil que je ne sus pas éviter, et pour consigner ici les phénomènes exceptionnels que m'offrit cette malade.

Lorsque je voulus reconnaître l'état du vagin et de l'utérus, elle poussa des cris de douleur au moment où mon index traversa l'anneau vulvaire. La souffrance que je déterminai me sembla si vive, que j'hésitai à faire usage du spéculum ; je m'y décidai cependant. Quel ne fut pas mon étonnement ! Au moment de l'opération, la patiente ne manifesta aucune sensation douloureuse. J'avais déjà constaté plusieurs fois cette différence dans la manière d'être de la sensibilité. Le mari me fit alors la confidence que, depuis quelque temps, sa femme le repoussait avec violence chaque fois qu'il s'approchait d'elle. Des scènes de jalousie en étaient résultées, et le mot de *séparation* avait été déjà prononcé.

A mon tour, je fis part au mari de mes observations, et lui expliquai qu'il existait chez sa femme un état névralgique, et qu'il fallait accuser de sa froideur un besoin irrésistible de repousser la douleur, et non un défaut d'affection et une répugnance blessante.

En effet, je constatai que toute la partie droite de l'anneau vulvaire était le siége d'une sensibilité excessive qui s'étendait jusque sur la petite et sur la grande lèvre correspondantes, sensibilité qu'un contact léger exaspérait et que calmait une forte pression. A deux reprises, je touchai avec le crayon de nitrate d'argent les surfaces endolories. La névralgie disparut sans retour ; les époux ne se séparèrent pas. J'avais déjà observé un cas pareil ; le même traitement m'avait réussi.

Dans les circonstances, d'ailleurs assez rares, où la présence de l'éponge ne peut être supportée, et où l'on est obligé de la retirer peu d'heures après qu'elle a été introduite, il est essentiel de prévenir les malades et d'être prévenu soi-même qu'on ne saurait mettre trop de lenteur et de prudence à retirer l'éponge du vagin ; car, dans les premiers moments de son séjour, il arrive que la paroi vaginale et la surface de l'éponge sont sèches et comme adhérentes l'une à l'autre. Retirer brusquement le cylindre, ce serait s'exposer à produire une procidence du vagin ; il est bon de soutenir celui-ci en glissant assez haut le doigt entre sa paroi et le cylindre amidonné, ou même de faire une injection émolliente dans le vagin avant de procéder à l'extraction. Le soir ou le lendemain, c'est-à-dire douze ou vingt-quatre heures après le pansement, j'ai toujours trouvé l'éponge recouverte d'un mucus lubrifiant qui en rend le retrait facile.

Ce pansement donne surtout les meilleurs résultats chez les femmes à fibre molle, à tempérament lymphatique et strumeux, chez lesquelles les flueurs blanches sont si fréquentes et acquièrent une abondance si préjudiciable à la santé.

Une jeune dame, dans ces conditions, portait un engorgement atonique de l'utérus, avec œdème du col et abaissement de tout l'organe ; elle traînait depuis longtemps, de son lit à sa chaise longue, une existence misérable, et allait s'affaiblissant et s'étiolant. Je la pansai, chaque matin, avec le cylindre d'éponge recouvert d'une couche épaisse de poudre de quinquina rouge. La station, la marche, la promenade au grand air, des courses en voiture et à la campagne devinrent presque immédiatement possibles ; un salutaire exercice aida puissamment à l'action des remèdes généraux appropriés à la constitution idiosyncrasique de la malade : ferrugineux, toniques, bains de mer, etc. Cette dame retrouva en assez peu de temps une santé qui paraissait compromise sans retour. C'est dans des cas pareils que le traitement général doit dominer la cure de l'affection utérine, ainsi que l'a si judicieusement indiqué M. Gibert.

Dans l'espèce, les effets du cylindre d'éponge permirent de remplir plus vite, presque immédiatement, les indications les plus essentielles de ce traitement, celles qui ont trait aux modifications hygiéniques.

Mais il est aussi des affections où le traitement ne peut et ne doit être que local. C'est celui où la déviation, l'abaissement de la matrice constituent toute la maladie, indépendante qu'elle est de toute altération fonctionnelle ou organique, soit locale, soit générale. C'est alors le cas de l'application des pessaires ; c'est encore celui de l'emploi du cylindre d'éponge. J'en citerai un seul exemple.

Le 29 mai 1853, je fus consulté par une tailleuse de robes. Elle avait naguère reçu les soins d'un chirurgien pour une maladie de l'utérus qui devait avoir été jugée grave, car le fer rouge avait été mis en œuvre. La malade était restée sujette à des douleurs dans les reins et dans les cuisses, si intenses qu'elle était sur le point de renoncer à son état, tant elle se trouvait incapable de faire la moindre course en ville. Je trouvai l'utérus fortement *abaissé* et en *antéversion ;* mais pas de leucorrhée, pas de traces de l'affection primitive qui me permissent d'en reconnaître la nature. Je réduisis le déplacement de l'utérus et introduisis dans le vagin le cylindre d'éponge amidonné. Le jour même, une longue course n'occasionna aucun malaise. Le 25 juin la matrice avait repris sa place. Je cessai le pansement. Aucune incommodité ne s'est reproduite jusqu'à ce jour. L'éponge a fait seule les frais de la guérison.

On a vu, dans une observation précédente, qu'avant de supprimer le flux leucorrhéique dont la malade était atteinte, je m'assurai du bon état de la poitrine, non-seulement chez elle, mais chez ses proches. Je reviens sur ce point, pour faire observer combien il y aurait souvent de danger à opposer une médication trop active aux flueurs blanches dont serait atteinte une femme prédisposée à la phthisie. On ne saurait, dans ce cas, user de trop de circonspection.

Il y a cinq ou six ans, la femme d'un de mes amis fut prise d'un engorgement de l'utérus avec écoulement leucorrhéique ; elle était d'une famille où la phthisie avait fait plus d'une victime ; elle était elle-même sujette à s'enrhumer l'hiver. Après avoir calmé les symptômes les plus pénibles, je crus devoir abandonner la maladie aux seules forces de la nature et laisser les mouvements fluxionnaires se diriger et s'épuiser à la longue sur un organe où ils ne pouvaient pas susciter les désordres graves qu'ils eussent produits sur les poumons prédisposés aux tubercules, s'ils se fussent dirigés sur la poitrine. Graduellement, les phénomènes morbides de l'utérus, surveillés et amoindris par l'art, se sont amendés ; et après deux ans passés dans son lit ou sur son canapé, cette dame a vu sa santé renaître et se raffermir même, car elle n'a plus été sujette aux rhumes.

Je n'ai jamais consenti non plus à ce que la sœur de cette dame opposât à une forte leucorrhée autre chose que des soins d'extrême propreté.

On me pardonnera, je l'espère, cette digression, en faveur de son importance essentiellement pratique.

C. *Dégénérescences cancéreuses de l'utérus.* — Ai-je besoin de dire que le cancer a figuré pour une très forte proportion parmi les maladies utérines que j'ai observées ? J'espérais que l'éponge me

rendrait quelques services dans la cure palliative de ces terribles affections, en me permettant de porter et de maintenir sur les surfaces douloureuses mêmes des médicaments destinés à en modifier la sensibilité. Je dois dire que j'ai été complétement déçu de mes espérances. Le cylindre d'éponge ne m'y a été que d'un faible secours. Dans deux circonstances surtout, il me fut très pénible d'y constater son impuissance. C'était deux de ces cas où les douleurs étaient portées au plus haut degré de violence qu'il soit donné à la nature humaine de supporter.

Chez une dame, âgée d'environ cinquante-quatre ans, les souffrances qu'éveilla le cancer à son apparition prirent le type intermittent et ne le quittèrent plus. Elles éclataient à dix heures du matin, et, mettant la malade à une torture indicible, lui arrachaient des cris jusqu'au soir. Les antipériodiques, donnés sous toutes les formes et à toutes les doses, n'eurent pas l'ombre d'influence sur le retour des accès. J'eus recours à l'opium, qui calma parfaitement les crises et seul montra des vertus antipériodiques. Il fallait le donner de grand matin pour prévenir l'explosion des douleurs. Mais à quelles doses énormes nous fûmes obligé de monter ! Après être parti d'un grain, nous en étions venu, par doses progressivement croissantes, à celle de 100 grains administrés en une seule fois. Et encore, si l'atmosphère était chargée d'humidité, il fallait ajouter 2 grains de plus, sans doute pour compenser 2 grains d'eau que l'hygrométrique résine avait absorbés ; sans cela l'accès n'était pas supprimé.

Ces grandes doses, continuées longtemps, furent toujours tolérées ; mais, arrivée à l'état cachectique, cette dame ne les supporta plus aussi bien. Il fallut alors, par une marche inverse, faire descendre la dose d'opium jusqu'à quelques grains, et à la fin la supprimer : les douleurs avaient cessé. La malade vécut encore deux mois, dans un état de maigreur excessive, et semblable à ces figures de cire que le temps a desséchées et jaunies. Chez elle, jamais les médicaments calmants ou stupéfiants portés sur le siége du mal, à l'aide de l'éponge, ne produisirent des effets sensibles.

Il en fut de même chez une autre personne, plus malheureuse encore, chez laquelle la diathèse cancéreuse se développa peu après l'époque critique. Les douleurs qu'elle suscita se déclarèrent par crises irrégulières et sans périodicité. Elles étaient intolérables. Opium, belladone, jusquiame, morphine, morelle, etc., toute la série des modificateurs du système nerveux, donnés sous toutes les formes et à toutes les doses, rien ne réussit à calmer les douleurs. L'effet narcotique du médicament surajoutait à la douleur, mais ne s'y substituait pas, la modifiant à peine. Outre le mal, la malade avait à supporter les malaises dus à un commencement d'intoxication. Ce ne fut qu'après une longue lutte et avec une extrême lenteur qu'elle arriva à la mort que nous souhaitions pour elle, et qu'elle n'envisagea, jusqu'à l'heure dernière, qu'avec une insurmontable horreur !

Il me reste à dire quelques mots sur la manière de préparer le cylindre d'éponge. Il vaut mieux choisir une éponge plate et épaisse que celle qui a la forme d'un champignon. Son grain doit être fin, son tissu souple. Il est inutile de faire observer qu'elle doit être soigneusement lavée et purgée des débris de coquillages qu'elle pourrait contenir.

Avant d'y tailler le cylindre, il faut avoir la précaution de la tremper dans l'eau et de l'exprimer avec force dans un linge que l'on tord. On juge ainsi exactement du volume que le cylindre conservera lorsqu'on l'aura mis en place. Tailler l'éponge dans son état de sécheresse et l'introduire sèche dans le vagin, ce serait s'exposer à l'y voir prendre un développement qui ne permettrait pas qu'elle y fût supportée.

D'ordinaire, je donne plus de volume à son extrémité la plus douce, la plus régulière, celle qui doit être en contact avec la matrice, et que j'ai appelée *utérine*, qu'à l'extrémité opposée, ce qui la rapproche de la forme d'une poire allongée. Son volume et sa longueur doivent être en rapport, je le répète, avec la capacité et la profondeur du vagin. Trop faible, il laisserait se reproduire en partie le déplacement auquel il doit remédier ; trop fort, il occasionnerait lui-même un malaise analogue aux souffrances dont il est destiné à prévenir le retour. Quand le rapport est convenable, la malade n'a même pas la conscience de la présence du suppositoire, et il n'est pas besoin de beaucoup de tâtonnements pour trouver ce rapport.

Après un certain nombre de pansements, le calibre de l'éponge diminue. Ce retrait est plus rapide quand elle est employée concurremment avec des cautérisations pratiquées avec le crayon de nitrate d'argent, etc. On doit alors la changer.

J'ai dit qu'il était indispensable, avant d'introduire le cylindre dans le vagin, de le couvrir de poudre d'amidon, et j'en ai donné les raisons. On peut, suivant les indications, l'enduire aussi de pommade ou le tremper dans des liquides médicamenteux.

L'extrémité vulvaire de ce cylindre sera traversée d'un fil assez fort et assez long pour pendre entre les grandes lèvres de la malade, afin que celle-ci puisse le saisir et retirer l'éponge chaque soir ou le lendemain matin, et la suspendre à l'air pour la faire sécher après l'avoir bien lavée.

Chez quelques femmes d'une maigreur peu commune, et dont le vagin offre une ampleur non moins exceptionnelle, l'éponge, je dois l'avouer, ne réussit pas toujours à maintenir réduits les déplacements de l'utérus : la maigreur est toujours une mauvaise condition ; souvent elle crée un obstacle insurmontable.

Je constatai un abaissement de l'utérus chez une femme encore jeune, mais excessivement maigre. Le vagin était vaste, bien que l'anneau vulvaire fût assez resserré. Un cylindre d'un fort calibre n'empêchait pas l'organe déplacé de glisser entre quelque point des parois vaginales et ce suppositoire, et de renouveler une partie des malaises qu'il s'agissait de faire disparaître.

Je choisis une éponge entière, ayant la forme d'un champignon, très fine, et dont la partie évasée, assez profondément creusée, présentait un bord continu et peu épais, semblable à la corolle d'une campanule.

Ayant engagé l'utérus bien au centre de l'orifice du spéculum, je portai l'éponge dans l'intérieur de l'instrument, et avec le bout de la baguette de bois j'appliquai bien exactement sur le pourtour du col le rebord de l'éponge; puis, pendant que d'une main je retirais le spéculum avec beaucoup de lenteur, de l'autre main, armée de la baguette, je m'assurais que cette application était toujours exacte. La matrice resta logée dans cette espèce de coiffe, comme un gland dans son opercule. De ce moment, les malaises ne se renouvelèrent plus. Le mari devint assez habile à opérer cette manœuvre, pour qu'au bout de peu de temps je confiasse définitivement à son adresse le pansement journalier de sa femme. Ils habitent aujourd'hui Alger. Je n'ai pas eu de leurs nouvelles ; mais je ne désespérerais pas que la malade ne dût, avec le temps, sa guérison définitive au moyen palliatif que je lui ai conseillé, surtout si elle acquérait un certain embonpoint et si elle faisait pendant plusieurs étés usage des bains de mer.

J'ai vu plus d'une de mes malades, après quelques pansements faits par moi, réussir parfaitement à se placer elles-mêmes le cylindre d'éponge dans le vagin, surtout celles chez qui je n'y avais recours que pour combattre une leucorrhée atonique.

Pour conclure, je dis : 1° Que le cylindre d'éponge possède une action égale, sinon supérieure au bourdonnet de coton cardé, pour tarir ou pour diminuer les flux muqueux dus à l'état pathologique désigné par le nom de *catarrhe utérin, catarrhe vaginal;*

2° Que, dans les phlegmasies chroniques de la matrice, lorsque l'irritation a été apaisée, il aide puissamment au rétablissement complet de l'organe malade, et, en remédiant à l'abaissement dont l'engorgement s'accompagne dans la plupart des cas, il s'oppose au retour de cet engorgement ;

3° Que dans les déplacements essentiels de l'utérus (*anté, rétro* et *latéroversion*), le cylindre, soit qu'on l'emploie simple, soit qu'on ait creusé une de ses extrémités en bec de flageolet, l'emporte de beaucoup sur les pessaires, par sa souplesse, par sa facilité à être introduit dans le vagin, et surtout par la propriété qu'il possède d'aider à la résolution des engorgements, etc., et de tarir le flux des muqueuses utérine et vaginale, à l'inverse de la plupart des pessaires, qui les irritent et sont par eux-mêmes une cause ordinaire de leucorrhée.

En un mot, il met à la portée de tous les malades et sous la main des praticiens, tout à la fois un suppositoire antileucorrhéique, un pessaire commode et un redresseur inoffensif.

LETTRE A M. BOUILLAUD SUR LA SPÉCIFICITÉ DE LA CELLULE CANCÉREUSE.

Monsieur et très éminent professeur,

Lorsque vous avez pris la parole à l'Académie dans la grande discussion sur le cancer, personne ne savait d'une manière exacte sur quel plateau de la balance viendrait presser votre puissante opinion, et nous étions, pour notre part, dans cette sorte d'attente anxieuse dont on ne saurait se défendre quand on est à la veille de recueillir un secours imposant ou de combattre une autorité respectée. Après avoir attentivement écouté votre long discours, après en avoir mûrement médité l'esprit et le fond, après avoir eu l'honneur de vous en parler encore le lendemain, nous nous crûmes en droit de vous regarder comme un de nos partisans réels, irrécusables, lorsque nous prîmes la plume pour apprécier dans ce journal votre brillante plaidoirie. Il paraît que l'impression n'a pas été la même sur tous les esprits, et malgré l'assentiment formel que vous avez donné aux recherches microscopiques en déclarant le *microscope infaillible en lui-même*, quelques personnes ont jugé que vous deviez être rangé parmi nos adversaires, ou au moins parmi les douteurs les plus prononcés. Comme chacun est absolument maître d'interpréter comme bon lui semble les discours académiques, nous n'en appellerions point de ce jugement, si une agression directe, dirigée contre notre personnalité, ne tendait à faire croire que nous avons dénaturé votre opinion pour la faire servir à la cause que nous défendons. Journaliste par occasion, nous désirons vivement, pendant tout le cours de cette discussion, ne pas répondre, au moins dans la presse, aux attaques venant de nos confrères de la presse. Si nous avons altéré le sens de votre discours et assimilé trop complaisamment vos opinions aux nôtres, ce ne peut être que par un enthousiasme irréfléchi ou par un calcul qui ne serait pas dépourvu de déloyauté. Comme je suis persuadé que vous au moins, honoré maître, ne me prêtez pas la seconde intention, je serais tout prêt, malgré la peine que j'en ressentirais pour notre cause, à déclarer que vous nous êtes plus hostile que favorable, s'il était vrai que votre discours fût réellement dirigé contre nous ; mais il m'est véritablement impossible d'admettre cela, aujourd'hui que, pour la dixième fois, je relis ce discours à tête reposée ; et alors que, tout récemment, vous avez daigné *approuver complétement* l'appréciation que j'en avais faite.

Cet incident vidé, permettez-moi de répondre à un vœu que vous exprimiez et de lever un doute qui vous a visiblement influencé. Vous avez, à mon avis, très nettement posé le problème que la discussion actuelle doit résoudre, je veux parler de la spécificité de la cellule cancéreuse. « S'il était démontré, avez-vous dit, qu'il » y eût dans le cancer un élément constant et qui ne se rencontre » dans aucune production pathologique ou normale, le diagnostic, » quoique cadavérique, aurait une valeur immense ; mais cet élément existe-t-il ? »

Nous savons que cette spécificité a été attaquée à l'Académie et hors de l'Académie, dans notre pays et hors de notre pays ; c'est ce qui vous a fourni matière à de bienveillants conseils. « J'engage les micrographes, avez-vous dit, à redoubler de soin et de » persévérance ; je les engage surtout à se discipliner. »

La négation de la spécificité vient de deux sources : 1° De personnes qui, n'ayant aucune connaissance du microscope, aucune notion de ce qu'il faut entendre par élément anatomique ou tissu élémentaire, ne peuvent concevoir comment la structure microscopique d'une tumeur peut servir à la caractériser, et alors elles appuient leur négation tout arbitraire, toute fortuite, sur cette proposition empruntée à M. Velpeau, que notre cellule cancéreuse n'est point caractéristique parce qu'elle se trouve dans des tumeurs qui ne sont pas cancéreuses et qu'elle manque dans de vrais cancers. A ces personnes nous croyons inutile de répondre, car nous désespérons de les convaincre. Si, au reste, nous y tenions, nous aimerions mieux, à la rigueur, leur montrer une demi-douzaine de fois les éléments cancéreux avec notre microscope, et nous pensons qu'elles seraient à même d'accepter alors la spécificité anatomique, qu'elles nient plutôt à ce jour par sentiment que par une conviction motivée.

D'autres dissidents se sont servis du microscope, et par conséquent ils sont aptes à soutenir la discussion sur le même terrain que nous ; ils sont peu nombreux, on peut donc les passer en revue les uns après les autres. Si l'on en croyait ce qui a été dit à l'Académie et ailleurs, les micrographes étrangers n'admettraient pas la spécificité de la cellule cancéreuse, et l'on a cité MM. Müller, Vogel, Bennett, Paget, Virchow, etc., etc. Les micrographes français seraient eux-mêmes divisés sous ce rapport en deux camps. MM. Mandl, Delafond, Michel (de Strasbourg), et peut-être quelques autres, n'admettraient point la spécificité reconnue et affirmée au contraire par MM. Lebert, Broca, Follin, Robin, les élèves qu'ils ont formés et nous-même.

Cette argumentation a pour but final et pour résultat de nous isoler, de nous montrer comme une minorité active et laborieuse sans doute, mais aux témoignages de laquelle on peut opposer des témoignages contradictoires aussi nombreux et émanant de sources aussi imposantes au moins.

C'est ce qui vous a fait dire : « plaisante cellule qui est spécifique en deçà du Rhin et de la Manche, et ne l'est pas au delà. »

Certes, quand on a une conviction arrêtée, il est beau de la soutenir jusqu'au bout, fût-on seul ; mais comme il est préférable d'être en compagnie, et surtout en bonne, je crois qu'il est de notre droit de vous démontrer que les micrographes sont moins dissidents qu'on ne le pense, que pour la plupart des micrographes étrangers la cellule cancéreuse est aussi spécifique que pour nous, et qu'il est inexact de croire que MM. Vogel, Hughes Bennett et James Paget, entre autres, n'attachent pas à la cellule en question une très grande importance. C'est ce que nous chercherons à démontrer les textes à la main.

Quelques personnes s'étonnent de l'âpre ténacité que nous montrons dans la discussion actuelle, et croient dès lors que nous faisons une guerre personnelle ; mais ne voient-elles point qu'il s'agit presque pour nous d'une question de vie et de mort scientifiques. Ou nous sommes dans le vrai ou nous sommes dans le faux. Si nous sommes dans le vrai, il faut le prouver en repoussant l'attaque, de quelque forme qu'elle soit revêtue ; si nous sommes dans le faux, nous avons consacré plusieurs années de notre jeunesse à des bagatelles, à des travaux inutiles, sinon pernicieux, et nous ne méritons guère dès lors que le dédain et la risée. Nous ne saurions sortir de ce dilemne.

Mais d'abord, avant d'exposer les opinions exotiques sur cette spécificité controversée, nous devons distinguer deux espèces de spécificités : la *spécificité anatomique* et la *spécificité clinique*. Nous sommes, comme on le sait, grand partisan des distinctions, et l'on nous accuse volontiers de subtilité sous ce rapport. J'espère toutefois que vous jugerez comme moi l'utilité de celle que je cherche à établir en ce moment.

La spécificité diffère suivant le point de départ qu'on adopte dans la classification. Je m'explique. Ceux qui prennent pour base la structure comme le caractère le moins variable, le plus certain, posent les questions suivantes :

1° Le squirrhe, l'encéphaloïde, types (1) admis comme tels par tout le monde, dans lesquels tous les caractères cliniques et physiques sont réunis au degré le plus évident, renferment-ils toujours des éléments particuliers (cellules, noyaux), ayant des caractères anatomiques précis et facilement reconnaissables? Nous répondons oui.

2° Ces éléments existent-ils dans des tumeurs qui, comme le lipome, la tumeur érectile, les kystes lacuneux ou glandulaires, la tumeur fibreuse de l'utérus, les abcès, les tubercules enkystés, etc., ne sont des cancers pour personne? Nous répondons non.

3° Lorsqu'une tumeur mal caractérisée pour un clinicien renferme une certaine proportion de ces éléments, est-il possible de

(1) Je ne mets point en cause ici les cancers mélanique, colloïde, hématode, et cela pour simplifier la discussion.

reconnaître leur présence en apportant à l'examen une dose suffisante de connaissance acquise, de temps et d'attention? Nous répondons oui, en faisant la part due nécessairement à la faillibilité humaine.

4° La constatation de ces éléments fournit-elle quelque lumière utile à la clinique, indique-t-elle jusqu'à un certain point la nature du mal, sa marche, son évolution, et sa terminaison probables, son pronostic, en un mot? Nous répondons oui dans la majorité des cas.

5° Cette constatation implique-t-elle que marche, évolution, terminaison seront toujours les mêmes, accompagnées des mêmes phénomènes, montrant les mêmes phases et dans des temps égaux; indique-t-elle une malignité constante, une issue toujours rapidement funeste, une guérison impossible? A toutes ces questions, nous répondons non, d'où il résulte que nous sommes moins pessimistes qu'on ne le dit, et que nous n'arborons nullement le fatal frontispice de l'enfer du Dante.

6° L'absence des mêmes éléments indique-t-elle toujours une même marche, une terminaison, un pronostic favorables, une bénignité absolue, une garantie constante contre la récidive, l'ulcération, l'envahissement, la cachexie, la mort? Nous répondons non.

7° Cette absence laisse-t-elle néanmoins plus d'espoir, peut-elle donner plus de hardiesse au chirurgien, modifie-t-elle les indications opératoires, adoucit-elle le pronostic, fait-elle entrevoir une bénignité plus certaine? Oui, nous l'affirmons sans hésitation.

Et alors nous disons: Les éléments précités sont *anatomiquement spécifiques* du squirrhe, de l'encéphaloïde, cancers types, — toutes les fois que nous les rencontrons dans une tumeur moins nettement caractérisée cliniquement et à l'œil, nous proclamons cette tumeur *cancéreuse*; — et non cancéreuse, au contraire, la tumeur maligne peut-être, mortelle quelquefois, qui ne les renferme pas. — Alors, pour ne pas inventer un mot nouveau, nous appelons les éléments en question, cellules ou noyaux, *cellules cancéreuses, noyaux cancéreux*. A chacun le droit de juger si nous sommes logiques.

Je viens, savant maître, de vous tracer une partie de l'histoire de la spécificité anatomique (1); voyons la spécificité clinique. Elle consiste à donner le nom de cancer à un certain ordre de maladies à peu près indéfinissables, mais qui présentent un certain nombre de caractères qui ne sont presque jamais tous réunis, qui peuvent, par conséquent, manquer tous isolément, de telle façon que, sur les dix ou douze qu'on superpose, deux ou trois seuls peuvent exister. Je n'essaierai point de vous définir ici cette spécificité; mais, pour éviter toute discussion, j'emprunte à notre illustre adversaire, M. Velpeau, le tableau symptomatologique qui en donne une idée. Reconnaissant (2e discours) que nous sommes venus facilement à bout de ruiner les anciennes définitions du cancer, il adopte la suivante: « Le cancer est une tumeur, une plaque, une » fongosité, ayant pour caractère, une fois établie sur un individu, » de s'agrandir, d'envahir, et de faire disparaître les tissus voisins, » de détruire, en un mot, tout l'organisme jusqu'à la fin, c'est-à-» dire jusqu'à la mort. »

Or, d'après ce que j'ai dit plus haut, il est bien évident que la structure étant mise au dernier rang, la marche, la terminaison au premier, le pronostic servant surtout à la définition, les cliniciens qui défendent cette spécificité clinique *philosophale*, ne peuvent et ne doivent pas, sous peine de se contredire, admettre que la cellule cancéreuse est spécifique du cancer tel qu'ils le comprennent. Mais si je vous signalais des auteurs qui disent que la cellule en question est le spécifique anatomique du *squirrhe* et de l'*encéphaloïde*, mais non de la classe des cancer en général, il est évident que nous serions d'accord avec eux sur le point anatomique, et il ne nous resterait plus qu'à nous entendre sur ce point accessoire de savoir s'il vaut mieux faire du mot *cancer* un adjectif qu'un substantif, comme nous l'avons déjà dit plusieurs fois dans nos précédents articles.

Or, ces auteurs existent, et je vais citer tout d'abord Müller, Vogel, Paget, MM. Mandl et Delafond. Vous êtes surpris de cette énumération; rassurez-vous, j'y joindrai les preuves.

(1) Il reste à démontrer que les éléments cancéreux sont réellement hétéromorphes, ce que nous ferons plus tard.

Il y a dans tout ce débat une malheureuse question de mots qui creuse d'un côté la tranchée que de l'autre côté nous nous efforçons de combler, et qui empêche un rapprochement et une pacification désirables. Vous l'avez bien compris, monsieur, puisque vous désiriez la création d'un mot nouveau pour baptiser la cellule et le noyau cancéreux. Or, selon nous, ce mot n'est pas indispensable; jugez-en.

Il ne faut qu'une légère concession de chaque côté pour aplanir les principales difficultés.

Si les micrographes, au début de leurs recherches et maintenant encore, ont cru ou croient que les tumeurs constituées par des éléments homœomorphes, sont toujours *bénignes*, récidivent seulement sur place et peuvent toujours être guéries par l'opération quand on intervient à temps; s'ils pensent que, par l'ensemble de ces caractères *tous cliniques*, ces tumeurs se distinguent *absolument* du squirrhe et de l'encéphaloïde, qu'ils se détrompent, qu'ils abandonnent cette illusion consolante, mais mensongère; qu'ils reconnaissent ouvertement même que les cliniciens, M. Velpeau en tête, ont quelquefois rectifié ce que ces assertions avaient de trop absolu; que MM. Vogel, Lebert, Paget cessent de diviser les productions accidentelles en bénignes ou non cancéreuses, et malignes ou cancéreuses; que MM. Vogel, Lebert, Paget, continuent à mettre les tumeurs fibro-plastiques dans les tumeurs homœomorphes, mais qu'ils ne croient plus à leur bénignité constante.

On sait que notre excellent ami, M. Lebert, a déjà modifié ses premières opinions avec cette bonne foi qui rend son talent si recommandable, en reconnaissant le premier que les tumeurs fibro-plastiques pouvaient, parfois, récidiver au loin, se généraliser, et amener la mort. Pendant quelque temps nous avons cru aussi au dogme de la bénignité des tumeurs epidermiques, fibro-plastiques, érectiles même; mais nous n'avons pas hésité un instant à changer nos convictions quand sont venus les faits.

Voici la concession impérieusement commandée aux micrographes, et ils la feront d'autant plus volontiers, que déjà ils l'ont bien des fois, en France au moins, formulée, alors même qu'on ne l'exigeait pas d'une manière pressante.

La concession qu'à notre tour nous demandons aux cliniciens est-elle plus dure, plus compromettante? Nullement. Que M. Velpeau, l'éminent chef du parti opposé et avec lequel il nous en coûte tant de soutenir une lutte aussi ardente, veuille bien réserver le nom de *cancer* au squirrhe et à l'encéphaloïde (ou à leurs innombrables dérivés), en un mot à ces tumeurs qui renferment cette cellule et ces noyaux qu'il a vus lui-même et qu'il trouve facilement reconnaissables — qu'il appelle avec nous *tumeurs épithéliales* et *tumeurs fibro-plastiques* celles qui ne sont composées que de lamelles ou de noyaux d'épiderme ou d'épithélium, de corps fusiformes ou de noyaux fibro-plastiques — qu'après cela il prouve qu'il a guéri des cancers vrais; qu'il n'a pu sauver, par quelque moyen que ce soit, des malades affectés d'épithélioma et de productions fibro-plastiques — qu'il retire surtout, après ces éclaircissements, cette trop célèbre triade qui cause toute notre dissidence (et qui deviendra inutile à ses propres yeux, du moment qu'il sera reconnu que des productions, non cancéreuses anatomiquement, peuvent avoir un cortége de symptômes assez analogues à celui qui accompagne le cancer vrai). — Qu'il reconnaisse qu'il n'est pas indifférent pour le pronostic d'avoir une tumeur épidermique de la peau, du visage, ou un encéphaloïde du sein, que, d'accord avec M. Malgaigne, il avoue qu'avant l'emploi du microscope, c'est-à-dire vers 1844, les caractères distinctifs anatomiques et cliniques des diverses tumeurs étaient encore vagues et incertains pour la plupart des chirurgiens, et dès lors la conciliation sera possible, les deux partis pourront chanter ensemble le *Te Deum*, et laisser la *prière des agonisants* pour quelques-uns de ces petits savants que vous savez bien, qui regardent chaque pas hors de l'ornière comme un sacrilége, et chaque progrès comme une atteinte grave à la doctorale et placide somnolence dans laquelle ils se drapent.

A vendredi prochain, révérend maître, les textes de MM. Vogel, Paget, Bennett, etc., etc.

Ar. Verneuil,
Agrégé à la Faculté de médecine.

III.

MÉDECINE LEGALE.

FRATRICIDE SUIVI DE TENTATIVE DE SUICIDE; ABSENCE DE LIBERTÉ MORALE; ACQUITTEMENT; par M. A. DIEZ.

Tant que la jurisprudence relative aux aliénés restera indécise pour la plupart des médecins, il sera bon de ne laisser passer sans les recueillir aucun des faits propres à en rendre les règles plus évidentes et à en vulgariser les applications. Sous ce rapport, le cas suivant, publié par *El Heraldo medico* (1854, nº 138), n'est pas moins instructif que plusieurs de ceux précédemment consignés dans la *Gazette hebdomadaire*.

OBS. — Laurent Arranz, de Saint-Léonard, charretier, âgé de vingt-six ans, avait toujours eu une conduite louable. Ex-soldat au 3e de ligne (Espagne), il était revenu dans ses foyers avec la décoration et d'honorables témoignages. Sa santé semblait passable; toutefois chaque printemps il saignait du nez; il était en outre sujet à une sorte d'état de rêve pendant lequel il appelait ses bœufs et croyait leur donner à manger.

Le printemps de cette année se passa sans épistaxis; et depuis quelque temps Arranz se sentait en proie à un certain agacement moral, pour lequel un chirurgien lui conseilla de se purger. Le trouble maladif avait généralement lieu la nuit; dans le jour, la lucidité était parfaite.

Telle était la situation d'Arranz, lorsque, s'étant mis en voyage avec un de ses frères qu'il aimait beaucoup, tous deux arrivent dans une auberge et couchent dans le même lit. Alors, surpris au milieu de son sommeil par sa surexcitation habituelle, il s'imagine que son frère menace de le tuer. A l'instant il se lève, prend son couteau dans la poche de son pantalon, saisit son prétendu agresseur, et lui plonge cet instrument dans le cou. Cet acte accompli, il sort, va s'asseoir sur un escalier voisin où il reste deux heures endormi.

En se réveillant, à travers sa demi-obtusion, il a une vague idée de ce qui s'est passé, et, retournant avec effroi vers son frère, il reste stupéfait de ne plus retrouver qu'un cadavre. Dans son désespoir, ne voulant pas survivre à un tel événement, il se fait lui-même une profonde blessure.

Néanmoins, pendant que son sang coulait en abondance, la réflexion lui vint que s'il succombait sans témoins on pourrait inquiéter l'aubergiste. Il se traîne et appelle.

Les personnes attirées par ses cris veulent en vain lui prodiguer des soins; il n'a d'abord qu'une pensée : mourir. On informe l'autorité, qui réitère ses interrogations sans succès. Arranz garde un obstiné silence, puis finit par avouer toutes les circonstances du fait comme elles sont exposées plus haut.

Conduit à Cuellas, il est confié aux soins du docteur Gonzalès et du chirurgien de la ville, chargés en même temps d'adresser à la justice, tous les trois jours, un rapport circonstancié, notamment sur la situation mentale du prévenu. Mais ceux-ci se bornèrent à constater l'intégrité des facultés intellectuelles.

En cette circonstance, le procureur fiscal don Mariano Rojas, convaincu qu'une action aussi insolite ne pouvait résulter que de l'insanité, crut devoir demander au tribunal l'adjonction d'un autre professeur de médecine aux précédents experts. On choisit le docteur Angel-Antonio Diez.

Un premier rapport de cette commission établit que le blessé, sans donner de signes positifs de dérangement mental, présente une tendance mélancolique.

Dans un second rapport, où sont notées les mêmes particularités, on ajoute que la nuit, plongé dans un demi-sommeil, Arranz éprouve une réaction fébrile qui se termine par des soubresauts dont il n'a pas conscience.

Les rapports subséquents ne renferment aucun élément nouveau.

Quant à l'appréciation de l'acte, se fondant sur le tempérament sanguin de l'inculpé, sur les accidents morbides qui se produisaient chez lui si fréquemment, sur l'excellence reconnue de ses sentiments et la sincère affection qu'il portait à son frère, les médecins déclarèrent que, dans leur opinion, Arranz avait obéi à une incitation fortuite et sans liberté morale.

Conformément à ces conclusions, le tribunal prononça l'acquittement du meurtrier.

Cette cause suggère plusieurs remarques. On sait que des phénomènes analogues à ceux que nous mentionnons ici, et se manifestant de même pendant la nuit, sont souvent la conséquence d'habitudes alcooliques. On n'a point insisté à cet égard sur la manière de vivre du malade; ce renseignement n'eût pas été sans importance. Il n'eût pas été moins curieux de s'assurer s'il n'offrait point parfois d'accès épileptiques nocturnes.

D'un autre côté, l'hésitation des premiers médecins à émettre leur avis sur l'état moral, et peut-être leur propension à croire à la plénitude du libre arbitre, prouvent l'opportunité que nous avons signalée en commençant, de ces matières difficiles.

Enfin, il paraîtrait qu'après le jugement, Arranz, aurait été purement et simplement rendu à la liberté. Or cette libération inconsidérée constitue une imprévoyance contre laquelle proteste aujourd'hui, à juste titre, la jurisprudence des aliénistes et des magistrats français. Chacun comprend, en effet, que si l'équité s'oppose à une condamnation imméritée, la sécurité sociale rend nécessaire une séquestration qui la mette à l'abri de sinistres éventualités.

DELASIAUVE.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

PHYSIOLOGIE. — *Explication, par la force de recul, de l'impulsion de la pointe du cœur; réclamation de priorité adressée à l'occasion d'une communication récente de M. Hiffelsheim*, par M. *L.-A. Fatou*. — L'auteur, pour appuyer ses prétentions, rappelle la cinquième conclusion d'un mémoire qu'il a adressé à l'Académie des sciences le 12 août 1850 :

« 5° L'impulsion précordiale de la pointe du cœur est due en grande partie à la *poussée* qui s'exerce sur la paroi opposée aux orifices d'écoulement au moment de la contraction des ventricules. » (La commission qui avait été nommée le 12 août 1850 pour le mémoire de M. Fatou, et celle qui l'a été le 27 novembre 1854 pour le mémoire de M. Hiffelsheim, sont réunies en une commission unique qui examinera les travaux des deux auteurs. Cette commission se composera ainsi de MM. Magendie, Regnault, Andral, Rayer et Bernard.)

M. *Natanson* soumet au jugement de l'Académie une note sur le *bruit musculaire* qui se produit par le fait de la contraction des muscles de la vie animale. (*Comm.*, MM. Magendie, Pouillet, Cl. Bernard.)

MÉDECINE. — M. *Commaille* adresse de Douéra (Algérie) la deuxième partie de ses recherches sur l'*Atractylis gummifera*. (*Comm.*, MM. Dumas, Pelouze, Laugier.)

M. le docteur *Laugier* prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de M. *Lallemand*. (Section de médecine et de chirurgie.)

COMITÉ SECRET. — Candidats présentés par la section de botanique : au 1er rang, *ex æquo*, MM. *Duchartre* et *Payer*; au 2e rang, M. *Trécul*; au 3e rang, M. *Chatin*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a.* Huit rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Gestin*, de Quimper; *Eirkel*, de Soultzmatt; *Buignoy*, de Péronne; *François*, d'Abbeville; *Alexandre*, d'Amiens; *Lefebure*, de Montdidier; *Varin*, de Doullens. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Un rapport sur le choléra épidémique, par M. le docteur *Daniel*, de Beauvais. — *c.* Vingt-six rapports sur le choléra épidémique dans le département de la Haute-Saône. (*Commission du choléra de 1854.*) — *d.* Divers remèdes et formules.

2. Deux tableaux des vaccinations pratiquées en 1853 dans les départements de la Lozère et de l'Indre. (*Commission de vaccine.*)

3. Communications de : *a.* M. le docteur *Apostolidès* (présentation de

serres-fines). (*Comm.*, MM. Velpeau, Malgaigne.) — *b.* M. le docteur *Wanner* (traitement de l'angine couenneuse). (*Comm.*, M. Grisolle.) — *c.* M. le docteur *Bourdet*, de Boulogne-sur-Mer (lettre relative au prix Nadau).—*d.* M. le docteur *Baizeau*, médecin militaire (influence des eaux sulfureuses sur la syphilis). (*Comm.*, M. Gibert.) — *d.* MM. *Duclos* et *Bouteiller* (remercîments à l'Académie). — *e.* M. le docteur *Chapuys* (envoi d'un échantillon d'un succédané du sulfate de quinine. (*Commission des succédanés du quinquina.*) — *f.* M. le docteur *Mialhe*, pharmacien (lettre et échantillons d'huile de foie de morue de la part de M. *Peter Moller*, de Christiania). (*Comm.*, M. Guibourt.)—*g.* M. le docteur *Bach* (lettre de remercîments; demande du titre de correspondant). (*Commission des correspondants nationaux.*) — *h.* M. le docteur *Dumas*, de Villegailhem (du choléra asiatique et de son traitement). (*Commission du choléra de* 1854.) — *i.* M. *Delfraysse*, de Pradines (épidémie *bilioso-putride* dans Pradines, près Cahors). (*Commission des épidémies.*)—*j.* M. *Lepage*, pharmacien à Gisors (demande du titre de membre correspondant; liste des travaux du candidat). (*Future commission des correspondants nationaux.*)—*k.* M. le docteur *Burggraeve*, de Gand (mémoire sur l'anus contre nature avec une pièce anatomo-pathologique). (*Comm.*, M. Amussat.)—*l.* M. le docteur *Hulin* (lettre de remercîments).—*m.* M. le docteur *Nalanski*, de Varsovie (prophylaxie du choléra).—*n.* M. le docteur *Coillot*, de Besançon (du choléra, de sa prophylaxie, de son traitement). — *o.* M. d'*Agar de Bus*, d'Issoudun (recettes contre le choléra; prophylaxie de cette affection). (*Commission du choléra de* 1854.)

M. *Londe* et M. *Ferrus* demandent successivement la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. *Londe* réclame contre M. le secrétaire annuel parce que tous les noms des lauréats, et en particulier de ceux honorés de *mentions*, n'avaient pas été proclamés dans la séance solennelle.

M. le *Président* et M. le *Secrétaire annuel* font remarquer qu'il suffisait que ces noms fussent imprimés dans le procès-verbal.

L'incident n'a pas de suites.

M. *Ferrus*, qui n'assistait pas à l'avant-dernière séance, quand M. Amussat a pris la parole, se justifie du reproche d'avoir voulu révoquer en doute les observations recueillies à la Salpêtrière par ce chirurgien; du reste, il se propose de répondre plus longuement à M. Amussat, lors de la reprise de la discussion sur le cancer.

M. *Jules Cloquet*, en présentant à l'Académie un nouveau système d'*aiguilles à suture* de son invention, fait ressortir les avantages que présentent ces nouveaux instruments pour la promptitude, la sûreté et la précision de l'opération.

Renouvellement du bureau et du conseil pour l'année 1855. — 1° *Élection du Président de l'Académie.* — Inscrits, 73; votants, 68; majorité absolue, 35.

Premier tour de scrutin : M. Jobert (de Lamballe), 62 suffrages; M. Laugier, 2; M. Robert, 1; M. Bussy, 1; billets blancs, 2.

M. *Jobert* (de Lamballe), qui a réuni la majorité des votes, est proclamé *président* pour l'année 1855.

2° *Élection du vice-président.* — Votants, 63; majorité absolue, 32.

Premier tour de scrutin : M. Bussy, 48; M. Renault, 8; M. Adelon, 6; M. Michel Lévy, 1.

M. *Bussy*, ayant réuni la majorité des suffrages, est élu *vice-président.*

3° *Élection du secrétaire annuel.* — Votants, 60; majorité, 30.

Premier tour de scrutin : M. Depaul, 41; M. Gibert, 17.

M. *Depaul*, ayant réuni la majorité des voix, est élu *secrétaire annuel.*

4° *Élections aux trois places du conseil.* — Première place : M. *Rostan*, président sortant; seconde place : M. *Bussy*, vice-président pour 1855; troisième place : M. *Robert.*

Chirurgie. — M. le docteur *Maisonneuve*, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, présente à l'Académie un malade auquel il a pratiqué l'extirpation de presque toute la moitié latérale droite de l'os maxillaire inférieur, affecté de nécrose, en conservant les dents correspondantes. Ce malade, âgé de trente-cinq ans, a été opéré le 18 novembre dernier, sans que l'opération ait été compromise par des suites fâcheuses. Le séquestre que M. Maisonneuve met sous les yeux de l'Académie est constitué par la moitié latérale droite du maxillaire inférieur, avec son condyle et son apophyse coronoïde. Le corps de l'os porte plusieurs alvéoles.

La séance est levée avant cinq heures.

Société médicale allemande de Paris.

Histoire d'une guérison de grenouillette selon la méthode de Dupuytren, par le docteur L. Pisani, chirurgien de l'Hôpital général de Malte.

M. S. L. Pisani, M. D. L. R. C. S. E., membre correspondant de la Société allemande de Paris, communique le fait suivant :

Obs. — Jean Bartolo, à l'âge de dix ans, observa une petite tumeur située au côté droit du cou, grosse comme une noisette, molle, ronde et indolente même à une forte pression. La peau qui couvrait la tumeur conservait encore tous ses caractères normaux. Dès lors celle-i continua à croître graduellement, et, dans l'espace de cinq ans, elle acquit la grosseur d'une noix. Le malade assure qu'à cette époque il lui semblait qu'il crachait moins qu'à l'ordinaire. Cependant il appliquait sur la tumeur plusieurs substances médicamenteuses, des onguents, des cataplasmes, etc., dans l'espérance d'en amener à la longue la résolution. Tout restait inutile; au contraire, elle s'agrandissait toujours; de sorte que, quand le malade arriva à l'âge de dix-huit ans, elle était plus grosse qu'un œuf de poule. Il eut recours à cette époque à un charlatan, qui ouvrit la tumeur du côté de la peau, à l'aide de la potasse caustique. Une matière semblable au blanc d'œuf s'écoula par l'ouverture ainsi pratiquée, laquelle continua à sortir pendant six mois environ. Ensuite il commença à faire à l'intérieur de la poche des applications médicamenteuses dont on ignore la vraie composition.

Le malade, ayant cessé de se faire soigner par ce charlatan, s'adressa à un chirurgien étranger qui se trouvait à Malte, et qui, après avoir examiné la tumeur, pratiqua une incision du côté de la bouche, et fit sortir une matière lardacée et jaunâtre. La tumeur disparut complétement, mais malheureusement ce ne fut que pour reparaître le quatrième jour. Le chirurgien la rouvrit, et cette fois il s'écoula par la plaie un liquide noir et fétide, mêlé à une matière aussi noire et fétide. Selon le malade, elle ressemblait à la lie de vin, et peut-être n'était-elle autre chose que du sang coagulé et altéré. Quoi qu'il en soit, ce liquide continua à sortir pendant les quinze jours suivants. Le même chirurgien chercha ensuite à ramener le fond de la cavité au contact de la paroi supérieure, et de l'y maintenir à l'aide de quelques points de suture. Ayant échoué, il essaya d'exciser un lambeau de la poche, et, je suis fâché de le dire, sans aucun résultat. La guérison ne s'accomplit pas, et notre malade se refusa à toute sorte de médication.

Après cinq ans, la tumeur était devenue bien plus grosse qu'une orange ordinaire, et causait au malade une difformité très prononcée. Il désirait de s'en débarrasser à tout prix, et se trouva réduit à recourir de nouveau à la chirurgie. Il s'adressa donc à un confrère jouissant justement d'une très bonne réputation, qui ouvrit la tumeur par la bouche avec une lancette ordinaire. La tumeur disparut, mais elle reparut après quelque temps. Elle fut de nouveau ouverte, et le chirurgien se borna à conseiller une semblable ponction, et l'évacuation du liquide accumulé, chaque fois que la poche s'en serait remplie. La difformité continuait cependant, et le malade, ne voulant plus suivre les conseils du dernier praticien, se présenta à moi. La tumeur présentait tous les caractères de la grenouillette, qui sont très bien connus, et dont je me dispense de faire mention.

A la vue de la tumeur, je me proposai deux buts : 1° de détruire la poche; 2° si je ne réussissais pas, de maintenir la poche ouverte. Pour obtenir le premier but, je choisis les injections et les caustiques. J'injectai d'abord plusieurs substances irritantes en solution, mais principalement de la teinture d'iode de différentes forces. J'espérais, par cela, modifier la vie particulière de la surface interne de la poche, y faire naître des bourgeons charnus, et enfin effacer la cavité. Après avoir injecté fort longtemps, j'eus recours aux différents caustiques, mais sans aucun heureux résultat. Alors je cherchai à établir une voie de sortie permanente au liquide, pour en empêcher l'accumulation. Le meilleur moyen pour réaliser cette idée était le *bouton à demeure* de Dupuytren. Par l'ouverture de la poche, déjà rétrécie et endurcie par les injections et les caustiques, j'introduisis le *bouton*, qui était d'or et différait de celui du chirurgien de l'Hôtel-Dieu en ce qu'il était dépourvu des deux plaques métalliques elliptiques, et avait seulement un petit rebord saillant à son extrémité buccale. Il y a déjà quatre ans que le malade garde ce bouton sans qu'il l'incommode sensiblement; la tumeur n'a jamais reparu, et le malade peut être considéré comme guéri, et guéri radicalement.

Avec du temps, le malade pourra quitter le bouton, et je ne crois pas probable que la tumeur apparaisse de nouveau. Ma raison est que, quoiqu'il n'y ait rien de plus difficile en chirurgie que de maintenir un canal artificiel, les tissus seront tellement habitués à la présence du corps étranger et seront tellement modifiés par lui, qu'ils auront perdu toute tendance à se rétracter, et à effacer le canal. Depuis que celui-ci est maintenu par le bouton à demeure, la poche ne s'est pas remplie de nouveau.

— A l'occasion de ce fait, M. Pisani présente quelques remarques sur l'anatomie chirurgicale de la grenouillette. On sait, dit-il, qu'il n'y a rien à cet égard de sûr et de bien établi. Les esprits sont encore divisés sur la condition réelle qui produit et maintient la grenouillette. Quelques chirurgiens pensent que c'est l'obstruction du canal excrétoire des glandes sous-linguale et sous-maxillaire; d'autres chirurgiens pensent que c'est un kyste qui se développe dans ces canaux ou dans leur voisinage immédiat; enfin il y en a d'autres qui croient que c'est une espèce d'hydropisie de la petite bourse muqueuse de Fleischmann. Toutes ces différentes opinions peuvent être vraies; mais je crois que l'obstruction du canal des glandes et l'accumulation du liquide de ces glandes,— opinion qui rapproche la grenouillette des kystes folliculeux, — est la moins vraie, ou au moins la moins probable de toutes. Elle est encore la plus ancienne, et, pour cela, peut-être encore moins fondée sur l'anatomie chirurgicale et la connaissance des faits. Il est très probable que la grenouillette dépend de différentes conditions pathologiques, et les auteurs qui ont émis des opinions différentes sur ce sujet ont pu avoir raison chacun de leur côté; mais peut-être ils ont été trop exclusifs, ce qui a conduit à l'erreur et à l'incertitude.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Rupture de la sclérotique avec issue du cristallin, par M. White Cooper, chirurgien ophthalmique de Saint-Mary's-Hospital.

Après avoir rapporté trois observations de rupture de la sclérotique avec issue du cristallin, provoquée dans les trois cas par un coup de poing sur l'œil, l'auteur en tire les conclusions suivantes :

Dans ces cas, la sclérotique se rompt en haut ou en haut et en dedans, le cristallin s'échappe, et l'iris se décolle dans une grande étendue. Quand l'inflammation a disparu, on peut être utile au malade en lui faisant porter des verres convexes, voilés par un diaphragme percé, comme dans les cas de mydriase.

L'auteur termine par des paroles que nous transcrivons ici, et dont l'analyse suivante va montrer toute l'importance :

« Lorsqu'un œil a été détruit par une blessure, j'ai vu si souvent » le second devenir le siége d'une inflammation que rien ne peut » arrêter, que je considère comme grave la question de savoir si » on ne devrait pas extirper complétement l'organe blessé chaque » fois qu'on voit survenir dans l'autre œil des signes certains d'irido-choroïdite. C'est, j'en conviens, une résolution redoutable » que de se décider à enlever un œil souvent moins douloureux » que son congénère; mais il y a des cas où, suivant moi, on peut » justifier une semblable conduite, qui seule est capable de prévenir une cécité incurable. » (*Annales d'oculistique*, n° d'octobre 1854.)

Des blessures de l'œil et de son extirpation, par M. Aug. Prichard, chirurgien de l'infirmerie royale de Bristol.

La proposition précédente de M. White Cooper reçoit une éclatante confirmation du mémoire de son compatriote M. Prichard.

Quand un œil a reçu une blessure grave, l'autre a la plus grande tendance à s'enflammer sympathiquement, et le seul remède pour empêcher que la cécité ne soit complète, c'est d'extirper ce qui reste de l'œil blessé. Voici les faits à l'appui :

Il y a quatre ans, M. Prichard enlève un œil blessé à un homme, pour qui il était devenu une source constante de douleur, en même temps que pendant neuf mois il avait empêché les fonctions de l'autre œil. Peu de jours après l'opération, pratiquée sous l'influence du chloroforme, l'œil non blessé avait déjà repris de la force.

Un garçon boucher s'ouvre l'œil avec un couteau, l'organe reste douloureux et s'atrophie. L'autre œil, pendant ce temps, s'enflamme à son tour, et le malade est condamné à une inaction complète. Dix semaines après l'accident, le chirurgien pratique l'extirpation de ce qui restait de l'œil blessé. Dès lors l'œil restant est devenu excellent, et le garçon a continué son métier. Mais la partie vraiment concluante, dans le mémoire du chirurgien de Bristol, est une statistique puisée à l'asile des aveugles de cette ville :

Vingt individus de tout âge et de tout sexe, ayant perdu un œil à la suite d'accidents, ont été, par l'inflammation consécutive de l'autre œil, atteints de cécité absolue et obligés de réclamer un lit dans un hospice d'aveugles. (*Annales d'oculistique*, octobre 1854, traduit de *l'Association Medical Journal*, du 6 octobre 1854.)

Noli me tangere guéri spontanément après une rougeole. Emploi de l'iode contre la même maladie, par W. Buckmaster.

Est-ce un succès exceptionnel dont ce cas nous offre un exemple? Est-ce, au contraire, une voie nouvelle qu'il ouvre au traitement d'une maladie jusqu'ici réputée incurable? L'avenir seul peut en décider.. Mais, en attendant, ce fait se recommande hautement, par cette perspective si encourageante, aux méditations de tous ceux qui veulent participer aux progrès de l'art.

Obs.— Une jeune fille de quinze ans, robuste, portait au nez une large ulcération à bords durs, à fond couvert d'excroissances pulpeuses. Les ailes et la cloison avaient été partiellement détruites, et la pituitaire était également enflammée et ulcérée. Depuis trois ans que la maladie avait commencé par une pustule à l'extrémité du nez, on s'était ingénié à la combattre par les moyens les plus efficaces, d'abord des topiques variés, puis des caustiques appliqués à plusieurs reprises successives. La pâte arsenicale avait seule produit quelque amélioration, mais elle ne fut que momentanée, et le mal reprit de nouveau sa marche envahissante.

Enfin, lassé de tant d'essais, et voyant l'ulcération croître à mesure qu'on les multipliait, l'auteur se borna à la couvrir de linges imbibés d'une solution mercurielle. Depuis deux mois on employait ce traitement sans aucun bénéfice, lorsque la jeune fille fut attaquée par la rougeole. La maladie, très grave, dura quinze jours, temps durant lequel le médecin, absorbé par des soins plus improtants, ne fit point attention à l'ulcère du nez. Au bout de la quinzaine, au moment où l'on se préparait à entreprendre une médication plus décisive, on fut étonné de le trouver avec des granulations de bonne nature au centre de sa surface, et une matière adhésive sur ses bords. L'amélioration marcha avec une rapidité extrême, et cet ulcère, datant de trois ans, était guéri quinze jours après la convalescence de la rougeole.

En réfléchissant sur ce fait, M. Buckmaster pensa que peut-être l'influence avantageuse de la rougeole tenait moins à une modification générale opérée dans l'organisme qu'à l'inflammation de la conjonctive et de la pituitaire qu'elle détermine, laquelle inflammation peut effectivement activer la circulation locale de manière à produire dans la nutrition des parties malades un changement que l'art ne saurait imiter.

L'analogie paraîtrait assez fondée; car l'auteur, remarquant encore que les préparations iodées causent à peu près les mêmes phénomènes d'irritation des voies respiratoires, résolut d'utiliser cette idée. Un cas semblable au premier existait alors dans son service d'hôpital, offrant la même durée et la même ténacité. Il fit prendre au malade l'iodure de potassium, en portant les doses assez haut pour produire l'*iodisme*. Au bout de quatre jours, la pituitaire, la muqueuse de l'arrière-bouche devinrent irritées, et l'ulcère prit en même temps une couleur d'un rouge vif. La sécrétion de sa surface cessa complétement. On continua la même dose trois jours, puis on la diminua graduellement. Sous l'influence de cette médication, les bords s'affaissèrent, le fond se couvrit de granulations, et la cicatrisation fut complète au bout de trois semaines. (*Dublin Medical Press*, 27 septembre 1854, p. 194.)

Rupture de l'utérus terminée par la guérison, par le docteur Monell, de New-York.

M. Monell fut appelé, le mardi 15 juillet, vers deux heures de l'après-midi, près d'une dame âgée de trente-cinq ans, en travail de son cinquième enfant, et confiée depuis la veille au soir aux soins d'une sage-femme. Les membranes étaient rompues depuis une heure environ avant sa visite; une main faisait procidence à la vulve, et au-dessus il rencontra la tête du fœtus présentant la face; les douleurs étaient extrêmement vives. Des circonstances indépendantes de sa volonté lui firent ajourner à vers cinq heures le moment de prendre un parti pour la soulager. Mais pendant ce temps, les douleurs cessèrent entièrement, et l'état de la malade devint très alarmant : Face pâle, lèvres bleues, pouls fréquent et petit, douleurs abdominales; le palper abdominal faisait sentir distinctement le fœtus, principalement du côté droit, et le toucher vaginal ne laissait plus sentir la tête. Plusieurs médecins appelés à la hâte constatèrent une rupture de

l'utérus, et résolurent de tenter immédiatement la délivrance. La version fut opérée sans difficulté par le docteur T.-F. Cock, qui trouva la déchirure sur le côté droit de l'utérus, et les pieds passés dans la cavité du péritoine. A ce moment, l'état de la patiente paraissait désespéré : à la pâleur et à l'air hagard de la face, à la rapidité et à la faiblesse du pouls, se joignaient des vomissements et la sensibilité de tout le ventre. Cependant, peu de temps après la délivrance par l'administration active de stimulants, la malade commença à être soulagée, et au bout de deux heures on lui fit prendre une potion avec addition de morphine, qui fut continuée jusqu'à produire du sommeil. La malade avait dormi pendant la nuit; mais le lendemain matin la face était toujours pâle et anxieuse, la langue chargée et blanche, le pouls à 100 et dur, la peau chaude et sèche, le ventre sensible et tuméfié ; elle n'avait pas rendu d'urine, et les lochies ne coulaient pas; les mouvements et l'action de respirer augmentaient la sensibilité abdominale. Elle prenait toutes les trois heures une cuillerée à bouche d'une mixture composée d'esprit de Mindererus, d'esprit de nitre, d'ipécacuanha et de solution de morphine ; fomentations chaudes sur le ventre. Dans la soirée, aucun changement favorable dans les symptômes, si ce n'est que les urines ont repris leur cours. Poudre de Dover, 12 grammes; extrait hyoscyamique, 1 gramme ; calomel, 2 grammes ; continuation des fomentations. Le lendemain, pas d'amélioration, tous les symptômes relatés persistant au même degré ; lochies en petite quantité ; elle se plaint d'une douleur vive au niveau de la déchirure ; des stimulants sont administrés à l'intérieur, et deux sangsues appliquées sur le siége de la douleur produisent un soulagement marqué ; les lochies deviennent plus abondantes, mais très fétides. Dans la soirée, le pouls tomba à 90, la face prit une expression plus naturelle, la sensibilité du ventre au niveau de la déchirure de l'utérus avait diminué ; la patiente avait dormi trois heures, et se sentait reposée ; le calomel et la poudre de Dover sont continués. Le jour suivant, le mieux continue, bon sommeil, pouls à 88, peau plus naturelle, sensibilité du ventre encore diminuée ; fomentations discontinuées, légère alimentation. Deux jours après, mauvaise nuit, recrudescence de la douleur abdominale; mais cet état se dissipe bientôt à la suite d'un purgatif. A dater de ce moment, la convalescence n'est plus troublée, et le rétablissement ne tarde pas à être entier. (*New-York Medical Times*, octobre 1854.)

Propriété remarquable de la pierre infernale, par le docteur BOCKER (de Bonn).

Un commerçant tombé dans un état voisin de l'idiotie, et paralysé des membres inférieurs, avait au sacrum une eschare de l'étendue de la paume de la main ; la peau y était noire et répandait une odeur fétide. Je prescrivis des lotions faites plusieurs fois dans la journée avec une solution d'un scrupule de nitrate d'argent pour 2 onces d'eau ; plus tard j'ordonnai un demi-gros de nitrate d'argent pour deux onces d'eau. On se servit de cette dernière solution pendant deux jours, et l'on en employa un quart environ. Un jour le garde-malade, venu pour panser le malade, s'aperçut que ce dernier avait profité d'un instant pendant lequel il était resté sans surveillance pour boire le contenu du petit flacon noir jusqu'à la dernière goutte ; de sorte qu'il avait avalé à la fois 20 grains de nitrate d'argent au moins. La bouche et le gosier étaient couverts d'une eschare blanche. Le malade eut un frisson violent ; mais, chose singulière, non-seulement l'eschare du sacrum guérit en quinze jours, mais aussi la paralysie des extrémités inférieures disparut au point qu'aujourd'hui K... marche assez bien et commence à reprendre de l'embonpoint. Depuis ce traitement par le nitrate d'argent, il est aussi de meilleure humeur, de sorte qu'on peut causer avec lui. Autrefois il laissait aller sous lui les urines et les matières fécales ; il pourrissait dans la saleté ; aujourd'hui il observe les lois de la propreté. Je ne fus appelé par le gardien que quelque temps après que le malade eut avalé le nitrate d'argent ; fort heureusement, car j'eusse employé des contre-poisons et détruit l'effet de la potion. Il n'est guère possible de ne pas attribuer au nitrate d'argent l'effet salutaire produit dans cette circonstance. (*Medic. Zeit.*, n° 43, 1854.)

Nous devons regretter que ce fait n'ait pas été recueilli dans ses moindres détails ; il eût été possible, peut-être, de rechercher quel a été le véritable mode d'action du nitrate d'argent. On sait que ce moyen est employé journellement contre l'épilepsie, et qu'il a donné, dans plusieurs cas, des succès inattendus. Est-ce à une affection de ce genre qu'il faut rapporter la paralysie dont était affecté le malade du docteur Bocker ? Cela nous paraît probable ; mais une relation plus circonstanciée du fait eût seule permis de lever tous les doutes.

Cas remarquable de tumeur céphalique congénitale, par M. LIÉGEY, docteur-médecin à Rambervillers (Vosges).

OBS. — Il s'agit, dans cette observation, d'un enfant qui, lorsqu'il vint au monde, présentait une tuméfaction à la région pariétale gauche, un eczéma humide sous les aisselles, et une éruption miliaire disséminée sur le ventre et la poitrine. La mère, de bonne santé habituelle, avait eu fréquemment, pendant sa grossesse, des sueurs, une éruption miliaire générale, et quelques accidents névropathiques.

Au bout de quelques jours, l'eczéma et la miliaire avaient à peu près entièrement disparu du corps de l'enfant, mais la tumeur avait augmenté notablement de volume. Une ponction fut pratiquée ; il s'en écoula du sang et de la sérosité purulente.

Un mois après, environ, l'enfant était pâle, ridé, chétif; la tumeur, du volume du poing d'un adulte, avait une forme conique, la peau qui la recouvrait était rouge, chaude, fortement tendue, sillonnée par des veines variqueuses. D'un léger pertuis, vestige de la ponction précédemment pratiquée, s'écoulait à peine un peu de liquide purulent. Une incision en fit sortir un verre de pus très liquide et fétide ; une courte canule de corne munie d'une plaque fut introduite dans la plaie.

Il n'existait plus de traces d'eczéma, et quelques vésicules miliaires éparses se montraient seulement. M. Liégey pensa, d'après les renseignements recueillis, qu'il s'agissait d'un épanchement péricrânien occasionné par l'insuffisance ou la diminution pendant la vie fœtale des dermatoses, la miliaire et l'eczéma, et par la disparition de celles-ci peu après la naissance, d'où l'indication de chercher à les rappeler. Un peu d'huile de croton fut en conséquence étendue aux aisselles et au-devant de la poitrine, vers les rares vestiges de miliaire que l'on apercevait. Une rougeur vive se développa. On revint à plusieurs reprises à ces frictions, pour entretenir l'irritation de la peau. Quelques cuillerées de sirop de chicorée déterminèrent un flux intestinal assez abondant.

Un mois après, il ne restait plus de traces de l'abcès, qu'une cicatrice presque imperceptible. L'eczéma et l'éruption miliaire n'avaient pas entièrement disparu ; il y avait une moiteur fréquente de la peau. Le flux intestinal continuait encore. Quant à l'état général, il était grandement amélioré. Cependant l'enfant succomba un mois après, rapidement, à la suite d'un voyage long et fatigant.

On ne saurait contester précisément la justesse de l'indication suivie par M. Liégey, lorsqu'il considérait l'abcès péricrânien comme métastatique, ou au moins comme en relation pathogénique avec les dermatoses apportées en naissant. Cependant, ne peut-on attribuer une part dans la guérison de l'abcès au traitement local plus rationnel qui lui avait été appliqué en dernier lieu ? (*Revue thérapeutique du midi*, 15 nov. 1854.)

Sur les mouvements de la glotte dans la respiration, par JOHN C. DALTON (de New-York).

Les conclusions de ce travail, basé sur des vivisections, sont les suivantes :

1° Après la section des nerfs pneumo-gastriques, la mort est produite par la congestion des poumons.

2° Cette congestion n'est pas un effet direct de la section des nerfs ; elle provient de ce que l'air ne pénètre plus en quantité suffisante dans la poitrine.

Chacun, dit l'auteur, a dû remarquer sur le cadavre la disproportion qui existe entre l'ouverture de la glotte et le calibre de la trachée. Sur un homme adulte bien conformé, l'espace compris entre les cordes vocales avait 0,15 à 0,17 de pouce carré d'étendue, tandis que la lumière de la trachée mesurait 0,45 de pouce carré. Mais, sur le vivant, cette différence disparaît, en grande partie du moins, pendant l'inspiration, non point cependant de la manière généralement admise. « Lorsque la respiration est calme, » dit M. Longet, on ne peut constater rien autre chose qu'un écartement permanent de la glotte ou des narines ; quand elle devient » gênée, les orifices se dilatent d'abord outre mesure, puis reviennent bientôt à leurs dimensions normales. » Ce sont surtout ces propositions que combat le docteur Dalton.

Pour bien voir les mouvements de la glotte, il emploie le procédé suivant : L'animal est éthérisé et couché sur le côté droit. Après

avoir lié l'artère carotide primitive, on continue la dissection pour mettre à nu l'œsophage et la partie inférieure du pharynx. Si alors on incise ces parties au-dessous de l'os hyoïde, dans une étendue de 2 à 3 pouces, il est possible de renverser en avant le larynx tout entier et d'examiner sa face postérieure, la glotte et les cordes vocales. En faisant respirer de temps à autre un peu d'éther à l'animal, on peut prolonger l'expérience pendant fort longtemps. Or, l'auteur a vu toujours dans la respiration normale un mouvement constant et régulier des cordes vocales, par lequel le diamètre de la glotte est alternativement élargi et rétréci, mouvement synchrone avec les mouvements d'inspiration et d'expiration de la poitrine. Ces mouvements normaux de la glotte deviennent plus considérables lorsque la respiration prend plus d'activité, surtout lorsque l'animal crie ; alors les lèvres de la glotte arrivent presque au contact.

Les mouvements de la glotte accompagnent toujours ceux de la poitrine ; ils cessent et recommencent avec eux, comme on peut s'en assurer en poussant l'éthérisation à ses limites extrêmes ; ils sont normaux, et non, comme le croit M. Longet, l'expression d'un besoin d'air plus considérable. Une large ouverture faite à la trachée ne les suspend nullement, bien que l'air entre largement par la solution de continuité artificielle.

Les mouvements de la glotte sont l'effet de la contraction des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs ; en cherchant à imiter leur action sur le cadavre dont il a été question plus haut, l'auteur portait l'étendue de la glotte de 0,15 à 0,27 de pouce carré. Or, ces muscles sont sous la dépendance des nerfs laryngés inférieurs, dont la section les paralyse par conséquent ; de sorte que tout mouvement de dilatation de la glotte devient impossible ; bien plus, à chaque inspiration le courant d'air tend alors à rapprocher les bords flasques de l'ouverture supérieure du larynx, et sur les chiens de deux ou trois semaines la respiration devient excessivement difficile. Si l'on n'observe pas tout à fait le même effet chez les animaux plus âgés, l'auteur croit que cela dépend de la position des cartilages aryténoïdes plutôt que de leur volume, comme le veut M. Longet.

Mais il n'est pas indifférent de couper le pneumo-gastrique au cou ou seulement le nerf récurrent ; bien que l'effet produit sur le larynx soit le même ; car, dans le premier cas on supprime l'influence du nerf vague sur le poumon en même temps qu'on paralyse le larynx. Or, en faisant ces deux expériences comparativement sur deux chiens âgés de quinze jours, le docteur Dalton a observé les cas suivants : l'animal, dont le nerf laryngé inférieur seul avait été coupé, présentait, quelques secondes après l'opération, une respiration très laborieuse, une grande agitation et de l'écume à la bouche ; puis il se refroidit et devint en partie insensible aux agents du dehors ; l'autre, au contraire, respirait très lentement (10, 8 et même 5 fois seulement par minute) ; tous deux moururent trente à quarante heures après l'opération, et offrirent la même congestion, la même hépatisation des poumons, lésion considérée comme caractéristique de la section des pneumo-gastriques ; il y avait cette seule différence que, chez le premier, le sang était fluide et les organes abdominaux fortement congestionnés, tandis que, chez le second, le sang était coagulé et les viscères normaux. (*The Americ. Journ.*, juillet 1854.)

Observation d'hydrophobie hystérique, par M. CAVARÉ. — **La morsure d'un chien non enragé peut-elle donner la rage?** par M. BARUFFI. — **Accidents hydrophobiques**, par M. C PUCCI. — **Observation d'hydrophobie spontanée**, par le docteur ELY.

Parmi les médecins appelés près de la malade de M. Cavaré, ce confrère seul a diagnostiqué une hydrophobie *spontanée*, de nature hystérique ; bien que cette malade eût été mordue à la jambe par un chien, vingt-sept jours auparavant. La cicatrisation de la plaie fut régulière. Quant au chien, il avait été abattu presque immédiatement.

OBS. — Voici l'appareil de symptômes observé chez la malade : Face rouge, pupilles dilatées, pouls à 88, peau sèche et chaude. *Boule hystérique*. Tête pesante. Sommeil agité par des rêves en rapport avec la préoccupation du moment. Réponses brusques. Crachotement presque continuel. Soif vive. Horreur des liquides. Urines claires. Constipation. Il n'est pas question, dans l'observation, d'envie de mordre. La cicatrice n'était pas rouge ni douloureuse.

Comme l'accès ne durait que depuis peu de temps, il n'était pas facile d'en prévoir le caractère ultérieur. Néanmoins M. Cavaré, se fondant sur l'existence de la boule, sur la diminution survenue dans l'écoulement menstruel depuis l'accident, sur la frayeur dans laquelle la malade avait continuellement vécu pendant près d'un mois, rejeta l'idée d'une rage proprement dite. L'événement confirma ce diagnostic. Sous l'influence d'une saignée et d'antispasmodiques puissants (valériane, jusquiame, oxyde de zinc, etc.), les symptômes inquiétants s'amendèrent peu à peu, et le troisième jour la malade était hors de danger.

L'existence d'une hydrophobie spontanée *non communicable* n'est pas douteuse. On l'a constatée également chez les chiens. Cette espèce d'hydrophobie rabiforme ressemble tellement à l'autre, que, bien souvent, il n'y a d'autre moyen de diagnostic différentiel que l'issue de la maladie. La vraie rage ne pardonne pas. Nous avons vu nous-même un individu atteint d'une hydrophobie très caractérisée, avec *envie de mordre*, à la suite d'une altération des premières vertèbres cervicales. On devine assez combien l'embarras doit redoubler quand le sujet a été mordu par un chien, et combien aussi il faut se défier de tout ce qui s'écrit touchant la rage, quand on n'a pas préalablement démontré que, dans les observations alléguées, il s'agissait bien de la rage virulente, et non d'une affection simplement rabiforme. (*Gazette medicale de Toulouse*, août 1854, p. 233.)

— C'est ce à quoi n'a pas pris garde M. Baruffi, quand, ayant rencontré un cas d'hydrophobie consécutive à une morsure de chien *non enragé*, et qui, peu d'instants avant de mordre, était parfaitement tranquille, il cherche à expliquer comment, chez l'animal, le *virus rabique* peut se former tout à coup sous l'influence de la colère. D'abord, s'il en eût été ainsi, le chien *serait resté* enragé ; ce qui n'a pas eu lieu ; et nous ne saurions attacher d'importance à cette singulière idée de M. Baruffi, que la gueule a été purifiée et la bave emportée par les aliments ou les boissons. Puis, si la femme mordue a présenté en effet des symptômes rabiformes très violents, auxquels même elle a succombé, rien absolument ne prouve qu'il se soit agi de la rage virulente. (*Annali universali di medicina.*)

— La même réflexion s'applique à l'observation de M. Pucci. Et même ici il n'est pas certain, qu'il ne se soit pas agi simplement d'une fièvre pernicieuse avec symptômes d'hydrophobie, comme il en existe plusieurs cas dans la science. Voici cette observation.

OBS. II. — Le 5 mai, après quatre ou cinq jours de soins à domicile, Victoria Delli, âgée de quarante-six ans, mère de famille, fut amenée le matin à l'hôpital Sainte-Marie de Lascalle. Elle était en proie, depuis la veille au soir, à une agitation convulsive et délirante. La physionomie était profondément altérée, les yeux animés, hagards, le pouls petit, fréquent, irrégulier. Surtout elle offrait ce signe pathognomonique d'une horreur telle pour les boissons, que, malgré sa soif, elle repoussait violemment le verre dès qu'on l'approchait de ses lèvres.

Dans ces symptômes, M. Pucci crut voir les préludes d'une rage mortelle ; avis que des consultants de la plus haute distinction partagèrent d'autant plus volontiers, que la malade, disait-on, avait été mordue par un petit chien que l'on aurait sacrifié comme enragé. Néanmoins, sous l'influence, soit d'une révolution naturelle, soit du traitement, consistant en frictions de chloroforme, opium à hautes doses, révulsifs, etc., il s'opéra, dans les vingt-quatre heures, une amélioration considérable et inattendue. On crut dès lors s'être mépris, et, dans l'estime de ceux qui avaient porté le diagnostic, l'hydrophobie se transforma en une simple irritation ou congestion méningo-encéphalique à laquelle on opposa la glace sur la tête, le musc à l'intérieur, et les vésicatoires volants aux extrémités.

La sécurité était ainsi entière, quand, le 9, se produisit une formidable recrudescence. Aux signes précédents, croissant d'intensité, se joignit bientôt du coma, et la mort survint le 11.

A l'*autopsie*, on constata une extravasation de sang et de sérosité dans

les méninges, une injection de la pulpe cérébrale avec une consistance plus grande que de coutume.

Pour M. Pucci, ces lésions confirmeraient la justesse du dernier diagnostic. Mais ne sont-elles pas plutôt les effets que la cause du mal ? Autrement, que seraient-elles devenues pendant la rémittence ? Nous n'affirmons pas que nos confrères aient eu affaire à des accès pernicieux dont l'obscurité est, pour ainsi dire, l'essence. Seulement, l'état de la malade en aura affecté le caractère et la marche : d'où forme insolite et embarrassante, intermittence, mort prompte et imprévue, c'est-à-dire tout ce qui se rencontre en pareille conjoncture, notamment quand on n'a pas la chance d'employer à temps les médications appropriées. (*Gazzetta medica italiana*, *Toscana*, 5 sept. 1854.)

—Enfin, nous rapporterons un fait observé par M. Ely, à l'hôpital militaire de Mustapha en janvier 1848, et dans lequel l'hydrophobie spontanée ne paraît pas douteuse.

Un soldat du train des équipages, X..., entre à l'hôpital militaire de Mustapha, en janvier 1848.

Sa face était rouge, vultueuse, ses yeux brillants, son pouls plein et tumultueux. Il se plaignait d'une céphalalgie profonde et d'une vive irritation à la gorge.

M. Ely crut devoir pratiquer une saignée. Tant que coula le sang, le malade se tint tranquille ; mais au moment où l'on approchait un vase plein d'eau pour laver la piqûre, il fit un soubresaut en arrière et détourna vivement la tête. Il n'en fallut pas davantage à notre confrère pour être fixé sur le diagnostic.

Quelques minutes après, X. . se précipitait hors de son lit et, agenouillé à terre, se cachait la tête dans ses couvertures. La lumière l'importunait ; la vue d'un liquide provoquait des mouvements convulsifs. Il y eut d'abord des intervalles lucides pendant lesquels, pressentant la crise suivante, X... invitait les assistants à s'éloigner pour n'être pas mordus ; peu à peu ces intervalles devinrent plus courts, puis nuls ; enfin la mort survint dans la nuit même, au milieu d'épouvantables angoisses.

Aucune circonstance ne permettait d'attribuer les accidents à une morsure. Une inspection minutieuse du corps n'en fit point découvrir de traces. Ajoutons que personne n'avait ouï dire que X... eût été mordu, et que la rage est, pour ainsi dire, inconnue dans le climat de notre colonie.

Pour toute lésion significative, on rencontra une notable quantité de sérosité dans les ventricules, une légère coloration violette, ecchymosique, à la partie antérieure de l'hémisphère droit et répandues, non à la face inférieure, mais sur la supérieure, les côtés et la profondeur de la langue, de nombreuses vésicules pathognomoniques, sous formes de lentilles d'un blanc trouble. En outre, l'estomac était le siége d'une phlogose récente; la muqueuse pharyngienne comme soulevée présentait en divers endroits un aspect gauffré. Le tissu cellulaire de la face et de la poitrine avait enfin été envahi par de l'emphysème. (*Gazette des hô[illegible]* 30 septembre 1854.)

Du fer dans l'urine normale et dans la sueur.

On est demeuré jusqu'ici dans une ignorance à peu près absolue sur les voies d'élimination du fer contenu normalement dans l'économie ou introduit incessamment dans les boissons ou dans les aliments. C'est en vain que les chimistes ont cherché à le retrouver dans l'urine, cette voie commune d'élimination de la plupart des principes contenus accidentellement ou normalement dans l'économie. Leurs recherches ont toujours été vaines, et tout au plus peut-on admettre que le fer se rencontre dans l'urine des individus qui ont subi un long traitement ferrugineux. M. Quevenne, un des chimistes qui auraient, avec M. Poyer, obtenu les résultats le moins formellement négatifs, se contente de dire qu'il penche à croire qu'il y a vraiment une trace de ce métal dans l'urine à l'état normal, mais tout à fait insignifiante au point de vue physiologique ou d'élimination. Le système pileux est, à vrai dire, la seule voie, jusqu'ici, que l'on connaisse à l'issue du fer hors de l'organisme, encore assez insuffisante, il est vrai. M. Quevenne, dans l'étude si complète qu'il vient de publier sur l'action physiologique et thérapeutique des ferrugineux, évalue, très approximativement, la perte du fer par année, par les cheveux ou la barbe, à $0^{gr},096$ chez l'homme, et à $0^{gr},029$ chez la femme.

MM. les professeurs Benedetto Viale et Vincenzo Latini sont parvenus à doser le fer contenu dans l'urine et dans la sueur normale; mais nous ne pouvons donner ici que les principales conclusions de leurs recherches, n'ayant pas sous les yeux les procédés qu'ils ont suivis.

Les urines normales contiennent toujours une certaine quantité de fer.

Cette quantité est égale dans, les 24 heures, à gram. 0,0558028.

Les sueurs renferment une notable proportion de fer.

Cette proportion a été trouvée, dans 24 heures, de 0,0512120.

Durant un des mois les plus chauds de l'année, un homme d'âge moyen produit, par l'une et l'autre de ces excrétions, en 24 heures, 0,1070148.

Ce métal, dans l'urine comme dans la sueur, est uni au manganèse, ainsi qu'on l'observe dans les os.

Le fer fait probablement partie des molécules organiques, dans l'urine et dans la sueur.

La coloration bleue que l'on a observée quelquefois dans l'urine provient peut-être d'une modification moléculaire de son principe constituant, et probablement du passage de cyanates à l'état de cyanures. (*Gazzetta medica italiana*, 13 nov. 1854.)

Notice sur le traitement curatif de la gale à l'aide du vinaigre ordinaire, par le docteur Le Cœur.

Un des inconvénients des plaisirs de la chasse et des promenades dans la campagne est, pour beaucoup de personnes, l'insertion sous l'épiderme d'un petit ciron microscopique du genre *acarus*, variété du *sarcopte*, qui, une fois logé dans les tissus, détermine à la peau de petites vésicules, à auréole inflammatoire parfois, accompagnées d'atroces démangeaisons.

Ce petit acarus est vulgairement désigné sous les noms de *rougel*, ou *bête d'août*. Le meilleur moyen de le détruire consiste à pratiquer, sur les parties affectées, de vigoureuses frictions à l'aide de fort vinaigre.

Conduit par l'analogie, M. Le Cœur a appliqué ce traitement à la gale.

Sur dix individus, ce traitement a réussi dix fois.

La moyenne du traitement a été de *moins de cinq jours*. On pratiquait trois frictions par jour à l'aide d'une éponge un peu rude.

Si ce traitement pouvait être expérimenté à Saint-Louis, il nous donnerait immédiatement en grand les résultats qu'on pourrait en attendre. (*Union médicale*, n° 113, 1854.)

Ligature des tumeurs pédiculées par un procédé nouveau, par le docteur F. Mazier.

Ce procédé consiste à entourer le pédicule de la tumeur d'une anse de fil dont les deux chefs sont engagés dans le cylindre d'un ressort de cuivre analogue à ceux qui servent pour la confection des bretelles, mais beaucoup plus solide ; ces chefs sortent par l'autre bout du cylindre, où ils sont noués ensemble sur l'extrémité recourbée du fil métallique qui forme le ressort. Avant d'appliquer cette ligature, il faut rapprocher de force les tours de spire et les maintenir dans cet état de tension au moyen d'un fil que l'on coupe lorsque l'appareil est en place. On comprend qu'alors l'élasticité du ressort, dont les spirales tendent à s'éloigner les unes des autres, attire le fil dans l'intérieur du cylindre, et que la ligature est serrée de plus en plus d'une manière continue et régulière, qui peut être d'un grand avantage lorsque le pédicule de la tumeur est très large et renferme beaucoup de vaisseaux. (*Ann. méd. de la Flandre occid.*, 1854, p. 519.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Clinique médicale de Montpellier, par le docteur Hubert Rodrigues, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, etc. 1855.

Cet ouvrage ne porte pas le titre qui lui convient. Ce n'est pas précisément la clinique médicale de Montpellier ; c'est une étude des constitutions qui ont régné à Montpellier de 1840 à 1851.

Le point de vue des constitutions médicales importe beaucoup en clinique, mais ne résume pas la clinique tout entière. On sait même qu'il est des cliniciens, et aucun n'est plus explicite que M. Bouillaud sur cette matière, qui ne *croient* pas aux constitutions médicales. Ce sont des esprits forts, qui ne se plient pas volontiers aux abstractions, et qui sont peu touchés du témoignage des autres, lorsque par la faute de leur propre jugement, ou de leurs sens, ou des circonstances, ils ne se trouvent pas suffisamment édifiés sur un sujet quelconque.

Cependant les constitutions médicales ne sont pas une abstraction, aux yeux de M. Rodrigues, pour ne pas tomber directement sous le sens, pas plus qu'une cause épidémique insaisissable en elle-même, pas plus que les changements qu'entraînent les saisons. Il est assez remarquable, du reste, que les incroyants en fait de constitutions médicales, sont en général des médecins de villes, et de grandes villes. Il semble que le milieu artificiel créé par la multiplicité des demeures et des habitants détermine, dans les grands centres de population, une constitution stationnaire ou fixe, qui ne laisse pas se développer les influences météorologiques, livrées ailleurs à toute leur puissance. Cependant c'est à Londres et à Vienne que Sydenham et Stoll dessinaient les constitutions changeantes, dans des tableaux bien rarement reproduits depuis eux. Et ne voyons-nous pas encore, à Paris même, quoi qu'en puisse dire M. Bouillaud, par des causes certainement étrangères aux choses non naturelles, ou encore au renouvellement régulier des saisons, régner des formes ou des espèces pathologiques bien déterminées, ou des indications thérapeutiques formelles, qui répondent parfaitement à l'idée que les auteurs nous ont transmise des constitutions médicales ?

Quoi qu'il en soit, les deux facultés de Paris et de Montpellier (nous ne disons pas *écoles*, car ce mot est encore gros de disputes) présentent le contraste le plus complet au sujet des constitutions médicales. Tandis qu'à Paris un élève nourri de ses classiques *contemporains*, et auditeur assidu des professeurs officiels, peut terminer ses études sans avoir à peine entendu prononcer ce mot, toute la médecine, à Montpellier, semble rayonner autour de la constitution médicale ; à peine une consultation s'y rédige-t-elle sans que la constitution intervienne, et nous voyons M. Rodrigues restreindre à l'appréciation des constitutions régnantes un traité de clinique médicale.

M. Rodrigues commence par définir le mot de constitution, mot dont on ne se fait en général qu'une idée vague, bien propre à troubler la doctrine elle-même. La *constitution atmosphérique*, c'est une succession de circonstances météorologiques qui embrasse une durée de temps variable et difficile à déterminer. La *constitution médicale* est le rapport qui s'établit entre l'agrégat vivant (ce qu'on appellerait à Paris l'organisme) et les circonstances extérieures qui dépendent de la constitution atmosphérique. Comment une constitution atmosphérique peut-elle devenir médicale ? Cela peut avoir lieu par l'intensité de la saison, par la permanence de l'excès dans le caractère des saisons, par le passage brusque d'une intempérie à une autre, par l'empiètement d'une saison sur celle qui la suit ou qui la précède...

Ceci rentre, pour le vulgaire des croyants, dans l'observation journalière. Mais voici qui prend un caractère plus doctrinal et moins directement saisissable dans la pratique :

« Il est manifeste qu'une constitution médicale peut être non-seulement saisonnière, mais encore semestrale, annuelle et stationnaire ou fixe. Mais une constitution quelconque, et j'insiste là-dessus, ne sera tracée dans toute son étendue et ne prendra le rang qui lui appartient que tout autant que l'on remontera aussi avant que possible dans les circonstances météorologiques précédentes... » C'est-à-dire que la constitution médicale régnante peut trouver sa raison d'être dans une constitution atmosphérique bien antérieure ; exemple : Si un génie bilieux a caractérisé la constitution médicale à Londres en 1661, 1662, 1663 et 1664, c'est que le printemps et l'été de 1657 et de 1658 avaient présenté des chaleurs longues et considérables, et les hivers correspondants une rigueur inusitée. On voit que la doctrine des constitutions, ainsi comprise, se complique et s'étend d'une manière toute particulière, et qu'elle devient à l'observation clinique des constitutions ce que la recherche mathématique des planètes est à l'observation télescopique.

M. Rodrigues étudie successivement chacune des années qu'il embrasse dans son livre : ce sont là les divisions de l'ouvrage. Dans chacun de ces chapitres il passe en revue les conditions météorologiques de l'année, les maladies correspondantes, celles des animaux et des végétaux rapprochées de la pathologie humaine, le mouvement de la population, etc.

L'ensemble de ce tableau est fort intéressant, et offre à celui qui veut les chercher, des documents qui devraient être vulgaires, mais auxquels bien peu des observateurs de nos jours pensent à consacrer leurs études. Mais ce qu'on entend précisément par clinique laisse fort à désirer. Il ne faut chercher ici ni descriptions de maladies, ni études diagnostiques, ni même applications thérapeutiques un peu directes. Ce sont des indications succinctes, de brèves appréciations, ou encore des expressions d'une légèreté qui contraste avec la gravité du sujet : ainsi, les péripneumonies, en 1847, réclamaient la saignée; « et, ma foi, on jouait alors, à Montpellier, de la lancette tout comme ailleurs.... Vers la fin de janvier, la pneumonie était bilieuse, et un émétique emportait le mal avec une merveilleuse rapidité. Le sujet vomissait dans ce cas la fièvre avec le point de côté..... »

A part quelques taches de ce genre et un manque général de précision, dans la manière de l'auteur, qui fait ressembler son livre à un dessin dont tous les traits auraient été effacés pour n'y laisser subsister que l'estompe, c'est un ouvrage fort intéressant, et dont le genre de mérite se relève encore de ce qu'il offre de peu commun dans la littérature médicale contemporaine.

Durand-Fardel.

VII.

VARIÉTÉS.

Lettre du professeur Liebig a M. Hoffmann (du collége royal de chimie) sur l'étiologie du choléra. (Extrait du *Medical Times*.)

Je pense que vous et sir James Clark lirez avec intérêt quelques résultats obtenus par les professeurs Thiersch et Pettenkofer, pendant la dernière épidémie de choléra qui a sévi avec tant de violence sur la ville de Munich.

Le docteur Pettenkoffer, qui avait été chargé par le gouvernement bavarois de faire cette enquête, est arrivé aux conclusions suivantes :

Une disposition du sol en bassin (*Muldenartiges Terrain*) favorise généralement l'apparition et l'aggravation du choléra. Les maisons qui occupent les parties les plus basses des villes, celles dans lesquelles les lieux d'aisance et les ruisseaux sont construits de manière que les liquides qu'ils renferment y demeurent et ne soient pas rejetés au dehors, sont surtout exposées à cette maladie.

Un terrain meuble et propre à absorber les liquides favorise le développement des miasmes, tandis qu'une couche solide et pierreuse tend à en préserver.

La présence dans le sol de produits de décomposition des excréments humains ou animaux paraît un des éléments les plus propres à lui communiquer la propriété d'absorber le miasme.

Le degré relatif d'élévation des habitations entre elles, indépendamment de leur élévation absolue au-dessus du niveau des rivières ou de la mer, influe beaucoup sur leur aptitude au choléra.

Les maisons ou les quartiers où il n'y a pas de lieux d'aisance, mais des siéges mobiles, sont plus exposées au choléra; et aussi les maisons qui ont dans leurs cours des ruisseaux destinés à recevoir les eaux communes,

n'ayant qu'une faible pente, ou encore ayant leur pente dans le sens de la maison.

Les excréments des cholériques, lorsqu'ils commencent à se décomposer, deviennent une source fertile de propagation de la maladie dans les familles.

Les observations du docteur Thiersch sont venues confirmer les précédentes. Ce médecin a constaté que les cadavres des individus récemment morts du choléra, et les matières évacuées par le vomissement ou la diarrhée, ne propagent pas le choléra : ils ne sont pas contagieux. Mais si ces matières sont abandonnées à elles-mêmes à une température de 5 à 10 degrés centigrades, du troisième au septième jour elles se trouvent dans des conditions nouvelles ; il s'y opère un commencement de fermentation, et elles deviennent propres alors à développer le choléra chez des individus en bonne santé. La période pendant laquelle ces matières jouissent de cette propriété ne dépasse pas huit jours.

Si l'on mélange des évacuations cholériques récentes à la nourriture de souris, celles-ci n'en éprouvent rien de particulier. Mais si ces matières ont de trois à sept jours d'ancienneté, elles ont commencé de fermenter, et les souris qui en ont mangé tombent malades, sont prises de diarrhée, et meurent entre trente-six ou quarante-huit heures après.

Les faits observés par le docteur Pettenkofer et les recherches du docteur Thiersch se complètent mutuellement. Le poison du choléra se développe dans les liquides excrémentitiels, quelque temps après qu'ils ont été rejetés au dehors. C'est ainsi que les lieux d'aisance, les égouts dans lesquels ils viennent se mêler à des matières animales, deviennent des sources réelles d'empoisonnement cholérique.

Les moyens connus de prévenir la fermentation et la putréfaction sont donc propres à prévenir la propagation du choléra. Le chlorure de chaux, l'acide sulfurique, l'eau de goudron, etc., s'offrent au médecin à titre de désinfectants. C'est donc un devoir de science et d'humanité d'employer ces moyens et d'en propager l'usage de tout son pouvoir.

Dans la prison de Kaisheim (en Bavière), le choléra fut importé par un individu qui y vint mourir. L'emploi des moyens de désinfection fut cause que, parmi les 5 ou 600 prisonniers qui habitaient la maison, 1 seul en fut atteint. Mais dans un autre établissement de ce genre, à Ebrach (en Bavière), où par ignorance cette précaution ne fut pas usitée, il mourut, sur les 350 prisonniers qui s'y trouvaient détenus, 15 individus sur 100.

Les découvertes de M. Thiersch jettent beaucoup de lumière sur la nature des poisons contagieux. Les substances qui font du sang, dans la condition de leurs métamorphoses normales, sont nécessaires à la nutrition et à la santé. Les mêmes substances et leurs produits, dans l'état de décomposition anormale, donnent naissance, dans un organisme sain, à la maladie et à la mort.

Je vous enverrai prochainement le compte rendu de la discussion qui a eu lieu à ce sujet, afin que vous puissiez le communiquer aux lecteurs du *Medical Times*.

Justus von Liebig.

— La Société médico-psychologique a procédé, dans sa séance d'hier 18 décembre, à la nomination d'un secrétaire général en remplacement de M. Dechambre, démissionnaire. M. Cerise a été élu.

— La péripneumonie des bêtes bovines a fait son apparition aux chambres législatives belges. Un amendement concernant l'emploi de l'inoculation a été proposé, mais il n'a pas été adopté.

— L'Académie des sciences a procédé lundi à la nomination d'un membre dans la section de botanique, en remplacement de M. Gaudichaud, décédé.

Les candidats portés par la section étaient : MM. Duchartre et Payer, *ex æquo*; M. Trécul et M. Chatin.

Au premier tour de scrutin, sur 53 votants, ont obtenu : M. Payer, 44 suffrages; M. Duchartre, 6 ; M. Trécul, 2.

M. Payer a été proclamé membre de l'Académie, sauf approbation de l'empereur.

— Voici le résultat du concours pour le prix des internes des hôpitaux de Paris :

Internes de la 1re division (3e et 4e année) : Médaille d'or, M. Gallard. Médaille d'argent, M. Blin. 1re mention, M. Lorrain. 2e mention, M. Desnos.

Internes de la 2e division (1re et 2e année) : Médaille d'argent, M. Baillon. Accessit, M. Guyon. 1re mention, M. de Faville. 2e mention, M. Luys.

— La Faculté, dans sa séance du jeudi 14 décembre, a nommé M. le docteur E. Beylard chef de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Trousseau, en remplacement de M. le docteur Lasègue, dont le temps expire au 31 décembre 1854.

— Choléra. Depuis le 23 novembre dernier, l'épidémie s'est maintenue à peu près au même niveau dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. Il y a eu, dans les quatre semaines, 168 cas nouveaux, 82 sorties et 87 décès.

Situation au 20 décembre : Cas traités depuis nov. 1853.		6,931
Sorties	3,198	
Décès	3,618	6,816
Il reste en traitement		115

Nous sommes prié par le bureau de l'Académie royale de médecine de Belgique, d'insérer la note suivante :

« L'auteur de l'un des deux mémoires sur les mouvements de l'iris, auquel l'Académie de Belgique a accordé une médaille d'encouragement dans sa dernière séance, est invité à se faire connaître au bureau d'administration de la Compagnie, si tel est son désir. Ce mémoire a pour épigraphe : *Continua iridis contractione nervo sympathico*..., etc. »

Pour toutes les variétés,

A. Dechambre.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Allgemeine medicinische Central-Zeitung. — Nos 97—98. Mélanges et communications scientifiques. — 99—100. Fièvre puerpérale maligne, par *Meckel*.

Allgemeine Zeitschrift fuer Psychiatrie, v. Damerow, Flemming und Roller. — XIe vol., 3e cahier. Nouvelles considérations sur les frictions avec l'onguent stibié dans la région crânienne et des bains froids dans certaines maladies accompagnées de troubles de l'âme, par le doct. *Jacobi*. — Sur les inspirés et les fanatiques du Languedoc, par le doct. *Willers Jessen*.

Deutsche Klinik. — Nos 49. Deux opérations de fistules vésico-vaginales, par le doct. *Tenner*. — 50. Sur la résection de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, d'après *H. Langenbeck*. — Des luxations tarso-métatarsiennes, par *Schraut*.

Journal f. Kinderkrankheiten herausgeg. v. J. Behrend et A. Hildebrand. — Nos 9 — 10. Contributions à l'étude de la desquamation de la langue, par le doct. *Santlus*.

Medicinische Zeitung. — Nos 49. Opération césarienne, par *Winckel*. — 50. Blessure de la trachée-artère, par *Strauss*.

Monatsschrift f. Geburtskunde u. Frauen-Krankheiten. — 4e vol., 5e cah. Lorsque la tête reste engagée après la sortie du tronc, faut-il employer le forceps ou les tractions avec la main ?

Schmidt's Jahrbuecher. — No 12. Analyses et critiques.

Vierteljahrschrift f. die praktische Heilkunde. — 1854, 4e vol. Sur la synostose sacro-iliaque dans les bassins rétrécis en travers, par le doct. *Lambl*. — Manière de compter les corpuscules du sang, et méthode pour examiner la couleur du sang, par le doct. *Welcker*. — Sur les premiers effets physiologiques de l'acide phosphorique et du phosphate de soude, par le doct. *Boecker*.

Wiener medicinische Wochenschrift. — Nos 44—45—46—47. Troisième cas d'extraction d'une portion (longue de quatre pouces) d'une bougie de gutta-percha qui s'était rompue dans l'urètre et dans la vessie, par le doct. *d'Ivanchich*. — Cinq cas d'extirpation de fragments considérables du fémur dans des maladies organiques de cet os, par le doct. *Robert*. — Sur la rétinite, par le doct. *Jaeger*.

Zeitschrift der Aerzte zu Wien. — No 9. Des amputations spontanées du fœtus, et de leurs rapports avec les ligaments amniotiques, par le doct. *Braun*. — Contributions à l'étude des vices de développement de l'œil, par le doct. *Stillwag von Carion*. — Action thérapeutique de la pierre infernale dans la carie, par le docteur *Breuning*.

Zeitschrift fuer Klinische Medizin. — Tome V, 6e cah. La régénération des os au point de vue clinique, par le doct. *Klose*.

Gazetta medica (Lisbonne). — No 45. Empoisonnement, question médico-légale, par *B.-A. Gomez*. — Mouvement de l'hôpital de Saint-Joseph en 1852. — Sur l'influence des valvules sigmoïdes du cœur, par *Alverenga*.

Livres nouveaux.

Traité élémentaire de physiologie humaine, comprenant les principales notions de la physiologie comparée, par le doct. *Jules Béclard*. 1 vol. in-8 de 996 pages avec 144 figures intercalées dans le texte. Paris, Labé. 11 fr.

Die Bildung der Wirbel-und Extremitaetenknochen (*Formation des os des vertèbres et des extrémités*), par *Engel*. In-8, Vienne, chez Braumueller. 1 fr. 50

Ueber das Auswachsen der Bindegewebs Substanzen und die Beziehung desselben zur Entzuendung (*Développement du tissu cellulaire et de ses rapports avec l'inflammation*), par *Rokitansky*. In-8, Vienne, chez Braumueller. 1 fr. 50

Dictionary of medical Terminology, par *Harris*. 2e édit. In-8, cart., Londres, chez Truebner. 33 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS

A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME I. PARIS, 29 DECEMBRE 1854. N° 65.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

Par décret impérial en date du 27 décembre, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes,

Sont nommés :

A LA FACULTÉ DES SCIENCES DE MARSEILLE (Faculté nouvelle) :

Professeur de mathématiques pures et appliquées :

M. l'abbé AOUST, docteur ès sciences mathématiques, professeur de mathématiques pures et appliquées à la faculté des sciences de Besançon.

Professeur de physique :

M. MORREN, docteur ès sciences physiques, professeur de physique à la faculté des sciences de Rennes, doyen de ladite faculté.

Professeur de chimie :

M. FAVRE, docteur ès sciences physiques et docteur en médecine, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Besançon.

Professeur d'histoire naturelle :

M. DERBÈS, docteur ès sciences naturelles, professeur au lycée de Marseille.

— Par arrêté en date du 27 décembre courant, M. MORREN, professeur de physique à la Faculté des sciences de Marseille, a été nommé doyen de ladite Faculté.

Par arrêté en date du 27 décembre 1854, M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a pourvu à la nomination de plusieurs préparateurs dans les facultés des sciences de Poitiers et de Nancy.

M. BLEHÉE a été nommé préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Poitiers.

M. MALAPERT a été nommé préparateur d'histoire naturelle à ladite Faculté.

M. BONFILS a été nommé préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Nancy.

M. VINCENT, directeur du Jardin botanique, à Nancy, a été nommé préparateur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de la même ville

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 21 au 27 décembre 1854.

309. CADY, Magloire-Théodore, né le 9 août 1825 à Rochefort-sur-Loire (Maine-et-Loire). [*Cause et prophylaxie de la phthisie pulmonaire.*]

Lettre médicale.

COUP D'ŒIL RÉTROSPECTIF.

« Constants ou volages, abonnés d'aujourd'hui, abonnés de demain, nous n'avons pour vous, en ces jours de salutations, que gratitude et tendresse de cœur. Nous cherchons en nous-même, non sans inquiétude, par quels présents nous pourrions espérer de vous être agréable, tout honteux, hélas ! de n'avoir à vous offrir, au lieu d'or et de diamants, que le plomb vil de notre science et le chrysocale de notre esprit. Quoi que vous fassiez, nous ne donnerons pas un démenti à la formule usuelle, et vous serez toujours nos *très chers et très excellents confrères.* » Ainsi chantait l'élégie romaine au retour des calendes de mars, à ce *premier janvier* de l'année antique, quand les cadeaux se croisaient dans le quartier de Suburre aux boutiques étincelantes, et que le pavé de la grande ville retentissait sous le char des visiteurs. Vous allez juger si nous traduisons scrupuleusement :

Et vaga nunc certa discurrunt undique pompa
Perque vias urbis munera, perque domos.
Dicite, Pierides, quonam donetur honore,
Seu mea, seu fallor, cara Neæra tamen !

Le bon apôtre, vraiment, ce Tibulle, avec ses airs de résignation ! Et comme il est désintéressé, le cadeau de son livre amoureux à la douce Néère, avec l'attention délicate de le faire dorer sur tranche et d'orner de son propre chiffre le sommet de la feuille légère, *tenuis fastigia chartæ !* Allons, notre ami, parlons clair : quelque chose là vous démange ; vous voulez fléchir une porte rebelle, et que la nymphe, vous ayant donné une fois l'hospitalité, vous continue ses faveurs éternellement. Eternellement, c'est vous qui le dites, enchanteur ; mais les poètes n'ont pas de ces feux inextinguibles ; ils n'ont que des flammes errantes et capricieuses, et si votre belle est sage, elle tirera le verrou.

Mais nous, c'est bien différent, ô Néère de la *Gazette hebdomadaire*, tendre objet qui lui apparaissez dans ses insomnies sous l'émouvante figure de l'abonné ! Non, la *Gazette* n'a pas le courage de vous dire : « Vous me serez également chère, inconstante ou fidèle, *seu mea, seu fallor !* » Vous n'auriez qu'à la prendre au mot ! Bien au contraire, elle a la sincérité de vous apprendre que c'est particulièrement depuis le jour où elle a le bonheur de vous posséder, qu'elle s'est prise pour vous d'un attachement solide ; *ergo*, que le meilleur moyen, sans comparaison, de maintenir votre place dans son cœur, c'est de ne pas lui retirer vos bonnes grâces. Et comme il faut être équitable en toute chose,

310. Delore, Xavier, né le 7 avril 1828 à Fleurie (Rhône). [*Quelques recherches sur le pus.*]

311. Lalourcey, Charles-Auguste-Germain, né le 24 août 1828 à Laignes (Côte-d'Or). [*De la fièvre typhoïde.*]

312. Veyne, Auguste-François, né le 2 décembre 1812 à Gigondas (Vaucluse). [*Recherches cliniques sur la blennorhagie syphilitique.*]

313. Codet, Jean-Baptiste, né le 26 octobre 1825 à Montauban (Ille-et-Vilaine). [*De l'influence du régime sur l'organisation animale.*]

314. Petit, Etienne-Auguste, né le 11 décembre 1827 à Urrugne (Basses-Pyrénées). [*De l'allaitement maternel.*]

315. Grau, Raphaël, né le 24 octobre 1827 à Bogota (Nouvelle-Grenade). [*Des fistules vésico-utérines.*]

316. Pitou, dit Balme, Emile-Maximilien-Léon, né le 25 octobre 1825 à Paris (Seine). [*Des accidents cérébraux consécutifs à la suppression de l'excrétion urinaire.*]

317. Caussin, Edmond-Théophile, né le 29 mai 1828 à Saux-en-Barrois (Meuse). [*Des hémorrhagies qui peuvent survenir avant et pendant le travail de l'accouchement.*]

318. Riban, Jean-Marie, né le 21 novembre 1825 à Louvigné-du-Désert (Ille-et-Vilaine). [*De la chlorose chez les femmes.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 28 décembre 1854.

Cause des battements du cœur. (W. Hunter, Sénac, MM. Fatou et Hiffelsheim.)

Lorsqu'on place la main sur la poitrine d'un homme ou d'un animal, dans la région du cœur, on sent un choc ou battement désigné sous le nom de pulsation du cœur. Lorsqu'on examine attentivement sur une personne maigre l'espace qui sépare la cinquième côte de la sixième, on aperçoit très souvent à l'œil un soulèvement régulier de l'espace intercostal, soulèvement qui est l'indice de ce battement. Sur une personne atteinte de palpitations, ce soulèvement est encore plus prononcé.

A quoi est dû le choc ou le battement du cœur? Évidemment, il ne peut être produit que par un déplacement de totalité du cœur lui-même, projeté en avant contre les parois pectorales, à des intervalles réguliers. Mais la cause qui, en amenant le déplacement du cœur, détermine le choc, a été diversement appréciée, et le mécanisme des battements du cœur est encore aujourd'hui très controversé.

Et d'abord, à quel moment de la contraction du cœur correspond ce choc? Quelques physiologistes pensent que le battement du cœur a lieu pendant la diastole (relâchement) des ventricules, et qu'il est déterminé au moment de la systole (contraction) des oreillettes, par la projection du flot liquide dans les ventricules relâchés. Cette manière de voir, bien qu'elle ait été défendue avec un grand talent, nous paraît en désaccord, et avec l'observation rigoureuse des faits et avec l'expérience.

Le choc ou le battement du cœur contre les parois pectorales a lieu au moment de la systole ventriculaire, ainsi que l'avait observé Harvey lui-même. Il est donc naturel de placer dans la contraction des ventricules, sinon la cause immédiate, du moins la cause médiate des battements du cœur. Quelques physiologistes ont émis la pensée que la disposition des fibres charnues des ventricules pouvait suffire à expliquer le mouvement de projection en avant du cœur. Mais si l'on conçoit que l'arrangement des fibres charnues puisse faire exécuter au cœur, au moment de la contraction, des mouvements relatifs (systole, diastole, soulèvement de la pointe) en vertu desquels les rapports des divers départements du cœur se trouvent changés les uns par rapport aux autres, on ne conçoit pas comment cet arrangement pourrait faire exécuter au cœur des mouvements *absolus* de déplacement.

La cause du mouvement intermittent de projection du cœur a été attribuée avec beaucoup plus de raison à l'*écoulement intermittent* du sang dans l'arbre aortique, au moment de la contraction des ventricules. Ici deux doctrines sont en présence. La première a été proposée par William Hunter et par Sénac; la seconde a fait dernièrement le sujet de deux mémoires présentés à l'Institut, l'un par M. Fatou (12 août 1850), et l'autre par M. Hiffelsheim (thèse n° 266, soutenue le 30 août 1854; — mémoire présenté à l'Institut le 27 novembre 1854).

Voici ce qu'avait dit William Hunter dans ses leçons (1746), ou tout au moins telles sont les paroles que lui prête John Hunter (1): « La systole et la diastole du cœur ne pourraient à elles seules donner naissance à ce phénomène (battements), qui en outre ne pourrait être produit si le cœur lançait le sang dans un tube droit, suivant la direction de l'axe du ven-

(1) J. Hunter, *Œuvres complètes*, traduct. de H. Richelot, t. III, p. 214. Chap. *Système vasculaire*, dans le *Traité du sang et de l'inflammation*.

elle atteste ici les dieux qu'elle vous gardera, de son côté, une foi inviolable, qu'elle ne se retirera jamais de vous spontanément et volontairement, et qu'elle recevra vos 24 francs par an aussi longtemps que vous le trouverez bon. Si vous connaissez un mortel plus accommodant et plus juste, vous nous obligerez en nous le faisant connaître.

Dans l'espoir donc d'une union sans fin et sans nuage, parlons un peu, entre nous, du passé. Laissez-nous vous rappeler les phases, crises et métamorphoses par lesquelles a passé ce nouveau-né, ce cher fruit de votre concours et de nos veilles, avant de prendre la figure et le développement que vous lui voyez.

Quand nous avons entrepris de créer, au sein d'un journalisme encombré, une publication considérable, nous n'avions pas oublié cette sentence d'un ancien : Ceux qui sillonnent les mers n'ont pas le vent dans leurs mains : *qui maria sulcant ventum in manibus non habent.* Il se pouvait que tout le zèle imaginable, que l'assistance de collaborateurs aussi habiles que dévoués, vinssent échouer devant la mauvaise fortune. Il y a des succès et des insuccès prédestinés; il est des gens qui tombent des toits et ne s'en portent que mieux ; il en est d'autres qui se cassent la jambe sur une pelouse verte. La chance ne nous a pas voulu de mal. De quelque manière que nous nous y soyons pris pour l'opération de l'enfantement, le rejeton n'a rien de difforme ni de souffreteux ; il grandit à souhait, il prend de la force chaque jour, et, comme on dit, la nourriture lui profite. Il avait quelques mois à peine, soufflant et vagissant de son mieux pour attirer à lui l'attention des bonnes âmes, que déjà une société savante, naissante elle-même, mais d'une grande vitalité, la *Société d'hydrologie médicale*, vint lui proposer une alliance — l'enlacement de deux ormeaux se prêtant un mutuel appui. C'est lui sans doute qui profitera le plus de la combinaison, et il n'est pas douteux que ces eaux minérales ne contribuent à lui donner la santé de *fer* à laquelle il prétend.

Peu de temps après, on crut s'apercevoir que la Gazette hebdomadaire n'écorchait pas trop, eu égard à son jeune âge, les langues et la médecine étrangères ; qu'elle avait cette singularité de caractère de ne pas chercher sa nourriture scientifique uniquement dans les productions indigènes, et de la tirer souvent de pays lointains. La *Société allemande de Paris* particulièrement fit cette remarque, et, par une suggestion d'excentricité germanique, se mit à adopter pour son truchement un organe de goûts si cosmopolitiques. Vous apprendrez avec intérêt que cet acte de l'Allemagne de Paris a provoqué de très agréables imitations dans l'Allemagne d'outre-Rhin.

La société dont il s'agit a un caractère particulier qui explique la rareté

tricule gauche, comme cela a lieu dans les poissons et dans quelques autres classes d'animaux. Le sang étant lancé dans un tube recourbé qui est l'aorte, cette artère, au niveau de sa courbure, fait effort pour devenir rectiligne..... Mais comme l'aorte est le point fixe, attachée qu'elle est à la colonne vertébrale, tandis que le cœur est en quelque sorte le point mobile, ou la partie suspendue, l'influence de sa propre action se reporte sur lui-même, et il est repoussé en avant contre la surface interne de la poitrine.»

Voici, d'autre part, comment s'exprimait Sénac (1), à peu près à la même époque (1749) : « Comme les artères qui sortent du cœur sont courbées, elles font un effort pour se redresser. Lorsque le sang est poussé dans leur cavité, cet effort les redresse un peu ; le cœur, qui est attaché à leur extrémité, doit donc être déplacé ; sa pointe doit décrire un arc de cercle plus grand que celui que décrivent les autres parties du cœur ; mais en parcourant cet arc de cercle elle rencontre les parois antérieures du thorax ; elle doit donc les frapper : de ce choc résultent nécessairement les battements du cœur. »

Cette parfaite conformité de vues entre deux hommes également originaux et sagaces, et aussi la vraisemblance de l'explication, ne peuvent manquer de frapper le lecteur. On a objecté, il est vrai, à l'explication de Hunter et de Sénac, que sur les autres points du trajet circulatoire les courbures des artères ne se redressent point au moment de la poussée du sang, mais qu'elles ont, au contraire, de la tendance à s'exagérer. L'objection est juste pour des artères dont la courbure est comprise entre deux points *fixes*. Mais ici les conditions sont autres : le cœur, appendu aux gros vaisseaux, est *libre* du côté de sa pointe.

A l'époque où nous rédigions le chapitre *Circulation* de notre *Traité élémentaire de physiologie*, nous avons construit un petit appareil bien simple et qui met en évidence ce phénomène de redressement. Supposez un tube de caoutchouc fixé horizontalement à l'extrémité inférieure d'un corps de pompe muni d'un piston. Le tube de caoutchouc ayant à peu près 1 décimètre de longueur, son extrémité libre obéit à la pesanteur, elle s'incline par en bas, et le tube de caoutchouc présente une concavité inférieure. A l'aide du piston, faites sortir le liquide par le tube de caoutchouc, celui-ci tend à se redresser. Si la pression est suffisante, il efface sa courbure, se redresse et devient rectiligne. Que le tube de caoutchouc présente à son extrémité un orifice ouvert, ou qu'il soit rempli d'eau et fermé par une ligature, le phénomène du redressement a également lieu au moment de la pression du piston. Dans le battement du cœur, les artères aorte et pulmonaire représentent notre tube de caoutchouc, et le cœur le corps de pompe. Il est vrai que c'est le cœur qui est mobile et non les artères, mais cela ne change rien au phénomène envisagé en lui-même (en mécanique, l'action et la réaction sont égales), et le mouvement se produit là où il peut se produire.

(1) Sénac, *Traité de la structure du cœur*, t. Ier, p. 356. Chap. V, *Mouvement du sang dans le cœur*, § 7.

Le battement de cœur est-il produit uniquement par le redressement de l'aorte opéré par l'ondée sanguine? Y a-t-il autre chose dans le mouvement du cœur? D'après M. Fatou et M. Hiffelsheim, non-seulement une autre force agit en ce moment pour pousser le cœur en avant, mais encore le mouvement de redressement dont nous parlons n'est qu'accessoire, et c'est principalement par *recul* que le cœur est poussé contre les côtes au moment de la contraction des ventricules.

Les idées de M. Fatou sont consignées dans un mémoire soumis en ce moment au jugement de l'Académie des sciences. Voici la conclusion la plus saillante de ce travail. « Le battement du cœur est dû, en grande partie, à la poussée qui s'exerce sur la paroi *opposée* aux orifices d'écoulement, au moment de la contraction des ventricules. » M. Hiffelsheim a exposé sa manière de voir dans une thèse remarquable soutenue il y a quelques mois devant la Faculté de médecine. Les idées de M. Hiffelsheim reposent sur des déductions théoriques et aussi sur des recherches expérimentales. Comme elles ont été publiées, nous pouvons les examiner avec connaissance de cause. M. Hiffelsheim a fait construire par M. Gariel des appareils de caoutchouc qui réalisent d'une manière assez exacte les parties essentielles de l'appareil circulatoire. Il sait aussi bien que nous ce qui manque à ses cœurs et à ses aortes de caoutchouc pour que ses recherches soient tout à fait probantes. Tels qu'ils sont aujourd'hui, ses résultats ne manquent cependant pas d'intérêt. Il nous promet d'ailleurs de nouveaux appareils et de nouvelles recherches. M. Hiffelsheim résume la doctrine des battements du cœur en une formule originale : « *Le cœur bat parce qu'il recule*.

Chacun sait qu'au moment de l'explosion des armes à feu, la pression qui s'opère dans la chambre de combustion de l'arme n'étant point exactement équilibrée dans le sens du départ de la balle ou du boulet, le fusil ou le canon éprouvent un mouvement en sens opposé, dit mouvement de *recul*. Chacun sait que la cartouche d'une fusée d'artifice s'élève dans l'air dans

de ses communications; elle ne fait pas de l'étude un engin de succès, engin très honorable assurément, et qu'on voudrait voir toujours employé seul. On sait que ces médecins allemands terminent ordinairement leurs études par un voyage à l'étranger, surtout à Paris : la Société est pour les médecins une sorte d'hôtellerie scientifique où ils se rencontrent avec le noyau des membres résidents, et où s'échangent, dans des conversations familières, les nouvelles médicales du pays et celles de France ; sorte de haut *compagnonnage* avec le *roulement* obligé et la *mère* représentée par le président de la Société. Il résulte de cette organisation que le travail original ou soi-disant tel n'est pas son affaire principale ; qu'elle cherche plus à s'instruire elle-même qu'à instruire les autres ; et que, dès lors, il n'y a pas lieu à publier intégralement ses comptes rendus. Voilà pourquoi elle n'envoie à la GAZETTE HEBDOMADAIRE que certaines communications dont l'insertion a été jugée utile. En ce qui nous concerne, nous sommes aussi honoré de la sympathie des médecins allemands qu'heureux de leur collaboration. On se fait une si fausse idée, dans une partie de notre pays, de l'esprit scientifique qui anime aujourd'hui la patrie de Kent et de Schelling, qu'il y a de l'à-propos à lui venir en aide. Parce que la recherche y est tournée avec force vers la physiologie — ce fondement, après tout, de la pathologie, et cette lumière de l'anatomie elle-même — on se figure qu'il ne peut s'y rien faire ni rien penser de positif. Et il y a en Allemagne des écoles qui en sont à ce positivisme extrême, à ce matérialisme, comme on l'appelle, qu'on a tant reproché à l'École de Paris ! Nous en dirons plus long quelque jour là-dessus.

Une troisième société enfin, la plus ancienne de Paris, celle qui a été de tout temps la pépinière de l'Académie de médecine, la *Société de médecine du département de la Seine*, nous a transporté les bénéfices d'une révolution qui vient de s'accomplir dans son sein. Une révolution, le mot n'est pas trop fort. Il ne s'agit pas de moins que de la suppression de l'indemnité, moyennant laquelle un respectable journal publiait, depuis un certain nombre de lustres, les comptes rendus des travaux de la Société. Le droit de publication, garanti par un traité, ne pouvait être et n'a pas été retiré ; mais devant ce *compelle... egredi*, le rédacteur en chef s'en est démis. Mission donnée à une commission de proposer un nouvel organe de publicité ; rapport plein de modération et de tact de M. le docteur Bourguignon; conclusions favorables à la GAZETTE HEBDOMADAIRE, et vote unanime de ces conclusions. Nous espérons que nos lecteurs auront à se louer de ce résultat. La *Société de médecine* s'alimente surtout de travaux applicables à la thérapeutique, et apportera à notre œuvre un élément de force et de succès.

le sens opposé à celui de la projection de la poudre enflammée. Chacun sait encore que le petit instrument des cabinets de physique, appelé *tourniquet hydraulique*, se dirige en sens opposé de l'écoulement du liquide, parce que la pression ne s'exerce plus (ou du moins est considérablement diminuée) aux orifices de sortie, tandis qu'elle s'exerce sur la portion de paroi directement opposée à l'orifice de sortie; et chacun sait aussi que les *roues à réaction* de nos machines hydrauliques exécutent leur mouvement de rotation comme le tourniquet hydraulique. Le principe fondamental en vertu duquel s'opère le recul peut donc être exprimé ainsi: Toutes les fois qu'une paroi fixe, fermée, est pressée de toutes parts par un fluide, et donne issue au fluide par un de ses points, la pression du fluide sur ce point étant *supprimée*, le vase a de la tendance à se mouvoir dans la direction opposée, car ici la pression n'est plus équilibrée par une pression contraire.

Au moment où la systole ventriculaire fait pénétrer le sang dans l'aorte et dans l'artère pulmonaire, en refoulant les valvules sigmoïdes, le cœur doit être projeté, dit M. Hiffelsheim, en sens contraire de la direction des orifices aortiques; et la projection a lieu suivant la diagonale du parallélogramme des forces, parallélogramme dont les côtés inégaux représenteraient la force de contraction du cœur droit et celle du cœur gauche.

M. Hiffelsheim opère sur des poches de caoutchouc préalablement distendues de liquides: la poche est repoussée en sens opposé de l'écoulement du liquide aussitôt que l'orifice d'écoulement est ouvert. Le phénomène du tourniquet hydraulique se reproduit ici, ainsi qu'on devait s'y attendre.

Mais dans l'appareil circulatoire les choses ne se passent pas ainsi. L'orifice d'écoulement n'est jamais libre. Il existe dans le système artériel, et par conséquent dans l'aorte, une *tension constante*, tension équivalente à 15 centimètres de mercure. Cette tension existe à tous les moments, aussi bien pendant le mouvement de repos du cœur qu'au moment de la contraction ventriculaire. Lorsque cette contraction arrive, et que le sang pressé par elle abaisse les valvules sigmoïdes, la cavité du cœur communique avec la cavité artérielle, et la pression statique est aussitôt la même dans les artères et dans le cœur.

Il est vrai qu'au moment même où les valvules sigmoïdes sont refoulées par le sang comprimé par les contractions ventriculaires, on peut concevoir qu'il y ait un instant très court pendant lequel la tension du sang dans le cœur l'emporte sur la tension du sang dans les artères, excès en vertu duquel le sang serait poussé dans le système artériel. On peut concevoir aussi que cet excès instantané de pression, amené par la contraction des ventricules, puisse déterminer un mouvement de recul suivant la direction opposée aux orifices d'écoulement. Mais il ne faut pas en exagérer la portée. L'excès de tension du sang dans le cœur sur la tension du sang à l'orifice d'écoulement, au commencement de l'établissement de la systole ventriculaire, est difficile à évaluer avec précision; mais il est certain qu'il n'a qu'une faible valeur. La tension du sang artériel, mesurée à l'hémodynamomètre de M. Poiseuille (perfectionné par MM. Ludwig et Spengler), ne varie à chaque systole ventriculaire que de 1/2 à 1 centimètre. Le cœur n'emploie, probablement, pour introduire le sang dans l'arbre artériel et pour distendre cet arbre élastique, qu'une force proportionnée à celle de l'effort qu'exerce la colonne artérielle sur les valvules sigmoïdes, et très peu supérieure à elle.

Aussi lorsque M. Hiffelsheim, cherchant à réaliser les conditions réelles de l'appareil circulatoire, a ajouté à la poche élastique un tube élastique recourbé en forme d'aorte, et lorsqu'il a soumis le liquide contenu dans cette aorte artificielle à une tension déterminée, l'*excursion du recul* a été beaucoup moindre que dans la poche dont l'orifice extérieur était libre. Si la tension du liquide de la poche artificielle et celle du liquide de l'aorte artificielle était, dans l'appareil, exactement dans les mêmes rapports qu'elle l'est dans les artères et dans le cœur, le recul se produirait-il? C'est ce qu'il est permis de se demander, et ce qu'il est bien difficile de décider par l'expérience. La poche de caoutchouc qui expulse le liquide contenu dans son intérieur ne le fait qu'en vertu de son retrait élastique et par une contraction brusque, tandis que la contraction ventriculaire, qui chasse le sang dans les artères, le fait en vertu d'une contraction active qui en efface toute la cavité de la pointe vers la base. De plus, aussitôt que la communication entre le liquide artériel et le liquide ventriculaire est établie par le redressement des valvules sigmoïdes (*et on conçoit qu'il suffise pour cela d'un excès de pression presque insensible*), le sang contenu dans les ventricules supporte immédiatement une pression parfaitement égale à l'orifice d'écoulement et sur les divers points de la surface des ventricules et de l'aorte.

L'augmentation de pression (1/2 à 1 centimètre de mercure) qui survient dans l'arbre artériel au moment de la systole ventriculaire n'est d'ailleurs pas un indice certain qu'il y ait, à aucun moment, un pareil excès de tension entre le sang

---

Telle est cette grande affaire qui a soulevé, comme vous pouvez penser, quelque orage dans la paisible salle de l'Hôtel-de-Ville. Nous énonçons publiquement cette affirmation, afin qu'on la démente si elle est inexacte, à savoir : que nous n'avons pris en ceci absolument aucune initiative, et que nous nous sommes contenté de répondre à des ouvertures. Le rédacteur en chef du journal en question, dont le dernier numéro semble faire pressentir des récriminations contre nous, fera bien de peser, comme elle le mérite, cette déclaration de notre part; après quoi, s'il croit devoir se donner à lui-même la petite satisfaction dont il laisse poindre l'envie, il sait, s'il nous connaît bien, qu'il pourra le faire en toute liberté.

Quatrième événement de la vie naissante de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Celui-là est le plus considérable et a le plus mis les langues en mouvement. « Un journal officiel de l'enseignement médical! un organe officiel de la Faculté! un privilége! pourquoi cela? à quel titre? Nous demandons formellement des explications. Des priviléges, nous en avons aussi, c'est vrai; nous furetons les cartons ministériels où nous avons la main, pour recueillir des documents que l'on refuse aux autres; mais du moins ces petits avantages, nous avons la peine de les prendre nous-mêmes, et on ne nous les donne pas, ce qui est une grande différence. Après tout, pauvre journal, qui a un boulet à ses pieds! plus de liberté, plus de critique; monsieur le professeur, je suis votre très humble, vous êtes un grand homme, etc. » A toutes ces charitables déclamations, nous avons répondu comme il convenait : nous nous sommes tû absolument, comme dans l'affaire de la Société du département de la Seine. On sait aujourd'hui, là où l'opinion nous importait, et tous nos lecteurs savent, si une position quelconque, si une autorité, de quelque crédit qu'elle jouisse, nous intimident dans nos appréciations, et si elles nous inspirent autre chose que le respect du talent et la dignité de la forme. Cela nous suffit entièrement. Et il nous a suffi encore que l'espèce de crise qui a traversé récemment notre situation d'organe officiel ait fini par l'améliorer, sans que nous ayons cru devoir prêter attention aux insinuations malveillantes par lesquelles certains journaux s'efforçaient de la compromettre, ni faire remarquer comment ces mêmes journaux qui attaquaient notre interprétation du décret du 22 août, ont gardé le silence quand la leur est devenue fausse devant la circulaire explicative de M. le ministre de l'instruction publique. Nos lecteurs n'ont rien appris et n'apprendront rien par nous de ces soliloques aigres, insidieux, calculés, par lesquels les inventeurs du syndicat médical essayent de nous attirer dans une arène où nous ne voulons pas descendre, et, à tout événement, de nous susciter des em-

contenu dans le cœur et le sang contenu dans l'aorte. On conçoit très bien, en effet, qu'une différence à peine sensible dans la tension du sang contenu dans les ventricules fasse céder les valvules sigmoïdes du côté des artères : et aussitôt que les valvules ont cédé, la tension croissante du sang artériel se trouve à tous les moments en équilibre avec la tension à laquelle se trouve soumis le sang dans le cœur, pendant la contraction.

En résumé, nous féliciterons M. Hiffelsheim d'avoir cherché à résoudre par expérience une question d'autant plus difficile que l'hydrodynamique elle-même est encore encombrée de problèmes non résolus, et nous l'engageons vivement à persévérer dans la voie dans laquelle il est entré. S'il parvient à prouver, à l'aide d'appareils perfectionnés, que le cœur est réellement projeté, par recul, au moment de la contraction ventriculaire, dans le sens opposé aux orifices artériels d'écoulement, nous pensons, d'après ce qui est actuellement connu et démontré, que cette projection est minime, et qu'elle a beaucoup moins d'importance dans le battement du cœur que le redressement de la courbure de l'aorte.

JULES BÉCLARD.

ACADÉMIE DES SCIENCES : CATARACTES CORTICALES ET CATARACTES CENTRALES.

Une communication importante a été faite à l'Académie des sciences par M. Malgaigne.

Bien que l'heureuse révolution apportée par ce chirurgien dans l'histoire de la cataracte date déjà d'assez loin, nous sommes heureux que le soin d'une candidature qui sera vivement disputée ait ramené la question devant la savante Compagnie ; car ce nous sera une occasion et de rendre justice à une découverte pleine d'intérêt, et d'indiquer la mesure du service qu'elle a rendu à la science.

Comme cette découverte a été dans ces derniers temps vérifiée, fécondée, rectifiée même en ce qu'elle pouvait avoir de trop absolu, il était curieux de voir de quelle façon l'auteur jugerait les travaux récents nés de sa propre impulsion. Or, à cet égard, en lisant les conclusions de M. Malgaigne, on trouve l'exemple d'un contraste qui se renouvelle bien souvent dans l'histoire des sciences : l'inventeur se plaint avec justice des obstacles qui s'opposent à la propagation de sa vérité ; et, plus tard, quand celle-ci finit par être acceptée, et que, passant dans le domaine public, elle se perfectionne et s'épure par les efforts de chacun, le dernier à accueillir ces perfectionnements est précisément l'inventeur lui-même. C'est à M. Malgaigne que nous devons de connaître les cataractes corticales, c'est-à-dire celles qui commencent par la surface du cristallin, immédiatement sous la capsule ; cataractes de beaucoup les plus communes, même chez les vieillards, et qui sur 20 cas, par exemple, se rencontrent 17 ou 18 fois. Mais à côté des cataractes corticales il y a les cataractes *centrales*, dont l'existence est claire comme le jour ; car, à leur début, comme à presque toutes les périodes de leur évolution, examinées dans l'œil ou hors de l'œil, rien ne vient masquer leur opacité centrale. Et cependant la première conclusion du mémoire de M. Malgaigne est celle-ci : « Les cataractes débutant par le centre du cristallin sont encore à l'état d'hypothèse. »

Les mêmes remarques s'appliqueraient aux conclusions de l'éminent professeur sur la grave question des opacités capsulaires, sur sa théorie de l'influence prépondérante de la capsule pour produire les affections du cristallin. Mais nous ne voulions rétablir que le point essentiel de la question. Disons d'ailleurs que ces quelques imperfections font ressortir d'une façon plus éclatante la tranchante originalité d'un travail qui seul suffirait à honorer un chirurgien.

A. RICHARD.

Nous appelons spécialement aussi l'attention du lecteur sur deux communications importantes faites dans la dernière séance de l'Académie de médecine : l'une de M. Duchaussoy sur l'étiologie et le traitement des chutes du rectum ; l'autre de M. Barth sur une hypertrophie particulière de la rate, consécutive à une oblitération de la veine splénique. Nous regrettons vivement que le défaut d'espace nous force de nous réduire à cette simple mention. A. D.

L'éditeur de la GAZETTE HEBDOMADAIRE *a l'honneur de prévenir MM. les abonnés des départements, dont l'abonnement expire le* 31 *décembre, qu'à moins d'un ordre contraire, qui lui parviendrait avant le* 10 *janvier prochain, il continuera leur abonnement pendant l'année entière* 1855. *Dans le but d'éviter à MM. les abonnés tout déplacement et tout frais d'envoi de fonds, il fera sur chacun d'eux, pour prix de cet abonnement,* un mandat de vingt-quatre francs, *qui leur sera présenté le* 31 janvier.

Le titre et la table alphabétique du tome Ier seront publiés avec le deuxième numéro de janvier.

VICTOR MASSON.

---

barras. Il faudra que nous soyons poussé bien loin pour que nous nous décidions un jour, non à nous défendre, ce que nous ne ferons jamais, mais à dire aussi notre mot sur ceux qui nous attaquent. Et ce mot-là frapperait plus fort que tous ceux dont on nous harcèle.

A. DECHAMBRE.

LES SHAKER DE L'AMÉRIQUE DU NORD.

Notre feuilleton du 8 décembre contient le récit d'une folie religieuse épidémique en Finlande. M. Jessen, l'un des rédacteurs de la *Gazette médicale de Berlin*, mentionne une coutume qui, sans présenter un caractère aussi prononcé d'aberration, mérite jusqu'à un certain point d'en être rapprochée. On la rencontre chez une secte protestante de l'Amérique du nord, les *shaker*, sorte de moines ou de nonnes cloîtrés, dont Moritz Busch a révélé l'existence dans la relation de ses voyages entre la baie d'Hudson et le Mississipi.

Les shaker passent pour être rangés, laborieux, actifs, doux, honnêtes, et très hospitaliers. Seulement, en raison de leur intelligence bornée, leur société est monotone. Sauf le vendredi, exclusivement consacré aux exercices oraux, les cérémonies de leur culte affectent une singulière excentricité : dans les danses et chants auxquels ils se livrent, ils se prennent par les mains, poussent des cris, pirouettent sur eux-mêmes avec rapidité, afin de se procurer, par ce mouvement giratoire, une véritable ivresse extatique. Voici, entre autres, un de leurs cantiques les plus familiers :

« Allons ! au ciel élevez-vous, bande triomphante et joyeuse. La, la, la, la.

» Du cœur ! Montez vers notre créateur !

» Oui, Dieu est un ami et un père pour nous. La, la, la, la. »

Des rites analogues ne sont pas, du reste, sans précédents. On sait que David dansait au son de la harpe dans les fêtes hébraïques. La religion catholique elle-même, dans certains pays, ne dédaigne pas ce genre de démonstration ; et tout récemment encore, à Echternach, on a pu voir la procession s'accomplir, non-seulement au bruit des chants et des instruments, mais au milieu d'exultations chorégraphiques. (*Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie*, IIe vol., 3e livraison.)

DELASIAUVE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PHYSIQUE MÉDICALE.

DE LA PRODUCTION DE CHALEUR CHEZ LES ANIMAUX HIBERNANTS,

par M. le professeur GAVARRET.

Tout démontre qu'il y a un degré au-dessous duquel la température d'un animal ne peut pas s'abaisser sans que ses fonctions s'alanguissent; à partir de ce point, variable suivant les espèces et les familles zoologiques, la vie perd peu à peu de son activité, devient de plus en plus obscure, et, si le refroidissement est poussé trop loin et soutenu trop longtemps, la mort arrive inévitablement. Les animaux supérieurs trouvent dans leur organisation assez de ressources pour maintenir leur température sensiblement *constante* et conserver toute l'activité de leurs fonctions au milieu des saisons les plus rigoureuses; il n'en est pas de même des animaux inférieurs. Pendant la saison chaude, ceux-ci sont vifs, alertes, et, tant qu'il leur arrive du dehors assez de chaleur pour maintenir la température de leur corps au degré convenable, ils continuent à jouir de la plénitude de leur vie. Mais, quand vient l'hiver, l'organisation imparfaite de leur système respiratoire ne leur permet pas de consommer assez d'oxygène, d'activer suffisamment les combustions intérieures pour remplacer la chaleur que ne leur fournit plus le milieu ambiant et entretenir leurs fonctions au même degré d'énergie; alors ils *s'endorment*, ils passent d'une vie active à une vie obscure et latente, ils tombent dans un *engourdissement conservateur*. L'*engourdissement hibernal* est, pendant la saison froide, l'état normal et physiologique de tout animal à *température variable*.

Dans le courant de septembre et d'octobre, les animaux inférieurs commencent à perdre leur vivacité, leurs mouvements deviennent plus lents; aux approches de l'hiver, ils se retirent derrière des abris naturels ou artificiels pour se soustraire à l'impression directe du froid. Suivant leur organisation et leur genre de vie habituel, les uns se cachent dans les fentes des murs, des arbres ou des rochers, dans les caves ou dans les parties les plus reculées des cavernes; d'autres se réfugient dans des masses de fumier, dans le sein de la terre ou au fond des eaux. Ils ne prennent plus de nourriture, ils vivent aux dépens de leur propre substance, comme l'attestent l'amaigrissement progressif et la diminution de poids de leur corps; leurs fonctions sont languissantes, à peine sensibles, *mais aucune d'elles n'est entièrement suspendue*. Condamnés à l'immobilité absolue, ils prennent à très peu près la température des corps qui les environnent; ils sont dans un *engourdissement* profond qui les fait ressembler à des cadavres, et ils attendent ainsi que l'adoucissement de la température extérieure leur permette une vie plus active. Les phénomènes de l'*hibernation* ont été étudiés avec beaucoup de soin chez les animaux inférieurs par Réaumur, Spallanzani, Newport, etc., et sont très évidents chez presque tous les mollusques, les annélides, les articulés et les reptiles. Quelques naturalistes ont contesté l'existence du *sommeil hibernal* chez les poissons. Passant leur vie complétement immergés dans l'eau, ces derniers échappent, il est vrai, aux froids excessifs et aux chaleurs brûlantes que subissent les animaux terrestres; cependant, en hiver, la température s'abaisse autour d'eux au-dessous du degré nécessaire pour déterminer le *sommeil hibernal* des insectes et des reptiles, et il est difficile d'admettre qu'ils ne participent pas à l'*engourdissement* des autres animaux inférieurs. Péclin, cité par Haller, dit avoir vu des tanches s'enterrer dans la vase au commencement de l'hiver, et y rester pendant toute la durée de la saison froide. Fabricius rapporte que le *Salmo rivalis*, dans le Groënland, *hiberne* dans le limon, où il reste comme engourdi. Beaucoup de naturalistes modernes ont vu et rapporté des faits analogues à ceux de Péclin et de Fabricius, en sorte que l'*hibernation* des poissons ne peut plus être révoquée en doute.

Dans un excellent travail sur l'*hélice des vignes*, M. Delacroix (1) a démontré que l'opercule calcaire qui ferme, en hiver, l'ouverture de la coquille de cet animal et les cloisons membraneuses placées entre son corps et cet opercule sont perméables aux gaz. Il a démontré aussi que ces animaux *engourdis* respirent, absorbent de l'oxygène et exhalent de l'acide carbonique. Ses observations ont été faites à des températures comprises entre 2° et 15° au-dessus de zéro; elles prouvent que la consommation d'oxygène, toujours très faible pendant le sommeil hibernal, augmente à mesure que l'atmosphère devient elle-même plus chaude. Spallanzani (1) avait observé déjà des faits de même genre; tant que la température restait supérieure à zéro autour de ses *limaçons engourdis*, leur cœur continuait à battre, et ils absorbaient de l'oxygène.

(1) *Observations sur l'hélice des vignes*, thèse de zoologie pour le doctorat ès sciences. Paris, 1846.

L'immense majorité des animaux qui composent les deux premières classes des vertébrés ne nous présente rien de semblable. En général, les modifications qui s'opèrent naturellement dans l'épaisseur de leur plumage et de leur fourrure aux époques des changements de saison, l'usage plus ou moins fréquent des abris que la nature leur offre tout préparés ou qu'ils se construisent eux-mêmes, et par-dessus tout la faculté dont ils jouissent d'activer singulièrement la consommation d'oxygène quand la température de l'atmosphère s'abaisse, leur permettent de mener le même genre de vie en hiver et en été. Cependant certaines espèces d'oiseaux, comme les hirondelles, les corbeaux, etc., se soustraient à l'influence des variations trop considérables de température en émigrant et en changeant de climat à des époques déterminées de l'année. Des observations déjà très anciennes et d'autres plus récentes tendent même à prouver qu'une espèce particulière d'hirondelles passe toute la saison froide dans un état véritable d'*hibernation*. L'ours et le blaireau dorment certainement d'un sommeil profond pendant des mois entiers d'hiver. Nous devons nous contenter ici de mentionner ces faits que les naturalistes n'ont pas encore assez approfondis, et fixer exclusivement notre attention sur quelques autres animaux supérieurs chez lesquels, à certaines époques de l'année et dans des circonstances déterminées, on peut observer tout le cortége des phénomènes caractéristiques du *sommeil hibernal*.

Dans la classe des mammifères et dans les ordres dont l'organisation est la plus parfaite, nous trouvons des espèces qui, aux approches de l'hiver, se conduisent comme les reptiles, les insectes et les mollusques, tombent dans un véritable état d'*engourdissement* assez profond et assez prolongé pour que, de la fin de l'automne au commencement du printemps, ils vivent complétement étrangers à ce qui se passe autour d'eux. Il suffit de nommer ces mammifères *hibernants* pour faire sentir combien ils diffèrent les uns des autres par leur organisation et leur alimentation habituelle; les mieux connus sont la chauve-souris, le hérisson, la marmotte, le loir, le lérot, le muscardin et le hamster. Gesner dans son *Histoire des quadrupèdes*, Buffon dans son *Histoire naturelle*, Spallanzani dans ses *Opuscules de physique animale* et ses *Mémoires sur la respiration*, Hunter dans ses *Recherches sur la chaleur animale*, Mangili dans un intéressant travail traduit en 1807 par M. Deleuze (2), Saissy dans son mémoire couronné en 1807 par l'Institut de France, Prunelle dans un mémoire présenté en 1807 à l'Académie des sciences (3), Edwards dans son bel ouvrage de l'*Influence des agents physiques sur la vie*, M. Regnault dans son grand travail sur la respiration des animaux, ont étudié à des points de vue divers les phénomènes de l'*hibernation*. Leurs travaux nous serviront de guide pour déterminer les modifications qu'éprouvent la température et la respiration de ces animaux pendant leur *engourdissement hibernal*.

Tant que dure la belle saison, ces animaux ne se distinguent pas des autres mammifères par leur genre de vie; leur *température* est cependant déjà un peu *inférieure* à celle des animaux appartenant aux mêmes ordres et en diffère surtout en ce qu'elle éprouve des *variations plus considérables* quand l'atmosphère se refroidit autour d'eux. Buffon considérait les mammifères *hibernants* comme des animaux à *sang froid*, et, dans son histoire du loir, il dit n'a-

(1) *Mém. sur la resp.*, p. 150, et *passim*.
(2) *Ann. du Mus. d'hist. nat.*, t. IX, p. 106, et t. X, p. 434.
(3) *Ann. du Mus. d'hist. nat.*, t. XVIII, p. 20 et 302.

voir jamais trouvé la température de ces animaux supérieure à celle de l'air; il prétend même avoir vu baisser le thermomètre de un demi-degré quand il l'introduisait dans leurs cavités splanchniques. Spallanzani (1) ne tarda pas à détruire cette erreur du grand naturaliste : il fit des expériences sur des hérissons et des chauves-souris dans l'état de veille, et trouva la température de leur bouche à 37° ou 38°. Par une température extérieure de 19°, il trouva celle de la marmotte à 37°,5. Hunter s'est aussi occupé de la température de ces animaux dans l'*état de veille*; chez un loir *éveillé* (2), l'air étant à 17°,78, le thermomètre monta à 23°,33 dans le milieu de l'abdomen, à 26°,67 près du diaphragme, à 27°,50 près du foie; chez un hérisson *éveillé* (3), l'air étant à 25°,55, le thermomètre marqua 35° dans le bassin, 36°,11 près du diaphragme. Mangili et Prunelle ont aussi constaté que chez les animaux *hibernants éveillés*, la *température* dépasse 30°. Ce dernier a trouvé 35° dans la bouche d'un hérisson, 38°,75 sous l'aisselle d'une chauve-souris, et 37°,75 dans l'anus d'une marmotte (4). M. Regnault, dont l'autorité est si grande en pareille circonstance, a mesuré la température de marmottes bien éveillées; l'air étant compris entre 10° et 15°, il a vu le thermomètre introduit dans l'anus s'élever à 32°, 34° et 35°. Pour compléter ce qui est relatif à l'état thermique de ces animaux dans l'état de veille, nous croyons devoir transcrire le tableau donné par Saissy dans le mémoire couronné en 1807 par l'Institut de France :

Distribution de la température des animaux HIBERNANTS ÉVEILLÉS.

	Marmotte.	Hérisson.	Lérot.	Chauve-souris.
6 août 1806, atmosphère, 22 degrés				
A l'oreille.	36°,5	»	»	»
Dans la bouche.	37°,5	»	36°,5	30°
Sous l'aisselle. Entre l'aine et la cuisse.	36°	35°	36°,5	30°.
Dans le rectum.	37°,5	»	»	»
Dans la poitrine, près du cœur. Dans le ventre, près du foie	38°,	36°,	37°,5	31°.
23 septembre 1806, atmosphère, 18 degrés.				
A l'oreille.	33°,75	»	»	»
Dans la bouche.	33°,75	»	33°	28°.
Sous l'aisselle. Entre l'aine et la cuisse.	31°,25	33°	31°	28°.
Dans le rectum.	37°	»	»	»
Dans la poitrine, près du cœur. Dans le ventre, près du foie.	37°,5	34°	36°	29°,75.
10 novembre 1806, atmosphère, 7°.				
A l'oreille	28°,75	»	»	»
Dans la bouche.	33°	»	22°	13°.
Sous l'aisselle. Entre l'aine et la cuisse.	27°,25	13°,75	21°	12°.
Dans le rectum.	33°,75	»	»	»
Dans la poitrine, près du cœur. Dans le ventre, près du foie.	34°,25	15°	23°	14°.

Rapprochés des précédentes observations, les résultats de Saissy prouvent que, dans le courant de la saison chaude, les animaux *hibernants* ont une température bien plus considérable que les reptiles, les poissons, les insectes et les mollusques, mais un peu inférieure à celle des autres mammifères. Le fait important mis en évidence par les recherches de Saissy, c'est que les variations de la température extérieure, même pendant l'état de veille, modifient profondément celle de ces animaux, surtout aux approches du moment où ils vont succomber à l'*engourdissement*. Pallas avait donc raison d'affirmer, dans les *Nouveaux commentaires de l'Académie de Saint-Pétersbourg*, que ces animaux ont le sang moins chaud que ceux de leur classe. Il serait encore plus vrai de dire que, même dans l'état de veille, les mammifères *hibernants* ont tous les caractères des animaux à *température variable*. C'est ici le lieu de placer une observation sur laquelle nous reviendrons plus tard. Saissy, dans son travail, n'a opéré que sur des marmottes conservées longtemps en captivité et sensiblement apprivoisées; cette circonstance nous servira à expliquer beaucoup de contradictions qui existent entre lui et les autres observateurs, et à comprendre pourquoi leur température s'est montrée moins *variable* que celle du hérisson, du loir et de la chauve-souris.

Aux approches de l'hiver, les chauves-souris se retirent dans les fentes des murailles et des rochers ou dans des grottes profondes; les autres *hibernants* se cachent dans des terriers qu'ils laissent ouverts ou qu'ils ferment avec soin comme les marmottes. D'après les meilleurs observateurs, ces derniers animaux ne font aucune provision et restent *engourdis* pendant tout l'hiver roulés dans le foin dont ils remplissent le fond de leurs terriers. Le hérisson et le loir, au contraire, se réveillent dans les beaux jours d'hiver pour manger les provisions dont ils ont eu soin de s'entourer à l'avance, ou bien sortent dans la campagne pour aller chercher leur nourriture. Dès que la température extérieure tombe à + 6° ou + 7°, le hérisson et la chauve-souris *s'engourdissent*. D'après Saissy, le lérot ne commence à *s'assoupir* qu'à + 4° ou + 5°. L'*engourdissement hibernal* de la marmotte ne serait produit, d'après Spallanzani, qu'à — 6°,25, et, d'après Saissy, qu'à — 10°. Ce dernier observateur croit que, même sous l'influence d'une température aussi rigoureuse, la marmotte n'*hiberne* qu'à la condition d'être enfermée dans un espace étroit, sans communication avec l'atmosphère. Daubenton avait déjà développé une opinion de ce genre pour le hamster. Contrairement aux faits avancés par Spallanzani et Saissy, Mangili a démontré que l'*engourdissement* de la marmotte se produit entre + 6°,25 et + 10°; il a d'ailleurs constaté par des expériences directes que la température de leurs terriers et celle des cavernes dans lesquelles *hibernent* les chauves-souris est habituellement comprise entre les mêmes limites. Les recherches de M. Regnault ont pleinement confirmé l'exactitude des observations de Mangili. Nous voyons dans son mémoire qu'à la température de + 8° des marmottes ont présenté, dans son appareil, les phénomènes caractéristiques du *sommeil hibernal*. Les observations de M. Sacc, consignées dans le travail de M. Regnault, prouvent jusqu'à l'évidence que les marmottes *s'engourdissent* aux températures indiquées par le physiologiste italien. Mangili, du reste, a parfaitement indiqué la cause des erreurs commises à ce sujet par Spallanzani et Saissy. Les marmottes prises depuis longtemps et conservées en captivité s'apprivoisent, changent d'habitudes, mangent en toute saison, et restent parfaitement *éveillées* en hiver dans des chambres où dorment profondément *engourdis* des animaux de même espèce *non apprivoisés*. Ces rongeurs, dont les mœurs ont été modifiées par la domestication, ne sont plus aussi sensibles au froid extérieur et ne *s'engourdissent* qu'à la condition d'être soumis aux températures excessives dont ont parlé Spallanzani et Saissy; mais ce n'est pas là leur état naturel. Du reste, sauf quelques légères différences dans la persistance du *sommeil hibernal* et dans le degré de refroidissement nécessaire pour le produire, les phénomènes qui le caractérisent sont les mêmes au fond pour tous ces animaux.

Exposés à une température comprise entre + 4° et + 10°, tous ces animaux s'endorment, les battements du cœur et les mouvements du thorax se ralentissent et s'affaiblissent; immobiles, froids au toucher, les yeux fermés, les mâchoires fortement appliquées l'une contre l'autre, pelotonnés sur eux-mêmes, ils ne prennent aucune nourriture et sont complétement étrangers à tout ce qui se passe autour d'eux. Tant que les circonstances extérieures ne changent pas, ils persistent dans leur *engourdissement* sans que leur vie soit en danger; ils sont dans les vraies conditions de l'hibernation normale physiologique.

Dans cet état, leur température est très basse, mais supérieure pourtant à celle du milieu ambiant. Tout animal qui s'engourdit, dit Spallanzani, se refroidit non-seulement à la surface, mais encore à l'intérieur. La température extérieure étant de + 6°,66, Hunter observa deux hérissons *engourdis* (1) : chez le premier, il trouva 7°,77 dans le bassin, et 10° près du diaphragme; chez le second, le thermomètre marqua 7°,22 dans le bassin, et 8°,88 près du diaphragme. Mangili a constaté des faits du même genre;

(1) *Opuscules de physique animale*, t. 1, p. 109.
(2) *Œuvres complètes*. t. 1, p. 334.
(3) *Loc. cit.*, t. I, p. 332.
(4) Davy, *Ann. de chimie et de physique*, 2e série, t. XXXIII, p. 190, a vu :
Une chauve-souris à 37°,8, air : 28°.
— — 38°,3, — 28°.
— — 37°,8, — 21°.

(1) *Œuvres compl.*, t. I, p. 332.

Saissy a donné le tableau suivant de la répartition de la température chez ces animaux *engourdis* :

Distribution de la température des animaux HIBERNANTS ENGOURDIS.

25 janvier 1807, atmosphère, 1°,25.

	Marmotte.	Hérisson.	Lérot.	Chauve-souris.
A l'oreille.	5°	»	»	»
Dans la bouche.	5°	»	3°	4°.
Sous l'aisselle. Entre l'aine et la cuisse.	5°	3°,25	3°	4°.
Dans le rectum.	5°	»	»	»
Dans le ventre, près du foie. Dans la poitrine. Dans les cavités du cœur.	5°	5°	4°	5°

L'air étant à + 2°,5, Prunelle a trouvé la température de la marmotte engourdie à 5° ; l'air étant à + 4°, la marmotte était à + 6°,25. D'après cet observateur, la température de l'animal engourdi est toujours supérieure de au moins 1°,25 à celle de l'atmosphère. Chez une première marmotte *engourdie*, M. Regnault a trouvé 12° dans l'anus, l'atmosphère étant à + 8° ; chez une seconde également *engourdie*, l'air étant à + 10°, le même observateur a trouvé 11°,2 dans l'anus. Tout démontre donc que si, pendant leur *engourdissement hibernal*, la température de ces animaux s'abaisse considérablement, cependant elle ne suit les variations de celle de l'atmosphère qu'en lui restant constamment supérieure de quelques degrés. Ces faits, rapprochés de ceux que nous avons rapportés plus haut et relatifs à l'état de veille, sont de nature à faire considérer les mammifères *hibernants* comme de vrais animaux *à température variable*.

Lorsque l'atmosphère s'échauffe autour de ces animaux *engourdis*, tous les observateurs sont d'accord pour dire que peu à peu leur respiration s'accélère, leur circulation devient plus active, leur température s'élève ; ils sortent graduellement de leur torpeur et reprennent leur genre de vie habituel. D'après Mangili, l'*engourdissement* cesserait d'exister entre 11 et 12 degrés au-dessus de zéro. Prunelle a étudié avec soin les phénomènes du réveil naturel. A mesure que la température extérieure s'adoucit, les mouvements du thorax, d'abord obscurs et lents, deviennent plus marqués et plus rapides, le thermomètre, en contact avec le corps de l'animal, s'élève peu à peu, l'engourdissement est de moins en moins profond, l'excitabilité augmente ; quand la température de l'animal a atteint 18 ou 20 degrés, la respiration est bruyante, il ronfle, il est bien près de son réveil. Entre 22 et 23 degrés, il s'agite, mais le train antérieur a seul recouvré la faculté de locomotion ; quand sa température est à 25°, l'animal est complétement éveillé, et peu à peu il reprend toutes ses habitudes et sa chaleur de l'état de veille. M. Regnault a vu aussi la température d'une marmotte *engourdie* s'élever successivement de 11°,2 à 22°,1 ; quelque temps après, il la trouva à 29°, mais, dit-il, l'animal était alors complétement éveillé, très vif et très méchant. De tous ces faits, il résulte que, en ayant soin d'écarter toute cause d'excitation, on pourrait, suivant l'observation de Prunelle, conserver *engourdie* une marmotte dont la température serait de 22 à 23 degrés ; l'exactitude de cette prévision a été vérifiée par Prunelle lui-même, et a depuis été confirmée par l'observation de faits du même genre.

Mangili a étudié avec beaucoup de soin l'influence des températures très basses sur les animaux engourdis, et en a déduit des conséquences d'une haute importance pour l'histoire des phénomènes de l'hibernation. Il résulte de ses nombreuses expériences sur des marmottes, des hérissons, des loirs, des muscardins et des chauves-souris, que le *froid trop vif* produit sur eux une excitation capable d'interrompre au moins momentanément leur *engourdissement*. Lorsque le thermomètre s'abaisse au-dessous de + 3° ou + 2°, ces animaux, quoique endormis, donnent des signes de malaise, leur respiration s'accélère, leur température s'élève, ils se réveillent, font effort pour résister au froid extérieur ; ils courent à droite et à gauche, cherchent un lieu plus chaud et mieux abrité ; s'ils le trouvent, ils retombent dans leur état d'*hibernation*. Si, au contraire, ils sont maintenus sous l'impression persistante d'une atmosphère trop froide, après avoir essayé de lutter quelque temps en accélérant leurs mouvements respiratoires, ils tombent épuisés ; et alors commence pour eux un nouvel état, qui est la *léthargie par le froid*, dont il est possible de les retirer en les réchauffant artificiellement, mais qui aboutit nécessairement à la mort s'il est trop longtemps prolongé (1). Pour amener ces accidents mortels, il suffit que l'atmosphère soit à zéro, et même à 2 ou 3 degrés au-dessus. Cette circonstance nous explique pourquoi ces animaux ont soin, aux approches de l'hiver, de se retirer dans des lieux abrités contre les refroidissements trop intenses. Les mêmes phénomènes ont lieu quand on entoure les animaux de glace ou qu'on les soumet à l'action d'un mélange réfrigérant ; ainsi, Mangili ayant artificiellement refroidi à — 12° un hérisson engourdi, l'animal se réveilla au bout de quelques minutes ; il lutta pendant une heure, puis la respiration se ralentit ; il tomba en *léthargie*, et *vingt minutes* après il était mort. A l'autopsie, on le trouva gelé jusqu'au cou. Prunelle a toujours vu les animaux *engourdis* se réveiller sous l'impression d'une atmosphère de — 4°. Cette excitation causée par le froid est, dit-il, très bien connue des paysans de la Maurienne. Saissy ayant exposé à l'action de l'air à — 4° un lérot et un hérisson *engourdis* dont la température était à + 4°, ces animaux ne tardèrent pas à se réveiller ; ils étaient très vifs dans leur cage ; leur respiration était très active, leur état thermique était graduellement monté à + 36° pour le lérot et à + 28° pour le hérisson. Ils restèrent ainsi une heure, puis leur température baissa de nouveau, et Saissy jugea prudent d'arrêter là l'expérience. Prunelle a vu aussi des marmottes se réveiller, se réchauffer, puis se refroidir de nouveau, tomber en *léthargie*, et mourir sous l'influence d'un mélange réfrigérant à — 12°. L'atmosphère étant à — 14°, ce dernier observateur plaça une marmotte en plein air, dans une caisse remplie de foin et fermée avec des planches mal jointes ; douze heures après, il la trouva morte, mais l'animal avait fait effort pour s'échapper : il avait rongé un des coins de la caisse. Les mammifères *hibernants* peuvent donc se présenter dans deux états très différents.

Sous l'influence d'une température extérieure comprise entre + 3° et + 10°, ils *s'engourdissent* naturellement et spontanément ; leurs fonctions ont perdu leur activité, elles sont obscures, latentes, mais aucune d'elles n'est *suspendue*. C'est le vrai *engourdissement hibernal*, pendant lequel la température de l'animal est toujours supérieure à celle de l'atmosphère, et qui peut durer des mois entiers sans que leur vie soit compromise.

A *zéro* et au-dessous, ces animaux sont aussi *engourdis*, mais ils ne sont plus dans un état physiologique. Cet *engourdissement* est une vraie *léthargie par le froid*, pendant laquelle toutes leurs fonctions peuvent être *suspendues*, leur température peut s'abaisser au-dessous de zéro, et qu'il faut distinguer de l'*engourdissement hibernal normal*, sous peine de tout confondre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION, par le docteur PAUL BROCA, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

Suite. — Voir les numéros 12, 13, 16, 21, 22, 33, 46 et 57.

§ 4. ÉTUDE CLINIQUE DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION INDIRECTE.

5° DU CHOIX DES APPAREILS DE COMPRESSION.

J'ai déjà, chemin faisant, décrit ou fait représenter un grand nombre d'appareils, ce qui me permettra d'abréger beaucoup l'étude générale que je dois en faire ici.

(1) Mangili a constaté que le refroidissement trop grand de l'atmosphère suffit aussi pour réveiller les araignées *engourdies* dans les fentes des murailles pendant l'hiver. Ce réveil momentané des araignées, bientôt suivi de leur *mort* sous l'influence persistante d'une température trop basse, établit une identité complète entre l'*engourdissement physiologique* des mammifères *hibernants* et celui qu'éprouvent les animaux inférieurs pendant la saison froide.

La meilleure compression est celle qui agit seulement sur l'artère, comme le fait le doigt d'un aide pendant une amputation. Cette compression est la plus efficace et la moins douloureuse de toutes. Les malades peuvent la supporter pour ainsi dire indéfiniment, et la méthode alsacienne serait inutile, si l'on pouvait songer à un mode de compression infiniment plus intolérable pour ceux qui l'appliquent que pour celui qui le subit.

La compression digitale n'en constitue pas moins une ressource très précieuse qu'il faut connaître et qu'on doit réserver pour les cas où l'irritabilité excessive de la peau s'opposerait à toute autre espèce de compression.

La première origine de la compression digitale se trouve dans l'observation de M. Greatrex (n° 59), et remonte à 1845. On voulut employer la compression totale sur un malade dont j'ai parlé plus haut, et qui avait déjà subi une première compression interrompue par une varioloïde. On n'avait qu'un seul tourniquet, qu'on plaça au-dessous du pli de l'aine, en un point qui n'est pas précisé. On laissa au malade la clef de l'appareil, en lui recommandant de comprimer *avec ses doigts* l'artère sur le pubis lorsque la douleur le forcerait à relâcher la pelote. Cette prescription fut exécutée, et l'anévrysme cessa de battre au bout de vingt-quatre heures.

Deux ans plus tard, M. Tufnell eut recours au même moyen (n° 146) sur un malade qu'il avait traité pendant deux jours par la méthode alsacienne. On employait la compression totale. Le troisième jour on trouva que les glandes inguinales s'étaient engorgées sous la pelote supérieure; on enleva cette pelote, et on la remplaça par une compression que le malade lui-même et un de ses voisins exerçaient avec leurs pouces sur la branche du pubis. Du reste, la pression digitale alternait toujours avec l'action d'un tourniquet placé plus bas sur la cuisse. Cela ne dura que vingt-quatre heures. Le quatrième jour, on appliqua le poids inguinal à la place de la compression digitale, et le matin du septième jour on trouva que l'anévrysme était oblitéré.

La compression digitale n'avait jusqu'alors joué qu'un rôle tout à fait accessoire. Il était réservé aux chirurgiens américains de l'ériger en procédé régulier.

En 1848, M. Knight (de New-Haven) essaya successivement plusieurs tourniquets sur un mulâtre très irritable, qui ne put jamais réussir à tolérer la compression plus d'une heure de suite (n° 93) avant de se décider à l'opération sanglante, M. Knight convoqua un nombre suffisant de médecins, et leur proposa d'exécuter en commun la compression digitale. Ils acceptèrent avec empressement. Deux d'entre eux restaient constamment auprès du malade, et comprimaient à tour de rôle la fémorale sur le pubis; au bout de six heures, deux autres venaient les remplacer. L'anévrysme fut ainsi oblitéré au bout de quarante heures. Peu de temps après, M. Fox (de Pensylvanie), ayant affaire à un anévrysme inguinal, fit exécuter la compression digitale sur l'artère iliaque externe (n° 58). Cela alla bien pendant quatre jours et quatre nuits. La tumeur était déjà grandement améliorée; mais les aides, comme on le devine, se fatiguèrent. On dut les remplacer par un tourniquet. La pelote de cet instrument produisit une eschare, et il fallut renoncer à la compression au moment où tout annonçait que l'anévrysme allait guérir. On lia plus tard l'iliaque externe, et le malade, après avoir éprouvé divers accidents, finit par se rétablir tout à fait.

L'année suivante, M. Parker (de New-York) fit exécuter la compression digitale, pendant soixante-douze heures, pour un anévrysme diffus de l'artère fémorale consécutif à une ligature de ce vaisseau. On crut d'abord que la tumeur était solidifiée; mais, les battements ayant reparu, on maintint pendant sept jours un poids sur le pli de l'aine. Guérison (n° 149).

Enfin, en 1850, M. Wood (de New-York) guérit deux anévrysmes poplités, en faisant alterner la compression digitale appliquée au pli de l'aine, avec la compression exercée un peu plus bas par le compresseur dit de Dupuytren. Au bout de quarante-huit heures dans le premier cas (n° 160), de seize heures seulement dans le second (n° 161), les pulsations disparurent pour toujours.

Ainsi, nonobstant les deux essais de MM. Greatrex et Tufnell, on peut dire que la compression digitale est un procédé américain, et le principal mérite en revient incontestablement à M. Knight (de New-Haven).

Depuis cette époque, la perfection toujours croissante des appareils a rendu fort rares les cas où la compression digitale est indiquée. Ce moyen n'a été mis en usage qu'un très petit nombre de fois. Sur le malade n° 86, on y eut recours seulement pendant quatre heures, après quoi on y renonça pour la compression intermittente. Sur le n° 143 on essaya la compression digitale pendant un jour, après avoir fait pendant cinq jours des tentatives inutiles avec un mauvais compresseur; sur le n° 110 la compression digitale fut faite pendant trois jours par des convalescents qui se relayaient, et, grâce à elle, on habitua peu à peu le malade à supporter l'action des pelotes, qui était primitivement intolérable.

Somme toute, la compression digitale n'avait été employée qu'une seule fois, comme moyen unique, par M. Knight (de New-Haven), lorsque, tout récemment, un ingénieux malade y eut recours sur lui-même et *de lui-même* avec un plein succès. Le fait est assez original pour mériter d'être raconté.

OBS. XXXIV (Colles). — *Anévrysme diffus de l'artère poplitée. Compression digitale intermittente imaginée et pratiquée par le malade. Guérison en sept jours.* (N° 34 du 2e tableau.) Un robuste commissionnaire de Dublin, nommé Donohue, entra le 6 mars 1854 à Steeven's Hospital, dans le service de M. Colles, pour un énorme anévrysme diffus du jarret et du mollet, accompagné de douleurs très vives. Cet homme fut examiné avec soin; on explora sa tumeur de toutes les manières, et l'on ne négligea pas d'étudier les effets produits sur le volume et les battements de l'anévrysme par la compression de la fémorale au pli de l'aine.

Le cas fut jugé propre à être traité par la compression; mais on décida que l'on attendrait quelques jours pour permettre à la douleur de se dissiper par le repos.

Cependant le malade avait remarqué, pendant qu'on l'explorait, que la compression de la fémorale au pli de l'aine calmait subitement les souffrances provoquées par l'anévrysme. Il répéta l'expérience; il appliqua son pouce sur le même point, et se trouva soulagé. La fatigue l'obligeait souvent à lâcher prise, mais lorsque la douleur reparaissait il recommençait la même manœuvre.

Cette compression intermittente dura pendant sept jours, depuis le 8 mars jusqu'au 15. Dans la soirée de ce jour, il survint une douleur extrême, mais qui cette fois résista à la compression de la fémorale. La nuit fut très pénible. Le malade, qui n'avait parlé à personne de son procédé de compression digitale, fut effrayé de ce qu'il avait fait, et interrompit ce traitement empirique.

Or le surlendemain, 17 mars, la douleur étant tout à fait apaisée, et l'appareil étant préparé, M. Colles se disposa à commencer le traitement par la compression. Quelle fut sa surprise de trouver que la tumeur était solide, sans souffle, sans pulsations, et qu'une collatérale battait sur le côté externe du genou! Il annonça au malade qu'il était guéri, et celui-ci, transporté de joie, avoua alors pour la première fois son histoire. La guérison, depuis lors, ne s'est pas démentie.

Cette curieuse observation peut être comparée à celle du malade de Lassus et à celle du charpentier Robert Hoey (1). On dirait que le hasard s'est plu à réaliser trois fois, et de trois manières différentes, la fable du serrurier de Boyer! Ce fait est remarquable encore sous plusieurs rapports : il offre un bel exemple de compression intermittente suivie de succès; j'appelle en outre l'attention sur la douleur excessive qui se produisit au moment de la solidification de l'anévrysme. Ce phénomène, sur lequel je reviendrai, a été observé plusieurs fois.

Mais en voilà bien assez sur la compression digitale, qu'on ne peut songer à ériger en procédé ordinaire et qu'on devra réserver pour des cas tout à fait exceptionnels. J'ai voulu dire seulement ici, qu'abstraction faite des difficultés extrinsèques de son application, elle constitue vraiment l'idéal de la compression. Le meilleur procédé serait donc celui qui s'en rapprocherait le plus, qui remplacerait le doigt compresseur par un appareil à la fois ferme et élastique, fixe et pourtant amovible à volonté, précis et néanmoins mobile dans tous les sens, et qui, comme la compression digitale, concentrerait exclusivement son action sur le point où l'artère doit être comprimée.

(1) Voy. plus haut, pages 237, 238 et 540.

Aucune machine ne peut réaliser entièrement cette dernière condition ; car toute pression suppose un point d'appui, c'est-à-dire une contre-pression (1) ; mais on peut remplir les autres conditions par divers mécanismes qu'il n'est pas impossible de réunir sur le même appareil.

La partie fondamentale de tous les appareils, c'est la pelote de pression. On ne saurait donner trop d'attention à la construction de cet élément, qui tient tous les autres sous sa dépendance.

La *pelote de pression*, ou plus simplement la *pelote*, doit refouler les chairs et éviter autant que possible les veines et les nerfs satellites de l'artère ; il faut donc qu'elle soit petite, convexe et dure.

Le volume de la pelote varie suivant les régions, suivant la profondeur, suivant le calibre et suivant le degré de mobilité de l'artère. Un pelote large d'un centimètre suffit pour la radiale au-dessus du poignet. Il est difficile de comprimer la fémorale sur le pubis avec une pelote large de moins de 3 centimètres ; *il* est bien entendu que je parle de la largeur maximum, c'est-à-dire du diamètre de la base de la pelote. Au sommet du triangle inguinal, cette largeur ne suffit plus, et la pelote doit avoir 1 à 2 centimètres de plus. Du reste, il y a, sous ce rapport, des différences individuelles assez marquées, et je pense qu'il est bon de se servir de pelotes ovalaires ; les pelotes fémorales, par exemple, devront avoir 3 centimètres sur 5. On essaiera d'abord de placer la pelote parallèlement à l'axe du vaisseau, et si cela ne suffit pas, on la mettra en travers.

La forme des pelotes doit être convexe, ainsi que je l'ai dit. Quelques personnes ont donné la préférence aux pelotes plates, qui ont effectivement l'avantage de mieux fixer l'artère en l'empêchant de fuir, mais qui ont l'inconvénient de comprimer les nerfs et les veines, et surtout de meurtrir les chairs. Je rejette donc les pelotes plates ; mais je crois qu'il est bon, lorsqu'on veut comprimer une grosse artère, de se servir d'une pelote convexe à sommet légèrement aplati, ce qui est bien différent. La surface plane, ainsi réservée au centre de la convexité de la pelote, doit être ovalaire comme la pelote elle-même, et offrir, dans son petit diamètre, une largeur à peine supérieure à celle de l'artère ; pour la fémorale, par exemple, cette largeur doit être d'environ 12 millimètres. Quant aux pelotes coniques, dont quelques personnes ont cru devoir se servir, je les rejette complétement. Elles sont infidèles dans leur action sur l'artère, et nuisibles dans leur action sur la peau.

La consistance des pelotes a donné lieu aussi à quelques contestations. Les uns, désirant avant tout sauvegarder la peau, ont choisi des pelotes peu consistantes ou même des pelotes à air ; les autres, craignant surtout de ne pas maîtriser suffisamment l'artère, ont fait faire des pelotes dures avec un morceau de bois ou de métal recouvert de cuir. Je donne la préférence aux pelotes de consistance intermédiaire, telles que les pelotes massives de caoutchouc vulcanisé. Cette substance, ferme et élastique, n'a ni la complaisance du crin ou de l'étoupe, ni la rigidité du bois ou du métal.

La *contre-pression* peut être obtenue de plusieurs manières. Le moyen le plus ancien et le plus mauvais consiste à fixer la pelote avec des tours de bande. La contre-pression se répartit ainsi sur toute la circonférence du membre. Il en résulte une foule d'inconvénients. Je n'en indiquerai qu'un, qui est radical : c'est l'obstacle opposé par cette pression circulaire à la circulation collatérale.

Il faut donc que la contre-pression s'exerce sur une partie limitée de la circonférence du membre, à l'opposite de la pelote. On peut prendre ce point d'appui sur une contre-pelote, sur une attelle, ou enfin sur une gouttière.

Les *attelles à contre-pression* sont très incommodes, très sujettes au déplacement : elles sont généralement abandonnées. Je les mentionne toutefois, à cause de leur importance historique. On n'a pas oublié que le mémorable succès de Brückner fut dû à un appareil qui prenait son point d'appui sur une attelle étendue du grand trochanter au condyle externe du fémur (2).

(1) Le poids inguinal de Bellingham offre quelque analogie avec la compression digitale, en ce sens qu'il agit sans contre-pression particulière (voy. page 511, fig. 11), mais son défaut de fixité doit le faire rejeter de la pratique.

(2) Voy. plus haut, page 188.

Les *contre-pelotes* se retrouvent dans la plupart des compresseurs. Elles doivent être concaves, pour se mouler sur la convexité des chairs, et il est de rigueur qu'elles soient beaucoup plus larges que les pelotes, afin de donner de la fixité à l'appareil. Une lame concave de bois ou de métal, recouverte d'une couche peu épaisse de crin et de peau piquée, remplit parfaitement l'indication.

Le tourniquet d'Eschards (1), le compresseur de Dupuytren, le collier de chien de Viricel (2), le clamp de Robert Hoey (3), le tourniquet de l'Estrange (4), sont autant d'appareils à contre-pelote, ainsi que le ring-tourniquet et le compresseur de Signorini, qui seront représentés tout à l'heure (5).

Les appareils à contre-pelote sont légers, faciles à manier ; on peut, à volonté, les appliquer sur le membre à diverses hauteurs ; ils tiennent peu de place, et il est aisé d'en disposer plusieurs sur le trajet du même vaisseau, suivant la méthode alsacienne. Mais ces avantages sont contrebalancés par le peu de fixité du point d'appui. Le moindre mouvement du malade peut faire glisser l'instrument, et interrompre la compression sans même qu'on s'en aperçoive. En outre, ces appareils, lorsqu'ils viennent à se déranger, ne peuvent être replacés que par une main intelligente. Enfin, et c'est là leur principal inconvénient, ils ne tiennent en place que par l'action opposée de la pelote et de la contre-pelote ; de sorte que, lorsqu'on les relâche dans les manœuvres alternatives de la méthode alsacienne, ils deviennent mobiles en tous sens, tournent autour du membre et abandonnent le vaisseau.

Les *gouttières à contre-pression* sont bien préférables. A proprement parler, les gouttières ne sont que d'immenses contre-pelotes embrassant le quart ou le tiers de la circonférence du membre, et ayant une longueur suffisante pour s'appliquer sur les chairs dans une grande étendue et pour fournir un point d'appui solide.

Le compresseur inguinal de Crampton est un appareil à gouttière (6), ainsi que le compresseur circulaire de Carte, pour la cuisse (7). Certains tourniquets, destinés à comprimer la fémorale sur le pubis, prennent leur point d'appui sur des gouttières spéciales qui passent sous les fesses et se fixent autour de la hanche avec une ceinture bouclée. Ces gouttières pelviennes prennent le nom de *selles* ; nous les retrouvons dans l'appareil inguinal de Carte (voy. plus loin, fig. 16) et dans la selle pelvienne de Read (voy. fig. 14). Rien ne varie, du reste, comme les dimensions des gouttières à contre-pression. Il y en a qui, par leur peu de longueur, tiennent le milieu entre les gouttières et les contre-pelotes proprement dites. C'est ce qui a lieu dans l'appareil de Bigg (fig. 12). Loin d'approuver cette réduction dans la longueur des gouttières, je pense, au contraire, qu'il est préférable d'employer des gouttières beaucoup plus grandes que celles dont on s'est servi jusqu'ici ; par exemple, pour comprimer l'artère fémorale, j'ai fait construire une gouttière remontant jusqu'à la partie supérieure de la fesse, et descendant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du genou (8). Une gouttière aussi étendue est très facile à fixer à l'aide d'une ceinture pelvienne et d'une courroie fémorale. On obtient ainsi un point d'appui invariable, et l'appareil ne peut pas se déranger. Il gêne les mouvements du membre ; mais c'est là un avantage et non un inconvénient, le repos absolu de la région malade étant une circonstance favorable pour la guérison de l'anévrysme. Si l'on juge utile d'employer la méthode alsacienne, rien n'empêche de fixer les deux pelotes sur la même gouttière. Il est même aisé, comme on le verra tout à l'heure, de pratiquer sur cette gouttière une coulisse permettant aux pelotes de monter et de descendre, et d'atteindre ainsi, suivant les indications, les différents points de la longueur de l'artère.

Tels sont les éléments destinés à exercer la pression et la contre-pression. On voit qu'ils sont sujets à beaucoup varier ;

(1) Voy. plus haut, page 188.
(2) *Ibid.*, page 237.
(3) *Ibid.*, page 317, figure 10.
(4) *Ibid.*, page 539, figure 9.
(5) *Ibid.*, page 539, figures 13 et 15.
(6) *Ibid.*, page 598, fig. 8.
(7) *Ibid.*, fig. 18.
(8) *Ibid.*, fig. 22.

mais ce qui varie surtout, et ce qui complique singulièrement l'étude des appareils, c'est l'*armature* destinée à relier ensemble la pelote mobile qui comprime et la contre-pelote ou la gouttière qui fournit le point d'appui.

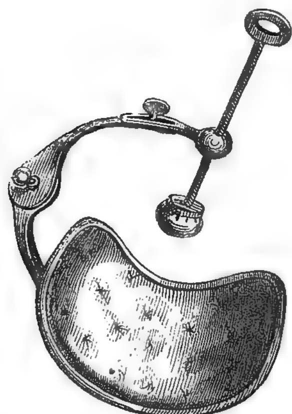


Fig. 12. — Compresseur de Bigg.

On peut ramener la plupart des armatures à quatre types principaux : les ressorts, les anneaux, les arcs et les tiges articulées.

Les *appareils à ressort* offrent la plus grande analogie avec les bandages herniaires. La pelote est maintenue en place et poussée sur l'artère par l'élasticité d'une lame métallique recourbée sur le plat. Thillaye aîné paraît être le premier qui ait employé un appareil de ce genre (1). Le malade cité par Cailliot (2) fut traité de la même manière. Verdier construisit un ressort beaucoup plus solide, qui prenait un point d'appui sur une forte ceinture pelvienne. Une articulation placée sur le ressort, à peu de distance de la pelote, permettait de donner à celle-ci la direction convenable, et une vis, située sur la pelote même, servait à graduer la pression à volonté (3). Verdier réussit ainsi à comprimer, pendant cinq années consécutives, l'artère iliaque externe. Le *tourniquet-truss* de Charles Todd offrait quelque ressemblance avec l'appareil précédent; mais il était bien moins énergique, et péchait surtout par la construction vicieuse de la pelote (4). Je rappellerai enfin que M. Syme se servit d'un petit ressort pour comprimer l'artère radiale, et réussit ainsi à oblitérer en vingt-quatre heures un anévrysme de la main (n° 143).

Les armatures à ressort ont l'avantage très grand d'exercer une compression élastique ; mais on verra bientôt qu'il est possible d'obtenir un résultat analogue en combinant aux autres appareils l'écrou mobile de M. Carte. A côté de cet avantage, qui ne leur est par conséquent pas exclusif, les armatures à ressort présentent de grands inconvénients. La plupart d'entre elles manquent de force ; toutes manquent de précision. De tous les appareils de ce genre, le seul qui soit un peu satisfaisant est celui de Verdier ; mais il suffit de jeter les yeux sur la figure qui le représente, pour reconnaître que cet appareil demande à être construit spécialement pour chaque malade. D'ailleurs, la compression qu'il exerce est fort peu efficace, puisque, au bout de cinq ans et dix mois, le malade de Verdier n'était pas encore entièrement guéri. Je pense donc que les armatures à ressort doivent être tout à fait abandonnées.

Les *armatures à anneau* ont été imaginées par Brückner (5). Elles se composent d'un anneau métallique d'un diamètre supérieur de plusieurs centimètres à celui du membre, et supportent, en deux points opposés, d'une part la pelote, et d'autre part la contre-pelote, l'attelle ou la gouttière de contre-pression. Dans l'appareil de Brückner, la contre-pression était fournie par une attelle, et dans celui de Robertson par une planchette (6). Le compresseur fémoral de Carte repose sur une gouttière (fig. 18); pareille chose a lieu dans l'appareil inguinal de Crampton ; seulement, dans ce dernier appareil, l'anneau est oblique et à peu près elliptique, pour s'accommoder à la forme de la région inguinale (7). Les autres appareils à anneaux prennent leur point d'appui sur une contre-pelote. Dans le collier de chien de Viricel, la contre-pelote était montée comme la pelote, et supportée comme elle par une vis; mais c'était une complication parfaitement inutile, et nuisible même à la précision de l'appareil. La contre-pelote est fixe, au contraire, dans le compresseur annulaire de Hutton (8) et dans le ring-tourniquet, instrument fort simple, fréquemment employé en Irlande, dont je ne puis nommer l'inventeur, et dont j'ai trouvé, du reste, un modèle fort ancien dans l'arsenal de M. Charrière.

(1) Voy. plus haut, page 236, obs. X.
(2) *Ibid.*, page 236, obs. XI.
(3) *Ibid.*, page 346, figure 6.
(4) *Ibid.*, page 344, figure 4.
(5) *Ibid.*, page 187.
(6) *Ibid.*, page 314, figure 2.
(7) *Ibid.*, page 538, figure 8.
(8) *Ibid.*, page 537, figure 7.

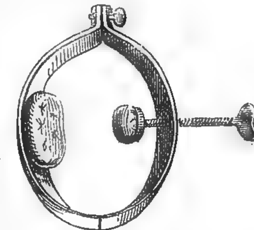


Fig. 13. — Le ring-tourniquet.

Les appareils annulaires à contre-pelote, construits sur le modèle du ring-tourniquet, sont très défectueux : ils n'ont pas une fixité suffisante, et ont de la tendance à tourner, surtout lorsqu'ils ont à supporter le poids du membre, comme cela a lieu, dans le décubitus dorsal, pour les compresseurs fémoraux. Les appareils annulaires à gouttière sont, au contraire, très fixes et très précis; mais ils ont l'inconvénient d'être plus gênants que les appareils à arcs ou à tiges articulées, sans être plus solides qu'eux. A la cuisse, par exemple, leur demi-circonférence interne est fréquemment heurtée dans les mouvements de la cuisse opposée. Somme toute, cependant, ces appareils sont très bons, et celui de M. Carte, en particulier, est l'un des meilleurs que l'on connaisse.

Les *armatures à arc* sont les plus simples de toutes ; elles sont très légères, très faciles à manier. Le tourniquet d'Eschards (1), le tourniquet plus ancien inventé par James Moore, pour comprimer le nerf sciatique et le nerf crural et procurer l'insensibilité dans l'amputation de la cuisse (2), le compresseur de Dupuytren, enfin le célèbre clamp du charpentier Robert Hoey (3), sont déjà connus

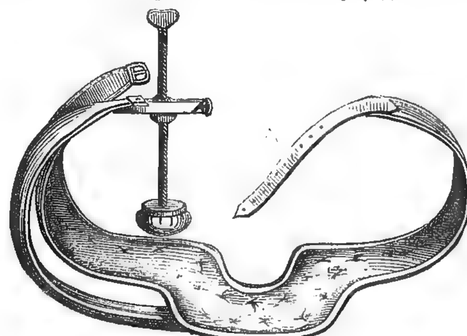


Fig. 14. — La selle pelvienne de Read.

du lecteur. La selle pelvienne de Read (fig. 14) est encore un appareil à arc. Tous ces instruments se composent d'un arc métallique dont une extrémité s'insère sur la contre-pelote, et dont l'autre extrémité supporte la pelote. Celle-ci est, le plus souvent, mise en mouvement par une vis ; toutefois, il existe un compresseur à arc dont la pelote est soudée au corps de l'appareil : c'est le tourniquet de Signoroni (voy. fig. 15). L'arc est brisé à sa partie moyenne, et ses deux branches, susceptibles de s'ouvrir et de se fermer comme un compas, sont articulées suivant un mécanisme admirable par sa simplicité, sa solidité et sa précision. Une vis sans fin, adaptée à la branche fixe, fait mouvoir l'autre branche au moyen d'une demi-roue dentée.

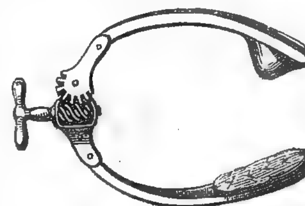


Fig. 15. — Tourniquet de Signoroni.

Les appareils à arc sont défectueux sous plus d'un rapport. Leur principal inconvénient vient de ce que leur pelote n'exécute qu'un seul ordre de mouvements. La vis ordinaire du clamp, la vis sans fin de Signoroni, permettent de graduer la pression à volonté, mais ne permettent pas de la déplacer; de telle sorte que, pour faire subir à la pelote le moindre changement de position, il devient nécessaire de mouvoir l'appareil tout entier. Si le point fixe est fourni

(1) Voy. plus haut, page 237.
(2) *Ibid.*, page 346, figure 3.
(3) *Ibid.*, page 539, figure 10.

par une contre-pelote exiguë, comme cela a lieu le plus souvent, l'instrument se dérange au moindre mouvement du malade ; si, au contraire, l'arc repose sur une gouttière fixe, comme dans la selle de Read, la pelote tombe toujours invariablement sur le même point de la peau ; on ne peut ni l'élever, ni l'abaisser, ni la rendre oblique ; tout au plus peut-on, à l'aide d'une coulisse, la porter en dedans ou en dehors. Mais cette mobilité est insuffisante. Pour qu'un appareil soit à l'abri de tout reproche et remplisse toutes les indications, il faut que, d'une part, il prenne un point fixe sur une gouttière qu'on applique une fois pour toutes, et que, d'autre part, il permette de faire varier à volonté la direction et la position de la pelote, de la placer sur le vaisseau comme si on la dirigeait avec la main, et de l'immobiliser ensuite en ce point ; en d'autres termes, il faut que la contre-pression soit complétement fixe, et que la pelote soit mobile dans tous les sens.

Or, chaque mouvement particulier exige une articulation propre. Il faut donc que l'armature se compose de plusieurs tiges diversement articulées. Cela donne lieu à des appareils assez compliqués; mais ce qu'on doit rechercher avant tout, ce n'est pas la simplicité, c'est la précision. Les appareils à tiges articulées ont d'ailleurs un avantage qui compense leur défaut de simplicité : c'est que la même armature peut servir indistinctement pour tous les malades, pour le membre droit comme pour le membre gauche, pour le pli de l'aine comme pour le milieu de la cuisse.

(*La suite au prochain numéro.*)

III.

CORRESPONDANCE.

INFLUENCE DES CONDITIONS GÉOLOGIQUES SUR LE DÉVELOPPEMENT DU CHOLÉRA.

Nous extrayons ce qui suit d'une lettre par laquelle M. le docteur Vial (de Saint-Étienne) veut bien compléter les renseignements qu'il nous avait déjà donnés sur la marche du choléra dans le département de la Loire. Nous profitons de cette circonstance pour prier ceux de nos correspondants qui auraient à rectifier ou à compléter, sur quelque point que ce puisse être, notre travail sur le choléra des départements, d'avoir l'obligeance de nous adresser leurs observations; elles seraient accueillies avec empressement. A. D.

« ..... L'immunité donnée par les rochers granitiques ne s'est pas démentie sur nos montagnes du Pilat comme sur la chaîne nord-sud des montagnes du Forez. Peut-être même ces dernières ont-elles servi de cordon sanitaire à la plaine du Forez, formée de terrains tertiaires et d'alluvion et exempte quand même de toute invasion cholérique jusqu'à ce jour (24 décembre). Vous savez aussi bien que moi que M. Boubée l'a constatée encore dans les localités à même base des départements pyrénéens (1).

» On avait dit que le fléau s'était constamment arrêté devant les formations carbonifères encaissées par des roches de micaschiste. Celles du bassin de Rive-de-Gier et de Saint-Étienne sont impuissantes contre son invasion. Chose remarquable même, le choléra s'est précisément renfermé dans les limites du terrain houillier. Les hauteurs voisines ont été préservées. Il faut reconnaître néanmoins que le mal a été bien au-dessous des craintes inspirées par les tristes conditions hygiéniques au milieu desquelles vivent nos classes ouvrières. Faut-il en rechercher la cause dans la nature du sol, voire dans l'immense quantité de fours à coke répandus dans la contrée ? Je n'ose rien affirmer ; mais à coup sûr une influence protectrice a existé quelque part. 600 à 700 malades seulement, sur une population de 30,000 âmes, en sont une preuve assez concluante.

(1) M. Boubée, dont nous avions oublié de rappeler les travaux dans notre précédent article sur le choléra, a établi, entre autres faits, que Saint-Béat, bâti sur le calcaire saccharoïde, a été constamment préservé, bien que l'épidémie ait sévi tout à l'entour, dans des villages construits sur des terrains diluviens. A. D.

» Bien moins maltraité que Rive-de-Gier, Saint-Étienne a peut-être dû ce privilége à son élévation de 540 mètres au-dessus du niveau de la mer, aussi bien qu'à la fréquence et à la force des courants atmosphériques qui règnent dans nos parages. La vallée du Gier, rarement balayée par des coups de vent, à 260 mètres seulement au-dessus du niveau de la mer, n'est favorisée que par son gisement houillier..... »

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

CHIRURGIE. — *Mémoire sur le siége et les principales variétés de la cataracte*, par M. *Malgaigne*. — Après avoir rappelé la lettre adressée par lui à l'Académie des sciences, le 22 février 1841, et dans laquelle il démontre la fâcheuse direction imprimée à la chirurgie du XVIII^e siècle par la philosophie cartésienne, M. Malgaigne entreprend d'esquisser l'histoire de la cataracte.

Elle peut, suivant lui, se partager d'abord en deux grandes époques : l'*époque ancienne* qui, de l'école d'Alexandrie jusqu'au commencement du XVIII^e siècle, avait placé la cataracte en avant du cristallin ; l'*époque moderne* qui, rétablissant en partie la vérité, l'a mélangée encore de nombreuses erreurs. Mais l'époque moderne se subdivise elle-même en quatre époques secondaires.

Première époque, 1705 à 1755. — C'est en 1705 que *Brisseau* lut à l'Académie des sciences un mémoire où il établissait que la cataracte siége dans le cristallin. Les partisans de la doctrine ancienne, se fondant sur ce qu'ils voyaient à travers la pupille, firent une longue et rude guerre aux opinions nouvelles. Heister, après bien des luttes, admit tout à la fois des cataractes cristallines à la façon de Brisseau, des cataractes membraneuses à la manière des anciens. Ce fut la première doctrine allemande.

Deuxième époque, 1755 à 1790. — Fontenelle fut le premier qui indiqua aux chirurgiens un autre compromis, en joignant à l'opacité du cristallin l'opacité de la capsule. Tenon, en 1755, avec une seule autopsie et six opérations, créa quatre variétés de cataractes capsulaires. En 1757, avec trois dissections nouvelles, il créa trois autres variétés, qui ne résultaient même pas de ses dissections.

En 1763, Hoin imagina la *cataracte du liquide de Morgagni*, sans publier un seul fait à l'appui de son invention.

Troisième époque, 1790 à 1841. — En 1790, Richter classifia les cataractes et multiplia les variétés. Beer, que l'enthousiasme germanique appelle le fondateur de l'ophthalmologie moderne, reprit la classification de Richter, en y ajoutant, sans preuves, sans dissection, des variétés nouvelles ; et c'est ainsi que les cataractes capsulaires et capsulo-lenticulaires ne comptèrent pas moins de quinze variétés. La doctrine allemande, introduite en France par MM. Stœber et Sichel, y eut d'abord un grand succès.

Quatrième époque, 1841. — On peut donc juger, dit M. Malgaigne, de l'émotion que jeta dans les esprits ma lettre à l'Académie, annonçant que, sur vingt-cinq dissections d'yeux cataractés, je n'avais pas trouvé une seule fois la cataracte commençant par le centre du cristallin, pas une seule fois la capsule opaque. Bientôt je recherchai avec soin l'*humeur de Morgagni* sur des yeux sains, et il me fut impossible de la trouver. L'école allemande avait accepté, proclamé et soigneusement décrit une cataracte dans une humeur qui n'existe pas.

Aujourd'hui, treize ans après ma lettre à l'Académie, on a donc rayé du cadre pathologique la cataracte de Morgagni ; on reconnaît l'excessive rareté des cataractes capsulaires ; la plupart des variétés de l'école allemande sont rapportées aux cataractes lenticulaires ; enfin, il est admis que la plupart de ces dernières commencent à la surface du cristallin.

Mais la révolution n'est pas finie ; et, après un examen approfondi de l'origine de toutes les doctrines sur la cataracte, et des faits apportés en leur faveur, M. Malgaigne croit avoir le droit d'établir les propositions suivantes :

1° Les cataractes débutant par le centre du cristallin sont encore à l'état d'hypothèse ;

2° Il n'existe pas un seul exemple de cataracte capsulaire simple sans opacité du cristallin ;

3° Les cataractes capsulaires compliquées semblent échapper à cette loi ; toutefois, l'exception ne s'appuie jusqu'à présent que sur deux observations qui laissent à désirer.

En résumé, jusqu'à présent, et toute réserve faite pour l'avenir, il n'y a que deux grandes variétés de cataractes simples, les *cataractes lenticulaires* et les *cataractes capsulo-lenticulaires*. L'altération du cristallin commence toujours par les couches voisines de la capsule, même quand celle-ci reste transparente ; en sorte que la capsule paraît avoir une influence prépondérante sur les affections du cristallin. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

Physiologie expérimentale.—*Mémoire sur l'action physiologique de la vératrine*, par MM. *Faivre* et *Leblanc*. — *Conclusions :* La vératrine exerce trois actions distinctes sur l'organisme animal. Ces actions sont en rapport avec les doses plus ou moins élevées du médicament.

Première période. La vératrine porte d'abord son action sur le tube digestif, et détermine l'augmentation de la sensibilité, de la contractilité et des sécrétions. Cet effet purgatif n'est point dû à une action locale irritante ; car, soit qu'on injecte le médicament dans les veines, soit qu'on le dépose dans le tissu cellulaire sous-cutané, l'excitation du tube digestif, l'hypersécrétion des follicules intestinaux et des glandes salivaires sont également marqués.

Deuxième période. La seconde action s'exerce sur les organes de la circulation et de la respiration, ainsi que le témoignent l'abattement, la prostration des forces et le ralentissement du pouls.

Troisième période. La troisième action de la vératrine, qu'on obtient avec des doses plus élevées, porte sur le système nerveux et sur les muscles de la vie animale, et se manifeste par des accès tétaniques qui vont en croissant et tuent l'animal après une demi-heure ou une heure. A l'autopsie, on trouve des traces évidentes d'asphyxie. Il résulte de ces expériences et de ces données que la vératrine doit être rangée parmi les médicaments excitants du système musculaire ; qu'elle est indiquée comme purgatif énergique dans les cas d'obstruction intestinale ; comme modificateur de l'innervation dans les névralgies, dans certaines paralysies, dans la chorée, l'hystérie et le tétanos. Sans doute son action spécifique sur le rhumatisme articulaire aigu s'explique, et par l'action révulsive exercée sur l'intestin, et par l'excitation ou l'hyposthénisation qu'elle produit.

Il résulte encore des recherches de MM. Faivre et Leblanc que la dose toxique de la vératrine, pour l'homme, variera entre 75 et 80 centigrammes, et que la dose médicamenteuse pourra être portée de 20 à 25 centigrammes. (*Comm.*, MM. Serres, Flourens, Rayer.)

Sur la voie par laquelle de petits corpuscules passent de l'intestin dans l'intérieur des vaisseaux chylifères et des vaisseaux sanguins, par MM. *Marfels* et *Moleschote*, de Heidelberg. — Les auteurs de cette note consignent les résultats d'expériences tentées sur des animaux, et qui démontrent que les molécules de la matière noire de la choroïde de l'œil et d'autres petits corpuscules à surface lisse, comme les corpuscules sanguins de la brebis et du bœuf, par exemple, passent de l'estomac et de l'intestin dans les cellules qui tapissent la muqueuse de ces organes, puis de ces cellules dans les lacunes des villosités de la muqueuse, et, de là, dans les racines librement ouvertes des rameaux chylifères, d'où les corpuscules sont transportés dans le canal thoracique, et consécutivement dans le système veineux des animaux.

M. *Kirchenmeister* fait connaître les données d'une observation, de laquelle il résulte que les métamorphoses des helminthes, déjà constatées dans les animaux, s'opèrent également dans l'organisme humain. De jeunes ténias ont été trouvés dans les intestins peu de jours après l'ingestion de cysticerques cellulaires introduits avec les aliments.

Physique appliquée. — *Note sur un nouveau mode de cautérisation*, par M. *Jules Regnauld*. — Voici comment l'auteur résume lui-même, d'après les expériences de M. Nélaton, les avantages du nouvel instrument (stylet de platine, dont l'incandescence s'obtient au moyen d'un courant voltaïque), et les indications de son emploi en chirurgie :

1° Cautérisation exercée sur un point très limité, à l'aide d'un instrument dont la température est très élevée, cas dans lequel on veut obtenir une destruction complète dans un espace bien circonscrit ;

2° Cautérisation au fond d'une cavité naturelle (pharynx, isthme du gosier, fosses nasales, conduit auditif, etc.);

3° Cautérisation étendue se faisant à travers un orifice étroit, et permettant la conservation du tégument externe (destruction des tumeurs érectiles sous-cutanées à travers une perforation très étroite des téguments); .

4° Excision périphérique tendant à produire, sans hémorrhagie, l'ablation de certaines tumeurs dans les régions où l'écoulement sanguin pourrait rendre l'opération difficile ou dangereuse. (*Comm.*, MM. Serres, Andral, Velpeau).

Recherches sur l'endosmose, par M. *Lhermite*. — Par la discussion des expériences de ses devanciers et de celles qui lui sont propres, l'auteur cherche à démontrer que l'endosmose n'est point le résultat d'une force particulière, mais de l'affinité elle-même, en étendant l'acception de ce mot à l'attraction capillaire qui en est le premier degré.

Chirurgie. — M. *Jobert* (de Lamballe) prie l'Académie de vouloir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la *section de médecine et de chirurgie*.

Nomination. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre dans la section de botanique, en remplacement de M. *Gaudichaud*, décédé. M. *Payer* ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. ROSTAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre du commerce, de l'agriculture et des travaux publics transmet à l'Académie : *a*. Ampliation de deux arrêtés approuvant les formules 1° du fer réduit par l'hydrogène (de M. *Quevenne*) ; 2° des granules de digitaline (de MM. *Homolle* et *Quevenne*) ; et en autorisant l'insertion dans les *Bulletins de l'Académie* et dans la prochaine édition du *Codex*, avec un exemplaire de la circulaire adressée à MM. les préfets. — *b*. Différents rapports rédigés par des docteurs et élèves en médecine qui ont donné leurs soins aux cholériques dans les départements où l'épidémie s'est déclarée cette année (*Commission du choléra de 1854*). — *c*. Trois remèdes ou recettes contre le choléra. — *d*. Une nouvelle préparation du sparadrap, avec échantillon, par M. *Udo-Schkopp*, pharmacien à Paris (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*). — 2. Communication de : *a*. M. le docteur *Borelli*, de Turin (réclamation de priorité pour l'invention de l'*érigne à ravivement*). (*Commissaires*, MM. Robert, Jobert, *rapporteur*). — *b*. M. le docteur *Lecœur*, de Caen (Rapport sur l'état sanitaire de la commune de Clinchamps-sur-Orne et du village de Percanville (*Commission des épidémies*). — *c*. M. *Coinze*, agronome (*Des lois de la nature pour fournir les principes d'hygiène matérielle, physique et morale*). (*Commissaire*, M. Collineau.) — *d*. M. *Deschamps*, d'Avallon, pharmacien de la maison impériale de Charenton (Note sur la préparation de l'huile de foie de morue). Il résulte des expériences de M. Deschamps que : 1° l'huile qui est contenue dans les foies des morues est incolore ; 2° elle peut être préparée à la température ordinaire ; 3° son odeur est celle du poisson ; sa saveur est douce sans la moindre âcreté, et son action sur le papier bleu de tournesol est nulle. L'huile brune du commerce n'a une odeur désagréable, âcre et acide que parce qu'elle est mal préparée ou parce qu'elle a été extraite des foies putréfiés, etc. (*Commissaire*, M. Guibourt.)

Nominations. — M. le *Président* annonce l'ouverture du scrutin pour le remplacement des membres sortants dans chacune des commissions permanentes. Sont élus :

1° *Dans la commission des épidémies*, MM. Requin et Barth.

2° *Dans la commission des eaux minérales*, MM. Caventou et Bourdon.

3° *Dans la commission de vaccine*, MM. Delafond et Collineau.

4° *Dans la commission des remèdes secrets et nouveaux*, MM. Guéneau de Mussy et Gaultier de Claubry.

5° *Dans le comité de publication*, MM. Ferrus, Bousquet, Larrey, Bouchardat, Bouley jeune.

Lectures et Mémoires.

Électrisation. — M. le docteur *Duchaussoy* donne lecture de nouvelles *Observations* à l'appui de son *Mémoire sur les chutes du rectum*.

Observation. (Service de M. *Roux*, remplacé par M. *Gosselin*.) Chute du rectum ayant plus de quarante années d'existence, chez un homme de soixante-cinq ans, et survenue après une diarrhée de plusieurs semaines. Jusqu'au 25 septembre 1853, la hernie rectale ne se reproduit qu'à la suite de grands efforts, et le malade la réduit aisément lui-même. Mais, depuis ce jour, le rectum, qui forme une tumeur longue de 6 centimètres, résiste à toutes les tentatives de réduction. Le malade entre à l'Hôtel-Dieu le 4 octobre. On s'assure que la tumeur est formée par la sortie de l'extrémité inférieure du rectum.

M. Gosselin la réduit facilement, et constate une *grande laxité du sphincter anal*, qui permet l'introduction facile de trois doigts. La miction est difficile : elle ne suffit pas à désemplir entièrement la vessie, puisqu'on retire encore un demi-litre d'urine par le cathétérisme, au moyen duquel on constate aussi qu'il n'y a ni rétrécissement ni calcul.

Le 6 octobre, première application de l'électricité avec l'appareil Breton, dans l'ampoule rectale qui surmonte le sphincter et au pourtour de l'anus. Le soir, selles douloureuses et pénibles, sortie de l'intestin. Le 7, cathétérisme de la vessie ; issue, par la sonde, de l'urine que le malade ne pouvait pas expulser par les efforts de la miction. On électrise comme la veille.

Jusqu'au 10 octobre, le malade est électrisé tous les jours. Aucune de ses garderobes n'est suivie de procidence du rectum. M. Gosselin reconnaît que le sphincter est beaucoup moins lâche qu'à l'arrivée du malade, et qu'il se resserre sensiblement sur le doigt. On électrise le malade en faisant passer le courant par la vessie.

Du 12 au 16 on électrise de la même manière le malade pendant cinq minutes chaque jour. Selles fréquentes ; efforts non suivis d'accidents ; constriction du sphincter qui serre très fortement le doigt ; expulsion complète de l'urine contenue dans la vessie par un jet fort et limpide.

Le malade sort le 20 octobre. Depuis six mois la guérison est constante.

M. Duchaussoy conclut de cette observation qu'il existe un rapport évident entre la chute du rectum et la paralysie incomplète des muscles chargés de fermer l'orifice anal. Il ajoute aussi que la paresse de la vessie paraît avoir été très heureusement modifiée encore par l'électricité, puisque les accidents auxquels elle donnait lieu ont cessé en même temps que la chute du rectum.

L'auteur rappelle que M. Demarquay, à l'hôpital Saint-Louis, a eu aussi occasion de constater les bons effets de l'électricité, chez une femme, dans un cas de chute du rectum, qui datait d'au moins vingt ans.

A propos d'un cas de ce genre, emprunté au service de M. Boyer, et relaté par M. *Duchenne*, de Boulogne, à propos surtout des réflexions qui accompagnent ce fait, M. *Duchaussoy* rappelle que son mémoire *sur la curabilité des chutes du rectum par la faradisation* avait été présenté au concours pour le prix des hôpitaux longtemps avant sa publication ; et c'est à coup sûr cet oubli qui a pu seul faire croire à M. Duchenne à une priorité pour laquelle il se trouve, en réalité, en retard d'au moins une année.

Puis l'auteur rapporte, d'une manière sommaire, un certain nombre d'observations recueillies à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. *Guersant*, et desquelles il résulte que l'expérience a favorablement jugé les modifications proposées par M. Duchaussoy dans le procédé de la cautérisation, pour le traitement des chutes du rectum. La première de ces modifications consiste à enfoncer, en quatre points opposés de l'anus, un cautère très délié, chauffé à blanc, au lieu de faire usage d'un cautère annulaire. La seconde consiste à substituer un cautère en aiguille de platine au cautère conique des dentistes. Sur dix-huit cautérisations pratiquées chez des enfants affectés de chute du rectum, M. Guersant n'a vu se produire qu'une seule récidive.

Les faits nouvellement recueillis par M. Duchaussoy, et par d'autres observateurs encore, portent l'auteur à conclure que dans un bon nombre de cas de chutes de rectum, on peut remplacer l'excision rayonnée ou triangulaire, les larges cautérisations et les autres méthodes de traitement par la strychnine, l'électricité, ou quatre piqûres avec un cautère en aiguille.

Histologie pathologique. — M. le docteur *Mandl* donne lecture d'une note intitulée : *Du tubercule comparé à quelques autres produits pathologiques.* — M. Mandl nie pour le tubercule l'existence d'un élément spécifique qui, toujours, et partout, caractérise ce produit pathologique, et qui doive le faire distinguer d'autres lésions anatomiques.

Ce que la plupart des micrographes désignent sous le nom de *corpuscules tuberculeux* ne seraient, d'après lui, que le résultat accidentel de la préparation, de la segmentation du tissu morbide en fragments d'une grande ténuité, à l'aide d'instruments piquants. Pour l'auteur, ces prétendus corpuscules tuberculeux ne seraient point des éléments spécifiques pour le tubercule, puisqu'on en rencontre d'analogues dans d'autres tissus, dans le cancer réticulaire de Müller, dans certaines tumeurs du testicule, dans les divers produits inflammatoires, etc. Mais aucun micrographe n'a, jusqu'à présent, assigné un caractère précis à la matière tuberculeuse, qui permît de le distinguer nettement du *reticulum jaune*, appartenant à d'autres productions morbides, et surtout au cancer. M. Lebert luimême, pour vaincre toutes les difficultés de diagnostic, ne tient aucun compte des corpuscules du *reticulum*, et il le décrit uniquement composé de cellules cancéreuses qui ont subi la dégénérescence graisseuse, c'est-à-dire qu'il néglige complétement la substance amorphe et ses parcelles, qui forment la majeure partie du *reticulum*. — *Reinhardt*, *Paget*, *Bennett*, avouant l'impuissance du microscope à saisir nettement la différence de la matière tuberculeuse d'avec la lymphe et le pus dégénérés, repoussent l'existence de corpuscules particuliers, caractéristiques dans la substance tuberculeuse.

M. Mandl termine la lecture de cette note par les trois conclusions suivantes :

1° L'examen microscopique du réticulum du cancer, et de quelques produits de l'inflammation, surtout de l'inflammation chronique, comme des fausses membranes, des poumons hépatisés, du pus concret, fait connaître l'existence d'éléments identiques par leur forme, leur aspect, leurs dimensions, etc., avec ceux que présente la substance tuberculeuse.

2° Il n'existe donc pas d'élément particulier spécifique, caractéristique du tubercule.

3° Il n'est donc pas permis de parler de l'affection tuberculeuse, parce que, dans une production pathologique, on rencontre des éléments analogues à ceux que l'on trouve dans la substance tuberculeuse. — (*Commission* déjà nommée, M. *Barth*, rapporteur).

Remèdes secrets et nouveaux. — M. *Robinet*, donne lecture d'une série de rapports sur des remèdes secrets et des recettes nouvelles ; les conclusions défavorables qui les terminent sont adoptées sans discussion.

Anatomie pathologique. — M. *Barth* présente à l'Académie une rate d'un énorme volume, qui dépassait de beaucoup la ligne médiane de l'abdomen, refoulait en haut le diaphragme et descendait presque jusqu'au fond de la fosse iliaque gauche. Le malade n'avait jamais eu de fièvre intermittente ; il vint à l'hôpital Beaujon avec une ascite d'assez longue date. Au bout de quelque temps l'ascite diminue ; le malade est pris de diarrhée ; il fait par hasard une chute ; il en résulte un ébranlement de l'abdomen, une sensibilité extrême de ses parois, qui fait supposer une péritonite au début. Le malade meurt peu de jours après son accident.

La rate offre un développement et un aspect qui ne sont point ceux qu'on rencontre d'ordinaire dans les hypertrophies paludéennes de ce viscère. La couleur de son tissu se rapproche de celle du foie. La trame est presque partout détruite par l'épanchement sanguin. M. Barth trouve la cause de ce monstrueux accroissement de volume dans un arrêt de la circulation en retour produit par un caillot qui oblitère entièrement le calibre de la veine splénique. Cette forme d'hypertrophie de la rate, M. Barth la nomme *hypertrophie hémorrhagique*.

On trouve encore sur le cadavre les traces d'une péritonite récente, au voisinage de l'organe hypertrophié.

La séance est levée avant cinq heures.

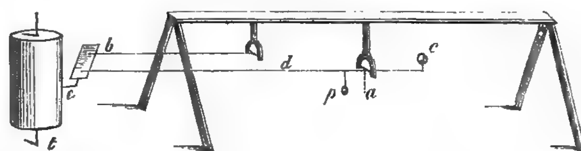
Société médicale allemande de Paris.

Extrait des séances de novembre 1854. — Présidence de M. Meding.

Du sphygmographe de M. Vierordt, professeur à Tubingen.

M. le professeur Vierordt a fait parvenir à la Société une communication relative au sphygmographe et aux services que cet instrument est appelé à rendre à la médecine. Nous la croyons si importante qu'il est de notre devoir de la signaler à l'attention du public médical. Depuis plusieurs années déjà M. Vierordt s'occupe d'études sur le pouls ; au moyen du sphygmographe appliqué sur une artère superficielle, il est parvenu à mesurer et à rendre par des figures les formes et les dimensions du pouls sur le vivant.

Le sphygmographe est un appareil à levier très sensible ; la figure suivante en donnera une idée :



a, axe du levier *d*.
b, contrebalancier destiné à régler les mouvements du crin *e* ; ces mouvements sont verticaux.
c, contre-poids.
d, levier : la distance de *p* à *e* est trente fois plus grande que celle de *p* à *a*, de manière que les figures dessinées par *e* sont trente fois plus grandes qu'elles ne le sont en réalité.
e, crin destiné à dessiner sur le papier les ondulations de l'artère.
p, bouton appliqué sur l'artère ; au devant de *e* se trouve un cylindre mobile *t*, recouvert de papier, sur lequel le crin *e* dessine les formes du pouls.

Cet appareil se pose à cheval sur la partie à examiner, toutefois sans qu'un autre point que *p* touche le pouls.

Au moyen de cet appareil, M. Vierordt a recueilli un grand nombre de figures représentant les formes et les dimensions du pouls.

Nous allons en reproduire quelques-unes, et donner en même temps les renseignements nécessaires sur l'état sanitaire des individus dont les figures représentent le pouls. On y verra aussi l'influence que la respiration exerce sur les mouvements du sang.

Les ondulations sont 20 à 30 fois plus grandes qu'en réalité, à l'exception de la figure 3. Elles vont de gauche à droite.

Fig. 1. — Insuffisance avec sténose de la valvule mitrale, hypertrophie du cœur.

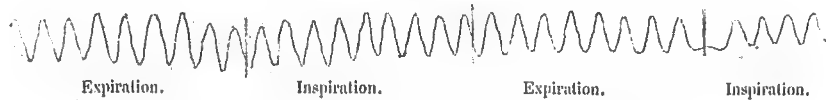


Fig. 2. — Pouls intermittent d'un individu sain, respiration légère.

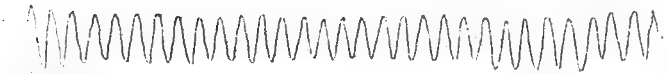


Fig. 3. — Scorbut chez un garçon, forte anémie, fréquence du pouls, 132. Cette figure a été prise sur l'artère fémorale : les ondulations sont seulement cinq fois plus grandes qu'à l'état réel.

Fig. 4. — Pneumonie, fièvre intense, fréquence 118.

Fig. 5. — Même pneumonie en voie de guérison, fréquence 65.

Fig. 6. — Emphysème pulmonaire trois semaines avant la mort ; fréquence 69. On voit l'influence de la respiration.

Fig. 7. — Autre cas d'emphysème pulmonaire ; fréquence 66.

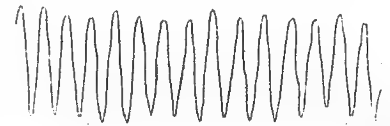


Fig. 8. — Le même malade dans la période de transpiration d'un accès de fièvre intermittente ; fréquence 127.

Fig. 9. — Hémiplégie ancienne, pouls très irrégulier ; fréquence 63.

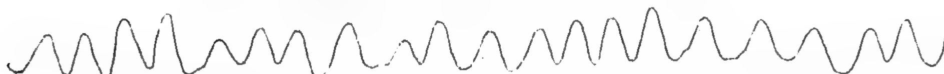


Fig. 10. — Affection tuberculeuse sous l'influence d'une dose moyenne de digitale ; fréquence 65.

Fig. 11. — Endocardite, hypertrophie du cœur (affection des valvules) ; fréquence 102. Forte influence de la respiration. On voit parfaitement les intermissions du pouls.

Fig. 12. — Pouls normal pris sur l'artère radiale.

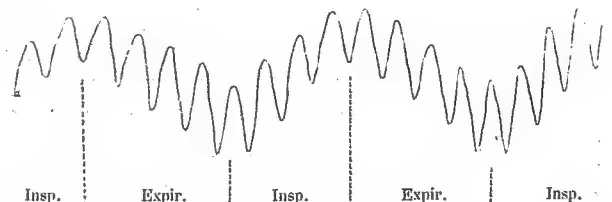


Fig. 13. — Pouls normal pris sur l'artère fémorale, forte influence de la respiration.

M. Vierordt devant prochainement publier un Traité sur le pouls basé sur des milliers d'observations faites au moyen du sphygmographe, nous publions sa communication en nous abstenant d'exprimer nos espérances sur l'utilité de cet instrument.

Nous nous permettons seulement d'ajouter les conclusions que nous tirons de l'examen des figures.

Au moyen du sphygmographe il est possible 1° de mesurer exactement la durée de chaque pulsation en particulier, de même

que l'intervalle qui sépare les pulsations les unes des autres;

2° D'apprécier la durée de l'expansion et de la contraction artérielle;

3° De connaître la forme et la force des pulsations.

Nous devons mentionner ici que les *Archives générales* ont déjà donné une description de l'appareil.

Dr A. Martin.

V.

VARIÉTÉS.

Le concours pour l'internat a été terminé le 22 de ce mois. Ont été nommés :

Internes titulaires, MM. Peter; Luton; Aviolat; Poisson; Fournier; Touzelin; Boncourt; Marcy; Dubarry; Bercioux; Danner; Borde; Aubrée; Genouville; Wieland; Tamarelle-Mauriac; Nélaton; Charnal; Vibert; Guyot; Crequy; Topinard; Vigouroux; Duhomme; Second dit Féréol; Gibert; Rocque; Lala; Doyen; Pératé; Pana; Berneaudaux; Bodereau; Pineau; Cavasse; Lécorché; Devouges; Mahieux; Sénac; Molland.

Internes provisoires, MM. Martin; Schloss; Judée; Dutournier; Despaignet; Blondet; Silvestre; Mercier (Edmond); Métivier; Témoin; Vauvers; Siredey; Mousteu; Dumon; Devers; Péan; Fayel-Deslongrais; Dayot; Larquier; Fleuriot; Dieudonné; Mercier (Jules).

—La distribution des prix de l'internat et de l'externat, et la proclamation des élus du dernier concours pour les places d'interne et d'externe ont eu lieu le 26 de ce mois dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique. Divers discours ont été prononcés; par M. Cusco, au nom du jury de l'internat; M. Lallier, au nom de celui de l'externat, et M. Depaul, au nom du jury des prix de l'internat. La séance a été close par une allocution de M. Davenne, qui a chaudement remercié MM. les élèves de leur belle conduite pendant la dernière épidémie de choléra.

— M. le professeur Requin est, depuis quelque temps déjà, atteint d'une maladie aiguë compliquée qui donne les plus vives inquiétudes.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Abeille médicale. — Nos 31—34. Varices des jambes, procédé simple de guérison par *Lambossy*. — 35. Traitement des ulcères et varices des jambes, par *le même*.

Annales de Physiologie. — N° 2. Mémoire sur les ferrugineux, par *Quevenne*. (Nous avons donné l'analyse de ce travail.)

Archives générales de Médecine. — Décembre. A propos de plusieurs cas de ver solitaire observés pendant l'enfance, par *Legendre*. — Du sclérème simple, par *Gillette*. — Rétrécissements syphilitiques du rectum, par *Gosselin*. — Maladies des glandes sudoripares, par *Verneuil*. — Elephantiatis des Arabes, par *Duchassaing*.

Bulletin général de thérapeutique. — 30 Novembre. Saignée chez les enfants, par *Hervieux*. — Gastro-entérite famélique, par *Marrotte*. — Classification des agents thérapeutiques, par *Forget*. — 15 décembre. De l'uva ursi dans le traitement de quelques maladies des voies urinaires. — De la chorée à une période avancée de la vie, par *Simon*. — Oxyde de zinc dans l'épilepsie, par *Herpin*.

Journal de Pharmacie et de Chimie. — Décembre. Présence du manganèse dans le sang, et sa valeur thérapeutique, par *Burin du Buisson*. — Recherches de l'iode dans l'air, etc., par *Chatin*

Revue médicale française et étrangère. — Sur la diathèse cancéreuse, par *Filhos*. — Angine maligne, par *Renouard*. — 15 décembre. Sur le cancer du sein et la diathèse cancéreuse, par *Filhos*.

Revue médico-chirurgicale de Paris. — Novembre. médication curative de la fièvre intermittente, par *Bretonneau*. — Iodure de potassium dans les maladies saturnines, par *Malherbe*. — Luxation par allongement des os, par *J. Parise*.

Gazette médicale de Lyon. — N° 11. Crétinisme, surdi-mutité, goitre cystique, ponction, amélioration de l'état intellectuel, par *Arthaud*. — Huile iodée contre les scrofules et la phthisie, par *Frêne*. — Sur la prétendue contagion de Craponne, par *Garin*.

Gazette médicale de Montpellier. — N° 9. Histoire de la médecine, par *Leclerc*. — Leçons de physiologie, par *Lordat*. — Maladies des pêcheurs de Saint-Pierre et Miquelon, par *J. Fleury*.

Gazette médicale de Strasbourg. — N° 11. Statistique appliquée à la thérapeutique, par *Forget*. — Sur l'éclampsie urémique, par *Wieger*.

Gazette médicale de Toulouse. — Novembre 1854. Sur le choléra de Toulouse, par *Laforgue*. — Sur la maladie en général, par *Murat*. — Réflexions sur la tératologie, par *Bourdel*.

Journal de Médecine de Bordeaux. — N° 11. Morts promptes ayant donné lieu à des soupçons de crimes, par *Desgranges* et *Lafargue*. — Observations médico-légales, par *Borchard*. — *Globule du sébum*, par *de Sainte-Marie*.

Revue thérapeutique du Midi. — N° 10. Oblitération complète par adhérence des parois du vagin chez une femme âgée, par *Saurel*. — Traitement des kystes synoviaux tendineux, par *Benoit*. — Supériorité du cyanure de mercure sur les autres préparations mercurielles, par *Tel.-P. Desmartis*.

Annales et Archives de médecine belge et étrangère. — Novembre. Analyses et extraits.

Annales médicales de la Flandre occidentale. — 18e livraison. Cure radicale du varicocèle en une seule séance, par *Ancelon*. — Transmissibilité du choléra, par *Haesschbrouck*. — 19e livraison. Luxation du pouce; nouveau procédé de réduction, par *Mazier*. — Traitement des fractures par le collodion, par *le même*. — Résumé des principaux travaux sur le choléra, par *René Vanoye*.

Archives belges de médecine militaire. — Octobre. Développement des gaz chez l'homme vivant, par *L. Fromont*. — Fièvres continues, par *Stacquez*.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Tome XIV, N° 1. Influence des divers nerfs sur les mouvements de l'iris. — Effets des narcotiques à une seule et forte dose. — Roule-bande portatif. — Bandage plâtré. — Pleuropneumonie épizootique des bêtes bovines.

Gazette médicale de Liége. — Novembre. Diagnostic, pronostic et traitement de la fièvre typhoïde (*anonyme*). — N° 23. Diverses lettres sur les formes de la fièvre typhoïde.

Presse médicale belge. — Nos 69. Mémoire sur le choléra, par *Graux*. — 50. Conjonctivite granuleuse chez un nouveau-né, par *Thiry*. — 51. Traitement des affections hémorrhagiques, par *le même*. — 52. *Psoriasis guttata*, ses rapports avec la syphilis, par *Lambert*. — Acétate de morphine comme topique dans le coryza, par *Delvaux*.

Association Medical Journal. — Nos 99. Bougie de gutta-percha rompue dans la vessie, par *C. Colton*. — Chloroforme dans la coqueluche, par *J. Gerrard*. — Effets de la syphilis sur les organes utérins, par *Mackensie*. — Cas d'obstruction intestinale, par *Mallett*. — 100. Diverses méthodes de traitement des fractures, par *Gamgee*. — Météorologie du choléra, par *Hingeston*. — Accouchement rendu difficile par un hydrocéphale, par *Prowse*. — Tumeur de l'aine avec symptômes de hernie étranglée, par *A. Prichard*. — 101. Sur la méthode numérique, par *T. Hodgwin*. — Grossesse double, rupture de l'utérus, par *Paterson*. — 102. Notes sur le choléra, par *Lauder Lindsay*. — Fracture de la base du crâne, guérison, par *G. Bidie*. — Mort subite par le chloroforme, par *J. Birkett*. — Cas de maladie spinale, par *S. Hare*.

Dublin Medical Press. — Nos 829. Forme particulière d'apoplexie, par *R. Todd*. — 830. Traitement du choléra, par *Leney*. — 831. Opération de cataracte capsulaire congéniale, par *Critchett*. — Pommade de zinc. — 832. Formule d'emplâtre anodin et contro-stimulant, par *J. Leney*.

Medical Times and Gazette. — Nos 230. Ménorrhagie, par *Rigby*. — Dissection des artères, par *Deville*. — Traitement des fractures par le bandage amidonné, par *Z. Lawrence*. — Hernie étranglée, par *Browing Smith*. — Traitement du *prolapsus ani* par l'acide nitrique, par *Broxholm*. — 231. Divers articles de clinique médico-chirurgicale. — 232. Scorbut dans les armées navales, par *R. Morgan*. — Manière de disséquer et de découvrir les artères, par *Deville*. — Emploi du piper mathysticum dans la goutte, par *E.-W. Pritchard*. — 233. Sur la dernière épidémie du choléra en Angleterre, par *John. Rees*. — Sur l'ulcère de l'estomac, par *Habershon*. — Ostéotomie sous-cutanée, par *Frank*.

New-York medical Times. — Octobre. Cas de fistule vésico-vaginale, par *G. Buck*. Insuffisance congénitale de la valvule mitrale, par *J. Swett*. — Rupture de l'utérus, par *Monell*. — Modification du levier (obstétrical), par *Gardner*. — Mort par le chloroforme, par *Huff*.

The Lancet. — Nos 21. Emploi du fer dans les intoxications, par *M. Thorn*. — Crétinisme et idiotisme, par *Banks*. — Huile d'olive contre la diarrhée, par *R. Huxley*. — Mort par absorption de bicarbonate de soude, par *H. Hancox*. — 22. Lois de la mortalité et de la maladie chez les ouvriers en Angleterre, par *T.-Rowe Edmonds*. — Sur le choléra, par *R. Molloy*. — Opération du bec-de-lièvre, par *A. Douglas*. — 23. Traitement de la dartre humide par le chlore, par *T.-S. Fletcher*. — Ganglions et nerfs de l'utérus, par *Lee*. — Cas de transposition des viscères, par *T. Chaplin*. — 24. Emploi de l'huile de foie de morue dans la phthisie, par *H. Greenhow*. — Cliniques.

Livres nouveaux.

Agenda-Formulaire des médecins praticiens pour 1855, publié par le docteur *Bossu*. 5e année. Prix, relié : de 3 fr. à 8 fr. 50

De l'esprit de la clinique médicale, discours prononcé à l'ouverture du cours de clinique médicale de Lyon, le 14 novembre 1854, par M. *Francis Devay*. In-8 de 22 pages. Lyon, 1854.

— Nous recevons, trop tard pour la publier, une lettre de M. Regazzoni, en réponse à l'article de M. Schiff (voir n° 58). Elle sera insérée dans un de nos prochains numéros. A. D.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

TABLE DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.